



## **Botschaft des Stadtrates an den Gemeinderat**

144874 /322.20

---

## **Umsetzung Alterskonzept 2025, Schwerpunkte**

### **Anträge**

1. Die Massnahmen- und Umsetzungsplanung des Alterskonzepts 2025 wird zur Kenntnis genommen.
2. Der Stadtrat wird beauftragt, dem Gemeinderat eine Botschaft für eine regionale Koordinationsstelle vorzulegen.
3. Der Auftrag Walter Hegner und Mitunterzeichnende betreffend Gesundheitliche Grundversorgung der Stadt Chur – Hausärztinnen / Hausärzte wird als erledigt abgeschrieben.

### **Zusammenfassung**

**Am 3. Oktober 2017 wurde das Alterskonzept 2025 der Stadt Chur vom Stadtrat genehmigt und dem Gemeinderat zur Kenntnisnahme überwiesen. Der Gemeinderat nahm dieses am 16. November 2017 (GRB.2017.54) zur Kenntnis. In der Zwischenzeit haben sich auf Bundes- und vor allem kantonaler Ebene die Rahmenbedingungen stark verändert, weshalb die Erarbeitung der Umsetzung des Alterskonzepts längere Zeit als geplant in Anspruch nahm.**

**Mit dem Umsetzungskonzept wird den beiden grössten Herausforderungen der nächsten Jahre im Bereich einer guten Lebensqualität im Alter begegnet: Die Angebote zu sichern und die Kosten im Griff zu haben. Der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen steigt in Graubünden wie auch gesamtschweizerisch in den nächsten Jahren stark an und wird nach aktuellen Erkenntnissen erst ab dem Jahr 2040 abnehmen. Wenn nicht aktiv Gegensteuer gegeben wird, werden die Kosten der stationären Pflegefinanzierung von aktuell rund Fr. 6 Mio. bis 2040 auf deutlich über Fr. 10 Mio. ansteigen. Zudem muss dem Auftrag**





**Hegner betreffend "Gesundheitliche Grundversorgung der Stadt Chur – Hausärztinnen/Hausärzte" (GRB.2020.10) Rechnung getragen werden.**

**Im Gesundheitswesen sind die Angebote und deren Finanzierung komplex und vielschichtig. Den Löwenanteil tragen die Sozialversicherungen. Neben ihnen sind die Kantone und Gemeinden für die Finanzierung von Restkosten zuständig. Die in der vorliegenden Botschaft definierten Massnahmen sind kohärent mit der nationalen gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates 2020 bis 2030 sowie dem kantonalen Regierungsziel 6 "Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und zeitgemässe Betreuungsmöglichkeiten im Kanton gewährleisten".**

**Prioritäres Ziel ist es, dass sich die Bevölkerung möglichst selbständig in der Gesundheitsversorgungslandschaft orientieren kann und bei Pflege und Betreuung zu Hause möglichst optimal unterstützt wird. Die Stadt Chur möchte damit – abgestimmt auf Bund und Kanton – gezielt auf die kostentreibenden Stellen des Gesundheitswesens Einfluss nehmen. Die Gesundheitsversorgungssubregion Plessur hat die Koordination unter den Dienstleistern sicherzustellen. Deshalb ist die Einrichtung einer Koordinationsstelle das Kernelement der Massnahmen. Die Koordinationsstelle wird massgeblich dazu beitragen, dass die bestehenden Angebote optimal und bedarfsorientiert genutzt werden. Die jährlichen Kosten für deren Betrieb betragen rund Fr. 150'000.--. Dies leistet einen Beitrag zur Verlagerung der Kosten vom teuren stationären in den ambulanten Bereich. Im Verbund mit weiteren Anstrengungen stehen Aufwendungen von rund Fr. 240'000.-- einem Einsparpotenzial von mehr als Fr. 500'000.-- gegenüber. Je stärker zudem das Wachstum aufgrund des demografischen Übergangs ausfällt, desto positiver wird sich dieser finanzielle Effekt einstellen.**

**Mit dem Einverständnis des Gemeinderates wird der Stadtrat im Rahmen einer Botschaft die Konzeption der Koordinationsstelle im Detail ausarbeiten, die Abstimmung mit der Region Plessur und dem Kanton vornehmen sowie den erforderlichen Finanzbedarf aufzeigen und den erforderlichen Kredit zur Beschlussfassung vorlegen. Mögliche Massnahmen zur Bereinigung des Angebotsportfolios im Bereich Gesundheit werden in diesem Zusammenhang ebenfalls geprüft.**



## Bericht

### 1. Gesetzliche Grundlagen

Das Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden (Gesundheitsgesetz BR 500.000) bezweckt den Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung durch gesundheitspolizeiliche Massnahmen sowie durch Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Mit dem kantonalen Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, BR 506.000) fördert der Kanton die Planung der stationären Versorgung der Bevölkerung und regelt die Gewährung von Beiträgen für eine bedarfsgerechte, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante und stationäre medizinische Behandlung, Pflege sowie Betreuung von Kranken, Langzeitpatientinnen und -patienten sowie betagten Personen in der notwendigen Qualität.

Gemäss den beiden Gesetzen liegt die primäre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beim Kanton. Im Sinne von subsidiären Leistungen ergänzen die Gemeinden das Angebot.

Das städtische Gesetz über die Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Menschen in der Stadt Chur (Altersgesetz, RB 341) verfolgt gemäss Art. 1 folgende Ziele:

Die Stadt sorgt

- a) für ein ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten und betagten Personen;
- b) für ein ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung;
- c) für die gesundheitliche und kulturelle Förderung betagter Menschen;
- d) für eine Koordination der Angebote.

### 2. Ausgangslage

*Alterskonzept Stadt Chur 2025*

Im 2014 startete die Stadt Chur das Projekt "Churer Altersstrategie". Es wurde ein mehrstufiger partizipativer Prozess geführt, an dem sich die Churer Bevölkerung sowie Fachpersonen beteiligten. Die Resultate dieses Prozesses wurden zum Churer Alterskonzept



2025 verarbeitet. Dieses wurde im 2017 vom Stadtrat verabschiedet sowie vom Gemeinderat zur Kenntnis genommen.

Die Kernelemente des Alterskonzepts sind:

- **Vision/Ziel**

Die Stadt Chur ist eine altersfreundliche Stadt, in welcher die ältere Bevölkerung ihr Leben selbständig und selbstbestimmt gestalten und sich am gesellschaftlichen Leben beteiligen kann.

- **Leitsätze**

Der ideale Handlungsrahmen des Konzepts besteht aus Leitsätzen zu Heterogenität, potenziellen Ressourcen, Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Autonomie sowie einem Bild des Alters.

- **Handlungsfelder**

Acht Handlungsfelder umschreiben die wesentlichen Bereiche, die bei der Umsetzung des Alterskonzepts im Fokus stehen sollen.

Die Schwerpunkte der Umsetzung wurden im 2021/2022 wiederum einem grossen Kreis von Fachpersonen aus Medizin, Spitex, Altersheim, Vertretende Senioren/Bevölkerung vorgestellt. Die Teilnehmenden konnten zusätzlich schriftlich Stellung nehmen. Am 21. März 2022 wurden die Schwerpunkte der Umsetzung anlässlich einer Vorinformation dem Gemeinderat vorgestellt.

#### *Auftrag Hegner*

Eine Recherche im 2020, welche als Grundlage für den Bericht zum Auftrag Hegner und Mitunterzeichnende zu "Gesundheitliche Grundversorgung der Stadt Chur – Hausärztinnen/Hausärzte" diente, ergab, dass die medizinische Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte in Chur noch sichergestellt ist. Es zeichnet sich jedoch ein Engpass in den nächsten fünf bis zehn Jahren ab, weil eine grössere Anzahl Hausärztinnen und Hausärzte in Pension geht. Aktuell zeichnet sich ab, dass zwei grosse medizinische Zentren (gleis d und ab 2023 das Medizinisches Centrum Maienfeld (MCM)) und verschiedene Einzelpraxen die medizinische Grundversorgung in Chur sicherstellen werden.

Die medizinische Notfallversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte findet räumlich seit dem 3. Juni 2019 am Kantonsspital Graubünden (KSGR) statt. Sie stellt rund um die Uhr die hausärztliche medizinische Notfallversorgung sicher. Das Management am KSGR wird von den Hausärztinnen und Hausärzten sehr geschätzt. Die Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten konnten reduziert werden.



### *Gesundheitsversorgungsregion*

Am 1. Januar 2021 trat das teilrevidierte Krankenpflegegesetz (BR 506.00, KPG) in Kraft. Neu wurden Gesundheitsversorgungsregionen/-subregionen, analog den politischen Regionen, festgelegt. Das kantonale Ziel der Gesundheitspolitik ist, dass alle Leistungserbringer einer Gesundheitsversorgungsregion/-subregion die strategische und operative Betriebsführung an eine dafür bestimmte Organisation übertragen und diese weiterentwickeln (KPG, Art. 9a Abs 1). Eine Auflistung der Leistungserbringer der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur findet sich in der Aktenauflage.

Mit Beschluss der Präsidentenkonferenz Region Plessur vom 7. Juni 2021 wurde die Bildung der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur gemäss Art. 7 KPG festgelegt. Die Aufgaben der Geschäftsführung wurden an die Stadt Chur delegiert und mittels Leistungsvereinbarung geregelt.

### *Bereits umgesetzte Massnahmen*

- Soziales Netz

Mit Blick auf eine mögliche Weiterentwicklung der Quartier- und Dorfvereine, um die sozialen Netzwerke in den Quartieren zu stärken, wurde im Jahr 2021 eine Erhebung durchgeführt. Sie wurde mit Gesprächen mit dem Präsidenten des Stadtvereins ergänzt. Die Erhebung zeigt eine grosse Heterogenität der Vereine auf.

- Angebotsnetz

Während der ersten Corona-Welle wurde der Einkaufs- und Lieferservice mit ChurPlus organisiert. Es wurden Lebensmittel und Medien aus der Stadtbibliothek nach Hause geliefert.

Mit den Geschäftsführenden des Ärztezentrum gleis d und des Medizinischen Centers Maienfeld wurden Gespräche geführt. Ziel der Gespräche war, die Strategie im Bereich Gesundheit und Alter der Stadt Chur vorzustellen mit Fokus auf die medizinische Versorgung.

Weiter fand ein Besuch und Fachaustausch mit den Leiterinnen der Koordinationsstelle Glarus statt. Ihre Erfahrungen aus dem Pilotprojekt in Glarus werden für die Massnahme E1 genutzt.

- Öffentlicher Raum und öffentlicher Verkehr

Die interprofessionelle Arbeitsgruppe Stadtraum bespricht laufende Stadtentwicklungsprojekte in regelmässigen Meetings.



Der Fussgängerübergang am Postplatz wurde mit einer "sensitiven" Ampel ausgestattet. Eine Funktion ist, dass sich die Grünphase der Anzahl Fussgänger anpasst. Alte Lichtsignale für Fussgänger werden laufend ersetzt.

Der Bahnhofbereich, die Altstadt und die obere Neustadt wurden mit zusätzlichen Sitzbänken ausgestattet. In den nächsten Jahren wird schwergewichtig das Rheinquartier neue Sitzeinheiten (Bänkli mit Baum, Sträucher) erhalten.

Die Abteilung Gesundheit und Alter arbeitet beim Projekt Chur West in der interprofessionellen Arbeitsgruppe zum Themenbereich Quartierentwicklung mit.

- Gesundheitsförderung und Prävention

Das Projekt "Schön dich zu sehen" wurde von Juli bis November 2021 durchgeführt. Insgesamt wurden fünf Angebote von bestehenden Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich beworben und bei der Umsetzung unterstützt. Alle Angebote hatten das Ziel, die Begegnung von Menschen aller Generationen in einem geschützten Rahmen zu ermöglichen. Besonders erfreulich war, dass alle Angebote einen positiven Nutzen für die Zukunft hervorbrachten. Einige Beispiele dazu:

- Zusammenarbeit der Vereine "Repair Café" und "incontro".
- Rikscha Fahrten für Heimbewohnende. Werbung neue Pilotinnen und Piloten stadintern und Firmen in Chur. Unterstützung Verein "Radeln ohne Alter".
- Filmnachmittag mit Podiumsgespräch zum Thema Einsamkeit.

### **3. Ziele**

Die Gesundheits- und Alterspolitik fokussiert sich auf allen staatlichen Ebenen auf die Erhaltung der Gesundheit und somit auf eine gute Lebensqualität bis ins hohe Alter. Im Zentrum aller Dienstleistungen steht der Mensch und nicht die Institution. Die individuelle Lebenssituation soll bei der Festlegung von Massnahmen berücksichtigt werden, um die Autonomie der Betroffenen mit massgeschneiderten Lösungen möglichst lange zu erhalten. Dies gewährt, dass Betroffene möglichst lange im häuslichen Umfeld bleiben und dort betreut, gepflegt und versorgt werden können. Die Koordination der zahlreichen Angebote ist dabei von zentraler Bedeutung.

Die Stadt Chur soll, abgestimmt auf Bund und Kanton, gezielt auf die kostentreibenden Stellen des Gesundheitswesens Einfluss nehmen. Die Gesundheitsversorgungsubregion Plessur hat die Koordination unter den Dienstleistern sicherzustellen.



## 4. Herausforderungen

### 4.1 Bevölkerungsprognose

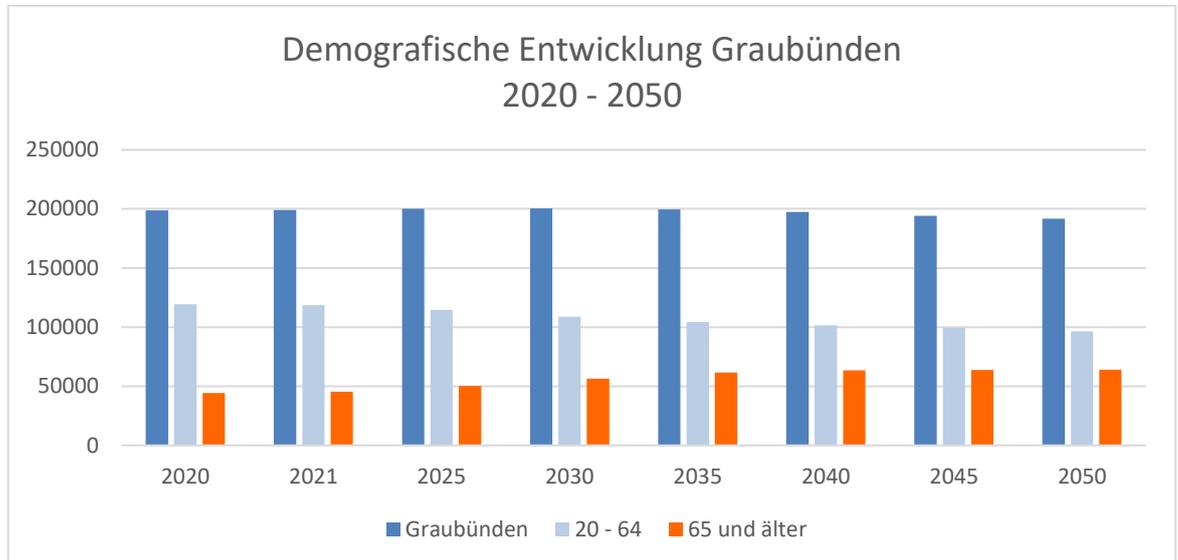


Abbildung 1: Amt für Wirtschaft und Tourismus Graubünden, kantonale Bevölkerungsszenarien, Entwicklung ständige Wohnbevölkerung und der Altersgruppen 2020 bis 2050, Referenzszenario

Der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung steigt in Graubünden wie auch gesamtschweizerisch in den nächsten Jahren stark an und wird nach aktuellen Erkenntnissen ab dem Jahr 2040 wieder zurückgehen. Die Herausforderungen für die Gemeinden sind:

- die Angebote und Qualität der ambulanten und stationären Pflege bedarfsgerecht aufrecht zu erhalten;
- die medizinische Versorgung zuhause durch Hausarztmedizin sicherzustellen;
- die Finanzierung der Pflegekosten sicherzustellen, beziehungsweise die Kostensteigerung von heute 3 bis 4 % pro Jahr zu bremsen;
- die Vernetzung und Koordination der Leistungserbringenden, um effiziente Patientenpfade zu gestalten.

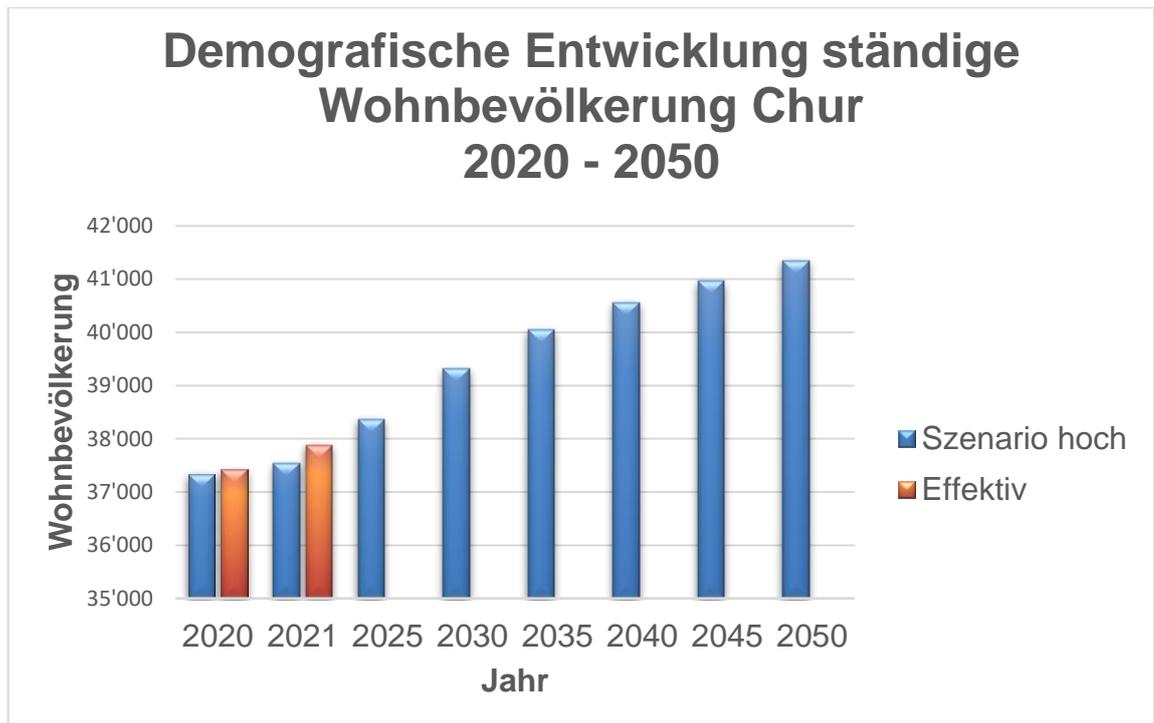


Abbildung 2: ARE GR /Wüest Partner AG du BFS (STATPOP)

Das kantonale Amt für Raumentwicklung ARE hat 2020 eine Bevölkerungsperspektive Graubünden 2019-2050 erstellen lassen und ein tiefes, mittleres und hohes Szenario abgebildet. Die ständige Wohnbevölkerung entspricht nicht der von der Stadt Chur ausgewiesenen Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner. Die ständige Wohnbevölkerung umfasst alle schweizerischen Staatsangehörigen mit dem Hauptwohnsitz sowie alle ausländischen Staatsangehörigen mit einer Anwesenheitsbewilligung für mindestens 12 Monate oder ab einem Aufenthalt von 12 Monaten in der Schweiz. Diese steigt in der Stadt Chur (orange) aktuell stärker als das Szenario hoch (blau).

## 4.2 Medizinische Grundversorgung

Die medizinische Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte ist in Chur gemäss Fachleuten zurzeit sichergestellt. Allerdings nehmen Hausärzte kaum mehr Patientinnen und Patienten wegen mangelnder Kapazitäten auf. Verschärft wird die Situation durch Zunahme von Patientinnen und Patienten aus der Region.

Verschiedene Massnahmen zum Angebotsausbau, die umgesetzt wurden oder in Planung sind, sollen die Situation verbessern.

Mit einem anreizorientierten Sonderprogramm in der Höhe von Fr. 100 Mio. unterstützt der Bundesrat die Kantone, ihre Ausbildungskapazität in Humanmedizin zwischen 2017



bis 2020 weiter zu erhöhen. Damit sollen bis 2025 insgesamt 1'300 Ausbildungsabschlüsse erreicht werden<sup>1</sup>.

Seit 1998 existiert das Programm "Weiterbildung in Hausarztpraxen" (Praxisassistenten), welches durch Spendengelder der Mitglieder des Berufsverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte finanziert wird<sup>2</sup>.

Die Projekte "Capricorn" und "Curriculumsstellen Hausarztmedizin" unterstützen die Ausbildung von Hausärztinnen und Hausärzten im Kanton Graubünden. An diese beiden Projekte werden Beiträge von rund Fr. 810'000.-- und an die ausserkantonale Lehre und Forschung ein Beitrag in Höhe von Fr. 518'000.-- ausgerichtet. Diese Aufwendungen werden, gestützt auf Art. 20 Abs. 4 KPG, vollumfänglich vom Kanton getragen. Zudem wird der Erwerb eines Facharztstitels in Hausarztmedizin ebenfalls finanziell unterstützt.

Siehe auch Aktenauflage "Bericht des Stadtrates zum Auftrag Walter Hegner und Mitunterzeichnende betreffend Gesundheitliche Grundversorgung der Stadt Chur – Hausärztinnen / Hausärzte" (Seite 3).

#### **4.3 Ambulante und stationäre Versorgung**

Seit dem 1. Januar 2021 entsprechen die Gesundheitsversorgungsregionen den politischen Regionen im Kanton. Die Gesundheitsversorgungsregion Churer Rheintal wurde aufgrund ihrer Grösse in die drei Subregionen Landquart, Plessur und Imboden aufgeteilt. Die Subregionen haben den Auftrag, sich zweckmässig zu organisieren, um die Aufgaben wie im KPG Art. 9a Abs. 1 formuliert zu erfüllen. In der Aktenbeilage werden alle ambulanten und stationären Leistungserbringer in den Subregionen Landquart, Plessur und Imboden aufgezeigt.

##### *Kostenvergleich*

Die Stadt Chur zahlte im Jahr 2021 an die Restkosten der Alters- und Pflegeheime rund Fr. 6.5 Mio. Die Restkosten für die ambulante Versorgung der Spitexpflege betrugen Fr. 1.8 Mio. Pro Kunde betrugen sie für die Pflege im Alters- und Pflegeheim rund Fr. 37.-- pro Person/Tag und für die Spitexpflege rund Fr. 6.18 pro Person/Tag (Details siehe Aktenauflage).

---

<sup>1</sup> BAG, 6.7.2022

<sup>2</sup> WHM FMF, 6.7.2022

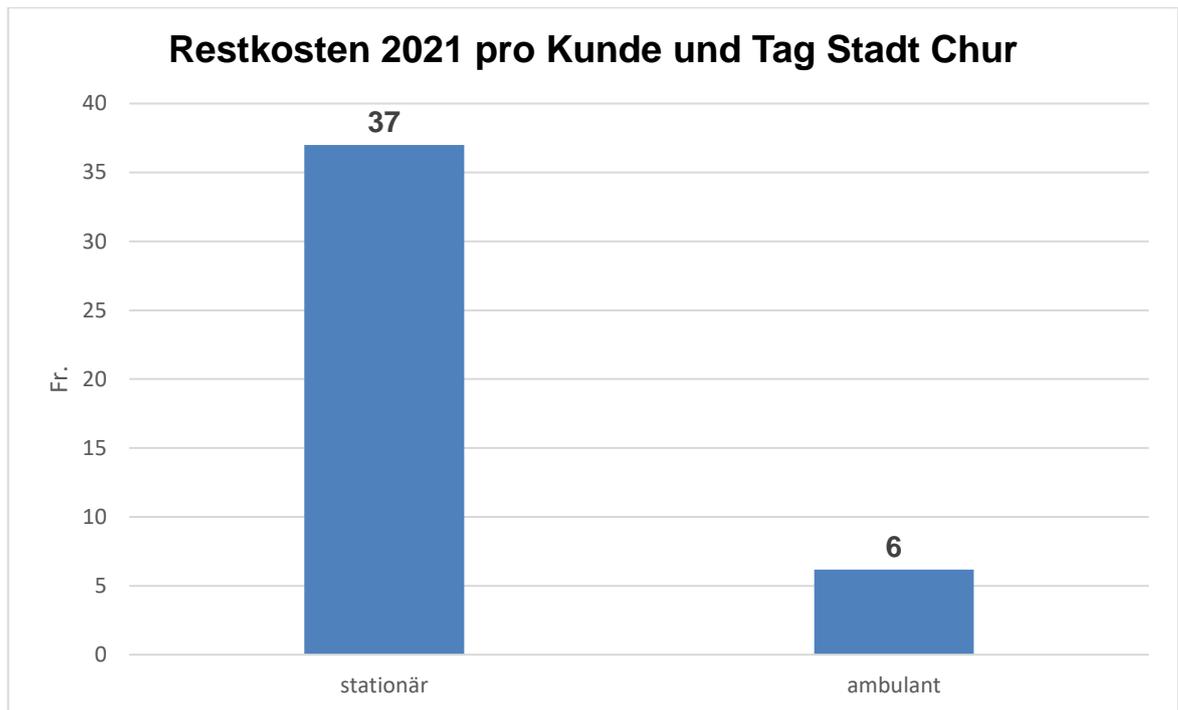


Abbildung 3: Restkosten 2021 pro Kunde/Tag Stadt Chur

Auf ein Jahr bezogen kostet ein Bett im Alters- und Pflegeheim die Stadt Chur im Durchschnitt Fr. 13'505.--, eine ambulante Spitexpflege im Durchschnitt Fr. 2'256.--; rund sechs Mal weniger. Gründe dafür sind:

- Spitexleistungen erfolgen nach Bedarf zuhause und sind in Umfang und Qualität genau definiert. Es wird hauptsächlich die Kernaufgabe (Pflege und Betreuung) mitfinanziert;
- die Tarife der Leistungen im Heim werden anhand der Vollkostenrechnungen eines Heimes berechnet, das ein 365 Tage/24 Std. Betrieb sicherstellen muss. Es werden die Kernaufgaben und Supportaufgaben mitfinanziert.

#### *Verlagerung von stationär zu ambulant*

Eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Langzeitpflege wird sich finanziell lohnen.

Die Verlagerung hat ihre Grenzen jedoch dort, wo der Pflegebedarf so hoch ist, dass er nicht mehr ambulant, sondern nur stationär sichergestellt werden kann. Berücksichtigt werden muss, dass eine Verlagerung zu einer ambulanten Pflege das soziale Netzwerk wie Angehörige oder Nachbarn stärker belasten wird. Hierfür sind geeignete Unterstützungs- und Begleitmassnahmen zu ergreifen, damit es nicht zu einer Überlastung der pflegenden Angehörigen kommt. Dies würde zu zusätzlichen, neuen Kosten führen. Die Unterstützung von pflegenden Angehörigen ist weitaus günstiger als steigende stationäre



Fallzahlen. Weiter muss bedacht werden, dass ein Ausbau der ambulanten Pflege mehr Fachpersonen benötigt, was aktuell als kritisch beurteilt wird.

Basierend auf diesen Erkenntnissen sollen gezielt und proaktiv Steuerungsmöglichkeiten in der Region und in der Stadt ergriffen werden.

#### 4.4 Kosten der stationären Pflegefinanzierung

##### Prognose

Die im Jahr 2017 vorgenommene Kostenprognose (Abbildung 4) der stationären Pflegefinanzierung für die Stadt Chur zeigt, dass sich bei einer jährlichen Kostensteigerung von 4 % die Kosten für die Stadt Chur im Jahre 2035 gegenüber 2015 mehr als verdoppeln und auf Fr. 10.5 Mio. steigen werden.

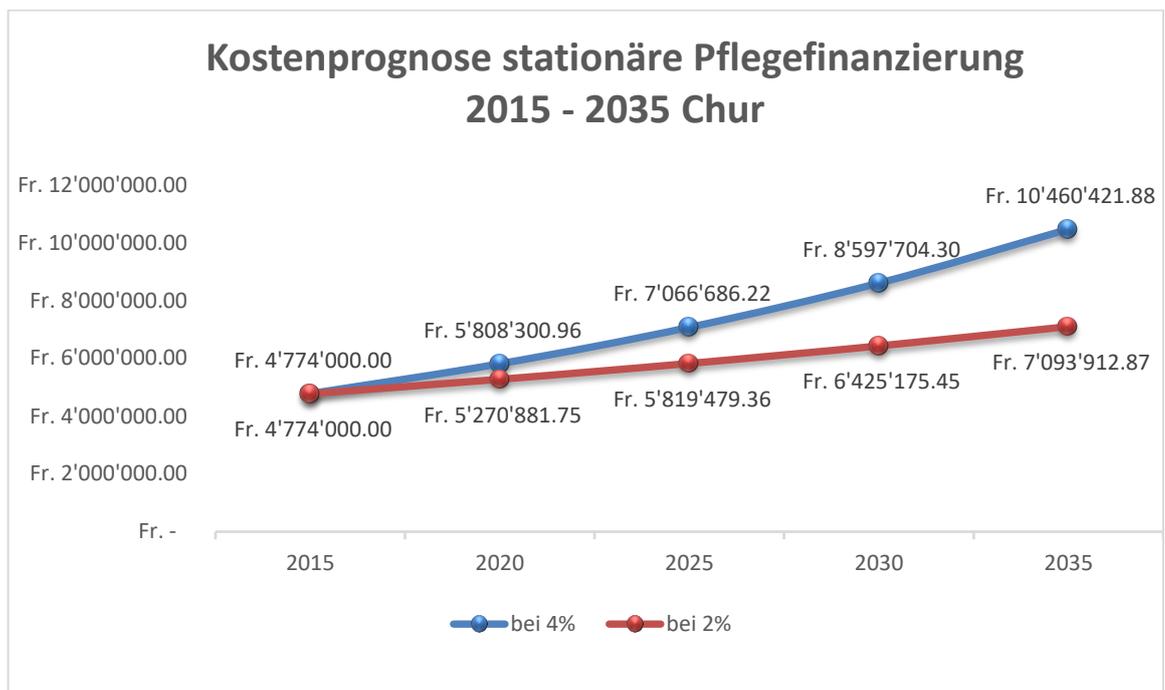


Abbildung 4: Kostenprognose stationäre Pflegefinanzierung 2015 bis 2035, Annahme Alterskonzept 2025, Botschaft 2017

##### Effektive Kosten

Die Entwicklung der letzten fünf Jahre zeigt, dass die effektiven Kosten der stationären Pflegefinanzierung für die Stadt Chur jeweils um rund 4 % gestiegen sind (Abbildung 5):

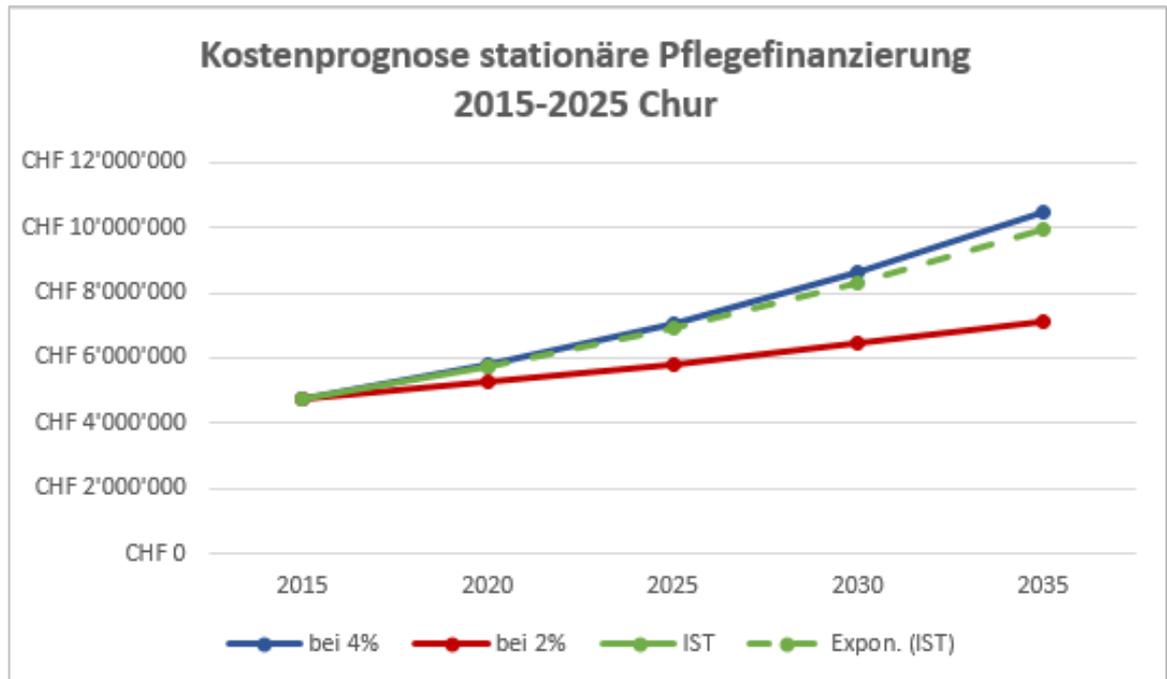


Abbildung 5: Basis Botschaft 2017; effektive Kostenentwicklung bis 2021, Prognose bis 2035

Die Herausforderung für die kommenden zwanzig Jahre ist die Sicherung der Pflege und Betreuung bei steigender Nachfrage. Gleichzeitig sind die Kosten im Griff zu behalten. Zudem darf in dieser Zeit kein Überangebot geschaffen werden, da ab 2040 mit einem Rückgang der betagten Bevölkerung gerechnet werden kann.

Bund, Kantone und auch Gemeinden sind bestrebt, dieser Entwicklung aktiv und mit möglichst wirksamen Mitteln zu begegnen.

Die Kosten für die Stadt Chur in der ambulanten Pflege sind in den vergangenen Jahren um durchschnittlich 3.5 % angestiegen. Eine verlässliche Studie zur künftigen Kostenentwicklung analog der Rahmenplanung für den stationären Bereich gibt es nicht. Wie oben erwähnt, ist die Kostenentwicklung stark abhängig von der Entwicklungsstrategie der Gesundheitsversorgungssubregion.

#### *Rahmenplanung Betten stationär*

"Die kantonale Rahmenplanung Pflegeheime (Aktenauflage) ist die Basis für

- die von den Gesundheitsversorgungsregionen beziehungsweise Subregionen der Gesundheitsversorgungsregionen Churer Rheintal gemäss Art. 29 KPG zu erstellende regionale Bedarfsplanung zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebots für die teilstationäre und stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen;



- die Gewährung von kantonalen Investitionsbeiträgen an zusätzlich geschaffene Pflegebetten und an die Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer gemäss Art. 31 Abs. 1 und 3 KPG;
- die vom Kanton gemäss Art. 39 KVG zu erlassende kantonale Pflegeheimliste."

Der Rahmenplan zeigt eine geschätzte Prognose<sup>3</sup> des Bedarfs an Pflegebetten für die Jahre 2020 – 2040 in der Gesundheitsversorgungsubregion Plessur:

Jahr	Ist-Zustand Bettenangebot	Bettenbedarf			Zusatzbedarf		
	2020	2025	2030	2035	2025	2030	2035
Churer Rheintal, <b>Plessur</b>	606	452	474	527	-154	-132	-79

Tabelle 1: Kantonale Rahmenplanung 2020 Pflegeheime; Bettenbedarf

Mit den 606 vorhanden Betten besteht bis 2035 ein Bettenüberhang in der Region Plessur, d.h. es sind mehr Betten vorhanden als für die stationäre Pflege nötig. Im Normalfall sind auch die überzähligen Betten belegt.

Da davon ausgegangen wird, dass ab 2040 der Anteil der über 65-Jährigen wieder abnehmen wird, kann ab dann auch von einem zurückgehenden Bettenbedarf ausgegangen werden. Die Entwicklung des Bettenbedarfs für die Region Plessur bis 2055 würde danach wie folgt aussehen:

---

<sup>3</sup> Die Methodik berücksichtigt die demografische Entwicklung, die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit sowie die Langzeitstrukturen im Kanton

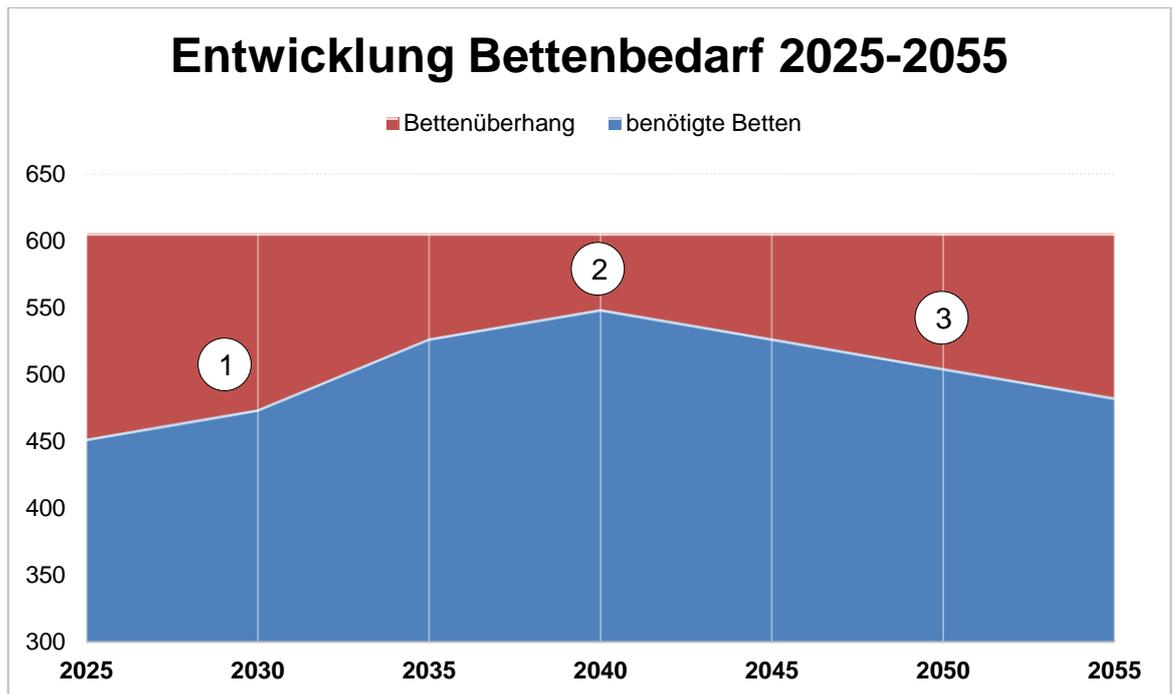


Abbildung 6: Entwicklung Bettenbedarf gemäss kantonalen Rahmenplanung und Prognosen demografische Entwicklung

- ① Abnehmender Bettenüberhang 2025 bis 2040 von 154 auf 57 Betten.
- ② Minimaler Bettenüberhang im Jahr 2040 von 57 Betten.
- ③ Zunehmender Bettenüberhang aufgrund abnehmendem Bettenbedarf wegen Rückgang der über 65-Jährigen.

Über die ganze Zeitdauer besteht ein Bettenüberhang in der Region (rot). Diese überzähligen Betten werden für Personen verwendet, die einen tiefen Pflege- und Betreuungsbedarf aufweisen (BESA-Stufen 0 bis 3) und in vielen Fällen auch ambulant versorgt werden könnten. Die Gemeinden beteiligen sich finanziell auch an diesen Betten. Die Beteiligung beginnt ab der BESA Stufe 3.

#### *Szenarien im Umgang mit Pflegebetten*

Anhand verschiedener Szenarien wird überprüft, wie mit dieser Situation umgegangen werden kann:

- a) "Weiter wie bisher" – keine aktiven Massnahmen
- b) "Bettenausbau" – Angebot für alle BESA-Stufen von 0 bis 12
- c) "Bettenabbau" – Rahmenplanung umsetzen
- d) "Bettenumnutzung" – 10 % der vorhandenen Pflegebetten umnutzen



### a) Szenario "Weiter wie bisher" – keine aktiven Massnahmen

Dieses Szenario geht davon aus, dass die Nachfrage den Bedarf bestimmt. Die Gesundheitsversorgungssubregion Plessur nimmt eine passive Rolle ein bzw. steuert die Entwicklung nicht aktiv.

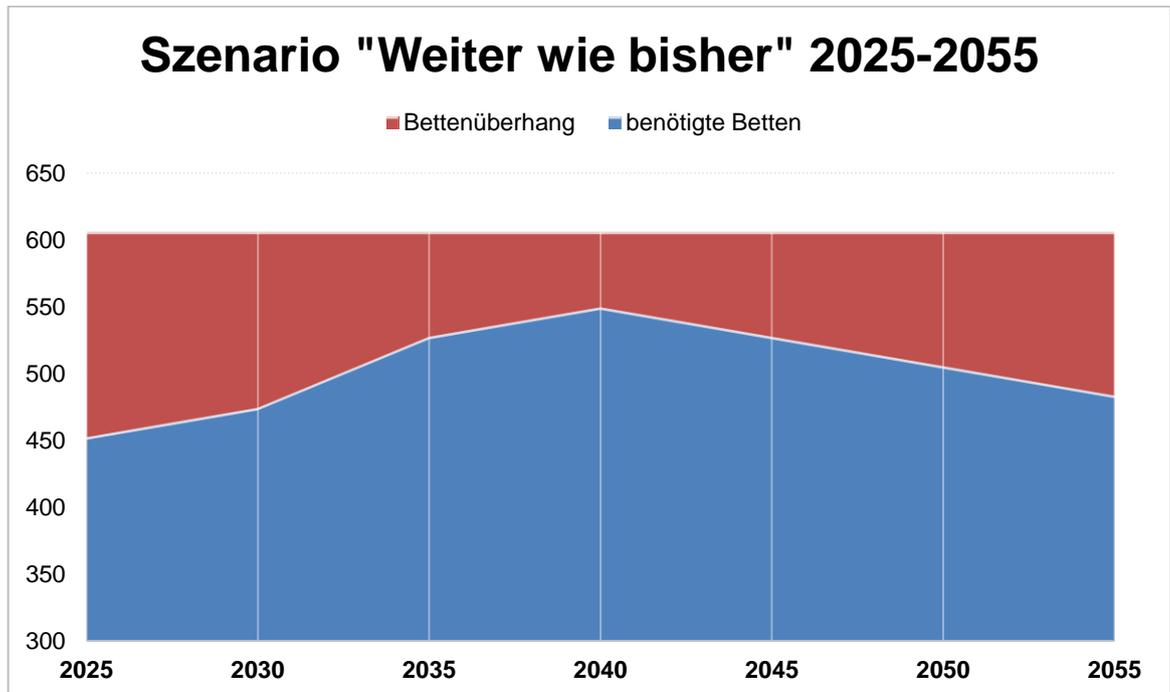


Abbildung 7: Szenario "Weiter wie bisher"

Bis 2040 werden die aktuellen 606 Betten erhalten und mit allen Bedarfsstufen (BESA-Stufen 0 bis 12) belegt. Anschliessend braucht es eine Klärung über einen möglichen Bettenabbau aufgrund der voraussichtlich abnehmenden Entwicklung der Nachfrage.

#### Beurteilung

Die **Gemeinde** nimmt in der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur eine passive Rolle ein. Sie reagiert auf Gesuche von Seiten der Alters- und Pflegeheime, wenn die Anzahl Pflegebetten geändert werden soll. Die Leistungsvereinbarungen enthalten minimale, gesetzlich vorgeschriebene Inhalte. Das Schaffen von Wohnangeboten für Menschen mit tiefen BESA-Stufen (0 bis 3) werden den Alters- und Pflegeheimen und dem Immobilienmarkt überlassen. Die Pflegekosten werden bis 2040 im Umfang der letzten zehn Jahre weiterhin jährlich steigen.

Das bestehende Angebot steht der **Wohnbevölkerung** in allen Pflegebedarfsstufen (BESA 0 bis 12) zur Verfügung. Spezialisierte Angebote wie zum Beispiel bei Demenz oder chronischen Erkrankungen werden mittel- bis längerfristig knapp, weil rund 10 % der Pflegebetten von Menschen mit einem tiefen Pflegebedarf (BESA 0 bis 3) besetzt werden. Es ist damit zu rechnen, dass Wohnangebote mit einem tiefen Pflegebedarf für viele



kaum bezahlbar sind. Die Unzufriedenheit der Bevölkerung wird steigen, weil die Angebote nicht dem gesellschaftlichen Bedarf gerecht werden.

Das Angebot der **Alters- und Pflegeheime** wird sich im besten Fall an der Nachfrage orientieren. Der Anreiz, die vorhandenen Pflegebetten ab- oder umzubauen, ist jedoch aufgrund einer fehlenden Finanzierung der Vorhalteleistungen von Kurzaufenthaltsbetten klein. Ziel wird weiterhin sein, eine optimale Bettenauslastung zu erreichen. Der zunehmende Fachkräftemangel kann dazu führen, dass die Betten mit "weniger aufwändigen" Bewohnenden besetzt werden. Das Angebot für Menschen mit komplexen Pflegesituationen (z.B. Demenz, chronisch Kranke) wird möglicherweise in der Region oder im Kanton nicht mehr zur Verfügung stehen. Die Qualität der Dienstleistungen wird sinken, weil alle Anbieter alle Angebote aufrechterhalten wollen.

#### *Zusammenfassung Sicht Gemeinde*

<b>Einsparungen</b>	<b>Mehrkosten</b>	<b>Angebote</b>	<b>Steuermöglichkeiten</b>	<b>Risiken</b>	<b>Chancen</b>
keine	ja	aktuelle Angebote beibehalten, von Nachfrage abhängig	keine aktive Einflussnahme auf Bettenzahl, reaktiv handeln. Versorgung rein durch private Anbieter	Verknappung der Angebote, Unzufriedenheit Bürger, ungebremste Kostensteigerung	Nachfrage, reguliert die Angebote

*Tabelle 2: Zusammenfassung Sicht Gemeinde Szenario "Weiter wie bisher"*

#### **b) Szenario "Bettenausbau" – Angebot für alle BESA-Stufen von 0 bis 12**

In diesem Szenario wird die Möglichkeit in Betracht gezogen, das Angebot an Pflegebetten zu erweitern, sofern die vorhandenen Betten die Nachfrage nicht mehr befriedigen können. Es gilt zu erwähnen, dass hierfür aktuell eine gesetzliche Grundlage fehlt.

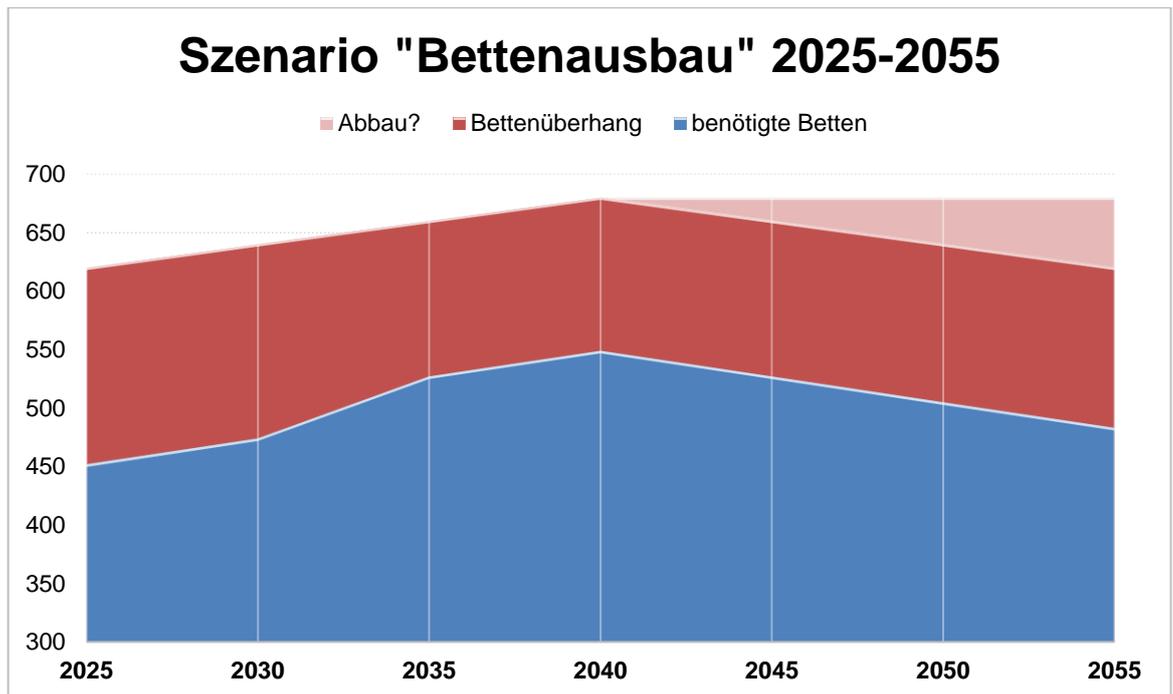


Abbildung 8: Szenario "Bettenausbau"

Das gesamte Angebot über alle Bedarfsstufen (BESA 0 bis 12) wird aufrechterhalten. Bei entsprechender Nachfrage wird die Anzahl Betten ausgebaut. Der Bettenüberhang bleibt bestehen.

#### Beurteilung

Da die Beurteilung analog dem Szenario a) ausfällt, wird hier auf eine Wiederholung verzichtet. Es werden lediglich die Unterschiede aufgeführt.

Die **Gemeinde** aktualisiert die Leistungsvereinbarungen mit allen Betrieben anhand einer standardisierten Vorlage. Sie enthalten minimale, gesetzlich vorgeschriebene Inhalte. Die Pflegekosten werden tendenziell wie in den letzten zehn Jahren weiterhin jährlich um 3 bis 4 % ansteigen. Werden zusätzliche Pflegebetten geschaffen, werden die Kosten jährlich um mehr als 4 % ansteigen.

Das bestehende Angebot steht der **Wohnbevölkerung** in allen Pflegebedarfsstufen (BESA 0 bis 12) zur Verfügung. Um spezialisierte Angebote wie zum Beispiel bei Demenz oder chronischen Erkrankungen aufrecht halten zu können, müssen mittel- bis längerfristig neue Pflegebetten geschaffen werden, damit auch weiterhin Menschen mit einem tiefen Pflegebedarf (BESA 0 bis 3, ca. 10 %) in Pflegeheimen leben können.



### Zusammenfassung Sicht Gemeinde

Einsparungen	Mehrkosten	Angebote	Steuermöglichkeiten	Risiken	Chancen
keine	ja markant (stationär)	Angebote analog heute. Ergänzende Angebote nur mit Zusatzfinanzierung	Koordinierter Ausbau in der Region, "harter" Abbau nach 2040?	Fachpersonen <b>nicht</b> vorhan- den, unkontrol- lierte Nachfra- ge	Entlastung soziales Netzwerk

Tabelle 3: Zusammenfassung Sicht Gemeinde Szenario "Bettenausbau"

### c) Szenario "Bettenabbau" – Rahmenplanung umsetzen

Dieses Szenario verfolgt die Strategie des Bedarfs nach kantonalen Rahmenplanung. Die vorhandenen Betten werden abgebaut, jedoch nur auf das Niveau des geschätzten Bedarfs im 2040. Danach erfolgt sukzessiv ein weiterer Abbau.

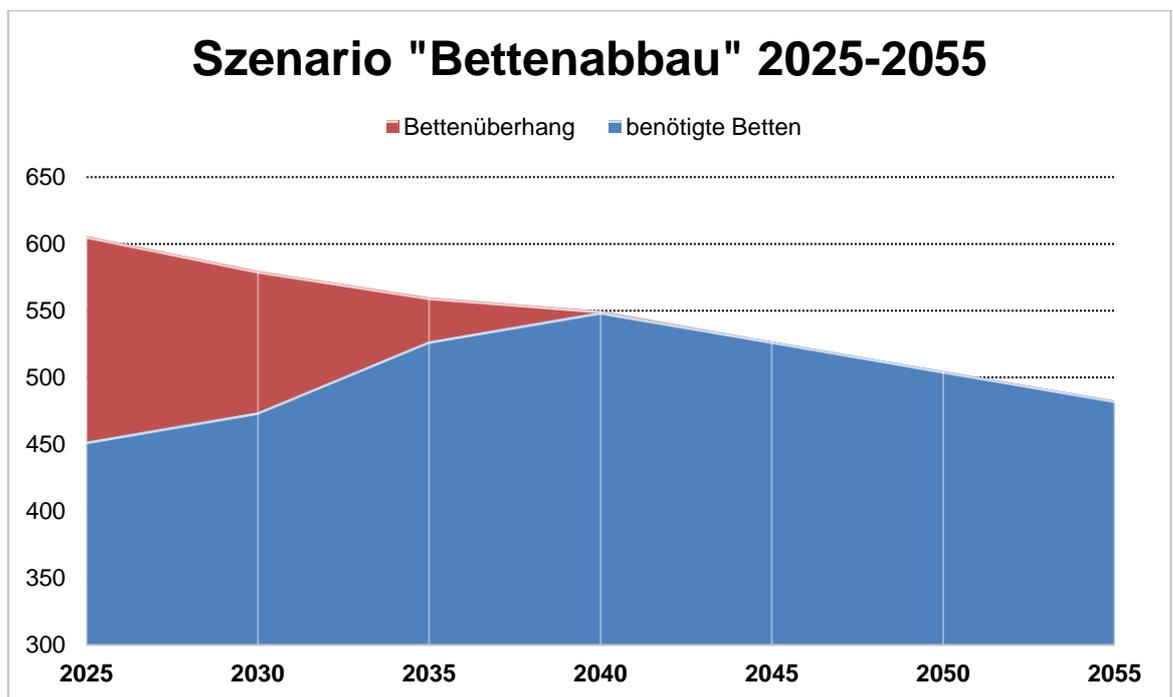


Abbildung 9: Szenario "Bettenabbau"

Der Bettenabbau muss so geplant werden, dass im Jahr 2040 genügend Betten vorhanden sind. Allenfalls sind die Subregionen Landquart und Imboden bei der Bettenplanung miteinzubeziehen, da in diesen Subregionen ein zusätzlicher Bettenbedarf bis 2035 besteht.



### *Beurteilung*

Die **Gemeinde** nimmt in der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur eine aktive Rolle ein und definiert die Bettenzahl der Betriebe. Mittels Leistungsvereinbarungen wird die Aufnahme der verschiedenen BESA-Stufen geregelt. Die Aufnahme von Menschen mit einer BESA-Stufe unter 3 wird unterbunden oder besondere Abklärungen werden verlangt. Das Schaffen von Wohnangeboten für Menschen mit tiefen BESA-Stufen (0 bis 3) wird den Alters- und Pflegeheimen und dem freien Immobilienmarkt überlassen. Die Gemeinde sorgt zusätzlich bei der Entstehung von Neubauten und Quartieren dafür, dass ein Anteil an bezahlbaren Wohnungen entsteht. Sie fördert zudem Projekte, welche "Wohnen mit Service" anbieten.

Die Pflegekosten werden sich tendenziell durch das Wegfallen der BESA-Stufe 3 auf dem aktuellen Niveau halten. Möglicherweise wird die Kostensteigerung von heute 4 % auf 2 bis 3 % pro Jahr reduziert. Eine Kostenverlagerung hin zur ambulanten Versorgung ist wahrscheinlich. Ein Anstieg der Gesamtkosten in der Pflege wird dadurch eher nicht erfolgen, da die Kosten pro Kunde tiefer ausfallen (siehe Abbildung 3, Seite 10).

Das bestehende Angebot steht ausschliesslich der **Wohnbevölkerung** ab den Pflegebedarfsstufen (BESA) 4 zur Verfügung. Spezialisierte Angebote, wie zum Beispiel bei Demenz, stehen den Betroffenen in bisheriger Anzahl zur Verfügung. Menschen mit einem tiefen Pflegebedarf (BESA 0 bis 3) werden zuhause oder im "Wohnen mit Service" durch die Spitex versorgt. Es ist damit zu rechnen, dass Spitex-Organisationen an ihre Kapazitätsgrenze stossen, weil sie alleine nicht das gesamte benötigte Betreuungs- und Pflegenetzwerk sicherstellen können und darüber hinaus der Mangel an Fach- und Pflegepersonal behindernd wird.

Die Angebote orientieren sich einerseits am gesellschaftlichen Bedarf. Andererseits wird das Angebot im stationären Bereich kleiner. Das soziale Netzwerk wie Angehörige, Freiwillige und andere wird zunehmend stärker belastet, da mehr Leistungen durch sie erbracht werden müssen.

Das Angebot der **Alters- und Pflegeheime** wird sich längerfristig in einem Pflegebereich spezialisieren müssen, da nicht mehr genügend Betten und Ressourcen zur Verfügung stehen, um das ganze Spektrum der Pflege in jedem Heim abzudecken. Der Abbau von Pflegebetten wird von der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur verordnet, was die Beziehung zwischen Behörden als Auftraggeber und Leistungserbringenden belasten wird. Das Commitment, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung gemeinsam zu entwickeln, könnte zunehmend fehlen. Das kann sich auf die Qualität der Angebote auswirken ("Dienst nach Vorschrift"). Das Betreiben von Pflegebetten bedarf immer einer



kantonale Betriebsbewilligung beziehungsweise kann nicht privat erfolgen (Art. 17 ff, BR 500.00 Gesundheitsgesetz).

#### Zusammenfassung Sicht Gemeinde

Einsparungen	Mehrkosten	Angebote	Steuermöglichkeiten	Risiken	Chancen
Anteil BESA 3, ca. 10 %	nein	die Angebote stationär werden reduziert, im ambulanten Bereich ausgebaut	Bettenzahl reduzieren und alternative Wohnangebote schaffen	Mehrbelastung Angehörige, Mehraufwand ambulante Dienstleister, Gesellschaftlicher Druck wegen eingeschränkter Auswahl	Längerfristige Kostenersparnis für die Gemeinde, da weniger stationäre Betten mitfinanziert werden müssen

Tabelle 4: Zusammenfassung Sicht Gemeinde Szenario "Bettenabbau"

#### d) Szenario "Bettenumnutzung" – 10 % der vorhandenen Pflegebetten umnutzen

Das Szenario "Bettenumnutzung" verfolgt eine ressourcenorientierte Strategie. Der in der Rahmenplanung bezeichnete Überhang an Pflegebetten wird kontinuierlich für die Entwicklung von fehlenden Angeboten umgenutzt. Vorhandene Pflegebetten werden erhalten und optimiert genutzt.

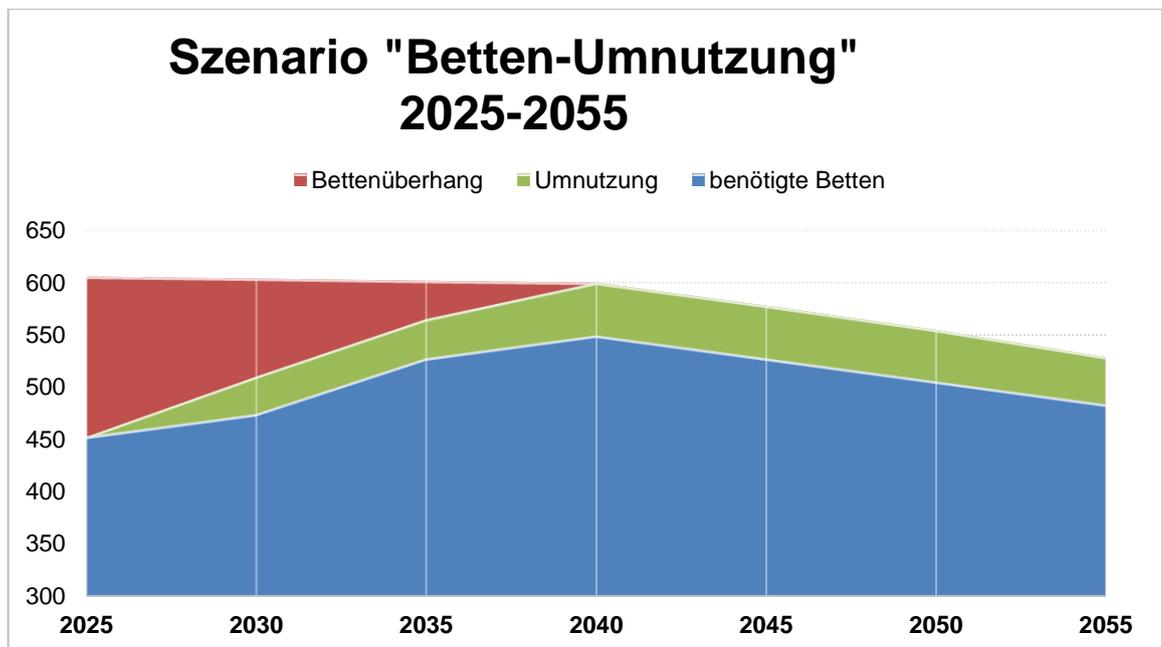


Abbildung 10: Szenario "Bettenumnutzung"

Mit einer zu erarbeitenden Strategie der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur werden 10 % der Betten, die bisher für die BESA-Stufen 0 bis 3 benutzt wurden, sukzessive umgenutzt. Hierfür werden Spezialisierungsangebote definiert und mit den einzelnen AI-



ters- und Pflegeheimen koordiniert. Zum Beispiel Wohnen mit Begleitung/Betreuung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Wohnen mit Pflege und Betreuung für junge Alte mit chronisch-degenerativen Erkrankungen (körperlich und neurologisch).

### *Beurteilung*

Die **Gemeinde** entwickelt aktiv ihre Gesundheitsversorgungssubregion Plessur. Sie steuert über den Bedarf die Bettenzahl und die Angebote im ambulanten und stationären Bereich. Die Leistungsvereinbarungen werden individuell auf das jeweilige Angebot sowie die Spezialisierungen der Alters- und Pflegeheime abgestimmt. Dazu gehört auch das Angebot "Wohnen mit Service". Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebote stehen je nach BESA-Pflegebedarf zur Verfügung. Die Gemeinde sorgt aktiv bei der Entstehung von grösseren Neubauten und neuen Quartieren dafür, dass ein Anteil an bezahlbaren Wohnungen sowie Begegnungsräume im Innen- und Aussenraum entstehen, welche das soziale Miteinander fördern.

Die Pflegekosten werden sich tendenziell in den ambulanten Bereich verschieben und darüber hinaus werden soziale Netzwerke um betroffene Personen und in den Quartieren aktiviert und ins Pflege- und Betreuungsnetzwerk eingebunden. Langfristig wird eine Reduktion der Pflegekosten resultieren. Für die Gemeinde entstehen teilweise überschaubare neue Kosten für Koordinationsaufgaben und allenfalls auch im Bereich der Betreuung sowie für Vorhalteleistungen der Alters- und Pflegeheime.

Der **Wohnbevölkerung** stehen bedarfsgerechte Angebote zur Verfügung. Sie erhält an einer zentralen Stelle von einer Fachperson Informationen über Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge wie zum Beispiel über hindernisfreies Wohnen. Bei Bedarf wird über die Gesundheitsversorgung, das vom "Wohnen mit Services" bis zur umfassenden Pflege im Alterszentrum reicht, beraten und begleitet. Das soziale Netzwerk wie Angehörige, Freiwillige und andere wird dadurch wirksam entlastet, weil von einer Fachperson (Case Managerin) unterstützende Leistungen erfolgen.

Die **Alters- und Pflegeheime** werden ihre Angebote spezialisieren. Ihre Betten und Ressourcen werden bedarfsgerecht eingesetzt. Es erfolgt ein Umbau und/oder teilweise ein Abbau von Pflegebetten, der Teil eines strategischen Entwicklungsprozesses der Gesundheitsversorgungssubregion ist. Gemeinde und Betriebe entwickeln gemeinsam und bedarfsorientiert eine Strategie für die Gesundheitsversorgungssubregion. Die Qualität der Angebote steigt tendenziell an, weil die Ressourcen und Fachkompetenzen gebündelt werden.



### Zusammenfassung Sicht Gemeinde

Einsparungen	Mehrkosten	Angebote	Steuermöglichkeiten	Risiken	Chancen
keine	ja, moderat (ambulant)	Umnutzen zu fehlenden Angeboten	Umnutzungen koordiniert in der Region, Spezialisierung, bedarfsgerechte Angebote schaffen, evtl. Bettenabbau	Evtl. weniger Profit der Institutionen, Kostenverlagerung wg. Mitfinanzierung Gemeinde für fehlende Angebote	Entlastung pflegende Angehörige. Bedarfsgerechte Angebote schaffen

Tabelle 5: Zusammenfassung Sicht Gemeinde Szenario "Bettenumnutzung"

### Fazit aus Sicht der Gemeinde

Die kantonale Rahmenplanung ist eine Einschätzung des aktuellen und künftigen Bedarfs an Pflegebetten in der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur. Sie berücksichtigt die demografische Entwicklung, die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit und gibt eine Tendenz an. Die Bettenplanung in der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur soll idealerweise in Absprache mit der Gesamtregion Churer Rheintal erfolgen. Spezialisierungen der Angebote werden empfohlen. Zum einen wegen der steigenden Nachfrage und zum anderen, um die personellen Ressourcen zu bündeln.

In der nachfolgenden Grafik wird die hypothetische Kostenentwicklung aller vier Szenarien aufgezeigt:

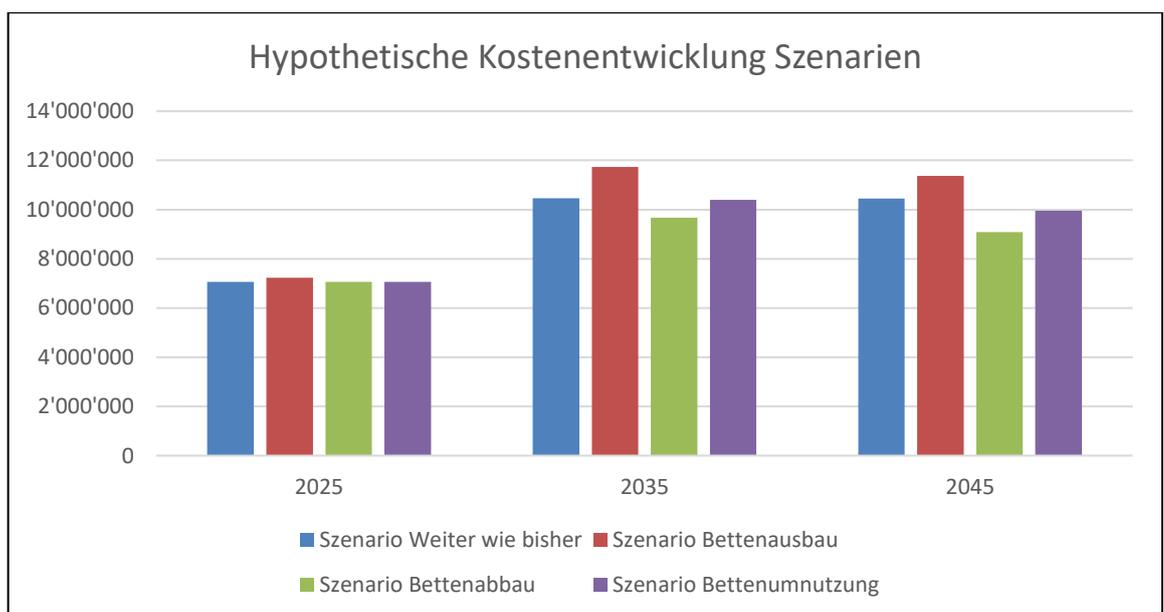


Abbildung 2: Szenarien, hypothetische Kosten, heutige Datengrundlage



Die modellhafte Kostenberechnung geht von einem Kostenwachstum von 4 % pro Jahr aus. Die Einschätzung der Szenarien zeigt, dass Einsparungen aufgrund eines Bettenabbaus möglich sind. Beim Szenario "Bettenabbau" (grau) mit einem Abbau von 57 Betten bis 2040 liegt das Einsparpotential zum Szenario "Weiter wie bisher" (blau) in der Grössenordnung von durchschnittlich Fr. 0.5 Mio. pro Jahr. Beim Szenario "Umnutzungen" (grün) liegt das Einsparpotential zum Szenario "Weiter wie bisher" (blau) mit einem minimalen Abbau von sechs Betten bei durchschnittlich Fr. 0.05 Mio. pro Jahr. Der Ausbau der Pflegeheime gemäss Szenario "Bettenausbau (rot) entlastet zwar das soziale Netzwerk, es ist aber von durchschnittlichen Mehrkosten gegenüber Szenario "Weiter wie bisher" (blau) von Fr. 0.8 Mio. pro Jahr bis 2040 auszugehen. Ob die Dienstleistungen noch in gleicher Qualität erfolgen könnten, ist in Anbetracht des erwarteten Fachkräftemangels fraglich.

#### *Fazit aus Sicht der Wohnbevölkerung*

Der Wohnbevölkerung stehen die benötigten Pflegebetten in allen Szenarien zur Verfügung. Der Bettenüberhang wird im Szenario d) mit einer gezielten Bettenumnutzung den künftigen Herausforderungen gerecht. Der Bedarf von fehlenden Spezialangeboten kann damit optimal abgedeckt werden.

#### *Fazit aus Sicht Alters- und Pflegeheime*

Mit Spezialisierungen gewinnen Heime an Attraktivität als Arbeitgeberin und können so langfristig nicht nur Quantität, sondern auch die Pflegequalität sicherstellen.

## **5. Steuerungsmöglichkeiten**

Die Regelung der Bettenzahl ist nicht die einzige Steuerungsmöglichkeit. Damit längerfristig die Pflege und Betreuung bezahlbar und sichergestellt ist, bedarf es einer guten Mischung von professionellen Angeboten, die Unterstützung durch das soziale Netzwerk und eine Koordination des Pflege- und Betreuungsnetzwerkes.

Um die Steuerungsmöglichkeiten im komplexen System der Gesundheitsversorgung aufzuführen, werden sie in der Folge anhand der Dreiteilung "System – Menschen – Netzwerk" geordnet. Das "System" regelt die Versorgung und Finanzierung. Unter "Mensch" wird aufgezeigt, welche Stationen eine Person im Prozess des Krank- und Gesundwerdens sowie der Betreuung durchläuft. Das "Netzwerk" zeigt auf, wer alles an diesem Prozess beteiligt ist.

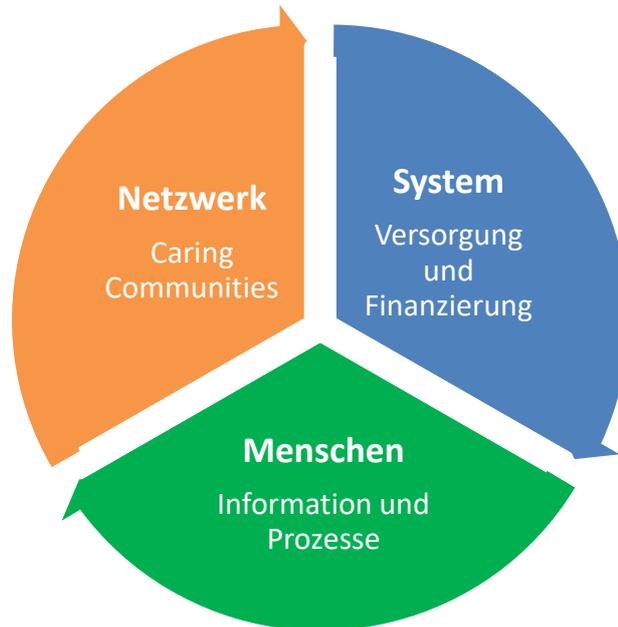


Abbildung 12:3 Anschauungsmodell Gesundheitsversorgung

Die jeweiligen Massnahmen sind anhand dieses Anschauungsmodells geordnet. Thematisch orientieren sie sich an den Steuerungsmechanismen.

Im Bereich "System" sind Massnahmen formeller Art zu finden, die notwendig sind, um den Bereich "Menschen" wirksam entwickeln zu können. Massnahmen im Bereich "Menschen" entfalten ihre Wirkung beim Individuum selber. Massnahmen im Bereich "Netzwerk" regeln die Zusammenarbeit und Koordination.

## 5.1 System

### Versorgung

Im Jahr 2014 publizierte das Gesundheitsamt Graubünden die Broschüre "Zwischen Heim und Daheim". Sie zeigt anschaulich auf, wie das Wohnen im Alter im Kanton geregelt ist. In einer Übersicht werden drei Bereiche und die Zuständigkeiten beschrieben.

- Private Finanzierung von Bau und Betrieb: Alterswohnung und Senioren-Wohngemeinschaft.
- Betreute Alterswohnung – Wohnen mit Service: Bau durch private Trägerschaft, Investoren oder Gemeinden.





- Pflege- und Betreuungseinrichtung: Pauschaler Investitionsbeitrag von Kanton und Gemeinden bei anerkanntem Zusatzbedarf für jedes zusätzlich geschaffene Pflegebett.

### *Finanzierung*

Der Kanton legt fest, welche Leistungserbringer (Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung<sup>4</sup>) Betriebe führen dürfen sowie von Kanton und Gemeinde finanziell unterstützt werden.

Die Tarife werden jährlich vom Gesundheitsamt Graubünden für den ganzen Kanton bestimmt. Die Berechnung erfolgt auf der Basis der Vollkostenrechnungen aller Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Organisationen im Kanton. Die Pflege- und Betreuungskosten werden auf die vier Kostenträger Pflegeempfangende, obligatorische Krankenversicherung, Kanton sowie Gemeinde aufgeteilt.

Die sogenannte Restfinanzierung durch Kanton und Gemeinden ist im Krankenpflegegesetz (KPG 506.000) in den Art. 20 und 41 geregelt:

	<b>Spital</b>	<b>Alters- und Pflegeheim</b>	<b>Spitex-Organisationen</b>
<b>Kantonsanteil</b>	90 %	25 %	55 %
<b>Gemeindeanteil</b>	10 %	75 %	45 %

*Tabelle 6: Anteile Kanton und Gemeinden an Finanzierung Gesundheitsversorgung*

Bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit führt der Kanton den Prozess der Rückgriffsforderungen nach Art. 79a KVG. Das Controlling bzw. Erfassen solcher Fälle muss beim Eintrittsmanagement durch die Pflegeinstitution erfolgen. Die Verpflichtung eines solchen Controllings soll in der Leistungsvereinbarung (siehe Ziffer 5.1 "Steuerungsmöglichkeiten, Einflussebene Gemeinde) zwischen der Gesundheitsversorgungssubregion und der Institution geregelt und überwacht werden. Dies erfolgt mittels Reporting durch die Institutionen. So kann die Stadt ihre Interessen wahrnehmen.

Die Überprüfung der geforderten Qualitätsstandards sowie die Erneuerung der Betriebsbewilligung erfolgt durch den Kanton (KPG Art. 4).

Im KPG Art. 9 Abs. 2 ist weiter festgelegt: "Die Trägerschaften der Leistungserbringer haben den Gemeinden ihrer Gesundheitsversorgungsregion ein angemessenes Mitspracherecht einzuräumen. Zu diesem Zweck schliesst die Gesundheitsversorgungsregion mit den Trägerschaften der Leistungserbringer eine Leistungsvereinbarung ab."

---

<sup>4</sup> Spitex-Organisationen



### *Steuerungsmöglichkeiten*

- Einflussnahme Ebene Bund

Der Bundesrat bearbeitet seit dem 13. Mai 2016 das Postulat "Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger". Es wird beabsichtigt, die Unterschiede in der Spital-, Spitex- und Pflegeheimfinanzierung zu eliminieren. Daraus soll ein einfacherer und fixierter Kostenteiler zwischen Kantonen und Versicherern resultieren. Verschiedene Fragen sind dabei jedoch noch offen:

- die Datenbasis zur Berechnung der effektiven Kosten
- Abrechnungssystem Spitex und Heime
- Übernahme der Restkosten durch Kantone und Gemeinde<sup>5</sup>

- Einflussnahme Ebene Kanton

Bei einer Revision des Krankenpflegegesetzes (KPG) sollten die Anreize in der kantonalen Pflegefinanzierung optimiert und in Art. 20 eine neue Aufteilung der Beiträge zwischen Kanton und Gemeinden diskutiert werden. In der Antwort zum Auftrag Degiacomi "Anreize in der ambulanten und stationären Pflegefinanzierung" zeigte sich die Regierung insbesondere offen über eine Regelung der Vorhaltekosten von Kurzaufenthaltsbetten und die Unterstützung von pflegenden Angehörigen nachzudenken. Entsprechende zeitnahe Vorstösse wurden seitens der Parlamentarier angekündigt.

Bei der jährlichen Beratung des Kantonsbudgets legt der Grosse Rat gemäss Art. 21 KPG den Gesamtkredit des Kantons und der Gemeinden für den Anteil an Beiträgen an Spitäler und deren Leistungen fest.

Eine aktive Mitarbeit bei der Aktualisierung des Altersleitbildes 2012 des Kantons kann die Schwerpunkte für die nächste Periode beeinflussen.

- Einflussnahme Ebene Gemeinde

Gemäss Krankenpflegegesetz (KPG) haben die Gemeinden verschiedene Aufgaben zu erfüllen, die sie weitgehend selber gestalten können:

- Leistungsvereinbarungen mit den Trägerschaften abschliessen (Art. 9 Abs. 2)
- Ausreichendes Angebot für die teilstationäre und die stationäre Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen sicherstellen (Art. 29 Abs. 1)

---

<sup>5</sup> Weitere Informationen zur "Einheitlichen Finanzierung ambulant/stationär (EFAS) unter <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163352>



- Ausreichendes Angebot an Diensten der häuslichen Pflege und Betreuung sicherstellen (Art. 38 Abs. 1)
- Regional abgestimmte Bedarfsplanung erstellen (Art. 29 und Art. 38 Abs. 2)
- Mitspracherecht der Gesundheitsversorgungsubregion bei der Aufnahme einer Institution auf die Pflegeheimliste bezüglich Bedarf und Angebot (Art. 28 Abs. 2).

Die Leistungsvereinbarungen mit den Trägerschaften bieten die Möglichkeit, den regionalen Bedarf und die Angebote der Organisationen in den Bereichen ambulante und stationäre Versorgung von Langzeitpatientinnen und -patienten und betagten Personen abzustimmen. Dazu gehören insbesondere Angebote, welche den aktuellen Bedarf noch nicht decken, wie zum Beispiel die Pflege und Betreuung von chronisch kranken Menschen oder Kurzaufenthalte für pflegebedürftige Erwachsene jeden Alters. Längerfristig kann eine regional abgestimmte Diversifizierung sowie Spezialisierungen der Organisationen entwickelt werden, weg von "alle machen alles" hin zu "bedarfsgerechten Angeboten".

## 5.2 Menschen

### *Prozess*



Regierungsziele Altersleitbild Kanton Graubünden 2012:

- Stärkung der Autonomie, der Gesundheit und der Lebensqualität der älteren Menschen zur Erhöhung der Anzahl der gesunden Lebensjahre und zur Verzögerung der Heimeintritte. Fokus Gesundheitsförderung.
- Reduktion der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen auf Personen, welche zwingend auf die Pflege in einem Pflegeheim angewiesen sind. Fokus ambulant vor stationär.
- Bessere Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Pflege- und Betreuungsangebote sowie bedürfnisgerechte Information der an Altersfragen und an Pflege- und Betreuungsangeboten interessierten Personen. Fokus Koordination einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung.

### *Steuerungsmöglichkeiten*

Das zentrale Steuerungselement beim Mensch ist die Gesundheitsförderung. Gesundheit versteht sich als dynamisches Gleichgewicht, das ständig wiederhergestellt bzw. erhalten werden muss. Zentral wichtig dabei ist, dass der Mensch handlungsfähig bleibt, um die verschiedenen an ihn gestellten Anforderungen zu bewältigen.



Menschen benötigen dazu Informationen, Beratung und Begleitung:

- Informationen geben Orientierung für Entscheidungen
- Beratung unterstützt den individuellen Entscheidungsprozess
- Begleitung entlastet Menschen in schwierigen Lebenssituationen.

Dieses Prinzip gilt sowohl für Betroffene selber wie auch für deren Angehörige.

Eine professionell geführte Koordinationsstelle, die ein umfassendes Case Management umsetzt sowie organisatorisch neutral ist, erfüllt diese Anforderungen bestmöglich. Jede Gesundheitsversorgungsregion soll laut Regierungsprogramm 2021 bis 2024 eine Koordinationsstelle implementieren.

### 5.3 Netzwerk

#### *Caring Communities*

Caring Communities sind sich sorgende Gemeinschaften, die in Dörfern und Quartieren entstehen, wenn der entsprechende Sozialraum vorhanden ist. Mit Sozialraum sind Freiräume in unmittelbarer Nähe des Wohnumfeldes<sup>6</sup> gemeint, die soziale Kontakte sowie die Entwicklung von sich sorgenden Gemeinschaften fördern. Erfahrungen in anderen Städten zeigen, dass die Altersgruppe zwischen 65 und 75 Jahren sehr initiativ und interessiert ist, in diesem Bereich mitzuwirken. So wurde zum Beispiel in der Stadt Uster das Projekt "Zeitgut" durch Senioren, für alle Generationen umgesetzt (siehe Aktenbeilage). Nach der Projektphase wurde eine Genossenschaft gegründet, deren Betriebskosten von der Stadt mitgetragen werden.



Ein vielfältiges Wohnangebot, wie im Stadtentwicklungskonzept 2050<sup>7</sup> beschrieben, sorgt zusätzlich dafür, dass eine Durchmischung von verschiedenen Generationen in den Wohnquartieren erfolgen kann.

#### *Medizinische Gesundheitsversorgung*

Das Ziel ist, dass die primäre medizinisch-pflegerische Grundversorgung der Bevölkerung in den Quartieren und damit nahe am Wohnort erfolgt.

Eine ganzheitliche gesundheitliche Grundversorgung für die Bevölkerung bedarf eines koordinierten Zusammenspiels vieler professioneller Dienstleistenden. Die Ärztin/der Arzt nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Hinzu kommt die Kooperation mit Apotheken, Spitex-Organisationen (für Kinder und Erwachsene), Spitälern, psychiatrischen Kliniken,

<sup>6</sup> Siehe Stadtentwicklungskonzept 2050 Seiten 60/ 61

<sup>7</sup> Seite 49/50



Pflegezentren, Palliativem Brückendienst und weiteren Dienstleistungsanbietenden. Solche koordinierenden Aufgaben könnten durch eine professionell geführte Koordinationsstelle, wie in Ziffer 5.2 "Steuerungsmöglichkeiten" beschrieben, wahrgenommen werden.

#### *Steuerungsmöglichkeiten*

Angebote mit den bestehenden grossen Hausarztpraxen wie gleisd und Medizinisches Centrum Maienfeld (MCM) werden möglichst gut beraten und unterstützt.

Es könnte zudem eine kostenlose, fachlich kompetente Beratung (Case Managerin) implementiert werden, welche durch eine regionale Koordinationsstelle erfolgt.

Die Stadt soll jedoch nicht als Dienstleisterin oder Betreiberin von medizinischen Zentren auftreten.

Im Jahr 2019 wurde eine Arbeitsgruppe Stadtraum für den interprofessionellen Austausch und die fachliche Auseinandersetzung von spezifischen Themen eingesetzt. In der Arbeitsgruppe können unter anderem Anliegen des Gesundheits- und Altersbereichs bearbeitet und in Entscheidungsprozesse integriert werden.

Das Stadtentwicklungskonzept STEK 2050 bildet eine weitere Grundlage, um die Quartierentwicklung zu steuern. Zentren sollen mit einem Angebot der Grundversorgung ausgestaltet werden (Seiten 22/23). Die gezielte Entwicklung im Bereich Gesundheit soll sichergestellt werden (Seite 25).

Bereits eine mögliche gesetzliche Grundlage besteht im Gesetz über die Förderung der Wirtschaft (RB 551). Gemäss Art. 5 kann die Stadt Grundstücke für die Ansiedlung neuer Unternehmen zur Verfügung stellen und dabei Vorzugsbedingungen gewähren.

## **6. Massnahmen**

Die Massnahmen, die sich aus den Steuerungsmöglichkeiten ergeben, werden im Dokument "Umsetzung Alterskonzept 2025, Schwerpunkte" aufgeführt, beschrieben und bewertet (siehe Aktenauflage). Folgende Schwerpunkte sind für die nächsten Jahre vorgesehen:

- Gesetzliche Grundlagen für die Bereiche Gesundheit und Alter erstellen;
- regionale Koordinationsstelle einrichten;
- Gesundheitsversorgungssubregion Plessur entwickeln;
- Caring Communities zur Stärkung sozialer Netzwerke konkretisieren.



### *Regionale Koordinationsstelle*

Die Einrichtung einer regionalen Koordinationsstelle ist der Schlüssel zur Verbesserung der individuellen Situation der pflegebedürftigen Menschen und der finanziellen Belastung der Gemeinden. Eine regionale Koordinationsstelle berät die Betroffenen und organisiert ein passgenaues Case Management. Damit können Betroffene möglichst lange und autonom im Alter zuhause leben. Je länger ambulante Dienstleistung bezogen werden und je kürzer der Aufenthalt im Heim ist, umso günstiger kommt es die öffentliche Hand zu stehen. Zudem werden private Ressourcen von Angehörigen und soziale Netzwerke im Quartier so gut wie möglich einbezogen. Dies unterstützt die Betroffenen und entlastet die öffentliche Hand.

## **7. Kosten**

Für die Umsetzung der Massnahmen wird mit folgenden Kosten für die nächsten drei Jahre gerechnet:

Regionale Koordinationsstelle einrichten und betreiben	Fr. 460'000.--
Gesundheitsversorgungssubregion Plessur entwickeln	Fr. 120'000.--
Caring Communities	unbekannt <sup>8</sup>
<b>Total</b>	<b>Fr. 580'000.--</b>
Anteil Chur (87.4 %)	Fr. 506'920.--

Diverse Massnahmen wie die Anpassung der kommunalen gesetzlichen Grundlage (C1), die Quartierentwicklung für Generationen (J1) oder die Optimierung der Prozesse der Pflegefinanzierung (B1, B2, B3) werden im Rahmen der üblichen Tätigkeiten der Abteilung Gesundheit und Alter bearbeitet und lösen keine separaten Kosten aus. Spezifische Projekte, welche in den Prozessen entstehen, können mit der jährlichen Planung, Zielvereinbarung und entsprechender Budgetierung aktiviert werden.

---

<sup>8</sup> Die Massnahme der Unterstützung pflegender Angehöriger/ Caring Communities ist noch nicht ausgearbeitet und bezifferbar.

*Approximative Kostenzusammenstellung regionale Koordinationsstelle*

	<b>Pensum</b>	<b>Monats- lohn</b>	<b>Jahreslohn inkl. 13. Mtl.</b>	<b>Sozial- leistungen 10.6 %</b>	<b>Aufwand pro Jahr</b>
<b>Lohnkosten</b>	100 %	Fr. 8'000	Fr. 104'000	Fr. 11'024	Fr. 115'024
	30 %	Fr. 2'100	Fr. 27'300	Fr. 2'893	Fr. 30'194
<b>Raumkosten</b>					Fr. 6'000
<b>Infrastruktur</b>					Fr. 3'000
<b>Total</b>	<b>130 %</b>	<b>Fr. 10'100</b>	<b>Fr. 131'300</b>	<b>Fr. 13'917</b>	<b>Fr. 154'218</b>
Anteil Chur 87.4 %					Fr. 134'224

*Tabelle 7: Jährliche Gesamtkosten regionale Koordinationsstelle, Basis: Erfahrungswerte Kanton Glarus, Löhne Gesundheitspersonen Kanton Graubünden*

*Einsparpotential*

Die Kosten pro Kunde und Tag können nicht beeinflusst werden. Das Tarifsystem ist zu komplex. Hier versuchen Bund und Kantone mit bescheidenem Erfolg die Kostensteigerung in den Griff zu bekommen.

Anders sieht es bei der Aufenthaltsdauer in Alters- und Pflegeheimen aus. Hier können Kosten gespart werden. Die Aufnahme müsste dann mit neuen Kriterien geregelt werden. Gleichzeitig braucht es ein ausgebautes Angebot im ambulanten Bereich. Nicht zuletzt auch, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Damit kann ein späterer Eintritt respektive eine kürzere Aufenthaltsdauer im Alters- und Pflegeheim erreicht werden.

Ebenso einen positiven Effekt auf die Eindämmung der Kostensteigerung hat die Reduktion der Bettenzahl in den Alters- und Pflegeheimen.

Ein Pflegebett kostet die Stadt pro Jahr im Durchschnitt Fr. 13'505.--, eine ambulante Spitexbetreuung Fr. 2'256.-- (Siehe Seite 10).

*Modellrechnung Bettenumnutzung*

Eine einfache Modellrechnung gemäss dem Szenario Bettenumnutzung zeigt, welche finanziellen Auswirkungen dies haben kann: Wird die gesamte durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Alters- und Pflegeheimen durch einen späteren Eintritt um zwei Monate verkürzt, können rund Fr. 424'000.-- pro Jahr eingespart werden. Bei einer Reduktion von 6 Betten würden rund Fr. 81'000.-- pro Jahr eingespart werden. Gleichzeitig würden aber für die betroffenen Personen Spitex-Kosten von rund Fr. 85'000.-- pro Jahr entstehen.

Eine Koordinationsstelle, die ein individuelles Case Management organisiert, würde Fr. 154'000.-- pro Jahr kosten. Insgesamt würde die Stadt mit diesem Massnahmenpaket rund eine Viertelmillion Franken einsparen (Fr. 239'000 – Fr. 505'000 = – Fr. 266'000).

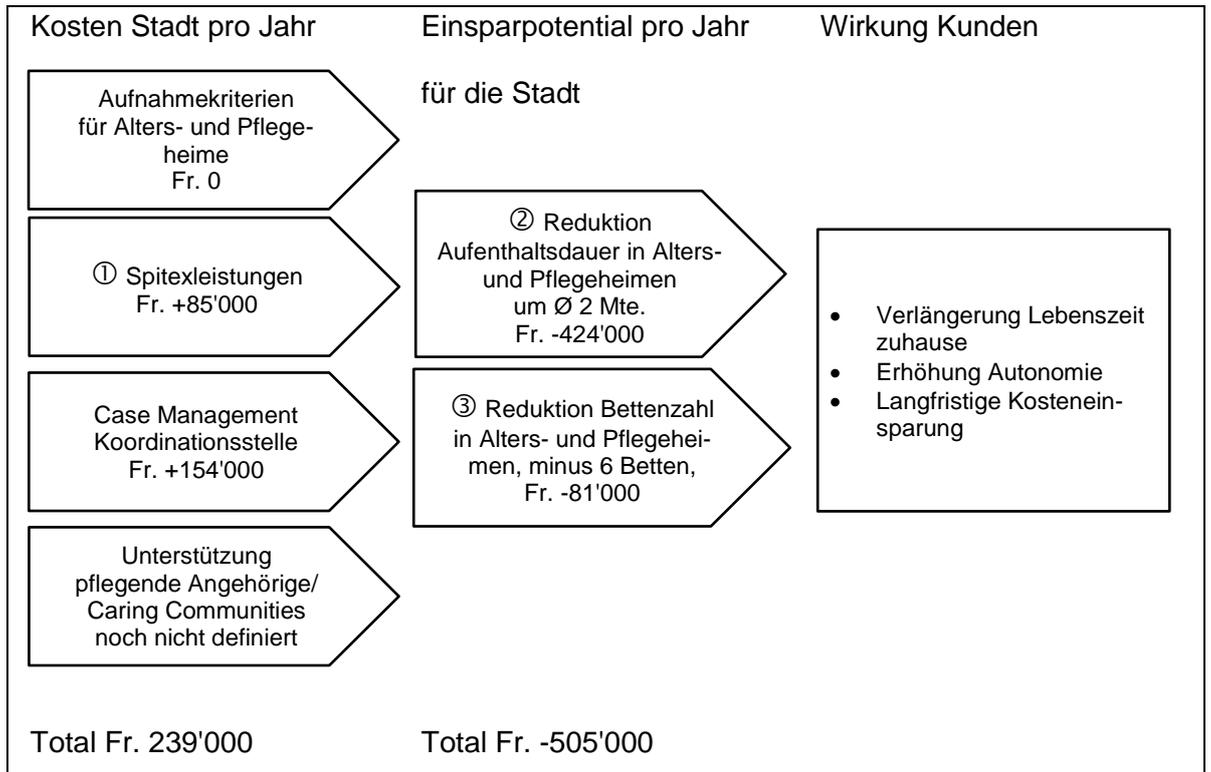


Abbildung 43: Modellrechnung Neue Kosten und Einsparpotential pro Jahr Stadt Chur

## ① Spitexleistungen

anstelle von 2 Monaten späterem Heimeintritt ②	$60d \times 191 \text{ Betten} \times \text{Fr. } 6.18 = \text{Fr. } 70'822.80$
Total Betten (Aktenaufgabe):	477 Betten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Bett:	2.5 Jahre <sup>9</sup>
Bettenumsatz pro Jahr:	$477 \text{ B.} / 2.5 \text{ J.} = 191 \text{ Betten}$
Kosten Spitexleistung pro Tag	Fr. 6.18
anstelle von 6 Pflegebetten ③	$6 \times \text{Fr. } 2'256.00 = \text{Fr. } 13'536.00$
Total Spitexleistungen pro Jahr	Fr. 84'358.80
	gerundet <b>Fr. 85'000.00</b>

## ② Reduktion Aufenthaltsdauer in Alters- und Pflegeheimen

um Ø 2 Monate	$60d \times 191 \text{ Betten} \times \text{Fr. } 37.00 = \text{Fr. } 424'020.00$
	gerundet <b>Fr. 424'000.00</b>
Total Betten (Aktenaufgabe):	477 Betten
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Bett:	2.5 Jahre
Bettenumsatz pro Jahr:	$477 \text{ B.} / 2.5 \text{ J.} = 191 \text{ Betten}$
Kosten Pflegebett pro Tag	Fr. 37.00

<sup>9</sup> Bundesamt für Statistik; Taschenstatistik Gesundheit 2022; S. 26



③ Reduktion Bettenzahl in Alters- und Pflegeheimen

minus 6 Betten (Annahme, s. S 22/23)

6 Betten x Fr. 13'505.00 = Fr. 81'030.00

gerundet **Fr. 81'000.00**

Dabei ist zu bemerken, dass die Modellrechnung in erster Linie die Mechanismen aufzeigen soll. Sie ist statisch und basiert auf Schätzungen mit heutigem Wissensstand. Es kann kein direkter Zusammenhang zwischen einer einzigen Ursache wie z.B. dem Einrichten einer Koordinationsstelle und der Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer hergestellt werden. Hingegen sind aus der Gesamtheit der Massnahmen sehr wohl entsprechende positive finanzielle Effekte gemäss Modellrechnung zu erwarten, welche durchaus in einem günstigen Verhältnis zum Aufwand für die Massnahmen stehen.

Der Kanton Glarus zeigt im Bericht "Evaluation der Wirksamkeit der Kantonalen Koordinationsstelle Gesundheit" vom Juni 2022 anhand von Fallbeispielen folgende Erkenntnisse auf:

- Nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität für das Individuum und das gesellschaftliche Umfeld
- Stabilisierung Umfeld durch präventive Massnahmen
- Stärkung Gesundheitskompetenz
- Verhinderung Folgekosten für Gemeinde und Kanton durch niederschwelliger Zugang und frühzeitiger Einbezug der Koordinationsstelle
- Ideale Position der Koordinationsstelle, um Versorgungslücken jeglicher Art zu erkennen und darauf aufmerksam zu machen.

Die Umfrage bei Leistungserbringenden zeigte:

- Entlastung der Akteure im Gesundheitswesen durch Koordinationsfunktion als kompetenter Netzwerkpartner.
- Aufbau von systemübergreifenden Wissen.

## 8. Umsetzungsorganisation

Die Projektsteuerung obliegt dem Departementsvorsteher Bildung Gesellschaft Kultur zusammen mit der Dienststellenleitung Gesellschaft. Das Projekt führt die Leiterin Abteilung Gesundheit und Alter. Externe Fachstellen, das Gesundheitsamt Graubünden sowie weitere Stakeholder werden punktuell miteinbezogen. Die Schwerpunkte der Umsetzung des Alterskonzepts sind in vier Teilprojekte unterteilt.



Die Verantwortung für die drei Teilprojekte "gesetzliche Grundlagen", "Koordinationsstelle" und "Caring Communities" liegt bei der Stadt Chur. Die "Entwicklung der Gesundheitsversorgungssubregion Plessur" wurde der Region Plessur übertragen. Die Koordinationsstelle soll nach erfolgter Pilotphase in die Gesundheitsversorgungsregion überführt werden.

## **9. Hausärztliche Grundversorgung**

Der Auftrag Hegner und Mitunterzeichnende vom Juni 2019 zielt darauf ab, einem Mangel in der hausärztlichen Grundversorgung vorzubeugen. Eine Recherche von 2020 dazu zeigt die kritischen Punkte sowie die Chancen für die nächsten fünf bis zehn Jahre auf. Eine kleinere Umfrage im 2022 bestätigt, dass die Situation weitgehend unverändert ist, sich in Teilbereichen jedoch eher verbessert hat.

### **Herausforderungen und Risiken**

- Die Anzahl Hausärztinnen und Hausärzte, die in Pension gehen, ist grösser als die Anzahl der Nachfolgenden.
- Die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und ambulanter Pflege bedarf mehr Koordination und Effizienz bei den Patientenpfaden.
- Es besteht ein Kapazitätsengpass wegen der "Zuwanderung" von Patientinnen und Patienten aus der Region.

### **Stärken und Chancen**

- Die hausärztliche Notfallversorgung am Kantonsspital Graubünden bewährt sich.
- Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildung wie zum Beispiel in Case Management oder Advanced Practice Nursing könnten erweiterte Tätigkeiten in der Gesundheitsversorgung ausführen und diese in Zukunft abrechnen (Umsetzung Pflegeinitiative).
- Die Hausarztmedizin wird von Bund und Kanton gezielt gefördert.
- Gespräche mit den zwei bestehenden medizinischen Zentren in der Region (gleiches, Medizinisches Center Maienfeld (MCM)) bestätigen das Geschäftsmodell "Gemeinschaftspraxis".
- Das MCM eröffnet 2023 an der Gürtelstrasse ein Zentrum mit sechs Behandlungsräumen für Hausärztinnen und Hausärzte in Chur.



- Das MCM übernimmt Patientinnen und Patienten von Hausärztinnen und Hausärzten, welche die Nachfolge nicht sicherstellen können. Erfahrene Hausärztinnen und Hausärzte werden beim MCM als Mentorinnen und Mentoren für Jungärztinnen und -ärzte eingesetzt.
- Medizinische Zentren mit Hausarztmedizin und Spezialmedizin erbringen eine qualitativ gute und effiziente Dienstleistung am Kunden. Die Versorgung daheim, die Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten mit Spitexdiensten und dem sozialen Umfeld wie Angehörige und Nachbarn bedarf der Optimierung durch zielführende Unterstützung einer gesamtheitlichen Patientenbetrachtung.

### **Massnahmen der Stadt zur Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung**

Im Bericht des Stadtrates zum Auftrag Hegner und Mitunterzeichnende wurde aufgezeigt, dass die Stadt auf drei Ebenen Einfluss nehmen könnte. Diese werden nachfolgend präzisiert:

- **Anreize in der übergeordneten Gesetzgebung:** Im Rahmen seiner Möglichkeiten wird sich der Stadtrat auf kantonaler Ebene für eine Stärkung der Hausarztmedizin sowie der häuslichen Pflege und Betreuung in modernen Strukturen einsetzen. Darunter fällt beispielsweise die Frage des sehr tiefen TARMED-Tarifes sowie die Ermöglichung der Selbstdispensation analog anderer Kantone (z.B. St. Gallen). Dadurch könnten negative Anreize zum Eintritt in den hausarztmedizinischen Dienst in Chur gemindert respektive beseitigt werden. Die Stärkung der Pflege im Sinne der Umsetzung der schweizerischen Pflegeinitiative gehört mit dazu.
- **Planung:** Der Einsatz von räumlichen Planungsinstrumenten kann höchstens einen bescheidenen Beitrag zur Sicherstellung einer dezentralen Quartiersversorgung leisten. Im vom Stadtrat am 23. November 2021 verabschiedeten Stadtentwicklungskonzept 2050 werden unter dem Titel "Stadtstruktur" Quartiere als Orte der Begegnung, Identität und Mobilität mit einem Angebot zur Grundversorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs beschrieben. Im Rahmen der Überarbeitung der Grundordnung können in solchen Quartierorten (z.B. Haldenstein, Kurfirsten, Loë, Maladers, Chur West) gezielt Mischzonen geprüft werden, welche die Ansiedlung entsprechender Dienstleistungserbringender auch im Bereich von Gesundheit (Arztpraxen, Apotheken usw.) begünstigen.
- **Infrastruktur:** Der Stadtrat kann aufgrund von Art. 5 des städtischen Gesetzes über die Förderung der Wirtschaft (RB 551) Grundstücke für die Weiterentwick-



lung bestehender sowie für die Ansiedlung neuer Unternehmen erwerben, vermitteln, veräussern oder in anderer Rechtsform zur Verfügung stellen und Vorzugsbedingungen gewähren, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind. Je nach Lageentwicklung ist dies für den Stadtrat eine Option. Zum jetzigen Zeitpunkt und auch in weiterer Zukunft erscheint es dem Stadtrat nicht erforderlich, Infrastrukturen zu bauen und günstig zu vermieten respektive sogar selber zu betreiben.

- **Kooperationen:** Die Förderung der Kooperationen kann die Stadt durch die neu entstandene Gesundheitsversorgungssubregion Plessur mindestens teilweise aktiv mitbeeinflussen. Die Stadt muss die bestehenden gesetzlichen Grundlagen darauf abstimmen (Revision Altersgesetz, RB 341).

Ausserdem sind gerade in diesem Bereich durch eine Koordinationsstelle wichtige Impulse zu erwarten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten sowie die Optimierung von effizienten Patientenpfaden wird dabei durch eine Pflegefachperson mit Zusatzausbildung in Case Management sichergestellt. Die Erfahrungen der Koordinationsstelle Gesundheit im Kanton Glarus zeigen, dass 30 % ihrer Tätigkeit im Bereich der Koordination von Dienstleistungen ist. Zudem nimmt der Bedarf an kollegialer Fachberatung zu.

Mit medizinischen Zentren könnten Leistungsvereinbarungen abgeschlossen werden. Denkbar wären zum Beispiel Versorgungsmodelle in bevölkerungsreichen Quartieren oder Dörfern ohne Arztpraxen. Auch können Modelle der interprofessionellen Versorgung (Arzt, Pflege, Medizinische Praxis Assistenz) gefördert werden.

Die Förderung von Kooperationen der professionellen Dienstleistenden mit dem Ziel, den Bewohnenden der Stadt Chur eine adäquate Gesundheitsversorgung zu gewährleisten wird darüber hinaus eine Daueraufgabe bleiben, in welcher sich die Stadt auch aufgrund der neuen kantonalen Gesetzgebung langfristig engagieren muss.

Aufgrund der aktuellen Lage sowie der Entwicklung der Angebote durch Marktteilnehmende ist der Stadtrat der Ansicht, dass keine schnellen oder weitergehenden Massnahmen erforderlich sind. Dies könnte sich jedoch mit sich akzentuierendem Bedarf (demografischer Übergang) und auch Fachkräftemangel schnell verändern. Der Stadtrat möchte sich vorerst jedoch auf die oben erwähnten Punkte beschränken.

Eine ganzheitliche gesundheitliche Grundversorgung für die Bevölkerung bedarf eines koordinierten Zusammenspiels vieler professioneller Dienstleistenden. Hausärztinnen



und Hausärzte nehmen dabei eine zentrale Rolle ein, da sie aus gesetzlicher Sicht die Behandlung von Patientinnen und Patienten über die Verordnung steuern. Die grösste Herausforderung der Zukunft wird das Bündeln und gezielte Einsetzen der vorhandenen Fachressourcen sein. Hier kann die Stadt koordinierend und vermittelnd Einfluss nehmen.

## **10. Fazit**

Die demografische Alterung und die steigenden Pflegekosten stellen eine grosse Herausforderung dar. Koordination ist dabei eine erste wichtige Massnahme, um Menschen niederschwellig und bedarfsgerecht zu unterstützen. Die Gesundheitsversorgungsregionen (Region Plessur) haben vom Kanton den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Zusammenarbeit unter den Anbieterinnen und Anbietern zu koordinieren. Die sukzessive Umnutzung des stationären Betten-Überangebots für Spezialisierungen soll über die Gesundheitsversorgungsregion mittels Leistungsvereinbarungen aktiv gesteuert werden. Weil dadurch der Druck auf ambulante Angebote steigt, und der Fachkräftemangel die Situation erschwert, setzt der Stadtrat in Abstimmung mit der kantonalen Strategie auf eine Stärkung der pflegenden Angehörigen und der sozialen Netzwerke. Die Einrichtung einer regionalen Koordinationsstelle nimmt dabei eine zentrale Rolle ein. Sie informiert über bestehende Angebote, berät und kann auch befristet begleiten. Sie findet passende Lösungen mit dem "richtigen" Angebots-Setting für Betroffene. Mit diesen Massnahmen können drohenden Angebots-Engpässen entgegengewirkt sowie die sehr starke Kostenentwicklung im Bereich der Langzeitpflege gebremst werden.



Wir bitten Sie, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Mitglieder des Gemeinderates, den Anträgen des Stadtrates zuzustimmen.

Chur, 25. Oktober 2022

Namens des Stadtrates

Der Stadtpräsident

Urs Marti

Der Stadtschreiber

Marco Michel

#### Aktenauflage

- Gesundheitsversorgung Sicht Gesetze und Kosten
- Ambulante und stationäre Versorgung; Organisationen Region Churer Rheintal
- Massnahmen Umsetzung Alterskonzept 2025, Übersicht und Detailbeschreibung
- Umsetzung Alterskonzept 2025, Schwerpunkte
- Auswertung externe Fachstellen
- Kosten und Planung Massnahmen Umsetzung Alterskonzept 2025
- Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020 – 2030
- Bericht "Evaluation der Wirksamkeit der Kantonalen Koordinationsstelle Gesundheit (KOGÉ)" des Kantons Glarus vom Juni 2022
- Regierungsprogramm und Finanzplan 2021 – 2024, S. 456 - 459
- Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden (Gesundheitsgesetz) (BR 500.000)
- Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, KPG) (BR 506.000)
- Gesetz über die Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Menschen in der Stadt Chur (Altersgesetz) (RB 341)
- Kantonale Rahmenplanung Pflegeheime 2020
- Botschaft der Regierung an den Grossen Rat, Heft Nr. 2/2020-2021
- Korrigenda zu Botschaft Heft Nr. 2/2020-2021
- Botschaft Alterskonzept 2025 (GRB.2017.54)
- Auftrag Walter Hegner und Mitunterzeichnende betreffend Gesundheitliche Grundversorgung der Stadt Chur – Hausärztinnen / Hausärzte (GRB.2020.10)
- Bericht zum Auftrag Walter Hegner und Mitunterzeichnende betreffend Gesundheitliche Grundversorgung der Stadt Chur – Hausärztinnen / Hausärzte
- Churer Alterskonzept 2025
- Stadtentwicklungskonzept 2050
- Artikel NZZ am Sonntag vom 20. Februar 2022 betreffend Pflegefinanzierung
- Flyer Zeitgut Uster



## Anhang 1

## Übersicht Szenarien wie in Ziffer 4.4 "Rahmenplanung Betten stationär" beschrieben

Szenario	Einsparungen	Mehrkosten	Angebote	Steuermöglichkeiten	Risiken	Chancen
a) weiter wie bisher – keine aktiven Massnahmen	keine	ja	aktuelle Angebote beibehalten, von Nachfrage abhängig	keine aktive Einflussnahme auf Bettenzahl, reaktiv handeln. Versorgung rein durch private Anbieter	Verknappung der Angebote, Unzufriedenheit Bürger, ungebremste Kostensteigerung	Nachfrage reguliert die Angebote
b) Bettenausbau	keine	ja markante Steigerung stationär	Angebote analog heute. Ergänzende Angebote nur mit Zusatzfinanzierung	Koordinierter Ausbau in der Region, "harter" Abbau nach 2040?	Fachpersonen <b>nicht</b> vorhanden, unkontrollierte Nachfrage	Entlastung soziales Netzwerk
c) Bettenabbau – Rahmenplan umsetzen	Anteil BESA 3, ca. 10 %	nein	die Angebote stationär werden reduziert im ambulanten Bereich ausgebaut	Bettenzahl reduzieren und alternative Wohnangebote schaffen	Mehrbelastung Angehörige, Mehraufwand ambulante Dienstleister, Gesellschaftlicher Druck wegen eingeschränkter Auswahl	Längerfristige Kostensparnis für die Gemeinde, da weniger stationäre Betten mitfinanziert werden müssen
d) Betten Umnutzung	keine	abhängig Kosten neue Nutzung Kostendach?	Um nutzen für fehlende Angebote	Umnutzungen koordiniert in der Region, Spezialisierung, bedarfsgerechte Angebote schaffen, evtl. Bettenabbau	Evtl. weniger Profit der Institutionen, Kostenverlagerung wg. Mitfinanzierung Gemeinde für fehlende Angebote	Entlastung pflegende Angehörige. Bedarfsrechte Angebote schaffen



## Anhang 2

### Analyse Szenarien und Finanzielle Auswirkungen (Schätzung, Zahlen 2021)

Jahr	Restkosten Gemeinde mit Anstieg 4%/ Jahr in Fr.	Szenario 1		Szenario 2		Szenario 3		Szenario 4	
		nichts tun		Bettenabbau Rahmenplan umsetzen		Betten umnutzen Spezialisierungen für BESA 0-3		Bettenausbau Angebot für BESA 0-12 aktuelles Angebot aufrecht erhalten	
		Bettenzahl	Restkosten Gemeinde in Fr.	Bettenzahl	Restkosten Gemeinde in Fr.	Bettenzahl	Restkosten Gemeinde in Fr.	Bettenzahl	Restkosten Gemeinde in Fr.
2020	5808301	606		606	5808301	606	5808301	606	5808301
2025	7066686	606	7066686	606	5808301	606	7066686	630	7346555
2030	8597704	606	8597704	580	5559100	606	8597704	655	9292898
2035	10460422	606	10460422	560	5367407	606	10460422	681	11755029
2040	10878839	606	10878839	550	5271560	606	10878839	708	12709931
2045	10443685	606	10443685	527	5051113	606	10443685	681	11736220
2050	10025938	606	10025938	505	4840251	606	10025938	655	10836616