

Wohnen mit Dienstleistungen

Rahmenbedingungen – Finanzierungspolitik

Argumente für die Entwicklung von Wohnen mit Dienstleistungen

CURAVIVA hat das Ziel, dass alle älteren, vulnerablen Menschen unabhängig ihrer individuellen Dienstleistungsbedürfnisse, ihres frei gewählten Wohn- und Aufenthaltsortes und ihrer frei gewählten Wohnform ohne finanzielle Einschränkungen am Geschehen ihres Sozialraumes teilnehmen können. (neues Wohn- und Pflegemodell 2030, kurz WOPM 2030)

Als Verband, der die Interessen von Organisationen vertritt, welche Pflegeleistungen für ältere Menschen erbringen, insbesondere in den Segmenten der stationären Pflege und der Zwischenstrukturen, trägt CURAVIVA mit diesem Dokument dazu bei, über die aktuelle Finanzierungspolitik im Zusammenhang mit der politisch am meisten beachteten Wohnform, nämlich dem betreuten Wohnen, zu informieren und die damit verbundenen künftigen Herausforderungen zu identifizieren.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	2
1.1	Integrierte Versorgung	2
1.2	Wohnen mit Dienstleistungen	3
2.	CURAVIVA	5
2.1	Perspektive CURAVIVA	5
2.2	Neue Positionierung	5
3.	Grundlegende Überlegungen	6
3.1	Angebot Wohnen mit Dienstleistungen	8
3.2	Finanzierung	11
4.	Empfehlungen	16
4.1	Förderung der Durchführung von nationalen Studien	16
4.2	Diversifizierung und Erhöhung des Angebots an betreutem Wohnen	16
4.3	Kostendeckung garantieren	17
5.	Quellen und weiterführende Literatur	19

1. Einleitung

Der Vorstand der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) hat am 22. Januar 2021 eine Vision für selbstbestimmtes Wohnen von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen verabschiedet und setzt sich unter anderem das folgende Ziel:

- «Betagte Menschen und Menschen mit Behinderungen wählen bis zum Jahr 2030 ihren Wohnort in der Schweiz und ihre Wohnform so selbstbestimmt und frei wie Menschen ohne Behinderung. Sie sollen dieselben Wahlmöglichkeiten wie Menschen ohne Betreuungsbedarf haben.»

Wir verstehen, dass ein Ansatz zur Förderung der integrierten Versorgung und damit zur Verbesserung der Koordinierung der Gesundheitsversorgung (StremLOW et al (2018) - Gestaltung kommunaler Alterspolitik in der Schweiz, Hochschule Luzern - Städte auf dem Weg zu mehr Altersfreundlichkeit) notwendig ist, um die Grenzen zwischen der Wahl eines Lebens zu Hause und einem Leben in einer Einrichtung zu überwinden. Der Ausbau von intermediären Strukturen, insbesondere dem Wohnen mit Dienstleistungen (bzw. betreutem Wohnen) muss gefördert und die Finanzierung der Leistungen sichergestellt werden, damit die Wahl der Lebensform von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen nicht von der Finanzierung abhängt.

CURAVIVA engagiert sich stark in Bezug auf die Rahmenbedingungen für die Finanzierung von Leistungen in Pflegeheimen. Hier jedoch geht es darum, die Rahmenbedingungen für die Finanzierung von Leistungen in intermediären Strukturen, insbesondere Wohnen mit Dienstleistungen zu behandeln. Bereits heute bestätigt ein Grossteil der CURAVIVA-Mitglieder, dass sie ihr Angebot an Pflegeheimen mit Wohnen mit Dienstleistungen erweitern.

Im Rahmen dieses Argumentariums möchten wir die gesundheitspolitischen Punkte beleuchten, die sich auf die Finanzierung der Leistungen im Bereich des betreuten Wohnens, der politisch am meisten beachteten Form des Wohnens mit Dienstleistungen, auswirken. Darüber hinaus möchten wir die wichtigsten künftigen Herausforderungen in diesem Bereich ermitteln.

1.1 Integrierte Versorgung

In der Schweiz kann sich die integrierte Versorgung auf unterschiedliche Weise ausdrücken:

- Die Integrationsprinzipien sind formalisiert (z. B. formalisierter Vertrag zwischen zwei (oder mehr) Strukturen/Organisationen/Projektbeschreibung, Geschäftsplan)
- Mindestens zwei Ebenen der Gesundheitsversorgung sind integriert/koordiniert (z. B. Community Health Services wie Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Sozialdienste etc.)
- Mindestens zwei Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen sind beteiligt, z. B. Podolog:innen und Krankenpfleger:innen (OBSAN, 2017, S. 11).

Voraussetzungen für den Einsatz von integrierter Versorgung sind zum Beispiel:

- Das Zuhause wird immer mehr zum eigentlichen Ort der Versorgung, dank der Zunahme mobiler Dienste und digitaler Hilfsmittel wie Apps.
- Die Kantone koordinieren verstärkt die Gesundheits- und Sozialdirektionen.

- Die Gemeinden setzen auf den Ausbau einer qualitativ hochwertigen primären Gesundheitsversorgung (CDS, 2019, S. 28).

Historisch gesehen entstanden in den 1990er Jahren in der Schweiz die ersten ärztlichen Gruppenpraxen (HMO), die nach dem Prinzip des Gate-Keeping arbeiteten. Dies führte zu einer besseren Koordination zwischen den Gesundheitsfachkräften und förderte die Vernetzung in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung. In diesem Sinne konnten alternative Krankenversicherungsmodelle entstehen, so dass 2017 fast 52% der ambulant tätigen Ärzte einem Netzwerk angehörten, was ebenfalls zu grundsätzlichen Überlegungen über die Finanzierung medizinischer Leistungen führte.

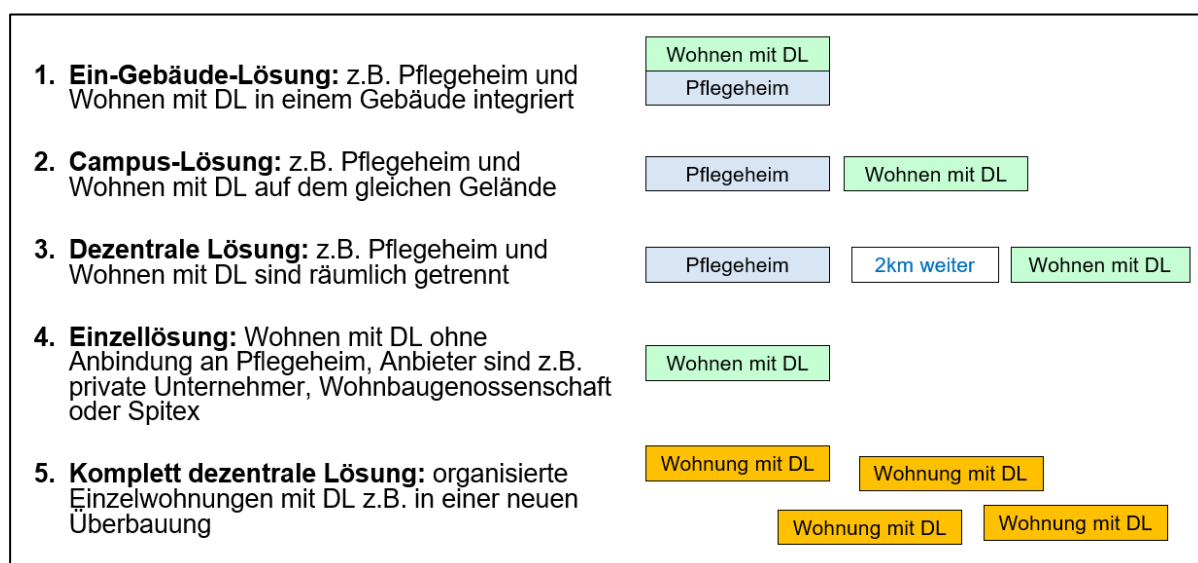
Auf internationaler Ebene hat die WHO beispielsweise das gesunde Altern als «den Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der funktionellen Fähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht» definiert. Die funktionelle Fähigkeit besteht aus der intrinsischen Kapazität des Individuums, den relevanten Umweltmerkmalen und deren Interaktion. Zu den vier von der WHO für die Dekade 2020-2030 identifizierten Handlungsfeldern gehört die Bereitstellung einer integrierten personenzentrierten Versorgung und primärer Gesundheitsdienste, die den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werden, (WHO, 2019, S.7).

1.2 Wohnen mit Dienstleistungen

Wohnungen mit Dienstleistungen (betreutes Wohnen und reine Alterswohnungen) sind nicht Gegenstand einer nationalen, gesetzlichen Definition (Büro BASS, 2016). Das BSV lässt jedoch eine Definition ausarbeiten. Die Studie aktualisiert und ergänzt die Ergebnisse aus einer Vorstudie (Bannwart/Künzi 2018) mit Fragestellungen auf vier Hauptebenen:

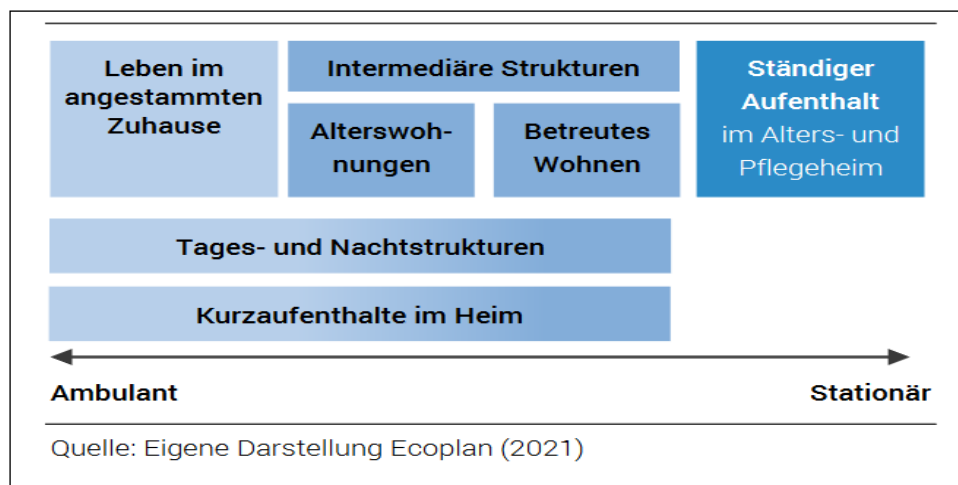
- Definition betreutes Wohnen / Wohnen mit Dienstleistungen
- Anspruchsvoraussetzungen für Bewohnerinnen und Bewohner
- Fragen zur Höhe der anerkannten Ausgaben hinsichtlich eines EL-Leistungsbezugs
- Steuerung des Angebotes des betreuten Wohnens durch die Kantone

Aus Sicht der Praxis bestimmt CURAVIVA folgende Einsatzmöglichkeiten von Wohnungen mit Dienstleistungen:



Es gibt zwei Arten von Wohnen mit Dienstleistungen, die unter der Bezeichnung «Alterswohnungen» geschützt sind (OBSAN, 2021, S.15).

- **Betreutes Wohnen:** Verschiedene Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegeangebote werden ebenfalls für die Bewohner:innen angeboten oder koordiniert.
- **Reine Alterswohnungen:** Es werden kaum oder keine Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsdienste für die Bewohner:innen angeboten oder koordiniert.



Diese beiden Arten von Leistungsangeboten werden unter dem Begriff «intermediäre Strukturen» zusammengefasst. Sie werden als «örtlich fixe Einrichtungen, die eine Zwischenform zwischen dem angestammten Zuhause und einer sozialmedizinischen Institution darstellen – dies im Gegensatz zu intermediären oder ambulanten Diensten, die nicht an einen fixen Ort gebunden sind» definiert.

Eine bereits von CURAVIVA unter dem Titel «Kategorisierung Wohnformen im Alter» (CURAVIVA, 2022) veröffentlichte Arbeit wurde ebenfalls erstellt, um Wohnformen aufzuzeigen, die als sogenannte «Zwischenformen» bezeichnet werden, d. h. zwischen der klassischen Privatwohnung (Wohnung oder Haus) und den stationären Formen (Pflegeheim, soziale Institution) angesiedelt sind. Sie basieren auf dem Modell «Betreutes Wohnen in der Schweiz» und sind sozialräumlich ausgerichtet (Curaviva, 2021):

- Gemeinschaftliches Wohnen
- Dezentralisierte Wohneinheiten mit einem hohen Mass an Pflege und Betreuung
- Wohnen mit Dienstleistungen/Betreuung

Die Art und das Ausmass der benötigten Hilfe und Unterstützung führen zu einer Differenzierung des Angebots. Dies erklärt unter anderem, warum unter der Bezeichnung «Wohnen mit Dienstleistungen und betreutes Wohnen» verschiedene Arten von Organisationen zu finden sind:

- Wohnung mit einer Kontaktperson vor Ort (z.B. Sozialdienst, Hauswart:in)
- Wohnung mit einem spezifischen Pflege- und Betreuungsangebot
- Wohnung, die direkt mit einer Einrichtung verbunden ist

Gemäss dem theoretischen Modell von Imhof (Mahrer-Imhof 2020) werden die möglichen Leistungen in vier Kategorien (A bis D) unterteilt, die sich durch den Grad der geleisteten Hilfe unterscheiden:

Keine oder wenige Dienstleistungen (z. B. Notrufsystem)	Seniorengerechtes Wohnen
Nur Unterstützung (z. B. hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Hauswart:in tagsüber vor Ort)	Betreutes Wohnen Kat. D
Betreuung und Pflege + Gewährleistung der Sicherheit durch eine externe Fachkraft	Betreutes Wohnen Kat. C
Betreuung und Pflege + Gewährleistung der Sicherheit rund um die Uhr durch einen internen Mitarbeitenden	Betreutes Wohnen Kat. B
Betreuung und Pflege + Gewährleistung der Sicherheit rund um die Uhr durch einen internen Mitarbeitenden + Spezialpflege im Fall von Palliativ- und Demenzpatient:innen	Betreutes Wohnen Kat. A

2. CURAVIVA

2.1 Perspektive CURAVIVA

Die Entwicklung und Zusammensetzung der Mitglieder von CURAVIVA führt dazu, dass sich der Verband neu organisiert und seine Aktivitäten neu ausrichtet, indem er in immer mehr Bereichen Stellung bezieht. So hielt CURAVIVA bereits 2014 im Rahmen einer Vernehmlassung zu einer Bundesvorlage fest, dass als alters- und behindertengerechte Wohnformen alle betreuten Wohnangebote für ältere Menschen oder für Menschen mit Behinderung gelten sollen, die folgende Dienstleistungen kumulativ gewährleisten:

- Für Menschen mit Behinderungen geeignete Bauten;
- 24-Stunden-Notrufdienst mit qualifiziertem Personal und einer Interventionszeit von höchstens 15 Minuten;
- Integrierter Pflegedienst mit der Möglichkeit, bei Bedarf jederzeit in eine stationäre Pflegeeinheit verlegt werden zu können.

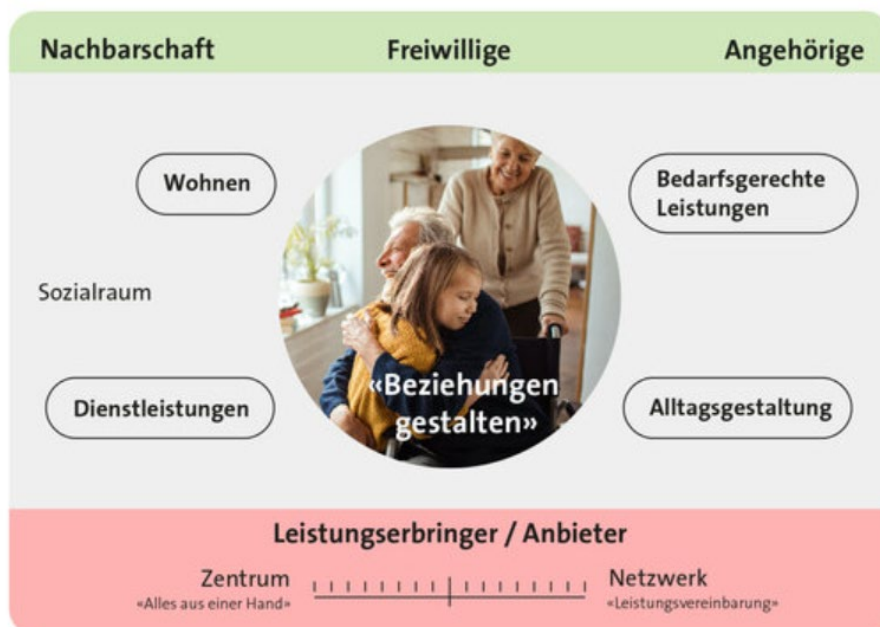
2.2 Neue Positionierung

Soziale Isolation und die Tatsache, dass ältere Menschen keine andere Wahl haben, als in ein Heim zu gehen, können ebenfalls als Faktoren angesehen werden, die ihre Verletzlichkeit begünstigen. Daher ist die Gewährleistung der freien Wahl der Wohnform in dieser Hinsicht unerlässlich.

In Anbetracht dessen, dass sich das Schweizer Gesundheitssystem im Umbruch befindet und tiefgreifende Veränderungen entsprechend neue Lösungen erfordern, hat CURAVIVA das Wohn- und Pflegemodell 2030 für ältere Menschen (80+) entwickelt. Dieses Modell stellt den Menschen und seine freie Wahl in den Mittelpunkt. Es berücksichtigt, dass:

- die Betroffenen und ihre Familien heute viel stärker als früher in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden;
- die alternenden Menschen nicht mehr nur in klassischen Alters- und Pflegeheimen betreut werden, sondern zwischen einer Vielzahl von Wohn- und Pflegeformen wählen können;
- geschützte Lebensräume zunehmend zu einer Aufhebung der Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Diensten führen.

Infolgedessen werden immer mehr Anbieter von ambulanter und stationärer Pflege enger zusammenarbeiten. Schon der Begriff der integrierten Versorgung spricht in diesem Zusammenhang für Zusammenschlüsse zwischen Pflegeheimen, häuslichen Pflegediensten, betreuten Seniorenwohnungen etc. Die Idee, umfassendere Dienstleistungen anzubieten und Synergien gezielt zu nutzen, wird Realität.



So werden im Wohn- und Pflegemodell 2030 (WOPM 2030) die Einrichtungen für Menschen 80+ nicht mehr als «grosse Gebäude» konzipiert, sondern als agile Dienstleistungsunternehmen, die es alternenden und pflegebedürftigen Menschen ermöglichen sollen, ein unabhängiges Leben in der Umgebung ihrer Wahl zu führen. Die Infrastruktur muss nicht mehr notwendigerweise zentral und gross sein, sondern kann auch klein und dezentralisiert (auf das soziale Umfeld ausgerichtet) sein.

3. Grundlegende Überlegungen

CURAVIVA hat sich schon früh für die Thematik des betreuten Wohnens interessiert, da seine Mitglieder die Palette ihres Angebots an Langzeitaufenthalten erweitern wollten. So wurde die Interessenvertretung der Pflegeheime nach und nach auf die Interessenvertretung des betreuten Wohnens ausgeweitet.

Die Alters- und Pflegeheime sind für mindestens 16% des betreuten Wohnens verantwortlich (OBSAN, 2021, S. 21). Die Übernahme von Verantwortung durch den Verband CURAVIVA in diesem Bereich hat sich unter anderem niedergeschlagen in:

- Der Aushandlung von innovativen KVG-Verträgen zwischen CURAVIVA und den verschiedenen Gruppen von Krankenversicherern, die zwei Vergütungsarten (ambulant) oder (stationär) ermöglichen, je nach Grad des Pflegebedarfs, und ohne dass die Person ihren Wohnort wechseln muss. So kann einer Bewohnerin oder einem Bewohner einer geschützten Wohnung mit CURAVIVA-Ver einbarung ab einer bestimmten Pflegebedürftigkeit eine Vergütung analog zu einem Pflegeheim (Tagespauschale) gewährt werden.
- Einem Projekt mit verschiedenen Verbänden (CURAVIVA, senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz), das zur Erstellung von zwei Berichten geführt hat. Der erste Bericht mit dem Titel «Betreutes Wohnen in der Schweiz – Grundlagen eines Modells» stellt ein Modell des «Betreuten Wohnens» vor, das sich über das Angebot von hindernisfreien Einrichtungen definiert und hinsichtlich der Hilfeleistungen nach drei Kriterien unterscheidet:
 - 1) Kontaktmöglichkeiten und Verfügbarkeit von Fachkräften als wichtigstes Kriterium für die Bewohner:innen
 - 2) Die berufliche Qualifikation der Anbieter
 - 3) Planung, Dokumentation und Evaluierung der Leistungen
- Der zweite Bericht mit dem Titel «Folgestudie betreutes Wohnen – Kosten des betreuten Wohnens entlang des 4-Stufen-Modells von Imhof/Mahrer Imhof » konzentriert sich auf die Erhebung der Höhe der Kosten des Betreuten Wohnens und einer anschliessenden Erläuterung der Finanzierung durch:
 - 1) Bewohner:innen
 - 2) Sozialversicherungen (Krankenversicherung, Altersrenten, Ergänzungsleistungen usw.)
 - 3) Öffentliche Beiträge (Restkosten)
- Die politische Debatte, welche die ambulante vor der stationären Pflege in den Vordergrund stellt, ist zu restriktiv, da der Fokus auf der häuslichen Pflege liegt, und die Lebensumstände von älteren Menschen und Menschen mit Behinderung nicht genügend berücksichtigt werden. CURAVIVA hat sich deshalb politisch engagiert und die Motion «Ergänzungsleistungen für ältere Menschen in betreuten Wohnformen» (18.3716) unterstützt. Diese Motion fördert die Gestaltung von Ergänzungsleistungen dahingehend, dass mit ihnen flexible Wohnformen vergütet werden können. Sei es zu Hause, in einer betreuten Wohnform oder in einer Institution und unabhängig vom Gesundheitszustand der Personen (ältere Menschen oder Menschen mit Behinderung).
- Neben den oben genannten Verpflichtungen begleitet und integriert CURAVIVA aktiv die nationalen Arbeitsgruppen.

3.1 Angebot Wohnen mit Dienstleistungen

(1) Anzahl der Wohnungen

Die letzte nationale Erhebung intermediärer Strukturen die auf den SOMED-Daten 2019 für die Analyse der Pflegeheime und auf einer Umfrage bei 26 Kantonen basiert, verzeichnet 1'056 «Strukturen» für Alterswohnungen inkl. betreutes Wohnen, wovon 932 dieser Strukturen 31'849 Alterswohnungen mit den Unterkategorien «Reine Alterswohnungen» und «Betreutes Wohnen» registriert haben. (OBSAN, 2021, S. 18)

Abbildung 3-1: Anzahl gemeldete Einrichtungen und Alterswohnungen

Anzahl erfasste Einrichtungen mit Alterswohnungen (Daten aus 26 Kantonen):	1'056
Anzahl Alterswohnungen in 932 Einrichtungen (Daten aus 26 Kantonen):	31'849
Ø Anzahl Alterswohnungen / 1'000 Personen über 65 (K=9)	19
Ø Anzahl Alterswohnungen / 1'000 Personen über 80 (K=9)	64

Quelle: Ecoplan – Kantonsbefragung Intermediäre Strukturen 2021; BFS – STATPOP 2019.

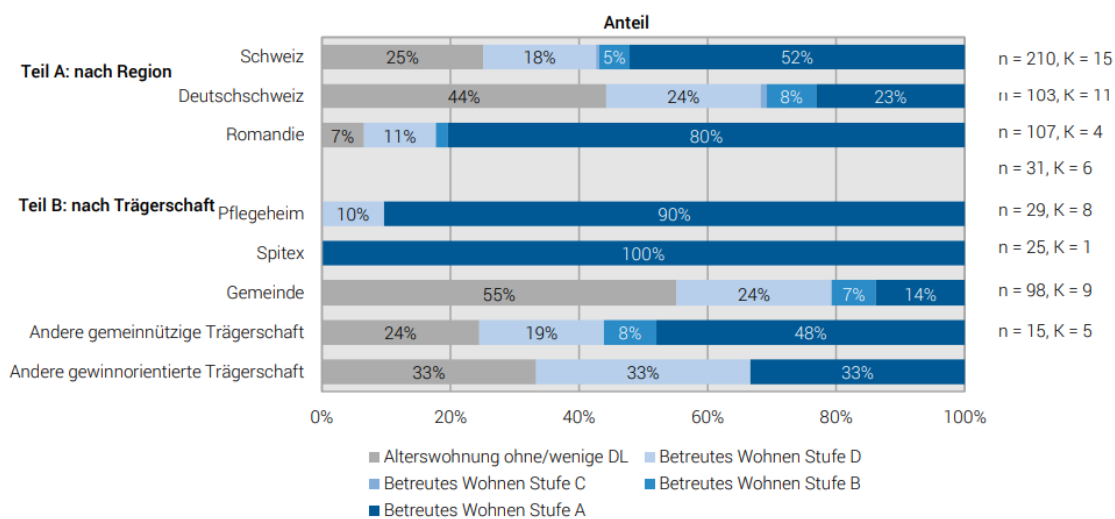
Legende: K = Anzahl Kantone, gemäss deren Angabe der Datensatz (fast) vollständig ist und bei denen für mindestens 90% der Einrichtungen Angaben vorliegen.

Die Reichweite dieses Angebotstyps drückt sich wie folgt aus:

- Auf 1'000 Personen über 65 Jahre kommen durchschnittlich 19 Wohnungen.
- Auf 1'000 Personen über 80 Jahre kommen im Durchschnitt 64 Wohnungen.

(2) Positionierungen

Auf der Grundlage eines Rankings von 2'021 Einrichtungen, die dem theoretischen Modell des betreuten Wohnens nach Mahrer-Imhof (2020) entsprechen, zeigt sich, dass die Stufe A am stärksten vertreten ist und mehr als die Hälfte der Organisationen auf nationaler Ebene ausmacht. An zweiter Stelle folgen «Alterswohnungen ohne/wenige DL», deren Träger hauptsächlich die Gemeinden sind. (OBSAN, 2021, S.20)



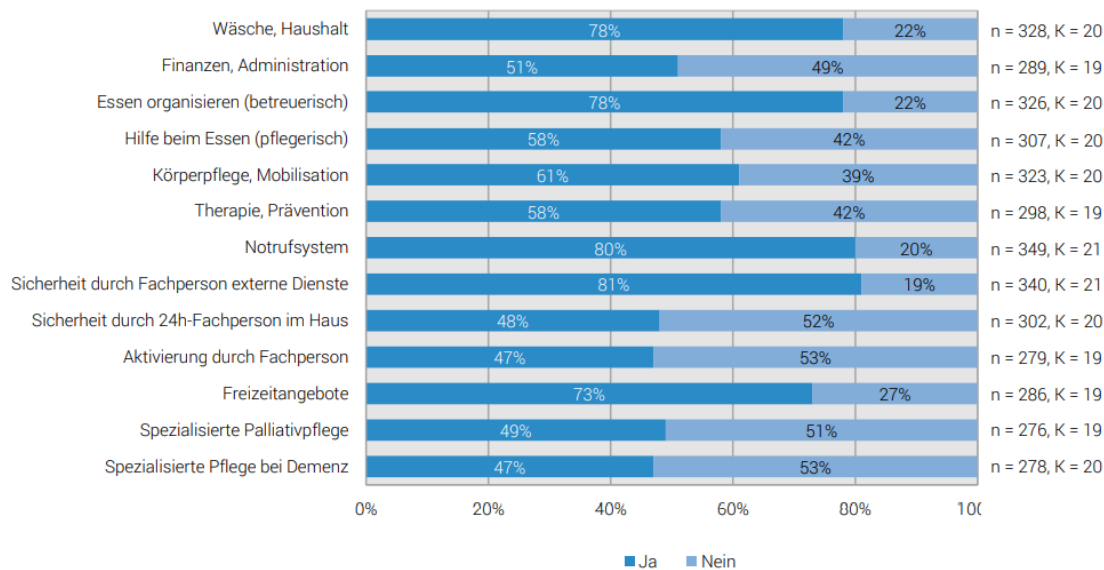
Mit 90% bzw. 100% in der Stufe A bieten Wohnungen, die von professionellen Pflegedienstleistern wie Pflegeheimen und/oder Spitex-Diensten getragen werden, ein Angebot in einem Segment von betreuten Wohnungen, dass viele Pflege- und Betreuungsleistungen erfordert.

Während in den Deutschschweizer Kantonen die Alterswohnungen am stärksten vertreten sind (44%), stellen in der Westschweiz die betreuten Wohnungen der Kategorie A die Mehrheit dar (80%), so der Bericht. (OBSAN, 2021, S.20)

Die Repräsentativität der Stufe A kann wahrscheinlich auch die Möglichkeit der Klienten erklären, spezialisierte Palliativ- und Demenzpflege durch eine Fachkraft in Anspruch nehmen zu können. (OBSAN, 2021, S.20)

(3) Angebotene Dienstleistungen

Organisationen, die für Angebote des Wohnens mit Dienstleistungen zuständig sind, organisieren sich so, dass sie bestimmte Leistungen entweder selbst anbieten oder koordinieren können.



Im Durchschnitt sind das Notrufsystem, die Sicherheit (Zutritt, Brandschutz) sowie die Hilfe beim Waschen, bei der Wohnungsreinigung und der Organisation von Mahlzeiten die am häufigsten nachgefragten Dienstleistungen. Diese Leistungen gehören in der Regel zum Grundangebot der Betreiberorganisationen. Weitergehende Betreuungsleistungen wie Hilfe bei den Mahlzeiten, Körperpflege oder Therapie und Prävention werden von etwa 60% der Einrichtungen angeboten und koordiniert. (OBSAN, 2021, S.19)

(4) Entwicklung der Nachfrage

Der Bedarf an Langzeitpflege wird aufgrund der Bevölkerungsalterung bis 2040 um +56% zunehmen. (OBSAN, 2022, S. 90)

- Ohne eine deutliche Änderung der Gesundheitspolitik werden die Pflegeheime den stärksten Anstieg der Pflegebedürftigkeit verzeichnen (+69%). Dies würde bedeuten, dass bis 2040 54'335 zusätzliche Langzeitpflegeplätze (oder rund 900 zusätzliche Pflegeheime) geschaffen werden müssten. Um die Versorgungssicherheit aufrechtzuerhalten, sollte die Infrastruktur angepasst werden, um das Angebot zu diversifizieren und für die integrierte Versorgung durchlässig zu machen.
- Im Kanton Solothurn beispielsweise sind Spitex und Pflegeheime in einem Kompetenzzentrum zusammengefasst, das älteren Menschen eine schnellere und effizientere Betreuung ermöglicht. Dadurch erhalten die Menschen einen flexibleren Übergang von ambulanten zu stationären Leistungen (und umgekehrt). Folglich stellt ein Pflegeheim hier nicht mehr den letzten Schritt in der Versorgungskette dar, sondern wird zunehmend für vorübergehende Kurzaufenthalte genutzt. (OBSAN, 2022, S. 98)
- Ein weiteres Beispiel aus dem Kanton Waadt: Eine Stiftung vereint für ihre Mieter ein Pflegeheim, Wohnungen und eine Spitex-Organisation unter einem Dach. Dieses Angebot fördert Synergien zwischen dem ambulanten und dem stationären Wohnsektor und gewährleistet deren Durchlässigkeit. (Seifert, 2018)

Die Prognosen für alle Pflegebereiche lauten bis zum Jahr 2040 wie folgt:

Ambulante Pflege	Intermediäre Strukturen			Langzeitaufenthalte
SPITEX	Temporäre Entlastungsstrukturen		Permanenter Wohnsitz	Pflegeheime
	Tages- und Nachtstrukturen ¹	Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen ²	Betreute Wohnformen ³	
Die häusliche Pflege wird bis 2040 +101'921 zusätzliche Klient:innen (+52%) zählen.	Tages- und Nachtstrukturen konnten aufgrund unvollständiger Daten nicht einbezogen werden.	Laut dem Bericht ist im Bereich der Kurzaufenthalte bis 2040 mit 3'221 Gästen zu rechnen, was +1'242 zusätzlichen Kurzaufenthaltsbetten (+63%) entspricht.	Erwarteter Anstieg um +14'154 Personen (+43%) bis 2040.	Der Bedarf an Pflegeheimen wächst am stärksten (+69%). Bei einer unveränderten Betreuungspolitik wären bis 2040 +54'335 zusätzliche Betten für Langzeitaufenthalte erforderlich.

Quelle dieser Zusammenfassung: (OBSAN, 2022)

Der Bedarf an betreutem Wohnen ist im Vergleich zu den anderen Bereichen am geringsten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass etwa die Hälfte (49%) der Bewohner zwischen 65 und 79 Jahre alt sind. Die Klientel in diesem Bereich wird von OBSAN als «vergleichsweise am jüngsten» in den verschiedenen Bereichen beschrieben. Da eine Wohnung in etwa jedem zehnten Fall von mehr als einer Person bewohnt wird, entspricht dies +13'353 neuen Wohnungen für ältere Menschen (inkl. betreutes Wohnen).

Dies könnte jedoch anders sein, wenn politische Massnahmen ergriffen würden, um die Unterbringung von Patienten mit leichtem Pflegebedarf in Pflegeheimen zu vermeiden. Die Substitution von Pflegeheimen durch betreutes Wohnen für Patienten mit einem Pflegebedarf von bis zu 60 Minuten pro Tag könnte bis 2040 nicht nur einen Bedarf an 43%, sondern an 72% (8'778 zusätzliche Wohnungen zu den 13'353) bedeuten.

3.2 Finanzierung

(1) Ausgangslage

Gemäss Artikel 41 der Bundesverfassung setzen sich der Bund und die Kantone in Ergänzung zur Eigenverantwortung und Privatinitiative dafür ein:

- dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.
- dass jede Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität, Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Waisenstatus und Witwenschaft versichert ist.

¹ Angebote, welche sich an ältere Menschen richten und der Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen. Während des Aufenthalts ist Betreuung, Verpflegung und Aktivierung sowie in einigen Einrichtungen auch die Pflege sichergestellt. Nach dem Aufenthalt gehen die Personen zurück nach Hause (Werner et al. 2016, 2021).

² Als Kurzaufenthalt in einem Pflegeheim gilt, wenn die Beherbergung zwar vorübergehend ist, aber über mindestens eine Nacht erfolgt und der Person ein Bett zugeteilt ist (BFS, 2020d). Die Kurzaufenthalte dienen primär dazu, pflegende Angehörige vorübergehend zu entlasten (Werner et al., 2021). In einigen Kantonen nehmen die Kurzaufenthalte eine wichtige Rolle in der Rehabilitation nach einem Spitalaufenthalt ein.

³ Wohnungen, welche spezifisch auf die Bedürfnisse älterer Personen ausgerichtet sind und eigens für diese Klientel angeboten/beworben werden. Bei einem Teil der Wohnungen besteht zudem die Möglichkeit, über den Anbieter spezielle Dienstleistungen wie z.B. Betreuung, Pflege, Wäsche- oder Mahlzeitendienste bei Bedarf zu buchen (Werner et al. 2016, 2021).

Das Leistungsangebot für Personen, die in betreuten Wohnformen leben müssen, wird durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), die finanzielle Unterstützung oder den Anspruch auf Unterstützung bei der Hilflosenentschädigung in der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) und die Möglichkeiten für Ergänzungsleistungen zur AHV und IV im Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) geregelt.

Die Bewohner:innen von betreutem Wohnen kommen für die Kosten der Miete, der Hilfe beim täglichen Leben und der von Dritten erbrachten Hauswirtschafts- und Betreuungsleistungen auf. Pflegeleistungen, die von der Spitex oder von anerkannten Pflegefachpersonen erbracht werden, werden von der Krankenkasse mitfinanziert. Bei einem von der IV anerkannten Geburtsgebrechen übernimmt die IV anstelle des KVG die Kosten für die Pflege durch Spitex-Organisationen oder anerkannte Krankenpflegekräfte.

Nachfolgend ist ein Beispiel für die Aufteilung der möglichen Kostenübernahme für Leistungen, die in einer geschützten Wohnung erbracht werden, nach Art der Leistungen aufgeführt:

	Krankenversicherer		Anspruchsbe- rechtigte:r	Restfinan- zierung- (Kanton)	Ergänzungs- leistungen
	Obligato- risch	Zusatzversi- cherung			
Hauswirtschaftliche Dienstleistungen mit ärztlicher Verordnung		x	x		x
Hauswirtschaftliche Dienstleistungen ohne ärztliche Verordnung			x		
Pflege- und Unterstützungsleistungen mit ärztlicher Verordnung	x		x	x	x
Pflege- und Unterstützungsleistungen ohne ärztliche Verordnung			x		
Individuelle Unterstützungsleistungen			x		
Soziokulturelle Aktivitäten			x		

(2) Krankenversicherer

Die Grundversicherer der Krankenkasse übernehmen die Kosten der ambulanten Pflege gemäss Art. 7 Abs. 2 und Art. I KLV, die auf der Grundlage der Bedarfsabklärung, auf ärztliche Verordnung oder im ärztlichen Auftrag von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbracht werden, welche die Voraussetzungen von Art. 51 KVV erfüllen.

Die Krankenversicherung übernimmt folgende Beträge pro Stunde von den Kosten der in Art. 7 Abs. 2 definierten Leistungen:

CHF 76.90 / Stunde	a. Leistungen im Zusammenhang mit der Bewertung, Beratung und Koordination
CHF 63.00 / Stunde	b. Leistungen im Zusammenhang mit Untersuchungen und Behandlungen
CHF 52.60 / Stunde	c. Leistungen im Zusammenhang mit der Grundpflege

Die geltende Rechtsprechung erlaubt es den Versicherern, die Anzahl der Minuten pro Tag zu begrenzen, die in Verbindung mit dieser Art von Betreuung geleistet werden.

(3) Zusätzliche Leistungen

Die Ergänzungsleistungen, die vorgesehen sind, um das Existenzminimum zu sichern, wenn die AHV-Altersrente, die IV-Rente für Menschen mit Behinderungen und andere Einkünfte dies nicht erlauben, sind zwischen Personen, die in einer geschützten Wohnform oder zu Hause leben, analog. Die Ergänzungsleistungen setzen sich zusammen aus:

Jährliche (periodische) Zusatzleistung zur Deckung des Lebensbedarfs	- für Einzelpersonen: CHF 19'610 - für Paare: CHF 29'415			
Anerkannte Mietkosten ab dem 01.01.2021	Entscheidende Grösse des Haushalts	Region I	Region II	Region III
	Alleinstehende Person	CHF 16'440	CHF 15'900	CHF 14'520
	2 Personen	CHF 19'440	CHF 18'900	CHF 17'520
	3 Personen	CHF 21'600	CHF 20'700	CHF 19'320
	Ab 4 Personen	CHF 23'520	CHF 22'500	CHF 20'880
	Alleinstehende Person in einer Wohngemeinschaft	CHF 9'720	CHF 9'450	CHF 8'760
Die Erstattung von Kosten im Zusammenhang mit Krankheit und Behinderung	Zuschlag Rollstuhl	CHF 6'000	CHF 6'000	CHF 6'000
	Im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung, zu dem das Betreute Wohnen gehört, trägt die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten, die zusätzlich zu den periodischen Ergänzungsleistungen gewährt werden kann, dazu bei, einen Teil der Krankheits- und Behinderungskosten zu decken, wenn sie nicht durch eine andere Versicherung (Kranken-, Unfall-, Haftpflicht-, IV-Versicherung) gedeckt sind.			
	Die Kantone müssen die Kosten bezeichnen, die sie übernehmen im Zusammenhang mit: Zahnbehandlungen/Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause/in ambulanten Einrichtungen/ärztlich verordnete Badekuren und Erholungsaufenthalte/besondere Ernährung/Hilfsmittel/Selbstbehalt/vorübergehender Aufenthalt in einem Heim oder Spital für maximal 3 Monate.			
	Die Höchstbeträge sind: CHF 25'000 für Alleinstehende oder Personen, deren Ehepartner in einem Heim lebt. CHF 50'000 für Ehepaare (beide zu Hause) CHF 6'000 für Personen, die in einem Heim leben			

(4) Beiträge, die von Bewohner:innen geleistet werden

Die Kosten, die von den Begünstigten im Rahmen des betreuten Wohnens übernommen werden, sind dreierlei:

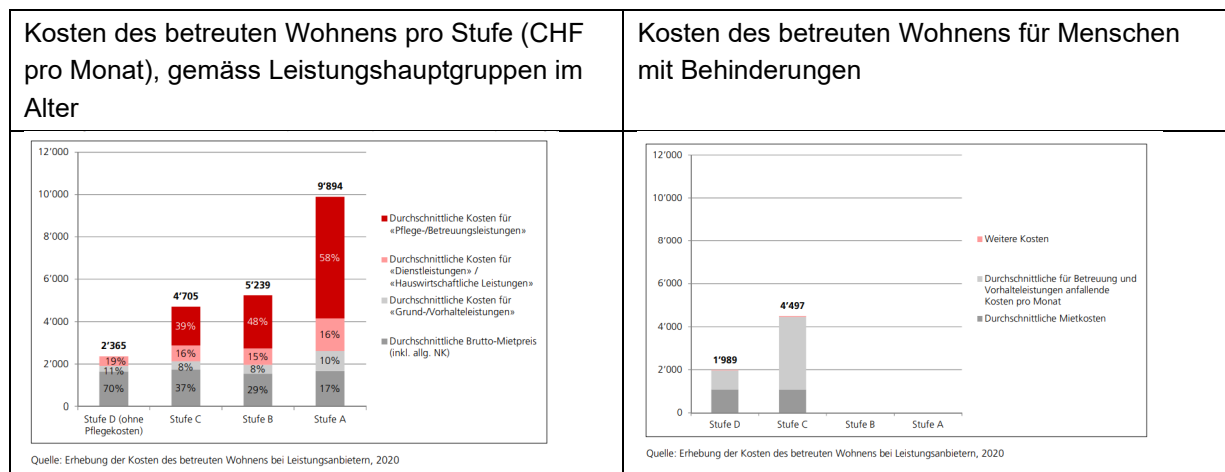
Anteil der Pflegekosten, die die/der Bewohner:in selbst trägt	Art. 25a Abs. 5 KVG – Pflegekosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, können in Höhe von bis zu 20 % des vom Bundesrat festgelegten Höchstbeitrags auf die Versicherten abgewälzt werden.
Überschreitungen der vom Arzt verordneten Pflegezeiten	Pflegekosten, die über die im Spitex-Auftrag verordneten und von den Krankenkassen anerkannten Pflegestunden hinausgehen (und nicht von einer privaten Zusatzversicherung getragen werden)
Nicht-KLV-Kosten	An Pflege- und Betreuungsleistungen geknüpft, die nicht in der KVG-Leistungsliste aufgeführt sind

(5) Restfinanzierung der Kantone

Die Kantone regeln die Restfinanzierung. Der Wohnsitzkanton der versicherten Person ist für die Festlegung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig. Im Bereich der ambulanten Pflege richtet sich die Restfinanzierung nach den Regeln des Kantons, in dem der Leistungserbringer ansässig ist. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts kein Platz in einem nahe gelegenen Pflegeheim ihres Wohnkantons zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Kantons, in dem der Leistungserbringer ansässig ist. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person, sich in dem betreffenden Pflegeheim aufzuhalten, sind auf unbestimmte Zeit garantiert.

(6) Kosten

Gemäss der von den Partnerorganisationen CURAVIVA, senesuisse, Spitex Schweiz, Association Spitex privée Suisse ASPS in Auftrag gegebenen Studie «Zusatzstudie zum Betreuten Wohnen – Kosten des Betreuten Wohnens im Vier-Stufen-Modell nach Imhof und Mahrer Imhof» (2018) lassen sich die monatlichen Durchschnittlicher Kosten pro Bewohner:in, die mit den verschiedenen Segmenten des betreuten Wohnens verbunden sind, wie folgt ausdrücken:



Die Stufe A mit monatlichen Kosten von CHF 9'894 ist laut der oben erwähnten OBSAN-Studie diejenige, die auf dem Markt für betreutes Wohnen für ältere Menschen am meisten vertreten ist und die höchsten Kosten aufweist. Die Kosten sind fast identisch mit denen eines Pflegeheims, und die Leistungen, die am meisten ins Gewicht fallen, sind mit den folgenden Elementen verbunden:

• Pflege • Betreuung	Laut der Studie belaufen sich diese Kostenstellen auf CHF 6'159.- (~ 60% der Kosten)
• Im Vergleich dazu stellt die Miete einen geringeren Kostenfaktor dar.	Laut der Studie beläuft sich diese Kostenstelle auf CHF 1'792.- (~ 20% der Kosten)

Die Kosten für betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderungen der Stufen D und C sind mit denen für ältere Menschen vergleichbar. Diese sind jedoch im Wesentlichen auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- die Miete und
- die psychosozialen Betreuungsleistungen.

Im Gegensatz zum Bereich der älteren Menschen beteiligen sich die Krankenkassen im Bereich der Menschen mit Behinderungen im Rahmen dieser Studie nicht an der Finanzierung.

Die Kostenstellen «Pflege/Betreuung» beinhalten insbesondere Kosten, die den Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV zugeordnet sind:

- Abklärung, Beratung und Koordination
- Untersuchung und Behandlung
- Grundpflege

Diese machen rund 78% der Gesamtkosten für Pflege und Betreuung (CHF 6'159.-) aus (BASS, 2018, S. 23).

Die Betreuung macht rund 20% der Gesamtkosten im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung aus (CHF 6'159.-). Im Bericht wurden zwei Betreuungskategorien ausgewiesen. Die erste Kategorie entspricht einfachen Hilfeleistungen mit Begleitungscharakter und die zweite Kategorie entspricht spezialisierten Hilfeleistungen mit Begleitungscharakter (z. B. Abklärungen/Koordination im Bereich Betreuung/Hauswirtschaft). (BASS, 2018, S. 23)

Die Stufe der Nicht-KLV-Leistungen, die der Stufe A im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung zugeordnet werden und vom/von der Bewohner:in übernommen werden müssen, beläuft sich laut der Studie für den Bereich ältere Menschen auf CHF 986.- (~ 16%). Dieses Ergebnis ist laut dem Bericht jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

Insgesamt trägt die/der Bewohner:in 66% (CHF 4'048.-) der monatlichen Kosten von CHF 6159.- für die Pflege und Betreuung im Zusammenhang mit der Stufe A, um folgende Kosten zu decken:

- Beteiligung der Patient:innen an den gesamten Pflegekosten (je nach Kanton unterschiedlich)
- Kosten für Pflege, die über die im Auftrag verordneten Pflegestunden hinausgehen, für die von den Krankenkassen anerkannten ambulanten Leistungen (und die nicht von einer privaten Zusatzversicherung getragen werden)
- Kosten für Pflege- und Betreuungsleistungen, die nicht unter die KLV fallen

4. Empfehlungen

Die demografische Entwicklung stellt die Langzeitpflege und -betreuung vor grosse Herausforderungen und verlangt nach Lösungen, um die Versorgung mittelfristig zu sichern. Der Verband CURAVIVA und sein Dachverband ARTISET setzen sich entschieden für die Versorgungssicherheit in der Langzeitpflege ein.

Dabei ist es wichtig, das Gesundheitssystem als Ganzes zu betrachten. Bedarfsgerechter Ressourceneinsatz bedeutet, dass es sowohl in der Pflege und Betreuung als auch in der Akutversorgung weder eine Über- noch eine Unterversorgung geben darf, sondern dass man sich auf die Herausforderungen der Zukunft einstellen muss.

Die folgenden Verbesserungen wurden im Zusammenhang mit betreutem Wohnen identifiziert:

4.1 Förderung der Durchführung von nationalen Studien

Die Qualität der zur Verfügung stehenden Informationen wird in den verschiedenen betrachteten Studien als mangelhaft bezeichnet. Bis Massnahmen zur Verbesserung der Informationsqualität ergriffen werden können, sollte die Erstellung von Studien auf nationaler Ebene gefördert werden, die sich in diesem Fall auf Probleme konzentrieren, die in den Zwischenstrukturen angesprochen werden.

Die Situation im Bereich des betreuten Wohnens, wo der Bedarf an neuen Angeboten bis 2040 je nach politischen Massnahmen zwischen 43% und 73% liegt (OBSAN, 2022), zeigt, dass es vergleichender und ergänzender Studien bedarf, mit denen einerseits Ergebnisse abgeglichen und andererseits Verbesserungen der Qualität der verfügbaren Daten beobachtet werden können.

In erster Linie muss Energie darauf verwendet werden, die Schaffung flexibler Lebensräume zu fördern, die den unterschiedlichen Lebensformen der zukünftigen Klient:innen gerecht werden, seien es junge Menschen mit Behinderungen oder ältere Menschen.

4.2 Diversifizierung und Erhöhung des Angebots an betreutem Wohnen

Neue Ansätze in der Pflege und Betreuung sind erforderlich. Die intermediären Strukturen stellen ein Optimierungspotenzial innerhalb der Angebotspalette dar. Diese Angebotserweiterung gilt es, konsequent zu nutzen.

Förderung der Entwicklung eines ausreichenden Angebots auf dem Markt für Wohnen mit Dienstleistungen, welches die Trends der demografischen Entwicklung berücksichtigt, die Schaffung vielfältiger Angebote begünstigt und zudem die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Angebotskategorien von Wohnen mit Dienstleistungen gewährleistet.

Das Ziel von 43% für die Entwicklung des Angebots an Wohnen mit Dienstleistungen (OBSAN, 2022) scheint eine Mindestanforderung zu sein, wenn man die hohe Wahrscheinlichkeit berücksichtigt, dass in den kommenden Jahren politische Massnahmen ergriffen werden, um Menschen mit leichtem Pflegebedarf vom Eintritt in ein Pflegeheim abzuhalten.

Um dem Risiko entgegenzuwirken, dass Pflegeheime Personen mit Pflegebedarf der Stufen 2 und 3 gemäss KLV aufnehmen, sollte gemäss dem folgenden Pflegezeitvergleich die Entwicklung von betreutem Wohnen in den Stufen B und C nach dem Modell Imhof und Mahrer Imhof 2018 gefördert werden.

Pflegezeiten pro Stufe gemäss KLV	Pflegezeiten pro Stufe gemäss dem Modell Imhof und Mahrer Imhof 2018 (BASS, 2018, S.37)
Stufe 2: 21 bis 40 Minuten Pflege/Tag Stufe 3: 41 bis 60 Minuten Pflege/Tag	Stufe C → ca. 30 Minuten/Tag Stufe B → ca. 60 Minuten/Tag

Ausserdem trägt die Entwicklung der Stufe B auch dazu bei, die Entwicklung eines Angebots zu maximieren, das potenziell auch im Bereich der Behinderung kompatibel ist.

4.3 Kostendeckung garantieren

Am 13. Juni 2008 hat das Parlament das Gesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet, das am 1. Januar 2011 in Kraft trat. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung KVG wurde schon damals eine Verbesserung der schwierigen sozialen Situation bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen angestrebt. Aber dieses Ziel wird mit der Zeit und den neuen Herausforderungen immer schwieriger zu erreichen sein.

In der Praxis erweisen sich die Finanzierungsmodalitäten als komplex und kompliziert. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt mit Mitteln aus verschiedenen Quellen:

- Krankenversicherer,
- Klient:innen,
- Kantone über die Restfinanzierung der Pflegekosten,
- und Ergänzungsleistungen

Und oft sind Beratungen notwendig, um die Finanzierung festzulegen.

Die Finanzierung ist nicht nur komplex, sondern auch unzureichend. In der Langzeitpflege und -betreuung sind kostendeckende Tarife notwendig. Die Studie (BASS, 2018, S. 23) hält fest, dass von den monatlichen Kosten von CHF 6'159.- für Pflege und Betreuung im Zusammenhang mit der Wohnstufe A die Bewohner 66% (CHF 4'048.-) selbst tragen. Dies ist eine erhebliche finanzielle Belastung für den Bewohner und kann für den Anbieter ein großes finanzielles Risiko darstellen, wenn er nicht zahlt.

Das KVG verlangt, dass Pflegeleistungen von Betreuungsleistungen unterschieden werden, die Teil der professionellen Pflege sind, aber nicht von der OKP vergütet werden. Es wurden Studien durchgeführt, um verschiedene vorhandene Finanzierungsmodelle zu ermitteln, mit denen in Zukunft eine gute Betreuung von älteren Menschen finanziert werden kann (vgl. BSS, 2021, Paul Schiller Stiftung, 2021).

- Rückerstattung über Ergänzungsleistungen
- Zahlung von Entschädigungen
- Zulagen im Zusammenhang mit den Kosten
- Finanzierung durch Anreize

Um eine Rückerstattung in Betracht ziehen zu können, müssen die erbrachten Leistungen mithilfe einer pflegeähnlichen Bewertung legitimiert werden. So könnten die verschiedenen Bereiche der

Betreuungsleistungen (z. B. Körperpflege/Pflege/soziale Teilhabe/tägliche Aktivitäten) klar identifiziert und langfristig mit Hilfe von Pflegebewertungsinstrumenten bewertet werden, mit denen dann auch die Betreuungskosten bewertet werden könnten. Ohne diese und andere Massnahmen zur Beseitigung der Finanzierungslücken kann die Wahlfreiheit der Klient:innen (hilfsbedürftige ältere Menschen) in Bezug auf das Wohn- und Pflegemodell nicht gewährleistet werden.

Art. 32 Abs. 1 KVG spricht sich dafür aus, dass die Kosten für KVG-Leistungen nur dann übernommen werden, wenn sie «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sind. Wenn es jedoch aus ökonomischer Sicht mehrere diagnostische oder therapeutische Alternativen für einen bestimmten Fall gibt, wird die Alternative der Versorgung mit dem besten Kosten-Nutzen-Verhältnis bevorzugt. Da also die einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS, einheitliche Finanzierung) noch nicht umgesetzt ist, haben Versicherte für den Fall, dass sie die teuerste Lösung wählen, keinen Anspruch auf eine Rückerstattung der Leistung.

Die den Ergänzungsleistungen innewohnenden Regelungen sowie die Hilfenentschädigung wirken sich auch auf die Wahl der Wohnform aus. Wie sich gezeigt hat, reicht die Höhe der durch Ergänzungsleistungen gedeckten Miete nicht aus, damit eine einzelne Person die Marktmieten abdecken kann. Darüber hinaus unterscheiden sich die Leistungen, die unter die Hilfenentschädigung fallen, je nachdem, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden. Daher ist es nicht nur notwendig, die Grundlage für die Berücksichtigung von Ergänzungsleistungen bei der Finanzierung von betreutem Wohnen zu schaffen, sondern auch Modelle für den Einsatz ungenutzter Personalressourcen auf freiwilliger Basis zu entwerfen (Community Care).

Die Covid-19-Pandemie könnte eine Rolle dabei gespielt haben, dass sich ältere Menschen isoliert fühlen und einige dazu gebracht haben, das Slip-Syndrom zu entwickeln. Menschen mit dieser Erkrankung lassen sich aus Verzweiflung sterben. Unterstützungsdienste könnten eine viel wichtigere Rolle spielen, als sie derzeit inne haben. Zudem ist es wichtig, dass Mittel bereitgestellt werden können, damit ein Leben in Wohnungen mit Dienstleistungen so lange wie möglich dauern kann. Es geht auch darum, die Finanzierung der Palliativ- und Demenzpflegeleistungen sicherzustellen und mit Entschlossenheit eine Ausbildungsoffensive für Pflegepersonal voranzutreiben. Hochwertige Langzeitpflege und -betreuung reduziert zudem Spitaleinweisungen und entlastet damit die Akutmedizin.

5. Quellen und weiterführende Literatur

- BSS Basel Studie (2021): Kosten und Finanzierung der Betreuung im Alter. Studie im Auftrag der Paul Schiller Stiftung. Online: gualtern.ch
- Büro BASS (2016). Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen. Studie im Auftrag der Age-Stiftung in Kooperation mit CURAVIVA Schweiz.
- CURAVIVA Schweiz (2020). Faktenblatt : Vision Wohnen im Alter von CURAVIVA Schweiz. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter. Online: curaviva.ch.
- CURAVIVA Schweiz (2021). Personenzentrierte Dienstleistungen für Menschen im Alter. Argumente und Instrumente zur Entwicklung und Verankerung im ambulanten und institutionellen Umfeld.
- CURAVIVA Schweiz (2021). Koordinationsansätze für personenzentrierte Dienstleistungen – eine terminologische Klärung mit ausgewählten Praxisbeispielen.
- Imhof, L. & Mahrer Imhof, R. (2019). Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells. Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz.
- Obsan (2021). Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021. Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung. Obsan Bericht 05/2021.
- Obsan (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040. Obsan Bericht 03/2022. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SODK (2021). Vision der SODK für das selbstbestimmte Wohnen von betagten Menschen und Menschen mit Behinderungen.
- CURAVIVA Schweiz (2021). Personenzentrierte Dienstleistungen für Menschen im Alter. Das von CURAVIVA erarbeitete Dokument zeigt zentrale Argumente und den Mehrwert personenzentrierter und sozial-raumorientierter Ansätze in Institutionen, Gemeinden und Netzwerken auf. Es beinhaltet Grundlagen und Definitionen für ein gemeinsames Verständnis, Argumente zur strategischen Bedeutung und zum Nutzen sowie Ansätze für die Entwicklung einer personenzentrierten Haltung und Kultur. Online: curaviva.ch
- Paul Schiller Stiftung (2021). Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Die Studienergebnisse und ihre fachliche und politische Einordnung. Hrsg. Paul Schiller Stiftung.

Herausgeber**CURAVIVA**

Zieglerstrasse 53, 3007 Bern

Zitierweise

CURAVIVA (2022), Argumentarium: Rahmenbedingungen – Finanzierungspolitik Wohnen mit Dienstleistungen . Hrsg.: CURAVIVA

Online: curaviva.ch

- Daniel Domeisen, Leiter Gesundheitsökonomie – CURAVIVA
- Peider Nicolai, Senior Advisor - Balevo Berne / Zurich / Munich
- Michael Kirschner, wissenschaftlicher Mitarbeiter – CURAVIVA
- Igor Carrasquinho, Projektleiter Gesundheitsökonomie – CURAVIVA

© CURAVIVA, 2022