HECACONS
Health Care Consulting

Ergebnisbericht

Projekt Variantenprüfung

Spitexverband des Kantons Schaffhausen

Schaffhausen

Baar, 07.09.2023

HeCaCons GmbH
Rathausstrasse 5, CH-6340 Baar
T +41 41 552 15 10
info@hecacons.ch
www.hecacons.ch

Impressum

Erstellt am:	06.01.2023
Version Nr. / vom:	1.0 vom 07.09.2023
Verfasser/in	Roland Wormser (RW) und Angela Escher-Greiter (ESCA)
Dateiname	109-02_0702_Bericht_V1.0_2023 09 07 ESCA RW.docx

Revision

Version	Datum	Autor/en	Revision – Kapitel-Nr.
0.10 – 0.21	bis 28.03.2023	ESCA, RW	Vorentwurf Kap. 2 bis 6, siehe Bericht IST-Analyse
0.22	05.04 2023	RW	Änderungen während StA-Sitzung vom 05.04.2023
0.24	22.05.2023	RW	Kap. 5.5, 6.5 und 7, Anhang 9.8
0.26	06.07.2023	RW	Trennung Bericht IST-Analyse vom Hauptbericht Erstellen Zusammenfassung im Kap. 5 und 6
0.27	14.07.2023	ESCA	Anpassen Kap. 5 an def. Fassung Bericht IST-Analyse
0.28	19.07.2023	RW	Überarbeiten Kap. 3 und 7.1 bis 7.5, Erstellen Kap. 7.6 bis 7.9, und Kap. 8
0.30	24.07.2023	RW	Überarbeiten Kap. 7.1 und 8, Erstellen Kap. 1, Überprüfung gesamter Bericht, Versand an interne PL
0.31	26.07.2023	RW	Änderungen während Sitzung PL vom 26.07.2023
0.40	31.07.2023	RW	Anpassungen Kap. 1, 2, 3.2, 5.3, 5.3, 7.1.1, 7.5.1, 7.6.2, 7.7.2
0.41	17.08.2023	RW	Änderungen während StA-Sitzung vom 17.08.2023
0.42	04.09.2023	RW / ESCA	Anpassungen Kap. 8 und 1, Überprüfen gesamten Bericht.
1.0	07.09.2023	RW	Fertigstellung

Abkürzungen

APH	Alters- und Pflegeheim	KLV	Krankenleistungsverordnung
AZ	Alterszentrum	KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
ASPS	Association Spitex privée Suisse (Verband der privaten Spitex-Organisationen)	LV	Leistungsvereinbarung
BeWo	Betreutes Wohnen	LZP	Langzeitpflege
Curaviva	Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, www.curaviva.ch	Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
EFAS	«Einheitliche Finanzierung Ambulant – Stationär	QMS	Qualtätsmanagement-System
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV/IV	SPO	Spitex-Organisation, d.h. Organisationseinheit der Spitex-Leistungserbringung, unabhängig davon, ob es sich um einen selbständigen Verein oder eine Einheit in einem Verbund handelt
ERP	Enterprise Resource and Planning: Softwaresystem, das Unternehmen beim Automatisieren und Verwalten von Kerngeschäftsprozessen unterstützt für optimale Leistun	SZ	Seniorenzentrum
ICT	Informations- und Kommunikationstechnologien		

Inhalt

1 Management Summary ... 6
2 Ausgangslage ... 9
3 Projekt und vorliegender Bericht ... 9
3.1 Auftrag ... 9
3.2 Projektorganisation ... 9
3.3 Aufbau vorliegender Bericht ... 10
4 Rahmen Spitexleistungen ... 11
5 Zusammenfassung IST-Analyse der sieben Spitex-Regionen ... 11
5.1 Allgemeines ... 11
5.2 Übersicht Spitex-Regionen ... 12
5.3 Finanzierungsmodell ... 13
5.4 Kunden / Leistungen ... 14
5.5 Aufbauorganisation ... 16
5.6 Personal ... 17
5.7 Finanzen ... 18
5.8 Infrastruktur ... 20
6 Marktübersicht ... 20
6.1 Megatrends ... 20
6.2 Marktentwicklung / Zukunft des Angebots ... 25
6.3 SWOT-Analyse ... 29
6.4 Fazit Marktübersicht ... 29
7 Kooperationsvarianten ... 31
7.1 Übersicht / Grundlagen ... 31
7.2 Kriterien für die Variantenbewertung ... 36
7.3 Aktuelle Kooperationen ... 37
7.4 Definition der Varianten ... 40
7.5 Bewertung der Varianten ... 42
7.6 Weitere Prüfung der Kooperationsvarianten ... 44
7.7 Umsetzungsfragen «2a Horizontal, Unternehmen» und «V3 Regional vertikal» ... 50
7.8 Fazit Wahl der Kooperationsvariante ... 52
7.9 Feedback anlässlich der Präsentationen in den Regionen ... 52
8 Empfehlungen und weiteres Vorgehen ... 54

8.1 Stufe Gemeinden und Betriebe 54
8.2 Stufe Spitexverband 55
8.3 Empfehlungen Handlungsfelder auf Stufe Kanton 56
9 Anhang 58
9.1 Literatur 58
9.2 Ergebnistabellen Steuerungsausschuss und Projektteam 58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung ambulante KLV- und HWL-Stunden Kanton SH 2011 – 2022..... 15
Abbildung 2: Anteile öffentliche und private Spitex 2011 – 2022..... 15
Abbildung 3: Kundenpfad in der Gesundheitsversorgung (vereinfacht dargestellt) 21
Abbildung 4: Der Mensch im Zentrum der integrierten Versorgung..... 22
Abbildung 5: Entwicklung Bevölkerung 65+, Kanton Schaffhausen (Obsan, 2020)..... 25
Abbildung 6: Anzahl Pflegeheimplätze pro 1'000 Einwohner 80+ (Stand 2021) 26
Abbildung 7: Anzahl KLV-Klient:innen pro 1'000 Einwohner 80+ (Stand 2021)..... 27
Abbildung 8: Entwicklung von Spitex-Leistungen im Kanton SH 2011 – 2019 28
Abbildung 9: Schematische Visualisierung von horizontaler und vertikaler Kooperation..... 32
Abbildung 10: Karte der Gemeinden, Spitex-Regionen und Alters- und Pflegeheime der Grundversorgung im Kanton Schaffhausen 37
Abbildung 11: Möglicher Gesamt-Projektplan für den Aufbau regional vertikal organisierter Unternehmen der Langzeitpflege..... 54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eckwerte Spitexbetriebe mit öffentlichem Leistungsauftrag (Stand 1.1.2023) 12
Tabelle 2: Produktivitätskennzahlen öffentliche Spitex 2019 – 2022..... 17
Tabelle 3: Anteil Eigenwirtschaftlichkeit 2019 – 2022 18
Tabelle 4: Erfolgsrechnungen 2022 öffentliche Spitex 19
Tabelle 5: Prognostizierte Zahl pflegebedürftige Menschen 65+ Kanton SH..... 26
Tabelle 6: SWOT-Analyse Spitex-Verband SH..... 29
Tabelle 7: Einwohnerzahlen der Gemeinden und Spitex-Regionen per 31.12.2022 31
Tabelle 8: Mitarbeitende 2021 (Personen und VZÄ) im Kanton Schaffhausen, mit je den Raten pro 1'000 Einwohner:innen 65+ 32
Tabelle 9: Kriterien für die Variantenbewertung 36
Tabelle 10: Legenden-Tabelle zur untenstehenden Tabelle 11 38
Tabelle 11: Spitex-Regionen und weitere APH mit kommunalen Leistungsaufträgen (d.h. ohne spezialisierte Einrichtungen) in Versorgungsregionen 38
Tabelle 12: Definition der Varianten..... 40
Tabelle 13: Übersicht über Stärken und Schwächen der Varianten 42
Tabelle 14: Gesamtpunktzahl der verschiedenen Kooperationsvarianten in der Bewertung durch StA und PT 44
Tabelle 15: Eckwerte für die Varianten 2a und 3: 45
Tabelle 16: Integrierte Versorgung (vertikale Integration): Überlegungen zu Umsetzungsmöglichkeiten in den einzelnen Spitex-Regionen 51

1 Management Summary

Ausgangslage

Im Kanton Schaffhausen sind die Gemeinden für die die Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege in den Versorgungsregionen zuständig. Die Gemeinden finanzieren die Restkosten der Pflege und unterstützen die von ihnen beauftragten Leistungserbringer mit allfälligen weiteren Beiträgen.

Im Spitex-Verband sind alle sieben öffentlichen Spitex-Organisationen (SPO) des Kantons Schaffhausen zusammengeschlossen. Der Verband hat wenig Ressourcen, die einzelnen SPO kommen durch immer mehr Aufgaben und zusätzliche Qualitätsanforderungen zunehmend an ihre Grenzen. Im Projekt «Variantenprüfung» sollen ergebnisoffen künftige mögliche Kooperationsformen evaluiert und ausgearbeitet werden.

Der vorliegende Projektbericht ist bis Kap. 7.5.2 gemäss ursprünglich geplanter Struktur aufgebaut, chronologisch gefolgt von einer vertieften Prüfung der beiden sehr nahe beieinander liegenden Varianten mit den höchsten Punktzahlen. Er wird im Kap. 8 mit Empfehlungen und weiterem Vorgehen abgeschlossen.

Ist-Analyse

Im Rahmen des vorliegenden Projekts wurde zuerst eine eingehende vergleichende Analyse der sieben Spitex-Regionen vorgenommen. Die detaillierten Ergebnisse sind im separaten Bericht «IST-Analyse» vom 04.09.2023 dargestellt. Die wichtigsten Erkenntnisse:

- *Rechtsform:* Die öffentlichen SPO Region SH, Thayngen und Bezirk Stein sind unselbständige Gemeindebetriebe. Neuhausen wurde 2019 in eine öffentlich-rechtliche Anstalt überführt. Klettgau-Randen, SPUR und Buchberg-Rüdlingen sind Vereine.
- *Kunden, Leistungen und Tarife*: Alle öffentlichen SPO bieten KLV- und hauswirtschaftliche Leistungen sowie palliative Grundversorgung an. Spezialisierte Leistungen werden nur teilweise selbst erbracht. Die SPO Region SH, Neuhausen, Thayngen und Bezirk Stein sind vertikal integriert, d.h. Spitex und APH in der gleichen Organisation. Bei diesen erfolgt im Bereich der Kernprozesse teilweise eine Koordination (siehe Kap. 5.4.3).
- *Personal*: Die Anzahl Feiertage, Anzahl Wochenstunden und Kündigungsfristen sind bei allen öffentlichen SPO einheitlich geregelt. Bei der Anzahl Ferientage, Dienstaltersgeschenken, Lohnfortzahlungen sowie bezahlten Abwesenheiten sind die Unterschiede beträchtlich (siehe Kap. 5.6.2). Dies wäre im Falle einer horizontalen Integration entsprechend zu berücksichtigen. Rund 50 % der gesamten Mitarbeitenden der öffentlichen SPO sind bei der Spitex Region SH beschäftigt. Rund 70 % aller Mitarbeitenden sind zu gleichen Bedingungen bei der Pensionskasse Schaffhausen versichert; jedoch bestehen für die anderen Mitarbeitenden z.T. grosse Unterschiede bei der beruflichen Vorsorge.
- *Finanzen*: Der Eigenwirtschaftlichkeitsanteil belief sich 2022 auf durchschnittlich 55 %. Im Kanton Schaffhausen gibt es keine Normkostenvorgaben und auch keine verbindliche Kostenrechnung. Vergleichskennzahlen sind daher differenziert zu betrachten (siehe Kap. 5.7.4). In allen Spitexregionen erfolgt die Finanzierung der öffentlichen Spitex mittels Defizitdeckung (siehe Kap. 5.3).

Markübersicht

- Demographische Entwicklung (Kap. 6.2.1): Bis 2040 wird im Kanton Schaffhausen die Altersgruppe 80+ voraussichtlich um rund 90 % zunehmen, was dem Bereich Langzeitpflege ein langanhaltendes Wachstum der Nachfrage beschert.
- *Politökonomische Trends* (Kap. 6.1.1): «Einheitliche Finanzierung Ambulant-Stationär» (EFAS) sowie «Ergänzungsleistungen für Betreutes Wohnen» werden die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Pflege beeinflussen. Vertikale Kooperation bzw. Integration (d.h. verschiedene Versorgungsstufen wie Spitex und APH in der gleichen Organisation, siehe Graphik im Kap. 7.1.4) als Plattform für integrierte Versorgung wird landesweit zunehmend realisiert. Mögliche Umsetzung von integrierter Versorgung siehe Kap. 7.1.4. Dies auch vor dem Hintergrund des zentralen Bedürfnisses der Bevölkerung (plakativ formuliert das «Oberziel») «So lange wie möglich (zu Hause) selbstbestimmt leben und wohnen».
- *Mitbewerber*: Der Markanteil der privaten SPO steigt stärker als jener der öffentlichen und lag 2022 bei durchschnittlich 37 % (siehe Kap. 5.4.2).
- *Fachkräftemangel*: Wichtige Herausforderung, die sich auch aus der demografischen Entwicklung ergibt: Markante Erhöhung der Lebenserwartung seit den 1960er Jahren in allen europäischen Ländern, verbunden mit einem starken Rückgang der Geburtenrate.
- *SWOT-Analyse*: Als Stärken werden die qualifizierten Mitarbeitenden und je nach Grösse der Organisation das spezifische Know-how gesehen. Die Betriebsgrösse und daraus resultierende Folgen werden oft als Schwäche beurteilt. Der Bedürfniswandel und die demographische Entwicklung werden zumeist als Chance empfunden. Kleinere Spitexbetriebe empfinden dies jedoch teilweise auch als «Bedrohung». Als Hauptrisiko wird der Fachkräftemangel genannt.

Kooperationsvarianten

- *Begriffliches*: Die Präzisierung von «horizontaler» und «vertikaler» Kooperation bzw. Integration zeigt, dass letztere die strukturelle Plattform bildet, um eine moderne integrierte Versorgung in der Langzeitpflege zu realisieren (Kap. 7.1.4). Integration allein ist jedoch nicht ausreichend, es braucht eine klare strategische Grundlage und eine starke gemeinsame Führung. Zu beachten sind Erfahrungswerte in Mindestgrössen für horizontale Integration von rund 25'000 und für vertikale Integration von rund 10'000 Einwohner:innen (vgl. Kap. 7.1.4 / Tabelle 8).
- *Kriterien mit Gewichtung* (Kap. 7.2): Für die spätere Bewertung der Varianten wurden fünf Kriterien definiert (in Klammern deren Gewichtung): Kundennutzen und Effizienz (je 25 %), Personalsicht und Versorgungssicherheit (je 20 %) und Innovationspotenzial (10 %).
- *Fünf Varianten* (Tabelle 12): Zusammen mit dem Status Quo (V0) wurden folgende vier Varianten (V plus Nummer) definiert:
    - «V1 Verband als Koordinator»: IST-Situation Organisation SPO mit neuer Rolle des Spitex-Verbands als Koordinator (was zusätzliche Ressourcen erfordert)
    - «V2a Horizontal, Unternehmen»: Spitex SH (horizontale Integration), d.h. Bildung eines kantonalen Spitex-Unternehmens unter Übernahme aller bisherigen Spitex-Betriebe
    - «V2b Horizontal, Holding»: Spitex SH (horizontale Integration), d.h. Bildung eines kantonalen Spitex-Unternehmens in Holdingstruktur

    - «V3 Regional vertikal»: Integrierte regionale Versorgungsstrukturen Langzeitpflege vertikal; bei Region SH, Neuhausen, Thayngen und Bezirk Stein heute schon so – diese vier SPO beschäftigen rund 73 % aller Mitarbeitenden der SPO.
- *Bewertung der Varianten*: Mittels der Kriterien wurden die Varianten in einer Multikriterien-Entscheidungsanalyse bewertet (Tabelle 14): Die Varianten V2a und V3 sind mit über 300 Punkten gleichauf; V0, V1 und V2b fallen demgegenüber ab und deshalb ausser Betracht.
- *Vertiefte Prüfung*: Um einen Entscheid herbeizuführen, wurden die beiden Varianten V2a und V3 in folgenden Themen einer vertieften Prüfung unterzogen.
    - *Eckwerte* der beiden Varianten im Vergleich (Tabelle 15)
    - *Trends* (Kap. 7.6.3): sprechen eher für Variante 3
    - *Nutzen aus Kundensicht* (Kap. 7.6.4): Für die Langzeitpflege sollte das oben erwähnte «Oberziel» der Bevölkerung im Zentrum stehen. Die aktuelle Situation im Kanton ist jedoch dafür nicht förderlich (z.B. komplexe Zuständigkeiten und Finanzierungsströme, vielerorts wenig systematische Zusammenarbeit ambulant – stationär, Lücken im Angebot). Die Umsetzung eines wirksamen Systems zur Unterstützung des «Oberziels» ist komplex und kann von einem Sektor allein (im vorliegenden Fall die Spitex) nicht geleistet werden, was klar für Variante 3 spricht.
    - *Rollen* in der Umsetzung und Projekte beim Kanton (Kap. 7.6.5)
    - *Umsetzungsfragen*: Die Machbarkeit der «V2a Horizontal, Unternehmen» ist möglicherweise offen. Herausforderungen sind z.B. sehr umfangreiches Projekt mit 26 Gemeinden und sieben Betrieben, Trägerschaftsfragen und das Erfordernis der Herauslösung der Spitex aus bisher vertikal integrierten Organisationen (ein Rückschritt).
- *Fazit*: Die Variante «V3 Regional vertikal» ist im Sinne einer **«Strategie regionale integrierte Versorgung»** die Variante der Wahl. Ziel dabei ist, bis 2028 noch maximal drei Betriebe der integrierten Versorgung im Kanton Schaffhausen zu haben, denen alle Gemeinden angeschlossen sind

Empfehlungen

- *Umsetzung «Strategie regionale integrierte Versorgung»:* Dies erfordert die Schaffung weiterer vertikal strukturierter Organisationen in Mindestgrösse oder den Anschluss weiterer Gemeinden an bereits bestehende entsprechende Organisationen. Gemäss Tabelle 16 geht es einerseits um die Regionen Klettgau-Randen mit SPUR (unter Einbezug von Buchberg-Rüdlingen) und andererseits um die beiden Regionen Thayngen und Bezirk Stein. Es wird ein Projektvorgehen in vier bis fünf Phasen vorgeschlagen (Kap. 8.1). Die beiden Projekte sollen koordiniert werden und deshalb von der gleichen Projektleitung begleitet werden. Zudem soll auch ein gemeinsamer Steuerungsausschuss gebildet werden, in welchem der Kanton und der Spitexverband mitarbeiten.
- Spitexverband (Kap. 8.2): Dieser bleibt vorläufig bestehen und setzt seine Koordinationsarbeit fort. Mit Artiset soll enger kooperiert werden.
- *Handlungsfelder auf Stufe Kanton* (Kap. 8.3): Zum einen soll der Rahmen für integrierte Versorgung in der Langzeitpflege gesetzt und zum anderen die Langzeitpflege generell weiterentwickelt werden (auch Vereinfachung bezüglich Zuständigkeiten, womit die Finanzierungsentflechtung einzuschliessen ist).

2 Ausgangslage

Im kantonalen Spitex-Verband sind alle sieben öffentlichen Spitex-Organisationen des Kantons Schaffhausen zusammengeschlossen. Der Vorstand verfügt weder über Ressourcen, Kompetenzen noch über Weisungsbefugnisse. Die einzelnen Spitex-Organisationen kommen durch immer mehr Aufgaben und zusätzliche Qualitätsanforderungen zunehmend an ihre Grenzen. Der kantonale Spitex-Verband lancierte daher mit Unterstützung des Departements des Innern ein Vorprojekt, um die Zusammenarbeit der Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinden in einer neuen Form zu organisieren (siehe RRB 35/788).

Im Zuge des Vorprojekts «Reorganisation Spitex» zeigte sich, dass die Vertreter:innen der Spitexregionen eine ergebnisoffene Prüfung der Kooperationsvarianten für unabdingbar hielten. In einem nächsten Schritt sollten daher in einem Projekt «Variantenprüfung» mögliche Kooperationsformen evaluiert und ausgearbeitet werden. Für die präferierte Variante sind anschliessend Eckwerte in Bezug auf Trägerschaft, Organisation, Personal sowie Finanzierung auszuarbeiten. Am Ende dieses Projekts entscheiden die Spitexregionen bzw. Gemeinden über eine allfällige Durchführung eines Hauptprojekts bzw. von Folgeprojekten.

Mit Datum vom 27. April 2022 beschrieb die HeCaCons GmbH in ihrem Bericht «Projekt Variantenprüfung» die Ergebnisse des Vorprojekts und das weitere Vorgehen für die Folgephase «Variantenprüfung». Der Spitex-Vorstand und die Delegiertenversammlung stimmten dem Bericht und dem weiteren Vorgehen an der Sitzung vom 10. Mai 2022 einstimmig zu. Der Regierungsrat befürwortete am 13. September 2022 das Projekt «Variantenprüfung» des kantonalen Spitex-Verbandes (siehe RRB 28/657).

3 Projekt und vorliegender Bericht

3.1 Auftrag

Mit dem Projekt «Variantenprüfung» werden folgende Ergebnisse erwartet:

- Ergebnisoffene Prüfung von bis zu vier potenzieller Kooperationsvarianten auf einer theoretischen und konzeptionellen Ebene
- Erarbeitung, Bewertung, Auswahl und Grobkonzept der künftigen Zusammenarbeitsformen der Spitex-Regionen im Kanton, sodass steigende Anforderungen und Entwicklungen im Bereich der ambulanten Langzeitpflege erfolgreich bewältigt werden können.

3.2 Projektorganisation

Steuerungsausschuss (StA)

Die Projektsteuerung (strategische Ebene) erfolgt im Steuerungsausschuss. Mitglieder sind je 1 Vertreter:in pro Spitex-Region sowie 1 Vertreter:in des kantonalen Gesundheitsamts:

- Manuela Reutimann-Loggia, Präsidentin Verein Spitex-Klettgau Randen
- Christine Thommen, Stadträtin Schaffhausen, Sozialreferentin
- Michael Bührer, Leiter Seniorenzentrum im Reiat
- Carla Rossi, Stadträtin Stein am Rhein Gesellschaft / Schule / Gesundheit

- Christian Di Ronco, Gemeinderat Neuhausen a.Rh., Altersreferent
- Philipp Baer, Gemeinderat Buchberg, Sozialreferent
- Robert Haas, Vorstandsmitglied Verein SPUR (Ressort Finanzen)
- Andrea Monterosso, Leitung Spitex Region Schaffhausen
- Ingrid Hosch, Gesundheitsamt Departement des Inneren SH

Der StA traf sich zum Kickoff am 05.01.2023 und anschliessend zwischen anfangs April und Mitte August zu drei weiteren Sitzungen.

Projektleitung

Die interne Projektleitung lag bei Rosmarie Widmer Gysel, Präsidentin kantonalen Spitexverband. Die externe Projektleitung wurde durch HeCaCons GmbH – Roland Wormser (PL) und Angela Escher-Greiter (stv. PL) – wahrgenommen.

Projektteam (PT)

Die Projektteam (operative Ebene) bringt fachliches Know-how ein, erarbeitet auf Vorschlag der Projektleitung Konzeptentwürfe, entscheidet gemeinsam mit der Projektleitung über einzelne Arbeitspakete von Teilprojektgruppen oder ggf. ad hoc Arbeitsgruppen und integriert deren Ergebnisse. Mitglieder des Projektteams:

- Tanja Rütimann, Leitung Spitex Thayngen
- Paolo Fancelli, Leitung Spitex Klettgau-Randen
- Silvia Horand, Leitung Spitex Bezirk Stein
- Sonja Neuenschwander, Leitung Spitex / Alterszentrum und Spitex Neuhausen a.Rh.
- Brigitte Ochsner, Leitung Spitex Buchberg-Rüdlingen
- Burim Bahtijari, Leitung SPUR
- Andrea Monterosso, Leitung Spitex Region Schaffhausen
- Lea Schiendorfer, Projektsupport
- Ingrid Hosch, Gesundheitsamt Departement des Inneren SH

Zwischen Januar und März 2023 traf sich das Projektteam zu fünf Sitzungen. Anfangs April und Mitte August nahm das Projektteam an zwei StA-Sitzungen teil.

3.3 Aufbau vorliegender Bericht

Der Berichtsaufbau folgt zunächst dem ursprünglich geplanten Aufbau:

- Kap. 4 gesetzlicher Rahmen
- Kap. 5 IST Analyse
- Kap. 6 Marktübersicht und Marktentwicklung
- Kap. 7.2 Definition und Bewertung der Kooperationsvarianten (bis Kap. 7.5.2)

Weil bei der Bewertung der Kooperationsvarianten zwei sehr unterschiedliche Varianten (mit Abstand) in etwa gleiche Höchstpunktzahlen erhielten, folgt der Bericht – zum besseren Verständnis für die Projektbeteiligten – anschliessend chronologisch der vertiefenden Prüfung

dieser beiden Varianten (Kap. 7.6 bis Kap. 7.8, gefolgt vom Feedback anlässlich der Präsentationen der Projektergebnisse in den Spitex-Regionen (Kap. 7.9). Der Bericht schliesst im Kap. 8 mit Empfehlungen und weiterem Vorgehen.

4 Rahmen Spitexleistungen

Auf **Stufe Bund** regeln Krankenversicherungsgesetz (KVG) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) die Leistungen und Finanzierung der Langzeitpflege. Die Tarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung legt der Bundesrat fest. Aktuell sind dies:

- Abklärung, Beratung, Koordination CHF 76.90
- Untersuchung und Behandlung CHF 63.00
- Grundpflege CHF 52.60

Die Patienten zahlen höchstens 20% des höchsten dieser Tarife. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Im **Kanton Schaffhausen** schafft das Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPG) die Grundlagen für eine bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Betreuung und Pflege (Langzeitpflege) durch ambulante und stationäre Leistungserbringer. Der Kanton nimmt die Oberaufsicht über die Institutionen der ambulanten und stationären Langzeitpflege wahr. Die benötigten Angebote der Hilfe und Pflege zu Hause werden von den Gemeinden im Rahmen von Versorgungsregionen ermittelt und festgelegt, welche vom Regierungsrat nach Anhörung der Gemeinden definiert werden (Art. 5, Abs. 2).

Finanzierung:

- Kanton und Gemeinden finanzieren die Restkosten der Pflege in den in ihrer Zuständigkeit liegenden Leistungsbereichen und unterstützen die Leistungserbringer mit weiteren Beiträgen, sofern eine kostendeckende Finanzierung über Tarife, Gebühren oder andere Beiträge nicht möglich oder aus Gründen der sozialen Zugänglichkeit nicht erwünscht ist.
- Der Kanton…
    - …erstattet den Gemeinden gem. Art. 12 Abs. 1 AbPG die Hälfte ihrer anrechenbaren Aufwendungen für Altersbetreuung und Pflege (stationär und ambulant).
    - …zahlt Ergänzungsleistungen, soweit sie nicht vom Bund vergütet werden. (Gemeinden leisten keinen Beitrag an die Ergänzungsleistungen.)

5 Zusammenfassung IST-Analyse der sieben Spitex-Regionen

5.1 Allgemeines

Im Rahmen des vorliegenden Projekts wurde eine eingehende vergleichende Analyse der 7 Spitex-Regionen vorgenommen. Die detaillierten Ergebnisse sind im separaten Bericht «IST-

Analyse» vom 04.09.2023 dargestellt. Die wichtigsten Erkenntnisse zu folgenden Themen sind weiter unten beschrieben:

	Kap.	*Thema*	*Seite*
-	5.2	Übersicht Spitex-Regionen	12
-	5.3	Finanzierungsmodell	13
-	5.4	Kunden / Leistungen	14
-	5.5	Aufbauorganisation	16
-	5.6	Personal	17
-	5.7	Finanzen	18
-	5.8	Infrastruktur	20

5.2 Übersicht Spitex-Regionen

Im Jahr 2010 wurde im Kanton Schaffhausen eine grossangelegte Reform in der ambulanten Hilfe und Pflege zuhause durchgeführt. Ziel war es, die vielen zum Teil sehr kleinen Spitex-Organisationen zu grösseren, tragfähigen Einheiten zusammenzuführen. Schlussendlich wurden seinerzeit sieben Spitex-Regionen[1] gebildet (siehe § 17 AbPV, SHR 813.501), wobei Zusammenführungen erst zum Teil erfolgten.

Im Zuge der Bildung der Regionen wurden die hauswirtschaftlichen Mitarbeitenden der Pro Senectute in die Regionen eingegliedert und die hauswirtschaftlichen Leistungen durch die Spitex angeboten.

In der nachstehenden Tabelle 1 sind die sieben Versorgungsregionen mit den jeweiligen Spitexbetrieben mit öffentlichem Leistungsauftrag dargestellt:

Tabelle 1: Eckwerte Spitexbetriebe mit öffentlichem Leistungsauftrag (Stand 1.1.2023)

Öffentliche Spitex	Versorgungsgebiet	Rechtsform	Vertikal integriert [2]	Im Handelsregister
Spitex Region SH	Bargen, Büttenhardt, Dörflingen, Lohn, Merishausen, Schaffhausen, Stetten	Unselbständiger Gemeindebetrieb	ja (Städtische Heime Schaffhausen (3 AZ, 4 Standorte, 383 Pflegeplätze)	n.a.
Spitex Neuhausen	Neuhausen a. Rhf.	Öffentlich-rechtliche Anstalt	ja (Alterszentrum Neuhausen mit 171 Pflegeplätzen)	ja

[1] Ursprünglich waren fünf Versorgungsregionen geplant (Schaffhausen, Neuhausen, Reiat-Stein, Klettgau-Randental und Buchberg-Rüdlingen). Die Region Reiat-Stein wurde anschliessend auf Begehren der fünf Gemeinden aufgeteilt in die Region Thayngen und die Region Bezirk Stein. Die Region Klettgau-Randen wurde geteilt in Klettgau-Randen und in das Unterklettgau-Randental.

[2] d.h. verschiedene Versorgungsstufen in der gleichen Organisation; hier sind Spitex und Pflegeheime zusammen

Öffentliche Spitex	Versorgungsgebiet	Rechtsform	Vertikal integriert [2]	Im Handelsregister
Spitex Thayngen	Thayngen, Barzheim, Bibern, Hofen, Altdorf, Opfertshofen	Unselbständiger Gemeindebetrieb	ja (Seniorenzentrum Im Reiat mit 83 Pflegeplätzen)	n.a.
Spitex Bezirk Stein	Buch, Hemishofen, Ramsen, Stein a.Rh.	Unselbständiger Gemeindebetrieb	ja (Alterszentrum Stein a. R. mit 48 Pflegeplätzen)	n.a.
Spitex Klettgau-Randen	Beringen, Gächlingen, Löhningen, Neunkirch, Siblingen, Trasadingen, Wilchingen, Guntmadingen (Ortsteil von Beringen), Osterfingen (fusioniert mit Wilchingen)	Verein	nein	nein
Spitex SPUR[3]	Hallau, Oberhallau, Schleitheim, Beggingen	Verein	nein	nein
Spitex Buchberg-Rüdlingen	Rüdlingen, Buchberg	Verein	nein	nein

5.3 Finanzierungsmodell

Im Kanton Schaffhausen gibt es keine Normkostenvorgaben für die Leistungen der öffentlichen Spitex und auch keine verbindliche Kostenrechnung, die als Vorgabe diesbezüglich dienen könnte. Auch in den Leistungsvereinbarungen gibt es nur teilweise Vorgaben zur Erstellung einer Kostenrechnung (LV Spitex Klettgau-Randen und Buchberg-Rüdlingen), effektiv erstellt wird eine Kostenrechnung derzeit von der Spitex Region SH und der Spitex Klettgau-Randen.

In allen Spitexregionen erfolgt schlussendlich die Finanzierung der öffentlichen Spitex mittels einer Defizitdeckung.

Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit sind in den Leistungsvereinbarungen entweder mit einem allgemeinen Hinweis abgedeckt oder gar nicht vorhanden. Lediglich in der Vereinbarung der Spitex Klettgau-Randen gibt es für den «nicht KVG-Bereich» konkrete Vorgaben. Sowie teilweise Vorgaben, dass über den Vertrag hinausgehende Leistungen nur angeboten werden dürfen, wenn sie kostendeckend sind oder die Finanzierung anderweitig sichergestellt ist.

[3] Bis zum 31.12.2022 war die Region SPUR eine reine Dachorganisation mit den Vereinen «Spitex Hallau und Umgebung» sowie «Spitex Schleitheim Beggingen». Per 1.1.2023 fusionierten diese Vereine zum Verein SPUR.

5.4 Kunden / Leistungen

5.4.1 Leistungsübersicht und Tarife

Alle öffentlichen SPO bieten KLV- und hauswirtschaftliche Leistungen sowie palliative Grundversorgung an. Spezialisierte Leistungen sowie Betreuung werden nur teilweise selbst erbracht. Die Spitex SH bietet zusätzlich ein «Sicherheitspaket» an (Sicherheitsanrufe), das sehr beliebt ist. Krankenmobilien werden nur beschränkt oder nicht selbst verliehen. Nahezu alle öffentlichen SPO betreiben ein Ambulatorium (Spitex SH in allen Stützpunkten).

Die Vereine gewähren ihren Mitgliedern Vergünstigungen auf hauswirtschaftliche Leistungen, die Spitex Buchberg-Rüdlingen und SPUR auch auf die Patientenbeteiligung.

- Tarif Hauswirtschaft (pro Stunde):
    - Bandbreite Tarife öffentliche Spitex zwischen CHF 28 und CHF 40
    - Spitex Klettgau-Randen, SPUR und Buchberg-Rüdlingen bieten Vergünstigungen für Mitglieder an
    - Spitex Klettgau-Randen hat einen einkommensabhängigen Tarif, Spitex Thayngen erwägt, diesen einzuführen
    - Spitex Klettgau-Randen und Buchberg-Rüdlingen haben in der Leistungsvereinbarung eine vorgegebene Kostendeckung von 50 % für HW-Leistungen

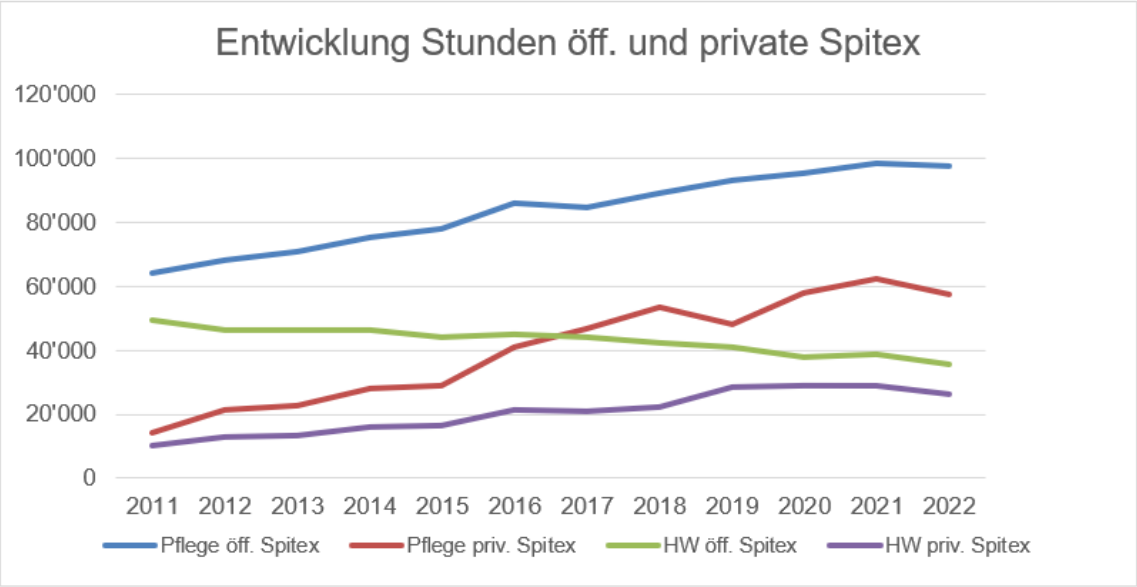
Die SPO Region SH, Neuhausen, Thayngen und Bezirk Stein sind vertikal integriert. Im Bereich der Kernprozesse erfolgt zumeist eine Koordination (siehe Kap. 5.4.3).

5.4.2 Leistungsmengen

Der Kanton Schaffhausen verfolgt schon seit mehreren Jahren das Ziel, dass pflegebedürftige Personen möglichst lange zuhause bleiben können. Die Spitex-Strukturen wurden – insbesondere durch die Spitexreform 2010 – gestärkt und ausgebaut. Die nachstehende Grafik zeigt diese Entwicklung:

- Die KLV-Leistungen der öffentlichen Spitex nahmen von 2011 bis 2021 stark zu, allerdings weniger stark als die KLV-Leistungen der privaten Spitexbetriebe. Im Jahr 2022 nahmen die Leistungen gegenüber dem Vorjahr ab, jedoch bei der öffentlichen Spitex weniger stark als bei den privaten Spitexbetrieben.
- Die hauswirtschaftlichen Leistungen der öffentlichen Spitex haben seit 2011 wesentlich abgenommen, im Gegenzug stiegen die hauswirtschaftlichen Leistungen der privaten Spitexbetriebe. Im 2022 waren die Leistungsmengen gegenüber dem Vorjahr rückläufig (bei den privaten und öffentlichen Spitexbetrieben im gleichen Verhältnis).

Abbildung 1: Entwicklung ambulante KLV- und HWL-Stunden Kanton SH 2011 – 2022

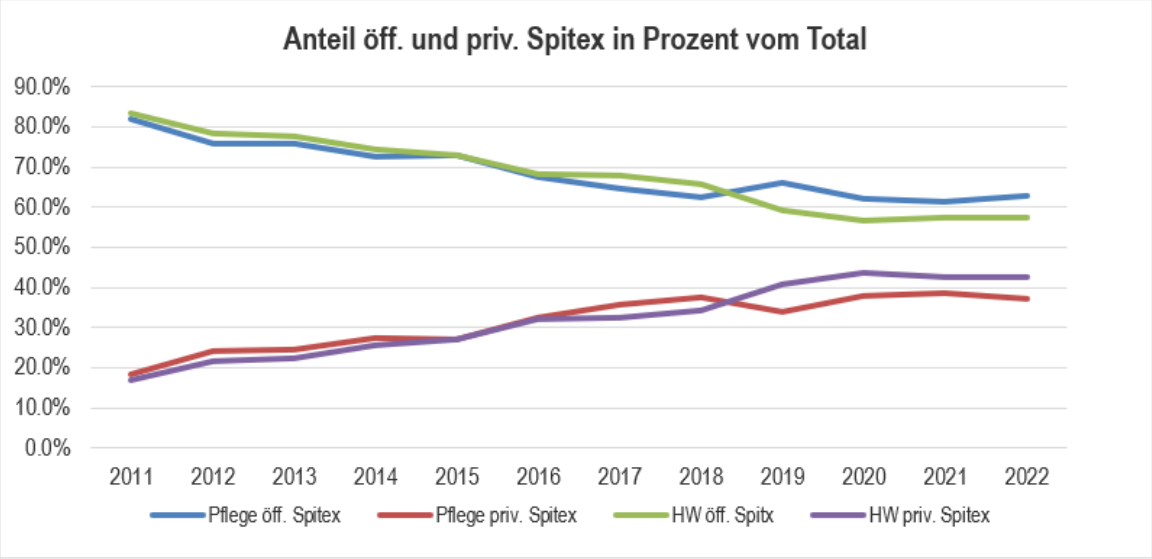


Quelle: Kanton SH, BfS-Daten SH 2011-2022 [109-02_0601_2022-2017 Mehrjahrvergl. BfS Daten SH_2023 07 12 ESCA.xls]Std.Entwiclung SH 2011-2022

Bei den öffentlichen SPO beträgt der Anteil der KLV-Stunden rund 70 % an den Gesamtstunden. Die Verteilung der Stunden auf die Regionen ist über die letzten Jahre konstant geblieben.

Der Marktanteil der öffentlichen Spitex hat von 2011 von über 80 % auf rund 63 % (Stand 2022) abgenommen. Im Gegenzug stieg der Marktanteil der privaten Spitexbetriebe von unter 20 % auf nunmehr rund 37 % an.

Abbildung 2: Anteile öffentliche und private Spitex 2011 – 2022



Quelle: Kanton SH, BfS-Daten SH 2011-2022 [109-02_0601_2022-2017 Mehrjahrvergl. BfS Daten SH_2023 07 12 ESCA.xls]Std.Entwiclung SH 2011-2022

5.4.3 Zusammenarbeit Spitex und APH

Von den öffentlichen Spitexbetrieben sind derzeit die Spitex Region SH, Neuhausen, Thayngen und Bezirk Stein vertikal integriert, d.h. Spitex und APH sind in der gleichen Organisation (siehe auch Kap. 7.1.4, Seite 32). Die Zusammenarbeit im Sinne einer integrierten Versorgung ist dabei unterschiedlich weit entwickelt:

- Spitex Region SH:
    - Infrastruktur und Präsenz: Alle Spitexstützpunkte sind in APH in der Stadt angesiedelt
    - Beratung: Die Koordinationsstelle Alter (KOS) ist offizielle Auskunfts- und Beratungsstelle der Stadt Schaffhausen für alle Fragen rund ums Thema Alter. Sie koordiniert Bettenanfragen von Spitälern und Rehazentren und prüft Eintritte von zuhause ins APH (letztere laufen ausschliesslich über die KOS)
    - Austritte aus APH werden mit dem zuständigen Spitex-Team koordiniert
    - Fallbesprechungen: Monatlich zwischen der KOS und der Spitex Region SH und bei Bedarf mit APH
    - Supportbereiche: Gemeinsame Administration / Rechnungs- und Personalwesen sowie Qualitätsmanagement und Bildung
- Spitex Neuhausen
    - Beratung: Keine übergreifende Koordinations- und Beratungsstelle
    - Fallbesprechungen: Wöchentliche Sitzung Spitex und Pflegedienstleitung APH
    - Zusammenarbeit in Supportbereichen
- Spitex Thayngen und Spitex Bezirk Stein:
    - Keine systematische Zusammenarbeit im Kundenleistungsbereich
    - Teilweise Kooperation in Supportbereichen

Eine integrierte ICT-Plattform mit gemeinsamem elektronischem Pflegedossier gibt es (noch) in keinem dieser vier Betriebe.

5.5 Aufbauorganisation

Zusammensetzung **Strategische Führungsebene** (SFE)

- Spitex Region SH: Stadtrat
- Spitex Neuhausen: Verwaltungskommission
- Spitex Thayngen: Kommission für Gesundheit und Alter
- Spitex Bezirk Stein: Aufsichtskommission Spitex Bezirk Stein
- Spitex Klettgau-Randen, SPUR und Buchberg-Rüdlingen: Vorstand Verein
- Spitexverband: Vorstand

In der Regel haben die Mitglieder der strategischen Führungsebene keine definierten spezifische Anforderungsprofile, mit Ausnahme der Spitex Neuhausen.

Die Entschädigung der Mitglieder der SFE reicht von CHF 0 (d.h. ehrenamtlich) und CHF 6'000 Jahrespauschale fürs Präsidium und bis zu CHF 2'500 für Mitglieder der SFE. Die Sitzungsgelder reichen von CHF 60 bis CHF 150.

Operative Führung: Die Spitexorganisationen sind mehrheitlich funktional organisiert, entweder mit Pflege und Hauswirtschaft als separate Bereiche oder zusammengeführt. Lediglich bei der Spitex Region SH sowie bei der SPUR gibt es eine geographische Gliederung nach Gebieten.

5.6 Personal

5.6.1 Ressourcen und Produktivität

Die Spitexbetriebe mit öffentlichem Leistungsauftrag beschäftigen auf rund 142 Vollzeitstellen 376 Mitarbeitende. Die Anzahl Vollzeitäquivalente variierte von 2019 bis 2021 nur geringfügig, im 2022 erhöhte sie sich um 4 %. Die öffentlichen Spitexbetriebe haben alle einen gemeinsamen Vertrag zum gegenseitigen Personalverleih unterschrieben. Dieser kommt aber bislang nur selten zur Anwendung.

Um die Ressourcen ins Verhältnis zur Leistung zu setzen, haben wir die verrechneten Stunden ins Verhältnis zu den Stunden gemäss Anzahl Vollzeitäquivalente gesetzt. Im Schnitt lag die daraus berechnete Produktivität bei der öffentlichen Spitex bei rund 50 % (Stand 2022).

Die Produktivität der Spitex Region SH und Bezirk Stein sind bei rund 45 bzw. 47 %. Die Spitex SPUR und Neuhausen haben die höchsten Werte bei der Produktivität. Die Produktivitätskennzahlen sind jedoch nur bedingt untereinander – ohne weitergehende Analyse – vergleichbar: Zum einen gibt es Leistungen von Mitarbeitenden der Gemeinde oder des APH, die für die Spitex erbracht werden aber bei der Darstellung der Vollzeitäquivalente in der SOMED allenfalls nicht einfliessen, zum anderen werden je nach Spitexbetrieb nur teilweise verrechenbare Leistungen oder kostenlose Dienstleistungen erbracht. Zu erwähnen sind hier beispielsweise die Betreuungsstunden der Spitex Stein, die über die Windler-Stiftung finanziert werden oder die Koordinationsstelle Alter, die von der Spitex Region SH betrieben wird. Ebenso bietet die Spitex Region SH je nach Arbeitsgebiet auch für die öffentlichen Spitexbetriebe in den anderen Regionen Hilfestellungen im Bereich Qualitätsmanagement, Pflegeexpertin, Ausbildungsverantwortliche usw. Zudem wirken sich unterschiedliche Anstellungsbedingungen in den Regionen wie Ferien, bezahlte Absenzen sowie bezahlte Weiterbildung auf die Vergleichbarkeit der Produktivität aus.

Tabelle 2: Produktivitätskennzahlen öffentliche Spitex 2019 – 2022

	2019			2020			2021			2022		
Öffentliche Spitex	**Stunden**	**VZÄ**	**Prod.***	**Stunden**	**VZÄ**	**Prod.***	**Stunden**	**VZÄ**	**Prod.***	**Stunden**	**VZÄ**	**Prod.***
Spitex Region SH	56'335	67.26	45.3%	54'852	65.69	45.2%	57'558	65.11	47.8%	55'536	66.7	45.1%
Spitex Neuhausen	20282	16.69	65.8%	20535	17.12	64.9%	20285	16.73	65.6%	19'276	17.57	59.4%
Spitex Thayngen	11422	10.25	60.3%	10337	10.47	53.4%	10688	10.45	55.3%	10'750	11.03	52.7%
Spitex Bezirk Stein	7792	8.20	51.4%	9059	9.50	51.6%	9473	10.60	48.4%	9'409	10.79	47.2%
Spitex Klettgau-Randen	23731	21.04	61.0%	23395	22.16	57.1%	26107	23.76	59.5%	24'489	26.13	50.7%
Spitex SPUR	11776	8.92	71.4%	11523	8.32	74.9%	10351	7.84	71.4%	11'206	7.86	77.1%
Spitex Buchberg-Rüdlingen	2863	2.16	71.7%	3441	2.89	64.4%	3160	2.45	69.8%	2'372	2.39	53.7%
Total Grundversg.mit LA	**134201**	**134.52**	**54.0%**	**133142**	**136.15**	**52.9%**	**137622**	**136.94**	**54.4%**	**133'038**	**142.47**	**50.5%**

Quelle: Kanton SH (Daten Spitex für Verwaltungsbericht), eigene Darstellung

[109-02_0601_Daten_2023 07 14 ESCA RW.xlsx]Produktivität_öffentl. Spitex

5.6.2 Personalregulierung

Die Gegenüberstellung der wesentlichen Eckdaten der Anstellungsverhältnisse zeigt folgendes:

- Die Anzahl Feiertage, Anzahl Wochenstunden und grosso modo die Kündigungsfristen sind bei allen öffentlichen Spitexbetrieben einheitlich geregelt.
- Rund 70 % der gesamten Mitarbeitenden der Versorgungsregionen haben beim BVG identische Bedingungen, nämlich alle die, die als Versicherer die Pensionskasse Schaffhausen haben (rund 70 % der gesamten Mitarbeitenden der Versorgungsregionen), identische Bedingungen. Die anderen Spitexbetriebe weichen bezüglich BVG unterschiedlich stark davon ab.
- Rund 50 % der gesamten Mitarbeitenden der Versorgungsregionen sind bei der Spitex Region SH beschäftigt und hat somit identische Anstellungsbedingungen. Für die andere Hälfte der Mitarbeitenden gibt es bei den weiteren Eckwerten wie Anzahl Ferientage, Dienstaltersgeschenke und Lohnfortzahlungen grosse Abweichungen.

5.7 Finanzen

5.7.1 Eigenwirtschaftlichkeit und Anteil öffentliche Hand

Der Ertragsanteil aus der Klientenbeteiligung, den Krankenkassenanteil sowie aus hauswirtschaftlichen Leistungen beläuft sich in der öffentlichen Spitex auf durchschnittlich rund 52 % (Stand 2022), der Eigenwirtschaftsanteil beläuft sich auf knapp 55 %. Die Bandbreite reicht von 45 % (Spitexregion SH) bis zu knapp 70 %.

Tabelle 3: Anteil Eigenwirtschaftlichkeit 2019 – 2022

Öffentliche Spitex	2019			2020			2021			2022		
	Eigenwirtschaftl.	*davon PF/HW*	*davon Sonst.*	Eigenwirtschaftl.	*davon PF/HW*	*davon Sonst.*	Eigenwirtschaftl.	*davon PF/HW*	*davon Sonst.*	Eigenwirtschaftl.	*davon PF/HW*	*davon Sonst.*
Spitex Region SH	49.9%	*49.8%*	*0.1%*	47.3%	*46.9%*	*0.4%*	48.4%	*48.0%*	*0.4%*	45.3%	*45.0%*	*0.3%*
Spitex Neuhausen	74.6%	*74.2%*	*0.4%*	74.6%	*74.2%*	*0.4%*	74.4%	*74.0%*	*0.4%*	70.2%	*69.6%*	*0.6%*
Spitex Thayngen	65.7%	*64.7%*	*0.9%*	60.5%	*59.4%*	*1.0%*	65.5%	*64.5%*	*1.1%*	63.6%	*61.7%*	*1.9%*
Spitex Bezirk Stein	70.7%	*70.0%*	*0.7%*	67.8%	*67.5%*	*0.3%*	57.4%	*56.9%*	*0.4%*	58.9%	*57.9%*	*1.0%*
Spitex Klettgau-Randen	68.1%	*65.7%*	*2.4%*	63.6%	*61.3%*	*2.2%*	66.7%	*63.8%*	*2.9%*	59.0%	*55.5%*	*3.4%*
Spitex SPUR	78.5%	*70.3%*	*8.2%*	79.3%	*73.4%*	*5.8%*	72.8%	*62.5%*	*10.4%*	63.1%	*58.5%*	*4.6%*
Spitex Buchberg-Rüdlingen	77.9%	*63.8%*	*14.1%*	73.3%	*60.9%*	*12.4%*	73.1%	*61.0%*	*12.1%*	68.0%	*52.6%*	*15.4%*
Total Grundversg.mit LA	**60.6%**	***59.2%***	***1.4%***	**58.3%**	***56.8%***	***1.4%***	**58.5%**	***56.6%***	***1.8%***	**54.4%**	***52.8%***	***1.6%***

Quelle: Kanton SH (Daten SOMED Spitex END)

[109-02_0601_Daten_2023 07 14 ESCA RW.xlsx]Anteile Ertrag

5.7.2 Erfolgsrechnung

Tabelle 4: Erfolgsrechnungen 2022 öffentliche Spitex

Erfolgsrechnung öffentliche Spitex in CHF	2022 Region SH	2022 Neuhausen	2022 Thayngen	2022 Bezirk Stein	2022 Klettgau-Randen	2022 SPUR	2022 Buchberg	2022 TOTAL
ERTRAG								
Nettoerlös aus KLV-Pflegeleistungen	3'082'303	1'150'866	615'941	591'725	1'358'339	625'407	145'281	7'569'861
Nettoerlös aus Hauswirtschaft und Betreuung	527'275	194'974	109'444	59'022	239'943	57'194	11'817	1'199'670
Nettoerlöse aus übrigen Leistungen	11'093	11'989		10'570	86'022	26'166	8'619	154'459
Beiträge der öffentlichen Hand	4'429'985	584'156	428'326	461'857	1'180'525	463'569	89'800	7'638'218
Übrige betriebliche Beiträge inkl. erhaltene Zuwendg.en	15'569	9'523	22'688	99'206	87'251	51'980	43'471	329'687
TOTAL ERTRAG AUS L & L	**8'066'224**	**1'951'508**	**1'176'398**	**1'222'381**	**2'952'079**	**1'224'316**	**298'987**	**16'891'895**
BETRIEBSAUFWAND								
Besoldungen	6'038'929	1'370'232	807'570	811'388	2'074'519	734'580	194'504	12'031'722
Sozialleistungen	938'178	294'949	209'273	173'090	335'303	93'187	43'177	2'087'158
Arbeitsleistungen Dritter	165'114	54'692	-	-	0	-	-	219'806
Personalnebenaufwand	98'363		3'364	42'295	73'916	27'777	11'066	256'780
Total Personalaufwand	7'240'584	1'719'872	1'020'207	1'026'773	2'483'738	855'544	248'747	14'595'466
Medizinischer Bedarf	46'323	17'130	23'481	15'709	71'294	27'748	9'643	211'327
Aufwand für Mahlzeitendienst				50'039	35'625	28'782	-	114'446
Fahrzeug- und Transportaufwand	32'997			28'836	69'759	16'881	3'841	152'315
Unterhalt / Reparaturen	76'513	10'347	22'062	1'585	6'890		199	117'597
Aufwand für Anlagennutzung	55'993	3'134	6'951				546	66'624
Energie u. Wasser (inkl. Raumwaufwand)	227'860	-1'123	39'299	15'600	63'107	30'733	9'196	384'673
Büro- und Verwaltungsaufwand	356'331	178'122	37'104	46'639	172'336	121'153	21'383	933'068
Sachversicherungen, Abgaben, Gebühren		9'697	3'374	282	8'457	9'492	2'315	33'617
übriger Sachaufwand	29'623	4'513	24'030	396	1'870	9'002	3'541	72'974
Total Sachaufwand	825'640	221'820	156'302	159'087	429'337	243'791	50'664	2'086'641
Total Betriebsaufwand	**8'066'224**	**1'941'692**	**1'176'509**	**1'185'860**	**2'913'075**	**1'099'335**	**299'412**	**16'682'107**
EBITDA	**0**	**9'816**	**-111**	**36'522**	**39'004**	**124'981**	**-424**	**209'788**
Abschreibungen		9'046			28'077	16'588		53'711
EBIT	**0**	**770**	**-111**	**36'522**	**10'928**	**108'393**	**-424**	**156'077**
Finanzaufwand		986		460	47			1492.92
Finanzertrag		218	111		2	200	469	999
EBT	**0**	**0**	**0**	**36'062**	**10'882**	**108'593**	**45**	**155'583**
Betriebsfremder Aufwand								-
Betriebsfremder Ertrag				182				182
Ausserordentlicher Aufwand				36'244	87'419			123'663
Ausserordentlicher Ertrag					91'104			91'104
JAHRESERGEBNIS (+ Gewinn / - Verlust)	**0**	**0**	**0**	**-0**	**14'567**	**108'593**	**45**	**123'205**

[109-02_0601_Bil+ER_Regionen V0.1_2023 01 08 ESCA.xlsx]ER 2022

5.7.3 Kostenrechnung

Im Kanton Schaffhausen gibt es keine verbindliche Kostenrechnung für die Spitexorganisationen. Eine Kostenrechnung wird lediglich von der Spitex Region SH und Klettgau-Randen erstellt.

Das neue Finanzmanual der Spitex Schweiz wurde von allen öffentlichen Spitex bis auf Thayngen und Buchberg-Rüdlingen umgesetzt. Thayngen arbeitet derzeit an der Umsetzung.

5.7.4 Fazit Finanzen

Da im Kanton SH keine verbindliche Kostenrechnung für die Spitexbetriebe existiert, sind Vergleichskennzahlen differenziert zu betrachten. Die Basis für allfällige Zahlenauswertungen aus der Finanzbuchhaltung wäre nicht identisch, da beispielsweise «Gratisleistungen» für Klienten nicht ausgeschieden sind (beispielsweise Koordinationsstelle Alter in der Spitex Region SH). Ebenso ist die Verrechnung der Gemeindeleistungen für die unselbständigen Spitexbetriebe sehr unterschiedlich: Die Gemeinde Thayngen verrechnet beispielsweise für die Leistungen der Zentralverwaltung pauschal pro Jahr CHF 15'400, die Verrechnungen der Stadt SH an die Spitex belaufen sich auf TCHF 853 (Lohnaufwand Zentrale Dienste, Reinigung, Kosten Stadtverwaltung), Neuhausen verrechnet pauschal TCHF 80 CHF (Miete, Leistungen für Geschäftsführung und Administration des AZ für die Spitex).

5.8 Infrastruktur

- **ICT**: Die öffentlichen Spitexbetriebe werden von unterschiedlichen IT-Partnern betreut. Lediglich die Spitex Region SH und Neuhausen werden vom KSD betreut. Als ERP haben drei Regionen (Klettgau-Randen, SPUR und Buchberg-Rüdlingen) Abacus sowie zwei Regionen (Neuhausen und Bezirk Stein) Lobos im Einsatz. Als Fachapplikation für Spitexleistungen ist bei allen Betrieben Perigon mit der Root Service AG als Anbieter im Einsatz.
- **Räumlichkeiten**: Gesamt nutzen die öffentlichen Spitexbetriebe 1‘722 m^2 an Räumlichkeiten. Der Mietpreis pro m^2 inkl. Nebenkosten bewegt sich in einer Bandbreite von CHF 107 bis CHF 290.

6 Marktübersicht

6.1 Megatrends

6.1.1 Polit-ökonomische Trends

- **Subjektfinanzierung**: Bis zum neuen Finanzausgleich (NFA) 2006 und zur neuen Pflegefinanzierung 2011 gab es zahlreiche objekt- oder betriebsorientierte Finanzierung bzw. Subventionierung. Der Trend geht jedoch klar Richtung Subjektfinanzierung, d.h. am Bedarf des Subjekts angepasste Finanzierung. Es kann direkte und indirekte Subjektfinanzierung unterschieden werden: Die direkte Subjektfinanzierung beabsichtigt direkte Zahlung gemäss Normkosten an den Leistungsempfänger und dieser kauft die Leistungen damit ein. Die indirekte Subjektfinanzierung richtet leistungsbezogen Abgeltungen aus (also z.B. keine Defizitdeckung bei Spitex, sondern vereinbarte Preise für erbrachte Stunden; oder z.B. keine Investitionsbeiträge für Pflegeheime).

- **Ausschreibungen Spitexleistungen**: Aus dem Wettbewerbsrecht und nicht zuletzt aus dem Prinzip der Subjektfinanzierung heraus rückt die Frage nach Ausschreibung von Spitex-Leistungsvereinbarungen zusehends stärker in den Fokus. Einzelne Kantone gehen dazu über, Gemeinden zu Ausschreibungen aufzufordern. Diese Entwicklung dürfte kaum mehr rückgängig zu machen sein. Das Berufen auf Gemeinnützigkeit und Tradition wird in

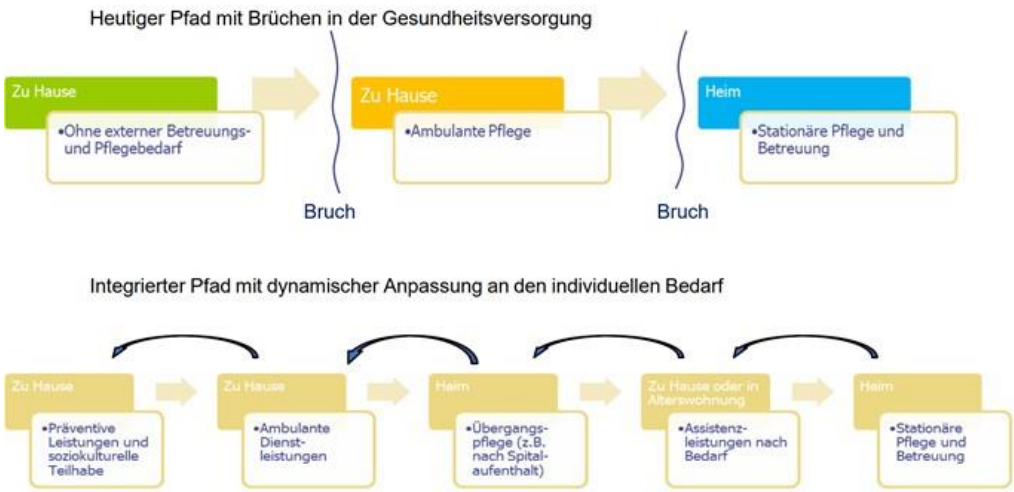
Zukunft an Bedeutung verlieren, zumal der Ruf nach mehr Transparenz zu Kosten gemeinwirtschaftlicher Leistungen lauter wird. Marktvorteile in Effizienz (Preis-/Leistungsverhältnis) und innovative, nutzenbringende neue Leistungsbereiche werden immer wichtiger.

- **Ergänzungsleistungen für Betreutes Wohnen**: Der Bundesrat will die Autonomie älterer Menschen und das Wohnen im eigenen Zuhause oder in einer institutionalisierten betreuten Wohnform fördern, um vorzeitige Heimeintritte aus finanziellen Gründen verhindern. Neu sollen Ergänzungsleistungen zur AHV auch für die Betreuung möglich sein, konkret für Haushaltshilfe, Mahlzeiten-, Fahr-, Begleitdienste und Notrufsysteme. Die Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes läuft bis 23. Oktober 2023.

- Mit der **«Einheitlichen Finanzierung Ambulant-Stationär»** (EFAS) sollen Fehlanreize zugunsten stationärer Leistungen eliminiert werden, sodass durch die einheitliche Finanzierung auch die Flexibilität im Übergang von ambulanten zu stationären Pflegeleistungen deutlich zunehmen wird. Das wird auch den Betrieb von Tages- und Nachtstrukturen erleichtern und generell die Übergänge ambulant – stationär vereinfachen.

- **Integrierte Versorgung:** Integrierte Versorgung heisst Vernetzung in der Gesundheitsversorgung[4]. Ausführlicher ist die Erklärung des Schweizerischen Gemeindeverbands: «Unter Integrierter Versorgung werden Massnahmen und Prozesse verstanden, die zu einer besseren interprofessionellen Vernetzung und Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen beitragen und die Behandlung und Betreuung von Patienten über den ganzen Behandlungspfad optimal koordinieren.»

Abbildung 3: Kundenpfad in der Gesundheitsversorgung (vereinfacht dargestellt)



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

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

«Im Zentrum integrierter Versorgungsmodelle stehen der konkrete Bedarf, der Patienten- bzw. Kundennutzen sowie diejenigen Fachpersonen, welche die nachgefragte Leistung am effizientesten erbringen können. Interprofessionelle, patientenbezogene Ansätze erlauben es, zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort die geeignete fachliche Unterstützung (medizinisch, pharmazeutisch, therapeutisch, pflegerisch und/oder sozial) beizuziehen, um die Qualität der Behandlung über die ganze Versorgungs- bzw. Behandlungskette hinweg zu verbessern. Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung.» (Schweizerischer Gemeindeverband, 2019[5]).

Abbildung 4: Der Mensch im Zentrum der integrierten Versorgung

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

Seit den 90er Jahren wurden in der Schweiz diverse integrierte Versorgungsinitiativen implementiert. Beispiele im Langzeitbereich: Stiftung RaJoVita in Rapperswil-Jona (https://www.rajovita.ch/de/), die Thurvita AG in Wil SG (https://thurvita.ch/) oder das laufende Projekt der Stadt Luzern (Stadtrat Luzern, 2021). Im Kern geht es um die Integration ambulanter und stationärer Angebote, zunehmend ergänzt um Beratung / Begleitung, Wohnen, Akutmedizin usw.
Die Bedeutung integrierter Versorgung wurde auf verschiedenen Ebenen erkannt und wird auch vom Bund (Bundesamt für Gesundheit, 2022) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK, 2022) unterstützt.

Mögliche Umsetzung integrierter Versorgung im Langzeitbereich vgl. Kap. 7.1.4.

- **Vertikale Integration**: Die Zusammenführung verschiedener Versorgungsstufen wie z.B. Spitex, APH, Betreutes Wohnen u.a.m. bildet eine wichtige Plattform zur Umsetzung integrierter Versorgung, da Organisationsgrenzen stark reduziert werden. In der Versorgungs-

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

landschaft ist der Trend zu zunehmender vertikaler Integration über den ganzen Versorgungspfad zu beobachten. Damit kann der Kundennutzen durch differenzierte und / oder innovative Leistungsangebote erhöht werden. Der Trend hat auch Auswirkungen auf die Verbände in der Langzeitpflege, schon heute arbeiten Curaviva (bzw. Artiset) und Spitex national und kantonal immer enger zusammen.

- **Fachkräftemangel**: Der allgemein bekannte Fachpersonalmangel im Gesundheitswesen hat verschiedene Ursachen. Wichtige Faktoren ergeben sich aus der demografischen Entwicklung: Markante Erhöhung der Lebenserwartung seit den 1960er Jahren in allen europäischen Ländern, verbunden mit einem starken Rückgang der Geburtenrate. Hochentwickelte Länder sind damit mit einer «doppelten demografischen Alterung» konfrontiert: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen als Folge eines langfristigen Geburtenrückgangs. Andererseits steigen Zahl und Anteil älterer Menschen auch aufgrund einer erhöhten Lebenserwartung pensionierter Menschen an (Höpflinger, 2022).

- **Pflegende Angehörige**: Angehörige sind bei der Pflege und Betreuung systemrelevant. Die Kinderanzahl sinkt, nur ein Fünftel der Familien hat heutzutage mehr als 2 Kinder. Ebenso ist ein Fünftel der heutigen Frauen zwischen 50 und 59 Jahren kinderlos und kann daher im Rentenalter nicht auf die Unterstützung durch eigene Kinder zurückgreifen. Ebenso stehen Ressourcen der Angehörigen durch die steigende Erwerbstätigkeit der Frauen aber auch durch die zunehmend räumliche Trennung der Familienmitglieder zunehmend weniger für Unterstützungsleistungen im Alter zur Verfügung (Knöpfel, Pardini, & Heinzmann, 2018, S. 22-28).

  Die Arbeit von pflegenden Angehörigen ist meist informell und unbezahlt. Dies führt bei den pflegenden Angehörigen oft zu Auswirkungen auf den laufenden Erwerb aber auch auf die soziale Absicherung im Rentenalter.

  Mit dem Erwerbsmodell werden pflegende Angehörige in Spitex-Betrieben angestellt, die Grundpflege gemäss Art. 7 KLV erbringen, also beispielsweise Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen, Betten, Lagern.

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

6.1.2 Medizinisch-technologische Trends

Der Zugewinn an Lebenserwartung wirkt sich in einer Zunahme an Jahren, die in guter Gesundheit verbracht werden, aus. Die Jahre mit Pflegebedürftigkeit bleiben gemäss «Healthy Aging» unverändert, verschieben sich aber im Schnitt in ein höheres Lebensalter (vgl. Trage-

ser, Gschwend, von Stokar, 2019, S. 46). Technologische Entwicklungen und Mittel, die auf die Unterstützung von älteren Menschen ausgerichtet sind, unterstützen den Trend für ein langes Leben in gewohnter Umgebung und dämpfen die Nachfrage nach stationären Leistungen in der Alterspflege.

- «Smart Home» dient bei Betagten primär dem Schutz vor Unfällen, Gefahren oder Einbrüchen und fördert ein möglichst langes Leben in der eigenen Wohnumgebung. «Smart Home» kann bestimmte betreuerische Handlungen (teilweise) ersetzen und Betreuungsansprüche verzögern (Knöpfel, Pardini, & Heinzmann, 2018, S. 191).
- Bei «Ambient Assisted Living» (AAL) werden bei Abweichung von Alltagsritualen z.B. infolge von Stürzen durch Telemonitoring und Telemedizin reagiert werden. AAL übernimmt Aufgaben, die bislang von Pflegefachpersonen und / oder Angehörigen wahrgenommen wurden. Am meisten Zuspruch finden technische Hilfsmittel, die auf gefährliche Situationen hinweisen bzw. davor schützen und in Notfällen Hilfe alarmieren (Knöpfel, Pardini, & Heinzmann, 2018, S. 192 ff).
- Unterstützende Massnahmen der Pflegenden durch z.B. roboterunterstützte Möglichkeiten.

6.1.3 Bedürfniswandel ältere Bevölkerung

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

Das hohe Eintrittsalter verkürzt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, diese beträgt derzeit 2.5 Jahre. Durch den Ausbau ambulanter Strukturen wird sich das Eintrittsalter weiter erhöhen und die Aufenthaltsdauer sich entsprechend verkürzen. Neben diesen Gesundheitsfaktoren fördern auch in Zukunft gesellschaftliche und soziale Gründe (z.B. Vereinsamung, Sicherheitsbedürfnisse) allfällige Wünsche nach einem Eintritt in ein Pflegeheim.

Die geburtenstarke Generation der Babyboomer mit den Jahrgängen 1943 bis 1963 prägt die jüngere Generation der Pensionierten. Diese befinden sich in einer aktiven Lebensphase und unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von ihren Eltern: Die heute 60- bis Anfang 70-jährigen wurden in den 1968er-Jahren sozialisiert. Frauen sind deutlich besser gebildet als ihre Mütter, waren meist Teilzeit erwerbstätig und haben eine eigene Vorsorge. Männer dieser Generation holen mit einer besseren Gesundheit als ihre Väter mit der Lebenserwartung zu den Frauen auf. Die Lebensstile haben sich stark individualisiert, Trennungen und neue Partnerschaften gehören auch zum Älterwerden (in der Generation der Babyboomer ist bereits mehr jede zehnte Ehe geschieden, Anteil steigend) und in Bezug auf ihre Wohnsituation sind die Babyboomer im Vergleich zu ihren Eltern ebenfalls mobiler. Die pensionierten Babyboomer befinden sich heute oft in der ungewöhnlichen Situation, dass sie sich in derselben Lebensphase wie ihre Eltern befinden.

Wohnungsangebote müssen deshalb zwischen Bedürfnissen der jüngeren und älteren Pensionierten unterscheiden (Zimmerli, 2016. S. 15f). Generell wird das Alter zunehmend als ge-

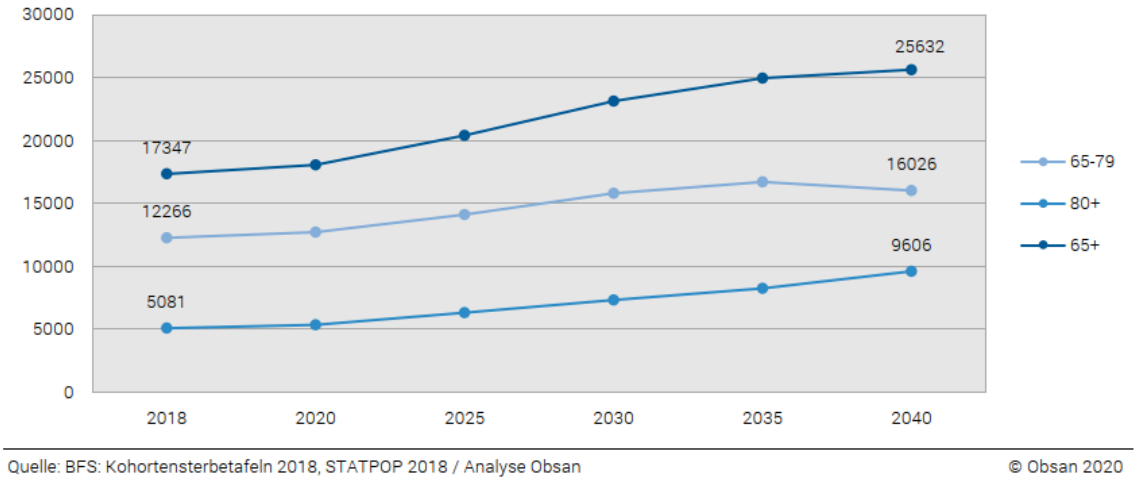
staltbar betrachtet und nicht mehr passiv akzeptiert (vgl. Höpflinger, 2020, S. 7). Selbstbestimmung in Bezug auf Wohnen aber auch Pflege und Betreuung ist insbesondere bei den Babyboomern zentral. Die Babyboomer werden denn auch die Zukunft der Pflege massgeblich gestalten.

6.2 Marktentwicklung / Zukunft des Angebots

6.2.1 Demographische Entwicklung Kanton Schaffhausen

Die Planung durch das Obsan im Jahr 2020 (Obsan, 2020) hat für den Kanton Schaffhausen bis 2040 eine Zunahme der Altersgruppe 65+ um 47.8 % und der Altersgruppe 80+ sogar um 89.1 % prognostiziert. Nach 2040 sinkt der Anteil der 65- bis 79-Jährigen, die Gruppe der Hochaltrigen wächst auch nach 2040 stark.

Abbildung 5: Entwicklung Bevölkerung 65+, Kanton Schaffhausen (Obsan, 2020)



6.2.2 Entwicklung Bedarf Langzeitpflege Kanton Schaffhausen

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die ältere Bevölkerung, welche Spitexleistungen in Anspruch nimmt, in den nächsten rund 20 Jahren deutlich zunehmen, d.h. das Mengengerüst nimmt kontinuierlich zu.

Die Anzahl mittel- bis schwer pflegebedürftiger Personen 65+ wird um 47.7 % zunehmen, bei 80+ sogar um 66.9 %, auch hier hält das starke Wachstum über 2040 hinaus an.

Nach Regionen betrachtet gibt es – analog zum Bevölkerungswachstum 65+ – im Klettgau und Buchberg-Rüdlingen ein starkes, in der Region Neuhausen ein vergleichsweise geringeres Wachstum.

Tabelle 5: Prognostizierte Zahl pflegebedürftige Menschen 65+ Kanton SH

		2018		2020		2025		2030		2035		2040	
		Schätzung	Index	Schätzung	Index	Schätzung	Index	Schätzung	Index	Schätzung	Index	Schätzung	Index
Stadt Schaffhausen plus	65-79	189	*100*	187	*99*	184	*98*	186	*98*	195	*103*	194	*103*
	80+	452	*100*	459	*102*	478	*106*	548	*121*	624	*138*	702	*155*
	65+	640	*100*	646	*101*	662	*103*	734	*115*	819	*128*	896	*140*
Neuhausen	65-79	48	*100*	47	*98*	45	*92*	44	*91*	46	*95*	45	*93*
	80+	119	*100*	122	*103*	130	*110*	146	*123*	161	*136*	172	*145*
	65+	167	*100*	169	*101*	174	*105*	189	*114*	207	*124*	217	*130*
Thayngen und Stein	65-79	54	*100*	54	*100*	54	*99*	55	*101*	62	*115*	60	*111*
	80+	116	*100*	121	*104*	134	*115*	157	*135*	177	*152*	202	*174*
	65+	170	*100*	175	*103*	187	*110*	212	*124*	239	*140*	262	*154*
Klettgau	65-79	79	*100*	81	*102*	86	*109*	85	*108*	89	*112*	87	*110*
	80+	153	*100*	160	*104*	177	*116*	222	*145*	266	*173*	314	*205*
	65+	232	*100*	241	*104*	263	*113*	307	*132*	354	*153*	401	*173*
Buchberg-Rüdlingen	65-79	9	*100*	9	*101*	9	*102*	8	*98*	9	*104*	9	*103*
	80+	12	*100*	13	*107*	15	*126*	21	*174*	27	*222*	32	*261*
	65+	21	*100*	22	*104*	24	*116*	30	*143*	36	*173*	41	*196*
Total Kanton SH	65-79	379	*100*	378	*100*	377	*99*	378	*100*	401	*106*	394	*104*
	80+	852	*100*	874	*103*	934	*110*	1094	*128*	1254	*147*	1422	*167*
	65+	1230	*100*	1253	*102*	1311	*107*	1472	*120*	1655	*135*	1817	*148*

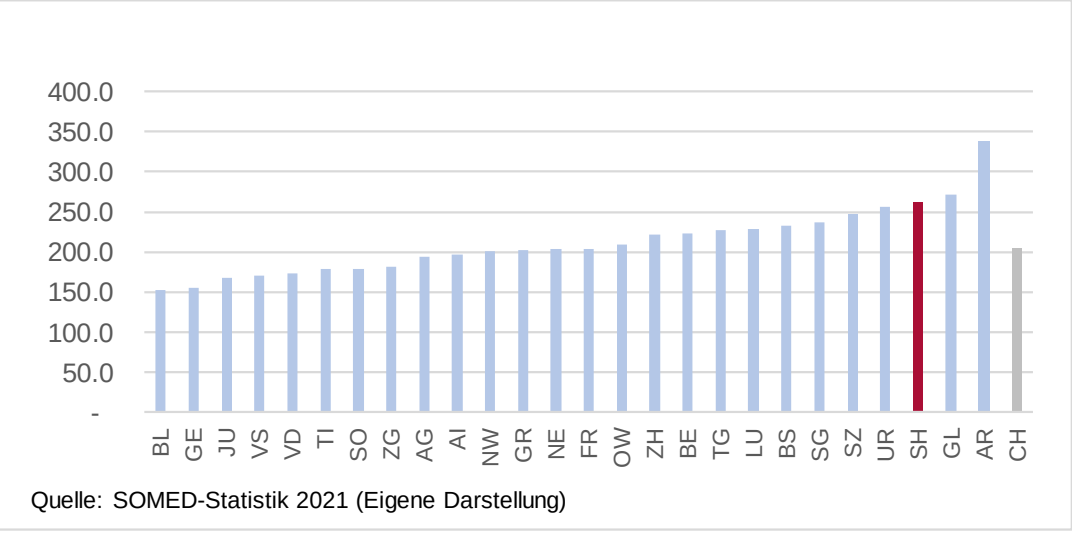
Lang- und Kurzzeitaufenthalte

Quelle: BFS: SOMED 2018, SGB 2012/2017, Kohortensterbetafeln 2018, STATPOP 2018 / Analyse Obsan © Obsan 2020

6.2.3 Angebot bzw. Inanspruchnahme Leistungen

Im interkantonalen Bereich hat Schaffhausen Stand 2020 die dritthöchste Rate an Pflegeheimplätzen pro 1'000 Einwohner 80+, trotzdem die Betten in den letzten Jahren reduziert wurden.

Abbildung 6: Anzahl Pflegeheimplätze pro 1'000 Einwohner 80+ (Stand 2021)



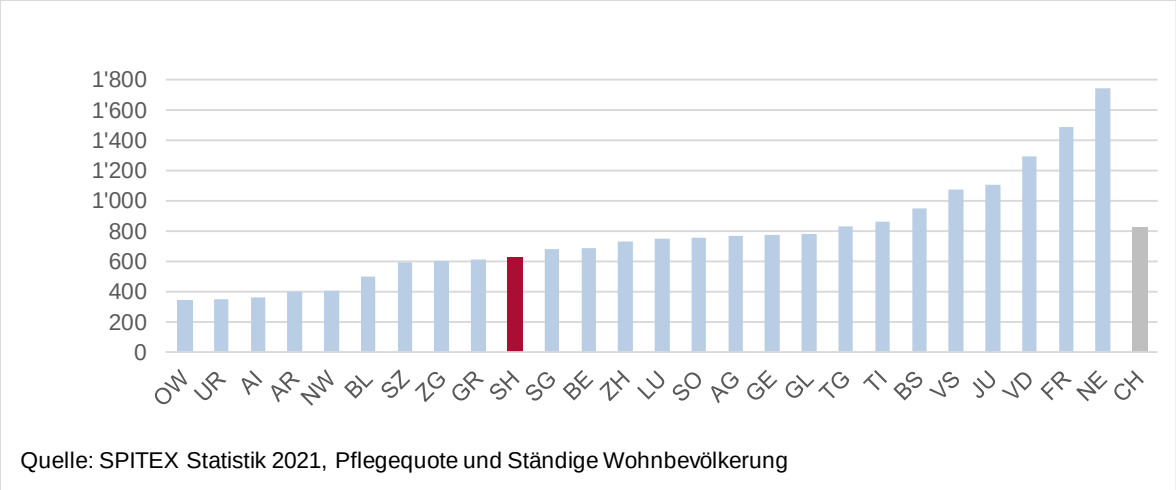
[109-02_0601_Anzahl Pflegeheimplätze 80+_2023 02 18 ESCA.xlsx]Graphik

Hier sind drei Faktoren zu berücksichtigen:

- Im Kanton AR heben die Klöster den Schnitt stark an.
- Im Kanton GL ist in den letzten Jahren die Auslastung sehr schwach gewesen, d.h. es gibt deutlich zu viele Betten. Deshalb ist man im Kanton zurzeit daran, das Angebot zu reduzieren.
- Dadurch findet sich der Kanton SH in der Spitzenposition wieder (bei relativ hoher Auslastung). Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass in der Stadt Schaffhausen und anderen Orten das «Servicewohnen» (das eigentlich als intermediäre Leistung gedacht wäre) als stationäre Leistung (für Personen in niedrigen Pflegestufen) geführt bzw. abgerechnet wird. Das erzeugt eine gewisse Verzerrung, ändert allerdings nichts daran, dass dies eine stationäre Betreuung darstellt und die entsprechenden Kosten (v.a. für EL-Bezüger) für die öffentliche Hand in vollem Masse anfallen.

Ein anderes Bild zeigt sich, wenn man die Inanspruchnahme von Spitex anschaut. Diese war im gleichen Zeitraum wie bei Abbildung 6 verhältnismässig tief, was (zusammen mit anderen Kennzahlen wie z.B. den relativ tiefen durchschnittlichen Pflegestufen der stationären Klienten im Kanton SH) den Trend nach einem (zu) hohen Anteil stationärer Betreuung von Personen ohne oder mit niedrigen Pflegestufen bestätigt.

Abbildung 7: Anzahl KLV-Klient:innen pro 1'000 Einwohner 80+ (Stand 2021)

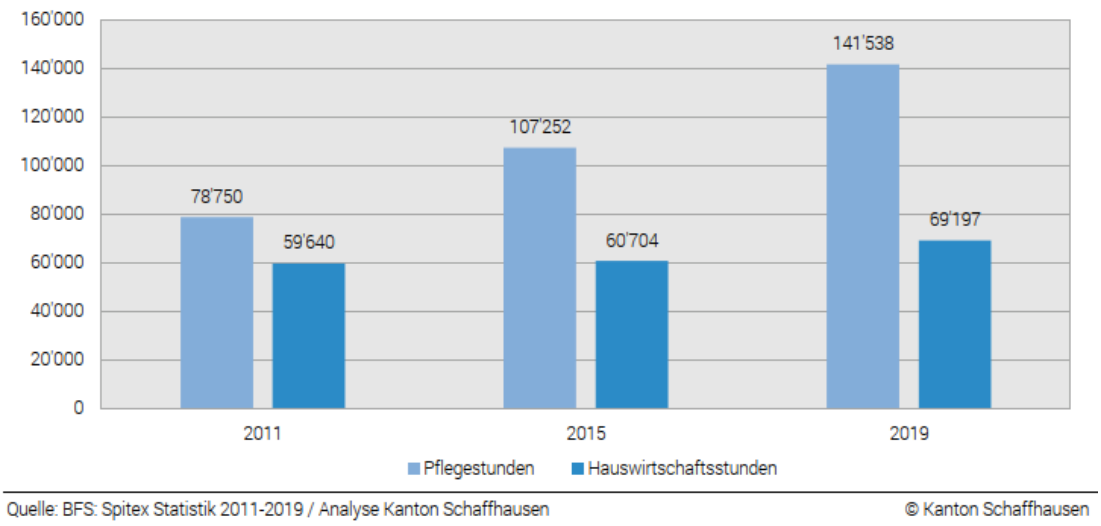


[109-02_0601_Spitex_T7.9 Pflegequoten_Auswertung 2021_2023 07 07 RW ESCA.xlsx]Diagramm 2020

6.2.4 Entwicklungen Nachfrage im ambulanten Bereich

Der Verlagerungseffekt in den ambulanten Bereich wird durch den Wunsch älterer Menschen, «so lange wie möglich zu Hause» zu wohnen und den Bemühungen der Politik, «ambulant vor stationär» zu fördern, verstärkt.

Abbildung 8: Entwicklung von Spitex-Leistungen im Kanton SH 2011 – 2019



Ein Teil dieser Nachfrage wird durch 24h-Betreuung zu Hause (auch mit «Pflegemigration») gedeckt. Daneben lassen sich Angebotsspezialisierungen und eine Ausdehnung des Spitexangebots auf 24h beobachten. Weiter wird die Bedeutung guter Betreuung im Alter stark zunehmen (Knöpfel et al., 2018). Um vorzeitige Heimeintritte zu vermeiden, braucht es im ambulanten Setting Pflege und Betreuung.

Als Antwort auf die beschriebenen Trends beobachtet man einen Konzentrationsprozess im Spitexbereich, verbunden einerseits mit vermehrt spezialisierten Leistungen und andererseits mit Vollkosten deckenden Leistungen ausserhalb des Leistungsauftrags. Hier wird Betreuung eine immer grössere Rolle spielen. Letztlich sind auch 24h-Betreuungen (auch, aber nicht nur mit Care-Migrantinnen) auf das gesellschaftliche Bedürfnis nach länger-dauernder Betreuung zu Hause zurückzuführen.

Der Einfluss voraussichtlich kommender regulatorischer Veränderungen wie z.B. der EFAS (einheitliche Finanzierung ambulant – stationär) oder der angedachten staatlichen Unterstützung von Betreutem Wohnen für EL-Bezüger lässt sich sowohl inhaltlich wie quantitativ noch nicht klar abschätzen, dürfte aber engere Kooperation ambulant – stationär und / oder der Ausdehnung von bisher primär stationär tätiger Betriebe in den ambulanten Bereich fördern. Umso mehr sind strategische Überlegungen in Richtung mehr Betreuung zumindest seriös zu prüfen.

Neben der qualitativen und quantitativen Weiterentwicklung der eigenen Leistungserbringung – unter Einschluss von Innovation – werden Spitexbetriebe im strategischen Bereich zu aufmerksamer Entwicklung gefordert. Gleichzeitig besteht Bedarf nach betriebsinternen Anstrengungen in Bereichen wie der Organisation (z.B. selbstorganisierte Teams), Effizienz oder Attraktivität als Arbeitgeber. Eine Professionalisierung sowohl auf operativer wie auch professioneller Führungsebene verbessert die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bewältigung der Herausforderungen.

6.3 SWOT-Analyse

Pro Spitexregion wurde eine SWOT-Analyse erstellt (siehe Bericht IST-Analyse). Zusätzlich wurde die nachfolgende Analyse für den Spitex-Verband SH gemacht:

Tabelle 6: SWOT-Analyse Spitex-Verband SH

Stärken (strengths) S	Schwächen (weaknesses) W

- Kleiner, übersichtlicher Kanton
- Sehr gut akzeptierte Stützpunkte vor Ort
- Gute Vernetzung zwischen Regionen
- Verbandsleitung seit 2022 neu organisiert (strategische und operative Ebene)
	- Grösse und Organisation Regionen unterschiedlich
	  ○ Gleichwertige Zugänglichkeit zu Leistungen für alle Bewohner (AbPV §19 f)
	  ○ Gesetzliche Erreichbarkeit nicht durchgehend gewährleistet
	  ○ Organisiert in Vereinen und / oder Gemeinden / Alterszentren
	- 7 Administrationen / QMS / HRM / IT, etc. müssen geführt werden
	- Schwerfällige Zusammenarbeit Gemeinden in Versorgungsregionen (AbPV §18 + §19)
	- Finanzierung Verband ausschliesslich über Mitgliederbeiträge → keine Kantonsbeiträge
	- Keine Weisungsbefugnis Verband => Vernetzung nur beschränkt umsetzbar
	- Fehlender Ausbildungsverbund =>Ausbildung FaGe und HF nicht durchgängig in allen Regionen möglich
	- QMS gemäss KVV Art. 51 und Art. 58 nicht durchgängig vorhanden
	- Keine Kostentransparenz / Benchmarking vorhanden → keine differenzierte + konsolidierte Kostenrechnung über alle Versorgungsregionen

Chancen (opportunities) O	**Gefahren / Risiken (threats) T**
- Steigende Nachfrage - Nachfolgeregelung Pflegeteam 2000 → Nachfolgeorganisation offen; möglicher schneller Mehrbedarf für öffentliche Spitex	- Fehlende Oberaufsicht über Organisationen Hilfe und Pflege zu Hause (gem. AbPV §2) - Zunehmende Konkurrenz => Marktanteil private Spitex steigt schneller - Verlust Leistungsauftrag mit Gemeinden an private Spitexanbieter

6.4 Fazit Marktübersicht

Die Langzeitpflege im Kanton Schaffhausen ist geprägt von einem hohen Anteil an stationärer Pflege und Betreuung bei gleichzeitig relativ geringer Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung sowie der Änderung der Kundenbedürfnisse (länger zuhause leben, Bedarf an Betreuung, geänderte Betreuungszeiten, neue Wohnformen

usw.) wird der Bedarf an ambulanten Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause in den nächsten Jahren stark zunehmen. Gleichzeitig wird von Gemeinde und / oder Kantonsseite der Grundsatz «ambulant vor stationär» bzw. «ambulant mit stationär» stärker ausgeprägt werden. Dies einerseits aus dem Bedürfnis der älteren Bevölkerung, möglichst lange autonom leben zu können, andererseits aber auch aus Kostengründen. Betreuung wird aus unserer Sicht neben der Pflege ein zunehmend stärkeres Gewicht erhalten, damit vorzeitige Heimeintritte aufgrund fehlender sozialer Teilhabe und / oder Integration vermieden werden können.

In den letzten Jahren hat der Trend zu engerer Kooperation und Koordination in der Langzeitpflege stark zugenommen. Der Fokus liegt immer mehr auf einer Alterspolitik mit ganzheitlicher Betrachtung der Bedürfnisse der Bevölkerung. Pflegende und betreuende Angehörige werden immer als Zielgruppe erkannt. Entlastungsangebote werden deshalb immer wichtiger, sei es in Form von flexiblen Tagestrukturen, Nachtaufenthalten oder auch Kurzzeitaufenthalten in Heimen. Zudem ist das Thema «Anstellung pflegende Angehörige» auch durch die öffentlichen Spitexbetriebe entsprechend einzubeziehen.

Der Marktanteil der privaten Spitexbetriebe ist in den letzten Jahren stärker angestiegen als der, der öffentlichen Spitex (siehe diesbezüglich Kap. 5.4.2). Dies, obwohl die öffentlichen Spitexbetriebe aufgrund ihrer Positionierung sowie Unterstützung durch die Gemeinden sehr gute Voraussetzungen haben. Es empfiehlt sich, die Ausweitung der privaten Spitexorganisationen nicht nur als Risiko zu betrachten, sondern dies zum Anlass zu nehmen, die eigene Organisation und das Angebot kritisch zu reflektieren. Eine Ausweitung der privaten Spitex ist aus unserer Sicht nur möglich, wo es Lücken und / oder Schwächen der öffentlichen Spitex gibt.

7 Kooperationsvarianten

7.1 Übersicht / Grundlagen

7.1.1 Einleitung

Nach Prüfung der Analyse und der Grundlagen zur Situation im Kanton Schaffhausen und der voraussichtlichen Marktentwicklung ging es darum, sich ein Bild zu den Zielvorstellungen bezüglich zukünftiger Strukturen der Projektbeteiligten zu machen. Zu diesem Zweck wurden nachfolgend beschriebene Daten und Definitionen bereitgestellt, anschliessend die Bewertungskriterien festgelegt / gewichtet und dann mögliche Kooperationsvarianten definiert. Anschliessend wurden die Varianten mit Hilfe der Multikriterien-Entscheidungsanalyse bewertet.

7.1.2 Einwohnerzahlen Spitex-Regionen per 31.12.2022

Tabelle 7: Einwohnerzahlen der Gemeinden und Spitex-Regionen per 31.12.2022

Region	Gemeinde	Einwohner	Region	Anteil in %
Schaffhausen	Bargen	327		
	Büttenhardt	423		
	Dörflingen	1'055		
	Lohn	765		
	Merishausen	878		
	Schaffhausen	38'107		
	Stetten	1'472	43'027	50.0%
Neuhausen	Neuhausen am Rheinfall	11'049	11'049	12.8%
Thayngen (inkl. Barzheim, Bibern, Hofen, Altdorf und Opfertshofen)	Thayngen	5'728	5'728	6.7%
Bezirk Stein	Buch	309		
	Hemishofen	496		
	Ramsen	1'547		
	Stein am Rhein	3'590	5'942	6.9%
Klettgau-Randen	Beringen (inkl. Guntmadingen)	5'182		
	Gächlingen	933		
	Löhningen	1'626		
	Neunkirch	2'517		
	Siblingen	892		
	Trasadingen	641		
	Wilchingen	1'757	13'548	15.7%
SPUR	Beggingen	477		
	Hallau	2'358		
	Oberhallau	430		
	Schleitheim	1'776	5'041	5.9%
Buchberg-Rüdlingen	Buchberg	884		
	Rüdlingen	815	1'699	2.0%
Total Kanton		86'034	86'034	100.0%

Quelle: Volkswirtschaftsdepartement Kanton Schaffhausen, 1. März 2023: Einwohnerzahlen im Kanton Schaffhausen 2021 - 2022

[109-02_0601_Einw-Regionen_2023 05 20 RW.xlsx]Einw22 m Anteilen

7.1.3 Personal in Spitex-Organisationen und APH

Gemäss Tabelle 2 (Seite 17) beschäftigen die sieben Spitex-Organisationen im Jahr 2022 rund 376 Personen in rund 142 Vollzeitäquivalenten (bei einem Marktanteil im KLV-Bereich im

2022 von rund 63 %, vgl. Abbildung 2). Zum Vergleich folgen untenstehend Personalkenndaten Spitex und APH im Verhältnis zu den Einwohnerzahlen 65+:

Tabelle 8: Mitarbeitende 2021[6] (Personen und VZÄ) im Kanton Schaffhausen, mit je den Raten pro 1'000 Einwohner:innen 65+

Bereich	Mitarbeitende (Personen)		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl (2021)	Rate 1'000 Einw. (≥ 65 Jahre)	Anzahl (2021)	Rate 1'000 Einw. (≥ 65 Jahre)
Spitex**	555	30.3	209.9	11.4
APH***	1'689	92.1	1'258.4	68.6

* gemäss Volkswirtschaftsdepartement Kanton Schaffhausen, 1. März 2022: Altersstruktur der Einwohner im Kanton Schaffhausen 2021

** alle Betriebe gemäss Spitex-Statistik 2021

*** gemäss Somed-Statistik 2021 (Stand 13.02.2023), Standardtabelle 5A

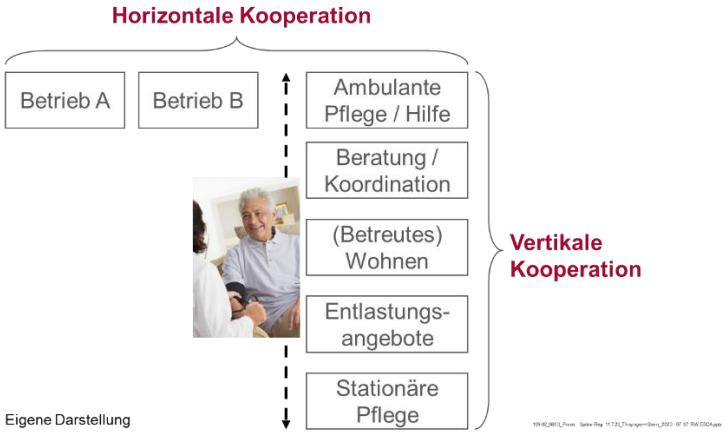
[109-02_0601_Daten_2023 07 14 ESCA RW.xlsx]Pers Spit-APH

Die Mitarbeiterdichte pro 1'000 Einwohner:innen ist in APH rund 3 Mal (Anzahl Personen) bis 5 Mal (in VZÄ) höher als bei den öffentlichen Spitex-Betrieben.

7.1.4 Begriffliches

Die Begriffe «Horizontal» und «Vertikal» kommen aus der Organisationslehre. «Horizontale Kooperation» (Zusammenarbeit) bzw. «Horizontale Integration» (Zusammenführung) bezieht sich dabei auf Organisationen gleicher Versorgungsstufe – in der folgenden Abbildung 9 von Spitex-Organisationen. Vertikale Kooperation bzw. Integration beschreibt demnach jene über verschiedene Versorgungsstufen. Dies wird insofern immer wichtiger, als Spitex und APH zunehmend parallel betreuen und / oder pflegen – z.B. wenn jemand Tages- oder Nachtaufenthalte im APH in Anspruch nimmt, der daheim von der Spitex gepflegt wird.

Abbildung 9: Schematische Visualisierung von horizontaler und vertikaler Kooperation



6 Noch bezogen auf das Jahr 2021, da die Daten der Somed-Statistik 2022 erst gegen Ende 2023 verfügbar sein werden.

Anlass für das Projekt sind die Herausforderungen des Spitexverbands (nur sieben zudem sehr heterogene Mitglieder), von den Ressourcen her seine Mitglieder wirksam unterstützen zu können, vgl. Ausgangslage Kap. 2. Neben der Beibehaltung einer Verbandsstruktur entstand die Idee der Schaffung eines einzigen Spitexunternehmens im Kanton (ähnlich wie z.B. im Kanton Zug), also einer horizontalen Integration. Da verschiedene Spitex-Organisationen (SPO) im Kanton SH vertikal integriert sind, d.h. mit einem APH in einer gemeinsamen Struktur sind, bestehen dort bereits – strukturell zumindest – Ansätze zu integrierter Versorgung (siehe Abbildung 3 und Beschreibung im Kap. 6.1.1). Die flächendeckende Einführung integrierter Versorgung im Kanton Schaffhausen bildet somit einen weiteren Kooperationsansatz.

Die **Ziele** der beiden Kooperationsformen sind zwar ähnlich, aber nicht identisch:

- **Horizontale Integration**: Betriebe gleicher Versorgungsstufe werden integriert. Mit einer horizontalen Integration werden drei Ziele angestrebt:
    - *Kundennutzen*: Sofern die neue Organisation eine gewisse Grösse erreicht, bestehen Chancen auf ein differenziertes Leistungsangebot (z.B. Spezialisierungen)
    - *Synergien*: Skaleneffekte nutzen, z.B. in Administration, Materialwirtschaft oder Bildung
    - *Grösse Einzugsgebiet:* Gesicherte Kennzahlen sind uns nicht bekannt. Erfahrungsgemäss ist – je nach Bevölkerungsdichte, Topographie und Marktanteilen – von einem Gebiet ab rund 25'000 bis 35’000 Einwohner:innen auszugehen (vgl. obenstehende Tabelle 8).

- **Vertikale Integration**: Leistungsbereiche verschiedener Versorgungsstufen sind in der gleichen Organisation. Mit einer vertikalen Integration werden im Sinne **integrierter Versorgung** (vgl. Definition im Kap. 6.1.1) vier Ziele angestrebt:
    - *Kundennutzen*: Behandlungs- und Betreuungsziele der Kunden (im Altersbereich inkl. dem oft übergeordneten Lebensziel «so lange wie möglich selbstbestimmt zu Hause») dank engerer Zusammenarbeit über die ganzen Versorgungskette besser erreichen. Bietet oft auch Chancen für innovative Leistungen und differenziertes Leistungsangebot. Beispiele siehe unten.
    - *Effizienz Gesamtsystem* v.a. an den Schnittstellen verbessern (heute sowohl im Akut- wie im Langzeitbereich in der Schweiz enormes Potenzial – vieles wird mehrfach gemacht, auch weil das System es finanziert)
    - *Synergien*: Wo möglich und sinnvoll Synergiepotenziale nutzen (inkl. Skaleneffekte) analog horizontaler Integration.
    - *Grösse Einzugsgebiet:* Gesicherte Kennzahlen sind uns auch hier nicht bekannt. Erfahrungsgemäss ist – je nach Bevölkerungsdichte, Topographie und Marktanteilen – von einem Gebiet ab rund 10'000 bis 15’000 Einwohner:innen auszugehen[7].

Integrierte Versorgung in der Langzeitpflege kann in der Praxis beispielsweise wie folgt gestaltet werden:

- *Konzeptionelle Basis*

[7] Die Unterschiede zur horizontalen Integration erklären sich u.a. durch den höheren Personalbedarf pro Klient:in im stationären Bereich, siehe auch Tabelle 8.

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

- *Beispiele für (zielgruppenorientierte) Leistungen und Instrumente:*
  - Beratung
    - Grundsätzlich möglichst frühe Erfassung von (potenziellen) Zielkunden und – bei Bedarf – deren Begleitung
    - massgeschneiderte Unterstützung und Leistungspakete sowie (Vor-)triage für stationäre Bettenbelegung
    - Koordination und Unterstützung zu interdisziplinärer Zusammenarbeit, inkl. Unterstützung mit Freiwilligen
    - Case Management in definierten, komplexen Fällen
    - Alltagsbewältigung
    - Wohnungsanpassung (Reduktion/Eliminierung Hindernisse)
  - Präventive Hausbesuche
  - Gesundheitsvorsorge (sektorenübergreifend)
  - Ambulante Pflege und Hauswirtschaft, auch in spezialisierten Bereichen
  - Ambulante Betreuung und Alltagsunterstützung, sowie Unterstützung für Sicherheit
  - Stationäre Pflegeangebote inkl. spezialisierten Bereichen
  - Kurzzeitaufenthalte für verschiedene Zielsetzungen inkl. Erholungsaufenthalte; Sicherstellung einer permanenten Verfügbarkeit von Kurzzeitplätzen
  - Pflegende / betreuende Angehörige: Beratung, Begleitung (ggf. auch mit Selbsthilfegruppen), Entlastungsangebote wie Kurzzeitaufenthalte, Tagesbetreuung und Nachtaufenthalte
  - Wohnformen, insbesondere Betreutes Wohnen Kat. B (nach Curaviva, vgl. Imhof L. & Mahrer-Imhof R., 2018) für Personen mit zunehmender Fragilität, die noch über ausreichend Selbstsorge-Kapazität verfügen[8]

- *Sektorenübergreifende Prozesse*
  - Gemeinsame Fallbesprechungen (bei Bedarf) der ambulanten und stationären Dienste mit Beratungsstelle sowie mit Sozialdiensten (mit letzteren z.B. zur Vermeidung von Heimeintritten aus sozialen Gründen)
  - Enge und strukturierte Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Dienste an Schnittstellen inkl. Rückkehr nach Hause
  - Gemeinsame ICT-Plattform für effiziente Datennutzung und -Austausch und als Unterstützung sektorenübergreifend definierter Prozesse

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

Zur **integrierten Versorgung** sind in Bezug auf **vertikale Integration** Missverständnisse zu vermeiden:

- **Nur Strukturen?**
    - Den Kundennutzen in vertikaler Integration zu erreichen, ist kein Selbstläufer; es reicht nicht, SPO und APH in der gleichen Struktur zusammenzuführen.
    - Es braucht eine übergeordnete Führung, die klare, übergreifende Ziele – am besten in der Unternehmensstrategie verankert – sowie eine entsprechende Definition und laufende Optimierung der Abläufe festlegt. Dabei muss der Fokus auf dem Kundennutzen liegen (am besten mit Monitoring).
- **Kooperation statt Integration?**
    - Es wird immer wieder argumentiert, Kooperation – auf persönlicher Ebene oder ggf. zusätzlich auch vertraglich geregelt – könne ähnliche Effekte erzielen wie vertikale Integration.
    - Nach unserer Erfahrung ist das kaum erreichbar. Reine Kooperationslösungen ohne Integration sind primär personenabhängig und allfällige Verträge sind laufend der Entwicklung anzupassen. Mangels Weisungsrecht sind gemeinsame Abläufe immer ebenso zu verhandeln wie der Umgang mit Abweichungen.
    - Integrierte Unternehmen haben demgegenüber ein **Weisungsrecht** und können direkter und rascher entscheiden sowie umsetzen.
    - Im Daten- bzw. IT-Bereich zeigt sich das besonders drastisch: An den Schnittstellen zwischen Leistungserbringern werden Daten primär papierorientiert ausgetauscht und mehrfach neu eingegeben – eine enorme Ressourcenverschwendung. Kontinuität in der Information – z.B. durch gemeinsames Führen des Verlaufs – ist kaum vorhanden. Das schweizerische EPD – leider primär PDF-orientiert und damit «papiernahe» – muss als de facto gescheitert betrachtet werden. Integrierte Unternehmen können z.B. eine gemeinsame IT-Plattform für Beratung, Spitex, APH und Betreutes Wohnen einführen. Dies vereinfacht den Austausch an den Schnittstellen enorm.

7.2 Kriterien für die Variantenbewertung

Die Bewertungskriterien für die nachfolgende Nutzwertanalyse (bzw. Multikriterienentscheidungsanalyse) wurden wie folgt definiert:

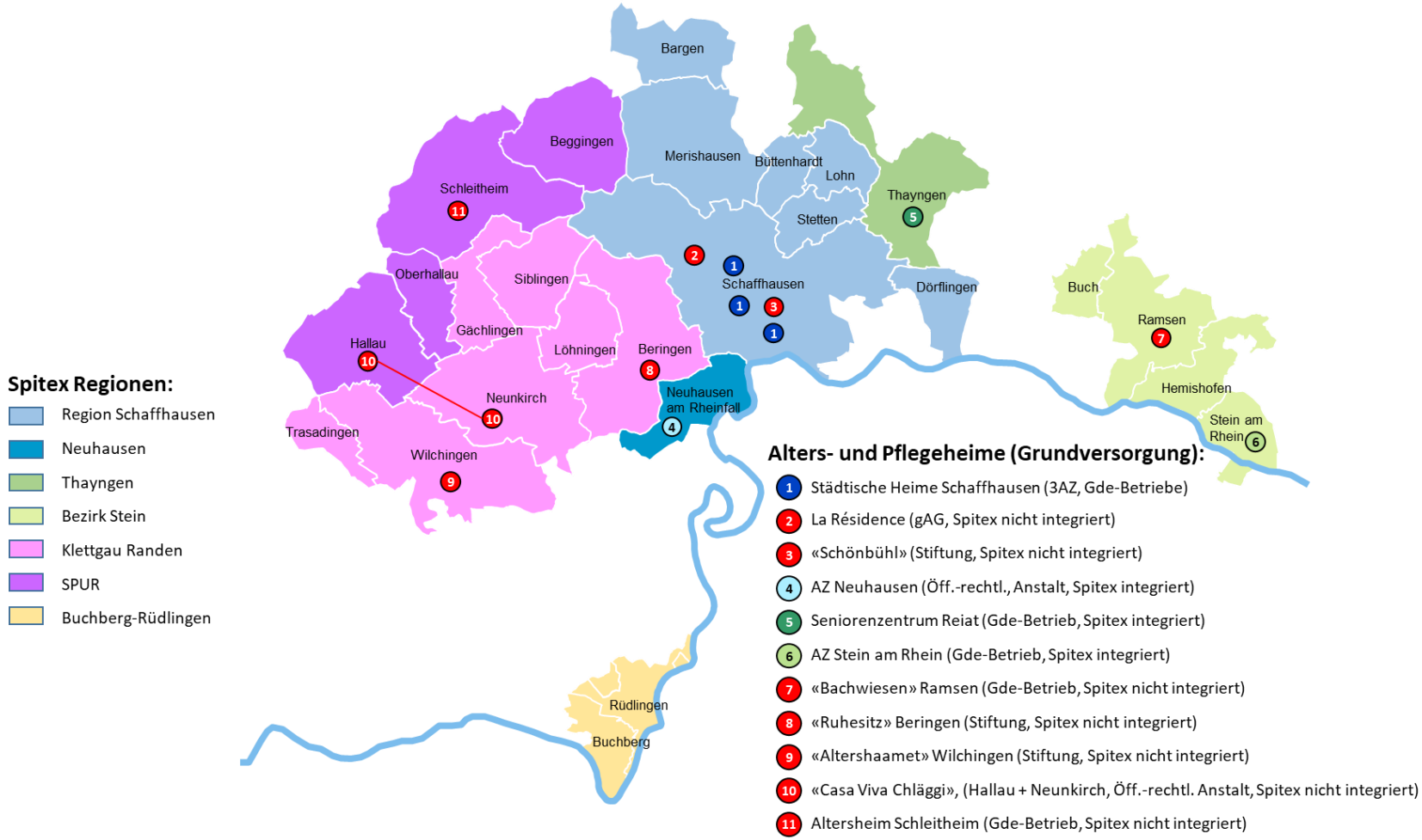
Tabelle 9: Kriterien für die Variantenbewertung

Kriterium	Ausprägung
Kundennutzen	Bestmögliche Unterstützung für Oberziel «so lange wie möglich selbstbestimmt zu Hause bleiben»; Potenzial für differenzierte Leistungen
Innovationspotenzial	Strukturelle Voraussetzungen, die mehr Möglichkeiten für Innovation bieten
Effizienz	Wirtschaftlichkeit bzw. Leistung effizient erbringen (Kern- und Supportprozesse, d.h. sowohl für Kunden wie auch intern), sowie potenzielle Fähigkeit, immer wieder Effizienzprojekte durchführen zu können
Personalsicht	Professionelle, moderne Führung; Fähigkeit, den Betrieb laufend weiterzuentwickeln; attraktiver Bildungsbereich; verschiedenartige Funktionen im Unternehmen, welche die Attraktivität des Betriebs ebenfalls steigern; Potenzial für attraktive Anstellungsbedingungen
Versorgungssicherheit	Verantwortung für Versorgungssicherheit inkl. spezialisierte Angebote wahrnehmen können; dies auch bei schwankender und / oder stark steigender Nachfrage

Anschliessend wurden im Steuerungsausschuss die Kriterien mit Hilfe der Rangreihenmethode gewichtet, wobei die Differenzierung schlussendlich gering ausfällt: Der Kundennutzen und die Effizienz wurden mit einer Gewichtung von je 25 %, die Personalsicht und die Versorgungssicherheit je mit 20 % und das Innovationspotenzial mit 10 % gewichtet.

7.3 Aktuelle Kooperationen

Abbildung 10: Karte der Gemeinden, Spitex-Regionen und Alters- und Pflegeheime der Grundversorgung im Kanton Schaffhausen



Im Folgenden werden die Details zur obenstehenden Karte dargestellt, wobei die Tabelle 10 als Legende dient:

Tabelle 10: Legenden-Tabelle zur untenstehenden Tabelle 11

Spitex-Region	APH	Rechtsform
Gemeinden (Einw. per 31.12.22)	APH, mit welchen die Spitex-Region in der gleichen Organisation integriert ist	Rechtsform der Trägerschaft
Gemeinden… (Einw. per 31.12.22)	(nicht mit APH integriert)	Rechtsform der Spitex-Organisation
	APH im Versorgungsgebiet, welche nicht mit Spitex integriert sind, in der Karte mit roten Nummern, z.B. 9	Rechtsform dieser APH

Tabelle 11: Spitex-Regionen und weitere APH mit kommunalen Leistungsaufträgen (d.h. ohne spezialisierte Einrichtungen) in Versorgungsregionen

Spitex-Region	APH	Rechtsform
Region Schaffhausen Gemeinden Bargen, Büttenhardt, Dörflingen, Lohn, Merishausen, Schaffhausen, Stetten (43'027 E.)	Städtische Heime Schaffhausen (3 AZ, 4 Standorte, 383 Pflegeplätze)	Unselbständiger Gemeindebetrieb
	«La Résidence» (155 Pflegeplätze)	Aktiengesellschaft mit gemeinnützigem Zweck (Leistungsvereinbarung mit Bargen, Büttenhardt, Dörflingen, Lohn, Merishausen, Schaffhausen und Stetten; Gemeinden sind in Aufsichtskommission)
	APH «Schönbühl» (100 Pflegeplätze)	Stiftung
Neuhausen Neuhausen am Rheinfall (11'049 E.)	AZ Neuhausen (171 Pflegeplätze)	Öffentlich-rechtliche Anstalt
Thayngen (inkl. Barzheim, Bibern, Hofen, Altdorf, Opfertshofen) (5'728 E.)	Seniorenzentrum «Im Reiat» (83 Pflegeplätze)	Unselbständiger Gemeindebetrieb
Bezirk Stein Gemeinden Buch, Hemishofen, Ramsen, Stein a.Rh. (5'942 E.)	Alterszentrum Stein am Rhein (48 Pflegeplätze)	Unselbständiger Gemeindebetrieb
	APH «Bachwiesen» in Ramsen (32 Pflegeplätze)	Unselbständiger Gemeindebetrieb
Klettgau-Randen Gemeinden Beringen (inkl. Guntmadingen), Gächlingen, Löhningen, Neunkirch, Siblingen, Trasadingen, Wilchingen (inkl. Osterfingen) (13'548 E.)	Spitex	Verein (nur Spitex)
	APH «Ruhesitz» Beringen (105 Pflegeplätze)	Stiftung, verbunden mit Zweckverband (Beringen, Löhningen und Siblingen)
	APH «Altershaamet» Wilchingen (38 Pflegeplätze)	Stiftung (Stifterin: Gemeinde Wilchingen)

Spitex-Region	APH	Rechtsform
	Casa Viva Chläggi (2 Standorte, «Im Winkel» in Neunkirch und «am Buck» in Hallau), d.h. auch Region SPUR (zusammen 80 Pflegeplätze)	Öffentlich-rechtliche Anstalt (Gächlingen, Hallau, Oberhallau und Neunkirch)
SPUR Gemeinden Hallau, Oberhallau, Schleitheim, Beggingen (5'041 E.)	Spitex	Verein (nur Spitex)
	Casa Viva Chläggi (2 Standorte, «am Buck» in Hallau und «Im Winkel» in Neunkirch), d.h. auch Klettgau-Randen (zusammen 80 Pflegeplätze)	Öffentlich-rechtliche Anstalt (Gächlingen, Hallau, Oberhallau und Neunkirch)
	Schleitheim (60 Pflegeplätze)	Unselbständiger Gemeindebetrieb
Buchberg-Rüdlingen Gemeinden Rüdlingen und Buchberg (1'699 E.)	Spitex	Verein (nur Spitex)

Vertikal integriert sind die SPO in den Spitex-Regionen Schaffhausen, Neuhausen, Thayngen und Bezirk Stein. Somit leben in deren Einzugsgebiet total rund 66'000 Einwohner:innen oder 76 % der Bevölkerung des Kantons. Die vier Spitex-Regionen beschäftigen im 2021 rund ¾ der Mitarbeitenden aller sieben Spitex-Regionen. In Bezug auf die im Kap. 7.1.4 dargestellten Ziele der integrierten Versorgung kann aus der Analyse im Kap. 5.4.3 der Entwicklungsstand der integrierten Leistungserbringung wie folgt zusammengefasst werden:

- Region Schaffhausen: Mit der Koordinationsstelle, Spitex und Alterszentren und den bereits etablierten Prozessen (z.B. Fallbesprechungen, koordinierte Austritte oder gemeinsamer Bildung) ist bereits ein mittlerer Entwicklungsstand erreicht. Eine integrierte ICT-Plattform mit gemeinsamen elektronischen Pflegedossiers besteht nicht. Die Kooperation soll in nächster Zeit weiterentwickelt werden. Mit rund 43'000 Einwohner:innen bildet das Einzugsgebiet eine breite Basis.
- Region Neuhausen: Erste Ansätze für integrierte Versorgung sind eingeführt, primär in Supportprozessen inkl. Bildung, jedoch auch im Kundenbereich mit einem wöchentlichen Austausch. Das Einzugsgebiet ist mit rund 11'000 Einwohner:innen tendenziell ausreichend.
- Regionen Thayngen und Bezirk Stein: Teilweise Integration im Supportbereich, aber nicht bei Kundenleistungen. Mit je rund 5'000 Einwohner:innen sind die Einzugsgebiete zu klein.

Im Sinne einer Kooperation mehrerer Gemeinden bzw. historisch gesehen sind die Regionen Klettgau-Randen, SPUR und Buchberg-Rüdlingen horizontal integriert, wobei SPUR die Integration zweier SPO erst kürzlich vollzogen hat. Die Kooperation mit APH ist in allen drei Regionen informeller Natur. Für sich allein, wie auch (theoretisch) horizontal kumuliert, sind die Einzugsgebiete zu klein.

7.4 Definition der Varianten

Tabelle 12: Definition der Varianten

Variante Nr.	V0 Status Quo	V1 Verband als Koordinator	V2a Horizontal, Unternehmen	V2b Horizontal, Holding	V3 Regional vertikal
Kurzdefinition	IST-Situation Organisation SPO und Spitex-Verband	IST-Situation Organisation SPO mit neuer Rolle des Spitex-Verbands als Koordinator	Spitex SH (horizontale Integration): Bildung eines kantonalen Spitex-Unternehmens unter Übernahme aller bisherigen Spitex-Betriebe	Spitex SH (horizontale Integration): Bildung eines kantonalen Spitex-Unternehmens in Holdingstruktur	Integrierte regionale Versorgungsstrukturen Langzeitpflege vertikal
Ziel/e	- Keine Veränderungen in der Organisation und Zusammenarbeit der SPO	- Flächendeckend möglichst einheitliches Leistungsangebot (qualitativ und quantitativ) unter Verantwortung und Führung des Spitex-Verbands	- Flächendeckend einheitliches Spitex-Leistungsangebot (qualitativ und quantitativ)	- Flächendeckend einheitliches Spitex-Leistungsangebot (qualitativ und quantitativ) aus einer Hand	- Die Bevölkerung bestmöglich beim Ziel «so lange wie möglich selbstbestimmt zu Hause wohnen» aus einer Hand unterstützen durch regional organisierte integrierte Versorgungsstrukturen - Entwicklung einer kantonsweit definierten integrierten Versorgung in der Langzeitpflege (vgl. Bsp. Kt GL)[9].
Aufgaben Spitex-Verband	- Beschränkt sich auf die Interessenvertretung der SPO in Spitexbelangen.	- Interessenvertretung der SPO in Spitexbelangen - Führung zum Leistungsangebot (das «Was») und Leistungserbringung (das «Wie») der regionalen SPO inkl. Qualitätsmanagement und im Bereich von Supportleistungen (zentrale Dienste) (über staatliche Regulierung hinaus)	- Wird zur kantonalen Trägerschaft, die für den ganzen Kanton der Spitex-Leistungserbringer ist.	- Wird zur kantonalen Trägerschaft, die für den ganzen Kanton der Spitex-Leistungserbringer ist.	- Wie bisher Interessenvertretung der SPO in Spitexbelangen. - Dort, wo gesetzliche Rahmenbedingungen fehlen, sorgt der Verband für einheitliche Standards in Leistungsangebot (das «Was») und Leistungserbringung (das «Wie») der regionalen SPO, d.h. es braucht eine Koordination (welche eine Art «V 1 light»).

[9] Nach dem Entscheid der Konzentration auf nur noch 3 Gemeinden wollten die SPO im ganzen Kanton zu einem Unternehmen fusionieren. Mit Blick auf das geplante Projekt der Reorganisation Langzeitpflege (LZP) wurde das Fusionsprojekt vom Kanton gestoppt. Mit dem neuen Langzeitpflege- und -Betreuungsgesetz ist seit dem 1.1.2023 der Kanton allein für die LZP zuständig, aber die Betriebe verbleiben bei den Gemeinden. Inzwischen haben bereits zwei der drei Gemeinden die vertikale Integration umgesetzt oder beschlossen.

Variante Nr.	V0 Status Quo	V1 Verband als Koordinator	V2a Horizontal, Unternehmen	V2b Horizontal, Holding	V3 Regional vertikal
Struktur Spitex-Verband	- Wie bisher als Verein mit den SPO als Mitglieder - Damit der Verband seine Aufgaben wahrnehmen kann, braucht er die entsprechenden Mittel - Bleibt es mittel- bis längerfristig bezüglich Organisation der SPO beim Status Quo, wäre eine baldmöglichste Zusammenführung des Spitex-Verbands mit Artiset (früher Curaviva) Schaffhausen zu prüfen. Begründung: Kleine Verbände können so ihre Kräfte bündeln und 4 der 7 Mitglieder des Spitex-Verbands sind heute sowieso bei Artiset Mitglied.	- Entweder wie bisher als Verein mit den SPO als Mitglieder (dann «verbindliche» Regeln für Mitglieder erforderlich) - oder neu als gemeinsames Unternehmen, das den Mitgliedern gehört; in diesem Fall würde es Sinn machen, Fachleute mit entsprechender Führungserfahrung in die strategische Führungsebene zu wählen - Für die neuen Aufgaben sind operative Ressourcen erforderlich (und es müssen auch geeignete Fachpersonen gefunden werden)	- Ein Unternehmen unter einheitlicher strategischer wie operativer Leitung - Träger des Unternehmens (bei einer AG die Aktionäre) wären dann sinnvollerweise die Gemeinden des Kantons (sofern die Zuständigkeiten bei den Gemeinden verbleiben) - Das strategische Führungsorgan sollte aus qualifizierten Fachleuten mit ausgewiesener, langjähriger Führungserfahrung bestehen - Dezentrale Stützpunkte des Unternehmens sind «Filialen», die gemäss Prozessen und Organisation des Gesamtunternehmens betrieben werden	- Die regionalen Betriebe werden durch das Holding-Unternehmen geführt werden - Träger des Unternehmens (bei einer AG die Aktionäre) wären dann sinnvollerweise die Gemeinden des Kantons (sofern die Zuständigkeiten bei den Gemeinden verbleiben). - Das strategische Führungsorgan sollte aus qualifizierten Fachleuten mit ausgewiesener, langjähriger Führungserfahrung bestehen.	- Wie bisher als Verein mit den SPO als Mitglieder - Baldmöglichste Zusammenführung des Spitex-Verbands mit Artiset Schaffhausen (früher Curaviva) Schaffhausen wäre passend.
Organisation SPO	- Die einzelnen SPO verbleiben in ihrer bisherigen Trägerschaft - Ein Zusammenschluss der beiden Spitex-Regionen Klettgau-Randen und SPUR sollte geprüft werden. - Für die Spitex Buchberg-Rüdlingen empfiehlt sich die Erarbeitung einer langfristigen Lösung.	- Die einzelnen SPO verbleiben in ihrer bisherigen Trägerschaft. - Ein Zusammenschluss der beiden Spitex-Regionen Klettgau-Randen und SPUR sollte geprüft werden. - Für die Spitex Buchberg-Rüdlingen empfiehlt sich Definition einer nachhaltigen Lösung.	- Die einzelnen SPO werden Teil des kantonalen Unternehmens (unselbständige Untereinheiten).	- Die einzelnen bisherigen Betriebe bilden teilselbständige rechtliche Einheiten. Lokale Gemeinden könnten an den regionalen Stützpunkten beteiligt bleiben. - Ein Zusammenschluss der beiden Spitex-Regionen Klettgau-Randen und SPUR sollte geprüft werden. - Für die Spitex Buchberg-Rüdlingen empfiehlt sich Definition einer nachhaltigen Lösung.	- Ein Teil der SPO (Region Schaffhausen, Neuhausen am Rheinfall, Thayngen und Stein am Rhein) ist zumindest strukturell bereits vertikal organisiert. Zusammen umfassen diese vier Regionen rund 66'000 Einw. oder 76% der Bevölkerung des Kantons Schaffhausen. - Die anderen suchen gemeinsam in ihrer Region mittelfristig eine Lösung, siehe separate Tabelle, siehe Kap. 7.7.2 - Im «Endausbau» sollte es noch 2 bis 3 vertikal integrierte Betriebe geben, die in der Lage sind, auch anspruchsvolle Qualitätsziele zu erfüllen.

Variante Nr.	V0 Status Quo	V1 Verband als Koordinator	V2a Horizontal, Unternehmen	V2b Horizontal, Holding	V3 Regional vertikal
					- Es ist anzustreben, dass die jeweiligen strategischen Führungsorgane aus qualifizierten Fachleuten mit ausgewiesener, langjähriger Führungserfahrung bestehen.
Stufe Kanton	- kein zwingender Handlungsbedarf bzw. noch zu diskutieren.	- kein zwingender Handlungsbedarf bzw. noch zu diskutieren.	- Evtl. braucht es ein Folgeprojekt auf Stufe Kanton, bei dem die künftige Langzeitpflege im Kanton (Weiterentwicklung) erarbeitet wird.	- Evtl. braucht es ein Folgeprojekt auf Stufe Kanton, bei dem die künftige Langzeitpflege im Kanton (Weiterentwicklung) erarbeitet wird.	- Evtl. braucht es ein Folgeprojekt auf Stufe Kanton, bei dem die künftige Langzeitpflege im Kanton (Weiterentwicklung) erarbeitet wird.

7.5 Bewertung der Varianten

7.5.1 Stärken und Schwächen der Varianten

Tabelle 13: Übersicht über Stärken und Schwächen der Varianten

Stärken	V0 Status Quo	V1 Verband als Koordinator	V2a Horizontal, Unternehmen	V2b Horizontal, Holding	V3 Regional vertikal
Kunden	- - - - Bei Vereinen lokale Verankerung über Mitglieder	- - - Potenzial für kantonsweit identisches Angebot -	- Potenzial für differenziertes Angebot - - kantonal identisches Angebot -	- Potenzial für differenziertes Angebot - - kantonal identisches Angebot -	- abgestimmtes Leistungspaket, um länger zu Hause - zukunftsorientierte Lösung - -
Organisationen	- verbleiben wie bisher -	- bleiben, müssen sich aber unterordnen -	- - straffe Organisation	- verbleiben teilweise	- - (regional) straffe Organisation
Gemeinden	- Bewährte Mitsprache	- Bewährte Mitsprache	-	- Mitsprache bleibt teilweise	- Bewährte Mitsprache
Gesamtkantonal	-	- verbesserte Vereinheitlichung	- Starker Partner, einheitlich	- Starker Partner, einheitlich	- einheitliches System - zukunftsorientierte integrierte Versorgung flächendeckend

Schwächen	V0 Status Quo	V1 Verband als Koordinator	V2a Horizontal, Unternehmen	V2b Horizontal, Holding	V3 Regional vertikal
Kunden	- weniger zukunftsorientierte Leistungsentwicklung - einheitliche Qualität kaum zu erreichen	- - einheitliche Qualität nur mit viel Aufwand zu erreichen	- vertikale Integration auf längere Sicht erschwert	- vertikale Integration auf längere Sicht erschwert	- - einheitliche Qualität muss koordiniert werden
Organisationen	- - wenig Unterstützung vom Verband möglich - wenn Spitex-Regionen so bleiben, sind mehrere Betriebe insgesamt relativ klein - - aktuell z.T. noch Überschneidungen Spitex-Regionen - nicht alle stationären Betriebe im Boot, wäre zu prüfen	- - Gesamtorganisation komplex - Verband braucht deutlich mehr Mittel und Regionen «sparen» nur bedingt - Geeignete Fachpersonen zu finden, könnte Herausforderung werden	- Spitex-Einheiten werden aus vertikaler Org. herausgelöst - - - - - weniger regionale Identität	- Spitex-Einheiten werden aus vertikaler Org. herausgelöst - zementiert aktuelle Situation - Gesamtorganisation wird schwerfälliger und wohl auch teurer - Evtl. Spannungsfelder; Corporate Governance dürfte komplex werden	- - - wenn Spitex-Regionen so bleiben, sind mehrere Betriebe insgesamt relativ klein - - aktuell z.T. noch Überschneidungen Spitex-Regionen - nicht alle stationären Betriebe im Boot, wäre zu prüfen
Gemeinden	-	-	- wenig regionale Mitsprache	- regionale Mitsprache reduziert	-
Gesamtkantonal	- kaum Weiterentwicklung	-	-	-	-

7.5.2 Ergebnisse Bewertungen durch den Steuerungsausschuss und das Projektteam

Für die Bewertung der fünf Varianten wurde eine Excel-Bewertungstabelle erstellt für eine qualitative Einschätzung in einer Notenskala von 1 bis 4, wobei «4 = sehr gut erfüllbar», «3 = gut erfüllbar», «2 = genügend erfüllbar» und «1 = ungenügend erfüllbar» bedeutete. Für die Anwendung der Kriterien in der Bewertung wurde eine Bewertungsskala erstellt, welche für jedes Kriterium jeweils pro Note den Erfüllungsgrad skizzierte.

Alle Mitglieder von Steuerungsausschuss und Projektteam haben einzeln die Excel-Bewertungstabelle ausgefüllt. Die Bewertungen wurden je für den Steuerungsausschuss und das Projektteam zusammengeführt, d.h. für die Noten je der Mittelwert ermittelt und die wichtigsten Beurteilungen verdichtet (Ergebnistabellen siehe Anhang 9.2 bzw. Beilagen). Ergebnisse in Punkten:

Tabelle 14: Gesamtpunktzahl der verschiedenen Kooperationsvarianten in der Bewertung durch StA und PT

Gremium	V0 Status Quo	V1 Verband als Koordinator	V2a Horizontal, Unternehmen	V2b Horizontal, Holding	V3 Regional vertikal
Steuerungsausschuss	151	206	311	231	318
Projektteam	143	206	304	264	318

Die Bewertungen der beiden Gremien sind sehr ähnlich. Da bei dieser Methode eine Differenz in der Punktzahl von mindestens 10 % als sinnvoll erachtet wird, um relevant zu sein, können aus diesen Bewertungen zwei Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Die Varianten V2a und V3 sind gleichauf
- Die Varianten V0, V1 und V2b fallen demgegenüber ab und deshalb ausser Betracht.

Aufgrund der Besprechungen zu den Ergebnissen kann davon ausgegangen werden, dass die in etwa gleiche Bewertung der Varianten V2a und V3 im Spannungsfeld steht zwischen Vorteilen und Potenzial der vertikalen Integration (insbesondere jener Organisationen, welche die vertikale Kooperation aktiv nutzen) und dem Wunsch nach Bildung einer separaten, kantonsweit operierenden starken Spitex-Organisation (insbesondere jenen, die selbst nicht vertikal organisiert sind oder – wenn sie es schon sind – das Kooperationspotenzial noch kaum nutzen).

7.6 Weitere Prüfung der Kooperationsvarianten

7.6.1 Übersicht

Weil die Varianten V2a und V3 in etwa die gleiche Punktzahl erzielten, müssen diese zwei Varianten mittels detaillierterer Ausarbeitung (Eckwerte) und Kunden- / Marktsicht einer vertieften Prüfung unterzogen werden.

Themen für die vertiefte Prüfung

- Eckwerte Varianten «2a Horizontal, Unternehmen» und «V3 Regional vertikal» im Vergleich
- Trends
- Nutzen aus Kundensicht
- Rollen in der Umsetzung und Projekte beim Kanton
- Umsetzungsfragen

7.6.2 Eckwerte Varianten «V2a Horizontal, Unternehmen» und «V3 Regional vertikal» im Vergleich

In Ergänzung zu den Definitionen der Varianten im Kap. 7.4 können die Eckwerte für die beiden Varianten wie folgt präzisiert werden:

Tabelle 15: Eckwerte für die Varianten 2a und 3:

Themenbereich	V2a Horizontal, Unternehmen	V3 Regional vertikal
Variante / Modell	- Spitex SH (horizontale Integration): Bildung eines einzigen kantonalen Spitex-Unternehmens	- Integrierte regionale Versorgungsstrukturen Langzeitpflege (vertikale Integration); siehe auch untenstehende *Tabelle 16*
Betriebe / Mitarbeitende	- Neue Trägerschaft übernimmt von allen sieben bisherigen Spitex-Regionen die Betriebe (d.h. auch die 4 bisher vertikal organisierten Spitex-Regionen übertragen ihren Spitex-Betrieb an die neue Spitex SH) - Dies betrifft rund 350 Mitarbeitende in rund 137 VZÄ - Bisherige Spitex werden zu Filialen der Spitex SH - Schnittstellen mit allen APH neu zu definieren. ICT? Weisungsrecht?	- Bis ca. 2028 noch maximal 3 Organisationen der integrierten Langzeitpflege im Kt. SH - Betroffen sind primär die Regionen Klettgau-Randen und SPUR sowie Buchberg-Rüdlingen (Einzugsgebiet total rund 20'000 Einwohner:innen, bzw. 24%) mit rund 95 Mitarbeitenden und 34 VZÄ (letzteres entspricht ca. 25% jener der sieben Spitex-Regionen) - Sekundär geht es auch um Thayngen und den Bezirk Stein (rund 5'700 bzw. 5'900 Einwohner:innen) und 21 bzw. 23 Mitarbeitenden (ca. 6% bzw. 7%), um die Mindestgrösse im Einzugsgebiet von rund 10'000 bis 15'000 Einwohner:innen zu erreichen (siehe Kap. 7.1.4) - Schnittstellen mit APH werden unternehmensintern inkl. ICT definiert (Weisungsrecht ist gegeben)

Rahmenbedingungen / Kanton	- Neuordnung der Langzeitpflege (LZP) im Kanton erforderlich, inkl.
	- Versorgungskonzept definieren, z.B.
	  ○ Oberziel «so lange wie möglich selbstbestimmt» => was es dazu braucht
	  ○ abgestimmte Versorgung ambulant und stationär (Kriterien, Monitoring…) definieren inkl. Anforderungen / Kriterien
	  ○ Einheitlichkeit / Effizienz Schnittstellen
	  ○ Freie Anbieterwahl nachvollziehbar sichergestellt (Monitoring)
	- Finanzierung Spitex anhand nachvollziehbarer Kriterien / Berechnung (keine Defizitdeckung mehr)
		- wie V2a

Beratungsstelle / Koordination	- Ziele:
	  ○ Im Klienteninteresse passend zu Selbstsorge-Fähigkeit massgeschneidert geeignete Lösungen empfehlen und bei Bedarf vermitteln
	  ○ Beratung und Unterstützung pflegender Angehöriger
	- Im Rahmen der Neuordnung LZP im Kanton Schaffung einer kantonalen Beratungs- und Koordinationsstelle, die für den ganzen Kanton zuständig ist (z.B. durch Definition der Aufgaben, Anforderungen und von Qualitätskriterien; evtl. kantonale Finanzierung oder Zuschüsse).
		- Ziele wie V2a
		
		- Im Rahmen der Neuordnung LZP (siehe V2a) Schaffung
		  ○ entweder einer kantonalen Beratungs- und Koordinationsstelle, die für den ganzen Kanton zuständig ist

Themenbereich	V2a Horizontal, Unternehmen	V3 Regional vertikal
		○ oder von regionalen Stellen (analog Kt. VD); diese könnten in den Unternehmen mit integrierter Versorgung angesiedelt werden (mit Garantie «Freie Anbieterwahl…», siehe V2a)
Trägerschaft	- Eine einzige, selbständige Trägerschaft für Spitex - Rechtsform entweder öffentlich-rechtlich (Zweckverband oder Anstalt) oder privatrechtlich (z.B. AG mit gemeinnützigem Zweck) - Träger sind Gemeinden oder der Kanton, abhängig von neuem Konzept LZP - Das strategische Führungsorgan sollte aus qualifizierten Fachleuten mit ausgewiesener, langjähriger Führungserfahrung bestehen. - Die demokratische Mitsprache und Kontrolle durch die Gemeinden erfolgt über ein geeignetes Aufsichtsorgan, welches mit Ergebnissen des professionellen Unternehmenscontrollings bedient wird, die strategische Führungsebene wählt und sich periodisch mit dieser austauscht. Mittels Informationsgefässen und periodisch durchgeführten Anlässen können Gemeinden und / oder auch breitere Kreise à jour gehalten werden	- Regionale, selbständige Trägerschaften für integrierte Versorgung - Rechtsform entweder öffentlich-rechtlich (Zweckverband oder Anstalt) oder privatrechtlich (z.B. AG mit gemeinnützigem Zweck) - Träger sind Gemeinden - Das strategische Führungsorgan sollte aus qualifizierten Fachleuten mit ausgewiesener, langjähriger Führungserfahrung bestehen. - Die demokratische Mitsprache und Kontrolle durch die Gemeinden erfolgt über ein geeignetes Aufsichtsorgan, welches mit Ergebnissen des professionellen Unternehmenscontrollings bedient wird, die strategische Führungsebene wählt und sich periodisch mit dieser austauscht. Mittels Informationsgefässen und periodisch durchgeführten Anlässen können Gemeinden und / oder auch breitere Kreise à jour gehalten werden
Integrationsprojekt	- Alle 7 Spitex-Regionen und alle Mitarbeitenden sind einzubeziehen - Alle 26 Gemeinden im Kanton in der Projektorganisation einbinden - Das Projekt müsste relativ rasch angegangen werden, um Unsicherheit bei Mitarbeitenden zu reduzieren	- Regionale Projekte (evtl. zeitversetzt)
Spitex-Verband	- Kein Verband mehr - Baldmöglichste Zusammenführung des Spitex-Verbands mit Artiset Schaffhausen (früher Curaviva) Schaffhausen wäre passend. -	- Wie bisher als Verein mit den SPO als Mitglieder - Aufgaben ○ Vertretung in Spitex-Belangen ○ Wo sinnvoll Koordination Leistungen und Standards - Baldmöglichste Zusammenführung des Spitex-Verbands mit Artiset Schaffhausen (früher Curaviva) Schaffhausen wäre passend.

7.6.3 Trends

Während die meisten im Kap. 6.1 dargestellten Trends im Altersbereich eine allgemeine Entwicklung skizzieren, sind im Kap. 6.1.1 mehrere Entwicklungen beschrieben, die für den Aufbau einer Integrierten Versorgung und damit für vertikale Integration der Spitex sprechen:

- *Integrierte Versorgung*: Diese Projekte haben in der Schweiz an Fahrt zugelegt und auch Kantone wie z.B. GL oder UR fördern dies.
- *Ergänzungsleistungen für Betreutes Wohnen*: Pflegenahes Wohnen lässt sich neben oder in unmittelbarer Nähe von APH realisieren. Spitex und Heim im gleichen Unternehmen erleichtern den Aufbau von pflegenahem Wohnen.

- *Einheitliche Finanzierung Ambulant – Stationär (EFAS)*: Auch wenn bis zur Realisierung noch mehrere Jahre vergehen werden, wird die Umsetzung von EFAS die Übergänge ambulant – stationär vereinfachen => vertikal organisierte Unternehmen sind dann im Vorteil.
- *Gesundheitsförderung*: Die Kundenkontakte über verschiedene Stellen des Unternehmens ermöglichen die Mehrfachplatzierung von Themen der Gesundheitsförderung, was deren Wirksamkeit erhöht.

7.6.4 Nutzen aus Kundensicht

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

- Komplexe Zuständigkeiten und Finanzierungsströme (siehe auch «Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung» unten im Kap. 7.6.5)
- Sektorielle Angebote und Finanzierung (z.B. ambulant – stationär), welche die Zusammenarbeit nicht fördern und Ineffizienzen beinhalten (z.B. Mehrfacherhebung der gleichen Daten, z.B. fürs elektronische Pflegedossier)
- «Falsche» finanzielle Anreize (z.B. EL-Finanzierung stationäre Pflege)
- Lücken in der Angebotspalette
    - Beratungsangebot im Bereich Langzeitpflege nicht flächendeckend
    - Verfügbarkeit von Kurzzeitplätzen nicht permanent sichergestellt[10]
    - Geringes Angebot an Betreutem Wohnen nach Curaviva Kat. B, insbesondere für Personen mit einer gewissen Fragilität, die aber noch über ausreichende Kapazität an Selbstsorge haben, um noch oder wieder selbständig wohnen zu können (vgl. Imhof L & Mahrer Imhof, 2018)
- Ungenügende sektorübergreifende Zusammenarbeit zum Wohle der Kunden

Eine Strategie der Gesellschaft in der Langzeitpflege sollte

- … auf die Kundenbedürfnisse fokussieren und das «Oberziel» ins Zentrum stellen
- … oben genannte (und weitere) Herausforderungen zielgerichtet und konsequent angehen

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

Die Umsetzung eines wirksamen Systems zur Unterstützung des «Oberziels» ist komplex und kann von einem Sektor allein (im vorliegenden Fall die Spitex) gar nicht geleistet werden. *Bei mehreren dieser Herausforderungen zur Annäherung an das «Oberziel» können einige Verbesserungen erreicht werden, wenn sie mit einer integrierten Versorgungsstruktur und klaren strategischen Zielen (Variante 3) angegangen werden. Bei einer horizontalen Integration der Spitex (Variante 2a) bleiben die Schnittstellen insbesondere zum stationären Langzeitbereich mit Unternehmen ausserhalb der Spitex bestehen oder müssen vom Spitex-Unternehmen mit jedem einzelnen APH geregelt werden.*

7.6.5 Rollen in der Umsetzung und Projekte beim Kanton

Für die in der Umsetzung von integrierter Versorgung sind die Rollen zu unterscheiden:

- Der Kanton setzt den Rahmen und definiert Ziele und Messgrössen zur Zielerreichung (das «was», nicht das «wie»); Empfehlungen hierzu sind weiter unten im Kap. 8.3 beschrieben
- Betriebe und Gemeinden planen mit einer klaren Strategie den Fokus auf die Erreichung des «Oberziels»; das gelingt am effizientesten mit integrierter Versorgung, wie sie im Kap. 7.1.4 beschrieben ist.

Beim Kanton gibt es zwei Projekte, welche die Langzeitpflege betreffen:

1. Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung zwischen dem Kanton und den Gemeinden

Im Bericht und Antrag des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen vom 22.02.2022 an den Kantonsrat betreffend Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung zwischen dem Kanton und den Gemeinden (Nr. 22-14) wird unter anderem folgendes festgehalten:

- Die Zuständigkeiten zur Langzeitpflege sind im Kanton Schaffhausen relativ komplex. Bei Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause mit kommunalen Leistungsaufträgen z.B. finanzieren die Gemeinden zumindest 40 Prozent der anrechenbaren Personalkosten (vgl. Art. 10 AbPG). Der Kanton erstattet den Gemeinden gemäss Art. 12 Abs. 1 AbPG die Hälfte ihrer anrechenbaren Aufwendungen für Altersbetreuung und Pflege.
- Diese Verflechtungen sind im Hinblick auf die fiskalische Äquivalenz, welche die Regelung (Rechtsetzung), den Vollzug und die Finanzierung von öffentlichen Aufgaben jeweils möglichst der gleichen staatlichen Ebene zuordnen möchte, daher suboptimal.
- Die vertiefte Überprüfung ergab, dass die Entflechtung des Prozesses im Gesamtkontext der damit verknüpften Themenbereiche äusserst komplex ist. Wird eine neue Aufteilung angedacht, müssen die Aufgaben und die Finanzierung im Gesundheitsbereich ganzheitlich überprüft werden. Nebst den Themen Altersheime und Spitex sowie Ergänzungsleistungen zählt dazu auch die individuelle Prämienverbilligung.
- Im Bereich Gesundheit, Alter und Pflege sowie Soziale Sicherheit soll deshalb zu einem späteren Zeitpunkt ein Projekt zur ganzheitlichen Abstimmung der Themen Prämienverbilligung, Altersheim und Spitex sowie Ergänzungsleistungen gestartet werden. Ob davon auch die Sozialhilfe betroffen sein wird, ist noch offen.

2. Demografiestrategie des Kantons Schaffhausen

Der Kanton Schaffhausen verfügt über eine Demografiestrategie von 2017, die mit Bericht vom 31.03.2022 weiterentwickelt wurde (Arbeitsgruppe Demografie, 2022). Ausgangspunkt ist dabei der im Kanton Schaffhausen im schweizerischen Vergleich hohe Altersquotient[11] von 36 Personen ab 65 Jahren pro 100 Personen im erwerbstätigen Alter, der bis 2050 voraussichtlich auf ca. 54 steigen wird. Untenstehend sind die wichtigsten im Altersbereich bzw. in der Langzeitpflege empfohlenen Massnahmen zur Umsetzung der Demografiestrategie aufgeführt (in Klammern Hinweise auf die Priorisierung durch den Regierungsrat vom 14.06.2022[12])

- M13 Stationäre und ambulante Alterspflege koordiniert steuern (fehlt in der Orientierungsvorlage des RR)
- M14c Integrierte Versorgungsmodelle unterstützen und fördern[13] (fehlt in der Orientierungsvorlage des RR)
- M15 Differenzierte Wohnformen unterstützen (in der Orientierungsvorlage des RR im Schwerpunkt 2)
- M17 Gemeinden im Aufbau und der Weiterentwicklung von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten beraten und unterstützen (in der Orientierungsvorlage des RR im Schwerpunkt 2)
- Weitere Massnahmen sind im Personalbereich vorgesehen (in der Orientierungsvorlage des RR grösstenteils im Schwerpunkt 1):
    - M1 Fachkräfte-Initiativen verstärken
    - M2 Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern
    - M7 Öffentliche Hand als Arbeitgeberin auf demografische Entwicklung ausrichten
    - M9 Ausbildungen fördern und Berufsverweildauer von Pflegefachpersonen verlängern

Zusammenfassend muss zu beiden Projekten festgehalten werden, dass im Bereich Langzeitpflege der Zeitpunkt der Bearbeitung offen ist, was angesichts der Dringlichkeit einer Neuordnung bedauerlich ist. Deshalb werden Elemente daraus in den Empfehlungen im Kap. 8.3 wieder aufgenommen.

---

[11] Der Indikator Altersquotient gibt an, wie hoch die Belastung einer Volkswirtschaft bzw. der Bevölkerung im produktiven Alter, die den Wohlstand erwirtschaftet und den Grossteil der Steuern aufbringt, durch die aus Altersgründen nicht mehr erwerbsfähige Bevölkerung ist.

[12] Bericht und Antrag des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen vom 14.06.2022 an den Kantonsrat betreffend Weiterentwicklung Demografiestrategie Kanton Schaffhausen (Orientierungsvorlage), Nr. 22-59

[13] Zwar bezieht sich der Schwerpunkt der Massnahme im Akutbereich, es darf jedoch davon ausgegangen werden, dass dies aufgrund der Dringlichkeit auch im Langzeitbereich der Fall sein wird

7.7 Umsetzungsfragen «2a Horizontal, Unternehmen» und «V3 Regional vertikal»

7.7.1 Machbarkeit Variante «2a Horizontal, Unternehmen»

Die Variante «2a Horizontale Integration aller Spitexorganisationen zu einem einzigen Unternehmen» stand am Ursprung des vorliegenden Projekts. Die konkrete Machbarkeit eines solchen Integrationsprojekts bzw. wichtige Herausforderungen dabei dürfen nicht ausser Acht gelassen werden:

- *Megaprojekt*: Mit 26 Gemeinden und 7 Betrieben wäre dies ein komplexes Projekt. Nur schon die Harmonisierung der Anstellungsbedingungen inkl. der beruflichen Vorsorge dürfte ein umfangreiches Teilprojekt erfordern.
- *Trägerschaft*: Diese Frage hat zwei Dimensionen:
    - Jetzige Trägerschaften: Diese umfassen – neben Vereinen – auch unselbständige Gemeindebetriebe und eine Anstalt. Eine solche Zusammenführung ist viel komplexer als die damalige Fusion aller Spitex-Vereine des Kantons Zug (nur 11 Gemeinden im Projekt, Zusammenschluss der regionalen / lokalen Verein zu einem neuen Verein), die oft als Beispiel herangezogen wird.
    - Trägerschaft neues Unternehmen: Die 26 Gemeinden müssten sich auf eine neue Trägerschaft einigen.
- *Herauslösen Spitex*: Für die bereits vertikal organisierten Regionen, insbesondere Schaffhausen und Neuhausen, wäre ein Herauslösen der Spitex aus der heutigen integrierten Versorgungsstruktur ein Rückschritt, der ihnen keinen Nutzen bringt. Es ist daher zweifelhaft, ob diese bei einem solchen Projekt mitmachen würden.

7.7.2 Vertikale Integration: Überlegungen zu Umsetzungsmöglichkeiten

Bei der Variante 3 geht es – im Gegensatz zu Variante 2a – nicht um die Schaffung eines einzigen kantonalen Unternehmens, sondern *um die Beibehaltung/ Stärkung bestehender vertikal organisierter Betriebe* – soweit sie wie z.B. in der Region Schaffhausen und in Neuhausen die im Kap. 7.1.4 erwähnten Kriterien schon erfüllen – oder die Schaffung von regionalen Unternehmen («bottom-up» entwickelt und nicht «von oben verordnet»), welche eine ausreichende Grösse gemäss Kap. 7.1.4 erreichen. In der untenstehenden Tabelle werden für die verschiedenen Regionen Lösungsansätze aufgezeigt. Dabei werden Fragen der Rechtsform nicht detailliert aufgeführt; hingegen werden Stiftungen separat erwähnt, weil dort eine allfällige Änderung der Rechtsform komplexer ist.

Tabelle 16: Integrierte Versorgung (vertikale Integration): Überlegungen zu Umsetzungsmöglichkeiten in den einzelnen Spitex-Regionen

Öffentliche Spitex	Versorgungsgebiet	Varianten vertikal in Bezug auf Strukturen	Bemerkungen
Region Schaffhausen	Bargen, Büttenhardt, Dörflingen, Lohn, Merishausen, Schaffhausen, Stetten (43'027 E.)	IST vorläufig belassen	- Grösstes Spitex-Versorgungsgebiet im Kt Schaffhausen - Der zuständige Bereich Alter ist ein unselbständiger Stadtbetrieb; in dieser Rechtsform ist der Spielraum für die Mitbestimmung anderer Gemeinden begrenzt
Neuhausen	Neuhausen a. Rhf. (11'049 E.)	IST vorläufig belassen	- Ausreichende Grösse des Versorgungsgebiets - Denkbar wäre eine Erweiterung der Trägerschaft um weitere Gemeinden; eine allfällige Anpassung der Rechtsform wäre dann zu prüfen
Thayngen	Thayngen (inkl. Barzheim, Bibern, Hofen, Altdorf, Opfertshofen) (5'728 E.)	Zu grösserer Organisation weiterentwickeln	- Das Versorgungsgebiet ist heute für integrierte Versorgung zu klein - Für eine allfällige Anpassung der Trägerschaft gibt es verschiedene Varianten, z.B. Stadt Schaffhausen, Gemeinden in der Nachbarschaft, Bezirk Stein, Neuhausen…
Bezirk Stein	Buch, Hemishofen, Ramsen, Stein a.Rh. (5'942 E.)	Zu grösserer Organisation weiterentwickeln	- Das Versorgungsgebiet ist heute für integrierte Versorgung zu klein - Für eine allfällige Anpassung der Trägerschaft gibt es verschiedene Varianten, z.B. Stadt Schaffhausen, Thayngen, Gemeinden in der Nachbarschaft (evtl. auch im Kanton Thurgau), Neuhausen, neue Trägerschaft…
Klettgau-Randen	Beringen (inkl. Guntmadingen), Gächlingen, Löhningen, Neunkirch, Siblingen, Trasadingen, Wilchingen (inkl. Osterfingen) (13'548 E.)	Mit APH «Ruhesitz» in Beringen (105 Pflegeplätze)	- APH «Ruhesitz» ist eine Stiftung, verbunden mit einem Zweckverband (Beringen, Löhningen und Siblingen) → Lösungsfindung rechtlich zu prüfen (wobei möglicherweise der Zweckverband massgeblich ist)
		Mit APH «Altershaamet» in Wilchingen (38 Pflegeplätze)	- Das APH «Altershaamet» ist eine Stiftung und ein relativ kleiner Betrieb
		Mit Casa Viva Chläggi (80 Pflegeplätze)	- Die Casa Viva Chläggi ist eine interkommunale Anstalt (Gächlingen, Hallau, Oberhallau und Neunkirch) und mit je einem Standort in der Region Klettgau-Randen und mit einem in der Region SPUR - Daher könnte diese Anstalt als Kern für eine Erweiterung der Trägerschaft zu integrierter Versorgung dienen
		Es bietet sich an, einen Zusammenschluss der beiden Spitex-Regionen Klettgau-Randen und SPUR zu prüfen (evtl. gelingt es sogar, mehrere APH dafür zu gewinnen)	
SPUR	Hallau, Oberhallau, Schleitheim, Beggingen (5'041 E.)	Mit Casa Viva Chläggi (80 Pflegeplätze)	- Das Einzugsgebiet SPUR ist zu klein - Die Casa Viva Chläggi ist eine interkommunale Anstalt (Gächlingen, Hallau, Oberhallau und Neunkirch) und mit je einem Standort in der Region Klettgau-Randen und mit einem in der Region SPUR - Daher könnte diese Anstalt als Kern für eine Erweiterung der Trägerschaft zu integrierter Versorgung dienen

Öffentliche Spitex	Versorgungsgebiet	Varianten vertikal in Bezug auf Strukturen	Bemerkungen
		Mit dem APH Schleitheim (60 Pflegeplätze)	- Das APH ist ein Gemeindebetrieb; die Rechtsform einer integrierten Organisation müsste diskutiert werden
		Es bietet sich an, einen Zusammenschluss der beiden Spitex-Regionen SPUR und Klettgau-Randen zu prüfen (evtl. gelingt es sogar, mehrere APH dafür zu gewinnen)	
Buchberg-Rüdlingen	Rüdlingen, Buchberg (1'699 E.)	Keine im Einzugsgebiet	- Das Versorgungsgebiet ist zu klein. - Für diese Spitex spielt es keine Rolle, ob im Kanton Schaffhausen für die Spitex die V2a oder V3 umgesetzt wird. In beiden Fällen könnte sich die Spitex anschliessen - Die Alternative wäre eine engere Zusammenarbeit Richtung Kanton Zürich, allerdings sind zurzeit die Rahmenbedingungen dort anders. Dennoch gibt es heute Kooperation in verschiedenen Bereichen, z.B. im Personalbereich

7.8 Fazit Wahl der Kooperationsvariante

Aus Sicht des Kundennutzens und der Trends in der Langzeitpflege ist die Variante «V3 Regional vertikal» im Sinne einer **«Strategie regionale integrierte Versorgung»** die Variante der Wahl. Ziel dabei ist, bis 2028 noch maximal drei Betriebe der integrierten Versorgung im Kanton Schaffhausen zu haben, denen alle Gemeinden angeschlossen sind. Die Variante «V2a Horizontal, Unternehmen» würde nicht den gleichen Kundennutzen bringen und weniger zukunftsorientiert wirken. Dazu kommt noch, dass die Machbarkeit der V2a übers ganze Kantonsgebiet (d.h. mit allen 26 Gemeinden) nicht sichergestellt ist.

7.9 Feedback anlässlich der Präsentationen in den Regionen

Die Ergebnisse des vorliegenden Projekts wurden Ende Juni / anfangs Juli 2023 den Gemeinderäten fast aller Regionen vorgestellt:

- **Region Klettgau-Randen und Region SPUR** (und unter Anwesenheit des Vertreters der Region Neuhausen im Steuerungsausschuss) am 26.06.2023:
    - Die Empfehlung der «Strategie regionaler integrierter Versorgung» mit konsequenter flächendeckender Umsetzung und dem Fernziel von noch drei Versorgungsregionen bis zum Jahr 2028 wurde anfänglich mit Überraschung, aber grossmehrheitlich positiv aufgenommen.
    - Nach einer längeren und intensiven Diskussion – bei der auch zahlreiche praktische Aspekte wie z.B. Vorgehen, Trägerschaft oder Finanzierung zur Sprache kamen – entstand ein relativ breit abgestützter Konsens, dass man im Anschluss an das vorliegende Projekt die Umsetzung (siehe auch weiter unten Kap. 8.1) prüfen wolle.

- **Region Buchberg-Rüdlingen** am 27.06.2023:
  - Aufgrund interner Vorinformation wurde das Projektergebnis bereits mit Vorkenntnissen aufgenommen.
  - Angesichts der besonderen geographischen Lage der Region als Exklave stellen sich bei ihr auch spezielle Fragen wie z.B. Kooperation mit Gemeinden im Kanton Zürich.
  - Im Endergebnis ist es für diese Region von untergeordneter Bedeutung, ob die Variante «V2a Horizontal, Unternehmen» und «V3 Regional vertikal» zur Umsetzung kommen. Bei beiden Varianten ginge es für die Region darum, sich ggf. einer grösseren Organisation anzuschliessen.
  - In der Diskussion zeigte sich, dass die Region gewillt ist, sich zumindest in einer Anfangsphase in einem Projekt der Regionen Klettgau-Randen/ Region SPUR mitzuarbeiten.

- **Regionen Thayngen und Bezirk Stein** am 11.07.2023:
  - Hier wurden die Ergebnisse aus verschiedenen Gründen kontroverser diskutiert:
    - beide Regionen sind bereits vertikal integriert, während eine Weiterentwicklung zu moderner integrierter Versorgung möglicherweise nicht in allen Aspekten ausreichend transparent gemacht werden konnte
    - aus geographischen Gründen sind mögliche regionale Anpassungen sehr verschiedenartig möglich, zumindest theoretisch auch in Richtung Kanton Thurgau
    - teilweise dringende Projekte wie z.B. Betreutes Wohnen in Bearbeitung sind
  - Die thurgauer Nachbargemeinden des Bezirks Stein arbeiten im Spitex-Bereich mit privaten Betrieben zusammen, sodass völlig offen ist, inwiefern in diese geographische Richtung eine engere Kooperation möglich ist.
  - Die Umsetzung der «Strategie regionaler integrierter Versorgung» muss in diesen beiden Regionen im Anschluss an das vorliegende Projekt nochmals vertiefter angegangen werden.

8 Empfehlungen und weiteres Vorgehen

8.1 Stufe Gemeinden und Betriebe

Die Umsetzung der «Strategie regionale integrierte Versorgung» erfordert die Schaffung weiterer vertikal strukturierter Organisationen mit der im Kap. 7.1.4 beschriebenen Mindestgrösse des Einzugsgebiets von 10'000 bis 15’000 Einwohner:innen oder den Anschluss weiterer Gemeinden an entsprechend bereits bestehenden Organisationen. Wie bereits in den Eckwerten im Kap. 7.6.2 beschrieben ginge es einerseits um die Regionen Klettgau-Randen mit SPUR (unter Einbezug von Buchberg-Rüdlingen, vgl. Kap. 7.9) und andererseits um die beiden Regionen Thayngen und Bezirk Stein.

Die Projekte könnten entlang einem für solche Vorhaben bewährten Projektplan abgewickelt werden, wobei die Projektbeteiligten nach jeder Phase entscheiden, ob sie weitermachen wollen:

Abbildung 11: Möglicher Gesamt-Projektplan für den Aufbau regional vertikal organisierter Unternehmen der Langzeitpflege

	Vorprojekt	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Phase	Vorstudie Kooperation	Grobkonzept	Detailkonzept	Vorbereitung Umsetzung	Betrieb neue Organisation
Ziele	▪Kundenbedürfnisse/ -bedarf, Markt ▪Vision definiert ▪Bestvariante Kooperationsmodell erarbeitet (das „Was“)	▪Rechtsform / Strukturen / Finanzierung geklärt ▪Projektpartner definiert ▪Entscheid für Phase 2	▪Alle Grundlagen inkl. Business Plan und Verträge erarbeitet (das „Wie“) ▪(Politische) Entscheid zur Umsetzung gefällt	▪Trägerschaft steht ▪Umsetzungskonzepte fertiggestellt (Abläufe…) ▪Kader / MA vorbereitet	▪Betrieb funktioniert wie geplant ▪Wird laufend optimiert ▪Fortsetzung Kulturprojekt
Zeit	▪ca. 4 Monate	▪ca. 3 bis 5 Monate	▪ca. 6 bis 12 Monate	▪ca. 5 bis 8 Monate	▪ca. 1 bis 2 Jahre

Vorprojekt: Ziele sind einerseits die Vergegenwärtigung der Kundenbedürfnisse («Oberziel») und der diesbezüglichen Strategien der Projektbeteiligten. Andererseits suchen die Projektbeteiligten einen Konsens für ein Kooperationsmodell (noch grob definiert), deren Eckwerte dann in der Phase 1 konkret geprüft werden sollen. Anmerkung: Falls die Projektbeteiligten schon vor Projektbeginn sehen, dass gute Chancen zur Erreichung eines Konsenses bestehen, können Vorprojekt und die untenstehende «Phase 1» auch zusammengelegt werden.

Phase 1: Ziel ist die Definition und Begründung der zentralen Eckwerte für die Ausarbeitung des Detailkonzepts. Dazu gehören die Betriebs- und Rechtsform, das Finanzierungsmodell, die Eckwerte der neuen Organisation (inkl. strategischer Führungsebene) und die Detailplanung der Phase 2. Bei Bedarf werden Varianten gebildet und transparent bewertet. – Die Trennung von Phase 1 und 2 dient dazu, vor dem Vertiefen der Details den Rahmen abzustecken.

Phase 2: Auszuarbeiten sind im Wesentlichen: Detailkonzept mit Businessplan (inkl. Finanzplanung), den erforderlichen rechtlichen Grundlagen / Verträgen, den Personalregelungen, dem Versicherungsmodell (inkl. BVG), das ICT-Konzept und die Detailplanung Phase 3; für Teile der Projektarbeit werden auch Mitarbeitende einbezogen. Anschliessend erfolgt eine sorgfältige Information der Bevölkerung. Die Phase 2 wird durch einen Entscheid der zuständigen (politischen) Ebene abgeschlossen.

Phase 3 Die Übergangszeit zwischen dem (politischen) Entscheid zur Umsetzung und der Betriebsaufnahme der neuen Trägerschaft wird genutzt, um v.a. die Integration rasch voranzutreiben. So kann vermieden werden, dass die neue Trägerschaft nach Betriebsaufnahme einige Zeit mit sich selbst beschäftigt ist, statt sich auf die Kund:innen zu konzentrieren. Zentrales Element ist die gemeinsame Ausarbeitung der zukünftigen Abläufe (in Teilprojekten), unter Einbezug von Mitarbeitenden. Erfahrungsgemäss leistet diese Arbeit wesentliche Beiträge zur Integration und Entwicklung von Gemeinsamkeit

Phase 4 Die neue Organisation nimmt ihren Betrieb auf.

Es kristallisieren sich zwei Projekte heraus: 1) Die Regionen Klettgau-Randen mit SPUR und der Beteiligung von Buchberg-Rüdlingen; 2) die beiden Regionen Thayngen und Bezirk Stein zusammen. Die beiden Projekte sollen von der gleichen externen Projektleitung begleitet werden und einen gemeinsamen Steuerungsausschuss bilden, in dem der Kanton und der Spitexverband mitarbeiten. Ziel ist es, noch im 2024 je das Vorprojekt und die Phase 1 abgeschlossen zu haben. Daher sollen die Projekte anfangs 2024 gestartet werden.

Es empfiehlt sich, das Projekt durch ein erfahrenes Beratungsunternehmern begleiten zu lassen, insbesondere im Hinblick auf mit langfristiger Perspektive durchdachte Lösungen (z.B. zur Finanzierung).

8.2 Stufe Spitexverband

Der Spitexverband bleibt vorläufig bestehen. Im Sinne einer analogen Annäherung wie auf Stufe Betriebe macht es Sinn, dass der Spitexverband und Artiset eine engere Kooperation eingehen. Die gemeinsame Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder stärkt auch die Zusammenarbeit auf allen Ebenen.

Wie in den letzten 1 bis 2 Jahren bearbeiten Arbeitsgruppen des Verbands gemeinsame Themen wie z.B. Qualität, Fachthemen wie Psychiatrie oder Wundversorgung. Solche Arbeiten sollen weiterhin vom Verband finanziert werden, das hat sich bewährt und hilft mit, die Arbeit zu verteilen. Die Entwicklung von Standards soll – wo sinnvoll – über den Verband laufen.

Bezüglich den oben (Kap. 8.1) vorgeschlagenen Projekten soll der Spitexverband in geeigneter Form mitwirken, damit die von ihm definierten Eckpfeiler in allen Regionen in etwa gleich umgesetzt werden.

8.3 Empfehlungen Handlungsfelder auf Stufe Kanton

Auf Stufe Kanton sind in Bezug auf das vorliegende Projekt zwei Handlungsfelder zu unterscheiden:

- Rahmen setzen für Integrierte Versorgung
- Weiterentwicklung der Langzeitpflege

Zum Rahmen für integrierte Versorgung im Langzeitbereich

- Integrierte Versorgung definieren und deren Nutzen für die Unterstützung zum «Oberziel» der Bevölkerung anerkennen (hier kann evtl. auf Vorarbeiten anderer Kantone zurückgegriffen werden)
- Gezielte Förderung von Leistungspaketen der integrierten Versorgung, z.B.
    - Entwicklung Betriebskonzept integrierte Versorgung
    - Beratungsstelle mit Auflagen wie z.B. Beratungskonzept (mit dem «Oberziel» im Fokus), Betrieb durch eine integrierte Organisation, Verpflichtung zur Datenerhebung (deren Auswertung wiederum wertvolle Grundlagen für die Weiterentwicklung der Langzeitpflege darstellen können), nachweislich enge Koordination Beratungsstelle / Spitex / Betreutes Wohnen / APH, Case Management in definierten Fällen usw.
    - Angebote für Tagesbetreuung und Nachtaufenthalte
    - Stetige Verfügbarkeit von Kurzaufenthaltsplätzen
    - Konzept Rückkehr nach Hause aus stationären Aufenthalten
    - u.a.m.
- Unterstützung der Projekte (unter Auflagen) zur Bildung der regionalen integrierten Organisationen, um deren baldige Umsetzung zu fördern.
- Monitoring der Entwicklung und der Wirkung der integrierten Versorgung mit dem Ziel deren laufenden Weiterentwicklung

Denkbar wäre auch die Durchführung eines Folgeprojekts zum vorliegenden, das einerseits die Umsetzung der regionalen Projekte in einem kantonalen Rahmen begleitet, andererseits Vorschläge zu Leistungen der integrierten Versorgung und deren allfälligen Förderung entwickelt. Ein weiterer Auftrag könnten Vorarbeiten für ein Projekt «Weiterentwicklung Langzeitpflege» sein, da aufgrund des Hauptauftrags die Themen ohnehin bearbeitet werden.

Weiterentwicklung der Langzeitpflege

- Durchführung eines Projekts zur Neuordnung der Langzeitpflege mit Fokus a) auf das «Oberziel» der Bevölkerung und b) auf fiskalische Äquivalenz im Sinne des geplanten Spezialprojekts im Rahmen der «Aufgaben- und Finanzierungsentflechtung zwischen Gemeinden und Kanton Schaffhausen» und Berücksichtigung wesentlicher Massnahmen wie M13 und M14c (siehe Kap. 7.6.5))

- Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen (Beratung, Selbsthilfestrukturen, Entlastungsleistungen, finanzielle Unterstützung, Beitritt Kanton SH zum Verbund «Tag für betreuende Angehörige»[14] u.a.m.)
- Überprüfung stationäre Akut- und Übergangspflege und Prüfung der Überführung in ein Gesamtkonzept Kurzzeitaufenthalte inkl. permanenter Verfügbarkeit von Plätzen (bedingt Finanzierung der Vorhalteleistung
- Verstärkung der Gesundheitsförderung

[14] siehe https://betreuende-angehoerige-tag.ch/

9 Anhang

9.1 Literatur

- Alzheimer Europe Report (2020): Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe
- Bundesamt für Gesundheit (2022). Koordinierte Versorgung, https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html, Zugriff am 02.08.2022
- Arbeitsgruppe Demografie Kanton Schaffhausen (2022). Projektbericht Weiterentwicklung Demografiestrategie Kanton Schaffhausen vom 21. März 2022. Schaffhausen: Staatskanzlei Kanton SH
- Gesundheitsförderung Schweiz (2016). Gesundheitsförderung im Alter; Fakten und Zahlen. Faktenblatt 15. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Höpflinger F. (2022). Demografische Alterung – Trends und Perspektiven. Letzte Aktualisierung: 07.07.2022. Zürich
- Imhof L. & Mahrer-Imhof R. (2018). Betreutes Wohnen in der Schweiz: Grundlagen eines Modells. Studie im Auftrag von Curaviva, Senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz. Winterthur: Nursing Science & Care GmbHSchweizerischer Gemeindeverband (Hrsg.) (2019). Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle. Zeitschrift, Schweizerischer Gemeindeverband, Bern, Mai 2019.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2020): Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2018–2040, Kanton Schaffhausen. Neuchâtel
- Stadtrat Luzern (2021). Projekt „Alterswohnen integriert“. Bericht und Antrag an den Grossen Stadtrat Luzern (B+A 21/2021)
- Trageser J., Gschwend E., von Stokar T. (2019). Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schlussbericht der Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Zürich
- Nonnenmacher L., Pelzelmayer K., Bischofberger I. (2021). Pflegende Angehörige bei der Spitex anstellen. Careum Hochschule Gesundheit, Zürich, Dezember 2021

9.2 Ergebnistabellen Steuerungsausschuss und Projektteam

Verdichtung Excel-Tabellen der Variantenbewertung (siehe Kap. 7.5.2) je von Steuerungsausschuss und Projektteam (nachfolgende Seiten, separate Dokumente mit eigener Paginierung).

Auswertung über alle Bewertungen der Mitglieder StA (Mittelwert der Noten, Zusammenfassung der Beurteilungen)

Bewertung der Varianten Spitex SH (Steuerungsausschuss)

Legende: 4 = sehr gut 3 = gut 2 = genügend 1 = ungenügend

		Gewichtung	V0 Status Quo			V1 Verband als Koordinator			V2a Horizontal, Unternehmen			V2b Horizontal, Holding			V3 Regional vertikal		
	Kriterium	Detail	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G	Beurteilung	P	P*G
1	**Kundennutzen**: Bestmögliche Unterstützung für Oberziel «so lange wie möglich selbstbestimmt zu Hause bleiben»; Potenzial für differenzierte Leistungen.	25.0%	- keine flächendeckend einheitliche Qualität - grosse Unterscheide zwischen den Regionen - wird zukünftigen Anforderungen nicht gerecht (alle Bewohnerinnen und Bewohner im Kanton haben dieselben Rechte und Ansprüche). - Teilweise zu kleine Einheiten für eine bestmögliche Unterstützung der Kunden - Nicht alle SPO erbringen den gleichen Beitrag zur Erreichung des Oberziels. - In den gegenwärtigen Strukturen bestenfalls in einem Teil der Regionen erfüllbar. Ohne Koordination geringe Chancen auf Verbesserung	1.9	47	- Einheitlich wäre positiv, fraglich, ob reg. Bedürfnisse abgedeckt werden können - Wenn Admin-Aufgaben abgegeben werden, bleibt mehr Zeit für Kunden - Es kommt darauf an, wie der Verband aufgestellt ist und welche Weisungsbefugnis Verband gegenüber den SPOs hat. Auch ist in dieser Variante die versorgungsstufen-übergreifende Organisation nicht abgedeckt. Massiver Kraftakt für den Verband. - Enormer Aufwand, damit flächendeckend einheitliche Qualität erreicht werden kann.	2.4	59.4	- Klare einheitliche Strategie zur Erreichung einer kantonsweiten, einheitlichen Versorgung - Alle Standorte (Stützpunkte) können Organisation / Fachspezialisten nutzen - Von effizienten, standardisierten Pozessen profitieren Kunden - Jedoch: Wenn es nur eine Spitex-Organisation gibt, müssen einzelne SPOs ihre versorgungsstufen-übergreifende Organisation in ihrer Region aufgeben und neu übergeordnet aufbauen. Dies ist ein Rückschritt, der dem Kundennutzen abträglich ist. - ermöglicht optimale Versorgungssicherheit und Spezialangebote - Einheitlich, aber mögllicherweise schwerfälliger; direkter Kundenkontakt mit lokaler SPO geht verloren - Zusätzliche Schnittstelle zu stationären Leistungserbingern	2.8	68.8	- Erarbeitung einer klaren einheitlichen Strategie zur Erreichung einer kantonsweiten, einheitlichen Versorgung nicht ganz einfach (Mitspracherecht) - alle Standorte (Stützpunkte) können Organisation/Fach-spezialisten nutzen - von effizienten, standardisierten Pozessen profitieren Kunden - Wenn es nur eine Spitex-Organisation gibt, müssen einzelne SPOs ihre versorgungsstufen-übergreifende Organisation in ihrer Region aufgeben und neu übergeordnet aufbauen. Dies ist ein Rückschritt, der dem Kundennutzen abträglich ist.- alles unter einem Dach, aber Struktur ist komplizierter als V2a - Struktur zu schwerfällig für schnelle und pragmatische Entscheide - Regionale Verankerung, weniger anonym	2.5	62.5	- 'In einem grossen Teil der Regionen bereits erfüllt. In einzelnen Regionen noch kein Thema. Der Kanton gibt gesetzliche Rahmenbedingungen vor und der Verband muss einheitliche Standards für das Leitungsangebot definieren. - Genügende Grösse vorausgesetzt, ist regionaler Betrieb ideal, um Oberziel zu erreichen - zukunftsorientiere integrierte Versorgung - Voraussetzung muss sein, dass Heime wirklich nur Pflegefälle übernehmen dürfen (keine Kannibalisierung!) - Koordination der Leistungen anspruchvoll - versorgungsstufen-übergreifende Organisation kann genutzt werden - Die regionalen Bedürfnisse sind bekannt. Die Standorte könnten das Potenzial für differnezierte Leistungen voll ausschöpfen. - ambulante und statioäre Leistungserbringer können kundengerechte Angebote abstimmen.	3.3	81.3

2 Innovationspotenzial: Strukturelle Voraussetzungen, die mehr Möglichkeiten für Innovation bieten	10.0%	- In den gegenwärtigen Strukturen in einem Teil der Regionen erfüllbar. - Wichtig ist Wille der SPO, ihren Mitarbeitenden für Innovation Raum zu bieten - kleinere SPO haben hinsichtlich Finanzen und Fachpersonal kaum eine Chance - keine Ressourcen in mind 4 von 7 Regionen - müssen sich auf Grundauftrag beschränken, das wird aber in Zukunft nicht mehr genügen	1.8	18	- Verband könnte wichtige Rolle spielen und unterstützen - es braucht aber Gefässe, die das aufnehmen - Machbarkeit und Umsetzbarkeit ist fraglich. Langer und kostspieliger Prozess… - nur wenn der Verband Geld dafür vom Kanton und somit Ressourcen bekommt und gegenüber den SPOs weisungsbefugt ist. - Keine Ressourcen in mind 4 von 7 Regionen - Sie müssen sich auf Grundauftrag beschränken, das wird aber in Zukunft nicht mehr genügen	2.4	23.8	- Strukturelle Voraussetzungen vorhanden, aber Betrieb evtl. auch schwerfälliger. - "kurze Wege" und personelle Ressourcen für Innovationsprojekte und deren Umsetzung - Schnittstelle zu Heimen muss geregelt werden. - Zentrale Steuerung und Gleichbehandlung aller SPOs. Möglichkeit, über alle SPOs gleiche Instrumente und Projekte zu lancieren.	3.1	31.3	- Holding könnte Rolle des Verbandes aus V1 übernehmen - "kurze Wege" und personelle Ressourcen für Innovationsprojekte und deren Umsetzung - Corporate Governance ... (Mitsprache) - Man muss sich in der Holding arrangieren - 'Politische Interessen würden das Innovationspotenzial behindern. Hängt zu stark von geeigneten Führungsköpfen ab. - Zentrale Steuerung und Gleichbehandlung aller SPOs. Möglichkeit, über alle SPOs gleiche Instrumente und Projekte zu lancieren. Die Mitsprache der einzelnen Gemeinden beeinflusst die zentrale Steuerung und kann sie auch blockieren.	2.1	21.3	- Innovation aus erweitertem Blickfeld möglich - Innovation erfolgt nicht nur mit dem Blick der Spitex sondern einem gesundheitspolitischen Netzwerk. - für die heute "integrierten" SPO liegen keine Strategien vor - haben strukturelle Voraussetzung, um die Grundlagen für Kern- und gemeinsame Supportprozesse zu erarbeiten, einzuführen und laufend zu prüfen und anzupassen - "kurze Wege" und personelle Ressourcen für Innovationsprojekte und deren Umsetzung - was geschieht mit kleinen Heimen ohne SPO? (Qualität, Weiterentwicklung) - 'Projekte und Massnahmen können über beide Bereiche (stationär und ambulant) implementiert werden. In den gegenwärtigen Strukturen bei einzelnen vertikal integrierten SPOs ist viel nicht ausgeschöpftes Potential vorhanden. Nicht alle SPOs profitieren davon, da keine Zusammenarbeit und keine Nähe.	3.0	30
3 Effizienz: Leistung effizienter erbringen (Kern- und Supportprozesse, d.h. sowohl für Kunden wie auch intern) und potenzielle Fähigkeit, immer wieder Effizienzprojekte durchzuführen.	25.0%	- In den gegenwärtigen Strukturen in einem Teil der Regionen erfüllbar. - Die 7 Einheiten sind unterschiedlich und daher ist Effizienz suboptimal - defizitgarantie der gemeinden fördert effizienz nicht - Anforderungen werden steigen - insgesamt zuviel Aufwand für Administration - teure IT (resp. Einführung und Lösungen zu teuer - neue Prozesse müssen 7x entwickelt werden	1.3	31	- Monitoring könnte Verband durchführen. - Massiver Kraftakt für den Verband, wenn keine Ressourcen gesprochen werden. - fachlich gutes personal übernimmt die koordination . kann auch träge werden, weil mit selbstverwaltung beschäftigt - Hohe Kosten für Verband - Schwerfälligkeit bezüglich Grösse und internen politischen Interessen erachte ich als bedenklich. Dies ist aber stark von den Führungs- und Leitungspersonen abhängig. - Verband müsste sehr viel personelle Ressourcen für Innovationen finanzieren und bereitstellen können... - ...offen bleibt, ob diese dann von den SPO wirklich übernommen und würden (Mitspracherecht Gemeinden: insbeso Finanzen)	2.0	50	- 'Würde ein starkes Pendant zu den privaten SPO geben, wenn alle SPO einheitliche Effizienz mit gleichen Standards erbringen - Ein einziges Unternehmen kann Monitoring umsetzen; Koordinationsaufwand steigt aber - Controlling macht laufende Verbesserung möglich - Benchmark mit vergleichbaren Organisationen wird möglich - rasche Umsetzung von "Neuerungen" in fachlichen, adm, IT etc.Bereichen - einheitliches Controlling, eine KoRE, ein Benchmark-Tool, einheitliches QS. Sehr viel Aufbauarbeit. Kanton muss Vorgaben definieren. - 'Es ist fraglich ob ein Zusammenzug der Regionen effizienter wird. - fraglich, ob effizienz getragen von allen, wenn führung zu weit weg	3.1	78.1	- viel ist ähnlich wie bei V2a - Holding ist in der Lage, Prozess- und Effizienzmonitoring durchzuführen - aber Entscheidfindung evtl. aufwändiger als in V2a - einheitliches Controlling, eine KoRE, ein Benchmark-Tool, einheitliches QS. Die einzelnen Gemeinden haben Mitspracherecht, obwohl es eine Organsation ist = verkompliziert den Aufbau einer einheitlichen KoRe.	1.9	46.9	- Bei uns schon heute erfüllt - Eine Geschätsleitung für ambulant und stationär fördert die Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Gemeinsame Nutzung von Infrastruktur und Resourcen - Prozessmanagement vorhanden, allerdings regional unterschiedlich - Im aktuellen Status sicher die beste Lösung, um Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu optimieren und potentielle Fähigkeiten auszuschöpfen. - keine wiederholungen von datenerhebungen - Adm und IT gemeinsam nutzbar - einheitliches QS und Prozessmanagement etablieren - Controlling macht laufende Verbesserung möglich - Benchmark mit vergleichbaren Organisationen wird möglich - rasche Umsetzung von "Neuerungen" in fachlichen, adm, IT etc.Bereichen - Finanzierung kantonsweit neu regeln	3.4	84.4

4	**Personalsicht**: Professionelle, moderne Führung; Fähigkeit, den Betrieb laufend weiterzuentwickeln; attraktiver Bildungsbereich; verschiedenartige Funktionen im Unternehmen, welche die Attraktivität des Betriebs ebenfalls steigern; Potenzial für attraktive Anstellungsbedingungen.	20.0%	- Heute wenig Ressourcen für Weiterentwicklung - In den gegenwärtigen Strukturen in einem Teil der Regionen erfüllbar. Jede Region arbeitet für sich. - Kleine SPO kann auch attraktiver Arbeitgeber sein, ist aber in Bezug auf Aus- und Weiterbildung auf Dritte angewiesen	1.5	30	-Verband könnte Weiterbildung sicherstellen - Einheitliche Personalpolitik ist schwer umsetzbar. - es bleiben aber einige zu kleine Einheiten für Weiterentwicklung - Es kommt jedoch darauf an, wie der Verband aufgestellt ist und welche Weisungsbefugnis er gegenüber den SPOs hat und welche Vorgaben der Kanton den SPOs gibt (z. B. Massnahmen Pflegeinitiative). - Attraktivität nur in Bezug auf "Kleinheit" (familiäre Kultur) - unattraktive Pensen, zT sehr klein (Admin, etc.) - keine Ausbildungsplätze, da in kleinen Regionen keine Ausbildner vorhanden sein werden - anspruchsvolle Zusammenarbeitsverträge.	2.1	42.5	- Einheitliche Führung und von Grösse her Möglichkeit, modern zu führen. - Man kann qualif. HR-/Bildungs-Personal einsetzen - - attraktiver in Bezug auf Ausbildung (Grund- und WeBi) - grössere und breitere Palette an Funktionen (interne Wechsel, WeBi) - attraktive Anstellungsbedingungen (u.a. planbarere Einsätze) - heutige Selbständigkeit der MA bleibt, oder vergrössert sich - Vereinheitlichung des Personalreglements und Gleichstellung des Personals ist mit grossem Aufwand verbunden. - Es besteht die Gefahr, dass einzelne Regionen ihre guten Anstellungsbedingungen und ihre Möglichkeiten / Grundlagen verlieren, - wenig mitsprache und keine berührung zu entscheidungsträgern	3.1	62.5	- viel ist ähnlich wie bei V2a - Personalsynergien nur bedingt nutzbar - Holding könnte wie bei V1 der Verband die Weiterbildung sicherstellen - Es besteht die Möglichkeit, dass einzelne Regionen ihre guten Anstellungsbedingungen und ihre Möglichkeiten / Grundlagen verlieren, welche sie jetzt in ihrer Region haben. Sehr viel Aufbau- und Überzeugungsarbeit. Aufgrund dessen ist in einzelnen Regionen von einer grösseren Personalfluktuation auszugehen. Mitsprache der Gemeinden ermöglicht gegebenenfalls eigene, bessere Anstellungsbedingungen.	2.6	52.5	- Die Unternehmen wären zwar kleiner als V2a, müssten für Weiterbildung zusammenarbeiten - Herausforderung für Mitarbeitende (verschiedene Kulturen zusammenbringen) - grössere und breitere Palette an Funktionen (interne Wechsel, Weiterentwicklung) - Potential für attraktivere Anstellungsbedingungen - Auswirkung auf APH ohne SPO? - Grösseres Potential für Ausbildung (Grund- und WeBi), jedoch teilweise trotzdem zu kleine Betriebe - Herausfordernde Führung - Verlangt Flexibilität vom Personal, bietet aber grosse Abwechslung, gegneseitiger professioneller Austausch, Entwicklungs- und Bildungsmöglichkeiten. - '70 % der Mitarbeitenden sind bei der kantonalen PK versichert und somit Angestellte einer Gemeinde / Stadt mit sehr guten Konditionen. Mit der Umsetzung der Pflegeinitiative und den Vorgaben des Kantons bekommen die anderen 30 % die Möglichkeit / Verpflichtung, ihre Konditionen für die Mitarbeitenden zu verbessern.	2.9	57.5
5	**Versorgungssicherheit**: Verantwortung für Versorgungssicherheit inkl. spezialisierte Angebote wahrnehmen können; dies auch bei schwankender und / oder stark steigender Nachfrage.	20.0%	- Nicht jeder Betrieb kann adäquat und kundengerecht auf die Bedürfnisse eingehen. - Nachfrageschwankungen gerade für kleine SPO grösste Herausforderung - geforderte Leistungsbreite nicht abdeckbar - Austausch trotz Personalverleihvertrag in der Praxis schwierig umzusetzen.	1.3	25	- Möglichkeiten des Verbands limitiert. - Personalverleihverträge und Kooperationsverträge erarbeiten. In der Praxis wenig nachhaltig und z. T. schwierig umzusetzen. Spezialisierte Angebote bestehen in der gegenwärtigen Situation bestenfalls in einem Teil der Regionen. Leitplanken des Kantons als zwingende Grundlage für eine entsprechende Weisungsbefugnis des Verbandes fehlen. - Versorgungssicherheit hängt von der Flexibilität der untergeordneten Betrieben ab.	1.5	30	- Von Grösse her sollte die SPO in der Lage sein - Leistungsbreite und Versorgungssicherheit für alle kantonsweit umsetzbar - Nachfrage-Schwankungen können aufgefangen werden - Spezialisierte Angebote können ausgebaut werden (Konkurrenz priv. Spitex!!) - Schnittstelle zu Heimen muss geklärt werden. - Schwankungen über das gesamte Kantonsgebiet sind ohne Kompromisse (Mitarbeitende arbeiten über alle Regionen hinaus) schwierig abzufedern. Wegzeiten würden sich massiv erhöhen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, spezialisierte Teams (z. B. Psychiatrie) über den Kanton anzubieten.	3.5	70	- viel ist ähnlich wie bei V2a - Versorgungssicherheit wäre gewährleistet, aber Koordinationsaufwand grösser - Schnittstelle zu Heimen muss geklärt werden - Mitsprache der Gemeinden könnten eine effiziente Versorgung behindern. - Schwankungen über das gesamte Kantonsgebiet sind ohne Kompromisse (Mitarbeitende arbeiten über alle Regionen hinaus) schwierig abzufedern. Die einzelnen SPOs bilden teilselbständige rechtliche Einheiten, was erschwerend wirken könnte. Es besteht jedoch die Möglichkeit, spezialisierte Teams (z. B. Psychiatrie) über den Kanton anzubieten.	2.4	47.5	- Bei genügender Grösse wäre Versorgungssicherheit gewährleistet - 'Gegenseitige Unterstützung bei Organsation der Versorgungssicherheit, sehr kurze Wege zu stationären Angeboten in Krisensituationen - optimal für versorgungssicherheit, weil mehrere Leistungserbringer verantwortung tragen und einander unterstützen. - 'In den gegenwärtigen Strukturen bestenfalls in einem Teil der Regionen erfüllbar, da einzelne Spitex Regionen sehr klein sind. In der einzelnen vertikalen Region wird der Spielraum grösser, Schwankungen abzufedern und spezialisierte Angebote (ambulant / stationär) zu entwickeln auch mit Kooperationen mit externen Partnern (z. B. private Spitex Organisationen). Dies muss jedoch auch in den Regionen, welche bereits vertikal ausgerichtet sind, aufgebaut und implementiert werden.	3.3	65
	Total	100%			**151**				**206**				**311**				**231**				**318**

Anzahl Kriterien

Auswertung über alle Bewertungen der Mitglieder des PT (Mittelwert der Noten, Zusammenfassung der Beurteilungen)

Bewertung der Varianten Spitex SH (ProjektTeam)

Legende: 4 = sehr gut 3 = gut 2 = genügend 1 = ungenügend

	Kriterium	Gewichtung Detail	V0 Status Quo Beurteilung	P	P*G	V1 Verband als Koordinator Beurteilung	P	P*G	V2a Horizontal, Unternehmen Beurteilung	P	P*G	V2b Horizontal, Holding Beurteilung	P	P*G	V3 Regional vertikal Beurteilung	P	P*G
1	**Kundennutzen** Bestmögliche Unterstützung für Oberziel «so lange wie möglich selbstbestimmt zu Hause bleiben»; Potenzial für differenzierte Leistungen.	25.0%	- Oberziel kann langfristig nicht für alle SPO erhalten bleiben. Was ausbleiben wird, ist die einheitliche Qualitätsentwicklung. - Keine einheitliche Qualität möglich. - 'Es können nur die Kernleistungen von allen erfüllt werden. - In den gegenwärtigen Strukturen bestenfalls in einem Teil der Regionen erfüllbar. Ohne Koordination geringe Chancen auf Verbesserung - Direkter bei Kunden bleibt alles unverändert.	1.6	39	- Diese Variante ist sicher besser als die Variante "Status Quo". Es kommt jedoch darauf an, wie der Verband aufgestellt ist und welche Weisungsbefugnis er gegenüber den SPOs hat. Auch ist in dieser Variante die versorgungsstufen-übergreifende Organisation nicht abgedeckt. Massiver Kraftakt für den Verband. - Aufwand zu einer erfolgreichen und zufriedenstellenden Umsetzung ist nur bedingt, falls überhaupt, umsetzbar. Benötigt gute Koordination. - Möglichkeit, Dienstleitungen zu erweitern. - Es braucht viel Aufwand von Seiten des Verbandes um das Oberziel zu erreichen	2.3	57.1	- Wenn es eine Organisation gibt, müssen einzelne SPOs ihre versorgungsstufen-übergreifende Organisation in ihrer Region aufgeben und neu übergeordnet aufbauen. Dies ist ein Rückschritt. - Das qualitative und quantitative Leistungsangebot wird einheitlich gestärkt (positive Bewertung). Übernahme aller bisherigen SPO bringt Unsicherheit und Ungewissheit mit sich (negative Bewertung). - Klare Strategie um das Oberziel zu erreichen. Leistet aktiv einen massgeblichen Beitrag zur Erreichung des Oberziels. - Möglichkeit, Dienstleitungen zu erweitern.	2.9	71.4	- Wenn es eine Organisation gibt, müssen einzelne SPOs ihre versorgungsstufen-übergreifende Organisation in ihrer Region aufgeben und neu übergeordnet aufbauen. Dies ist ein Rückschritt. - Fraglich ist, ob durch die Holdingstruktur, aktiv einen Beitrag zum Erreichen des Oberziels beigetragen werden kann. - - Klare Strategie um das Oberziel zu erreichen. Leistet aktiv einen massgeblichen Beitrag zur Erreichung des Oberziels. - Einheitliche Leistungen können vollbracht werden - Grosse, träge Einheit.	2.7	66.7	- In einem grossen Teil der Regionen bereits erfüllt. In einzelnen Regionen noch kein Thema. Der Kanton gibt gesetzliche Rahmenbedingungen vor und der Verband muss einheitliche Standards für das Leitungsangebot definieren. - Effiziente und standartisierte Prozesse zwischen verschiedenen Versorgungssstufen. - Sofern sich die Personalsituation nicht wesentlich verändert, bleibt die Erreichung des Oberziels bestehen. - Direkte Koordination bei Bedarf, Schniittstelle vor Ort, Übertritte gut koordiniert inerhalb einer Organisation	3.3	82.1
2	**Innovationspotenzial**: Strukturelle Voraussetzungen, die mehr Möglichkeiten für Innovation bieten	10.0%	- Teils Betriebe sind zu klein und verfügen nicht über die ausreichenden Personal-ressourcen und/oder das nötige Fachwissen. - In den gegenwärtigen Strukturen in einem Teil der Regionen erfüllbar. Die Regionen werden durch die Spitex Region SH unterstützt. - Projekte lassen sich nur schwer gemeinsam Umsetzen	1.7	17	- Support, die Inovationsstrategie regelmässig zu überarbeiten und anzupassen - Grundsätzlich gute Variante als der "Status Quo", mit Potenzial. Umsetzung ist jedoch schwierig, da einheitliche Zusammenarbeit mit viel Aufwand verbunden ist. - Dies ist eine bessere Variante, aber nur wenn der Verband Geld dafür vom Kanton und somit Ressourcen bekommt und gegenüber den SPOs weisungsbefugt ist. - Braucht viel Aufwand vom Verband um Innovationen anzugehen - wer macht das? - Komplexe Situation	2.1	21.4	- 'Zentrale Steuerung und Gleichbehandlung aller SPOs. Möglichkeit, über alle SPOs gleiche Instrumente und Projekte zu lancieren. Sehr viel Aufbauarbeit. - Die Idee, ein flächendeckendes einheitliches Leistungsangebot zu erreichen ist positiv und sinnvoll. Ist es jedoch in der Praxis umsetzbar? - Support, die Inovationsstrategie regelmässig zu überarbeiten und anzupassen - Innovationen sind möglich, da eine starke Spitex. Die entsprechenend Ziele und Massnahmnen können umgesetzt werden.	3.0	30	- 'Zentrale Steuerung und Gleichbehandlung aller SPOs. Möglichkeit, über alle SPOs gleiche Instrumente und Projekte zu lancieren. Die Mitsprache der einzelnen Gemeinden beeinflusst die zentrale Steuerung und kann sie auch blockieren. - Ist nur umsetzbar, wenn Basis und Führung am gleichen Strick ziehen, d.h. die gleichen Interessen vertreten. - Lange Dienstwege, unflexibel bei neuen Projekten, einheitlich. - Innovationen sind möglich, da eine starke Spitex. Die entsprechenend Ziele und Massnahmnen können umgesetzt werden.	2.8	28.3	- Durch einheitliches System könnte diese Variante zum Erfolg führen. - 'Projekte und Massnahmen können über beide Bereiche implementiert werden. In den gegenwärtigen Strukturen bei einzelnen vertikal integrierten SPOs ist viel nicht ausgeschöpftes Potential. vorhanden. Nicht alle SPOs profitieren davon, da keine Zusammenarbeit und keine Nähe. - In Kooperation mit APH können die Synergien und Innovation vor Ort überprüft und abgestimmt werden - 'SPO die über strukturelle Vorraussetzungen für laufende Innovationen verfügt - SPO Organisation verfügt über etablierte Prozesse, starke Schwankungen können besser abgefedert werden. - Wie innovativ ist die Spitex, wenn sie vertikal organisiert ist? Braucht starke Spitexplayer in der Organisation.	3.3	32.9

3	**Effizienz**: Leistung effizienter erbringen (Kern- und Supportprozesse, d.h. sowohl für Kunden wie auch intern) und potenzielle Fähigkeit, immer wieder Effizienzprojekte durchzuführen.	25.0%	- In den gegenwärtigen Strukturen in einem Teil der Regionen erfüllbar. Die Regionen werden durch die Spitex Region SH unterstützt. Erarbeitete Unterlagen werden zur Verfügung gestellt. - Durch die steigenden Anforderungen können nicht alle SPO die Effizienz langfristig aufrecht erhalten. - Wirtschaftlichkeit = kurze Arbeitswege	1.3	32	- Kostenersparnis bei Erstellen von Standards, Konzepte usw.; Möglichkeiten, Projekte mitzuentwickeln. - 'Diese Variante ist sicher besser als die Variante "Status Quo". Es kommt jedoch darauf an, wie der Verband aufgestellt ist, welche Weisungsbefugnis er gegenüber den SPOs hat und was der Kanton für gesetzliche Rahmenbedingungen bringt. Massiver Kraftakt für den Verband, wenn keine Ressourcen gesprochen werden. - Es besteht ein etabliertes Qualitäs- und Prozessmanagement - braucht sehr viel Aufwand von Seiten Verband. - Bedingt, dass sich alle SPO effizient daran beteiligen. Umsetzung zeigt sich in der Praxis nicht so. - Gesamtorganisation komplex	2.0	50	- Kostenersparnis bei Erstellen von Standards, Konzepte usw.; Möglichkeiten, Projekte mitzuentwickeln - Umsetzung ist dann erfüllbar, wenn die Effizienz in allen SPO durchgeführt wird (QM, Controlling etc. - Einheitliches Controlling, eine KoRE, ein Benchmark-Tool, einheitliches QS. Sehr viel Aufbauarbeit. Kanton muss Vorgaben definieren.	2.7	67.9	- Führung der regionalen SPO durch das Holding-Unternehmen hindert Effizienzsteigerung. - Einheitliches Controlling, eine KoRe, ein Benchmark-Tool, einheitliches QS. Sehr viel Aufbauarbeit. Die einzelnen Gemeinden haben Mitspracherecht, obwohl es eine Organsation ist = verkompliziert den Aufbau einer einheitlichen KoRe. Kanton muss Vorgaben definieren. - Gemeinden wollen evtl. Mitsprache.	2.5	62.5	- Für die SPO, die zum jetzigen Zeitpunkt nicht vertikal integriert sind, hohes Potential, gegenseitige Ressourcen zu nutzen und das Leistungsangebot auszubauen und/oder miteinzubringen. - In Zusammenarbeit mit APH können Projekte und Ziele entwickelt und umgesetzt werden, sowohl für Kunden wie auch intern. Kostenersparnis IT und Supportprozesse. - Individuelles flexibles Vorgehen innerhalb der einzelnen Region möglich. Wenn Standards vom Verband kommen und die Leitplanken vom Kanton gegeben sind, ist dies für einen Teil der Regionen ein weniger kräftezehrendes Szenario. Viel Aufbauarbeit. - Innovation kann gemeinsam mit Alterzentrum umgesetzt werden.	3.4	85.7
4	**Personalsicht**: Professionelle, moderne Führung; Fähigkeit, den Betrieb laufend weiterzuentwickeln; attraktiver Bildungsbereich; verschiedenartige Funktionen im Unternehmen, welche die Attraktivität des Betriebs ebenfalls steigern; Potenzial für attraktive Anstellungsbedingungen.	20.0%	- Zum Teil sind die Betriebe zu klein. Bildung kann wegen fehlenden Personalressourcen nicht oder nur teilweise angeboten werden. Weiterentwicklung bleibt stehen. - In den gegenwärtigen Strukturen bestenfalls in einem Teil der Regionen erfüllbar. Jede Region arbeitet für sich. - Mitarbeiter, die im Einsatzgebiet wohnen.	1.4	29	- Weiterbildungen können einheitlich organisiert werden. Erstellen eines Mitarbeiterpools. - Es kommt jedoch darauf an, wie der Verband aufgestellt ist und welche Weisungsbefugnis er gegenüber den SPOs hat und welche Vorgaben der Kanton den SPOs gibt (z. B. Massnahmen Pflegeinitiative). '- Notwendige Ressourcen müssen ausgelagert werden. Einheitliche Anstellungs- bedingungen, inkl. PK, sind mit grossem Aufwand verbunden.	2.1	42.9	- Weiterbildungen können einheitlich organisiert werden. Erstellen eines Mitarbeiterpools. - Es besteht die Gefahr, dass einzelne Regionen ihre guten Anstellungsbedingungen und ihre Möglichkeiten / Grundlagen verlieren, welche sie jetzt in ihrer Region haben. Sehr viel Aufbau- und Überzeugungsarbeit. Aufgrund dessen ist in einzelnen Regionen von einer grösseren Personalfluktuation auszugehen. - Stärkung der Anstellungsbedingungen. Ein ! sowie ? bleibt jedoch beim Thema des strategischen Führungsorgans. Diese Personen müssen die Grundsätze der Spitex kennen, vertreten und umsetzen. - Professionelle Führung möglich, Weiterbildungen können spezifisch geplant werden. - Professionelle und modere Führung, spezialisierte Teams möglich, Bildung attraktiv, breite Palette an Funktionen, attraktive Anstellungsbedinungen dank Grösse.	3.1	62.9	- Es besteht die Möglichkeit, dass einzelne Regionen ihre guten Anstellungsbedingungen und ihre Möglichkeiten / Grundlagen verlieren, welche sie jetzt in ihrer Region haben. Sehr viel Aufbau- und Überzeugungsarbeit. Aufgrund dessen ist in einzelnen Regionen von einer grösseren Personalfluktuation auszugehen. Mitsprache der Gemeinden ermöglicht gegebenenfalls eigene, bessere Anstellungsbedingungen. - - Professionelle und moderne Führung, spezialisierte Teams möglich, Bildung attraktiv, breite Palette an Funktionen, attraktive Anstellungsbedinungen dank Grösse. - Qualifiziertes Fachpersonal in der strategischen Führung zu haben ist nicht realistisch, daher nicht empfehlenswerte Variante. - Lange Dienstwege, schwerfällig.	2.7	53.3	- Möglichkeit, zusammen das Personal auszubilden und Weiterbilden. Mitarbeiter können in beiden Settings arbeiten. - 'Positive Entwicklungsmöglichkeit bei einheitlich geführten Orga- nisation. Attraktivität des Betriebes motiviert Mitarbeitende, sich weiterzuentwickeln und sich mit der Organisaion zu identifizieren. - 70 % der Mitarbeitenden sind bei der kantonalen PK versichert und somit Angestellte einer Gemeinde / Stadt mit sehr guten Konditionen. Mit der Umsetzung der Pflegeinitiative und den Vorgaben des Kantons bekommen die anderen 30 % die Möglichkeit / Verpflichtung, ihre Konditionen für die Mitarbeitenden zu verbessern. - Dank Gesamtleitung klare schlanke Strukuren; Infrastruktur kann gemeinsam genutzt werden. - Professionelle und moderne Führung, spezialisierte Teams möglich, Bildung attraktiv, breite Palette an Funktionen, attraktive Anstellungsbedinungen dank Grösse	3.0	60

5	**Versorgungssicherheit**: Verantwortung für Versorgungssicherheit inkl. spezialisierte Angebote wahrnehmen können; dies auch bei schwankender und / oder stark steigender Nachfrage.	20.0%	- Schwankungen führen zu Herausforderungen, die nicht alle SPO bewältigen können und somit auf externe Unterstützung angewiesen sind. - In den gegenwärtigen Strukturen bestenfalls in zwei Regionen erfüllbar. Austausch trotz Personalverleihvertrag in der Praxis schwierig umzusetzen. - Kleine SPO können nur Kernleistungen erfüllen.	1.3	26	- Spezialisierte Angebote ausbauen - Nutzung der Synergien. Umsetzung in .der Praxis ist herausfordernd - Personalverleihverträge und Kooperationsverträge erarbeiten. In der Praxis wenig nachhaltig und z. T. schwierig umzusetzen. Spezialisierte Angebote bestehen in der gegenwärtigen Situation bestenfalls in einem Teil der Regionen. Leitplanken des Kantons, als zwingende Grundlage für eine entsprechende Weisungsbefugnis des Verbandes, fehlen.	1.7	34.3	- Nachfragesteigerungen können bewältigt werden - Versorgungssicherheit wird/muss durch Unternehmen gesichert/werden. - Schwankungen über das gesamte Kantonsgebiet sind ohne Kompromisse (Mitarbeitende arbeiten über alle Regionen hinaus) schwierig abzufedern. Es besteht jedoch die Möglichkeit, spezialisierte Teams (z. B. Psychiatrie) über den Kanton anzubieten. - Personalressourcen können besser genutzt werden. - SPO Organisation verfügt über etablierte Prozesse; starke Schwankungen können besser abgefedert werden.	3.6	71.4	- Schwankungen über das gesamte Kantonsgebiet sind ohne Kompromisse (Mitarbeitende arbeiten über alle Regionen hinaus) schwierig abzufedern. Die einzelnen SPOs bilden teilselbständige rechtliche Einheiten und könnten durch die Gemeinden gesteuert werden. Es besteht jedoch die Möglichkeit, spezialisierte Teams (z. B. Psychiatrie) über den Kanton anzubieten. - Versorgungssicherheit ist in der Regel gegeben, in der Regel können starke Nachfrageschwankungen bewältigt werden. - Ev. Spannungsfelder könnten Umsetzung stören.	2.7	53.3	- In den gegenwärtigen auch vertikalen Strukturen bestenfalls in einem Teil der Regionen erfüllbar, da einzelne Spitex Regionen sehr klein sind. In der einzelnen vertikalen Region wird der Spielraum grösser, Schwankungen abzufedern und spezialisierte Angebote (ambulant / stationär) zu entwickeln auch mit Kooperationen mit externen Partnern (z. B. private Spitex Organisationen). Dies muss jedoch auch in den Regionen, welche bereits vertikal ausgerichtet sind, aufgebaut und implementiert werden. - Bedingt eine gute Koordination; ist diese gewährleistet, ist die Sicherheit gegeben. - Bei Krisensituationen ist die Zusammenarbeit sehr hilfreich, Synergien können genutzt werden, Schwankungen können besser abgefedert werden.	2.9	57.1
	Total	100%			**143**			**206**			**304**			**264**			**318**
	Anzahl Kriterien																