

Sitzung vom 27. Juni 2018

618. Anfrage (Abbau von qualifiziertem Personal in Alters- und Pflegeheimen)

Kantonsrätin Pia Ackermann, Zürich, Kantonsrat Hanspeter Göldi, Meilen, und Kantonsrätin Barbara Bussmann, Volketswil, haben am 9. April 2018 folgende Anfrage eingereicht:

Laut Sonntagszeitung vom 1. April 2018 wurde in 13 Altersheimen im Kanton Zürich von 2012 bis 2016 qualifiziertes Personal abgebaut.

In diesem Zusammenhang stellen sich diverse Fragen:

1. Wurde der Mindeststellenplan in den betroffenen Heimen in diesem Zeitraum trotzdem eingehalten? Wenn nein, bei wie vielen Heimen in wie vielen Jahren nicht?
2. Auf alle Alters- und Pflegeheime im Kanton Zürich bezogen: Wie viele Verstösse gegen den Mindeststellenplan wurden im obigen Zeitraum festgestellt? Wie gravierend waren sie? Welche aufsichtsrechtlichen Folgen hatte dies?
3. Welche Ressourcen werden von den Bezirksräten für die Visitationen der Alters- und Pflegeheime eingesetzt? Wie viele Meldungen von Angehörigen gingen beim Bezirksrat ein? Was könnten mögliche Hinderungsgründe für eine Meldung sein?
4. Bei der Akut- und Übergangspflege: Wie viele Verstösse gegen die Mindestanforderungen an Personal für Pflege, Betreuung und Therapie wurden seit der Einführung festgestellt? Wir bitten um eine Auflistung nach Jahren.
5. Wie sieht der Regierungsrat die zukünftige Sicherstellung der Pflegequalität in Alters- und Pflegeheimen vor dem Hintergrund des Pflegegesetzes, welches mit dem Kriterium des Benchmarks (50. Perzentil) die Heime unter immer grösseren Spardruck setzt? Wie könnte stattdessen die Qualität als Kriterium angewendet werden? Wie könnten im Kanton Zürich anerkannte Messungen der Pflegequalität eingeführt werden?
6. Bei der Einführung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG) mit dem System 100/0 wurde eine Kostenverschiebung von den Gemeinden zum Kanton angekündigt. Wie sieht diese Lastenverschiebung zwischen Kanton und Gemeinden tatsächlich aus? Wir bitten um eine Auflistung der Mehrkosten von Kanton und Gemeinden. Wie steht der Saldo seit 2012 gegenüber der früheren Finanzierung?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Pia Ackermann, Zürich, Hanspeter Göldi, Meilen, und Barbara Bussmann, Volketswil, wird wie folgt beantwortet:

Zu Fragen 1 und 2:

Der Regierungsrat hat keine Anhaltspunkte, geschweige denn gesicherte Informationen, von welchen Altersheimen im in der Anfrage erwähnten Presseartikel vom 1. April 2018 die Rede ist. Zum ersten Teil der Frage 1 können deshalb keine Aussagen gemacht werden.

Ganz allgemein ist aber festzuhalten, dass ein Personalabbau nicht zwingend zur Unterschreitung des Mindeststellenplans führen muss. Es liegt in der Verantwortung der Heime, im Rahmen ihres Qualitätsmanagements zu prüfen, ob der bestehende «Skill- und Grademix», also die Zusammensetzung eines Teams (Verhältnis von Erfahrungen und angeeigneten Fähigkeiten [Skills] und Ausbildungsabschlüssen [Grade] der einzelnen Mitarbeitenden), stimmt oder ob er anzupassen ist. Ist letzteres der Fall, kann dies mit einem «Abbau» von qualifiziertem Personal verbunden sein.

Gemäss § 37 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes (GesG, LS 810.1) ist für die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Altersheime, Alters- und Pflegeheime und Pflegeheime der Bezirksrat zuständig. Aufgabe der gesundheitspolizeilichen Aufsicht ist unter anderem, zu prüfen, ob ein Heim jederzeit über das der Anzahl sowie der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechende Fachpersonal verfügt. Zu diesem Zweck fordert der Bezirksrat jährlich die Angaben der Betriebe zur Einhaltung des qualitativen und quantitativen Mindeststellenplans schriftlich ein und gibt dafür einen Stichtag vor. Die Gesundheitsdirektion hat dazu auf ihrer Website eine Vorlage zur Verfügung gestellt (<https://gd.zh.ch/heime> → Betriebsbewilligung → Vorlage für die Berechnung des Mindeststellenplans). Mit dieser Vorlage wird der Personalbedarf im Verhältnis zum Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner auf der Grundlage der zwölf Leistungsstufen gemäss Art. 7a Abs. 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (SR 832.112.31) berechnet.

Laut einer Umfrage bei den Bezirksräten, welche die Gesundheitsdirektion im Hinblick auf die Beantwortung der vorliegenden Anfrage machte, wurde der Mindeststellenplan in den Jahren 2012–2016 gesamthaft nur selten unterschritten. Bei den wenigen Abweichungen handelte es sich in der Regel um vorübergehende Unterschreitungen infolge Kündigungen, bei denen die nahtlose Rekrutierung des Nachfolgepersonals erschwert ist, oder infolge kurzfristiger markanter Steigerung des Pflegebedarfs der Bewohnenden. Gerade diplomiertes Pflegepersonal kann

je nach Zeitpunkt und Region nur schwer rekrutiert werden. Bloss in sieben Fällen – bei rund 340 Heimen und Pflegewohnungen – wurde zwischen 2012 und 2016 eine länger andauernde Unterschreitung des Mindeststellenplans festgestellt, die zu aufsichtsrechtlichen Massnahmen führte; der zuständige Bezirksrat erteilte der Institution jeweils eine Auflage und überprüfte sodann die Einhaltung des Mindeststellenplans für einige Zeit monatlich oder quartalsweise (statt einmal jährlich).

Zudem halten die Bezirksräte fest, dass im Zeitraum von 2012 bis 2016 kein grundsätzlicher Abbau von qualifiziertem Personal in den Heimen festgestellt werden konnte.

Zu Frage 3:

Der zeitliche Aufwand für die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Heime beläuft sich gemäss Angaben der Bezirksräte im Durchschnitt auf 4–5 Stunden pro Heim (Vorbereitung, Visitation mit Besprechung, Nachbereitung) sowie zusätzlich jeweils 1–2 Stunden Vor- und Nachbereitung durch die Bezirksratskanzlei. Die Heime werden in der Regel alle zwei Jahre visitiert, der ausgefüllte Mindeststellenplan wird jährlich eingefordert und geprüft. Werden in einer Institution Mängel festgestellt, die aufsichtsrechtliches Handeln nach sich ziehen, erhöht sich der Zeitaufwand entsprechend.

Die Heime sind verpflichtet, den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie ihren Angehörigen und Bezugspersonen beim Eintritt die Adresse des zuständigen Bezirkrates schriftlich bekannt zu geben. Hinsichtlich des Personalstellenplans eines Heims ging 2012–2016 nur eine einzige Beschwerde einer Angehörigen beim zuständigen Bezirksrat ein. Über mögliche Hinderungsgründe für Meldungen können keine Angaben gemacht werden, da sie nur spekulativer Natur wären.

Zu Frage 4:

Die Heime sind frei, ob sie Akut- und Übergangspflege anbieten bzw. ob sie eine Bewohnerin oder einen Bewohner aus dem Spital übernehmen, die oder der gemäss ärztlicher Verordnung ein solches Angebot benötigt. Die Gesundheitsdirektion macht für dieses Angebot keine zusätzlichen Mindestvorgaben in personeller Hinsicht, doch hat die Institution gemäss § 36 Abs. 1 lit. b GesG entsprechend ihrem Leistungsangebot für die fachgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten über das dafür notwendige Personal zu verfügen. Auch werden keine separaten Listen geführt, welche Heime Akut- und Übergangspflege anbieten. Die gesundheitspolizeilichen qualitativen und quantitativen Mindeststellenvorgaben schliessen die Akut- und Übergangspflege mit ein. Laut Angaben der Bezirksräte waren 2012–2016 keine auf dieses Angebot bezogenen Missstände hinsichtlich des Personalstellenplans zu verzeichnen.

Zu Frage 5:

Die zukünftige Sicherstellung der Pflegequalität erfolgt einerseits über den Bewilligungsprozess, andererseits im Rahmen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht durch den zuständigen Bezirksrat.

Grundlage für die Erteilung einer Betriebsbewilligung für ein Heim bilden §§ 35 ff. GesG. Die im Gesundheitsgesetz verankerten Berufspflichten gelten für Heime sinngemäss (§ 40 GesG). Im Vordergrund stehen Kriterien wie der bedarfs- und kompetenzgerechte Einsatz des Personals, die medizinische Versorgung, das Notfallmanagement sowie die Infrastruktur (Ausrüstung, Einrichtung, Räumlichkeiten), die den Anforderungen an eine sorgfältige Berufsausübung entsprechen müssen. Beim qualitativen Mindeststellenplan Pflege müssen mindestens 50% des Gesamtstellenplans durch diplomiertes Pflegefachpersonal und weitere Berufsfachpersonen (z. B. Fachpersonen Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis) abgedeckt sein. Mindestens 25% des Gesamtstellenplans müssen durch diplomiertes Pflegefachpersonal (Diplom HF, FH, Pflegefachperson DN I oder ein entsprechendes eidgenössisch anerkanntes ausländisches Diplom) abgedeckt sein; der Anteil an Assistenz- und Hilfspersonal darf 50% des Gesamtstellenplans nicht überschreiten.

Weiter müssen die Heime verschiedene konzeptionelle Vorgaben bezüglich fachgerechter Pflege, Betreuung und Behandlung erfüllen. Die Konzepte müssen betriebsspezifische, konkrete Antworten auf vorgegebene Fragestellungen geben. So muss ein Betriebskonzept beispielsweise Fragen zum Leistungsangebot, zur Aufnahme von Bewohnenden, zum Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgeaufträgen, zur Schweigepflicht oder zum Datenschutz und zum Qualitäts- und Beschwerdemanagement beantworten. In Pflege- und Betreuungskonzepten müssen alle für das Leistungsangebot relevanten Bereiche abgedeckt sein (z. B. Demenz, Umgang mit Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit, palliative Pflege). Für die Erteilung einer Betriebsbewilligung bedarf es weiter eines Hygienekonzeptes, das den allgemein anerkannten und aktuell gültigen fachlichen Standards entspricht, und eines Sicherheitskonzeptes, das die Medikamentenbewirtschaftung, den Umgang mit unvorhersehbaren Situationen, das Verhalten im Brandfall, die Suizidprävention und das Vorgehen bei Pandemien regelt (vgl. Merkblatt zur Betriebsbewilligung für eine Pflegeinstitution, <https://gd.zh.ch/heime>).

Für die Wahrnehmung ihrer Aufsichtsfunktion steht den Bezirksräten eine Wegleitung der Gesundheitsdirektion zur Verfügung. Neben der Prüfung der Einhaltung der personellen Mindeststellenvorgaben erfolgen Kontrollen unter anderem zu folgenden Aspekten: Eintrittsprozess von neuen Bewohnenden, Medikamentenbewirtschaftung, Qualitäts- und

Beschwerdemanagement, Ausbildung des Personals (alle Stufen), Qualität in der Pflege und Betreuung, fachspezifische Pflegekonzepte und deren Umsetzung (Demenz, freiheitseinschränkende Massnahmen usw.), Hygiene, Pflege- und Betreuungsdokumentation, Einhaltung des Datenschutzes, Wartung von technischen Anlagen, Sicherheitskonzept usw.

Wirtschaftliche Aspekte hingegen haben im Rahmen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht keine Bedeutung. Dies bedeutet, dass die gesundheitspolizeilichen Vorgaben stets eingehalten werden müssen, unabhängig davon, ob ein Heim sich wirtschaftlich betrachtet unter- oder oberhalb des Benchmarks (50. Perzentil) bewegt.

Art. 59a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10) verpflichtet Pflegeheime, den zuständigen Bundesbehörden Daten bekannt zu geben, die für die Überprüfung von medizinischen Qualitätsindikatoren benötigt werden. Die Daten werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhoben und durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) analysiert und veröffentlicht. Das BFS hat bisher noch keine medizinischen Qualitätsindikatoren für Pflegeinstitutionen erhoben. Seit 2009 läuft aber unter der Leitung des Dachverbands der Schweizer Heime Curaviva das Projekt «Medizinische Qualitätsindikatoren für Alters- und Pflegeheime»; es hat zum Ziel, die Instrumente und Wege zur Erhebung dieser Qualitätsindikatoren zu erarbeiten. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie das BAG und das BFS sind im Projektausschuss vertreten. Die erarbeiteten Qualitätsindikatoren wurden den vier Messfeldern «bewegungseinschränkenden Massnahmen», «Mangelernährung», «Polymedikation» und «Schmerzen» zugeordnet. Der Abschluss der Pilotphase wird spätestens Ende Juni 2018 erfolgen. Die definitive Umsetzungsplanung wird im Anschluss erwartet. Frühestens ab 2019 können dann in allen Schweizer Pflegeheimen Qualitätsindikatoren erhoben werden. Voraussichtlich ab 2020 werden diese gesammelt und ab 2021 durch das BAG publiziert. Der Regierungsrat unterstützt die Anstrengungen zur bundesweiten Einführung einer Qualitätsmessung im Pflegeheimbereich und sieht keinen Anlass, zusätzlich auf kantonaler Ebene tätig zu werden.

Zu Frage 6:

Auf den 1. Januar 2011 wurde das neue Pflegegesetz in Kraft gesetzt. Schon ein Jahr darauf, am 1. Januar 2012, trat das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG, LS 813.20) mit dem System 100/0 in Kraft. Seither finanziert der Kanton die Beiträge an die Spitäler zu 100% (vorher: Anteil Gemeinden an den Spitalbeiträgen gemäss Finanzkraftindex), und die Gemeinden sind im Gegenzug vollumfänglich für die Versorgung und Finanzierung ihrer Wohnbevölkerung mit Pflegeleistungen (ambulanz und stationär) zuständig.

Die folgende Tabelle zeigt die Beiträge von Gemeinden und Kanton an Pflege stationär/ambulant, Hauswirtschaft ambulant und Spital von 2010 bis 2016:

	Gemeinden	Kanton	Total	Anteil Gemeinden	Anteil Kanton
2010	407,4	894,9	1302,3	31%	69%
2011	470,7	954,0	1424,7	33%	67%
2012	356,5	1249,4	1605,9	22%	78%
2013	389,8	1305,5	1695,3	23%	77%
2014	411,8	1358,0	1769,8	23%	77%
2015	488,2	1366,7	1854,9	26%	74%
2016	527,7	1417,3	1945,0	27%	73%

(Beiträge in Mio. Franken, einschliesslich Hauswirtschaft ambulant)

Es ist klar erkennbar, dass von 2011 auf 2012 eine Lastenverschiebung weg von den Gemeinden hin zum Kanton stattgefunden hat: Der Anteil des Kantons an den von der öffentlichen Hand (mit)finanzierten Gesundheitskosten (Langzeit-/ambulante Pflege/Hauswirtschaft und Akutspital) stieg von 67% auf 78%, während der Anteil der Gemeinden von 33% auf 22% zurückging.

Zwischen 2011 (Regelung vor Inkrafttreten des SPFG) und 2016 sind die von der öffentlichen Hand zu tragenden Gesundheitskosten um insgesamt 520,3 Mio. Franken gestiegen. Davon entfielen 463,3 Mio. Franken auf den Kanton und 57 Mio. Franken auf die Gemeinden. Die Kostensteigerung aufseiten des Kantons lag damit bei 49%, diejenige aufseiten der Gemeinden bei lediglich 12%.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:
Kathrin Arioli