

senesuisse 3.14

FOCUS

Editorial von Clovis Défago 2

Das neue Finanzierungsmodell in Kürze 2

Mängel im heutigen Finanzierungssystem 3

Neues Finanzierungsmodell 5

Umsetzung des neuen Finanzierungsmodells 8

Vorwürfe der Medien an die Altersheime 10

Neues Modell zur Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter

↳ Die „neue Pflegefinanzierung“ gilt seit dem 1. Januar 2011. Doch bereits nach kurzer Zeit sieht man gewichtige Mängel. Diese im bestehenden System zu korrigieren, bringt andere Nachteile. Es drängt sich deshalb ein neues Modell zur Finanzierung von Betreuung und Pflege auf. Wir haben in Workshops mit ausgewiesenen Experten ein solches optimales Modell entwickelt. Die vorliegende Ausgabe zeigt auf, wie dieses aussieht und sogar ohne riesige Anstrengungen umgesetzt werden kann.

Wer zum ersten Mal ein komplettes Abrechnungssset für einen einzigen Heimaufenthalt sieht, reagiert konsterniert. Wie kommt es, dass eine Aufteilung in mehrere künstliche Kategorien erfolgt und anschliessend Rechnungen an 3–4 Zahler versendet werden? Die unnötige Komplexität führt zu enormem Aufwand. Zusätzlich sind auch grundsätzliche Anreize falsch gesetzt: So sind medizinische Leistungen mehr oder weniger „gratis“ erhältlich, und wer sein Ersparnis ausgegeben hat, erhält den gleichen Pflegeheimplatz wie ein Selbstzahler. Der Artikel auf den Seiten 3–4 stellt die Nachteile unserer aktuellen Finanzierung dar. Mit welchem System sie behoben werden können, wird aus dem entwickelten neuen Modell auf den Seiten 5–9 ersichtlich. <↳





CLOVIS DEFAGO ← CDE
Präsident senesuisse

↳ Unlängst sagte mir ein Stadtpräsident: „Wir wollen keine neue Einrichtungen für das Alter. Das zieht alte Leute an und die kosten später unsere kleine Stadt viel Geld.“ Solche und ähnliche Aussagen zeigen, dass das heutige System der Pflegefinanzierung und der Pflegeplatzkontingentierung grosse Schwachstellen haben.

Zur Erinnerung: Die Milchkontingentierung in der Landwirtschaft ist abgeschafft worden. In den 90er Jahren ist die Bedürfnisklausel im Gastgewerbe weggefallen, welche bestimmte, wie viele Restaurants mit wie vielen Sitzplätzen eine Gemeinde, gemessen an der Bevölkerung haben darf. Im selben Jahrzehnt ist aber die Pflegeplatzkontingentierung eingeführt worden. Eine solche Planwirtschaft verhindert nicht nur Wettbewerb und hinkt dem wirklichen Bedarf weit hinten nach, sondern führt letztlich in eine kostentreibende Sackgasse.

Die Pflegekosten betragen im 2001 noch 6,5 Milliarden Franken. In den nächsten Jahren werden diese laut einer Obsan-Studie auf 15 Milliarden Franken steigen. Eine weitere Studie belegt, dass über 30 % der heutigen Pflegeheimlistenplätze durch Personen belegt sind, die keine oder kaum Pflege benötigen. Kosten also, die eigentlich nicht sein müssten. Falsche Anreize, fortführendes Flickwerk und letztlich Bevormundung charakterisieren unser Gesundheitssystem. Dies erinnert ein bisschen an den Spruch: „Gestern standen wir vor dem Abgrund; heute sind wir einen Schritt weiter.“

In Fortsetzung unserer im Jahr 2013 veröffentlichten Studie „Die Gesellschaft des langen Lebens“ haben wir uns dem Thema Pflegefinanzierung gewidmet. Das Gottlieb-

Duttweiler-Institute (GDI) hat mit *senesuisse* Workshops in der West- und Deutschschweiz durchgeführt und mit wichtigen Vertretern unserer Branche neue Modelle einer Betreuungs- und Pflegefinanzierung diskutiert. Kernpunkte eines neuen Finanzierungssystems sind vor allem selbstbestimmtes Leben und individuelles Wohnen, welches mit einem freien Markt und gleicher Bezahlung für vergleichbare Leistungen sowie der nötigen Eigenverantwortung umgesetzt wird. Nur so können wir für die Zukunft nachfragegerechte Angebote sicherstellen und unnötige Kosten vermeiden.

Wir möchten mit dieser Idee eines neuen Modells zur Finanzierung der Betreuungs- und Pflegekosten die politischen Diskussionen anstossen und hoffen auf positive Entwicklungen. Nur so können wir auch in 20 Jahren noch mit genügender Finanzierung und bestmöglichen Angeboten unseren Lebensabend selbstbestimmt geniessen. ← CDE

Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter Das neue Modell in Kürze

1. Die Finanzierung für Betreuung und Pflege erfolgt auf den betroffenen Personen

Es werden nicht einfach alle anfallenden Kosten der Leistungserbringer gedeckt, sondern die Patienten werden finanziert (Subjektfinanzierung), damit sie ihre benötigten Dienstleistungen selber auswählen und zusammenstellen können.

2. Die betroffenen Personen erhalten eine Leistungsgutschrift zum freien Einkauf der für sie passenden Dienstleistungen

Gestützt auf eine Einstufung des Unterstützungsbedarfs (Betreuung und Pflege) wird die maximale Finanzierung mittels Leistungsgutschein ermittelt. Jede Person kann gestützt auf ihren Bedarf selbstbestimmt die geeignete Wohnform und Unterstützungen finanzieren.

3. Die künstliche Beschränkung der Leistungserbringer wird aufgehoben

Weil die Finanzierung auf der Person erfolgt und somit beschränkt ist, kann die künstliche Kontingentierung der Heimplätze aufgehoben werden. Dadurch spielt der Wettbewerb unter den Anbietern um die beste Leistung für ihre Kunden.

4. Die Kantone lizenzieren nach einheitlichen Kriterien und überwachen sie

Um die Gefahr kurzfristiger Missbräuche zu verhindern, braucht es noch ein geringes Ausmass an Mindestvorschriften und Prüfpersonal. Wer die schweizweit einheitlichen Bedingungen erfüllt, kann auch über die Kantonsgrenze hinaus tätig sein.

5. Die Kantone übernehmen die Abrechnung

Die Krankenkassen und Gemeinden werden entlastet, sie müssen keinen Beitrag an die Pflege mehr erbringen. Dadurch erübrigt sich der Administrativaufwand für die Aufteilung der Leistungen und Rechnungen. Im Gegenzug wird der Lastenausgleich und die Spitalfinanzierung angeglichen, damit die Beiträge der verschiedenen Zahler identisch bleiben.

6. Die Finanzierung erfolgt zunehmend über Eigenbeiträge

Es braucht einen Anreiz, nicht die gesamte Leistungsgutschrift auszugeben. Mit persönlichen Beiträgen aus dem in einer „4. Säule“ angesparten Pflegekonto können Betroffene zu mehr Eigenverantwortung und einer weitgehenden Selbstfinanzierung angespornt werden.

Mängel im heutigen Finanzierungssystem

↳ Was man befürchten musste, hat sich bewahrheitet: Die auf 2011 eingeführte „neue Pflegefinanzierung“ ist nicht das Ei des Kolumbus, welches alle Probleme löst. Es ist nicht einmal das Gelbe vom Ei, sondern sogar als gescheiterter Versuch zu beurteilen. Das Ziel der gewünschten Entlastung der Patienten wurde verfehlt, weil diese trotz begrenzten Beiträgen an die Pflege höhere Gesamtauslagen tragen, namentlich wegen der Kosten für Betreuung und Hotellerie. Einzig die Krankenversicherer profitieren; an ihrer Stelle begleichen die Steuerzahler stetig steigende Kosten für Betreuung und Pflege im Alter.

Selbst die für das System verantwortlichen Bundespolitiker sehen ein, dass unser heutiges System viele Mängel hat. Nach diversen anderen Politikern hat auch Frau Ständerätin Egerszegi einen Vorstoss eingereicht, mit dem Titel „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“. Sie führt darin aus, dass der Gesetzgeber verschiedene Bereiche nicht klar geregelt hat und verlangt namentlich eine Lösung der seit langem diskutierten Problematik von ausserkantonalen Heimaufenthalten (vgl. bereits FOCUS 2/2011).

Wir wären alle glücklich, wenn nur dieses Problem bestünde. Doch dies ist leider nicht der Fall, deshalb verlangt der Vorstoss auch noch zwei weitere Verbesserungen: Die Gewährleistung der Freizügigkeit unter anerkannten Leistungsbringern sowie die bessere und transparentere Abgrenzung der Pflegekosten von den Betreuungskosten. Zwar wäre eine freie Kombination verschiedener Anbieter im bestehenden System wohl realisierbar (was aber die Sache noch komplizierter macht). Hingegen stellt die Forderung nach „besserer Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung“ ein unlösbares Problem des Systems dar. Es gibt keine natürlichen Grenzlinien, und alle künstlich geschaffenen beinhalten einen grossen Graubereich (vgl. FOCUS 3/2013). Entsprechend drängt sich ein neues System auf, welches auf die unmögliche Abgrenzung verzichtet und die Betreuung mit der Pflege als gesamten Block betrachtet.

Leider sind diese drei im parlamentarischen Vorstoss genannten Defizite nur der Gipfel des Eisbergs. Die nachfolgend aufgeführten Problempunkte zeigen auf, dass eine blosser Nachbesserung von Details keine Lösung darstellt. Vielmehr müssen sie mit einem ganz neuen Modell behoben oder zumindest entschärft werden.

↳ Das Titelfoto dieses *senesuisse Focus* entstand bei einem privaten Besuch. Liebe Claire, danke dir für deine spontane Bereitschaft mitzumachen. ← SKU

1. Die Gesundheitskosten steigen ungebremst

Die Auslagen der Krankenkassen haben sich seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 verdoppelt. Noch stärker stiegen die Kosten für Ergänzungsleistungen, von 2,1 auf 4,4 Milliarden Franken in den Jahren 1998–2012. Darüber hinaus haben die Ausgaben der Kantone und Gemeinden für die Finanzierung von Pflegeinstitutionen in den letzten Jahren stark zugenommen. Verschont werden die Patienten nur vordergründig, weil die Einsparungen bei der Kostenbeteiligung für Pflege durch die steigenden Taxen für Betreuung und Hotellerie mehr als weggeschmolzen werden.

2. Zu viele Quellen finanzieren die Kosten

Zusätzlich zu den Kunden und Krankenkassen übernehmen auch der Bund, die Kantone und teilweise gar die Gemeinden einen Teil der Finanzierung für Betreuung und Pflege im Alter. Dadurch entsteht ein enormer Administrativaufwand. Kosten müssen in verschiedene Kategorien aufgeschlüsselt und gesetzesgemäss auf die Rechnungsempfänger aufgeteilt werden; mehrere Rechnungen sind zu erstellen und versenden, welche anschliessend geprüft und bezahlt oder korrigiert werden. Der Heimleiter wird zum Buchhalter, die Transparenz leidet unter diesem Wirrwarr an Geldströmen, die Aufteilung der Kosten wird von allen Bezählern gerügt und als ungerecht empfunden.

3. Wer fürs Alter spart, ist am Schluss die/der Dumme

Zum Glück gibt es noch Herr und Frau Schweizer, die für ihre Bedürfnisse im Alter vorsorgen. Spätestens beim Heimeintritt schmilzt das Angesparte aber sehr schnell dahin: Wer über Einkommen und Vermögen verfügt, zahlt durchschnittlich rund Fr. 5'000.– pro Monat selbst. Oft erhält der Zimmernachbar über die Ergänzungsleistungen (EL) genau das gleiche Zimmer bezahlt. Störend ist das vor allem dann, wenn er sein Einkommen für Reisen und Konsumgüter ausgegeben hat oder das Vermögen rechtzeitig vererbt. Nach einem genussreichen Leben finanzieren ihm die Steuerzahler diesen Pflegeplatz. Wie lange wird es mit diesem Fehlanreiz wohl dauern, bis niemand mehr mit eigenem Erspartem ins Heim eintritt?

4. Es gibt hinderliche kantonale Unterschiede

Besonders bei der Finanzierung von Heimaufenthalten sind sowohl die Beiträge an die Pflege wie auch die Regelungen zu Betreuung und Hotellerie äusserst unterschiedlich ausgestaltet. Dies führt zu unerklärlichen Unterschieden und damit zu politischem Hickhack um das Budget und die Höhe der Mitfinanzierung. Zu einem grossen Teil sind die Heimbewohner abhängig von finanzpolitischen Entscheidungen, wie hoch ihre Taxen für den Aufenthalt ausfallen. ← Seite 4 | →

Sogar die Niederlassungsfreiheit ist im Alter eingeschränkt. Wer lieber in ein Heim ennet der Kantonsgrenze ziehen will, erhält hierfür womöglich nicht einmal die gesetzlich vorgeschriebene Mitfinanzierung zugesichert. Sobald sich das vielleicht näher gelegene Heim nicht im bisherigen Wohnkanton befindet, können sowohl der Herkunfts- als auch der neue Aufenthaltskanton die Kostenbeteiligung gestützt auf ihre kantonalen Gesetze verweigern. Gleiches gilt auch bei der ambulanten Pflege (Spitex), welche von jedem Kanton individuell organisiert und finanziert ist.

5. Es fehlen Anreize, Kosten einzusparen

Nebst Heimen und Spitex sind auch Ärzte, Spitäler und Apotheken besser bezahlt, wenn sie mehr Leistungen erbringen und der Pflegebedarf zunimmt. Auch die Patienten sind wegen der stark begrenzten Selbstbeteiligung nicht daran interessiert, möglichst wenig Pflegeleistungen und Medikamente zu beziehen. Wer will sich schon einer quasi gratis erhältlichen Leistung verweigern, wenn diese zur Verbesserung der Gesundheit empfohlen wird?

In Kantonen der Romandie wird der Anreiz zu Einsparungen und Effizienz mit einer zusätzlichen Massnahme bereits im Keim erstickt. Damit die Leistungserbringer nicht zu viele Leistungen verkaufen, müssen sie erzielte Gewinne der öffentlichen Hand abliefern. Darüber hinaus werden in kommunistischer Manier auch noch die Kaderlöhne begrenzt, weil sonst die Gewinne über diese Schiene ausgeschüttet werden könnten. Klar ist jedenfalls, was diese Eingriffe bewirken: Leistungserbringer werden demotiviert, weder bessere Leistungen noch gesteigerte Effizienz zahlen sich aus.

6. Die Kosten werden in künstliche Kategorien aufgeteilt

Die gesetzlich vorgeschriebene Unterscheidung in „Pflege gemäss KVG“ und „andere Pflege“ sowie Betreuung und Hotellerie führt zu grossem Erfassungsaufwand. Alleine die Aufteilung und Überprüfung, über welche Kostenart jede Arbeitsminute abzurechnen ist, kostet viele Stellenprozente – ohne einen Mehrwert zu bringen. Dabei ist von Natur aus gar keine klare Abgrenzung möglich. Was ist etwa bei der Behandlung von Demenzpatienten noch die „von der Grundversicherung zu zahlende Pflege“ und wo beginnen die nicht mehr zur

„eigentlichen Pflege“ gehörigen Pflege- und Betreuungsleistungen? Oder bis zu welchem Anschaffungspreis ist ein Pflegebett eine „Pflegeleistung“ und ab wann fallen die Kosten unter „Hotellerie“? Neue Vorstösse von Preisüberwacher und Gesundheitspolitikern verlangen noch mehr bürokratische Massnahmen: Aus ihrer Sicht sollte das Personal permanent mit einer Stoppuhr und einer Erfassungstabelle jede Handlung dokumentieren und zuordnen.

7. Die Leistungserbringer sind unterschiedlich finanziert

An den Pflegebedarf in Alters-/Pflegeheimen zahlen die Krankenkassen einen Fixbeitrag von Fr. 27.– pro Stunde. Bei der Spitex hingegen ist es mindestens das Doppelte: Die Krankenversicherer müssen pro Einsatzstunde zwischen Fr. 54.– und Fr. 80.– begleichen. Weil die Kantone den Rest der Pflegekosten übernehmen müssen, bevorzugen diese schon aus finanziellen Gründen eine ambulante Behandlung. Dabei belegt sogar eine Studie von Spitex Schweiz, dass spätestens ab 60–90 Minuten Pflegebedarf pro Tag die Gesamtkosten der Heime günstiger ausfallen dürften als bei der ambulanten Pflege zu Hause. Die öffentliche Hand hat aber kein Interesse an der Minimierung der Gesamtkosten, sondern nur ihrer eigenen Ausgaben: für sie ist die Spitex günstiger als Heime und gilt deshalb stets der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dies führt namentlich dazu, dass gut ausgebildetes Pflegepersonal mit den Fahrten zu ihren Kunden unnötig viel wertvolle Zeit verliert.

Mit dem aktuellen Finanzierungssystem sind Innovationen unerwünscht. Es existiert nur entweder der eng reglementierte Pflegeheimaufenthalt oder die ambulante Pflege daheim. Für sinnvolle Angebote wie „Betreutes Alterswohnen“, Entlastungsangebote für Angehörige, andere Dienstleistungen wie Mahlzeiten- oder Wäschedienst oder auch die Übergangspflege bestehen kaum brauchbare Regelungen. Schon nur die Umsetzung der im parlamentarischen Vorstoss gewünschten Freizügigkeit (Kombination verschiedener Leistungen) scheint unter diesen Vorzeichen unrealistisch. <HCST

Die optimale Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter

↳ Es ist kein Problem, die Mängel in der heutigen Pflegefinanzierung zu korrigieren. Hierfür sind nicht weltbewegende Umwälzungen nötig, sondern eine Kombination weniger Grundsätze. Die nachstehend festgehaltenen Eckpunkte ermöglichen ein freiheitliches System ohne unnötige Staatseingriffe. Dabei steht die Wahlfreiheit der betroffenen Menschen an erster Stelle und hat positive Auswirkungen: Sobald die Angebote frei wählbar sind, spielt ein positiver Wettbewerb unter den Anbietern. Dies steigert gleichzeitig die Qualität und Effizienz, was wiederum zur Senkung unnötig hoher Kosten beiträgt. Das neue Modell ist darauf ausgerichtet, die möglichst einfache Finanzierung für alle Angebote von Betreuung und Pflege im Alter zu verankern. Es sollte baldmöglichst in der gesamten Schweiz einheitlich umgesetzt werden.

1. Die Finanzierung erfolgt auf der Person, nicht auf dem Leistungserbringer (Subjektfinanzierung statt Objektfinanzierung)

Es existieren zwei Varianten der Finanzierung: Entweder wird der Gesundheitsdienstleister bezahlt (Objektfinanzierung) oder man gibt den Patienten das nötige Geld, um ihre Leistung einzukaufen (Subjektfinanzierung). Noch immer finanzieren einige Kantone nach der ersten Variante: Nicht nur bei den Spitälern, sondern auch bei Heimen und Spitex sehen sie eine Ausfinanzierung der Betriebe vor. Statt die Patienten zu ermächtigen, damit diese nach freier Wahl ihre Gesundheitsdienstleistungen einkaufen können, begleichen sie den gesamten anfallenden Aufwand der Leistungserbringer. Dadurch werden diejenigen Institutionen belohnt, welche mehr Geld ausgeben; sie erhalten auch mehr. Weil die öffentliche Hand das Betriebsdefizit am Schluss vollständig deckt, besteht keinerlei Anreiz für Kosteneinsparungen. Mit der Subjektfinanzierung hingegen wird kein (teurer) Leistungserbringer gegenüber anderen bevorteilt. Vielmehr setzen sich die guten und effizienten Angebote durch, welche sich an Bedürfnissen der Kunden orientieren.

Dabei kann die öffentliche Hand ihr Budget mit einer Finanzierung auf der Person besser steuern. Es müssen nicht pauschal alle anfallenden Kosten übernommen werden. Die Kosten steigen nur noch im Umfang der Patientenzahl und deren Betreuung-/Pflegebedarf. Weil die betroffenen Personen mit dem ihnen zugesprochenen Geld ihre passenden Angebote auswählen, führt eine Zunahme an Leistungserbringern nicht zu höheren Kosten. Damit ist die Öffnung des Marktes finanzneutral durchführbar, welche einen gesunden Wettbewerb um bessere Qualität verankert. Zudem bringt eine Finanzierung auf der Person auch eine grössere Auswahl an gewünschten Leistungen. Alternde Menschen können sich ein passendes Angebot zusammenstellen, welches ihren Wünschen und Gewohnheiten am besten entspricht. Nur so wird auch der zunehmenden Individualisierung des Lebenswandels und der steigenden Kompetenz von Kunden genügend Rechnung getragen.

2. Die Wahlfreiheit der Betreuungsbedürftigen ist zu garantieren (Selbstbestimmung mit Leistungsgutschrift)

Als eine der wichtigsten Forderungen an das Gesundheitssystem wurde in Umfragen ermittelt, dass man selber bestimmen möchte, wo und durch wen man Leistungen bezieht. Trotzdem geht in vielen Kantonen die Entwicklung hin zu stärkerer staatlicher Steuerung. Nicht mehr die Betroffenen selbst wählen mit Hilfe ihrer Angehörigen die sinnvolle Betreuung, sondern eine staatliche „Vermittlungsstelle“ bestimmt die angemessenen Leistungen und damit besonders im Alter auch den geforderten Wohnort. Was für einen vorübergehenden Aufenthalt im Spital tragbar sein mag, stellt einen starken Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar, wenn es um den dauernden Wohnsitzwechsel im Alter geht. Das Recht auf Niederlassungsfreiheit muss auch im Alter gelten!

Die Subjektfinanzierung wahrt die grösstmögliche Entscheidungsfreiheit der Betroffenen. Diesen wird gestützt auf ihren attestierten Betreuungsbedarf ein Maximalbetrag zugesprochen, welchen sie für geeignete Leistungen frei einsetzen können. Sie können auch Angebote mit höheren Kosten einkaufen, solange sie die Preisdifferenz selber zahlen, sei es mit Zusatzversicherungen oder aus dem eigenen Portemonnaie. Dadurch können sich Herr und Frau Schweizer weiterhin gute Angebote leisten, ohne dass der Staat für Sonderwünsche aufkommen muss. Das Risiko sinkt, dass aus Kostengründen der Bezug gewisser Angebote eingeschränkt wird. Die Bürger werden in ihrer Eigenverantwortung gestärkt und erhalten erst noch zusätzliche Wahlfreiheit.

Damit diese Finanzierung auf der Person umgesetzt werden kann, muss ein anerkanntes Messsystem den Bedarf an Betreuung und Pflege erheben. Wie bei den heutigen Instrumenten in den Pflegeheimen (namentlich BESA, RAI-NH, Plaisir) und in der Spitex (v. a. RAI Home-care) weist eine Bedarfserhebung die nötige Betreuung und Pflege aus. Der ermittelte Bedarf wird in einer geeigneten Skala eingestuft. Gestützt darauf erteilen Arzt und/oder Behörde eine Leistungsgutschrift, welche frei zum Bezug geeigneter Leistungen ermächtigt. Optimalerweise erfolgt die Zahlung über ein als „4. Säule“ eigens erspartes Pflegekapital: Weil es sich dabei um eigenes vererbbares Geld handelt, besteht kein Anreiz, immer die gesamte Leistungsgutschrift auszuschöpfen.

Dieses System mit persönlichen Leistungsgutschriften garantiert die Niederlassungsfreiheit. Heutige Probleme beim Wechsel in ein Pflegeheim eines anderen Kantons entfallen. Jede Person kann für sie geeignete Leistungen beliebig kombinieren (Heim, Spitex, Tages-/Nachtaufenthalte, Haushaltshilfe, Mahlzeitendienst, etc.) und an einem beliebigen Ort beziehen. Dank dieser Wahlfreiheit entsteht ein positiver Wettbewerb unter den Anbietern. Sie müssen die Kunden gewinnen, sich vermehrt auf deren Bedürfnisse ausrichten und mit besserer Qualität überzeugen. Innovationen bringen einen Vorteil und sind nicht länger als „systemfremde Leistung“ mangelhaft finanziert. So würde auch das allseits erwünschte Alterswohnen mit Dienstleistungen durch Personen finanzierbar, welche nicht jeden Monat mehrere Tausend Franken aus dem eigenen Geldbeutel bezahlen können.

<|Seite 7|>

Modulare Weiterbildung für Fach- und Führungspersonen im Gesundheitswesen Spitäler – Heime – Spitex – Gesundheitszentren

www.careum-weiterbildung.ch

careum Weiterbildung

Impulsnachmittag
Care Gastronomie
Zusatzveranstaltung: 03.02.2015



3. Keine künstliche Beschränkung der Leistungserbringer (freier Wettbewerb)

Mit der auf die Person ausgerichteten Finanzierung muss die Zahl der Leistungserbringer nicht mehr künstlich begrenzt bleiben. Die Kosten steigen nicht mehr automatisch mit der Anzahl an Leistungserbringern an, sondern sind auf dem ausgewiesenen Bedarf an Betreuung und Pflege mit entsprechenden Leistungsgutschriften fixiert. Somit müssen die Kantone nicht mehr die Anzahl an Listenplätzen für die Pflegeheime begrenzen, womit sie einen gesunden Wettbewerb ausschalten.

Pflegeheime mit hochstehender Qualität müssen heute bedürftige Kunden abweisen, weil sie keine zusätzlichen Pflegeplätze bewilligt erhalten. Auf der anderen Seite könn(ten) sogar Institutionen mit fragwürdiger Qualität problemlos bestehen, weil die Nachfrage gross und das Angebot künstlich begrenzt ist. Die Beschränkung der Pflegeplätze führt zur gefährlichen Monopolstellung. Als schlimmste Folge könnten sich fehlende Konkurrenz und volle Auslastung auf die Qualität der Dienstleistungen niederschlagen: Man muss sich bei der Kundenbetreuung kaum anstrengen. Unter dem fehlenden Anreiz zur qualitativen Verbesserung sowie der begrenzten Auswahl an Pflegeplätzen leiden letztendlich die Kunden, welche keine Wahlmöglichkeit haben.

Was sich in der Hotellerie durchgesetzt hat, wird auch in der Gesundheitsbranche bald zum Standard: Bewertungsplattformen im Internet machen positive und negative Erfahrungen mit Leistungserbringern öffentlich. Die Qualität, wie sie die Kunden wahrnehmen, wird transparent. Es braucht keine staatliche „Heimpolizei“, um eine auf Gesetzesbuchstaben gründende Minimalqualität zu sichern. Anstelle der punktuellen Kontrollen kantonaler Aufsichtsbehörden übernehmen die Leistungsbezüger und deren Angehörige diese Funktion kostenlos und konstant. Dadurch wird die Stellung der Kunden gestärkt und die Anbietersuche einfacher.

Mit dieser Transparenz kann sich kein Leistungserbringer mittelmässige oder schlechte Qualität erlauben. In einem freien Markt verliert er früher oder später seine Kunden an andere Anbieter. Die Kantone müssten dann auch nicht mehr mit kontraproduktiven Massnahmen gegen vermeintliche „Abzocker“ operieren: Der Einzug von Gewinnen und die Begrenzung der Direktorengehälter können getrost aufgegeben werden, damit gute Arbeit belohnt wird. Durch die Marktöffnung entsteht ein gesunder Wettbewerb um die attraktivsten und effizientesten Dienstleistungen. Es braucht keine bis ins Detail durch den Staat fixierten Angebote mehr. Innovative, kundenfreundliche und günstige Angebote setzen sich automatisch durch. Das Risiko zusätzlicher Pflegeheimbetten trägt der Investor, dessen Bedarfsabklärung sicherlich gewissenhafter ausgeführt wird, als die durch Finanzfragen geprägte staatliche Bettenplanung.

senesuisse Tagung im Gottlieb Duttweiler Institute

links oben ← DR. DAVID BOSSHARDT, CEO GDI
rechts oben ← CHRISTIAN STREIT, Geschäftsführer senesuisse
rechts mittig ← DR. JÉRÔME COSANDEY, Avenir Suisse
unten ← PROF. DR. WILHELM SCHMID, Philosoph aus Berlin

4. Der Kanton lizenziert und überwacht die Leistungserbringer (Qualitätskontrolle)

Natürlich ist für Dienstleistungen an Betagten eine grössere Vorsicht angezeigt, als in anderen Branchen wie etwa der Hotellerie. Auch wenn die Marktöffnung zu einem gesunden Wettbewerb führt und Online-Bewertungsplattformen die Qualität fördern, muss eine Absicherung gegen Missbräuche existieren. Zwar könnte man es aus liberaler Sicht auch einfach der Nachfrage überlassen, ob „1-Sterne-Angebote“ im Markt bestehen können. Weil im Alter aber vielfach die Entscheidungsautonomie abnimmt und auch die Gefahr besteht, dass Familienangehörige mehr an den Erhalt ihres Erbes denken, drängt sich die Sicherung von zumindest „3-Sterne-Angeboten“ auf.

Hierfür ist aber nicht mehr ein ganzes Paket an Vorschriften und Konzepten nötig, sondern es reichen wenige Mindestkriterien. Die Politik ist ohnehin dringend gefordert, ihre Mindestanforderungen für die Leistungserbringer zu überdenken und möglichst national einheitlich festzulegen. Vorgeschrieben werden dürften etwa ein gewisser Anteil an ausgebildetem Pflegepersonal sowie eine minimale Infrastruktur und tiefe Mindestzimmergrössen in Heimen. Ein bewusster Gesellschaftsentscheid ist anzustreben: Welche Minimalleistungen will man allen Bürgern bieten, auch wenn sie es nicht selber bezahlen können? Was über diese Leistungen hinausgeht, bleibt über Ersparnisse oder Zusatzversicherungen finanzierbar.

Bund oder Kantone bräuchten einen kleineren Stab von Mitarbeitenden, welcher die zugelassenen Leistungserbringer überwacht. Diese Anbieter würden per Lizenzierungsverfahren staatlich und schweizweit anerkannt. Es ist sogar denkbar, dass sich ausländische Anbieter lizenzieren lassen, welche die Mindestkriterien erfüllen und dadurch den Markt bereichern könnten. ←ICST

www.congress.curaviva.ch

CURAVIVA.CH

FACHKONGRESS ALTER

ALTERS- UND PFLEGEINSTITUTIONEN:
VIELFALT UND CHANCEN

14./15. JANUAR 2015 · CONGRESS CENTER BASEL

© Tourismus Basel

Die Umsetzung des neuen Finanzierungsmodells

↳ Erste Schritte auf dem Weg zur Umsetzung des vorgeschlagenen Modells sind in einigen Kantonen schon vollbracht. Andere tendieren jedoch mehr zur Verstaatlichung und verschärfen dadurch die aufgezeigten Probleme. Damit die aufgezeigten Eckpunkte des Modells optimal wirken, sollten diese einheitlich auf dem gesamten Landesgebiet eingeführt werden. Nur so entsteht eine „volle Freizügigkeit“ mit Wahlfreiheit und Anbietern im Qualitätswettbewerb. Die nachfolgend aufgeführten zwei Punkte sind umzusetzen.

1. Die Abrechnung erfolgt einzig über die Kantone (transparente und einfache Finanzierung)

Die Kantone sind zuständig für die Versorgung und Finanzierung im Gesundheitswesen. Doch sie vernachlässigen diese Pflicht zunehmend, vor allem aus finanziellen Gründen. Um Defizite und Steuererhöhungen zu vermeiden, tendieren sie dazu, die Betreuung und Pflege im Alter an die Gemeinden zu delegieren. Die Einheit Gemeinde ist jedoch zu klein für diese Zuständigkeit, das System wird unnötig kompliziert: Statt den Kanton muss jede einzelne Gemeinde nicht nur das Angebot sicherstellen, sondern auch Leistungsverträge abschliessen und die Kostenverteilung überprüfen. Als positive Vorreiter gelten die Kantone Aargau oder St. Gallen, welche über eine Clearing-Stelle aller kantonalen Pflegeheimleistungen koordinieren und abrechnen. Eine einzige Anlaufstelle pro Kanton ermöglicht eine professionelle Finanzkontrolle und effiziente Abrechnungen. Wenn man die Gemeinden finanziell an den Kosten beteiligen will, sollte dies einzig über den bestehenden Finanz-/Lastenausgleich erfolgen.

Doch nicht nur die Gemeinden sollten aus dem Finanzierungssystem ausgeschlossen werden, sondern auch die Krankenversicherer. Ihre Funktion besteht einzig darin, dass dank ihrem fixen Beitrag ein Teil der Pflegekosten nicht direkt der öffentlichen Hand, sondern über Kopfprämien den Versicherten belastet werden. Wenn dieses Gleichgewicht beibehalten werden soll, kann die Spitalfinanzierung angepasst werden, indem statt den heute üblichen 45 % ein auf gut 60 % ansteigender Anteil durch die Krankenkassen bezahlt würde. Damit könnte man den heute an Spitex- und Heimkosten bezahlten Kostenblock bei den Versicherern belassen.

Wenn die Krankenversicherer nicht mehr an die Pflegekosten im Alter zahlen und eine einzige kantonale Anlaufstelle besteht, wird viel unnötiger Aufwand eingespart. Denn erstens entfällt die künstliche und unnötige Abgrenzung zwischen KVG-Pflege, anderer Pflege und Betreuung, weil ein Fixbeitrag gemäss gesamtheitlichem Betreuungsbedarf festgelegt wird. Zweitens müssen keine zusätzlichen Rechnungen an die Krankenkassen ausgestellt, kontrolliert, bezahlt und verbucht werden. Drittens würde eine kompetente kantonale Stelle die effiziente und einheitliche Abrechnung für alle Bürger und Leistungserbringer garantieren.

2. Die Finanzierung erfolgt zunehmend über Eigenbeiträge (Sparanreiz/-obligatorium)

Die aktuelle Finanzierung setzt für Ärzte, Apotheken, Spitex und Heime den Anreiz, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Damit steigt ihr Gewinn oder zumindest der ohnehin bezahlte Umsatz. Auch die Patienten haben keinen Anreiz, die erhaltenen Leistungen zu minimieren, weil sie diese fast gratis erhalten. Allerdings würde auch der Konsument von Gesundheitsdienstleistungen kostenbewusst reagieren. Dies zeigt die Tatsache, dass der Umsatz an medizinischen Leistungen gegen Ende des Jahres jeweils ansteigt, weil dann Franchise und womöglich auch Selbstbeteiligung ausgeschöpft sind.

Patienten sind interessiert am Kostensparen, wenn sie selbst einen Beitrag aus dem eigenen Vermögen leisten müssen. Doch damit ein solches Vermögen zur Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter überhaupt vorhanden ist, muss es zuerst angespart werden. Heute besteht keinerlei Anreiz hierfür, ganz im Gegenteil: Weil Vermögenslose den genau gleichen Pflegeheimaufenthalt finanziert erhalten wie Selbstzahler, sollte man rechtzeitig alle Ersparnisse ausgeben. Als sinnvolle Lösung drängt sich auf, ein eigens für die Betreuung und Pflege im Alter aufgebautes Konto als „4. Säule“ einzuführen. Dies kann freiwillig (mit steuerlicher Abzugsfähigkeit) oder als Obligatorium (wie in Deutschland) geschehen. Dabei scheint der von Avenir Suisse präsentierte Lösungsansatz als dauerhafte Lösung geeignet, auch um die EL langfristig zu entlasten. Nur wenn die Bürger analog der ersten und zweiten Säule dazu gedrängt werden, für ihre Auslagen im Alter vorzusorgen, entstehen entsprechende Vorsorgekonti. Indem diese Guthaben persönlich sind und an die Nachkommen vererbt werden, besteht der Anreiz zu Kosteneinsparungen im Rahmen der festgelegten Leistungsgutschrift.

Zu guter Letzt sei auch die Frage erlaubt, ob nicht bereits mit höheren Franchisen und/oder mit höheren Kostenbeiträgen im bestehenden System gewisse Sparanreize implementiert werden sollten. Weil viele Gesundheitsdienstleistungen ganz oder fast gratis erhältlich sind, besteht durchaus eine Verschwendungsgefahr. Der gesellschaftliche Konsens ist auch beim Premium-Anspruch der Schweizer zu suchen: Wenn Bezüger von Ergänzungsleistungen ein 4-Sterne-Angebot erhalten, besteht keinerlei Anreiz für zusätzliche Selbstfinanzierung. Wenn aber nur ein 2-Sterne-Angebot durch die Steuergelder garantiert wird, würde manche Person die Sparbemühungen intensivieren, um sich damit ein Upgrade leisten zu können. <+CST

Abrechnungssystem vereinfachen. Anreize zum Kostensparen schaffen.

Eckwerte des Pflegekapitals gemäss Avenir Suisse

- **Finanzierung:** Jeder Versicherte kumuliert seine einbezahlten Prämien, die er im Pflegefall verwenden kann, auf einem individuellen Konto. Im Todesfall können die nicht verwendeten Ersparnisse vererbt werden. Damit wird indirekt das Engagement der Familienmitglieder, die durch ihre Pflegetätigkeit die Pflegekosten niedrig halten, honoriert. Die Prämienhöhe müsste so ausgelegt werden, dass sie die Finanzierung eines durchschnittlichen Heimaufenthaltes sichern kann.
- **Leistungsberechtigte:** Von den angesparten Geldern können alle versicherten Senioren Leistungen beziehen, die einen hohen, ärztlich festgelegten Pflegebedarf, zum Beispiel von mindestens 60 Minuten Pflege pro Tag, nachweisen. Leistungen können ambulant (Spitex), semi-stationär (z. B. Tagesstrukturen) oder stationär in Pflegeheimen erbracht werden.
- **Versicherungspflicht:** Die Versicherung ist als Obligatorium konzipiert. Die Versicherungspflicht beginnt erst im fortgeschrittenen Alter, zum Beispiel mit 55 Jahren und dauert bis zum durchschnittlichen Alter des Heimeintritts (heute 81,4 Jahre). Damit wird die „Sandwich-Generation“ gezielt entlastet.
- **Leistungsumfang:** Die Versicherung deckt sowohl Pflege- als auch Betreuungsleistungen, die mittels Pauschale nach Betreuungsbedarf abgegolten werden. Dank der Kombination von Pflege- und Betreuungsleistungen entfällt der Bedarf einer akribischen Leistungserfassung für die Krankenkassen und Kantone. Damit wird qualifiziertes Pflegepersonal von administrativen Tätigkeiten entlastet und kann mehr Zeit mit den Patienten verbringen. Die Kosten für die Hotellerie werden nicht eingerechnet, um keine Anreize für Essensdienste oder Heimeintritte zu schaffen.
- **Organisation:** Die Verwaltung sollte dezentral erfolgen, damit einerseits Wettbewerb entsteht – und dadurch Innovation und Effizienz gefördert werden – und andererseits die Anlagerisiken auf verschiedene Institutionen diversifiziert werden. Bestehende Organisationen wie Krankenkassen oder Pensionskassen könnten dafür in Frage kommen. Denkbar wäre aber auch die Schaffung neuer Gesellschaften, die sich im Rahmen einer Lizenzvergabe für diese Aufgabe bewerben müssten.



HOREGO

Ihr Partner im Einkauf für Gastronomie, Hotellerie, Heime, Spitäler und Ausbildungsstätten.



- Persönliche Beratung
- Bessere Preise
- Effiziente Prozesse
- Einfachere Zahlung

- Individuelle Betreuung durch die Berater im Aussendienst
- Detaillierte Ist-Analyse ihrer Einkaufsabläufe und Beschaffungskosten
- Bessere Preise dank Bündelung der Einkaufsvolumen
- Investitionsgüter zu Top-Konditionen
- Zeit für das Wesentliche, da die Kunden im Einkauf entlastet werden
- Die elektronische Bestellplattform der HOREGO vereinfacht den Bestellprozess, die Lagerhaltung und die Inventur
- Eine Sammelrechnung anstelle von vielen Lieferantenrechnungen
- Kontierte Rechnungen (Schweiz. Hotel- & Gastgewerbeverband, H+REKOLE, Heime Verband Curaviva)

Horego AG | Stampfenbachstrasse 117 | Postfach 177 | CH-8042 Zürich
Tel. 044 366 50 50 | Fax 044 366 50 59 | einkauf@horego.ch | www.horego.ch

Vorwürfe der Medien an die Altersheime

↳ Regelmässig melden Medien „Skandale“ in Alters- und Pflegeeinrichtungen. Fast immer handelt es sich um strafbare Taten einzelner Personen, die in jeder Branche vorkommen und auch bei minutiöser Überwachung nicht vermeidbar sind. Die Gefahr ist bei Journalisten gross, übereifrig zu werden. Gestützt auf einen einzelnen Fall wird die ganze Heimbranche verurteilt. Dies gilt auch für das Finanzielle: Besonders die „Privaten“ werden regelmässig verdächtigt, auf Kosten abhängiger Leute ihren Gewinn zu maximieren. Was ist dran, an diesen Vorwürfen?

Im Frühling 2014 wurden die Betriebsdaten der Pflegeheime zum ersten Mal im Internet veröffentlicht. Aus diesen Daten der SOMED-Statistik ist ersichtlich, dass 850 Heime im Jahr 2012 insgesamt ¼ Milliarde Gewinn gemacht haben. Die Summe erscheint sehr hoch und wurde denn von einzelnen Medien sofort als „Skandal“ aufgenommen. Sie relativiert sich aber schon beim Blick auf den Gewinn 2013 der UBS und CS von je mehr als 3 Milliarden. Wenn man es auf den einzelnen Betrieb ausrechnet, resultieren gerade mal Fr. 294'000.—. Dieser Betrag entspricht nur knapp dem Preis zum Erstellen eines einzigen Pflegeplatzes. Bei einer durchschnittlichen Grösse von 60 Plätzen ist mit diesem Gewinn also eine Abschreibungsdauer über 60 Jahre nötig!

Welche Probleme daraus entstehen, zeigt sich aktuell in vielen durch Gemeinden erstellten Heimen: Nach einer Betriebsdauer von 30–40 Jahren sind diese nicht mehr zeitgemäss und müssen komplett ersetzt werden. Es wurde ungenügend vorgesorgt. Um langfristig bestehen zu können, muss man Gewinne für spätere Investitionen vorweisen. Dies ist sogar von den Behörden vorgeschrieben, sonst erhält man wegen fehlender Zukunftsfähigkeit gar keine Betriebsbewilligung. Es kann nicht sein, dass nach 30 Jahren Betriebsdauer die Steuerzahler einen Umbau oder Neubau finanzieren müssen.

1. Die Bewohner werden „zu krank“ eingestuft

Ein Vorwurf an die Pflegeheime lautet, dass sie Bewohner in zu hohem Pflegebedarf einstuft. Dadurch erhalten sie höhere Beiträge von Krankenversicherern und Kantonen/Gemeinden. Unterstellt wird also ein glatter Betrug. Um solchen zu verhindern, existieren schon heute mehrere Absicherungen. Die drei in der Schweiz zugelassenen Erhebungssysteme sind absichtlich so ausgestaltet, dass die Einstufung kaum manipulierbar ist. Sie müssen von geschulten Pflegefachpersonen angewendet und zusätzlich zwingend vom behandelnden Arzt unterzeichnet werden. Die transparent dokumentierte Einstufung wird anschliessend sowohl von den Krankenkassen als auch vom Restfinanzierer (Kanton/Gemeinden) nachgeprüft. Regelmässig vergewissern sich auch Angehörige über die Korrektheit der Einstufung. Um unnötige Zahlungen zu verhindern, nehmen besonders die Krankenkassen ihre Aufsichtsfunktion sehr wohl wahr und kontrollieren die Einstufungen regelmässig auch vor Ort. Im Vergleich mit anderen Einrichtungen würde ein Heim mit „zu kranken Bewohnern“ sehr schnell auffallen und wegen solcher Machenschaften die Betriebsbewilligung verlieren.

2. Es wird an ausgebildetem Pflegepersonal eingespart

Eines muss hier und jetzt einfach mal gesagt werden: Die mit der Betreuung und Pflege in Alterseinrichtungen beschäftigten Personen machen tagtäglich einen hervorragenden Job! In der Regel ist es für sie nicht nur ein Beruf, sondern geradezu eine Berufung. Sie setzen sich persönlich ein, um das Wohl der ihnen anvertrauten Personen zu garantieren. Trotz psychisch und physisch belastender Situationen suchen sie das Beste für ihre Kunden. Natürlich wäre es wünschenswert, noch mehr tun zu können, aber hier setzen sowohl die Finanzen als auch die vorhandene Anzahl an Pflegefachleuten klare Grenzen.

Diese beiden Grenzen haben sich in den letzten Jahren verschärft. Zum einen wird die Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand trotz steigender Kosten eher gesenkt als angehoben. Zum andern gibt es schlichtweg zu wenig ausgebildetes Pflegepersonal. In der Schweiz haben 92 % der Heime grosse Mühe, genügend Pflegefachpersonal zu finden (SHURP-Studie der Uni Basel). Vielfach kann nicht einmal die vorgeschriebene Personaldotation eingehalten werden. Dies hat nichts mit Gewinnoptimierung zu tun, sondern schlicht mit dem heute herrschenden und auch vom SECO bestätigten Fachkräftemangel, welcher sich mit der Umsetzung der „Masseneinwanderungsinitiative“ noch verschärfen dürfte. Auch die kantonalen Gesundheitsdirektionen sind sich dessen bewusst, verschärfen aber das Problem wegen stetig steigenden Anforderungen an Personal und deren Ausbildung zusätzlich. Unser Verband *senesuisse* arbeitet aktiv mit Kantonen und Betrieben zusammen, um Ausbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte zu fördern.

*Grosses Interesse am neuen
Finanzierungsmodell
an der senesuisse Tagung
im Gottlieb-Duttweiler-Institute
18.11.2014 Rüschiikon*



3. Es werden mehr Betten belegt, als bewilligt sind

Beim Vorwurf, dass die Heime mehr Betten belegen als bewilligt sind, handelt es sich nicht um eine „Finanzoptimierung“, sondern um falsche politische Planung. Es sind nicht einfach die Heimbuchhalter, welche gemäss Statistik in 234 Betrieben die Überbelegung angewiesen haben. Vielmehr gibt es schlichtweg nicht genug Pflegeplätze, weil der Bedarf falsch ermittelt und festgelegt ist. Aus Spargründen bewilligt die Politik weniger Plätze als nötig wären. Staatliche Planwirtschaft lässt grüssen!

Ist es nun besser, Pflegebedürftige abzuweisen, obwohl die Möglichkeit besteht, ihnen ein Zuhause mit den benötigten Leistungen anzubieten? Oder sollten sie sich länger im viel teureren Spital mit weniger Individualfläche und Betreuung aufhalten? Aus Sicht von *senesuisse* gehört die politische Festlegung der Anzahl Pflegeplätze abgeschafft. Dies ermöglicht, dass die Angebote vielfältiger werden und sich die Leistungserbringer auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Kunden ausrichten. Von einem freien Wettbewerb mit einer guten Auswahl an Angeboten profitieren bekanntlich die Kunden.

4. Es ist mehr Kontrolle nötig

Als Schlussfolgerung aus den „Skandal“-Zeitungsartikeln resultiert immer eine Forderung: Es braucht mehr Kontrollen. Dass weitere staatliche Forderungen und Überprüfungen nicht nur viel Geld kosten, sondern auch negative Auswirkungen auf die Pflegenden und deren Kunden hat, wird grosszügig ausgeblendet. Dabei leiden wir schon heute an einer Vielzahl von mehr oder weniger unnötigen Vorschriften beim Bau und Betrieb von Alterseinrichtungen. Viele Pflegenden haben wegen der Vielzahl an auszufüllenden Papieren kaum mehr Zeit für ihre Kunden.

Ich bin überzeugt, dass uns die auf Papier vorgegaukelte Qualität herzlich wenig bringt. Viel sinnvoller wäre es, die Pflegepersonen nicht mit so vielen Administrativarbeiten zu versäumen und demotivieren. Auf dass sie wieder mehr Zeit haben, ihrer wahren Berufung nachzugehen und den betagten Personen echt fühlbare Qualität zu bieten – mehr Zeit bei ihnen statt im Stationszimmer. <I CST

Impressum

Redaktion
CHRISTIAN STREIT <I CST
Geschäftsführer *senesuisse*

senesuisse
Verband wirtschaftlich unabhängiger
Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz

Erscheinungsweise: 3x jährlich
Auflage: 2600 Exemplare
1900 Deutsch | 700 Französisch

Redaktionsadresse
senesuisse
Kapellenstrasse 14
Postfach 5236 | 3001 Bern
031 390 99 19
info@senesuisse.ch

Gestaltung | Fotografie
STANISLAV KUTAC <I SKU
stanislavkutac.ch



**«Dank der HOTELA verwalten wir die
Sozialversicherungen mit geringem Aufwand –
ihre Online-Werkzeuge sind einfach super.»**

Dieter Keller, Leiter Finanzen und Administration
Tertianum Gruppe, Zürich

SIMPLIFY YOUR BUSINESS.