



Bern, 4. Juli 2018

Stellungnahme des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung

1 Evaluationsgegenstand: Neuordnung der Pflegefinanzierung

1.1 Zielsetzungen und Massnahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Das Parlament hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) am 13. Juni 2008 verabschiedet. Die Reform trat am 1. Januar 2011 in Kraft. Der Gesetzgeber verfolgte mit der Reform insbesondere zwei Ziele:

1. *Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) soll finanziell nicht mehr zusätzlich belastet werden.* Hintergrund war, dass die OKP zunehmend die Kosten altersbedingter Pflegeleistungen übernommen hatte. Für die Zielerreichung massgebend ist nicht die absolute Entwicklung der OKP-Ausgaben für Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV¹ (im Folgenden: Pflegeleistungen bzw. KVG-Pflegekosten). Vielmehr soll der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten für Pflegeleistungen nicht ansteigen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden folgende Massnahmen ergriffen:
 - a. Der Beitrag der OKP an die Pflegeleistungen von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von Pflegeheimen wurde begrenzt.²
 - b. Die Patientenbeteiligung wurde auf maximal 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags für Pflegeleistungen begrenzt. Die Pflegebedürftigen müssen die weiteren Kosten für Betreuung, Pension / Hauswirtschaft, etc. selbst tragen.³
 - c. Die Kantone wurden verpflichtet, die Restfinanzierung zu regeln. Die Kantone und/oder ihre Gemeinden müssen diejenigen Kosten der Pflege übernehmen, die nach dem OKP-Beitrag und der Beteiligung der Versicherten übrig bleiben.⁴
2. *Die sozialpolitisch schwierige Situation von bestimmten Gruppen Pflegebedürftiger soll verbessert werden.* Mehrere sozialpolitische Begleitmassnahmen sollen dazu beitragen, die finanzielle Belastung der privaten Haushalte zu begrenzen und das Risiko zu minimieren, dass Pflegebedürftige abhängig von Sozialhilfe werden:
 - a. Die Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) wurden erhöht.⁵

¹ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31).

² Art. 25a Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10).

³ Art. 25a Abs. 5. KVG. Zusätzlich zur Patientenbeteiligung haben die Pflegebedürftigen Franchise und Selbstbehalt zu bezahlen (vgl. Art. 64 KVG).

⁴ Art. 25a Abs. 5 KVG.

⁵ Die Vermögensbeiträge wurden für alleinstehende Personen von CHF 25'000 auf CHF 37'500 und für Ehepaare von CHF 40'000 auf CHF 60'000 erhöht. Der zusätzliche Freibetrag für Bewohnerinnen und Bewohner von selbstbewohntem Wohneigentum wurde auf CHF 112'500 angehoben. Wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere Ehegatte im Heim lebt, oder wenn eine Person eine Hilf-



- b. Für pflegebedürftige Personen zu Hause wurde in der AHV der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt.⁶
- c. Die Kantone können für die EL-Berechnung die Heimtaxe begrenzen; sie haben aber dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim bei den Ergänzungsleistungen in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird.⁷

Vor der Einführung leistungsbezogener Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wurde befürchtet, dass akutsomatische Spitäler Patientinnen und Patienten zu früh entlassen würden. Damit verfrühte Entlassungen aufgefangen werden können, schuf das Parlament die *Akut- und Übergangspflege (AÜP)*. Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV, die sich direkt nach einem Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und im Spital ärztlich angeordnet werden, werden während längstens zwei Wochen nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung finanziert.⁸ Die Leistungen der AÜP haben zum Ziel, dass die Patientinnen und Patienten ihre vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wiedererlangen und in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können.

1.2 Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die NPF in den Jahren 2016 bis 2017 extern evaluieren lassen. Die Evaluation stützt sich auf Artikel 32 KVV⁹. Die Evaluation soll Grundlagen bereitstellen, um festzustellen, ob die Ziele der NPF erreicht wurden.

Die Arbeitsgemeinschaft INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung führte die Evaluation in den Jahren 2016 bis 2017 durch. Die Arbeitsgemeinschaft hat einen umfassenden Evaluationsbericht verfasst. Der Bericht gibt einen sehr guten und aktuellen Überblick über die vielfältige Umsetzung der NPF. Er zeigt, ob ihre Ziele erreicht worden sind und welche weiteren Wirkungen sie hat. Zudem werden Problembereiche der Pflegefinanzierung identifiziert, aus denen Anpassungs- bzw. Handlungsbedarf abgeleitet werden kann.

Die Resultate der Evaluation wurden von einer Begleitgruppe, in der die wichtigsten Stakeholder vertreten sind, begutachtet. Die Stakeholder sind einhellig der Meinung, dass der Evaluationsbericht ihr Wissen aus der Praxis bestätigt. Die Evaluation weist jedoch methodische gewisse Grenzen auf. Zu diesen gehören insbesondere teilweise lückenhafte Sekundärdaten, die methodische Brüche aufweisen. Der tiefe Rücklauf der Befragung der Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie qualitative Interviews erlauben es nicht, bei den diesbezüglichen Ergebnissen einen Anspruch auf Allgemeingültigkeit zu erheben.

losenentschädigung bezieht und in einer Liegenschaft wohnt, die sie oder ihr Ehegatte besitzt, gilt neu ein Freibetrag von CHF 300'000; vgl. Art. 11 Abs. 1 lit. c und Art. 11 Abs. 1^{bis} des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30).

Der Bundesrat hat am 25. November 2015 eine Botschaft für eine Reform der EL verabschiedet, u. a. damit Eigenmittel vermehrt für die Altersvorsorge eingesetzt werden bzw. das Vermögen bei der EL-Berechnung stärker berücksichtigt wird. Die mit der NPF erhöhten Vermögensfreigrenzen sollen teilweise wieder gesenkt werden (für alleinstehende Personen auf CHF 30'000 und für Ehepaare auf CHF 50'000). Die Reform wird zurzeit vom Parlament behandelt.

⁶ Art. 43^{bis} Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10).

⁷ Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG.

⁸ Art. 25a Abs. 2 KVG.

⁹ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102). Artikel 32 KVV beauftragt das BAG, wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des KVG durchzuführen.



2 Handlungsbedarf aufgrund der Resultate der Evaluation

Die Evaluierenden haben in insgesamt vier Bereichen Probleme festgestellt: Die Restfinanzierung der Kantone (und/oder der Gemeinden) ist teilweise ungenügend, die Akut- und Übergangspflege wird nur in geringem Mass genutzt, bei der Pflege zu Hause bestehen teilweise Deckungslücken und die Kantone und Gemeinden wurden mit der NPF finanziell deutlich stärker belastet. Dies wurde von den Eidgenössischen Räten mit ihren Entscheiden bewusst in Kauf genommen.

2.1 Finanzielle Belastung von OKP, Kantonen und Gemeinden

Das Ziel der NPF, eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP zu vermeiden, wurde erreicht. Der Finanzierungsanteil der OKP an den KVG-Pflegekosten ist seit 2011 leicht rückläufig, insbesondere bei der Finanzierung der Pflegeleistungen von Pflegeheimen.¹⁰ In absoluten Zahlen betrachtet ist das Kostenwachstum zu Lasten der OKP moderat: 2010 betragen die Bruttoleistungen der OKP für Pflegeleistungen der Pflegeheime und der ambulanten Leistungserbringer 2.46 Milliarden Franken, 2016 beliefen sich die Ausgaben auf 2.72 Milliarden Franken. Die Ausgaben für Pflegeleistungen im Pflegeheim gingen ganz leicht zurück (2010: CHF 1.89 Mia.; 2016: CHF 1.85 Mia.), die Ausgaben für Pflegeleistungen der ambulanten Leistungserbringer sind hingegen relativ stark gewachsen (2010: CHF 563 Mio.; 2016: CHF 868 Mio.).¹¹

Der Finanzierungsanteil von Kantonen und Gemeinden ist entsprechend gewachsen. Die Ausgaben von Kantonen und Gemeinden für die KVG-Pflegekosten sind insbesondere im Pflegeheimbereich angestiegen. Dies betrifft v. a. die Gemeinden, auch da sich ein Teil der Finanzierungslast in der Tat von den Kantonen zu den Gemeinden verschoben hat. Insgesamt hat die NPF dazu geführt, dass die Pflege stärker von der öffentlichen Hand finanziert wird. Der Gesetzgeber hat dies aufgrund des Ziels, die OKP nicht zusätzlich zu belasten, bewusst in Kauf genommen.

Die Evaluation zeigt, dass die gesamten Kosten der Pflege seit der NPF weniger stark gewachsen sind als zuvor. Der Anteil der über 65-Jährigen bzw. der über 80-Jährigen an der Bevölkerung steigt jedoch künftig stärker an. Deshalb ist in den kommenden Jahren damit zu rechnen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen stark zunimmt. Die Ausgabendynamik in der Langzeitpflege wird zu einem deutlichen Anstieg der öffentlichen Gesamtausgaben für Gesundheit, in denen die Ausgaben der OKP miteingeschlossen sind, beitragen.

Gemäss den langfristigen Ausgabenprojektionen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) verdreifachen sich die realen öffentlichen Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege zwischen 2011 und 2045 (von CHF 6.2 Mia. auf CHF 19.5 Mia.).¹² Das Ausmass der Ausga-

¹⁰ Der Finanzierungsanteil der Versicherer (OKP und andere Sozialversicherungen) an den gesamten KVG-Pflegekosten ist bei den Pflegeheimen um vier Prozentpunkte (von 55% im Jahr 2011 auf 51% im Jahr 2015) und bei der Pflege zu Hause um zwei Prozentpunkte (von 72% im Jahr 2011 auf 70% im Jahr 2015) gesunken.

¹¹ vgl. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG, Tabelle 216, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>.

¹² Vgl. hierzu die Projektionen zu den öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege und für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) im Bericht des Bundesrates «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vom 25. Mai 2016. Die dort dargestellten Projektionen beruhen auf den Ausgabenprojektionen der EFV



bendynamik zeigt sich auch darin, dass der Anteil der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege am BIP um mehr als das Doppelte, von 1.1 Prozent im Jahr 2011 auf schätzungsweise 2.4 Prozent im Jahr 2045 steigt. Die Dynamik der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege ist stärker als jene der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit (ohne Langzeitpflege). Werden die Projektionen der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege in Relation zu den projizierten öffentlichen Ausgaben für Gesundheit (ohne Langzeitpflege) gesetzt, relativiert sich die Bedeutung der Verdreifachung der Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege. Die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) steigen gemäss den genannten Ausgabenprojektionen von 35.6 Milliarden Franken im Jahr 2011 (6.4% des BIP) auf projizierte 63.2 Milliarden Franken im Jahr 2045 (7.8% des BIP). Die OKP wird gemäss Ausgabenprojektionen auch 2045 mit einem Anteil von knapp 50 Prozent nach wie vor den grössten Anteil der Gesamtausgaben für die Gesundheit finanzieren.

Aus Sicht des EDI besteht somit kein grundsätzlicher Bedarf, die aktuelle Aufteilung der Pflegefinanzierung zu ändern. Das EDI ist jedoch bereit, im Rahmen des Berichts zum Postulat 16.3352 SGK-N «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger» zu prüfen, ob und wie bei den OKP-Beiträgen an die Pflegeleistungen der Kostenentwicklung Rechnung zu tragen ist. Eine vertiefte Prüfung ist angezeigt, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass die OKP-Beiträge zum heutigen Zeitpunkt gesenkt werden müssten, wenn die Teuerung der letzten Jahre berücksichtigt würde.¹³ Dadurch wäre der Finanzierungsanteil der OKP noch stärker gesunken.

Die Frage, wie die Langzeitpflege künftig finanziert werden könnte, war nicht Gegenstand der Evaluation. Der Bundesrat hat sich dazu in seinem Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vom 25. Mai 2016 bereits geäussert und verschiedene Optionen aufgezeigt. Er hat den Bericht zu Händen des Parlaments verabschiedet. Für die künftige Finanzierung ist es zentral, das Kostenwachstum im Bereich der Langzeitpflege einzudämmen. Im vorerwähnten Bericht zur Langzeitpflege hat der Bundesrat dazu ein Massnahmenpaket von Bund und Kantonen vorgeschlagen. Darin sind u. a. Präventionsmassnahmen vorgesehen, die Pflegebedürftigkeit verhindern oder zumindest verzögern sollen.

2.2 Umsetzung der revidierten KVG-Regelungen

Aus Sicht des EDI besteht auf bundesgesetzlicher Ebene kein Anpassungsbedarf, da das Gesetz inhaltlich genügend klar ist. Die Kantone haben die NPF grösstenteils, aber noch nicht vollständig umgesetzt. In gewissen Bereichen bestehen deshalb noch Umsetzungsdefizite. Bevor vertieft geprüft wird, ob zwecks Problembekämpfung eine zusätzliche Regulierung auf Bundesebene notwendig ist, erscheint es sinnvoll, dass das EDI hier in erster Linie den Dialog mit den betroffenen Akteuren sucht, um auf die Behebung der Umsetzungsdefizite hinzuwirken.

aus dem Jahr 2012, denen die Demografieszenarien des Bundesamts für Statistik (BFS) aus dem Jahr 2010 zugrunde liegen. Online verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/cc/bundesratsberichte/2016/bestandesaufnahme-perspektiven-langzeitpflege.pdf>.

2017 wurden seitens der EFV aktualisierte Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bereitgestellt, welche die Resultate bestätigen (Brändle, Th. und Colombier, C. (2017). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 21).

¹³ Der Landesindex der Konsumentenpreise für die Gesundheitspflege ist seit Einführung des Beitragssystems im Jahr 2011 um 3.4 Prozent gesunken (vgl. BFS 2018. Entwicklung der Konsumentenpreise, nach Art und Herkunft der Güter, online unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.4422221.html>).



a) Restfinanzierung

Alle Kantone haben materiell geregelt, wer für die Restfinanzierung zuständig ist, wie deren Höhe bestimmt wird und wie hoch die Patientenbeteiligung ist. Rund ein Drittel der Kantone übernimmt die Restfinanzierung vollständig, die übrigen Kantone übernehmen die Restfinanzierung zusammen mit den Gemeinden oder haben die Restfinanzierung vollständig den Gemeinden übertragen.¹⁴

Die Kantone (bzw. Gemeinden) verwenden unterschiedliche *Methoden, um die Höhe der Restfinanzierung festzulegen*. Diese reichen von vorher definierten Normkosten oder Höchstgrenzen pro Pflegebedarfsstufe (Pflege im Pflegeheim) bzw. pro Leistungskategorie (Pflege zu Hause) bis hin zur Abgeltung der effektiven Restkosten. Eine Mehrheit der Kantone hat Normkosten oder Höchstgrenzen für die Restfinanzierung festgelegt. Mehrere Kantone sehen für Pflegeleistungen, die von bestimmten Leistungserbringertypen erbracht werden (insbesondere von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause ohne Leistungsauftrag), keine Restfinanzierung vor. Das KVG enthält keine Bestimmung, welche die Gleichbehandlung der Leistungserbringer verlangt. Eine solche Bestimmung könnte es den Kantonen insbesondere erschweren, ihren verfassungsmässigen Auftrag der Gesundheitsversorgung zu erfüllen. Eine unterschiedliche Restfinanzierung darf jedoch nicht zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten führen.

Das im KVG verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot erlaubt es den Kantonen, die Restfinanzierung auf die Kosten für eine wirtschaftliche bzw. effiziente Leistungserbringung zu beschränken. Normkosten und Höchstgrenzen eignen sich, Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu setzen und können somit einen kostendämpfenden Effekt haben. Normkosten oder Höchstgrenzen sind allerdings grundsätzlich auf der Grundlage transparenter Kostengrundlagen und eines Benchmarks festzulegen, der die Kosten einer wirtschaftlichen bzw. effizienten Leistungserbringung berücksichtigt. Die Kantone müssen dafür sorgen, dass eine basierend auf den Kosten für eine effiziente Leistungserbringung festgesetzte Restfinanzierung gewährleistet wird. Decken die Normkosten oder Höchstgrenzen die Kosten wirtschaftlicher bzw. effizienter Leistungserbringung nicht, sind sie zu tief angesetzt, womit ungerechtfertigte Finanzierungslücken entstehen können. Dies gilt sinngemäss auch in Fällen, in welchen der Kanton keine Restfinanzierung vorsieht, also implizit Normkosten festlegt, die der Summe der OKP-Beiträge und der Patientenbeteiligung entsprechen, und diese als kostendeckend erachtet.

Die teilweise ungenügende Restfinanzierung durch die Kantone bzw. Gemeinden kann dazu führen, dass die Kosten der Leistungserbringer nicht vollständig gedeckt sind. Zumeist haben die Träger der Leistungserbringer die ungedeckten Kosten übernommen.¹⁵ Einzelne Leistungserbringer haben ungedeckte KVG-Pflegekosten auf Pflegebedürftige überwältzt, indem sie diese unter anderem Titel (insb. Betreuung) verrechneten. Damit wurden Patientenbeteiligungen verrechnet, die das gesetzlich vorgegebene Maximum (20% des höchsten OKP-Beitrags) überschreiten, was nicht gesetzeskonform ist.

¹⁴ Zu Schwierigkeiten kam es teilweise in Fällen, bei denen der Kanton die Restfinanzierung festlegt und die Gemeinden die Refinanzierung zu übernehmen haben, insbesondere, wenn die Gemeinden ungenügend einbezogen wurden.

¹⁵ Rund die Hälfte der antwortenden Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gab in der Befragung der Evaluation an, zwischen 2011 und 2015 entweder jedes Jahr oder teilweise ungedeckte Restkosten ausgewiesen zu haben. Bei den antwortenden Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause wurden die ungedeckten Restkosten zu 80 Prozent von den Trägern (insbesondere bei privaten, gemeinnützigen Trägern) übernommen, bei den antwortenden Pflegeheimen zu zwei Dritteln (insbesondere bei öffentlichen Pflegeheimen).



Handlungsbedarf besteht somit bei denjenigen Kantonen, die Regelungen erlassen haben, die zu ungerechtfertigten Finanzierungslücken führen, und bei Leistungserbringern, welche den Pflegebedürftigen ungedeckte Pflegekosten unter anderem Titel verrechnen.

Die Kantone haben die *Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeleistungen* unterschiedlich geregelt, was zu Finanzierungslücken führen kann. Das Parlament hat am 29. September 2017 eine KVG-Änderung verabschiedet, mit der die Zuständigkeit für die Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeleistungen abschliessend geregelt wird.¹⁶ Es ist möglich, dass die geplante Änderung nach wie vor die Wahlfreiheit der Versicherten einschränkt: Wenn sich pflegebedürftige Personen für einen ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt entscheiden, obwohl in ihrem Herkunftskanton ein Pflegeheimplatz vorhanden gewesen wäre, ist es möglich, dass sie allfällige Mehrkosten des ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalts selber tragen müssen. Dem Gesetzgeber war diese Problematik bei der Verabschiedung der KVG-Änderung bewusst.

b) Akut- und Übergangspflege

Mit Ausnahme der Kantone Waadt und Wallis haben alle Kantone für die Akut- und Übergangspflege (AÜP) Ausführungsbestimmungen erlassen, um Zuständigkeit und/oder Finanzierung der AÜP zu klären. Die Kantone haben die AÜP sehr unterschiedlich und teilweise nicht im bundesgesetzlichen Sinne geregelt.¹⁷ Das Angebot ist insgesamt relativ schwach ausgebaut. Die Kantone Freiburg, Jura, Neuenburg, Waadt und Wallis geben an, dass bei ihnen keine AÜP angeboten werde.¹⁸ Mit Ausnahme der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bietet nur eine Minderheit der befragten Leistungserbringer AÜP an. Die Inanspruchnahme ist bisher zumeist tief. Die Gründe hierfür sind insbesondere, dass die AÜP bei den Spitalärztinnen und -ärzten wenig bekannt ist und für Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten finanziell nicht attraktiv ist. Teilweise werden erbrachte AÜP-Leistungen auch nicht als solche verrechnet.

In der Evaluation konnte allerdings nicht genau eruiert werden, wie hoch der tatsächliche Bedarf an AÜP ist. Die Grundidee und Ziele der AÜP werden von den meisten der befragten Stakeholder nicht in Frage gestellt, die Ausgestaltung der AÜP wird jedoch von vielen Stakeholdern kritisiert. Zu den wichtigsten Kritikpunkten gehören eine zu kurze Dauer, die Finanzierung, der administrative Aufwand sowie Unklarheiten bei der Abgrenzung zur regulären und geriatrischen Pflege sowie zur Rehabilitation. Die Evaluierenden stellen in Frage, ob die gesetzlichen Rahmenbedingungen der AÜP so ausgestaltet sind, damit die AÜP aufgebaut und auch genutzt wird.

Der Gesetzgeber hat die AÜP in erster Linie geschaffen, weil er befürchtete, dass die Vergütung der akutsomatischen Spitalleistungen durch leistungsbezogene Fallpauschalen (SwissDRG) zu verfrühten Entlassungen aus dem Spital führen könnte. Die Evaluation der NPF liefert keine eindeutigen Resultate und Erkenntnisse zur AÜP, was eine abschliessende Beurteilung verunmöglicht. Die Resultate deuten jedoch darauf hin, dass konzeptioneller

¹⁶ Vgl. BBI 2017 6243. Die Änderung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

¹⁷ Beispielsweise haben die Kantone Schaffhausen und Tessin die Dauer der AÜP auf 60 bzw. 28 Tage verlängert. Im Tessin können auch Hausärztinnen und -ärzte die AÜP verschreiben. Der kantonale Finanzierungsanteil von 55 Prozent wird in den Kantonen Basel-Stadt, Luzern, St.Gallen, Zug und Zürich vollständig von den Gemeinden getragen, in den Kantonen Freiburg, Graubünden und Schaffhausen finanzieren die Gemeinden den kantonalen Anteil mit.

¹⁸ Einige Waadtländer Spitäler geben allerdings an, AÜP anzubieten.



Handlungsbedarf besteht, was die meisten Stakeholder stützen. Das EDI kann dies grundsätzlich nachvollziehen.

Für das EDI ist jedoch die Frage zentral, ob überhaupt ein Bedarf nach AÜP besteht. Diese Frage kann die Evaluation nicht beantworten. Die bisherigen Ergebnisse der bis 2019 laufenden Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung liefern keine massgeblichen Hinweise, dass sich die Revision negativ auf die Qualität der stationären Spitalleistungen ausgewirkt hätte und die den Verdacht erhärten würden, dass allfällig verfrühte Entlassungen durch die Leistungserbringer, die dem stationären Spitalbereich nachgelagert sind, nicht aufgefangen werden können. Die Aufenthaltsdauern in der Akutsomatik haben sich verkürzt. Es ist eine klare Tendenz hin zu mehr nicht-klinischer Nachbetreuung durch Pflegeheime und ambulante Leistungserbringer festzustellen. Gleichzeitig haben die Rehospitalisierungsraten leicht zugenommen. Gegen eine verschlechterte Behandlungsqualität (und den Verdacht auf verfrühte Entlassungen) spricht, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Rehospitalisierten länger ist als diejenige der übrigen Patientinnen und Patienten.¹⁹ Das EDI möchte die definitiven Resultate dieser Evaluation noch abwarten. Damit sollten die erforderlichen Grundlagen zur Verfügung stehen, um die Zukunft der AÜP klären zu können.

c) Kostenermittlung, Leistungserfassung und -abgrenzung

Die Resultate der Evaluation deuten darauf hin, dass sich die Praxis der Leistungserbringer bei der Kostenrechnung grundsätzlich professionalisiert hat, insbesondere, weil die Kantone und Versicherer eine transparente Kostenrechnung stärker eingefordert haben. Nicht alle Pflegeheime weisen jedoch ihre Kosten in Konformität mit der VKL²⁰ aus. Die Pflegeheime müssen die Kosten der KVG-pflichtigen Pflege nach den Bestimmungen der VKL ermitteln. Dies beinhaltet insbesondere, dass die Kosten aufgrund einer Arbeitszeitanalyse den einzelnen Kostenträgern (Pflege, Betreuung und Hotellerie) zugeteilt werden. Ein transparenter Kostenausweis ist unabdingbar, damit die Pflegefinanzierung funktioniert: Diese Kosten bilden die Grundlage für die Bestimmung der Kosten für die KVG-pflichtige Pflege und damit der Restfinanzierung der Kantone. Damit besteht grundsätzlich Handlungsbedarf bei den Leistungserbringern, die keine VKL-konforme Kostenrechnung führen und/oder bei denen sich die Kosten der KVG-pflichtigen Pflege nicht eindeutig bestimmen lassen. Kantone und Versicherer sollten dies stärker einfordern und vorsehen bzw. verlangen, dass die Leistungserbringer möglichst präzise Abgrenzungsmethoden verwenden.

Die Leistungserbringer geben an, dass ihnen die korrekte Abgrenzung bei bestimmten Leistungen Probleme bereitet, insbesondere bei Demenz, psychogeriatrischer Pflege oder Palliative Care, weil Artikel 7 KLV zu wenig detailliert sei bzw. die Komplexität der Fälle nicht berücksichtige.²¹ Eine KLV-Anpassung bzw. zusätzliche Differenzierung des Leistungskatalogs gemäss Artikel 7 KLV ist aus Sicht des EDI nur dann angezeigt, wenn die Anpassung einen

¹⁹ Vgl. hierzu Hedinger, Damian; Tuch, Alexandre; Widmer, Marcel (2017). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009-2015 (Obsan Bulletin 2/2017). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

²⁰ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104).

²¹ Fehlen im Leistungskatalog aus Sicht von interessierten Personen und Organisationen eine spezifische Leistung oder Leistungskomponenten, so können sie grundsätzlich bei der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) Antrag auf Kostenübernahme für diese Leistung stellen. Diese Möglichkeit besteht auch bei Pflegeleistungen. Im Juni 2017 haben mehrere Leistungserbringerverbände, unterstützt von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, beantragt, Artikel 7 KLV mit demenzspezifischen Leistungen zu ergänzen. Dieser Antrag wird zurzeit vom BAG geprüft.



massgeblichen Beitrag leistet, um bestehende Probleme zu lösen. Dabei sind der Rahmen des KVG und insbesondere dessen Geltungsbereich einzuhalten.

2.3 Sozialpolitische Begleitmassnahmen

Das Ziel, die sozialpolitisch schwierige Situation von bestimmten Gruppen von Pflegebedürftigen zu verbessern, wurde nur teilweise erreicht. Die beiden sozialpolitischen Massnahmen «Hilflosenentschädigung leichten Grades der AHV für Personen zu Hause» und «Erhöhung Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf EL» sind vollumfänglich umgesetzt. Die NPF hat Pflegebedürftige, die einen höheren Pflegebedarf haben und im Pflegeheim wohnen, tendenziell finanziell entlastet. Dies dürfte sich positiv für Personen in schwierigen finanziellen Situationen ausgewirkt haben. Die EL decken den Pflegebedarf und den täglichen Lebensunterhalt von Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim wohnen, grundsätzlich ab. Schwierigkeiten treten teilweise bei Personen mit Demenz auf, insbesondere, wenn Pflegeheime einen Demenzzuschlag verrechnen, der nicht durch die EL abgedeckt wird.

Pflegebedürftige, die zu Hause wohnen, wurden hingegen durch die neu eingeführte Patientenbeteiligung finanziell zusätzlich belastet. Die Evaluation liefert Hinweise, dass v. a. bei der Pflege zu Hause Deckungslücken bestehen, d. h. gewisse Pflegebedürftige können sich ihren Pflegebedarf und den weiteren nötigen Unterhalt nicht mehr leisten. EL-Beziehende können die mit der Pflege verbundenen Kosten im Pflegeheim oft besser finanzieren als bei der Pflege zu Hause und bei intermediären Angeboten (betreutes Wohnen). Die Einführung der Hilflosenentschädigung leichten Grades hat dieses Ungleichgewicht zwar teilweise reduziert und die finanzielle Situation für diese Gruppe von Pflegebedürftigen entschärft. Die Evaluierenden vermuten jedoch, dass immer noch ein Ungleichgewicht zu Gunsten des grundsätzlich teureren Pflegeheimaufenthalts besteht. Aufgrund der Kriterien und/oder mangelnder Informationen ist der Kreis der Personen, die eine Hilflosenentschädigung leichten Grades in Anspruch genommen hat, eher klein. In einer finanziell schwierigen Situation sind ausserdem Pflegebedürftige, die zu Hause wohnen, kein Vermögen haben und ein Renteneinkommen beziehen, das knapp über der EL-Grenze liegt. Auch zu Hause wohnende Pflegebedürftige mit Demenz und Pflegebedürftige ohne Angehörige befinden sich oft in finanziell schwierigen Situationen.

Die gesetzliche Vorgabe, dass der Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim bei den EL in der Regel keine *Sozialhilfe-Abhängigkeit* begründen darf, ist grösstenteils erfüllt. Eine Mehrheit der Kantone hat dazu explizite Massnahmen ergriffen.²² Gut ein Drittel der Kantone hat keine expliziten Massnahmen ergriffen – diese Kantone geben aber an, dass ihnen keine Sozialhilfefälle aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts bekannt seien. In Einzelfällen könne Pflegebedürftigkeit jedoch nach wie vor zu Sozialhilfe-Abhängigkeit führen. Bei den EL werden Vermögenswerte, auf die verzichtet wurde, angerechnet, wie wenn sie noch vorhanden wären. Dies kann ein Grund für Sozialhilfe-Abhängigkeit sein. Daher verlangt Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe a ELG, dass «in der Regel» keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet werden darf. Die Sozialhilfefälle in Heimen sind seit der NPF tendenziell leicht angestiegen. 2015 war knapp ein Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sozialhilfeabhängig.

²² Die Kantone Basel-Landschaft, Genf und Waadt verzichten auf eine maximal anrechenbare Pflegeheimtaxe. In Graubünden, Nidwalden, St. Gallen und Schaffhausen wird die maximal anrechenbare Pflegeheimtaxe tarifabhängig oder in Absprache mit den Leistungserbringern festgelegt. Aargau, Freiburg, Neuenburg, Tessin und Zürich können Zuschüsse zu den EL ausbezahlen. Appenzell-Ausser rhoden, Bern, Jura und Thurgau stellen mit anderen Massnahmen sicher, dass die geltenden Höchstgrenzen bezahlbar sind.



Die Evaluation bezieht sich auf die heutige Situation und zeigt, dass sich die sozialpolitischen Begleitmassnahmen der NPF grundsätzlich bewährt haben, die sozialpolitischen Zielsetzungen jedoch nur teilweise erreicht werden konnten. Zurzeit berät das Parlament eine umfassende Reform der EL, die sich auf den Bereich der Pflege sozialpolitisch auswirken kann. Die Auswirkungen der Reform lassen sich zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abschätzen.

3 Schlussfolgerungen des EDI und weiteres Vorgehen

Das BAG hat in den Jahren 2016 und 2017 die NPF extern evaluieren lassen. Das EDI zieht hiermit seine Schlussfolgerungen zu den Resultaten der Evaluation. Dies markiert nicht das Ende der Diskussion, sondern den Anfang eines Prozesses.

Der Evaluationsbericht zeigt, dass die vom Gesetzgeber verfolgten Zielsetzung mit der Umsetzung der NPF grundsätzlich erreicht wurden. Die Ausgaben der OKP für die Pflege wurden stabilisiert. Wie vom Gesetzgeber gewollt, wurden die Prämienzahlenden somit kaum zusätzlich belastet. Im Bereich der Krankenversicherung besteht für das EDI somit kein Handlungsbedarf. Das EDI wird jedoch im Rahmen des Berichts zum Postulat 16.3352 SGK-N «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger» prüfen, ob und wie bei den OKP-Beiträgen an die Pflegeleistungen der Kostententwicklung Rechnung zu tragen ist.

Auch die sozialpolitischen Begleitmassnahmen der NPF haben sich grundsätzlich bewährt. Im Bereich der Ergänzungsleistungen ortet das EDI zum aktuellen Zeitpunkt keinen Handlungsbedarf, insbesondere, da das Parlament zurzeit eine umfassende Reform der EL berät, die auch auf sozialpolitische Auswirkungen im Bereich der Pflege haben kann. Die Auswirkungen der Reform für den Bereich der Pflege lassen sich zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abschätzen.

Die Evaluation zeigt aber auch, dass die NPF noch nicht vollständig umgesetzt ist. Im Bereich der Restfinanzierung und der Kostenrechnung sind sowohl Kantone wie auch Leistungserbringer und Versicherer weiterhin gefordert, ungerechtfertigte Finanzierungslücken zu schliessen bzw. bei der Kostenrechnung präzisere Abgrenzungsmethoden zu verwenden. Das EDI wird hierzu die Diskussion mit den betroffenen Akteuren weiterführen, um die bestehenden Umsetzungsdefizite zu beheben, und den Bundesrat bis spätestens Ende Juni 2019 über das Ergebnis informieren.

Das EDI wird dem Bundesrat bis Ende 2023 über den Stand der Diskussionen im Bereich der Pflegefinanzierung Bericht erstatten.