

Konzept zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Schlussbericht

Antoinette Feh Widmer

Christian Rüefli

Bern, 21. Januar 2015

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	iii
1 Hintergrund, Ziel und Vorgehen der Konzeptstudie.....	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Auftrag und Ziel der Konzeptstudie	2
1.3 Vorgehen	3
1.4 Aufbau des Berichts	5
2 Wirkungsmodell.....	6
2.1 Detailerläuterungen	6
2.1.1 Massnahmen.....	6
2.1.2 Outputs	8
2.1.3 Outcomes / Impacts	11
2.2 Wirkungsmodell.....	15
3 Erkenntnisziele der Evaluation	17
4 Evaluationsfragen.....	19
4.1 Fragen zur Umsetzung.....	21
4.1.1 Umsetzung durch die Kantone.....	21
4.1.2 Umsetzung durch die Leistungserbringer	22
4.1.3 Fazitfragen zur Umsetzung	23
4.2 Fragen zu den Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung.....	23
4.2.1 Finanzielle Auswirkungen (Kosten resp. finanzielle Belastung)	24
4.2.2 Sozialpolitische Wirksamkeit.....	26
4.2.3 Auswirkungen auf Angebot und Inanspruchnahme von Leistungen	27
4.2.4 Fazitfragen zu den Wirkungen.....	29
4.3 Weiterführende Fragen	29
5 Datenlage	31
5.1 Informationsbedarf	31
5.2 Beurteilung der bestehenden Datenquellen.....	39
5.2.1 Quellen für quantitative Daten	39
5.2.2 Quellen für qualitative Daten.....	47
5.3 Methodenbausteine auf der Grundlage der vorhandenen Daten.....	50
5.4 Informationslücken und Erhebungsbedarf	51

6	Befragungskonzept.....	52
6.1	Mögliche Adressaten von Befragungen	53
6.2	Mögliche Formen von Befragungen.....	56
	Dokumente und Literatur	62

Abkürzungsverzeichnis

AB xxx N yyy	Amtliches Bulletin des Nationalrates (xxx = Jahr; yyy = Seite)
AB xxx S yyy	Amtliches Bulletin des Ständerates (xxx = Jahr; yyy = Seite)
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CHF	Schweizer Franken
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30)
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
IV	Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats
SGK-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats

1 Hintergrund, Ziel und Vorgehen der Konzeptstudie

1.1 Ausgangslage

Das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) brachte für den Bereich der Pflege diverse tiefgreifende Änderungen mit sich: Zum einen wurde beschlossen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die ambulant bei Hausbesuchen oder in einem Pflegeheim respektive Spital stationär durchgeführten Pflegemassnahmen vergütet. Zum anderen wurden damit auch die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen¹ als Leistungserbringer in das OKP-System integriert (Bundesrat 2005: 2034)². Mit dieser Leistungsausweitung waren entsprechende Mehrkosten verbunden. Die Kostenentwicklung in der Pflege wird durch die demographische, medizinische und gesellschaftliche Entwicklung zusätzlich angetrieben, da diese zu einem steigenden Bedarf an Pflegeleistungen führen (vgl. Höpflinger et al. 2011).

Bereits 1998 führte der Bundesrat auf Verordnungsstufe Rahmentarife für den Pflegebereich ein, um die Kostenentwicklung kontrollieren zu können. Diese Rahmentarife waren als zeitlich befristete Massnahme vorgesehen und wurden deshalb einige Jahre später durch eine Neuordnung der Pflegefinanzierung abgelöst. Nachdem der Bundesrat die entsprechende Botschaft im Februar 2005 verabschiedet hatte (Bundesrat 2005), wurde das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung am 13. Juni 2008 nach langwieriger Debatte inklusive Einigungskonferenz vom Parlament verabschiedet.

Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung betrifft nicht nur die OKP, sondern bezieht die weiteren involvierten Sozialversicherungszweige und Finanzierungsträger mit ein, namentlich die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV; insbesondere die Hilflosenentschädigungen) sowie die Ergänzungsleistungen (EL). Da es aufgrund der Notwendigkeit an kantonaler Gesetzgebung (rechtliche Anpassungen, Ausführungserlasse) zu intensiven Diskussionen zwischen Bund und Kantonen über den Zeitpunkt der Inkraftsetzung und über den Vollzug des neuen Finanzierungsregimes kam (vgl. z.B. BAG 2013: 3f.), traten die Gesetzesänderungen³ sowie die notwendigen Ausführungsverordnungen des Bundes⁴ am 1. Januar 2011 in Kraft. Kern der neuen Pflegefinanzierung ist ein Modell über

¹ Der Begriff „Spitex“ bezeichnet hier sowohl öffentlich-gemeinnützige (non-profit) als auch privatkommerzielle Organisationen der Pflege zu Hause.

² Für eine kurze Übersicht über die Strukturen und Entwicklungen der Langzeitpflege in Heimen und Spitälern vgl. Mösle (2010), zur Spitex vgl. Gmür/Rüfenacht (2010).

³ Die Gesetzesänderungen betrafen das KVG, das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) und das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30).

⁴ Die Modalitäten der Finanzierung der ambulant oder in einem Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen werden in der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) und in

die Aufteilung der Pflegekosten und deren Übernahme durch die Krankenversicherung (OKP), durch die Versicherten und die Kantone. Die OKP leistet an ärztlich verordnete Pflegeleistungen bei ausgewiesenem Pflegebedarf durch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) und von Pflegeheimen nach Zeitaufwand abgestufte Beiträge⁵, während sie bei Leistungen der Akut- und Übergangspflege für höchstens zwei Wochen analog zur Spitalfinanzierung maximal einen Anteil von 45% der Kosten trägt (Art. 7-8 KLV⁶). Versicherte Personen haben von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten⁷ maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags (Patientenbeteiligung; Art. 25a lit.5 KVG) sowie die weiteren Kosten für Betreuung, Hauswirtschaft, Hotellerie etc. selbst zu übernehmen. Um die finanzielle Belastung der privaten Haushalte zu begrenzen und das Risiko einer aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Sozialhilfeabhängigkeit zu minimieren, wurden zwei sozialpolitische Begleitmassnahmen eingeführt: Zum einen wurde für Personen zu Hause eine Hilflosenentschädigung zur AHV für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt, zum anderen wurde für Pflegebedürftige im Heim die Vermögensfreigrenzen für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV erhöht. Während damit die Finanzierungsbeiträge der OKP und der privaten Haushalte an die Pflegekosten limitiert wurden, wurde die Regelung der Restfinanzierung den Kantonen übertragen (Art. 25a Abs. 5 KVG).

1.2 Auftrag und Ziel der Konzeptstudie

Gestützt auf Art. 32 KVV⁸ sollen die Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung evaluiert werden. Dabei ist u.a. zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet sind und ob die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden. Zur Vorbereitung dieser Evaluation hat das

der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV; SR 832.112.31) geregelt. Daneben wurde auch die Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 31. Oktober 1947 (AHVV; SR 831.101) angepasst.

⁵ An dieser Stelle seien zusätzlich die Tages- und Nachtstrukturen erwähnt. Derartige Angebote von Leistungserbringern wie Pflegeheimen oder Spitex-Diensten dienen der Entlastung pflegender Angehöriger und sollen dazu beitragen, die Pflegebereitschaft der Angehörigen zu erhalten oder zu erhöhen. Sie tragen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung. Es handelt sich hierbei um ein ambulantes Angebot nach Art. 25 Abs. 1 KVG. Das Angebot kann entweder am Tag oder in der Nacht genutzt werden. Der Aufenthalt dauert immer weniger als 24 aufeinanderfolgende Stunden. Gemäss Art. 7a Abs. 4 KLV übernimmt die Versicherung für Tages- oder Nachtstrukturen die Beiträge nach Art. 7a Abs. 3 KLV an die Kosten der Leistungen pro Tag oder Nacht.

⁶ Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung; SR 832.112.31)

⁷ Gemäss Landolt (2014: 198) ist in mehrerer Hinsicht unklar, was mit „den von Sozialversicherungen nicht gedeckten Pflegekosten“ gemeint ist. Dies betrifft einerseits die Definition der Pflegekosten, andererseits die Interpretation von „Sozialversicherungen“. Das Bundesrecht regle nicht, was unter dem Begriff „Pflegekosten“ konkret zu verstehen ist (Landolt 2014: 203).

⁸ Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102)

Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung mit einer Konzeptstudie beauftragt. Der Auftrag beinhaltete die Ausarbeitung eines Evaluationskonzepts, das als Grundlage für eine spätere Studie zur Beantwortung der folgenden übergeordneten Fragestellungen dient:

- 1) Wie ist der Stand der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu beurteilen?
- 2) Inwieweit wurden die Reformziele der der Neuordnung der Pflegefinanzierung erreicht?
- 3) Welche weiteren, insbesondere sozialpolitischen und finanziellen Wirkungen hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöst?

Gemäss Auftrag soll das Evaluationskonzept folgende Elemente umfassen:

- ein Wirkungsmodell
- aus dem Wirkungsmodell abgeleitete Evaluationsfragen, die in der späteren Hauptstudie zu beantworten sind
- Zusammenstellung der qualitativ relevanten Dokumente, Beurteilung ihres Beitrags zur Beantwortung der Evaluationsfragen
- Zusammenstellung der vorhandenen Datenquellen, Beurteilung ihres Beitrags zur Beantwortung der Evaluationsfragen. Es sind allfällige Datenlücken zu identifizieren und Vorschläge zu entwickeln, wie mit diesen umgegangen werden kann.
- ein Befragungskonzept
- eine Kostenschätzung für die Durchführung der Befragungen
- Das Evaluationskonzept soll verschiedene Varianten aufweisen und in einem Schlussbericht präsentiert und erläutert werden.

1.3 Vorgehen

Die verschiedenen Elemente des Evaluationskonzepts wurden in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten erarbeitet.

In einem ersten Schritt wurde der Untersuchungsgegenstand – die seit 2011 geltenden Regelungen zur Pflegefinanzierung – anhand der Gesetzes- und Verordnungstexte sowie erläuternder Dokumente (Botschaft, erläuternde Berichte, Protokolle der Parlamentsdebatten, Berichte des BAG zuhanden der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-N, SGK-S) zur Umsetzung der Pflegefinanzierung) erfasst und in einem policy-analytischen Wirkungsmodell abgebildet. Dabei ging es im Wesentlichen darum, die für die Evaluation zentralen Elemente des Finanzierungsregimes zu identifizieren und aufeinander zu beziehen.

Ein zweiter Schritt bestand darin, den strategischen Rahmen und das Erkenntnisinteresse der Evaluation abzustecken. Diese bilden die Basis zur Festlegung des Fragekatalogs und des Vorgehenskonzepts für die vorzunehmende Evaluation. Methodisch beinhaltete dieser

Schritt persönliche bzw. teilweise telefonische Gespräche mit VertreterInnen des BAG und einer Reihe von Organisationen, die von der Auftraggeberin zur Mitwirkung in einer Begleitgruppe eingeladen wurden. Der im vorangehenden Arbeitsschritt erarbeitete Entwurf eines Wirkungsmodells bildet eine sachliche Grundlage für die Gespräche und konnte dabei gleichzeitig konsolidiert werden. In die Ausarbeitung des Erkenntnisinteresses und des Fragekatalogs waren die in Tabelle 1-1 aufgeführten Organisationen und Personen einbezogen:

Tabelle 1-1: Konsultierte Organisationen und Personen

Organisation	Person(en)
Association Spitex privée Suisse ASPS	Markus Reck, Hausbetreuungsdienst für Stadt und Land AG, Vorstandsmitglied
Bundesamt für Gesundheit	Marie-Thérèse Furrer, Sektion Tarife und Leistungserbringer Bruno Fuhrer, Sektion Tarife und Leistungserbringer Christian Vogt, Sektion Tarife und Leistungserbringer
Bundesamt für Sozialversicherungen	Mario Christoffel, Geschäftsfeld AHV, Berufliche Vorsorge und EL
Curafutura	Annette Jamieson, Helsana AG, Gesundheitspolitik
Curaviva	Daniel Domeisen, Ressortleiter Betriebswirtschaft und Recht
Dachverband Schweizerischer Patientenstelle	Erika Ziltener, Präsidentin
Eidgenössische Finanzverwaltung	Michael Egger, Abteilung Ausgabenpolitik
H+ Die Spitäler der Schweiz	Martin Bienlein, Leiter Geschäftsbereich Politik Stefan Berger, Geschäftsbereich Politik
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)	Stefan Leutwyler, stv. Generalsekretär
Santésuisse	Markus Gnägi, Leiter Ressort Ambulante Tarifstrukturen
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)	Yvonne Ribl, Geschäftsführerin
Schweizerischer Seniorenrat	Hans Rudolf Schönenberg, Arbeitsgruppe Gesundheit Elsbeth Wandeler, Arbeitsgruppe Gesundheit
Senesuisse, Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz	Christian Streit, Geschäftsführer
Spitex Verband Schweiz	Beatrice Mazenauer, Zentralsekretärin Silvia Marti, Verantwortliche Politik und Grundlagen
Tarifuisse	Annette Messer, Abteilung Pflege, Leiterin Pflege deutschsprachige Schweiz

Die teilweise unterschiedlichen Ansichten und Erwartungen der verschiedenen Organisationen und die daraus resultierenden Vorschläge für Evaluationsfragen wurden anlässlich einer Begleitgruppensitzung diskutiert und anschliessend unter Berücksichtigung des ge-

setzlichen Evaluationsauftrags, des vorgesehenen Zwecks der Evaluation, der übergeordneten Fragestellungen und der Ziele der Neuordnung der Pflegefinanzierung gemeinsam mit der Auftraggeberin priorisiert.

Zur Beschreibung und Beurteilung der Datenlage wurden über eigene Recherchen sowie im Rahmen der geführten Gespräche die relevanten Statistiken und weiteren Datenquellen (Dokumente, Berichte, Studien etc.) identifiziert, welche Informationen über die Umsetzung und die verschiedenen Wirkungen der Pflegefinanzierung enthalten. Diese Datenquellen wurden auf ihren potenziellen Beitrag an die Beantwortung der Evaluationsfragen beurteilt. Hieraus ergab sich der Bedarf zusätzlicher Erhebungen im Rahmen der künftigen Evaluation.

1.4 Aufbau des Berichts

Der Aufbau des vorliegenden Berichts gliedert sich entlang der verschiedenen Elemente des Evaluationskonzepts. In Kapitel 2 werden die verschiedenen analytisch relevanten Elemente der Pflegefinanzierung erläutert (Massnahmen, Aktivitäten zur Umsetzung (Outputs), vermutete bzw. angestrebte Veränderungen (Outcomes/Impacts) und in einem Wirkungsmodell zusammengeführt. Kapitel 3 beschreibt die Erkenntnisziele der Evaluation. Die daraus abgeleiteten Evaluationsfragen werden in Kapitel 4 präsentiert. Kapitel 5 befasst sich mit der Datenlage, und Kapitel 6 schlägt Varianten für die Konzeption von ergänzenden Befragungen zur Schliessung von Informationslücken vor.

2 Wirkungsmodell

Konzeptionelle und analytische Grundlage für die angestrebte Evaluation bildet ein policy-analytisches Wirkungsmodell der Pflegefinanzierung. Dieses enthält die verschiedenen Massnahmen bzw. Regelungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung, die sich daraus ergebenden erforderlichen Umsetzungsschritte („Soll“ für Beurteilung von Frage 1 nach dem Stand der Umsetzung (vgl. Abschnitt 1.2) und die verschiedenen Ebenen, auf denen Wirkungen erwartet werden („Soll“ für Beurteilung von Frage 2 nach der Zielerreichung). Indem es die postulierten Wirkungsketten zwischen Massnahmen und erwarteten Wirkungen visualisiert, bietet das Wirkungsmodell nicht nur eine strukturierende Orientierungshilfe, sondern insbesondere eine konzeptionelle und analytische Grundlage für die Evaluation.

Das zu erarbeitende Evaluationskonzept bezieht sich auf das Regime der Pflegefinanzierung, wie es seit 2011 in Kraft ist und damit auf die Gesamtheit der pflegebezogenen Finanzierungsregelungen in der OKP, der AHV und den Ergänzungsleistungen auf Bundesebene sowie der entsprechenden kantonalen Regelungen. Die vorgesehene Evaluation soll einerseits den Stand der Umsetzung dieser Regelungen, andererseits die Zielerreichung aufzeigen. Als grundlegende Zielsetzungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung werden explizit die Entschärfung von sozialpolitisch schwierigen Situationen pflegebedürftiger Personen sowie die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der obligatorischen Krankenversicherung genannt (Bundesrat 2005: 2034). Auf der Wirkungsebene liegt damit der Fokus hauptsächlich auf den Anteilen der beteiligten Finanzierungsträger an der Finanzierung der Pflegekosten, die durch die Neuordnung verändert wurden.

2.1 Detailerläuterungen

Im Folgenden werden die einzelnen Zeilen des vorgeschlagenen Wirkungsmodells detailliert erläutert.

2.1.1 Massnahmen

Die Zeile „Massnahmen“ bildet die zentralen Änderungen der gesetzlichen Grundlagen im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung ab, die Umsetzungshandlungen (Outputs) mit sich zogen und Veränderungen auf den interessierenden Wirkungsebenen (Outcomes/Impacts) zur Folge hatten. Nachfolgend werden diese kurz dargelegt⁹:

- a) **Beitragslösung statt Rahmentarife** (Art. 25a Abs. 4 KVG): Die wichtigste Neuerung der Pflegefinanzierung beinhaltet, dass die obligatorische Krankenversiche-

⁹ Vgl. für eine juristische Auslegeordnung auch Landolt (2014).

rung künftig einen fixen und nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die Pflegeleistungen leistet. Diese Beiträge werden in Art. 7a KLV festgelegt.

- b) **Regelung der Akut- und Übergangspflege:** Die Akut- und Übergangspflege wurde im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung und der Spitalfinanzierung ins KVG aufgenommen (Art. 25a Abs. 2 KVG). Der Gesetzgeber bezweckte damit, die Finanzierung des vorübergehend erhöhten Pflegebedarfs nach einem Spitalaufenthalt zu regeln und so eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung zu ermöglichen.¹⁰ Er beschränkte sich bei der Umschreibung darauf, dass es sich um Pflegeleistungen handelt, die sich direkt nach einem Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und vom Spitalarzt angeordnet werden. Diese Pflegeleistungen werden während längstens zwei Wochen¹¹ nach den Regeln der Spitalfinanzierung übernommen, wobei Versicherer und Leistungserbringer dazu Pauschalen vereinbaren sollen.¹²
- c) **Regelung der Restfinanzierung der Pflegekosten durch die Kantone** (Art. 25a Abs. 5 KVG): Die Kantone bzw. die Gemeinden müssen die Restkosten, d.h. die nach Abzug der Beiträge der Krankenversicherer und der Leistungsbezügler verbleibenden Kosten, übernehmen. Sie regeln die kantonsinterne Kostenaufteilung zwischen Kanton, Gemeinde und Pflegebedürftigen in eigener Kompetenz.
- d) **Begrenzung des Anteils der OKP an den Pflegekosten:** Der Bundesrat legt den Anteil als Frankenbetrag fest (Art. 7a KLV). Dieser Betrag wurde so berechnet, dass die OKP bei statischer Betrachtung, d.h. unter der Annahme einer unveränderten Inanspruchnahme wie 2007 (inkl. Teuerung für 2007 und 2008; vgl. BAG 2009: 4f.) wie vor der Neuordnung insgesamt rund 55% der Pflegekosten zu tragen hat (siehe auch Punkt 1).
- e) **Begrenzung des Anteils der Versicherten an die Pflegekosten** (Art. 25a Abs. 5 KVG): Zusätzlich zur Franchise und dem Selbstbehalt (Art. 64 KVG) tragen die Patientinnen und Patienten maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags, d.h. CHF 15.95 pro Tag bzw. CHF 5821.75 pro Jahr an Leistungen der Spitex bzw. von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern und CHF 21.60 pro Tag / CHF 7884 pro Jahr an Leistungen im Pflegeheim.¹³

¹⁰ Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin bzw. der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und die Vermeidung einer Rehospitalisation (GDK 2009: 11).

¹¹ Dauert der Aufenthalt länger als 14 Tage, weil die Rückkehr in die gewohnte Umgebung noch nicht möglich ist, so sind die erbrachten Pflegeleistungen ab dem 15. Tag als ordentliche Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV abzurechnen.

¹² Nähere Einzelheiten zur Übernahme der Kosten sowie zur Bedarfsabklärung und Anordnung sind in Art. 7b und 8 KLV festgelegt.

¹³ Dieser Kostenanteil wird von Landolt (2014: 198ff.) als „Pflegekostenselbstbehalt“ bezeichnet.

- f) **Erhöhung der Vermögensfreibeträge in den Ergänzungsleistungen (EL)** (Art. 11 Abs. 1 lit. c und Abs. 1^{bis} ELG): Um die Entstehung „sozialpolitisch schwieriger“ Situationen für Pflegebedürftige möglichst zu verhindern, wurden die subsidiären Leistungen ausgebaut. So wurden die Vermögensfreibeträge bei der Berechnung des EL-Anspruchs aber auch für Personen zu Hause erhöht: Für Alleinstehende von CHF 25'000 auf CHF 37'500 und für Ehepaare von CHF 40'000 auf CHF 60'000. Die Freibeträge für Kinder blieben unverändert bei CHF 15'000. Zudem wurde der Freibetrag auf selbstbewohnte Liegenschaften auf CHF 300'000 erhöht, wenn eine pflegebedürftige Person in einem Heim lebt und der Ehegatte im selbstbewohnten Eigentum oder die im selbstbewohnten Wohneigentum lebende pflegebedürftige Person eine Hilflosenentschädigung bezieht.¹⁴
- g) **Ausdehnung des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung in der AHV** (Art. 43^{bis} Abs. 1 AHVG): Hilflosenentschädigungen werden bei einem Pflegebedarf durch Dritte ausgerichtet. Ob jemand Hilflosenentschädigung erhält, hängt nicht von Einkommen und Vermögen, sondern vom Grad der Hilflosigkeit ab. Neu haben Rentenbezügerinnen und -bezüger zu Hause bei einem leichten Grad an Hilflosigkeit Anspruch auf Hilflosenentschädigung aus der AHV.

2.1.2 Outputs

Die Zeile „Outputs“ veranschaulicht die konkreten Umsetzungsschritte, die sich aus den Änderungen der gesetzlichen Grundlagen bei den verschiedenen Adressaten (Finanzierungsträger (Kantone, Gemeinden, Versicherer, Leistungserbringer, Versicherte) ableiten lassen.

- a) Die Ablösung der Rahmentarife durch eine Beitragslösung, in welcher der Bundesrat die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in CHF festlegt, führt zu einer Anpassung der Beiträge aus der OKP an die Pflegekosten. Die Beitragshöhe für Patienten in Pflegeheimen ist dabei abhängig von der Einstufung in Pflegebedarfsstufen gemäss KLV.¹⁵ Dabei werden die erbrachten Pflegeleistungen in Minuten pro Patient in Pflegebedarfserfassungssystemen erfasst sowie anhand eines Minutenwerts in die entsprechende Pflegebedarfsstufe überführt. In den Pflegeheimen kommen drei unterschiedliche Pflegebedarfserfassungssysteme zum Einsatz (RAIRUG, BESA, Plaisir; vgl. Mösle 2010: 290). Alle drei Systeme überführen die erbrachten Pflegeleistungen in Minuten, anschliessend in eine unterschiedliche Pflegestufe, was dazu führen kann, dass Pflegebedürftige trotz vergleichbarem Pflegeaufwand je nach verwendetem Erfassungssystem in eine unterschiedliche Pflegestu-

¹⁴ Bezieht die pflegebedürftige Person im selbstbewohnten Wohneigentum keine Hilflosenentschädigung beträgt der Freibetrag weiterhin CHF 112'500.

¹⁵ Die OKP-Beiträge an Leistungen von Spitex-Diensten oder Pflegefachpersonen sind nicht nach Pflegebedarf abgestuft, sondern pro Zeiteinheit festgelegt.

fe eingeteilt werden und damit unterschiedlich hohe Beiträge aus der OKP erhalten. Dies käme einer Ungleichbehandlung von Patienten mit vergleichbarem Pflegeaufwand gleich. Entsprechend sind auf verschiedenen Ebenen Forderungen und Bestrebungen zu einer **Harmonisierung der Pflegebedarfserfassungssysteme** zu beobachten (BAG 2013: 6; Preisüberwachung 2013: 902).¹⁶ Es handelt sich dabei nicht um einen Output, der sich aus der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung ergibt. Da die Pflegekosten und der daraus entstehende Finanzierungsbedarf jedoch vom Pflegebedarfserfassungssystem abhängig sind, wird deren Harmonisierung als intervenierender Faktor dennoch im Wirkungsmodell aufgeführt.

- b) Im KVG-Bereich sind Spitäler und Pflegeheime gemäss Art. 2 VKL¹⁷ verpflichtet, ihre Kostenermittlung und Leistungserfassung so zu gestalten, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für (u.a.):
- die Unterscheidung der Leistungen und der Kosten zwischen stationärer, ambulanter und Langzeitbehandlung;
 - die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten in Pflegeheimen und bei Langzeitbehandlung im Spital;
 - die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege für jede Pflegebedarfsstufe in Pflegeheimen und bei Langzeitbehandlung im Spital.

Diese Rahmenbedingungen der **Rechnungslegung durch die Leistungserbringer** im Rahmen der Kostenrechnung wurden durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht tangiert. Die konkrete Handhabung der Rechnungslegung seitens der Leistungserbringer aufgrund unklarer Abgrenzungen zwischen Pflege und Betreuung/Hotellerie stellt jedoch einen wichtigen intervenierenden Faktor dar (vgl. Preisüberwachung 2013). In der Praxis besteht offensichtlich trotz bestehender gesetzlicher Vorgaben ein Ermessensspielraum bei der Rechnungslegung sowie eine

¹⁶ Seit September 2009 befasst sich eine nationale Steuergruppe unter der Leitung von Curaviva und mit Beteiligung von santésuisse, der GDK und des BAG mit dieser Frage. Eine Kalibrierung der Systeme BESA und RAI-RUG wurde im August 2011 erfolgreich abgeschlossen und per 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/Empfehl/DC_Anpassungen_BESA_RAI_20110825_d.pdf [Stand: 28.10.2014]). Kalibrierung bedeutet, die beiden Systeme „durch eine Veränderung bei den Resultaten so anzugleichen, dass bei der Anwendung der beiden Systeme bei derselben pflegebedürftigen Person die in etwa gleichen Aufwandresultate erzielt werden“ (ebd.). Phase II mit dem Ziel, die Systeme unter Einbezug von Plaisir zu harmonisieren wurde im Mai 2012 gestartet. Ab 2014 hat das BAG die Federführung für dieses nationale Projekt übernommen. Die GDK hat sich im November 2014 aus diesem Projekt zurückgezogen.

Auf politischer Ebene sind die Anfrage Humbel (12.1091) „Verzögerung bei der Abstimmung der Pflege-Einstufungssysteme“ und das Postulat Heim (12.4053) „Harmonisierung der Erfassung des Pflegebedarfs“ zu erwähnen.

¹⁷ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (SR 832.104)

im Einzelfall nicht klar definierbare Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungsaufwand, was sich auf die Höhe der Kosten für Pflege bzw. für Betreuung und Hotellerie und damit auch auf die Belastung der einzelnen Finanzierungsträger auswirkt. Aus diesem Grund wird dieser Faktor ausdrücklich im Wirkungsmodell erwähnt.

Für die Spitex-Dienste und selbstständigen Pflegefachpersonen bestehen keine bundesrechtlichen Vorgaben für die Leistungserfassung bzw. Kostenrechnung. Diese richtet sich nach den jeweiligen kantonalen Regelungen (vgl. GDK 2009: 6-8) und ist somit jeweils unterschiedlich ausgestaltet.

- c) Da der Gesetzgeber die Regelung der Restfinanzierung an die Kantone übertrug, erforderte die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in erster Linie die **Anpassung der bestehenden bzw. die Ausarbeitung neuer rechtlicher Grundlagen** zur Regelung der Pflegefinanzierung auf kantonaler und, je nach kantonaler Regelung der Zuständigkeit für die Pflegefinanzierung, allenfalls kommunaler Ebene. Diese Regelungen können als zentraler Output der Neuordnung aufgefasst werden und umfassen mehrere Ebenen: Einerseits waren die Grundsätze zur **Finanzierung der Pflegekosten auf kantonaler Ebene** (z.B. Gesetze über die Pflegefinanzierung, Sozialhilfe-, Ergänzungsleistungs- und Krankenversicherungsgesetze) an die neue Bundesregelung anzupassen, andererseits neue **Tarifordnungen** zur Regelung der Abgeltung der stationären und ambulanten Langzeitpflege (Pflegeheime, Spitex-Dienste, selbstständige Pflegefachpersonen) durch die öffentliche Hand auszuarbeiten (vgl. GDK 2009; BAG 2011).

Für den Bereich der stationären Pflege galt es, die verrechenbaren Kosten für Pflege im Pflegeheim nach Art. 25a Abs. 1 KVG festzulegen. In der ambulanten Pflege können die Kantone bzw. die Gemeinden (abhängig von der kantonalen Gesetzgebung) ausgewählten Spitex-Organisationen und selbstständigen Pflegefachpersonen Leistungsaufträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen erteilen und diese separat zusätzlich abgelden. Sofern die Pflegekosten nach KVG nicht vollständig gedeckt sind, regeln die Kantone die Restfinanzierung für die Pflegeleistungen aller mit kantonalen Bewilligung zugelassenen ambulanten Leistungserbringer (GDK 2009: 6f.). Schliesslich muss auch die Finanzierung ausserkantonal erbrachter Pflegeleistungen (im Pflegeheim oder zu Hause) geregelt werden. Gemäss den Vorstellungen der SGK-S sollte diese Regelung über ein Konkordat zwischen Kantonen vereinheitlicht werden (BAG 2013: 3).

Da die Kantone bei der Umsetzung von Bundesrecht im Rahmen eigenständiger Gesetzgebung durchaus einen gewissen Gestaltungsspielraum haben (Sager/Rüfli 2005) und die Modalitäten der Finanzierung von Pflegeheimen sowie von ambulanten Pflegeleistungen ohnehin kantonal unterschiedlich geregelt sind (vgl. GDK 2009; Leutwyler/Seelhofer 2008), ist eine gewisse Bandbreite der rechtlichen Lösungen festzustellen. Je nach Kanton finden sich unterschiedliche Modelle und Modalitäten zur Regelung der Restfinanzierung (BAG 2012 und 2013; GDK 2009;

Curaviva 2013; Spitex Verband Schweiz 2012). Diese unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich der folgenden Aspekte– jeweils spezifisch für die Pflege im Pflegeheim sowie für die Pflege zu Hause:

- Zuständigkeit für die (Rest-)Finanzierung der Pflegeheime (nur Kanton, Kanton und Gemeinden, nur Gemeinden)
 - Festlegung der anrechenbaren Kosten: Modell, Kalkulationsbasis
 - Modalitäten der Restfinanzierung: Höhe oder Obergrenze, Kriterien zur Festlegung der öffentlichen Beiträge
 - Kostenbeteiligung der Versicherten: Modalitäten, Höhe
 - Kostenrechnungsmodell (Pflegeheim)
 - Modalitäten der Rechnungstellung (Pflege zu Hause)
- d) Die Neuregelung der Akut- und Übergangspflege hinsichtlich Leistungserbringer, Dauer und Finanzierungsschlüssel bedarf des Abschlusses neuer **Tarifverträge** über diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern (Pflegeheime, Spitex-Dienste und selbstständige Pflegefachpersonen, Spitäler) und den Krankenversicherern einerseits sowie von **Abgeltungsregelungen** zwischen den Leistungserbringern und der öffentlichen Hand (Kantone und/oder Gemeinden) andererseits (GDK 2009: 9). Auch hier finden sich je nach Kanton unterschiedliche Rahmenbedingungen, Regelungen und Situationen (BAG 2012: 8; Curaviva 2013: 6). Das BAG stellte fest, dass einige Kantone die Relevanz dieser Leistungen insbesondere in Anbetracht der finanziellen Belastung der Versicherten hinterfragten und nur wenige Vereinbarungen abgeschlossen worden seien (BAG 2013: 18).

2.1.3 Outcomes / Impacts

In der Zeile „Outcomes / Impacts“ werden einerseits die Resultate, welche die neu ausgearbeiteten gesetzlichen Regelungen für die einzelnen Zielgruppen (Outcomes) sowie für die Gesellschaft insgesamt (Impacts) haben, grob dargestellt.

Entsprechend den Zielen der Neuordnung der Pflegefinanzierung stehen die finanziellen Auswirkungen auf die verschiedenen Finanzierungsträger im Fokus des Interesses. Diese lassen sich in eine kostenseitige und eine finanzierungsseitige Komponente untergliedern (Riemer-Kafka 2013: 6).

- a) Bezüglich der **Kosten** sind zwei Blöcke zu unterscheiden¹⁸:
- Die Kosten für die Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV

¹⁸ Verschiedene Quellen (BAG 2013: 17; Preisüberwachung 2013: 903) erwähnen zudem, dass in Pflegeheimen ungedeckte Restkosten anfallen können, da die von den Kantonen und/oder Gemeinden festgelegten Pflegetaxen und die auf Bundesebene definierten Pflegebeiträge der Versicherten und der OKP nicht kostendeckend sind bzw. da die tatsächlich anfallenden Pflegekosten in einigen Pflegeheimen über den kantonal definierten Normkosten liegen.

- Die Kosten für Pension und Betreuung (Pflegeheim) bzw. hauswirtschaftliche und allfällige andere Leistungen (Spitex/selbstständige Pflegefachpersonen)

Die Kosten ergeben sich aus dem **Leistungsgeschehen**, d.h. aus dem Produkt der Menge der nachgefragten bzw. erbrachten Pflegeleistungen (ambulant oder stationär erbrachte Leistungen in Pflegeheimen, durch Spitex-Dienste oder selbstständige Pflegefachpersonen) und deren Preis bzw. Tarif. Das Leistungsgeschehen ist zudem abhängig von der Angebotsstruktur.¹⁹

Es ist davon auszugehen, dass die Neuordnung der Pflegefinanzierung aufgrund der veränderten Finanzierungsanreize indirekte Auswirkungen auf diese drei Faktoren der Kostenentstehung (Angebot, Inanspruchnahme und Preis) und damit auf das Gesamtvolumen sowie die Struktur der Pflegekosten (Aufteilung auf verschiedene Leistungen und Leistungserbringer) hatte. Diese vermuteten Wirkungen sind mit den Pfeilen ganz links im Modell symbolisiert. Die anfallenden Kosten und ihre Aufteilung auf die jeweiligen Finanzierungsträger sind zudem abhängig davon, wie die Pflegebedarfserfassung (inkl. Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen) erfolgt und wie die Leistungserbringer die Kostenrechnung konkret handhaben (vgl. Punkte a und b in Abschnitt 2.1.2).

- b) Die **Finanzierung der Pflegeleistungen** erfolgt im Wesentlichen durch drei Finanzierungsträger: die Versicherten²⁰, die OKP sowie – je nach kantonaler Regelung – die Kantone und Gemeinden.²¹

¹⁹ Diese Modellkomponente orientiert sich an Camenzind (2008: 37-39) und an Crivelli et al. (2001: 10). Angebot, Nachfrage und Preis/Tarif sind wiederum von den kantonalen und teilweise kommunalen Regelungen der öffentlichen Anerkennung und Finanzierung von stationären und ambulanten Pflegeleistungen sowie im stationären Bereich von der kantonalen Alters- und Pflegeheimplanung gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG abhängig. Für eine Übersicht und Klassifikation der verschiedenen Finanzierungsmodelle mit Stand 2001 vgl. Crivelli et al. (2001: 19ff.).

²⁰ Die Versicherten finanzieren ihren Anteil an den Pflegekosten über ihre eigenen Mittel, d.h. über Renten (AHV, IV, berufliche Vorsorge, Unfall- oder Militärversicherung), eine allfällige Hilflosenentschädigung, einen allfälligen Assistenzbeitrag der IV und über ihr Vermögen, sowie bei gegebener Anspruchsberechtigung über Ergänzungsleistungen, allfällige Beiträge von Kanton oder Gemeinde sowie Sozialhilfe (Mösle 2010: 290; Riemer-Kafka 2013: 6).

²¹ Gemäss der Gesundheitskostenstatistik des Bundesamts für Statistik werden zudem 2.5% der Spitex-Kosten von Privatversicherungen getragen.

Tabelle 2-1 zeigt die vom Bundesamt für Statistik ermittelten Kosten für Leistungen der Pflegeheime und der Spitex-Dienste und deren Aufteilung auf die verschiedenen Finanzierungsregimes für 2012.

Tabelle 2-1: Finanzierung der Pflegekosten nach Leistungserbringer und Finanzierungsregimes 2012

	Pflegeheime		Spitex-Dienste	
	Mio. CHF	In %	Mio. CHF	In %
Total	9026.7	100.0	1847.9	100.0
Staat total	1406.8	15.6	885.3	47.9
Bund	-	-	-	-
Kantone	662.4	7.3	501.6	27.1
Gemeinden	741.4	8.2	383.7	20.8
Sozialversicherungen total	2129.1	23.6	548.4	29.7
OKP	1597.6	17.7	540.9	29.3
UV	1.3	0.0	7.5	0.4
IV	-	-	-	-
AHV	530.3	5.9	-	-
Andere Regimes, bedarfsabhängige Sozialleistungen total	1942.3	21.5	53.8	2.9
Ergänzungsleistungen AHV	1541.5	17.1	30.5	1.7
Ergänzungsleistungen IV	-	-	23.0	1.2
Alters- und Pflegehilfe, kantonal geregelt	400.8	4.4	-	-
Privatversicherung	-	-	45.7	2.5
Private Haushalte	3333.4	36.9	257.1	13.9
Andere private Finanzierung	218.1	2.4	57.6	3.1

Quelle: BFS (Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Finanzierungsregimes, Tabelle 14.05.03.04)

Die angestrebten Wirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung können wie folgt umschrieben werden:

- a) Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die Aufteilung der Finanzierung neu festgelegt. Es wurde explizit angestrebt, dass die **Krankenversicherung**, welche im vorgängigen System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernahm, **finanziell nicht zusätzlich belastet wird** (Bundesrat 2005: 2034). Daraus ergibt sich eine Begrenzung der von der OKP getragenen Kosten, was zugleich zu einer Veränderung der übrigen Finanzierungsanteile führt.

Das Ziel der Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP ist nicht absolut zu interpretieren, d.h. mit Blick auf die Höhe der Ausgaben, sondern bezieht sich auf den Anteil der OKP an den Pflegekosten gemäss Art. 25a KVG. Diese Auslegung ergibt sich aus der Art und Weise, wie die OKP-Beiträge in der KLV festgelegt wurden (vgl. BAG 2009: 4f.): Die geschätzten Vergütungen der Krankenversicherung für Pflegeleistungen im Heim für 2007 wurden einem Mengengerüst gegenübergestellt und auf Basis der Teuerung der Jahre 2007 und 2008 (= 3.1%) auf 2009 (Basisjahr) hochgerechnet. Im Bereich der Spitex wurde ähnlich vorgegangen. Den von einem externen Büro erhobenen Durchschnittskosten pro Stunde Pflegeleistung und pro Leistungsart wurde die durchschnittliche Vergütung der OKP gemäss der Spitex-Statistik 2007 für KLV-Leistungen pro Stunde gegenübergestellt und ebenfalls auf Basis der Teuerung auf das Basisjahr 2009 hochgerechnet. Eine stärkere Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen hat somit trotz der pro Zeiteinheit fixierten Beiträge nach wie vor eine höhere Belastung der OKP zur Folge.²²

- b) Das **zweite erwartete Outcome** besteht in der Vermeidung sozialpolitisch schwieriger Situationen von Pflegebedürftigen. Gestützt auf die parlamentarische Debatte zur Pflegefinanzierung kann dieser Passus so interpretiert werden, dass Pflegebedürftigkeit in der Regel nicht zu Sozialhilfeabhängigkeit führen soll (vgl. auch Art. 10 Abs. 2 Bst. A ELG).²³ Dies kann dann der Fall sein, wenn primäre (OKP, Unfallversicherung, AHV, IV) und subsidiäre Leistungen der Sozialversicherungen (Hilflosenentschädigung, Ergänzungsleistungen) sowie die Eigenmittel der Betroffenen (Pensionskassenguthaben, Leistungen privater Versicherer, Vermögensverzehr) nicht ausreichen, um ihren Anteil an den entstandenen Pflegekosten (Gesamtkosten: Pflegeleistungen plus bei Heimaufenthalt die Kosten für Betreuung und Hotellerie bzw. bei Pflege zu Hause für hauswirtschaftliche und andere Leistungen) zu decken. Um dies möglichst zu verhindern, wurden im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung die subsidiären Leistungen der Sozialversicherungen ausgebaut. Zum einen wurden die Vermögensfreibeträge in den Ergänzungsleistungen erhöht, zum anderen wurde der Anspruch auf Hilflosenentschädigung aus der AHV ausgedehnt. Damit können neu Personen mit einem leichten Grad an Hilflosigkeit eine Geldleistung für die lebenspraktische Begleitung beantragen.

Weil die subsidiären Leistungen den Kosten für Pflegeleistungen nachgelagert sind, wirkt sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf den Unterstützungsbedarf und damit auch auf die Ausgaben für EL, Hilflosenentschädigungen und Sozialhilfe

²² Neben der Inanspruchnahme ist der Zeit- bzw. Personalaufwand für die Pflege ein weiterer Faktor der Kostenentwicklung.

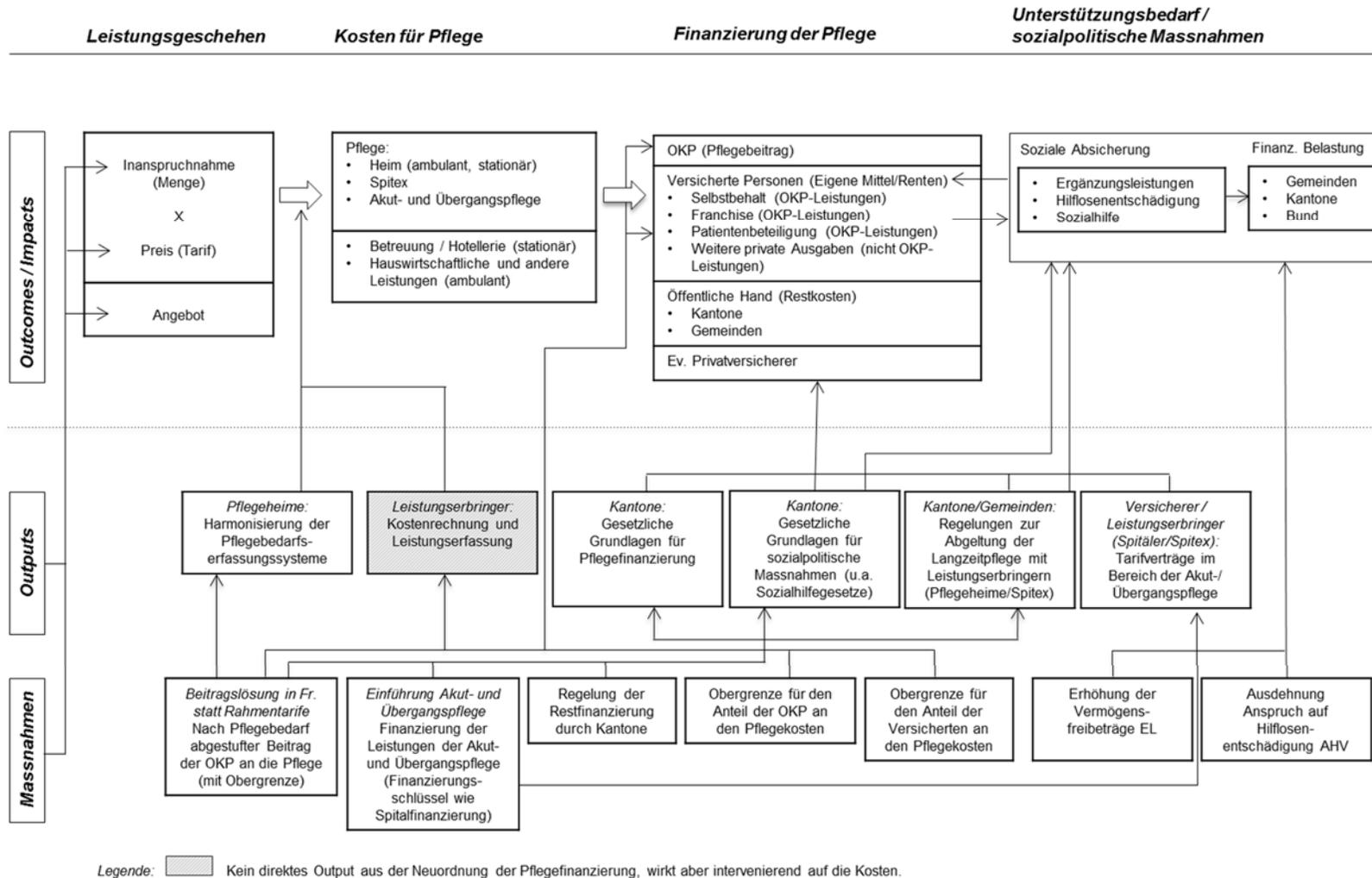
²³ Z.B. Votum Humbel Näf AB 2007 N 1106; Votum Goll AB 2007 N 1111; Votum Meyer AB 2007 N 1117; Votum Forster-Vannini AB 2006 S 650; Votum Fetzer AB 2007 S 775.

aus. Deren Höhe ist somit abhängig von den Pflegekosten, was im Wirkungsmodell mit einem entsprechenden Pfeil symbolisiert ist. Da diese Leistungen nicht automatisch ausgerichtet werden, sondern von auf Antrag der anspruchsberechtigten Person, ist das individuelle Verhalten (Inanspruchnahme) dieser Personen ein relevanter intervenierender Faktor. Die konkrete Ausgestaltung der subsidiären Unterstützungsleistungen (Anspruchsberechtigung, Höhe der Leistungen) ist aber auch abhängig von den entsprechenden Regelungen der Kantone und Gemeinden. Sie ist damit nicht nur von Kanton zu Kanton, sondern auch von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich.

2.2 Wirkungsmodell

Nachfolgend wird das Wirkungsmodell abgebildet (Abbildung 2-1). Es visualisiert die verschiedenen hier angesprochenen Elemente und die sich daraus ergebenden Wirkungsketten. Die dargelegten Elemente auf den Ebenen ‚Outputs‘ und ‚Outcomes/Impacts‘ unterliegen jedoch auch exogenen Kontexteinflüssen. Diese haben ihren Ursprung ausserhalb der Regelungen der Pflegefinanzierung, wirken sich jedoch auf die betrachteten Sachverhalte aus und sind deshalb bei der Analyse und Evaluation zu berücksichtigen sind. Die wichtigsten dieser exogenen Kontexteinflüsse werden in Kapitel 4 in Zusammenhang mit den Fragestellungen, für die sie relevant sind, angesprochen.

Abbildung 2-1: Policy-analytisches Wirkungsmodell der Pflegefinanzierung



3 Erkenntnisziele der Evaluation

Die allgemeine Evaluationsklausel in Art. 32 KVV verpflichtet das Bundesamt für Gesundheit (BAG) dazu, in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und Wirkungen des KVG durchzuführen. Diesbezüglich gilt es zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht wurden.

Aus den vom BAG definierten übergeordneten Fragestellungen ergeben sich drei Hauptziele der vorzunehmenden Evaluation:

Ein erstes Ziel der Evaluation besteht darin, die **Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung** zu untersuchen. Die Evaluation soll sich dabei an den Reformzielen orientieren. Diese bezweckte einerseits, dass die OKP, die im vormaligen System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernahm, finanziell nicht zusätzlich belastet wird. Andererseits sollten sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden (vgl. Bundesrat 2005: 2034). Vor diesem Hintergrund wird von der Evaluation erwartet, dass diese Klarheit über die Entwicklung der Pflegekosten und deren Finanzierung schafft. Die Evaluation soll aufzeigen, wie sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Belastung und die Finanzierungsanteile der verschiedenen Finanzierungsträger auswirkte.

Ein zweites Ziel ist die Ermittlung des **Stands der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung** (vgl. Abschnitt 2.1.2). Dabei soll die Evaluation an die aktuellen Erkenntnisse zu Umsetzungsproblemen anknüpfen. Die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit beider Räte (SGK-N, SGK-S) haben die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung untersucht und dabei als unbefriedigend eingeschätzt. In mehreren Berichten des BAG²⁴ wurden der Stand der Umsetzung und verschiedene Probleme festgehalten. Dabei wurde festgestellt, dass die Mehrheit der Kantone von ihrem Spielraum im Bereich der Umsetzung der Pflegefinanzierung Gebrauch gemacht haben. So sind in der Regel die kantonalen Lösungen zur Umsetzung auf die kantonalen Besonderheiten ausgerichtet und daher auf kaum unter den Kantonen koordiniert. Die SGK-S ersuchte den Bundesrat schriftlich, die Kantone dazu aufzurufen, die Bundesgesetzgebung über die Pflegefinanzierung korrekt umzusetzen (BAG 2013: 4). Vor dem Hintergrund der Feststellung der GDK, dass auf kantonaler Ebene aufgrund unzureichender oder fehlender Bundesregelungen Unsicherheiten und unterschiedliche Umsetzungspraxen im Bereich der Übernahme der Restfinanzierung und bei der ausserkantonale Pflege bestehen würden, widmete sich der Bericht des BAG an die SGK-N vom 3. Oktober 2013 diesen Fragen. Dies mit dem

²⁴ Bericht vom 26. April 2011 im Auftrag der SGK-N und ergänzender Bericht vom 28. Juli 2011, den die SGK-S angefordert hatte, sowie Bericht der SGK-N vom 13. August 2012.

Ziel, einen Überblick über die Entwicklung der Umsetzung des Gesetzes bezüglich der Regelung der Restfinanzierung und der ausserkantonalen Pflege sowie über die Folgen für die Leistungserbringer und Versicherten zu erhalten. Basierend auf den erläuterten Vorarbeiten des BAG und der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit beider Räte wird von der Evaluation erwartet, dass diese Transparenz bezüglich der Regelung der Restfinanzierung durch die Kantone schafft. Die unterschiedlichen Regelungen können zur Folge haben, dass die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen unter den Kantonen stark variiert (BAG 2012: 10). Dieser Umstand hat Konsequenzen darauf, wie die Zielerreichung der Neuordnung der Pflegefinanzierung letztlich zu beurteilen ist.

Schliesslich soll die Evaluation *Grundlagen für die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung* liefern und damit einen allfälligen Anpassungsbedarf aufzeigen. Diesbezüglich gilt es zu erwähnen, dass die für die Evaluation identifizierten Ziele mit denen der parlamentarischen Initiative Egerszegi-Obrist (14.417) teilweise korrespondieren. Die Urheberin fordert darin eine Nachbesserung der Pflegefinanzierung.²⁵ So will die Initiative künftig sicherstellen, dass a) die Restfinanzierung von Pflegeleistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten geregelt ist, b) die Freizügigkeit unter anerkannten Leistungserbringern gewährleistet ist und c) dass die Pflegekosten besser und transparent von den Betreuungskosten abgegrenzt werden.²⁶

²⁵ Der Initiative wurde am 3.7.2014 durch die SGK-S sowie am 15.10.2014 durch die SGK-N einstimmig Folge gegeben.

²⁶ Eine Liste der parlamentarischen Vorstösse 2010-2014 mit direktem Bezug zur Pflegefinanzierung findet sich im Anhang.

4 Evaluationsfragen

Aus den Vorgaben des Gesetzgebers und den Erkenntniszielen abgeleitet stehen im Rahmen der Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung primär die folgenden übergeordneten Fragestellungen im Fokus:

1. Inwieweit wurden die Reformziele (Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung für die OKP; Vermeidung von sozialpolitisch schwierigen Situationen bestimmter Gruppen) erreicht?
2. Wie ist der Stand der Umsetzung insgesamt zu beurteilen? Wie präsentiert sich die Situation bezüglich der Akut- und Übergangspflege?
3. Welche weiteren, insbesondere sozialpolitischen und finanziellen Wirkungen hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöst?

Diese übergeordneten Fragestellungen wurden anhand des Wirkungsmodells sowie der Befragung der einbezogenen Stakeholder (vgl. Tabelle 1-1) konkretisiert, präzisiert und mit weiteren Aspekten ergänzt. Die resultierende, sehr umfangreiche und inhaltlich breit gefasste Liste möglicher interessierender Fragen wurde gemeinsam mit der Auftraggeberin bereinigt. Dabei kamen die folgenden Kriterien zum Tragen:

- Ausrichtung auf die übergeordneten Fragen und Erkenntnisziele der Evaluation
- Fokus auf die erfolgte Neuordnung der Pflegefinanzierung, deren Massnahmen und Ziele (Elemente des Wirkungsmodells)

Der nachfolgend präsentierte Fragekatalog enthält Evaluationsfragen zur Umsetzung und zu den Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung sowie weiterführende Fragen. Er ist nicht vollständig und abschliessend; bei der konkreten Umsetzung der Evaluation sind die vorgeschlagenen Untersuchungsfragen gegebenenfalls zu ergänzen und/oder zu konkretisieren. Tabelle 4-1 bietet einen Überblick über die Frageblöcke und die von den Evaluationsfragen angesprochenen Untersuchungsgegenstände.

Tabelle 4-1: Übersicht über die Frageblöcke und Evaluationsfragen

Frageblöcke	Untersuchungsgegenstände	Nr.
Fragen zur Umsetzung		
Umsetzung durch die Kantone	Gesetzliche Anpassungen auf kantonaler Ebene	1
	Materielle Regelung der Restfinanzierung auf kantonaler Ebene	2/3
	Materielle Regelung der Restfinanzierung ausserkantonalen Pflegeleistungen	4
	Abgeltung der Pflegeleistungen zwischen öffentlicher Hand und Leistungserbringern	5
	Ausgestaltung der Ergänzungsleistungen	6
Umsetzung durch die Leistungserbringer	Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen	7
Fazitfragen zur Umsetzung	Gesamtbeurteilung Stand der Umsetzung	8
	Schwierigkeiten bei der Umsetzung	9
Fragen zu den Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung		
Finanzielle Auswirkungen (Kosten resp. finanzielle Belastung)	Entwicklung der Pflegekosten	10
	Entwicklung der Finanzierungsanteile	11
	Finanzielle Belastung der OKP	12
	Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen	13
	Verlagerung zwischen Pflege- und anderen Leistungen	14
	Finanzielle Belastung der öffentlichen Hand	15
Sozialpolitische Wirksamkeit	Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen	16
Auswirkungen auf Angebot und Inanspruchnahme von Leistungen	Allgemeine Auswirkungen auf Leistungserbringer	17
	Auswirkungen auf Angebot an Pflegeleistungen	18
	Auswirkungen auf Inanspruchnahme an Pflegeleistungen	19
	Relevante Faktoren beim Entscheid über die Versorgung	20
	Fehlversorgung	21
	Auswirkungen auf Qualität der Pflege	22
Fazitfragen zu den Wirkungen	Auswirkungen insgesamt	23
	Nebeneffekte	24
	Zielerreichung insgesamt	25
	Vergleich der kantonalen Finanzierungsregimes	26
Weiterführende Fragen	Anpassungsbedarf	27

Die einzelnen Frageblöcke werden nun vorgestellt und jeweils einleitend eingeführt. Dabei werden auch allfällige relevante exogene Kontextfaktoren beschrieben, die sich auf die jeweiligen Untersuchungsgegenstände auswirken und bei der Evaluation zu berücksichtigen sind.

4.1 Fragen zur Umsetzung

Anhand der nachfolgenden Evaluationsfragen soll der Stand der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch die Kantone und durch die Leistungserbringer untersucht werden. Im Vordergrund stehen dabei einerseits die Regelung der Restfinanzierung durch die Kantone, andererseits die Praxis der Leistungserbringer bei der Abgrenzung zwischen Pflege-, Hotellerie- und Betreuungskosten – diese ist ein wichtiger intervenierender Faktor mit Auswirkungen auf die Höhe der Kosten und auf die Aufteilung der Finanzierung (vgl. Abschnitt 2.1.2).

Bei der Analyse der Umsetzung der auf Bundesebene getroffenen Regelungen ist zu berücksichtigen, dass in jedem Kanton eine unterschiedliche Ausgangslage bezüglich der Regelung der Pflegefinanzierung bestand. Dies betrifft sowohl den „Ort“ der Regelung (spezielles Gesetz, einzelne Bestimmungen in verschiedenen Erlassen etc.) als auch die inhaltliche Ausgestaltung der Regelung (Grundsätze zur Festlegung der Pflegekosten, Aufteilung auf Finanzierungsträger (Gemeinden, Pflegebedürftige etc.)). Dasselbe gilt für die kantonalen Regelungen der Anspruchsberechtigung auf subsidiäre sozialpolitische Leistungen.

Da die Umsetzung Politikformulierungsprozesse auf kantonaler Ebene zur Folge hatte, sind die auf dieser Ebene getroffenen Regelungen das Ergebnis entsprechender Diskussionen und Konflikte (vgl. BAG 2012: 3f.) und abhängig von den politischen Präferenzen und den Interessenkonstellationen im jeweiligen Kanton. Diese sind intervenierende exogene Faktoren zur Erklärung unterschiedlicher kantonalen Finanzierungsregimes.

4.1.1 Umsetzung durch die Kantone

Gesetzliche Anpassungen auf kantonaler Ebene

1. Welche gesetzlichen Anpassungen bzw. Rechtssetzungsaktivitäten sind auf kantonaler Ebene zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung (Regelung der Restfinanzierung) erfolgt? Mittels welcher Erlasse wird die Pflegefinanzierung auf kantonaler Ebene geregelt?

Materielle Regelung der Restfinanzierung auf kantonaler Ebene

2. Wie wurde die Restfinanzierung durch die Kantone materiell geregelt?

Betrachtung pro Kanton:

- a. Wie gestaltet sich grundsätzlich die Aufteilung und Höhe der Finanzierung zwischen Kanton, Gemeinden und Pflegebedürftigen?
- b. Wie werden die von der öffentlichen Hand (Kanton und Gemeinden) übernommenen Pflegekosten definiert und auf welchen Grundlagen wird die Restfinanzierung festgelegt? Werden die Vollkosten anerkannt und bezahlt oder sind Normkosten festgelegt? Wer definiert auf welche Weise die Höhe der Normkosten?

- c. Gibt es bezüglich der Regelung der Restfinanzierung Unterschiede zwischen den betroffenen Leistungserbringern (Pflegeheime, Spitex-Dienste, selbstständige Pflegende; gemeinnützig, gewinnorientiert; öffentlich, privat)?
3. Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen bezüglich der Aspekte a-c jeweils zwischen den Kantonen? Lassen sich bestimmte Modelle kantonaler Regelungen identifizieren?

Materielle Regelung der Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeleistungen

4. In welcher Form und wie (inhaltlich) wurde in den einzelnen Kantonen die Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte und ausserkantonaler Spitex-Leistungen geregelt?

Abgeltung der Pflegeleistungen zwischen öffentlicher Hand und Leistungserbringern

5. Wie präsentiert sich der Stand der Umsetzung bezüglich der Regelung der Abgeltung der Pflegeleistungen zwischen der öffentlichen Hand und den Leistungserbringern (ambulant und stationär, privat und öffentlich) mittels Tarifordnungen, Leistungs- oder Administrativverträgen? Lassen sich diesbezüglich unterschiedliche Modelle beobachten?
 - a. Wie präsentiert sich die Situation insbesondere bezüglich der Akut- und Übergangspflege?

Ausgestaltung der Ergänzungsleistungen

6. Wie sind in den einzelnen Kantonen die Vergütung von Pflegekosten durch die Ergänzungsleistungen und die Anspruchsberechtigung auf entsprechende Leistungen geregelt?

4.1.2 Umsetzung durch die Leistungserbringer

Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen

7. Wie nehmen die Leistungserbringer bei der Leistungserfassung die Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen (stationäre Pflege: Hotellerie, Betreuung etc.; ambulante Pflege: hauswirtschaftliche und andere Leistungen) konkret vor?
 - a. Welche Konzepte, Modelle, Verfahren und Datengrundlagen kommen dabei zur Anwendung? Auf welcher Grundlage erfolgt die Bemessung und Finanzierung der Kosten für Pension und Betreuung (Pflegeheim) bzw. hauswirtschaftliche und allfällige andere Leistungen?
 - b. Wo stellen sich diesbezüglich Probleme für die Leistungserbringer?
 - c. Gibt es Best-practice-Beispiele zur Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen?

- d. Inwiefern ist die Praxis der Leistungserbringer bei Abgrenzung zwischen Pflege und anderen Leistungen abhängig vom verwendeten Pflegebedarfs-erfassungssystem?
- e. Inwiefern ist die Praxis der Leistungserbringer bei Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen abhängig von der jeweiligen kantonalen Regelung der Pflegefinanzierung?

4.1.3 Fazitfragen zur Umsetzung

Gesamtbeurteilung Stand der Umsetzung

- 8. Wie ist der Stand der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung insgesamt zu beurteilen?
 - a. Wo bestehen Lücken? Worauf lassen sich diese Lücken zurückführen?
 - b. In welcher Hinsicht bestehen bezüglich der Art und Weise der Umsetzung Unterschiede zwischen den Kantonen? Wie lassen sich diese Unterschiede erklären?
 - c. In welcher Hinsicht bestehen Unterschiede bezüglich der Art und Weise der Umsetzung durch die Pflegeheime? Wie lassen sich diese Unterschiede erklären?
 - d. In welcher Hinsicht bestehen Unterschiede bezüglich der Art und Weise der Umsetzung durch gemeinnützige und profitorientierte Spitex-Dienste sowie selbstständige Pflegefachpersonen? Wie lassen sich diese Unterschiede erklären?

Schwierigkeiten bei der Umsetzung

- 9. Mit welchen Schwierigkeiten sahen bzw. sehen sich die Kantone und die verschiedenen Leistungserbringer bei der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung konfrontiert? Welche Anpassungen und Investitionen waren bei den Leistungserbringern notwendig, um die neuen Regelungen umzusetzen?

4.2 Fragen zu den Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung

Bezüglich der Auswirkungen sind verschiedene Ebenen von Interesse. Im Vordergrund stehen die angestrebten Reformziele. Ein erster Frageblock bezieht sich auf die finanziellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Diesbezüglich ist zu untersuchen, wie sich diese auf die Belastung der einzelnen Finanzierungsträger ausgewirkt hat. Dabei gilt es zu differenzieren nach den medizinisch indizierten Kosten für Pflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG bzw. Art. 7 KLV und den Kosten für Betreuung, Hotellerie etc. (Pflegeheim) bzw. hauswirtschaftliche und andere Leistungen (Pflege zu Hause). Letztere werden nicht direkt über das KVG gesteuert, sind aber von den KVG-Regelungen und von der Praxis zu deren Umsetzung durch die Leistungserbringer abhängig, z.B. von der Hand-

habung der Rechnungslegung. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Kostenentwicklung zum einen durch die Neudefinition der von der OKP zu tragenden Pflegeleistungen (Akut- und Übergangspflege, Tages- und Nachtstrukturen) beeinflusst wurde und zum anderen von diversen exogenen Faktoren abhängig ist (Angebot, Nachfrage, Preis; vgl. Abschnitt 2.1.3) und deshalb nicht alleine mit der vorgenommenen Neuordnung der Pflegefinanzierung erklärt werden kann. Ein zweiter Frageblock betrifft die Wirksamkeit der subsidiären sozialpolitischen Massnahmen. Hier steht die soziale und finanzielle Situation der Pflegebedürftigen im Vordergrund des Interesses. Auch hier gilt es zu berücksichtigen, dass in jedem Kanton die Anspruchsberechtigung auf subsidiäre Leistungen (Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe, allfällige weitere Leistungen der öffentlichen Hand) und deren Höhe unterschiedlich geregelt sind.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung sowie die damit einher gehende Aufnahme der Akut- und Übergangspflege ins KVG veränderten die finanziellen Rahmenbedingungen und damit die Anreizstrukturen für die Leistungserbringer und die Pflegebedürftigen. So hatte z.B. die Festlegung der vom Kanton übernommenen Kosten für Pflege in Pflegeheimen Konsequenzen auf die Ertragsstruktur und auf die Tarifordnungen der einzelnen Einrichtungen, oder es beteiligen einzelne Kantone die Patientinnen und Patienten an den von den Kantonen zu tragenden Pflegekosten, was die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen erhöht und Leistungsverzicht zur Folge haben kann. Es ist deshalb zu vermuten, dass durch die neuen Anreizstrukturen auch das Anbieterverhalten der Leistungserbringer und das Nachfrageverhalten von pflegebedürftigen Personen beeinflusst wurde, was wiederum Auswirkungen auf die Kostenentwicklung hatte (vgl. Abschnitt 2.1.3). Diesen Mechanismen und allfälligen weiteren Auswirkungen auf die Leistungserbringer und die Pflegebedürftigen ist ein dritter Frageblock gewidmet. Diese Fragen sollten zumindest explorativ und damit primär qualitativ angegangen werden.

4.2.1 Finanzielle Auswirkungen (Kosten resp. finanzielle Belastung)

Entwicklung der Pflegekosten

10. Wie haben sich die Gesamtkosten für Pflege²⁷ (insgesamt; ambulant/stationär; pro Leistungserbringerkategorie (Spital, Pflegeheim, Spitex, selbstständige Pflegefachpersonen)) seit 2008²⁸ entwickelt?

²⁷ Mit Gesamtkosten sind all jene Kosten gemeint, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten und/oder stationären Pflege, wie sie in Art. 25a KVG bzw. Art. 7 KLV definiert ist, entstehen (Pflegeleistungen gemäss Art. 25a KVG, Betreuung, Hotellerie, hauswirtschaftliche Leistungen etc.; vgl. Abschnitt 2.1.3).

²⁸ Als Ausgangspunkt für die Betrachtung der Kostenentwicklung wird 2008 vorgeschlagen, da als Folge der Neuordnung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) seit 1.1.2008 die Zuständigkeiten in den Bereichen der Ergänzungsleistungen und der Subventionierung von Alters- und Pflegeheimen sowie Behinderteneinrichtungen neu geregelt wurden (Bundesrat 2005: 2071 und 2083f.; Landolt 2014: 189 und 205).

Entwicklung der Finanzierungsanteile

11. Wie haben sich die Finanzierungsanteile der verschiedenen Finanzierungsträger (Kantone, Gemeinden, OKP, andere Sozialversicherungen (UV, AHV, Ergänzungsleistungen), private Haushalte²⁹, übrige) an den Gesamtkosten für Pflege seit 2008 entwickelt? Inwiefern hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung diese Anteile verändert?

Finanzielle Belastung der OKP

12. Konnte durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung (Festlegung der Beiträge in CHF pro Pflegestufe bzw. pro Zeiteinheit) – unter Berücksichtigung der Neudefinition der übernommenen Leistungen und der erfolgten Mengenentwicklung³⁰ bei den erbrachten Pflegeleistungen – eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP vermieden werden?

Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen

13. Wie hoch sind die von den pflegebedürftigen Personen getragenen Pflegekosten pro Person und Jahr? Welche Höchst- und welche Durchschnittswerte lassen sich beobachten? Welche Unterschiede bestehen diesbezüglich (bei vergleichbaren Fällen) zwischen den Kantonen?
- Wie ist die Patientenbeteiligung in den einzelnen Kantonen geregelt? Wie hoch ist der von Kanton/Gemeinde festgelegte Beitrag an die Restkosten der Pflege?
 - Gibt es bezüglich der Regelung der Patientenbeteiligung Unterschiede zwischen den Leistungserbringern (Pflegeheime, Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegende; gemeinnützig, gewinnorientiert; öffentlich, privat)?
 - Beträgt der von den Pflegebedürftigen getragene Anteil an den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags? Wenn nicht, weshalb nicht?³¹

²⁹ Die privaten Haushalte finanzieren ihren Anteil an den Pflegekosten über ihre persönlichen Einkünfte, d.h. über AHV- oder IV-Renten und eine allfällige Hilflosenentschädigung, über berufliche Vorsorgeleistungen und über ihr Vermögen, sowie bei gegebener Anspruchsberechtigung über Ergänzungsleistungen, allfällige Beiträge von Kanton oder Gemeinde sowie Sozialhilfe (Mösle 2010: 290).

³⁰ Die Mengenentwicklung ist von der demographischen Entwicklung (Veränderung des Pflegebedarfs) und der effektiven Inanspruchnahme abhängig.

³¹ Gemäss Hinweisen einzelner Stakeholder werde in einzelnen Kantonen den Tarifschutz verletzt, indem den Patientinnen und Patienten Kosten wie Wegzeiten, Sonntagszuschläge etc. (bei Pflege zu Hause) verrechnet würden.

Verlagerung zwischen Pflege- und anderen Leistungen

14. Wie haben sich ab 2011 die Betreuungs- und Hotelleriekosten (stationäre Pflege) bzw. die Kosten für hauswirtschaftliche und weitere Leistungen (ambulante Pflege) im Vergleich mit den Pflegekosten gemäss Art. 25a KVG entwickelt? Gibt es Hinweise darauf, dass die Begrenzung der Beiträge der OKP und der Versicherten an die Pflegekosten zu einer Verlagerung auf andere Kostenarten (z.B. Hotellerie- und Betreuungskosten, hauswirtschaftliche Leistungen etc.) und damit zu einer Mehrbelastung anderer Finanzierungsträger geführt hat?

Finanzielle Belastung der öffentlichen Hand

15. Wie haben sich die Ausgaben der öffentlichen Hand (Bund resp. Sozialversicherungen, Kantone und Gemeinden; öffentliche Beiträge an ambulante und stationäre Leistungserbringer; Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung der AHV, Sozialhilfe, weitere kantonale oder kommunale Beiträge an Pflegebedürftige) für die Finanzierung der Pflege seit 2008 entwickelt? Welchen Einfluss hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Ausgaben?

4.2.2 Sozialpolitische Wirksamkeit

Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen

16. Wie wirksam sind die sozialpolitischen Massnahmen? Tragen die auf Bundes- und Kantonsebene getroffenen Regelungen dazu bei, sozialpolitisch schwierige Situationen (Sozialhilfebezug) für Pflegebedürftige zu verhindern? Wenn ja, gilt dies für alle pflegebedürftigen Personen unabhängig vom Grad ihrer Pflegebedürftigkeit oder von ihrer Vermögenssituation? Welche Unterschiede bestehen diesbezüglich zwischen den Kantonen?
- Gibt es Deckungslücken (d.h. die Eigenmittel der Pflegebedürftigen sowie primäre resp. subsidiäre Sozialversicherungsleistungen reichen nicht aus, um die Pflegekosten zu decken)? Wenn ja, lassen sich die betroffenen Personengruppen spezifisch charakterisieren? Nach welchen Merkmalen? Wie wird mit allfälligen Deckungslücken umgegangen?
 - Wie viele Personen wurden aufgrund von Pflegebedarf sozialhilfeabhängig?
 - Wie hat sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Vermögenssituation pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen ausgewirkt? Können sich alle pflegebedürftigen Personen die ihrem Bedarf angemessene Pflege leisten? In welchem Umfang wurden pflegebedürftige Personen hinsichtlich des Pflegekostenselbstbehalts durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung finanziell entlastet?

4.2.3 Auswirkungen auf Angebot und Inanspruchnahme von Leistungen

Allgemeine Auswirkungen auf Leistungserbringer

17. Welche Auswirkungen hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Pflege sowie der Akut- und Übergangspflege allgemein?

Auswirkungen auf Angebot an Pflegeleistungen

18. Wie hat sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Struktur des Angebots an Pflegeleistungen (ambulant, stationär, Akut- und Übergangspflege) ausgewirkt? Inwiefern hat sich das Angebot quantitativ und qualitativ verändert?
 - a. Hinsichtlich der vorhandenen Anbieter von ambulanter und stationärer Pflege: Haben ambulante oder stationäre Leistungserbringer aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung ihre Tätigkeit aufgegeben? Sind aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung neue Anbieter von Pflegeleistungen entstanden?
 - b. Hinsichtlich der verschiedenen von den verschiedenen Institutionen angebotenen Pflegeleistungen: Haben die Anbieter ihr Leistungsangebot aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung angepasst? Falls ja, wie und aus welchen Gründen? Sind aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung neue Angebote von Pflegeleistungen entstanden? Ein besonderer Fokus ist dabei auf die Akut- und Übergangspflege zu legen: Haben Leistungserbringer entsprechende Leistungen aufgegeben, abgebaut, weitergeführt, ausgebaut oder neu aufgenommen?

Auswirkungen auf Inanspruchnahme an Pflegeleistungen

19. Wie hat sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (ambulant, stationär, Akut- und Übergangspflege) ausgewirkt? Inwiefern hat sich das Nachfrageverhalten pflegebedürftiger Personen quantitativ und qualitativ verändert?
 - a. Haben sich die (finanziellen) Möglichkeiten, Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung verändert?
 - b. Inwiefern hat sich aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung das Nachfrageverhalten verändert (z.B. Betreuung durch Angehörige, Betreuungsfirmen und -organisationen oder Care-MigrantInnen anstelle von professioneller Pflege, Inanspruchnahme von Akut- und Übergangspflege anstelle von Rehabilitationsmedizin, (längere) Inanspruchnahme von ambulanter Pflege statt Eintritt in ein Pflegeheim, Inanspruchnahme von betreutem Wohnen, Eintritt ins Pflegeheim wegen ungenügend gedeckter Mietkosten, etc.)?

Relevante Faktoren beim Entscheid über die Versorgung

20. Welche Faktoren sind ausschlaggebend für den Entscheid, ob und in welcher Form (ambulant/stationär/Akut- und Übergangspflege, Rehabilitation) bzw. durch welche Art von Leistungserbringer (Spitex-Dienst, selbstständige Pflegefachperson, Pflegeheim, Rehabilitationsklinik, weitere) pflegebedürftige Menschen gepflegt werden? Welche Rolle spielen die Finanzierungsmechanismen bei diesem Entscheid?³²

Fehlversorgung

21. Gibt es Hinweise auf Fehlversorgung in dem Sinn, dass pflegebedürftige Menschen nicht diejenige pflegerische Versorgung erhalten, die aufgrund ihrer individuellen Situation angemessen wäre? Wenn ja, welche Gründe stehen einer adäquaten pflegerischen Versorgung entgegen?

Auswirkungen auf Qualität der Pflege

22. Hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung Veränderungen zur Folge, die sich auf die Qualität der Pflegeleistungen auswirken? Inwiefern haben sich dadurch die Rahmenbedingungen verändert, unter denen das Pflegepersonal ambulante oder stationäre Pflege leistet, z.B.
- a. verfügbare Zeit für die einzelnen Patientinnen und Patienten
 - b. alltägliche Pflegeprozesse, Arbeitsorganisation
 - c. Qualifikation der Pflegenden
 - d. Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer und Pflegepersonal, Qualitätssicherungssysteme
 - e. etc.

³² Mehrere Stakeholder wiesen im Rahmen der Vorabklärungen zum vorliegenden Konzept darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen abgesehen vom konkreten Pflegebedarf, von den Möglichkeiten zur Pflege bzw. Betreuung durch Angehörige und von der finanziellen Situation von verschiedenen weiteren Kontextfaktoren beeinflusst wird. Zum einen seien pflegebedürftige Personen nur beschränkt in der Lage, fundierte Entscheidungen über ihre pflegerische Versorgung zu treffen, weil sie nicht ausreichend über die verfügbaren Möglichkeiten (Angebote) und/oder über die Finanzierungsregeln und deren Konsequenzen informiert seien. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen seien von der Komplexität der Pflegefinanzierung häufig überfordert. Dies gelte teilweise auch für die Ärztinnen und Ärzte in Spitälern in Zusammenhang mit der Planung der weiteren Pflege nach einem Spitalaufenthalt. So sei z.B. die Akut- und Übergangspflege zu wenig bekannt, weshalb sie eher wenig genutzt werde. Zum anderen komme es aufgrund der Finanzierungsmechanismen gelegentlich zu Fehlversorgung: Beim Entscheid, in welcher Form eine pflegebedürftige Person gepflegt wird, sei oft die Finanzierung das ausschlaggebende Kriterium, nicht der konkrete Bedarf in der spezifischen Situation. Auch administrative Hürden würden teilweise eine ideale Versorgung verhindern, z.B. die Beschäftigung einer privaten Pflegefachperson für die ambulante Pflege zu Hause.

4.2.4 Fazitfragen zu den Wirkungen

Auswirkungen insgesamt

23. Welche Auswirkungen hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung insgesamt
- a. auf die verschiedenen Leistungserbringer?
 - b. auf die OKP?
 - c. auf die Kantone und Gemeinden?
 - d. auf die subsidiären Sozialversicherungen (Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung) und die Sozialhilfe?
 - e. auf die pflegebedürftigen Personen?

Nebeneffekte

24. Welche Nebeneffekte der Neuordnung der Pflegefinanzierung lassen sich feststellen?

Zielerreichung insgesamt

25. Wie ist die Zielerreichung der Neuordnung der Pflegefinanzierung insgesamt zu beurteilen? Welche Ziele wurden erreicht, welche nicht? Falls nicht, weshalb nicht?
- a. Wie sind die finanziellen Anreize, die durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung gesetzt wurden, bezüglich der Erreichung der Reformziele zu beurteilen?

Vergleich der kantonalen Finanzierungsregimes

26. Welche kantonalen Finanzierungsregimes sind besonders geeignet im Hinblick auf die Zielerreichung der Neuordnung der Pflegefinanzierung?³³

4.3 Weiterführende Fragen

Anhand der Erkenntnisse zur Umsetzung und zu den Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung entlang der präsentierten Haupt- und der verschiedenen Detailfragen lassen sich Rückschlüsse auf die Konzeption der Pflegefinanzierung und auf allfälligen Anpassungs- resp. Handlungsbedarf ziehen. Die Konzeption der neuen Pflegefinanzierung war Gegenstand verschiedener Äusserungen und Anliegen von in der Begleitgruppe vertretenen Stakeholdern. Diese betrafen u.a. die folgenden Aspekte:

³³ Angesichts des Umstands, dass die Umsetzung der Pflegefinanzierung auf kantonalen Ebene konkretisiert wird und dabei aufgrund des bestehenden Gestaltungsspielraums der Kantone eine grosse Bandbreite unterschiedlicher Regelungen besteht, bietet es sich an, einen entsprechenden Quervergleich hinsichtlich der Wirksamkeit dieser Regelungen anzustellen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich nicht nur die Regelungen der Pflegefinanzierung und der subsidiären Unterstützung von Kanton zu Kanton unterscheiden, sondern auch das verfügbare Leistungsangebot und dessen Inanspruchnahme. Das Angebot ambulanter und stationärer Pflege in einem Kanton ist u.a. abhängig von den kantonalen und kommunalen Finanzierungsregeln sowie von der Alters- und Pflegeheimplanung gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG. Diese ist auf den Bedarf auszurichten.

- Systematik und Definition der verschiedenen Kategorien von ambulanten Pflegeleistungen bzw. der zwölf Pflegebedarfsstufen im stationären Bereich gemäss KVG und KLV,
- Höhe und Berechnungsmethode der in der KLV festgelegten Versicherungsbeiträge in der ambulanten Pflege resp. der Beiträge pro Pflegebedarfsstufe bei stationärer Pflege,
- Rahmenbedingungen für die Regelung der kantonalen Restfinanzierung im KVG hinsichtlich einer einheitlicheren kantonalen Umsetzung und einer gesamtschweizerischen Gleichbehandlung pflegebedürftiger Personen.

Daneben sind jedoch auch Anpassungen weiterer Elemente der Pflegefinanzierung denkbar. Die vorzunehmende Evaluation sollte diese gestützt auf eine empirische Analyse der Wirkungen und der Wirkungsweise der bestehenden Regelungen identifizieren:

Anpassungsbedarf

27. Besteht Bedarf zur Anpassung der Regelungen der Pflegefinanzierung auf Bundesebene? Wenn ja, in welchen Bereichen?

5 Datenlage

5.1 Informationsbedarf

Aus dem Erkenntnisinteresse bzw. dem Fragekatalog leitet sich der Informationsbedarf zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragen ab. Dieser Informationsbedarf kann teilweise über bereits vorliegende Daten- und Wissensbestände gedeckt werden. Er hängt allerdings zu einem gewissen Teil vom konkreten Evaluations- und Untersuchungsdesign ab. Dies betrifft insbesondere Fragen mit analytischem oder evaluativen Charakter: je nach den gewählten Bewertungskriterien, Vergleichsebenen, Referenzgrössen und je nach dem methodischen Vorgehen zur Beurteilung einer bestimmten Frage (Analyseverfahren) sind unterschiedliche Informationen erforderlich. Da diese Parameter im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie noch nicht festgelegt werden, sondern von den Auftragnehmenden der künftigen Evaluation, erhebt die nachfolgende Übersicht keinen Anspruch auf Verbindlichkeit und auf Vollständigkeit.

Tabelle 5-1 zeigt den Informationsbedarf, sofern er unabhängig vom Untersuchungsdesign und vom konkreten methodischen Vorgehen bereits beurteilt werden kann, und die entsprechende Datenlage entlang der einzelnen Fragestellungen bzw. Untersuchungsgegenstände auf. Aus dieser Gegenüberstellung wird ersichtlich, welche Informationen nicht über bereits bestehende Datenquellen erfasst werden können und über gezielte Befragungen oder andere Erhebungen zu ermitteln sind. In Abschnitt 5.2 werden die in der dritten Spalte genannten Informationsquellen kurz beschrieben sowie die dazu bestehenden Vorbehalte und Grenzen der Aussagekraft resp. der Vollständigkeit dargelegt.

Die letzte Spalte enthält Angaben zu Datenerhebungen, die entweder zur Schliessung von Informationslücken notwendig sind oder als Ergänzung zu den bereits bestehenden Informationen durchgeführt werden können. Der konkrete Erhebungsbedarf ergibt sich aus dem spezifischen Evaluations- und Untersuchungsdesign und kann im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie nicht abschliessend bezeichnet werden.

Tabelle 5-1: Informationsbedarf, bestehende Informationsquellen und mögliche ergänzende Datenerhebungen

Nr.	Untersuchungsgegenstände	Benötigte Informationen	Bestehende Informationsquellen	Ergänzende/notwendige Datenerhebungen
Fragen zur Umsetzung				
1	Gesetzliche Anpassungen auf kantonaler Ebene	Aufgrund der neuen Pflegefinanzierung erfolgte gesetzliche Anpassungen bzw. Rechtssetzungsaktivitäten auf kantonaler Ebene Erlasse, in denen die Pflegefinanzierung geregelt ist	Systematische Rechtssammlungen der Kantone	Desk Research oder Anfrage an zuständige Kantonsbehörden
2	Materielle Regelung der Restfinanzierung auf kantonaler Ebene	a) Aufteilung und Höhe der Finanzierung zwischen Kanton, Gemeinden und Pflegebedürftigen b) Definition der Pflegekosten, Grundlagen zur Festlegung der Restfinanzierung, Finanzierungsregelungen und –modelle c) Unterschiede zwischen betroffenen Leistungserbringern	Systematische Rechtssammlungen der Kantone Leistungs- / Administrativverträge mit Leistungserbringern auf kantonaler Ebene Zusammenstellungen der Leistungserbringerverbände (national und kantonal) BAG-Berichte an SGK	Desk Research oder Anfrage an zuständige Kantonsbehörden
3	Kantonsvergleich	Anhand Antworten zu Frage 2	-	-
4	Materielle Regelung der Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeleistungen	Materielle Regelung der Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeleistungen	Systematische Rechtssammlungen der Kantone Zusammenstellungen der Leistungserbringerverbände (national und kantonal) BAG-Berichte an SGK	Desk Research oder Anfrage an zuständige Kantonsbehörden

Nr.	Untersuchungsgegenstände	Benötigte Informationen	Bestehende Informationsquellen	Ergänzende/notwendige Datenerhebungen
5	Abgeltung der Pflegeleistungen zwischen öffentlicher Hand und Leistungserbringern	Leistungs- / Administrativverträge mit Leistungserbringern auf kantonaler Ebene und Tarifordnungen (Stand)	Zusammenstellungen der Leistungserbringerverbände (national und kantonal)	Befragung der Leistungserbringer (Verbände) oder der zuständigen Kantonsbehörden
6	Ausgestaltung der Ergänzungsleistungen	Regelung der Vergütung von Pflegekosten durch die Ergänzungsleistungen und der Anspruchsberechtigung darauf	Systematische Rechtssammlungen der Kantone EL-Statistik (BSV) Inventar der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (BFS)	Desk Research oder Anfrage an zuständige Kantonsbehörden
7	Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen	a) Konzepte, Modelle, Verfahren, Datengrundlagen	Unterlagen und Websites der Leistungserbringer (Spitex Schweiz, Curaviva)	Befragung von Leistungserbringern (individuell)
		b) Probleme für Leistungserbringer (qualitative Informationen)	Unterlagen und Websites der Leistungserbringer (Spitex Schweiz, Curaviva)	Befragung von Leistungserbringern (individuell)
		c) Best Practice-Beispiele	-	Befragung von Leistungserbringern (individuell)
		d) Verwendetes Pflegebedarfserfassungssystem	Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime (BAG)	Befragung von Leistungserbringern (individuell)
		e) Bezug zu Frage 2	-	-
8	Gesamtbeurteilung Stand der Umsetzung	Fazitfrage anhand Fragen 1-6 und 8	-	Befragung von Kantonsbehörden und Leistungserbringern (Verbände)
9	Schwierigkeiten bei der Umsetzung	Schwierigkeiten bei der Umsetzung für Kantone und Leistungserbringer (qualitative Informationen)	BAG-Berichte an SGK Dokumente und Berichte von Leistungserbringerverbänden	Befragung von Kantonsbehörden und Leistungserbringern (Verbände)

Nr.	Untersuchungsgegenstände	Benötigte Informationen	Bestehende Informationsquellen	Ergänzende/notwendige Datenerhebungen
Fragen zu den Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung				
10	Entwicklung der Pflegekosten	Pflegekosten seit 2008 - insgesamt - pro Leistungsart - pro Leistungserbringerkategorie	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS) OKP-Statistik (BAG) Datenpool SASIS AG SOMED-Statistik (BFS) Spitex-Statistik (BFS)	
11	Entwicklung der Finanzierungsanteile an Pflegekosten	Finanzierungsanteile an den Pflegekosten seit 2008	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS) OKP-Statistik (BAG) Datenpool SASIS AG EL-Statistik (BSV) Finanzstatistik der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (BFS)	
12	Finanzielle Belastung der OKP	- Entwicklung der OKP-Ausgaben für Pflege - Entwicklung der Inanspruchnahme (Fallzahlen)	OKP-Statistik (BAG) Datenpool SASIS AG	
13	Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen	a) Regelung der Patientenbeteiligung in den Kantonen b) Unterschiede zwischen Leistungserbringern	Systematische Rechtssammlungen der Kantone Zusammenstellungen der Leistungserbringerverbände (national und kantonal) BAG-Berichte an SGK	Befragung von Kantonsbehörden und Leistungserbringern (Verbände)
		c) Von Pflegebedürftigen getragener Anteil der nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten Gründe für höhere Belastung	Zusammenstellungen der Leistungserbringerverbände (national und kantonal) Kosten und Finanzierung des Ge-	Befragung von Pflegebedürftigen, Patienten,- Senioren- oder Altershilfeorganisationen und/oder von Sozialbe-

Nr.	Untersuchungsgegenstände	Benötigte Informationen	Bestehende Informationsquellen	Ergänzende/notwendige Datenerhebungen
			sundheitswesens (BFS) OKP-Statistik (BAG)	hören
14	Verlagerung zwischen Pflege- und anderen Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung der Betreuungs- und Hotelleriekosten (stationäre Pflege) - Kosten für hauswirtschaftliche und weitere Leistungen (ambulante Pflege) - Entwicklung der Pflegekosten nach Art. 25a KVG 	SOMED-Statistik (BFS) Spitex-Statistik (BFS) OKP-Statistik (BAG) Datenpool SASIS AG	Befragung von Leistungserbringern (individuell und/oder Verbände)
15	Finanzielle Belastung der öffentlichen Hand	Ausgaben der öffentlichen Hand für (Bund resp. Sozialversicherungen, Kantone und Gemeinden) Finanzierung der Pflege seit 2008: <ul style="list-style-type: none"> - öffentliche Beiträge an ambulante und stationäre Leistungserbringer - kantonale oder kommunale Beiträge an Pflegebedürftige - Ergänzungsleistungen - Hilflosenentschädigung der AHV - Sozialhilfe 	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS) Statistik der öffentlichen Finanzen (EFV) EL-Statistik (BSV) AHV-Statistik (BSV) IV-Statistik (BSV) Finanzstatistik der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (BFS)	Weitere Abklärungen bei Finanzierungsträgern
16	Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen	a) Deckungslücken, Charakterisierung der Betroffenen, Umgang mit Deckungslücken (v.a. qualitative Informationen) b) Entwicklung der Anzahl sozialhilfebedürftiger Pflegebedürftiger (seit 2008)	Keine SHS-Statistik (BFS)	Befragung von Pflegebedürftigen, Patienten,- Senioren- oder Altershilfeorganisationen und/oder von Sozialbehörden Befragung von Pflegebedürftigen, Patienten,- Senioren- oder Altershilfeorganisationen und/oder von Sozialbe-

Nr.	Untersuchungsgegenstände	Benötigte Informationen	Bestehende Informationsquellen	Ergänzende/notwendige Datenerhebungen
		Vermögenssituation pflegebedürftiger Personen (Entwicklung seit 2008)	Ev. BFS-Daten zur wirtschaftlichen und sozialen Situation der Bevölkerung Ev. Steuerdaten	hören Befragung von Pflegebedürftigen, Patienten,- Senioren- oder Altershilfeorganisationen und/oder von Sozialbehörden
17	Allgemeine Auswirkungen auf Leistungserbringer	Qualitative Einschätzungen	BAG-Berichte an SGK	Befragung von Leistungserbringern (individuell und/oder Verbände)
18	Auswirkungen auf Angebot an Pflegeleistungen (ambulant, stationär, Akut- und Übergangspflege)	a) Durch Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöste Veränderung der Anbieterlandschaft: Aufgabe der Tätigkeit oder Auftreten neuer Anbieter (qualitative Charakterisierung, quantitative Abbildung)	SOMED-Statistik (BFS) Spitex-Statistik (BFS) Datenpool SASIS AG	Befragung von kantonalen Gesundheitsbehörden und/oder Leistungserbringern (Verbände)
		b) Durch Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöste Veränderung des Pflegeangebots - ambulant, stationär, Akut- und Übergangspflege, Tages- und Nachtstrukturen - Spitäler, Pflegeheime, Spitex, Pflegende (qualitative Charakterisierung, quantitative Abbildung)	SOMED-Statistik (BFS) Spitex-Statistik (BFS) Krankenhausstatistik (BFS)	Befragung von kantonalen Gesundheitsbehörden und/oder Leistungserbringern (individuell und/oder Verbände)
19	Auswirkungen auf Inanspruchnahme an Pflegeleistungen (ambulant, stationär, Akut- und Übergangspflege)	a) Veränderung der finanziellen Möglichkeiten Pflegebedürftiger	Ev. BFS-Daten zur wirtschaftlichen und sozialen Situation der Bevölkerung Ev. Steuerdaten	Befragung von Pflegebedürftigen, Patienten,- Senioren- oder Altershilfeorganisationen und/oder von Sozialbe-

Nr.	Untersuchungsgegenstände	Benötigte Informationen	Bestehende Informationsquellen	Ergänzende/notwendige Datenerhebungen
				hörden
		<p>b) Veränderung des Nachfrageverhaltens</p> <p>Durch Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöste Veränderung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch Pflegebedürftige (qualitative Charakterisierung, quantitative Abbildung)</p>	<p>SOMED-Statistik (BFS)</p> <p>Spitex-Statistik (BFS)</p> <p>OKP-Statistik (BAG)</p> <p>Datenpool SASIS AG</p>	<p>Befragung von Pflegebedürftigen und von Leistungserbringern (individuell und/oder Verbände)</p>
20	Relevante Faktoren beim Entscheid über die Versorgung	Abwägungen, Motive und Entscheidungsverhalten von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen bei Eintreten einer Pflegebedürftigkeit	Keine	Befragung von Pflegebedürftigen, Patienten,- Senioren- oder Altershilfeorganisationen und/oder von Leistungserbringern (individuell und/oder Verbände)
21	Fehlversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweise auf Fehlversorgung - Gründe für Fehlversorgung 	Keine	Befragung von Pflegebedürftigen, Patienten,- Senioren- oder Altershilfeorganisationen und/oder von Leistungserbringern (individuell und/oder Verbände)
22	Auswirkungen auf Qualität der Pflege	<p>Veränderungen der Rahmenbedingungen für Pflege</p> <p>Einfluss der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Rahmenbedingungen</p>	<p>Kontextfaktoren:</p> <p>SOMED-Statistik (BFS)</p> <p>Kennzahlen Pflegeheime (BAG)</p> <p>Spitex-Statistik (BFS)</p>	Befragung von Pflegebedürftigen, Patienten,- Senioren- oder Altershilfeorganisationen und/oder von Leistungserbringern (individuell und/oder Verbände)
23	Auswirkungen insgesamt	Fazit anhand Fragen 10 bis 22	-	-
24	Nebeneffekte	Nicht angestrebte Auswirkungen der	Problemhinweise aus Stellungnah-	Befragung von Stakeholdern

Nr.	Untersuchungsgegenstände	Benötigte Informationen	Bestehende Informationsquellen	Ergänzende/notwendige Datenerhebungen
		Regelungen von Bund und Kantonen auf die Stakeholder	men und Berichten Fazit anhand Fragen 10 bis 23	Experteneinschätzungen
25	Zielerreichung insgesamt	Fazit anhand Fragen 10 bis 22	-	-
26	Vergleich der kantonalen Finanzierungsregimes	<ul style="list-style-type: none"> - Typologie kantonaler Finanzierungsregimes (Pflegefinanzierung und subsidiäre Unterstützung) - Wirkungsinformationen pro Kanton - Leistungsangebot pro Kanton - Inanspruchnahme pro Kanton - weitere Kontextfaktoren 	Vgl. oben	
Weiterführende Fragen				
27	Anpassungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> - Fazit aus voranstehenden Fragen - Einschätzung der Stakeholder 	politische Vorstösse Stellungnahmen von Verbänden und Organisationen	Einschätzungen von Stakeholdern und Experten

5.2 Beurteilung der bestehenden Datenquellen

Unabhängig vom Untersuchungsdesign lässt sich die Datenlage zur Deckung des aus dem Fragenkatalog (vgl. Kapitel 5) abgeleiteten Informationsbedarfs beurteilen. Zu diesem Zweck werden die relevanten Statistiken und weiteren Datenquellen (Dokumente, Berichte, Studien etc.) nachfolgend identifiziert und bezüglich ihres Informationsgehaltes hinsichtlich der Fragestellungen beurteilt. Die nachfolgende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und fokussiert auf gesamtschweizerische Informationen. Statistiken bzw. Datenquellen zu einzelnen Kantonen wurden nicht ermittelt und aufgeführt.

5.2.1 Quellen für quantitative Daten

Nachfolgend werden einige Datenbestände zu Kosten und Finanzierung von Pflegeleistungen in Form von Tabellen systematisch kurz porträtiert:

- Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS)
- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG)
- Datenpool der Schweizer Krankenversicherer (SASIS AG)
- Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (BSV)
- AHV- und IV-Statistik (BSV)
- Inventar und Finanzstatistik der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (BFS)
- Statistik über die Sozialhilfeempfängerinnen und –empfänger in der Schweiz (BFS)
- Statistik der öffentlichen Finanzen der Schweiz (EFV)
- Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) / Kennzahlen der Pflegeheime (BAG)
- Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) (BFS)

Aufgrund der Komplexität der Pflegefinanzierung sind die Datenquellen zu den interessierenden Outcome-Grössen (Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, Kosten und Finanzierung der verschiedenen Pflegeleistungen) stark fragmentiert. Um eine umfassende Übersicht über das Pflegegeschehen (ambulant und stationär, Pflege gemäss KVG sowie weitere Pflegeleistungen), dessen Kosten und deren Finanzierung zu erhalten, ist die Kombination von Datenbestände verschiedenen Statistiken nötig. Da diese Statistiken in der Regel auf unterschiedlichen Datenerhebungen mit jeweils spezifischen Konzepten beruhen und nur beschränkt untereinander koordiniert sind ist jedoch davon auszugehen, dass die Verknüpfungsmöglichkeiten beschränkt sind. Inwiefern die verschiedenen Datenbestände miteinander verknüpft werden können, wurde im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie nicht überprüft. Ausserdem sind weder Doppelerfassungen von Fällen und von Finanzflüssen noch entsprechende Lücken auszuschliessen.

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens³⁴

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Statistik http://www.bfs.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit → Kosten, Finanzierung Standardtabellen mit Daten online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	Synthese aus sämtlichem verfügbarem Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme rund um die Produktion, den Konsum und die Finanzierung von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres. Die Kosten werden aus drei verschiedenen Perspektiven betrachtet: nach Leistungserbringern, Leistungen und Direktzahlenden. Zusätzlich wird eine Aufgliederung der Finanzierung aus der Sicht der sozialen Sicherheit und der Volkswirtschaft vorgenommen. Angaben: Kosten in Mio. Franken (absolut), prozentual, jährliche Veränderung Aufschlüsselung nach Kantonen möglich.
Grundlage	Synthesestatistik, gestützt auf folgende Datenquellen: <ul style="list-style-type: none"> - Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens (BFS) - Betriebszählung (BFS) - Statistik der öffentlichen Finanzen (EFV) - Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG) - Spitex-Statistik (BSV) - Statistik der privaten Versicherungseinrichtungen (BPV) - diverse Statistiken und Finanzzahlen der sozialen Versicherungen - diverse Jahresberichte und Betriebsrechnungen von Stellen des Gesundheitswesens
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 1960 (neue Konzepte 1985 und 1995). Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2012 (Zeitverzug von 2 Jahren)
Beitrag zu Fragen:	10, 11, 13c, 15
Bemerkungen:	Die Qualität der statistischen Informationen ist abhängig von der Qualität der jeweiligen Grunddaten. Die Statistik „Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens“ ermöglicht eine eher hoch aggregierte systematische Betrachtung der Kostenentwicklung im Zeitverlauf. Für differenziertere Analysen sind die einzelnen Datenquellen zu konsultieren.

³⁴ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/kg/01.html
[Stand: 15.1.2015]

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung³⁵

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Gesundheit www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Statistiken → Statistikpublikationen Gesamtbericht und Datentabellen online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	- Daten zu Brutto- und Nettoleistungen der OKP sowie zur Kostenbeteiligung der Versicherten, aufgeschlüsselt nach Kostengruppen, Kanton, Versicherungsform, Alterskategorie - Versichertenbestand der OKP - Preis- und Kostenindizes
Grundlage	Krankenkassen-Datenbank des BAG Datenpool SASIS
Periodizität / Stand:	Jährlich, Verfügbar seit 1996. Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2012 (Zeitverzug von 2 Jahren)
Beitrag zu Fragen:	10, 11, 12, 13, 19
Bemerkungen:	Die Statistik erlaubt eine differenzierte Analyse der von der OKP getragenen Kosten und der damit verbundenen Kostenbeteiligung der Versicherten. Aussagen über Kosten ausserhalb des OKP-Regimes und deren Finanzierung sind anhand dieser Statistik nicht möglich.

Datenpool der Schweizer Krankenversicherer

Produzent / Bezugsquelle:	SASIS AG www.sasis.ch/de/kostenmonitoring Kostenmonitoring BAG: Standardtabellen (2012-2014) online gratis verfügbar, weiterführende Auswertungen auf Anfrage (kostenpflichtig)
Für Evaluation relevante Inhalte:	- Kosten nach Leistungserbringer (KVG und VVG) gemäss ZSR-Nummer (Arztpraxis, Apotheke, Spital, Pflegeheim, Spitex usw.). - Leistungsarten KVG (Arztleistung, Medikamente von der Apotheke, ambulant und stationär im Spital usw.). - Erfolgsrechnung der Krankenversicherungs-Branche (Kantone, Prämienregionen) für das KVG im Bereich der Leistungen, Kostenbeteiligungen und der Prämien. Zwei Optiken: - Rechnungsstellerstatistik: Kostenzusammensetzung und -entwicklung der einzelnen medizinischen Leistungserbringer gemäss SASIS-Zahlstellenregister. Differenzierung nach Standortkanton und Leistungserbringergruppe möglich. - Versicherten-Leistungen-Statistik: Kostenentwicklung mit Blick auf Patienten-Informationen wie Altersgruppe, Geschlecht, Wohnkanton, Versicherungsmodell und Leistungserbringergruppe auf. Aufschlüsselung nach Kanton und Prämienregion möglich.
Grundlage	Bei am Datenpool angeschlossenen Krankenversicherern eingehende Rechnungen der Leistungserbringer (Abdeckung: 99% der Versicherten)

³⁵ Die Angaben in der Tabelle beruhen auf BAG (2014).

Periodizität / Stand:	Laufend, verfügbar seit 1998 (Kostenmonitoring seit 1998). Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2014
Beitrag zu Fragen:	10, 11, 12, 14, 18, 19
Bemerkungen:	Die Bruttoleistungen umfassen alle von den Krankenversicherern abgerechneten Leistungen, welche über die obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckt sind, inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten. Bei den Bruttoleistungen pro Versicherte handelt es sich um die Durchschnittsleistungen pro versicherte Person nach Kanton und nicht um die effektiven Fallkosten pro erkrankte Person. Die Statistik erlaubt eine differenzierte Analyse der von der OKP getragenen Kosten und der damit verbundenen Kostenbeteiligung der Versicherten. Aussagen über Kosten ausserhalb des OKP-Regimes und deren Finanzierung sind anhand dieser Statistik nicht möglich.

Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV³⁶

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Sozialversicherungen www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Zahlen und Fakten → Statistiken → EL Berichte und Tabellen online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	Personen mit EL, EL-Fälle nach Kanton, Versicherungszweig, Wohnsituation, demographischen Merkmalen und Fallsituation EL-Ausgaben nach Kanton, Ausgabentyp, Versicherungszweig und Sicherungsart Periodische EL, Fälle, Ausgabenstruktur, anrechenbare Heimtaxen, Vermögen Vergütete Krankheits- und Behinderungskosten der EL nach Kostenart Kantonale Zusatzleistungen Regionalisierungsgrad: Gemeinde
Grundlage	Vollerhebung/Registerauswertung: Verwaltungsdaten und aggregierte Buchhaltungsdaten auf Fallebene der meist kantonalen EL-Stellen.
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 1998. Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2013
Beitrag zu Fragen:	6, 11, 15, (16)
Bemerkungen:	

³⁶ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/el/01.html [Stand: 15.1.2015]

AHV- Statistik und IV-Statistik³⁷

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Sozialversicherungen www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Zahlen und Fakten → Statistiken → AHV bzw. IV Berichte und Tabellen online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	Bezüge von Hilflosenentschädigung zur AHV und IV: Anzahl, Höhe pro Altersgruppe, Geschlecht und Hilflosigkeitsgrad, Total und nach Kanton
Grundlage	Vollerhebung, Auswertung der Verwaltungsregister der AHV und der IV
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 1975 (AHV) bzw. 1983 (IV). Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2013
Beitrag zu Fragen:	6, 11, 15, (16)
Bemerkungen:	Anhand der verfügbaren Daten lässt sich vermutlich kein direkter Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und dem Bezug von Hilflosenentschädigung herstellen.

Inventar und Finanzstatistik der bedarfsabhängigen Sozialleistungen³⁸

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Statistik http://www.sozinventar.bfs.admin.ch/Pages/InstroductionPublicPage.aspx Angaben und Daten pro Kanton online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	Inventar der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (inkl. Kantonale EL oder andere Pflegebeiträge) pro Kanton Nettoausgaben für direkte, personenbezogene Geldleistungen pro Kanton: Gesamtausgaben (Total) für eine bestimmte Leistung, Finanzierungsanteile von Bund, Kanton und Gemeinden
Grundlage	Synthesestatistik aus Bundesstatistiken und kantonalen Angaben
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 2003. Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2012
Beitrag zu Fragen:	6, 11, 15, 16
Bemerkungen:	Das Inventar erlaubt einen raschen Überblick über die Palette und Ausgestaltung der kantonalen Leistungen zur Unterstützung Pflegebedürftiger Personen und damit über die unterschiedlichen kantonalen Systeme der sozialen Sicherheit. Anhand der verfügbaren Daten lässt sich vermutlich kein direkter Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Sozialhilfeleistungen herstellen.

³⁷ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ahv/01.html und www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/IV-Statistik/01.html [Stand: 15.1.2015]

³⁸ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/fsh/01.html [Stand: 15.1.2015]

Statistik über die Sozialhilfeempfängerinnen und –empfänger in der Schweiz (SHS)³⁹

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch → Themen → 13 – Soziale Sicherheit → Bedarfsabhängige Leistungen Standardtabellen mit Daten online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	Angaben zu Zahl der Sozialhilfeempfängerinnen und –empfänger (nach Altersgruppen, Fallstruktur, soziale und wirtschaftliche Lage, Risikogruppen), Art der bezogenen bedarfsabhängigen Sozialleistungen, Dauer des Bezugs, Familienstruktur der Leistungsempfangenden Aufschlüsselung nach Kanton und Gemeinde möglich
Grundlage	Vollerhebung bei den Gemeinden
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 2007. Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2012
Beitrag zu Fragen:	15, 16b
Bemerkungen:	Anhand der verfügbaren Daten lässt sich vermutlich kein direkter Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Sozialhilfebezug herstellen. Die Erhebung umfasst hingegen auch Angaben zur Anzahl Pflegebedürftige Personen im Haushalt und dazu, ob und durch wen Pflege oder Betreuung erfolgt.

Statistik der öffentlichen Finanzen der Schweiz

Produzent / Bezugsquelle:	Eidgenössische Finanzverwaltung www.efv.admin.ch → Dokumentation → Finanzstatistik → Berichterstattung Standardtabellen mit Daten online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	Öffentliche Ausgaben (Bund, Kantone, Gemeinden) für - Alters-, Kranken- und Pflegeheime und - ambulante Krankenpflege Aufschlüsselung nach Kanton möglich
Grundlage	Staatsrechnungen des Bundes und der Kantone sowie der Jahresrechnungen von >800 Gemeinden (Stichprobenauswahl → Hochrechnung)
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 1990. Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2013
Beitrag zu Fragen:	15
Bemerkungen:	Die Erfassung der Ausgaben erfolgt nach dem harmonisierten Rechnungslegungsmodell der Kantone und Gemeinden» (HRM2) aus dem Jahr 2008. Dessen funktionale Gliederung enthält die beiden Konten „Alters-, Kranken- und Pflegeheime“ und „ambulante Krankenpflege“. Eine feinere Differenzierung nach verschiedenen Kategorien von Leistungserbringern oder Leistungen ist nicht möglich. Gewisse Unschärfen bei der Zuordnung der Ausgaben auf die einzelnen Funktionen können nicht ausgeschlossen werden.

³⁹ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ssh/01.html
[Stand: 15.1.2015]

Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime (BAG)

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Gesundheit www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Statistiken → Pflegeheime Kennzahlensets als Bericht und Tabellen online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	Differenzierte Angaben zu - Betrieben (Anzahl, Plätze, Personal) - Aufhalten und Klienten (Anzahl, Tage, Aufenthaltsdauer) - Finanzen (Gesamtkosten, KVG-Pflegekosten und weitere Kostenarten, Erträge, Beiträge/Subventionen/Defizitdeckung und Betriebsergebnis) (Detaillierte Beschreibung der Kennzahlen online verfügbar) Alle Angaben gesamtschweizerisch, pro Kanton und pro Pflegeheim verfügbar
Grundlage	SOMED-Statistik des BFS
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 2012. Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2012
Beitrag zu Fragen:	7c, 10, 14, 18, 19, 22
Bemerkungen:	Die Kennzahlen erlauben eine systematische Beobachtung der Entwicklung verschiedener Aspekte im Zeitverlauf, insbesondere auch zum Versorgungsgeschehen. Die Veränderungen lassen sich allerdings nur beschreiben, eine Analyse der Kausalmechanismen ist anhand der Daten nicht möglich.

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)⁴⁰

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit → Gesundheitsdienste und Personal → Sozialmedizinische Institutionen Standardtabellen seit 2010 online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	- Betriebe nach Rechtsform, Einrichtung und Ausstattung - Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der betreuten Personen - Betriebsrechnung Nach Kantonen aufgeschlüsselt
Grundlage	Vollerhebung bei Alters- und Pflegeheimen, Institutionen für Behinderte und Suchtkranke sowie Betrieben zur Behandlung von Personen mit psychosozialen Problemen
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 1997. Revision des Fragebogens per 2006. Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2013
Beitrag zu Fragen:	10, 14, 18, 19, 22
Bemerkungen:	Teilnahmequote: 99.9% (2012), ansonsten vgl. oben Die Kennzahlen erlauben eine systematische Beobachtung der Entwicklung verschiedener Aspekte im Zeitverlauf, insbesondere auch zum Versorgungsgeschehen. Die Veränderungen lassen sich allerdings nur beschreiben, eine Analyse der Kausalmechanismen ist anhand der Daten nicht möglich.

⁴⁰ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ssmi/01.html

Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)⁴¹

Produzent / Bezugsquelle:	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit → Gesundheitsdienste und Personal → Hilfe und Pflege zu Hause Standardtabellen seit 2011 online verfügbar
Für Evaluation relevante Inhalte:	- Strukturdaten Leistungserbringer - Personal und Vollzeitstellen - KlientInnen und Arbeitsstunden: Anzahl KlientInnen, verrechnete Stunden, Art der Dienstleistungen (Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV; hauswirtschaftliche Leistungen; weitere Leistungen; Mahlzeitendienst) - Finanzen: Ertrag, Einnahmen (aus Leistungen, übrige Einnahmen, Beiträge der öffentlichen Hand), Aufwand (Personal- und Betriebskosten) Nach Kantonen und Art der Leistungserbringer aufgeschlüsselt
Grundlage	Obligatorische Vollerhebung (in Zusammenarbeit mit den Kantonen) bei privatrechtliche gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen, welche Hilfe und Pflege zu Hause anbieten (Spitex-Organisationen) sowie privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen und selbstständige Pflegefachpersonen, die in diesem Bereich tätig sind.
Periodizität / Stand:	Jährlich, verfügbar seit 1997 (BSV, seit 2007 BFS). Revision des Fragebogens per 2007 und 2010. Aktuellste publizierte Daten (Januar 2015): 2013
Beitrag zu Fragen:	10, 14, 18, 19, 22
Bemerkungen:	Aufgrund der kantonal unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen sind die Daten zur Finanzierung nur beschränkt aussagekräftig. Da einige Kantone bzw. Gemeinden die Organisationen als Ganzes finanzieren und nicht die spezifischen Leistungen, lassen sich die Daten nicht nach verschiedenen Leistungsarten differenzieren und wird der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der KVG-Leistungen unterschätzt. Auch die Möglichkeit interkantonaler Vergleiche wird dadurch begrenzt. Dies gilt nicht nur für die Spitex-Statistik, sondern auch für die darauf beruhende Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft besteht darin, dass diverse private Anbieter von Betreuungsleistungen oder der Bereich der Care Migration, die sich ausserhalb des KVG-Systems bewegen, nicht in der Spitex-Statistik erfasst sind. Die Kennzahlen erlauben eine systematische Beobachtung der Entwicklung verschiedener Aspekte im Zeitverlauf, insbesondere auch zum Versorgungsgeschehen. Die Veränderungen lassen sich allerdings nur beschreiben, eine Analyse der Kausalmechanismen ist anhand der Daten nicht möglich.

Anhand der voranstehend beschriebenen Datenbestände lassen sich die Entwicklung der Pflegekosten und der Finanzierungslast sowie der Versorgungssituation und der Inanspruchnahme sowohl gesamtschweizerisch als auch pro Kanton auf aggregierter Ebene und bis zu einem gewissen Grad differenziert nach verschiedenen Gesichtspunkten abbilden. Dabei ist jedoch einzelnen Vorbehalten bezüglich der Aussagekraft, insbesondere im Be-

⁴¹ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/spitex/01.html
[Stand: 15.1.2015]

reich der öffentlichen Finanzierung von Pflegeleistungen, Rechnung zu tragen (vgl. die Kommentare in den Tabellen).

Gewisse Grenzen der Aussagekraft bestehen bei den Daten der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (v.a. Assistenzbeitrag und Sozialhilfe) sowie bei den öffentlichen Ausgaben. Bei ersteren lässt sich vermutlich nicht ermitteln, ob die Leistungen mit der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in Zusammenhang stehen, letztere lassen sich teilweise nicht ausreichend differenziert nach verschiedenen Arten von subventionierten Institutionen bzw. nach verschiedenen Formen von Pflegeleistungen aufschlüsseln.

Zur Situation auf der Ebene der Pflegebedürftigen bzw. der privaten Haushalte liegen vergleichsweise wenige Daten vor. Die individuelle Belastung (private out-of-pocket-Ausgaben) sowie die Auswirkungen auf die Vermögenssituation werden nicht systematisch statistisch erfasst. Allenfalls liefern einzelne Erhebungen des BFS wie Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC)⁴² die Haushaltsbudgeterhebung⁴³ oder das Haushaltspanel⁴⁴ gewisse Angaben. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass es sich dabei um Stichprobenerhebungen in Form von Befragungen handelt, die teilweise in Mehrjahresintervallen durchgeführt werden, und die insbesondere Personen, die im Heim leben, nicht erfassen. Angaben zur Vermögenssituation und –entwicklung der privaten Haushalte lassen sich möglicherweise auf kantonaler Ebene anhand von Steuerdaten gewinnen, wobei abzuklären bleibt, inwiefern diese Informationen mit Angaben über die Inanspruchnahme von Pflege verknüpft werden können.

5.2.2 Quellen für qualitative Daten

Tabelle 5-2 zeigt, welche Berichte, Übersichten, Dokumente oder Datenbanken als mögliche Quellen für qualitative Informationen zur Verfügung stehen. Diese dienen insbesondere zur Beantwortung der Fragen nach der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch die Kantone. Bei den aufgeführten Quellen handelt es sich um systematische Übersichten. Weitere qualitative Informationsquellen bilden Dokumente, Berichte und Studien, insbesondere diejenigen, die in den voranstehenden Kapiteln erwähnt wurden.

⁴² www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/silc/01.html

⁴³ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/habe/01.html

⁴⁴ www.swisspanel.ch

Tabelle 5-2: Quellen für qualitative Daten

Datenquelle	Bezugsquelle	Inhalte	Stand	Beitrag zu Fragen
Systematische Rechtssammlungen der Kantone	Websites der Kantone www.lexfind.ch	Gesetzes- und Verordnungstexte	Aktuell	1, 2, 3, 4, 6, 8, 26
Inventar der bedarfsabhängigen Sozialleistungen (BFS)	www.bfs.admin.ch ⁴⁵	Nach Kantonen gegliederte Auflistung der gesetzlichen Grundlagen und Regelungen des Anspruchs auf bedarfsabhängige Sozialleistungen (Sozialhilfe und Ergänzungsleistungen)	2013	1, 2, 4, 6, 26
Berichte des BAG an SGK-N bzw. SGS (BAG 2011a und 2011b, 2012, 2013)	www.parlament.ch ⁴⁶	Beschreibung der Umsetzung durch die Kantone (Antworten der Kantone auf Befragung zu diversen Aspekten der Umsetzung): Regelung der Restfinanzierung (Pflegeheim, Pflege zu Hause, Akut- und Übergangspflege, Regelung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte, Kostenbeteiligung, Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe), allgemeine Umsetzungsschwierigkeiten	2012 2013	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 26
		Rückmeldungen und Stellungnahmen von Leistungserbringerverbänden (Curaviva, Spitex Verband Schweiz, Spitex Privée Suisse, SBK) zu Auswirkungen des Bundesgesetzes und der kantonalen Bestimmungen auf Leistungserbringer und Versicherte	2013	7, 8, 9, 17, 26
		Angaben zu Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern	2013	8, 26

⁴⁵ <http://www.sozinventar.BFS.admin.ch/Pages/IbsPublicStartPage.aspx> [Stand: 13.1.2015]

⁴⁶ <http://www.parlament.ch/d/dokumentation/berichte/berichte-legislativkommissionen/kommission-fuer-soziale-sicherheit-und-gesundheit-sgk/Seiten/default.aspx> [Stand: 13.1.2015]

Datenquelle	Bezugsquelle	Inhalte	Stand	Beitrag zu Fragen
Übersichten der Leistungserbringerverbände (national, z.B. Curaviva 2013 ⁴⁷ ; Spitex Verband Schweiz 2012 ⁴⁸)	Websites der Leistungserbringerverbände	Beschreibung der Regelung der Pflegefinanzierung pro Kanton: Situation bzgl. Tarifverträge mit Versicherern, Regelung Restfinanzierung, Regelung Patientenbeteiligung, Akut- und Übergangspflege, Tages- und Nachtstrukturen	2012/ 2013	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 26
Weitere Dokumente (Berichte, Stellungnahmen von Leistungserbringerverbänden)	Websites der Leistungserbringerverbände	Hinweise auf Umsetzungspraxis, Problemhinweise, Positionsbezüge, Forderungen etc.	Aktuell	7, 9, 17, 26, 27
Geschäftsdatenbank Curia Vista	www.parlament.ch → Dokumentation → Geschäftsdatenbank Curia Vista	Parlamentarische Vorstösse	Aktuell	27

⁴⁷ <http://www.curaviva.ch/files/1KS0GF9/Neuregelung-der-Pflegefinanzierung-nach-Kanton-Stand-2014.pdf> [Stand: 23.12.2014]

⁴⁸ http://www.spitex.ch/Fuer-Fachleute/Politik/Pflegefinanzierung/PoC3H/?id=538CA893-9EE8-CA08-D8D96729E7AFAC23&method=article.detail&p=1&c=&ref_c=&m= [Stand: 29.9.2014]

5.3 Methodenbausteine auf der Grundlage der vorhandenen Daten

Die skizzierte Datenlage erlaubt die Umsetzung der folgenden Vorgehensschritte:

Desk Research und Dokumentenanalyse der systematischen Rechtssammlungen der Kantone und weiterer Übersichtsdokumente

Dieser Schritt dient der Beschreibung der Regelung der Pflegefinanzierung durch die Kantone und damit zur Beantwortung der Fragen 1-6, 8 sowie 26. Je nach angestrebter Informationstiefe sind allenfalls ergänzende Erhebungen zur Klärung von Detailfragen nötig. Es kann auch angezeigt sein, die Korrektheit und Aktualität der ermittelten Informationen bei den zuständigen kantonalen Behörden zu validieren.

Dokumentenanalyse (Berichte des BAG an SGK-N bzw. SGK-S; Berichte, Stellungnahmen von Leistungserbringerverbänden)

Eine systematische Auswertung der genannten – sowie allenfalls weiterer, hier nicht aufgeführter – Dokumente liefert wichtige Hinweise auf Umsetzungsschwierigkeiten (Frage 9) und ermöglicht die Bildung von Arbeitshypothesen zu den allgemeinen Auswirkungen auf die verschiedenen Stakeholder (Leistungserbringer, Pflegebedürftige, Finanzierungsträger – Frage 17), zu den Auswirkungen auf das Angebot, die Inanspruchnahme und die Qualität von Pflegeleistungen (Fragen 18-23) und zu nicht angestrebten Nebeneffekten.

Um aktuellere Einschätzungen zu erhalten, differenzierte Informationen und ein fundiertes Verständnis für die Positionen und Erfahrungen gewinnen zu können, empfiehlt es sich, die Dokumentenanalyse durch **Expertengespräche mit Vertretungen der verschiedenen Stakeholder** zu ergänzen.

Sekundäranalyse statistischer Daten

Anhand der in Abschnitt 5.2.1 beschriebenen Datenbestände lassen sich die Entwicklung der Pflegekosten und der Finanzierungslast sowie der Versorgungssituation und der Inanspruchnahme sowohl gesamtschweizerisch als auch pro Kanton auf aggregierter Ebene abbilden und bis zu einem Grad differenziert nach verschiedenen Gesichtspunkten analysieren. Für stärker differenzierte Analysen dürfte es sinnvoll sein, anstelle der online publizierten Standardtabellen die Rohdaten der jeweiligen Erhebungen als Quelle zu verwenden – soweit diese zugänglich sind. Die Analysemöglichkeiten werden von der Datenstruktur (Differenzierungsmöglichkeiten, Aufschlüsselung nach verschiedenen Kategorien, z.B. von Pflegeleistungen), von der Datenqualität und von den Möglichkeiten, verschiedene Datenbestände miteinander zu verknüpfen, begrenzt.

5.4 Informationslücken und Erhebungsbedarf

Anhand der Übersicht in Tabelle 5-1 und der kurzen Ausführungen im voranstehenden Abschnitt zeigt sich zusammenfassend, dass insbesondere in folgenden Bereichen Bedarf nach eigenen Informationserhebungen zur Beantwortung der vorgeschlagenen Evaluationsfragen besteht:

- Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen durch Leistungserbringer
- Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen
- Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen: Deckungslücken, Sozialhilfeabhängigkeit, Vermögenssituation
- Finanzielle Belastung der öffentlichen Hand im Bereich bedarfsabhängiger Sozialleistungen bei Pflegebedürftigkeit (v.a. Hilflosenentschädigung der AHV und Sozialhilfe)
- Durch Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöste Veränderung des Nachfrageverhaltens (qualitativ, Mechanismen)
- Durch Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöste Veränderung des Pflegeangebots
- Relevante Faktoren beim Entscheid über die Versorgung: Abwägungen, Motive und Entscheidungsverhalten von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen bei Eintreten einer Pflegebedürftigkeit
- Hinweise auf Fehlversorgung, Gründe für Fehlversorgung
- Auswirkungen auf Qualität der Pflege: Veränderungen der Rahmenbedingungen für Pflege, Einfluss der Neuordnung der Pflegefinanzierung darauf
- Nicht angestrebte Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Stakeholder

Der Erhebungsbedarf betrifft in erster Linie die Pflegebedürftigen, konkret deren Situation und Verhalten, in zweiter Linie das Verhalten der Leistungserbringer.

6 Befragungskonzept

Da sich nicht alle Evaluationsfragen anhand bereits bestehender Datenbestände und Studien beantworten lassen, werden für die Umsetzung der künftigen Evaluation ergänzend zu den in Abschnitt 5.3 skizzierten Arbeitsschritten zusätzliche Informationserhebungen mittels Befragungen nötig sein (vgl. Abschnitt 5.4). Die Reichweite bzw. die Breite der zu erhebenden Informationen wird jedoch – neben sachlichen und methodischen Faktoren des Zugangs zu den benötigten Informationen – begrenzt durch den zeitlichen und finanziellen Rahmen der Evaluation (BAG 1997: 24). Dieser ist noch nicht definiert.

Das Befragungskonzept soll aufzeigen, welche Informationen bei welchen Akteuren bzw. aus welchen Quellen beschafft werden können und welche Erhebungsverfahren dabei zur Anwendung kommen können (Beywl et al. 2008: 32-46; Widmer/Binder 1997). Zur Erhebung der nicht bereits anderweitig verfügbaren Informationen – dies betrifft insbesondere qualitative Informationen, Erfahrungen und Einschätzungen durch Stakeholder – bieten sich verschiedene Vorgehensmöglichkeiten an. Die Wahl des konkreten Untersuchungsdesigns d.h. der Strategie zur Beantwortung der Evaluationsfragen bzw. zur Bewertung der verschiedenen Evaluationsgegenstände mittels empirischer Forschung (vgl. Klöti/Widmer 1997: 185) und des damit verbundenen konkreten Vorgehens soll prinzipiell den mit der künftigen Evaluation beauftragten Personen überlassen werden. Gewisse grundsätzliche Überlegungen zum Untersuchungskonzept sollen an dieser Stelle jedoch angebracht werden.

Die nachfolgenden Ausführungen fokussieren auf mögliche Vorgehensweisen zur Schließung der identifizierten Daten- und Informationslücken. Dabei gilt es insbesondere, die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen zu diskutieren. Auf die in Abschnitt 5.3 skizzierten Arbeitsschritte zur Beschaffung und Auswertung vorhandener Datenbestände und qualitativer Informationen wird hier nicht eingegangen.

6.1 Mögliche Adressaten von Befragungen

Tabelle 6-1 enthält eine Übersicht über die möglichen Adressaten von zusätzlichen bzw. ergänzenden Befragungen zur Schliessung von Informationslücken entlang der Fragestellungen.

Tabelle 6-1: Mögliche Adressaten von Befragungen

Nr.	Benötigte Informationen	Kantone	Leistungserbringer (Verbände)	Leistungserbringer (individuell)	Pflegebedürftige / private Haushalte	Pat., Senioren- und Altershilfeorg.
1	Aufgrund der neuen Pflegefinanzierung erfolgte Rechtssetzungsaktivitäten auf kantonaler Ebene; Erlasse, in denen die Pflegefinanzierung geregelt ist	(X)				
2	Materielle Regelung der Restfinanzierung auf kantonaler Ebene	(X)				
4	Materielle Regelung der Restfinanzierung ausserkantona- ler Pflegeleistungen	(X)				
5	Leistungs- / Administrativverträge mit Leistungserbringern auf kantonaler Ebene und Tarifordnungen (Stand)	(X)				
6	Regelung der Vergütung von Pflegekosten durch die EL und der Anspruchsberechtigung darauf	(X)				
7	Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen: Konzepte, Modelle, Verfahren, Datengrundlagen; Probleme für Leistungserbringer; Best Practice-Beispiele; Verwendetes Pflegebedarfserfassungssystem		(X)	X		
8	Gesamtbeurteilung Stand der Umsetzung	(X)	(X)			
9	Schwierigkeiten bei der Umsetzung	X	X			
13	a/b) Regelung der Patientenbeteiligung in den Kantonen	(X) ³	(X)			
	c) Von Pflegebedürftigen getragener Anteil der nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten	(X) ^{1,3}			X	X
14	Verlagerung zwischen Pflege- und anderen Leistungen		X	X		
15	Finanzielle Belastung der öffentlichen Hand aufgrund von Pflegebedarf: v.a. Sozialhilfe, Hilflosenentschädigung AHV	X ³				
16	Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen: Deckungslücken, Charakterisierung der Betroffenen, Umgang mit Deckungslücken (v.a. qualitative Informationen); Entwicklung der Anzahl sozialhilfebedürftiger Pflegebedürftiger (seit 2008); Vermögenssituation pflegebedürftiger Personen (Entwicklung seit 2008)	(X) ^{1,3}			X	X
17	Allgemeine Auswirkungen auf Leistungserbringer		X	X		
18	Auswirkungen auf Angebot an Pflegeleistungen (ambulant, stationär, Akut- und Übergangspflege)	X ²	X			

Nr.	Benötigte Informationen	Kantone	Leistungserbringer (Verbände)	Leistungserbringer (individuell)	Pflegebedürftige / private Haushalte	Pat-, Senioren- und Altershilfeorg.
19	a) Auswirkungen auf Inanspruchnahme an Pflegeleistungen (ambulant, stationär, Akut- und Übergangspflege): Veränderung der finanziellen Möglichkeiten Pflegebedürftiger	(X) ¹			X	X
	b) Durch Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöste Veränderung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch Pflegebedürftige				X	X
20	Relevante Faktoren beim Entscheid über die Versorgung: Abwägungen, Motive und Entscheidungsverhalten von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen bei Eintreten einer Pflegebedürftigkeit		(X)	X	X	X
21	Hinweise auf und Gründe für Fehlversorgung		X	X	X	X
22	Veränderungen der Rahmenbedingungen für Pflege, Einfluss der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Rahmenbedingungen		X	X	X	X
24	Nebeneffekte: Nicht angestrebte Auswirkungen der Regelungen von Bund und Kantonen	X	X	X	X	X
27	Anpassungsbedarf	X	X			X

Anmerkungen: (X) = Befragung als Alternative oder Ergänzung zu Desk Research und/oder Dokumentenanalyse; ¹ Sozialbehörde; ² Gesundheitsbehörde; ³ ev. Informationen auf kommunaler oder regionaler Ebene zu beschaffen (Sozialdienste)

Seitens der Kantone als Befragungsadressaten ist zu beachten, dass je nach Fragestellung bzw. benötigter Information unterschiedliche Stellen zu befragen sind. Informationen zum Versorgungsangebot und –geschehen sind tendenziell eher bei den Gesundheitsbehörden zu erfragen, während zumindest für einen Teil der Regelungs- und Finanzierungsfragen die Sozialbehörden zuständig sind. Möglicherweise sind gewisse Informationen, namentlich zur Sozialhilfe, zudem nicht bei kantonalen Behörden, sondern bei kommunalen Sozialdiensten zu erheben. Dies hätte einen entsprechend höheren Aufwand zur Folge.

Bezüglich der Leistungserbringer ist zu beachten, dass sowohl seitens der Pflegeheime als auch der Spitex-Organisationen verschiedene Verbände bestehen. Zum einen finden sich in beiden Bereichen spezifische Verbände der privaten bzw. profitorientierten Organisationen, zum anderen bestehen neben den nationalen Dachverbänden meist auch Kantonalverbände von Pflegeheimen und Spitex-Organisationen.

Bei pflegebedürftigen Personen bzw. privaten Haushalten als potenzielle Befragungsadressaten stellt sich die Herausforderung, dass diese nicht als Pflegebedürftige bekannt und nur teilweise organisiert sind. Sie lassen sich dadurch nicht ohne weiteres identifizieren. Soll

eine relativ grosse Zahl pflegebedürftiger Personen (oder Angehöriger von Pflegebedürftigen) befragt werden, sind zwei Rekrutierungsmechanismen denkbar, die jedoch beide mit gewissen Problemen und relativ hohem Aufwand verbunden sind:

- Zum einen besteht prinzipiell die Möglichkeit, die interessierenden Zielpersonen einer Befragung mittels eines so genannten Screenings zu identifizieren, wie es bei telefonischen Bevölkerungsbefragungen zum Einsatz gelangt. Dabei werden zufällig ausgewählte Haushalte kontaktiert und danach gefragt, ob im jeweiligen Haushalt eine pflegebedürftige Person lebt – oder ein/e Familienangehörige/r einer pflegebedürftigen Person, der/die über die Pflegesituation und die finanziellen Verhältnisse dieser Person Auskunft geben kann. Ein solches Screening Verfahren ist mit hohem Aufwand verbunden⁴⁹ und nimmt einen relativ grossen Anteil eines Befragungsbudgets in Anspruch. Da Personen im Heim nicht im Telefonbuch verzeichnet sind, sind die Kontaktmöglichkeiten zusätzlich eingeschränkt.
- Zum anderen wäre es denkbar, Kontaktangaben von pflegebedürftigen Personen über Leistungserbringer (Pflegeheime, Spitexorganisationen) oder über Patienten-, Senioren- oder Altershilfeorganisationen (vgl. unten) zu ermitteln. Dabei ist jedoch dem Daten- und Persönlichkeitsschutz Rechnung zu tragen (vgl. Sternath/Zweidler 2014), d.h. die betreffenden Personen müssten vorgängig ihr Einverständnis mit einer Datenweitergabe erklären. Ein solches Vorgehen ist mit hohem administrativem Aufwand und mit grosser Unsicherheit bezüglich der Auskunftsbereitschaft und der Repräsentativität der so generierten Befragungspopulation verbunden.

Eine mögliche Alternative zur Befragung einer repräsentativen Stichprobe von Pflegebedürftigen bilden Interviews mit bzw. Datenerhebungen bei ausgewählten Einzelpersonen im Sinne von Fallbeispielen. Diese Personen könnten beispielsweise über Aufrufe mittels Alters- oder Patientenorganisationen, Leistungserbringer oder spezifische Medien rekrutiert werden, was mit etwas geringerem Aufwand verbunden wäre als bei einer Bevölkerungsbefragung. Bei diesem Vorgehen bestehen weniger hohe methodische Anforderungen, allerdings kann die Repräsentativität nicht gewährleistet werden, was der Aussagekraft und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse Grenzen setzt. Die so gewonnenen Informationen hätten in erster Linie illustrierenden Charakter.

Anstelle einer direkten Befragung von pflegebedürftigen Personen oder deren Angehörigen besteht die Möglichkeit, einen Teil der interessierenden Informationen indirekt zu erheben, d.h. über die Auswertung von vorliegenden Datenbeständen (vgl. Abschnitt 5.2.1) oder über die Befragung von Fachpersonen, z.B. Vertreterinnen und Vertreter von Patienten-, Senioren- oder Altershilfeorganisationen.

⁴⁹ Gemäss Angaben des BFS (SOMED-Statistik und Spitex-Statistik) waren 2013 rund 146'000 Personen in Pflegeheimen beherbergt und beanspruchten rund 222'000 Personen KLV-Spitexleistungen (Doppelzahlungen möglich). Dies entspricht rund 10% (Pflegeheime) bzw. rund 15% (Spitex) der über 65jährigen ständigen Wohnbevölkerung. Die Ausschöpfungsquote eines Screenings ist demnach entsprechend tief anzusetzen.

Eine weitere Möglichkeit zur Ermittlung quantitativer Auswirkungen bilden Modellrechnungen auf der Grundlage der bekannten Finanzierungsparameter und Annahmen zur finanziellen und pflegerischen Situation verschiedener Haushaltstypen. Dieses Vorgehen erlaubt es jedoch nicht, qualitative Informationen wie z.B. zu den Abwägungen und Motiven von Pflegebedürftigen beim Entscheid über die Inanspruchnahme von Pflege oder zu nicht angestrebten Nebeneffekten der Neuordnung der Pflegefinanzierung zu erheben.

Mit Senioren- oder Altershilfeorganisationen sind Einrichtungen wie der Seniorenrat, Pro Senectute oder das Schweizerische Rote Kreuz gemeint, die sich u.a. der Beratung und Betreuung älterer Personen annehmen. Es ist davon auszugehen, dass diese Organisationen über ihre Tätigkeit Kenntnisse der Verhältnisse und Problemstellungen seitens der Pflegebedürftigen haben. Auch diese Organisationen sind sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene organisiert (vgl. Huegli/Krafft 2012). Ähnliches gilt für Patientenorganisationen. Zum einen bestehen in sechs Kantonen Patientenstellen, die in einem nationalen Dachverband zusammengeschlossen sind, zum anderen die nationale Stiftung SPO Patientenschutz mit acht regionalen Beratungsstellen (Kessler et al. 2010).

6.2 Mögliche Formen von Befragungen

Aus methodischer Sicht ist das konkrete Vorgehen zur Erhebung von nicht bereits vorhandenen quantitativen und/oder qualitativen Informationen abhängig vom gewählten Untersuchungsdesign und von der angestrebten Informationsbreite und –tiefe. Eine ebenso wichtige Rahmenbedingung stellt aber auch das Budget dar, das für die Evaluation zur Verfügung steht. Da zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Studie weder das Untersuchungsdesign noch das verfügbare Budget bekannt sind, können hier nur allgemeine Ausführungen zu möglichen Befragungsformen gemacht werden.

Tabelle 6-2 bietet eine Übersicht über die verschiedenen möglichen Optionen für Befragungen, die ergänzend zur Auswertung bestehender Datenbestände aus methodischer Sicht durchgeführt werden könnten, um die in Kapitel 4 skizzierten Evaluationsfragen zu bearbeiten.

Tabelle 6-2: Optionen für Befragungen zur Schliessung der identifizierten Informationslücken

Zielgruppen	Befragungsform	Beitrag zu Fragen
Kantonsbehörden (allenfalls auch Gemeindebehörden)	Schriftliche Befragung	1-6, 8, 9, 13, 15, 16, 18, 19a, 24, 27
	Expertengespräche	8, 9, 16, 18, 19a, 24, 27
Leistungserbringerverbände	Schriftliche Befragung	7, 8, 9, 13, 14, 17, 18, 19a, 22, 24, 27
	Expertengespräche	7, 8, 9, 14, 17, 18, 19a, 20-22, 24, 27
individuelle Leistungserbringer	Schriftliche Befragung	7, 9, 14, 17, 20-22, 24
	Expertengespräche	7, 9, 14, 17, 20-22, 24
Patienten-, Senioren- und Altershilfeorganisationen	Expertengespräche	16, 19-22, 24, 27
Pflegebedürftigen/Angehörige	Telefonische Befragung ¹	16, 19-22, 24
	Schriftliche Befragung ¹	16, 19-22, 24
	Persönliche Interviews ¹	16, 19-22, 24

¹ Vgl. hierzu die Ausführungen in Abschnitt 6.1

Diese Formen sind auf ihre Vor- und Nachteile hin zu beurteilen. Dabei gilt es darauf zu achten, dass die Befragungen einen möglichst grossen Informationsnutzen bzw. Erkenntnisgewinn generieren, dass die Zuverlässigkeit und Gültigkeit der gewonnenen Daten sichergestellt sind, aber auch dass der Befragungsaufwand sowohl für die Evaluierenden⁵⁰ als auch für die Befragten möglichst klein ausfällt (vgl. SEVAL-Standards D1 „Praktikable Verfahren“, D3 „Kostenwirksamkeit“ und G5 „Valide und reliable Informationen“; Widmer et al. 2000). Diese verschiedenen Ansprüche sind teilweise divergent und lassen sich kaum gleichzeitig erfüllen, d.h. es werden jeweils Abwägungen und Kompromisse zwischen den einzelnen Kriterien nötig sein.

Bei der Ausgestaltung einer Befragung können prinzipiell die nachfolgenden Parameter variiert werden. Deren unterschiedlichen Ausprägungen haben jeweils einen Einfluss auf den Informationsnutzen, die Validität und die Reliabilität sowie auf die Kosten der Befragung.

⁵⁰ Der Aufwand für die Durchführung einer einzelnen Befragung mit ihren verschiedenen Arbeitsschritten (Ausarbeitung des Fragebogens, Auswahl und Identifikation der Befragten (Stichprobenziehung anhand einer Grundgesamtheit, Beschaffung der Kontaktangaben), Durchführung, Reminding, Informationsüberprüfung und Datenauswertung) ist abhängig von der Form der Befragung, von der Anzahl und Form der Fragen sowie vom Umfang der Antworten (zu verarbeitende Datenmenge).

- Umfang der Befragten (Vollerhebung oder Stichprobe aus einer Grundgesamtheit)
- Anzahl der Befragten
- Informationstiefe/Befragungsumfang: Anzahl und Detaillierungsgrad der Fragen
- Form der Fragen: geschlossen (standardisiert) vs. offen
- Art der Durchführung: schriftlich (Papier oder online) vs. mündlich (telefonisch, persönliche Interviews)

Im Sinne einer allgemeinen Diskussion von Vor- und Nachteilen verschiedener Befragungsformen zeigen Tabelle 6-3 und Tabelle 6-4 auf, inwiefern sich die verschiedenen Ausprägungen der einzelnen Parameter auf die Qualität der Befragungsergebnisse⁵¹ und auf den Aufwand einer Befragung auswirken. Innerhalb jedes Parameters werden jeweils die grundsätzlichen Ausprägungen miteinander verglichen. In der Regel sind der Einfluss bzw. die Vor- und Nachteile nicht allgemeingültig und eindeutig, da die Beurteilungskriterien von verschiedenen Faktoren abhängig sind.

Tabelle 6-3: Einfluss der Parameter von Befragungen auf die Ergebnisqualität

Parameter	Ausprägungen	Informationsnutzen	Repräsentativität
Umfang der Befragten	Vollerhebung	Hoch	Hoch
	Gezielte oder repräsentative Stichprobe	Abhängig von Stichprobe und Zweck der Befragung sowie vom Rücklauf	Abhängig von Stichprobe und Zweck der Befragung sowie vom Rücklauf
Anzahl der Befragten	Hoch	Abhängig von Auswahl der Befragten, bei grösserer Zahl eher höher	Abhängig von Auswahl der Befragten, bei grösserer Zahl eher höher
	Tief		
Informationstiefe / Anzahl Fragen	Hoch	Abhängig vom Erkenntnisinteresse und Zweck der Befragung, nimmt mit Informationstiefe tendenziell zu	Indifferent
	Tief		
Frageform	Geschlossen	Abhängig von Präzision der Antwortkategorien	Indifferent
	Offen	Tendenziell höher, aber abhängig vom Gehalt der Antworten	
Art der Durchführung	Schriftlich/online	Abhängig von Präzision der Fragen und vom Gehalt der Antworten	Indifferent
	Mündlich		

⁵¹ Reliabilität und Validität sind vor allem abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Befragungsinstrumente, Fragen und Antwortkategorien. Diese Parameter von Befragungen beziehen sich auf eine andere Ebene als die hier betrachteten. Deshalb wird in Tabelle 6-3 das Kriterium der Repräsentativität beurteilt.

Tabelle 6-4: Einfluss der Parameter von Befragungen auf den Aufwand

Parameter	Ausprägungen	Aufwand für Befragte	Befragungsaufwand bzw. Kosten
Umfang der Befragten	Vollerhebung	Indifferent	Höherer Aufwand für Reminding und Auswertung
	Gezielte oder repräsentative Stichprobe		Grösserer Aufwand für Stichprobenziehung
Anzahl der Befragten	Hoch	Indifferent	Aufwand für Reminding und Auswertung nimmt mit Anzahl der Befragten zu
	Tief		
Informationstiefe/ Anzahl Fragen	Hoch	Aufwand nimmt mit angestrebter Informationstiefe zu	Aufwand für Ausarbeitung und Auswertung der Befragung nimmt mit angestrebter Informationstiefe zu
	Tief		
Frageform	Geschlossen	Abhängig von Präzision der Antwortkategorien, tendenziell geringer	Aufwand für Ausarbeitung der Befragung höher, für Auswertung tiefer
	Offen	Tendenziell höher	Aufwand für Ausarbeitung der Befragung tiefer, für Auswertung höher
Art der Durchführung	Schriftlich/online	Abhängig von Anzahl und Komplexität der Fragen sowie Bedarf an Informationsbeschaffung	Aufwand für Ausarbeitung der Befragung höher, für Durchführung und Auswertung tiefer
	Mündlich	Abhängig von Dauer der Befragung	Aufwand für Ausarbeitung der Befragung tiefer, für Durchführung und Auswertung höher

Während die ersten drei Parameter (Befragungsumfang, Anzahl Befragte, Informationstiefe/Anzahl Fragen) vor allem vom Erkenntnisinteresse und vom angestrebten Untersuchungsdesign abhängig sind, ergeben sich die letzten beiden Parameter (Frageform, Art der Durchführung) insbesondere aus der Art der zu erhebenden Information. Die Anzahl, Grösse, Heterogenität und Erreichbarkeit der zu befragenden Zielgruppe beeinflusst alle Parameter. All diese Faktoren können kurz anhand des hier betreffenden Falls der Neuordnung der Pflegefinanzierung diskutiert werden.

Das **Untersuchungsdesign** der vorzunehmenden Evaluation ist noch nicht festgelegt. Das **Erkenntnisinteresse** ergibt sich aus dem Fragekatalog (Kapitel 4), wobei die angestrebte Informationstiefe für einzelne Fragen noch nicht eindeutig festgelegt und noch zu konkretisieren ist. Aufgrund der kantonal unterschiedlichen Regelung der Restfinanzierung drängt sich jedoch neben einer gesamtschweizerischen Betrachtung sicherlich auch eine vergleichende Betrachtung der kantonalen Ebene auf. Ob die Umsetzung und die Auswir-

kungen für sämtliche 26 Kantone oder für eine wie auch immer getroffene Auswahl davon untersucht werden sollen, ist noch zu definieren.

Die **Art der** in Tabelle 6-1 aufgeführten **Informationen**, die über zusätzliche bzw. ergänzende Befragungen zur Schliessung von Informationslücken gewonnen werden können, ist vorwiegend als qualitativ zu charakterisieren. Während gewisse beschreibende Informationen, v.a. Fakten zu Regelungen oder zur Umsetzungspraxis oder skalierte Einschätzungen, durchaus über standardisierte schriftliche Befragungen erhoben werden können, sind Expertengespräche besser geeignet, um komplexere Informationen über Wirkungsmechanismen, qualitative Veränderungen und qualitative Einschätzungen zu erheben.

Die **potenziellen Zielgruppen** der möglichen Befragungen zur Schliessung der in Abschnitt 5.4 skizzierten Informationslücken sind zahlreich und heterogen:

- 26 Kantone mit jeweils mehreren zuständigen Verwaltungseinheiten;
- Eine unklare Anzahl Gemeinden;
- 1580 Alters- und Pflegeheime, 1566 Anbieter von Pflege zu Hause⁵²;
- Diverse Verbände von Leistungserbringern auf Bundes- und Kantonsebene;
- Diverse Patienten-, Senioren- und Altershilfeorganisationen auf Bundes- und Kantonsebene;
- Rund 146'000 in Pflegeheimen beherbergte Personen und rund 222'000 Klientinnen und Klienten von KLV-Spitexleistungen (Doppelzählungen möglich).⁵³ Die Zahl pflegebedürftiger Personen, die keine Pflegeleistungen im Heim oder zu Hause beanspruchen (Leistungsverzicht), ist nicht bekannt.

Angesichts dieser Dimensionen ist naheliegend, dass Vollerhebungen höchstens auf der Ebene der Kantone und der nationalen Dachverbände möglich sein werden und aus den übrigen Zielgruppen (Gemeinden, Leistungserbringer, Verbände auf kantonaler Ebene, Pflegebedürftige) lediglich eine Auswahl befragt werden kann. Diese Auswahl kann zufalls-gesteuert oder anhand spezifischer Kriterien erfolgen. Die Anforderungen an die Auswahl sollte jedoch in jedem Fall aus dem Evaluationszweck abgeleitet werden, nicht aufgrund statistischer Kriterien (Beywl et al. 2008: 40). Aus diesem Grund erscheinen zur Vertiefung einzelner Fragen vergleichende Fallstudien zu mehreren Kantonen mit unterschiedlichen Regimes der Restfinanzierung sinnvoll. Innerhalb dieser Fallstudien können wiederum verschiedene Befragungsformen zum Tragen kommen.

Auf der Ebene der Pflegebedürftigen bzw. der privaten Haushalte bestehen die grössten Informationslücken, gleichzeitig ist aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen (grosse Anzahl, tiefer Organisationsgrad, Identifikationsmöglichkeit und Erreichbarkeit eingeschränkt; vgl. Abschnitt 6.1) jedoch auch der Aufwand einer Befragung sehr hoch. Mögli-

⁵² Gemäss SOMED- und Spitex-Statistik 2013 des BFS (provisorische Zahlen).

⁵³ Gemäss SOMED- und Spitex-Statistik 2013 des BFS (provisorische Zahlen).

che Vorgehensweisen einer Befragung, Alternativen dazu und die damit verbundenen Vor- und Nachteile sind in Abschnitt 6.1 skizziert.

Dokumente und Literatur

- BAG (1997). Leitfaden zur Planung von Projekt- und Programmevaluation. Bern: BAG.
- BAG (2009). Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV). Vorgesehene Änderungen per 1. August 2009 (andere Änderungen) und 1. Juli 2010 (Pflegefinanzierung). Änderungen und Kommentar im Wortlaut.
- BAG (2011a). SGK-N 10-09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Bericht vom 26. April 2011. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen.
- BAG (2011b). SGK-S 10.09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 28. Juli 2011. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen – Ergänzende Fragen.
- BAG (2012). SGK-N 10-09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 13. August 2012. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen.
- BAG (2013). SGK-N 10-09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 3. Oktober 2013. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen.
- BAG (2014). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012. Bern: BAG.
- Beywl, Wolfgang et al. (2008). Evaluation Schritt für Schritt: Planung von Evaluationen. 2. Auflage. Heidelberg: hiba.
- Bundesrat (2005). Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, BBl 2005 2033-2094
- Camenzind, Paul (2008). Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen. Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und gesundheitsstatistischen Literatur – mit besonderem Fokus auf die Schweiz. Obsan-Arbeitsdokument 30. Neuchâtel: Obsan.
- Crivelli, Luca; Filippini, Massimo und Lunati, Diego (2001). Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz. Quaderno N. 01-06. Lugano: Facoltà di Scienze economiche.
- Curaviva (2013). Neuregelung der Pflegefinanzierung nach Kanton. Online: <http://www.curaviva.ch/files/1KS0GF9/Neuregelung-der-Pflegefinanzierung-nach-Kanton-Stand-2014.pdf> [Stand: 23.12.2014]
- GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; 2009). Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefi-

- finanzierung. (47.61 vom 22.10.2009). Online: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Umsetzung_200910-d.pdf [Stand: 21.10.2014].
- Gmür, Rahel und Rüfenacht, Marcel (2010). „Spitex“, in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2010-2013. Eine aktuelle Übersicht. Bern: Verlag Hans Huber; 391-401.
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy und Zumbrunn, Andrea (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Huegli, Eveline und Krafft, Maud (2012). Subventionierte Altershilfe nach Art. 101^{bis} AHVG und kantonale Alterspolitiken. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/12. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Kessler, Margrit; Kocher, Gerhard und Ziltener, Erika (2010). „Patientinnen- und Patientenvertretungen“, in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2010-2013. Eine aktuelle Übersicht. Bern: Verlag Hans Huber; 251-259.
- Klöti, Ulrich und Widmer, Thomas (1997). „Untersuchungsdesigns“, in Bussmann, Werner; Klöti, Ulrich und Knoepfel, Peter (Hrsg.). Einführung in die Politikevaluation. Basel/Frankfurt a.M.: Helbing & Lichtenhahn; 185-213.
- Landolt, Hardy (2014). „Erste Erfahrungen mit der neuen Pflegefinanzierung“, in Kieser, Ueli und Lendfers, Miriam (Hrsg.). Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2014. Zürich: Dike; 187-212.
- Mösle, Hansueli (2010). „Pflegeheime und Pflegeabteilungen“, in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2010-2013. Eine aktuelle Übersicht. Bern: Verlag Hans Huber; 281-294.
- Preisüberwachung (2011). Probleme bei neuer Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Handlungsbedarf. Bern: Preisüberwachung. Online: <http://www.preisueberwacher.admin.ch/themen/00008/00012/index.html?lang=de> [Stand: 5.1.2014]
- Preisüberwachung (2013). Jahresbericht 2012, in Recht und Politik des Wettbewerbs 2012/5; 893-927.
- Preisüberwachung (2014). Jahresbericht 2013, in Recht und Politik des Wettbewerbs 2012/5; 877-912.
- Riemer-Kafka, Gabriela (2013). „Finanzierung der Langzeitpflege“, Präsentation am Zweiten Luzerner Kongress Gesellschaftspolitik „Pflegnotstand Schweiz?“, 3. Dezember 2013. Online: http://www.luzerner-forum.ch/presentation_akt_stand_riemer-kafkag.pdf [Stand: 24.12.2014]

- Sager, Fritz und Rüefli, Christian (2005). „Die Evaluation öffentlicher Politiken mit föderalistischen Vollzugsarrangements. Eine konzeptionelle Erweiterung des Stufenmodells und eine praktische Anwendung“, in Swiss Political Science Review 11(2); 101-129.
- Spitex Verband Schweiz (2012). Pflegefinanzierung in den Kantonen - Ambulante Pflege. Stand Mai 2012. Online: http://www.spitex.ch/Fuer-Fachleute/Politik/Pflegefinanzierung/PoC3H/?id=538CA893-9EE8-CA08-D8D96729E7AFAC23&method=article.detail&p=1&c=&ref_c=&m=
[Stand: 29.9.2014]
- Sternath, Bruno und Zweidler, Reinhard (2014). „Einsatz von Video in der Evaluation – rechtlicher Rahmen, Datenschutz, Datensicherheit, SEVAL-Standards“, in LeGes - Gesetzgebung und Evaluation 2014/2; 199-214.
- Widmer, Thomas und Binder, Hans-Martin (1997). „Forschungsmethoden“, in Bussmann, Werner; Klöti, Ulrich und Knoepfel, Peter (Hrsg.). Einführung in die Politikevaluation. Basel/Frankfurt a.M.: Helbing & Lichtenhahn; 214-255.
- Widmer, Thomas; Landert, Charles und Bachmann, Nicole (2000). Evaluations-Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Online: <http://www.seval.ch/de/standards/index.cfm>

Anhang: Parlamentarische Vorstösse zur Pflegefinanzierung

Form	UrheberIn	Nummer	Titel
Po.	Heim	10.3031	Pflegefinanzierung – Schutz der HeimbewohnerInnen
Ip.	Egger-Wyss	10.3147	Umgehung des Tarifschutzes durch Zuschläge privater Spitex-Organisationen
Mo.	Humbel	10.3271	Gesetzeskonforme Umsetzung der Pflegefinanzierung
Ip.	Bortoluzzi	10.3550	Pflegefinanzierung. Mangelnde Vergleichbarkeit der verschiedenen Leistungserfassungssysteme
Mo.	Joder	10.3770	Gegen eine diskriminierende Umsetzung der Pflegefinanzierung
Ip.	Steiert	11.3243	Ungleich lange Spiesse in der ambulanten Pflege?
Ip.	Schenker	11.3252	Neue Pflegefinanzierung. Benachteiligung von Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden
Ip.	Leutenegger Oberholzer	11.3337	Pflegefinanzierung. Massive Mehrbelastung betreuungsbedürftiger Personen in einzelnen Kantonen
Ip.	Weber-Gobet	11.3447	Probleme bei der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung
A	Weber-Gobet	11.5070	Korrekte Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in den Kantonen
A	Feri	12.1052	Heimaufenthalte in Pflegeinstitutionen führen zu Sozialhilfeabhängigkeit
A	Humbel	12.1091	Verzögerung bei der Abstimmung der Pflege-Einstufungssysteme
Ip.	Gysi	12.3549	Pflegefinanzierung. Doch wieder Fälle von Sozialhilfebedürftigkeit
Po.	Heim	12.4051	Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte
Po.	Heim	12.4053	Harmonisierung der Erfassung des Pflegebedarfs
Po.	Bruderer	12.4099	Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalte analog ELG
Po.	Leutenegger Oberholzer	12.4181	Niederlassungsfreiheit auch im Alter
Mo.	Schneeberger	12.4272	Für Rechtssicherheit bei der Pflege zu Hause
Mo.	Humbel	13.4217	Einheitliches Leistungserfassungssystem für die Pflege
Kt. Iv.	Thurgau	14.317	Ergänzung von Artikel 25a KVG betreffend die Pflegefinanzierung
Pa. Iv.	Egerszegi-Obrist	14.417	Nachbesserung der Pflegefinanzierung
Ip.	Joder	14.3637	Stärkung der ambulanten Pflege. Ambulant vor stationär
Ip.	Joder	14.3638	Stärkung der ambulanten Pflege. Restfinanzierung
Mo.	Joder	14.3639	Verbesserung der Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause
Pa. Iv.	Humbel	14.448	Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege
Ip.	Heim	14.3788	Spitex-Organisationen stärken

Quelle: www.parlament.ch, Geschäftsdatenbank Curia Vista

A = Anfrage; Ip. = Interpellation; Kt. Iv. = Standesinitiative; Mo. = Motion; Pa. Iv. = Parlamentarische Initiative; Po. = Postulat