



Lucerne University of
Applied Sciences and Arts

**HOCHSCHULE
LUZERN**

Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung

Schlussbericht

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG



Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung –Schlussbericht

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG

Vertragsnummer: 19.023172 / 721.2-1

Autoren: Dr. Beatrice Mäder
Dr. Harry Telser
Dr. Matthias Wächter
Patrick Zenhäusern

Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	9
L'essentiel en bref	12
1 Ausgangslage und Vorgehen	16
2 Kosten der Leistungserbringer	19
2.1 Abgrenzung Pflegeleistungen.....	19
2.2 Kostentransparenz	25
2.2.1 Kostentransparenz in der Pflege im ambulanten Bereich.....	27
2.2.2 Kostentransparenz im Bereich der Pflege in Pflegeheimen.....	34
3 Finanzierungsanteile nach Finanzierungsregimes	41
3.1 Grundlagen zur Ermittlung der Finanzierungsanteile.....	41
3.2 Berechnungsansätze zur Abschätzung der heutigen Finanzierungsanteile.....	45
3.2.1 Berechnung der Finanzierungsanteile auf Basis der Leistungserbringerstatistiken.....	45
3.2.2 Infras-Studie (2019) zur Abschätzung der heutigen Finanzierungsanteile..	48
3.3 Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung.....	50
4 Vergütungsmodell und Tarife.....	52
4.1 Ausgestaltungsmöglichkeiten.....	52
4.1.1 Zugelassene Leistungserbringer und abrechenbare Leistungen	52
4.1.2 Abrechnungstarif	53
4.1.3 Tarifentwicklung	55
4.2 Heutige Ausgestaltung.....	56
4.2.1 Zugelassene Leistungserbringer und abrechenbare Leistungen	56
4.2.2 Abrechnungstarif	57
4.2.3 Tarifentwicklung	62
4.2.4 Anreizwirkung heutige Regelung	62
4.3 Fazit.....	65
5 Umsetzungsszenarien.....	67
5.1 Grundlagen für die Steigerung der Datenqualität und Kostentransparenz	67
5.1.1 Schlüsselemente einer erhöhten Kostentransparenz und verbesserten Datenqualität.....	67
5.1.2 Priorisierung der Umsetzungsschritte.....	71
5.2 Festlegung der Finanzierungsanteile	73

5.2.1	Festlegung der Finanzierunganteile bei Integration der Pflege in EFAS	73
5.2.2	Anpassung der Beiträge der Krankenversicherer an die Pflege im heutigen Regime.....	76
5.3	Vergütungsmodell	76
5.3.1	Zugelassene Leistungserbringer und abrechenbare Leistungen	77
5.3.2	Szenario 1: Beibehaltung Beitragsstruktur mit vollständiger Kostenrückerstattung	79
5.3.3	Szenario 2: Beibehaltung Beitragsstruktur mit Normkosten mit effizientem Benchmark.....	81
5.3.4	Szenario 3: Explorative Anpassung Beitragsstruktur	85
5.4	Fazit.....	86
6	Literaturverzeichnis.....	89
7	Anhang	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Interdependenz Kostentransparenz und Vergütungsmodell.....	17
Abbildung 2	Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege im Vergleich (2015)	27
Abbildung 3	Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege nach Spitexorganisation (2015).....	28
Abbildung 4	Vergleich der Kostenstrukturen zwischen Behandlungspflege Grundversorgung und Behandlungspflege spezialisierte Palliative Care	29
Abbildung 5	Ausgestaltungsmöglichkeiten Vergütungsmechanismus	54
Abbildung 6	Überblick Vergütung Pflegeleistungen (ambulanter und stationärer Bereich) .	58
Abbildung 7	Ausgestaltung Patientenbeteiligung ambulante Pflegeleistungen KLV C	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Für EFAS relevante Finanzierungsregimes von KVG-Leistungen.....	42
Tabelle 2:	Vereinheitlichte Datenstruktur der Finanzdaten	46
Tabelle 3	Beiträge der verschiedenen Finanzierungsträger 2016 laut Infrac-Studie.....	49
Tabelle 4	Ausgestaltung der Restfinanzierung in den Kantonen (Stand Herbst 2016).....	60
Tabelle 5	Überblick Vergütung Pflegeleistungen	66
Tabelle 6	Überblick Vor- und Nachteile Szenarien Vergütung	87
Tabelle 7	Anzahl Spitexorganisationen nach Grössenklassen und Organisationsform	91

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AÜP	Akut- und Übergangspflege
ASPS	Association Spitex privée Suisse – Verband der privaten Spitex-Organisationen
BAB	Betriebsabrechnungsbogen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohner/-innen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem
BFS	Bundesamt für Statistik
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
Curafutura	Verband Schweizer Krankenversicherer
Curaviva	Verband Heime und Institutionen Schweiz
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
ERP	Enterprise-Resource-Planning
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
H+	Verband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
HSLU	Hochschule Luzern
IV	Invalidenversicherung
KGL	Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
KLV A	Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination
KLV B	Massnahmen der Untersuchung und Behandlung
KLV C	Massnahmen der Grundpflege

KORE	Kostenrechnung
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
LZP	Langzeitpflege
MV	Militärversicherung
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
RAI-HC	Resident Assessment Instrument Home Care (gesamtschweizerisches einheitliches Bedarfsabklärungsinstrument für die Spitex)
RAI/RUG	Resident Assessment Instrument/Resource Utilization Groups
santésuisse	Verband Schweizer Krankenversicherer
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Senesuisse	Verband Privater Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SSV	Schweizerischer Städteverband
SwissDRG	Tarifsystem Swiss Diagnosis Related Groups
tacs	Leistungserfassungssystem in der Pflege
ToNs	Tages- und Nachtstrukturen
UV	Unfallversicherung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
ZSR	Zahlstellenregister zur Abrechnung mit den Krankenversicherern

Alle im vorliegenden Dokument verwendeten Personenbezeichnungen gelten sinngemäss für beide Geschlechter.

Das Wichtigste in Kürze

Ausgangslage

Derzeit wird im Parlament die Einführung einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) diskutiert. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern Pflegeleistungen ebenfalls in EFAS integriert werden sollen. Gleichzeitig verlangt ein Postulat aufzuzeigen, wie die Kostensteigerungen bei den Pflegeleistungen gleichermaßen durch alle Finanzierungsträger mitfinanziert werden können. Für beide Vorhaben müssen teilweise die gleichen Grundlagen erarbeitet werden. Benötigt werden insbesondere:

- Ein Konzept zur Herstellung von Transparenz über die Kosten der Pflegeleistungen in Abgrenzung der Betreuungsleistungen.
- Ein Konzept zur Erarbeitung eines einheitlichen Vergütungsmodells unter Einbezug der zukünftigen Ausgestaltung der Patientenbeteiligung.
- Ein Konzept zur Bestimmung der Finanzierungsanteile von Krankenversicherern, Kantonen und Gemeinden sowie der Patienten.

Die vorliegende Konzeptstudie gibt im ersten Teil einen Überblick über bereits vorhandene Informationen und zeigt auf, wo Lücken bestehen bzw. welche Grundlagen zur Integration der Pflegeleistungen in EFAS erst noch geschaffen werden müssen. Im zweiten Teil werden Umsetzungsvorschläge für die drei Konzepte skizziert.

Fehlende Abgrenzung Pflege- und Betreuungsleistungen auf Ebene der Kostenrechnung

Es zeigt sich, dass die heute fehlende Kostentransparenz nicht auf eine unklare Definition von Pflege- und Betreuungsleistungen zurückgeht. Sowohl die gesetzlichen Grundlagen wie auch die erarbeiteten Tätigkeitslisten bei der Pflege im ambulanten und stationären Bereich tragen zu einer klaren Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei. Das Problem der Abgrenzung liegt vielmehr auf der Ebene der Kostenrechnung und Datenqualität. Es fehlt an schweizweit einheitlichen Vorgaben zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen. Zentrales Thema sind dabei die Validierung der unterschiedlichen Verteil- und Umlageschlüssel für die Zuteilung des direkten Personalaufwands, der indirekten Leistungen sowie der Betriebs- und Infrastrukturkosten auf den Kostenträger Pflege. Bei den Pflegeheimen fällt zusätzlich die weitgehend fehlende Arbeitszeiterfassung ins Gewicht. Gleichzeitig fehlt es an Validierungsroutinen zur Verbesserung der Datenqualität. Im Bereich der ambulanten Pflege beruhen die heute verwendeten Kostenrechnungsmodelle auf zu hoch aggregierten Daten und zu wenig ausdifferenzierten Umlagen, so dass die Verteilung der nicht verrechenbaren Kosten auf die Kostenträger Pflege und weitere Leistungen zu ungenau ist. Zugleich werden wichtige Primärdaten uneinheitlich erfasst.

Heute einzig approximative Ermittlung der Finanzierungsanteile möglich

Zur Berechnung der Finanzierungsanteile stehen aktuell einzig die konsolidierten Leistungserbringerstatistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS) zur Verfügung. Damit diese verwendet werden können, muss ihre Struktur einerseits die benötigten Daten abbilden. Andererseits müssen die Daten von hoher Qualität sein, damit sie die tatsächlichen Gegebenheiten wiedergeben. Ersteres ist in Bezug auf die Erträge für die Pflegeheime und Spitexorganisationen erfüllt, hingegen werden in der Spitex-Statistik die Angaben zu den Kosten noch nicht in der notwendigen Auflösung abgebildet. Letzteres ist eng mit der Qualität der Kostenrechnung verbunden und bedingt eine korrekte Abgrenzung der Pflegekosten sowie eine einheitliche Datenerfassung durch die

Leistungserbringer. Beides ist heute nicht erfüllt. Die Finanzierungsanteile von Krankenversicherern, Kantonen und Gemeinden sowie der Patienten können auf Basis der heutigen Datenlage nur näherungsweise berechnet werden.

Vergütungsmodell umfasst drei Elemente

Jedes Vergütungsmodell muss bestimmen, welche Leistungserbringer zu welchem Preis was für Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen. Idealerweise gibt es zudem bereits einen Rahmen für zukünftige Tarifverhandlungen und eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur.

Für die Zulassung der Leistungserbringer sind heute die Kantone verantwortlich, die zu vergütenden Pflegeleistungen werden abschliessend in einer Positivliste festgehalten. Der Abrechnungstarif unterscheidet sich im ambulanten (Zeittarif) und stationären (Pauschale pro Pflegebedarfsstufe) Bereich, gemein ist aber der fix festgelegte Beitrag der Krankenversicherer und der Maximalbeitrag der Patienten sowie die Restfinanzierung (Norm- oder Vollkostenabgeltung) durch die Kantone bzw. ihre Gemeinden. Ein Rahmen für Tarifverhandlungen und eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur fehlt.

Bei der Einführung einer national einheitlichen Vergütung von Pflegeleistungen muss neben einer Vereinheitlichung des Abrechnungstarifs auch bestimmt werden, wer zukünftig wie festlegt, welche Leistungserbringer über die OKP abrechnen dürfen. Zudem ist es vorteilhaft, bereits bei der Einführung die Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur und der Tariffhöhe vorzugeben, damit eine Anpassung an sich ändernde Gegebenheiten leicht möglich ist. Berücksichtigt werden muss zudem, welche Anreizwirkungen von der Vergütung ausgehen. Dabei muss insbesondere eine Abwägung zwischen den Anreizen für eine effiziente Leistungserbringung (Power) und für eine patientengerechte Pflege (Fit) getroffen werden.

Massnahmen zur Schaffung von Kostentransparenz

Die Schaffung von Transparenz über die Kosten der Pflege ist mit verschiedenen Arbeitsschritten verbunden. Unmittelbar notwendig sind

- eine Überprüfung und allfällige Anpassung der Kostenrechnungsmodelle inklusive der Vorgabe eines schweizweit einheitlichen Kostenrechnungsmodells,
- der Aufbau eines Benchmarksystems zur Datenvalidierung,
- die Förderung der Verwendung von Kennzahlen als Führungsinstrumente im Betriebsalltag,
- der Erlass von Bestimmungen ähnlich derjenigen der VKL auch für Spitexorganisationen und selbstständige Pflegefachpersonen.

Längerfristig braucht es zudem eine Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme sowie die Einbindung von Qualitätsindikatoren und Unterschieden in der Versorgungsstruktur.

Für die unmittelbaren Massnahmen rechnen wir mit einem Umsetzungszeitraum von vier bis fünf Jahren. Die längerfristigen Massnahmen dürften weitere fünf Jahre in Anspruch nehmen.

Festlegung der Finanzierungsanteile und Ausgestaltung der Patientenbeteiligung

Für die Ermittlung der Finanzierungsanteile sehen wir zwei Varianten. Einerseits kann auf Basis der heute verfügbaren Daten eine grobe Abschätzung der Finanzierungsanteile vorgenommen werden. Andererseits ist es auch möglich, mit der Festlegung der Finanzierungsanteile zu warten, bis bei der Kostentransparenz ein bestimmter Standard erreicht wird. Entschieden werden muss

zudem, ob ein einziges Jahr oder der Durchschnitt über mehrere Jahre für die Bestimmung der Anteile relevant sein soll. Bei der zweiten Variante würde sich der Zeitpunkt der Integration in EFAS entsprechend in die Zukunft verschieben.

Bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung sehen wir ebenfalls zwei Varianten: Die Beibehaltung einer Patientenbeteiligung für die Pflegeleistungen zusätzlich zu Selbstbehalt und Franchise einerseits oder eine Integration in den Selbstbehalt und die Franchise andererseits. Bei letzterem wäre eine kostenneutrale Überführung der Finanzierungsanteile von Kantonen/Gemeinden und Krankenversicherern nicht möglich. Bei ersterem ist denkbar, dass es den Kantonen freisteht, die Patientenbeteiligung zu subventionieren.

Drei Varianten für eine einheitliche Tarifierung

Bei der Abgeltung der Pflegeleistungen sehen wir drei Szenarien:

1. eine Beibehaltung der aktuellen Beitragsstruktur mit vollständiger Kostenrückerstattung,
2. eine Beibehaltung der aktuellen Beitragsstruktur mit effizientem Benchmark und
3. eine explorative Anpassung der Beitragsstruktur.

Das erste Szenario hat den Vorteil, dass es einen hohen Anreiz für eine patientengerechte Pflege (Fit) setzt und mit einem geringen Datenbedarf verbunden ist. Hingegen besteht ein geringer Anreiz für eine effiziente Leistungserbringung bzw. ein solcher müsste über ergänzende regulatorische Vorgaben gesetzt werden. Demgegenüber hat das zweite Szenario den Vorteil, dass es einen hohen Anreiz setzt, die Leistungen effizient zu erbringen (Power). Gleichzeitig besteht aber zumindest in den Pflegeheimen ein Anreiz zur Selektion von «rentablen» Patienten, und die Umsetzungskosten sind vergleichsweise hoch. Das Benchmarking könnte mit einer Auswahl an Leistungserbringern, welche bereits über eine hohe Datenqualität verfügen, aufgebaut und sukzessive erweitert werden. Insbesondere zu Beginn muss es als lernendes System angelegt und fortlaufend revidiert werden. Wir sehen einen Entwicklungszeitraum von mindestens fünf Jahren.

Das letzte Szenario einer explorativen Anpassung der Beitragsstruktur hat den grossen Vorteil, dass allenfalls eine Struktur gefunden werden kann, die ein besseres Verhältnis zwischen dem Anreiz zur effizienten Leistungserbringung und dem Anreiz für eine patientengerechte Pflege schaffen kann. Das Szenario ist aber von allen dreien mit dem höchsten Datenbedarf und längsten Umsetzungszeitraum von schätzungsweise 10 Jahren verbunden. Zudem ist unklar, ob eine bessere Beitragsstruktur gefunden werden kann. Denkbar ist bei diesem Szenario, dass es mit dem Szenario 1 kombiniert wird. In diesem Fall würde – um eine möglichst schnelle Integration der Pflege in EFAS zu erlauben – in einer ersten Phase eine Vergütung der Vollkosten erfolgen (Szenario 1). In einer zweiten Phase würde die Vergütung dann auf der neu ausgearbeiteten Beitragsstruktur basieren.

Schaffung eines Steuerungsgremiums für die Integration der Pflege in EFAS

Wir empfehlen für die Umsetzung der Integration der Pflege in EFAS ein Steuerungsgremium zu schaffen, in welchem alle relevanten Interessensgruppen vertreten sind. Sowohl zur Schaffung von Kostentransparenz, der Berechnung der Finanzierungsanteile sowie der Entwicklung einer einheitlichen Tarifstruktur ist aus unserer Sicht eine zentrale Zusammenarbeit aller Beteiligten nötig. Innerhalb des Steuerungsgremiums könnten zu jedem der drei Themenbereiche eine Arbeitsgruppe gebildet werden, welche für die Umsetzung der oben erläuterten Massnahmen verantwortlich ist. Zu diesem Zweck kann sie einerseits Aufträge vergeben, andererseits lohnt sich für gewisse Aufgaben allenfalls auch die Beschäftigung eigener Mitarbeiter.

L'essentiel en bref

Cadre général

Le Parlement débat actuellement de la mise en place d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (*einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen*, EFAS). Dans ce contexte, la question se pose de savoir dans quelle mesure les prestations de soins devraient y être incluses. En parallèle, un postulat demande de démontrer comment l'augmentation des coûts des prestations de soins pourrait être financée à parts égales par tous les agents payeurs. Ces deux objets nécessitent l'élaboration de bases en partie identiques, notamment :

- d'un concept pour créer plus de transparence en matière de coûts des prestations de soins, considérées séparément des prestations d'assistance ;
- d'un concept pour élaborer un modèle uniforme de rémunération qui tienne compte de la forme future de la participation des patients ;
- d'un concept pour calculer les parts de financement respectives des assureurs-maladie, des cantons et des communes ainsi que des patients.

La première partie de la présente étude conceptuelle offre une vue d'ensemble des informations déjà disponibles et indique où des lacunes subsistent et quelles bases restent à créer pour intégrer les prestations de soins dans le financement uniforme. La deuxième partie esquisse quelques propositions en vue de réaliser les trois concepts précités.

Absence de délimitation entre prestations de soins et prestations d'assistance sur le plan comptable

Il s'avère que le manque actuel de transparence en matière de coûts n'est pas dû à un manque de clarté dans la définition des prestations de soins et d'assistance. Tant les bases légales que les listes d'activités établies pour les soins, qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires, contribuent à fixer une délimitation claire entre soins et assistance. Le problème qui se pose concerne plutôt la comptabilité analytique et la qualité des données : il n'existe à l'échelle suisse aucune prescription uniforme en matière de calcul des coûts et de saisie des prestations. Le point central à cet égard est la validation des différentes clés de répartition pour l'attribution aux « soins », en tant qu'unité finale d'imputation, des charges directes de personnel, des prestations indirectes ainsi que des frais d'exploitation et d'infrastructure. En ce qui concerne les établissements médico-sociaux (EMS), l'absence fréquente de saisie du temps de travail constitue également un élément important. Dans le même temps, des routines de validation font défaut, qui viseraient une amélioration de la qualité des données. Dans le domaine des soins ambulatoires, les modèles comptables appliqués aujourd'hui reposent sur des données agrégées à un niveau trop élevé et sur des répartitions trop grossières, de sorte que la ventilation des coûts non imputables entre les unités finales d'imputation « soins » et « autres prestations » est trop imprécise. Qui plus est, des données primaires importantes sont saisies de différentes manières.

Seule une détermination approximative des parts de financement est actuellement possible

Les parts de financement ne peuvent aujourd'hui être calculées que sur la base des statistiques consolidées des fournisseurs de prestations de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Afin que ces statistiques puissent être utilisées, il est toutefois nécessaire, d'une part, que leur structure corresponde aux données requises et, d'autre part, que ces données soient d'une qualité suffisante

pour refléter la situation effective. La première condition est remplie en ce qui concerne les recettes des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile, mais les indications des statistiques du domaine de l'aide et des soins à domicile ne sont pas encore suffisamment détaillées quant aux coûts. La deuxième condition est étroitement liée à la qualité de la comptabilité analytique et nécessite deux choses qui aujourd'hui font encore défaut : une délimitation correcte des coûts des soins et une uniformité dans la saisie des données par les fournisseurs de prestations. Les données actuellement disponibles ne permettent qu'un calcul approximatif des parts de financement respectives des assureurs-maladie, des cantons et des communes ainsi que des patients.

Le modèle de rémunération comprend trois éléments

Tout modèle de remboursement doit établir quels fournisseurs de prestations peuvent facturer quelles prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), et à quel prix. En outre, idéalement, un cadre est déjà fixé pour les futures négociations tarifaires et pour le perfectionnement de la structure tarifaire.

L'admission des fournisseurs de prestations est aujourd'hui du ressort des cantons ; les prestations de soins remboursables sont exhaustivement énumérées dans une liste positive ; quant au tarif facturé, il diffère selon les domaines : tarif horaire pour l'ambulatoire, forfaits par niveau de soins pour le stationnaire ; ces deux domaines ont en commun la définition fixe des contributions respectives des assureurs-maladie, du montant maximal à la charge des patients, ainsi que du financement résiduel (remboursement des coûts totaux ou des coûts normatifs) par les cantons ou les communes. En revanche, un cadre fait défaut pour les négociations tarifaires et pour le perfectionnement de la structure tarifaire.

Si un modèle de remboursement uniforme à l'échelle nationale est mis en place pour les prestations de soins, il faudra, outre l'uniformisation du tarif à facturer, déterminer qui décidera à l'avenir quels fournisseurs de prestations pourront facturer leurs prestations à la charge de l'AOS. Il serait en outre souhaitable que les conditions cadre du niveau tarifaire et du perfectionnement de la structure tarifaire soient définies dès la mise en place du modèle, afin d'en faciliter l'adaptation aux changements de situation. Il importe également de prendre en considération les effets incitatifs produits par le remboursement, et notamment de mettre en balance les incitations à une fourniture efficiente des prestations (*power*), d'un côté, et les incitations à une adéquation des soins aux besoins des patients (*fit*), de l'autre.

Mesures pour créer la transparence en matière de coûts

Créer de la transparence en matière de coûts des soins est un travail qui doit se faire par étapes. Quatre mesures immédiates s'imposent :

- réexaminer et adapter, le cas échéant, les modèles comptables, ce qui inclut l'imposition à l'échelle suisse d'un modèle uniforme de comptabilité analytique ;
- mettre en place un système de valeurs de référence servant à la validation des données ;
- encourager le recours à des indicateurs comme instruments de gestion au quotidien ;
- édicter des dispositions similaires à celles de l'OCP pour les organisations d'aide et de soins à domicile ainsi que pour les infirmières et infirmiers indépendants.

À plus long terme, il importe en outre de perfectionner les systèmes d'indicateurs, et d'inclure des indicateurs de qualité et des différences dans la structure de prise en charge.

La mise en œuvre des mesures immédiates devrait prendre quatre à cinq ans. Pour les mesures à plus long terme, il faut compter cinq ans supplémentaires.

Comment déterminer les parts de financement et définir la participation des patients

Pour déterminer les parts de financement respectives, deux variantes sont envisagées. La première consisterait à estimer grossièrement ces parts à partir des données actuellement disponibles. La deuxième serait d'attendre, pour définir ces parts, qu'un standard donné ait été atteint en matière de transparence des coûts. Il faut en outre décider si la détermination des parts doit se faire sur la base des coûts d'une année ou de la moyenne de plusieurs années. La deuxième variante repousserait évidemment à plus tard l'intégration dans le financement uniforme EFAS.

Pour définir la participation des patients, deux variantes sont aussi possibles : soit maintenir la participation des patients aux prestations de soins en plus de la franchise et de la quote-part, soit l'intégrer dans ces dernières. La deuxième variante ne permettrait pas un transfert neutre en termes de coûts des parts de financement des cantons ou des communes et des assureurs-maladie. Dans la première variante, on peut imaginer que les cantons resteraient libres de subventionner la participation des patients.

Trois variantes pour l'uniformisation des tarifs

Pour le remboursement des prestations de soins, trois scénarios sont possibles :

1. maintenir la structure actuelle des contributions, avec remboursement intégral des coûts ;
2. maintenir la structure actuelle des contributions, avec des valeurs de référence efficaces ;
3. adapter la structure des contributions sur un mode exploratoire.

Le premier scénario présente l'avantage d'inciter fortement à une adéquation des soins aux besoins des patients (*fit*) tout en ne nécessitant que peu de données. Par contre, il incite moins à une fourniture efficace des prestations, ou celle-ci devrait être obtenue moyennant des prescriptions régulatrices complémentaires. A l'inverse, le deuxième scénario a pour avantage d'inciter fortement à une fourniture efficace des prestations (*power*). Dans le même temps, ce scénario incite toutefois, du moins dans les EMS, à une sélection des patients « rentables », et les coûts de mise en œuvre sont relativement élevés. Le système de valeurs de référence pourrait être mis en place avec l'aide de fournisseurs de prestations sélectionnés disposant déjà de données de qualité élevée, et être complété progressivement. Il importe, au début surtout, de concevoir ce système comme un « système apprenant » et de le réviser en continu. Son développement prendrait au moins cinq ans.

Ce qui parle en faveur du dernier scénario, celui de l'adaptation exploratoire de la structure des contributions, c'est qu'il permettrait peut-être de trouver une structure offrant un meilleur équilibre entre les deux types d'incitation. Ce scénario est toutefois aussi celui des trois qui nécessite le plus gros volume de données et la période de mise en œuvre la plus longue, estimée à dix ans. Cela dit, il n'est pas certain qu'il aboutisse à une meilleure structure des contributions. Il est aussi imaginable de combiner ce scénario avec le premier. Dans ce cas, afin d'intégrer aussi rapidement que possible les soins dans le financement uniforme EFAS, il faudrait, dans une première phase, rembourser intégralement les coûts (scénario 1) puis, dans une deuxième phase, rembourser les coûts sur la base de la nouvelle structure des contributions élaborée entre-temps.

Instituer un comité de pilotage pour intégrer les soins dans le financement uniforme EFAS

Pour réaliser l'intégration des soins dans le financement uniforme EFAS, il est proposé de former un comité de pilotage au sein duquel toutes les parties prenantes seraient représentées. Il paraît indispensable que tous les milieux concernés collaborent de façon centralisée, aussi bien pour créer de la transparence en matière de coûts que pour calculer les parts de financement respectives et mettre au point une structure tarifaire uniforme. À l'intérieur du comité de pilotage, il serait possible de former pour chacune des trois thématiques un groupe de travail, qui serait responsable de la mise en œuvre des mesures évoquées plus haut. À cette fin, chaque groupe pourrait attribuer des mandats ; pour certaines tâches, il pourrait aussi valoir la peine d'engager ses propres collaborateurs.

1 Ausgangslage und Vorgehen

Derzeit wird im Parlament die Einführung einer einheitlichen Finanzierung für ambulante und stationäre Leistungen (EFAS) diskutiert. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern Pflegeleistungen ebenfalls in EFAS integriert werden sollen. Gleichzeitig beauftragt das Postulat 16.3352 SGK-NR «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger» den Bundesrat, aufzuzeigen, wie die Kostensteigerung der Pflegeleistungen durch alle Kostenträger gleichermassen mitfinanziert und die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen regelmässig der Teuerung angepasst werden könnten. Für beide Vorhaben müssen teilweise die gleichen Grundlagen erarbeitet werden. Benötigt werden insbesondere:¹

1. Ein Konzept zur Herstellung von Transparenz über die Kosten der Pflegeleistungen in Abgrenzung der Betreuungsleistungen.
2. Ein Konzept zur Erarbeitung eines einheitlichen Vergütungsmodells (entweder jeweils innerhalb des ambulanten und stationären Bereichs oder bereichsübergreifend) unter Einbezug der zukünftigen Ausgestaltung der Patientenbeteiligung.
3. Ein Konzept zur Bestimmung und Aggregation der Finanzierungsanteile der verschiedenen Finanzierungsregimes vor EFAS und nach der Einführungs- und Übergangsphase, sowie Festlegung der angestrebten Kostenneutralität.

Kostentransparenz und ein gutes Vergütungsmodell sind eng miteinander verbunden. Tarifsyste-m, Versorgungsziele und Qualitätsmessungen bestimmen die Kennzahlen der Leistungsstatistiken und die Struktur der Kostenrechnung. Umgekehrt geben die Kosten- und Leistungserfassung sowie die Bereitstellung robuster Kennzahlen den Raum für datenbasierte Tariffestlegungen/-ver-handlungen und die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen vor.

Abbildung 1 veranschaulicht diese Interdependenzen. Die Zuordnung des Startpunktes (1) zu den Kennzahlen sowie der Struktur der Kostenrechnung ist daher nur ein möglicher Startpunkt, die Nummerierung hätte genauso gut bei den Tarifstrukturen ansetzen können. Diese gegenseitige Abhängigkeit muss bei der Erarbeitung der Konzepte berücksichtigt werden.

Der Begriff der Qualität bezieht sich im Rahmen dieser Studie vor allem auf die Auswirkungen von Unterschieden bei der Struktur- und der Prozessqualität.² Darunter fallen beispielsweise unterschiedliche Anforderungen an die Personalausstattung, an Audits oder Qualitätssicherungs- und -entwicklungsmassnahmen oder die Einbindung in elektronische Datenverarbeitung- und Überweisungsprozesse. Daneben sind Unterschiede in den Versorgungsstrukturen wie das Angebot von spezialisierten Leistungen (wie Palliative Care, psychiatrische Pflege, Wundpflege), eine 24h/7d-Abdeckung oder der Zeitraum bis zur Neuaufnahme von Patienten kosten- und vergü-tungsrelevant. Mittelfristig müssen aber auch im Bereich der ambulante Pflege, der Pflege im Pflegeheim und der Langzeitpflege im Spital zweckmässige Qualitätsmanagementsysteme und ein Satz von Qualitätsindikatoren an die Seite der Messung der Kosteneffizienz gestellt werden,

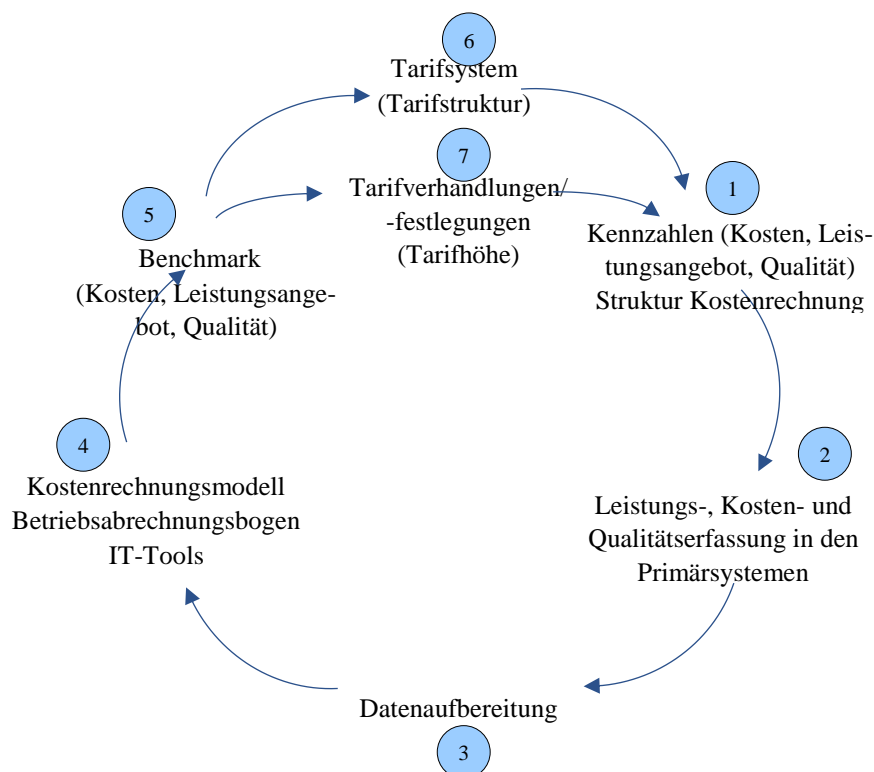
¹ Vgl. auch die Forderungen des Postulats 19.3002 SGK-NR «Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich», welches vom Nationalrat am 14. März 2019 angenommen wurde.

² Die Entwicklung entsprechender Systeme zur Beurteilung der Ergebnisqualität bei der Pflege im ambulanten Bereich und im Pflegeheim (medizinische und pflegerische Qualitätsindikatoren sowie Verfahren zur Qualitätsmes-sung) ist Gegenstand parallel laufender Projekte und nicht dieser Studie.

da die Berücksichtigung der Qualitätsdimensionen³ für einen fairen Vergleich zwischen Institutionen unerlässlich ist.⁴

Strukturell ergeben sich für die beiden Leistungsbereiche der ambulanten und stationären Pflege nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Art. 25 Abs. 2 sowie Art. 25a KVG) sowie der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 7 KLV) ähnliche Anforderungen für die Ziele Kostentransparenz und ausgewogenes Vergütungssystem. Die Voraussetzungen für die Umsetzung und der aktuelle Stand können sich jedoch je nach Leistungsbereich unterscheiden. Für jeden Schritt in Abbildung 1 sind die gesetzlichen, institutionellen, vertraglichen, konzeptionellen und technischen Voraussetzungen und Anforderungen zu prüfen.

Abbildung 1 Interdependenz Kostentransparenz und Vergütungsmodell



Kostentransparenz und Vergütungssystem sind eng miteinander verbunden. Das Tarfsystem sowie allfällige Qualitätsmessungen bestimmen die Struktur der Kennzahlen und Kostenrechnung. Umgekehrt geben die Kosten- und Leistungserfassung den Rahmen für datenbasierte Tariffestlegungen/-verhandlungen vor.

Quelle: Eigene Darstellung.

Das vorliegende Dokument gibt in einem ersten Teil einen Überblick über bereits vorhandene Informationen und zeigt auf, wo Lücken bestehen bzw. welche Grundlagen zur Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung erst noch geschaffen werden müssen. Diese Auslegeordnung wird für die Bereiche Kostentransparenz (Abschnitt 2), Finanzierungsanteile (Abschnitt 3) sowie Vergütungsmodell und Tarife (Abschnitt 4) vorgenommen. In einem zweiten Teil werden Umsetzungsvorschläge im Rahmen dieser Auslegeordnung diskutiert (Abschnitt 5).

³ Darunter fallen Wirksamkeit, Effizienz, Angemessenheit, Sicherheit, Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit, Chancengleichheit und Koordination.

⁴ Vgl. auch Felder & Straumann (2019).

Offenlegung von potenziellen Interessensbindungen

Polynomics und die Hochschule Luzern arbeiten seit Februar 2020 im Rahmen eines Innosuisse-Projektes «Kennzahlensysteme und Kostenmanagement der Spitex» mit Laufzeit bis Juli 2022 an Grundlagen für eine leistungsgerechte Finanzierung und Steuerung einer bedarfsorientierten Entwicklung der Organisationen und Versorgungsstrukturen in der Pflege im ambulanten Bereich. Weitere Projektpartner sind der IT-Partner Heyde AG, Spitex Schweiz und elf Spitexorganisationen aus sieben Kantonen. Im Rahmen des Projektes werden auf der Basis einer robusten, betriebsintern und betriebsübergreifend harmonisierten Datengrundlage⁵ und eines wissenschaftlich fundierten Kennzahlensystems folgende Instrumente entwickelt:

- ein Führungscockpit inklusive hochauflösender Kostenrechnung auf der Betriebsebene
- eine Benchmarkplattform auf der Ebene der Betriebsvergleiche und Tarifverhandlungen

Die Instrumente richten sich an Spitexorganisationen unabhängig ihrer Grösse und auch an selbstständige Pflegefachpersonen.

Der Ansatz des Innosuisse-Projektes enthält verschiedene innovative Elemente, darunter klienten- bzw. fallbezogene Analysen, die Erarbeitung und Anbindung von Struktur- und Qualitätskennzahlen sowie ein neues mehrstufiges Umlageverfahren. Ziel ist es, Kennzahlen in einer Auflösung zu gewinnen, die bisherige Grenzen in der Kostentransparenz und Vergleichbarkeit von Leistungserbringern in der ambulanten Pflege überwinden. In den Bereichen, in denen ein Beitrag an die Verbesserung der Rechnungslegungsstandards und Kostenrechnungsmodelle sowie die Vergleichbarkeit von Organisationen geleistet wird, werden die Ergebnisse auf der konzeptionellen Ebene offen liegen und überprüfbar sein. Geschützt ist die Ebene der technischen Implementierung. Hier bestehen aus Sicht der Forschungs-, Wirtschafts- und Umsetzungspartner des Projektes in der Schweiz Voraussetzungen für eine gesunde Wettbewerbssituation. Die Hochschule Luzern hat keine Rechte an der finanziellen Verwertung der Ergebnisse durch die Wirtschaftspartner.

Auf der institutionellen Ebene sehen Polynomics und die Hochschule Luzern ihre Rolle im Innosuisse-Projekt als Wissenspartner, die datenbasierte und konzeptionelle Grundlagen schaffen und damit neue Handlungsmöglichkeiten für Reformen eröffnen. Über die Umsetzung und die institutionellen Rahmenbedingungen entscheiden letztlich die Verbände der Leistungserbringer und die Regulatoren und Tarifpartner in Verhandlungen und im politischen Prozess.

Vor diesem Hintergrund können Polynomics und die Hochschule Luzern keine Interessenskonflikte bei der Wahrnehmung des Mandats des Bundesamts für Gesundheit erkennen. Die Analyse und Erarbeitung möglicher Umsetzungsszenarien folgt wissenschaftlichen Standards und wurde in einer breit abgestützten Begleitgruppe⁶ gespiegelt.

⁵ Das Finanzmanual 2020 von Spitex Schweiz, welches ab 01.01.2021 allen Spitexorganisationen seitens der Verbände Spitex Schweiz und ASPS zur Anwendung empfohlen wird, dient im Projekt als Ausgangspunkt und wird einem vertieften Praxistest unterworfen.

⁶ In der Begleitgruppe waren folgende Institutionen/Organisationen vertreten: ASPS, curafutura, Curaviva Schweiz, GDK, H+, santésuisse, SBK, senesuisse, SGV, Spitex Schweiz, SSV.

2 Kosten der Leistungserbringer

Pflegeheime, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (im Folgenden: Spitexorganisationen) sowie selbständig tätige Pflegefachpersonen erbringen neben Pflegeleistungen auch Betreuungsleistungen, hauswirtschaftliche Leistungen und weitere Dienstleistungen. Über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) wird ein Anteil an den Kosten der Pflegeleistungen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vergütet. Eine Grundvoraussetzung für die Integration der Pflege in EFAS ist damit unter dem heutigen System, dass Pflegeleistungen klar von Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen sowie gemeinwirtschaftlichen Leistungen abgegrenzt werden können und die Leistungserbringer in der Lage sind, die entsprechenden Kosten transparent auszuweisen. Zusätzlich sind die Anforderungen an die Abdeckung einer eventuellen Versorgungspflicht und deren Auswirkungen auf die Kostenstrukturen zu spezifizieren.⁷

Dieser Abschnitt untersucht in einem ersten Schritt, wie Pflegeleistungen heute definiert und von anderen Leistungen abgegrenzt werden. Nachfolgend wird dargelegt, inwiefern bei den Pflegeheimen und Spitexorganisationen heute Transparenz über die Kosten der Pflegeleistungen herrscht. Am Ende eines jeden Abschnittes wird zusammengefasst, welche Lücken im Hinblick auf die Zielerreichung (Abgrenzung Pflegeleistungen, Herstellung Kostentransparenz) bestehen.

2.1 Abgrenzung Pflegeleistungen

Für eine Bestimmung der Kosten von Pflegeleistungen in Abgrenzung von Kosten anderer Leistungen wie Betreuung oder Hauswirtschaft, einen transparenten Ausweis und eine transparente Abgeltung sollten klare Definitionen und Zuweisungen auf folgenden Ebenen vorhanden sein:

- Leistungsdefinition und Leistungskatalog/Pflegebedarfserhebung
- Tätigkeits-/Arbeitszeiterfassung des direkten Personalaufwands (leistungserbringende Kostenstellen) für Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft sowie anschliessende Umlage
- Umlage von «Strukturzeiten/Hintergrundleistungen» und Wegzeiten als indirekte Leistungen auf die verrechenbaren Leistungen und Abgrenzung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen
- Umlage der Overheadkosten und des Sachaufwands auf die verrechenbaren Leistungen

Die Ebenen reichen von der klaren Umschreibung und Abgrenzung von Tätigkeiten auf der Definitionsebene über die Tätigkeits- und Arbeitszeiterfassung bis hin zur Umlage der indirekten Kosten und weiteren Gemeinkosten in der Kostenrechnung. Unscharfe Abgrenzungen können auf allen Ebenen zu einer mangelhaften Abgrenzung der Pflegeleistungen und fehlenden Kostentransparenz beitragen.

Für die Klarheit der Abgrenzungen auf allen Ebenen entscheidend sind das Zusammenspiel von national einheitlichen Regelungen und Vorgaben auf der Ebene von Gesetzen, Verordnungen und Vereinbarungen, von kantonalen und kommunalen Regelungen und Vorgaben sowie den Instrumenten und Richtlinien in der praktischen Umsetzung.

⁷ Zu den Anforderungen an die Übernahme einer Versorgungspflicht können u. a. die zeitliche Abdeckung (7 Tage/24 Stunden, welche Art von Nachteinsätzen), die Dauer zwischen Anmeldung und Ersteinsatz, die Aufnahme aller Klienten in einem definierten Einzugsgebiet, die Sicherstellung von «ausreichenden» Kapazitäten und das Angebot von spezialisierten Leistungen gehören.

Leistungsdefinition und Leistungskatalog/Pflegebedarfserhebung

Eine Definition und Abgrenzung der Leistungen der Pflege nach Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziffer 3 KVG und Art. 25a Abs. 1 und 2 KVG beruht einerseits auf der Umschreibung des Kreises der Leistungserbringer und den Kriterien, die ihre Zulassung bestimmen, andererseits auf der spezifischen Bezeichnung der Leistungen durch den Bundesrat in Art. 7 KLV.

Die Pflegeleistungen werden von Leistungserbringern auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktin im ambulanten Bereich, im stationären Bereich (Pflegeheim und gewisse Aufenthalte im Spital⁸) oder in Tages- und Nachtstrukturen erbracht. Die Zulassung von Leistungserbringern ist jedoch je nach Tätigkeitsbereich unterschiedlich geregelt:

- in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) für (selbständig tätige) Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 49 KVV) und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- über die Bestimmungen des KVG für Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 KVG);
- über die Bestimmungen des KVG für Spitäler (Art. 39 Abs. 1 und 2 KVG).

Die Leistungen der Pflege nach Art. 25 Abs. 2 Bst. a Ziffer 3 KVG und Art. 25a Abs. 1 und 2 KVG werden vom Bundesrat in Art. 7 KLV abschliessend festgelegt.⁹ Es wird zwischen drei Gruppen von Leistungen «Abklärung, Beratung und Koordination» (im Folgenden als KLV A bezeichnet), «Untersuchung und Behandlung» (KLV B) und «Grundpflege» (KLV C) unterschieden. Der Leistungskatalog ist für den Bereich der Pflege einheitlich, unabhängig davon, in welchem Bereich (ambulant, stationär, Tages- und Nachtstrukturen) die Leistung erbracht wird. Mit Ausnahme der «Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Pflegesituationen» und «Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung», bei denen die Leistungsvoraussetzungen in Art. 7 Abs. 2bis KLV definiert werden, sowie der «Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2» gemäss Art. 8a werden in der KLV selbst keine Mindestanforderungen an die Qualifikation des Personals bezeichnet.¹⁰ Diese erfolgt erst später auf der Ebene der Administrativverträge zwischen Leis-

⁸ Art. 49 Abs. 4 KVG: Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 (Kostenübernahme im Pflegeheim) zur Anwendung.

⁹ Vgl. den Bundesgerichtsentscheid vom 24.10.2010 (BGE 136 V 172, E. 4.3.1): « L'énumération, à l'art. 7 al. 2 OPAS, des catégories de prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge (évaluations et conseils, examens et traitements, soins de base) est exhaustive (ATF 131 V 178 consid. 2.2.3 p. 185; décision du Conseil fédéral du 9 mars 1998 consid. 3, in RAMA 1998 p. 184). [...] Le fait qu'à l'intérieur de ce catalogue certaines prestations sont décrites à titre exemplatif (ainsi au ch. 4 "mesures thérapeutiques pour la respiration [telles que l'administration d'oxygène ...]" ou au ch. 7 "administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion") implique que d'autres actes peuvent être exécutés à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour autant qu'ils correspondent à une forme de la prestation définie dans le catalogue pour laquelle des exemples ont été mentionnés. En revanche, il n'est pas possible de créer une nouvelle prestation qui entrerait (sous un chiffre séparé) dans la catégorie des examens et traitements au sens de l'art. 7 al. 2 let. b OPAS. » Diese Sicht wurde in weiteren Bundesgerichtsentscheiden bestätigt (u. a. Urteil des Bundesgerichts 9C_43/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4.1.2 mit Hinweis auf BGE 131 V 178 E. 2.2.3 S. 185).

¹⁰ Art. 7 Abs. 2bis KLV setzt voraus, dass die genannten Tätigkeiten durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) vorgenommen werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann (Leistungen nach Absatz 2

tungserbringern und Krankenversicherern, im Rahmen der kantonalen Zulassung von Leistungserbringern (Anforderungen an den Personalschlüssel nach Qualifikation) oder der Planung von Pflegemassnahmen und Zuweisung zu Mindestqualifikationen auf der Ebene konkreter Tätigkeiten.

Sowohl bei der spitalexternen Pflege im ambulanten und stationären Bereich wie auch der Langzeitpflege im Spital werden die pflegerischen Leistungen nach der KLV für die betriebliche Planung und Umsetzung von Pflegemassnahmen in einer Tätigkeitsliste weiter ausdifferenziert und beschrieben. Diese Tätigkeitslisten basieren vor allem im Bereich der Zeitmessungen auf der Zusammenarbeit der Verbände der Leistungserbringer mit privatwirtschaftlichen Unternehmen und Fachinstitutionen. Sie wurden von den Verbänden Spitex Schweiz, Curaviva und H+ verabschiedet und werden von den Krankenversicherern anerkannt.

Bei der Pflege im ambulanten Bereich wird mehrheitlich auf den Leistungskatalog zurückgegriffen, welcher den Pflegebedarfserhebungsinstrumenten interRAI HC_{Schweiz} (vorher RAI-HC_{Schweiz}) für Erwachsene allgemein und interRAI Community Mental Health (interRAI CMH_{Schweiz}) für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zugeordnet ist. In diesem Leistungskatalog wird klar zwischen pflegerischen Massnahmen nach KLV und anderen Leistungen (Hauswirtschaft und sozialbetreuerische Leistungen) unterschieden (vgl. Spitex Schweiz, 2019). Den einzelnen Tätigkeiten werden sowohl Anforderungen an die Mindestqualifikation als auch Richtzeiten für die betriebsinterne Planung und Umsetzung der Pflegemassnahmen zugewiesen. Die Richtzeiten können begründet über- oder unterschritten werden.¹¹ Sie basieren auf einer im Jahr 1999 vorgenommenen ausgedehnten Sichtung und Zusammenfassung bestehender Instrumente, die Standardzeitwerte für Dienstleistungen enthalten.¹²

Im Bereich der Pflege in Pflegeheimen oder der Langzeitpflege im Spital wird mehrheitlich auf die Tätigkeitsliste von Curaviva Schweiz zurückgegriffen. Diese Tätigkeitsliste wurde von der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) 2015 erarbeitet und wird als Anhang zum Handbuch Rechnungslegung Curaviva publiziert. Auch hier wird nach Experteneinschätzung eine klare Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung vorgenommen.

Änderungen des aktuellen pflegewissenschaftlichen Stands können in allen Bereichen zu Anpassungen der Tätigkeitslisten führen.

Eine Abrechnung von Pflegeleistungen als Betreuungsleistungen wird nicht durch eine unklare Definition der Leistungen und Tätigkeiten verursacht. Die Grundlagen sind auf dieser Handlungsebene schweizweit einheitlich. Krankenversicherer können auf der Grundlage ihrer WZW-Beurteilung zudem die Übernahme von Pflegeleistungen in einzelnen Behandlungssituationen ablehnen. Nimmt der Klient die Leistungen dennoch in Anspruch, werden sie ihm als «Wahlleistung» zu einem von der Spitexorganisation festgelegten «Vollkostensatz» in Rechnung gestellt. Der

Bst. a Ziffer 3) respektive die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie nachweisen kann (Massnahmen nach Abs. 2 Bst. b Ziffern 13 und 14 und Bst. c Ziffer 2).

Art. 8a Abs. 1 KLV verweist darauf, dass die Ermittlung des Bedarfs an Leistungen nach Art. 7 Abs. 2, die zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung nach Art. 8 notwendig sind (Bedarfsermittlung), durch einen Pflegefachmann oder eine Pflegefachfrau nach Art. 49 KVV erfolgen muss.

¹¹ Diese Möglichkeit besteht z. B., wenn die Leistung mit dem Ziel erbracht wird, Selbständigkeit durch ein Training zu erhalten oder zu erhöhen (vgl. Spitex Schweiz, 2019, S. 57). Dies bedingt mehrheitlich einen grösseren Zeitaufwand als wenn die Leistung direkt von der Spitex-Mitarbeiterin übernommen wird.

¹² Der Leistungskatalog entstand in Zusammenarbeit zwischen Spitex Schweiz und der Firma Q-Sys AG. Als Grundlagen dienten zwei im Kanton Tessin durchgeführte Erhebungen, das kanadische Instrument CTMSP sowie der Leistungsrahmen der Spitex-Kerndienste der Stadt Zürich (vgl. Spitex Schweiz, 2019, S. 21).

Anteil von zurückgewiesenen Pflegeleistungen und abgerechneten Wahlleistungen wird mehrheitlich nicht separat erfasst und ausgewiesen.

Eine Überprüfung, Klärung und Anpassung des Leistungskatalogs nach Art. 7 Abs. 2 KLV wird aufgrund veränderter Rahmenbedingungen und unterschiedlicher Vorstösse vorgenommen. So kam es beispielsweise 2007 zur Aufnahme von Leistungen der psychiatrischen Pflege und 2012 zu einer Erweiterung des Leistungskatalogs in Bezug auf das Richten der Medikamente und die Koordination in komplexen Fällen. Eine Überprüfung des Leistungskatalogs ist auch ein Thema im Rahmen der Palliative Care und Pflege bei Demenzerkrankungen und der damit verknüpften nationalen Strategien und Plattformen. Sie steht aber nicht im Fokus einer Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung.

Tätigkeits-/Arbeitszeiterfassung und Verteilung des direkten Personalaufwands

Die Erfassung des direkten Personalaufwands für die Erbringung der abgeltungsberechtigten verrechenbaren Leistungen ist ein wichtiger Faktor für eine transparente Abgrenzung der Kosten zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen. Die Ausgangssituation unterscheidet sich zwischen der spitalexternen Pflege im ambulanten Bereich, der Pflege im Pflegeheim und auf der Langzeitpflegeabteilung im Spital.

Im Bereich der Spitex und selbständigen Pflegefachpersonen werden die geleisteten verrechenbaren Stunden entweder als Tätigkeit gemäss dem RAI-HC-Leistungskatalog auf mobilen Geräten beim Kunden erfasst und dann in der Spitex-EDV in verrechenbare Leistungen gemäss KLV umgerechnet oder direkt als verrechenbare Leistung gemäss KLV dem Klienten einsatzgenau zugeordnet.¹³ Damit ist eine unmittelbare Zuweisung und Abgrenzung des direkten Personalaufwands auf den entsprechenden Kostenträgern («Pflege», «Hauswirtschaft/Betreuung» oder «weitere Leistungen») gegeben.

Im Bereich der Pflege in Pflegeheimen wird die Verteilung der Arbeitszeit des Pflege- und Assistenzpersonals auf die einzelnen Tätigkeiten und Pflegeheimbewohner nicht täglich erfasst und unterschieden. Das Tätigkeitsprofil ist zwar durch das Qualifikationsprofil des oder der Mitarbeitenden geprägt. Aber eine Tätigkeits-/Arbeitszeitanalyse erfolgt, wenn überhaupt, nur periodisch oder die Aufschlüsselung der Arbeitszeit nach Tätigkeiten wird aufgrund eines vorgegebenen oder betriebsspezifischen Schlüssels vorgenommen. Die Unterteilung des Personalaufwands in Mitarbeitendengruppen nach Qualifikationsgraden erhöht die Genauigkeit der Umlagen. Je nach Kanton oder Gemeinden, die den Leistungsauftrag vergeben haben, finden sich heute unterschiedliche Vorgaben für die Erfassung der Arbeitszeit und Tätigkeiten des Pflege- und Assistenzpersonals, die Durchführung von Tätigkeits-/Arbeitszeitanalysen (ob und in welcher Periodizität) und die Verteilschlüssel des direkten Personalaufwands auf die Kostenträger Pflege und Betreuung.

Die Abgrenzung des direkten Personalaufwands zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen ist damit in der Pflege in Pflegeheimen unterschiedlich genau und unterliegt den Vorgaben und der Kontrolle des Restfinanzierers Kanton oder Gemeinde.

¹³ Abrechnungstechnisch können die unterschiedlichen Erfassungsvarianten der Leistungen zu unterschiedlichen Rundungsgewinnen führen. Die Einsätze bei den Kundinnen und Kunden werden gemäss KLV mit einer Mindestdauer von 10 Minuten und dann in weiteren Einheiten von 5 Minuten abgerechnet. Bei Einsätzen mit gemischten Leistungen (Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung oder der Grundpflege) wird jede Leistungsart auf 5 Minuten gerundet. Je nach technischer Umsetzung der Rundung führt dies zu abweichenden Rundungseffekten. Eine systematische Untersuchung der Auswirkungen liegt nach Kenntnis der Autoren dieser Studie noch nicht vor.

Bei der Pflege auf Langzeitpflegeabteilungen in Spitälern kann bei der Anwendung eines Zeiterfassungssystems in der Pflege (z. B. LEP oder tacs) der Personalaufwand für die Pflegeaktivitäten tagessgenau auf dem einzelnen Patienten erfasst werden.

Umlage von «Strukturzeiten/Hintergrundleistungen» und Wegzeiten, Overhead- und Sachkosten

Das Erbringen der gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV direkt verrechenbaren Pflegeleistungen ist nicht ohne indirekte Leistungen wie Dokumentation, Kommunikation oder Wegzeiten (Spitex und selbständige Pflegefachpersonen) sowie gewisse Betriebs-, Material- und Infrastrukturkosten möglich. Diese indirekten Leistungen und Kosten sind laut der Rechtsprechung sowie Schreiben und Stellungnahmen des Bundesrats und des BAG dann der Pflege zuzuordnen, wenn sie effektiv im Zusammenhang mit erbrachten gelisteten Pflegeleistungen stehen.¹⁴

In der Praxis steht die Zuweisung auf die Kostenträger Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft im Spannungsfeld zwischen den betrieblichen Voraussetzungen und Handlungsspielräumen einerseits und den kantonalen und kommunalen Vorgaben und Kontrollverfahren andererseits.¹⁵

Der Aufwand für Wegzeiten fällt nur bei der Spitex und selbständigen Pflegefachpersonen ins Gewicht. Ebenfalls grösser ist bei ihnen der Anteil der «Hintergrundleistungen/Strukturzeiten» der operativen Teams zur Vorbereitung, Planung, Koordination und Dokumentation von Einsätzen. Werden Pflege und Hauswirtschaft/Betreuung von separaten Teams erbracht, dann sind diese indirekten Kosten recht genau der Pflege einerseits und den Nicht-KLV-Leistungen andererseits zuzuordnen. Bei gemischten Teams Pflege und Hauswirtschaft/Betreuung oder bei Fällen mit Pflege und Hauswirtschaft/Betreuung hängt die Zuweisung von der Genauigkeit der Erfassung der indirekten Personalkosten und der Vorgabe respektive Wahl und betrieblichen Validierung der Umlageschlüssel ab. Werden gemeinwirtschaftliche Leistungen für Klienten und ihre Angehörige nicht als solche erfasst und über einen eigenen Kostenträger abgerechnet, fliessen sie häufig als indirekte Klientenleistungen in die Vollkosten der Pflege ein.

Im Pflegeheim gibt es bei der Umlage der Strukturzeiten ebenfalls grosse Unterschiede in der Basis der Berechnung und Wahl der Umlageschlüssel (auf einer Arbeitszeiterfassung/Tätigkeitsanalyse basierende, kantonal vorgegebene, formelgestützte oder betrieblich individuelle Schlüssel). Auch hier hängt die Genauigkeit der Abgrenzung auf die Kostenträger Pflege und Betreuung von der Erfassung der Tätigkeiten und der Vorgabe respektive Wahl und betrieblichen Validierung der Umlageschlüssel ab.

¹⁴ Wichtige Gerichtsurteile im Sinne dieser Präzisierung und zugleich Anerkennung sind u. a. das Urteil des Bundesgerichts vom 24.03.2016 (BGE 142 V 203) über die Abgeltung von Leistungen der Kategorie «Communication au sujet du bénéficiaire» (CSB, übersetzt: Kommunikation betreffend den Leistungsempfänger) gemäss Bedarfserhebungsinstrument Plaisir, des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September 2017 (C-3322/2015) über die Entschädigung von Pflegematerial, welches für das Erbringen von Pflegeleistungen notwendig ist, und das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 23.08.2019 (VSBES.2018.132) zur Abgeltung der Wegzeiten der ambulanten Pflege. Bei erstgenanntem kam das Bundesgericht in seinem Urteil zum Schluss, dass, obwohl nicht alle Kommunikationsleistungen CSB im Leistungskatalog von Art. 7 Abs. 2 KLV genannt würden, sie dann für die Bemessung des Pflegeaufwandes zu berücksichtigen seien, wenn sie im Zusammenhang mit der Ausführung von Pflegeleistungen stünden, die im Rahmen von Art. 25a Abs. 1 KVG erbracht würden bzw. wenn die einzelnen Kommunikationsleistungen in Bezug auf die einzelnen Pflegeleistungen (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV) als notwendig (nécessaire), unabdingbar (indispensable), untrennbar damit verbunden (indissociable; intrinsèquement liées) oder zumindest von Nutzen (utilité) seien (vgl. E. 7.2.1, 8.1.1, 8.2.2, 8.2.4).

¹⁵ So sieht beispielsweise das Gesetz über die Pflegefinanzierung (PFG) im Kanton St. Gallen in Art. 6 Abs. 2 vor: Die Regierung kann durch Verordnung den für die Ermittlung der Pflegekosten anrechenbaren Aufwand der Leistungserbringer festlegen.

Bei der Umlage der Overheadkosten und des Sachaufwands stehen sowohl Spitex als auch Pflegeheime im Spannungsfeld zwischen der Empfehlung «harmonisierter», überprüfter Schlüssel und individuellen betrieblichen Gegebenheiten. Die Genauigkeit der Zuweisung ist darüber hinaus stark von der Qualität der primären Datenerfassung, der Einspeisung der Daten in die Kostenrechnung und der Auflösung des Kostenrechnungsmodells abhängig.

Unterschiedliche Handhabungen von Investitionskostenzuschüssen, Bilanzierungen der Anlagenwerte oder Abgeltungen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen über die Restfinanzierung Pflege (z. B. Ausbildung oder zusätzliche Beratungs- oder Koordinationsaufgaben) beeinflussen die Höhe und Verteilung der Kosten. Aufgrund von kantonalen oder kommunalen Vorgaben zu den anerkannten Kosten der Pflege können von ungedeckten Restkosten, die von den Leistungserbringern resp. ihrer Trägerschaft zu tragen wären, Fehlanreize für die Abgrenzung und Verteilung von indirekten Kosten und Gemeinkosten auf die Kostenträger ausgehen (Rosenkranz & Meierhans, 2013, S. 77).

Fazit

Die Probleme der Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen nach KLV und Betreuungs- oder Hauswirtschaftsleistungen liegen nicht auf der Ebene der Leistungsdefinition und des Leistungskatalogs nach Art. 7 Abs. 2 KLV. Hier besteht eine national einheitliche Grundlage, die fortlaufend, zum Teil auch auf der Grundlage von Gerichtsurteilen, überprüft und angepasst wird. Zusätzlich wurden sowohl bei der Pflege im ambulanten wie auch im stationären Bereich Tätigkeitslisten als Grundlage geschaffen, die eine Unterscheidung und Zuordnung in der Planung und Umsetzung in der Praxis erlauben.

Das Problem der Abgrenzung liegt auf der Ebene der Kostentransparenz und Kostenrechnung. Die Verteilung des direkten Personalaufwands für die Pflege im Pflegeheim auf den Kostenträger Pflege nach KLV hängt stark von der Praxis der Arbeitszeit/Tätigkeitsanalyse auf der Betriebsebene und den betrieblich verwendeten Verteilschlüsseln ab und ist damit uneinheitlich. Die Abgrenzung der Kosten für notwendige indirekte Leistungen sowie der Betriebs- und Infrastrukturkosten wird durch Schlüsselfaktoren auf verschiedenen Ebenen bestimmt. Darunter fallen die Struktur und Qualität der primären Datenerfassung, die Einspeisung der Daten in die Kostenrechnung, die Auflösung des verwendeten Kostenrechnungsmodells und die Verwendung extern vorgegebener respektive die Ermittlung und Validierung betriebspezifischer Verteil- und Umlageschlüssel.

Die Einheitlichkeit und Genauigkeit der Abgrenzung der Kosten von Pflegeleistungen entscheidet sich letztlich im Spannungsfeld von drei Einflussebenen:

1. der betrieblichen Organisationsform, Ausrichtung und Umsetzung,
2. den empfohlenen und angewandten Instrumenten (KORE, Anlagebuchhaltung, Tätigkeitslisten, Arbeitszeitanalysen etc.) und der Verfügbarkeit von betriebsübergreifenden Daten zur Verbesserung der Harmonisierung, der Instrumente und der Umsetzung sowie
3. den Vorgaben der Kantone und Gemeinden im Rahmen ihrer Gesetze, Verordnungen und Weisungen zur Pflegefinanzierung.

Abschnitt 2.2 untersucht dieses Spannungsfeld im Detail und zeigt auf, wo im Hinblick auf eine transparente Abgrenzung der Pflegekosten Lücken bestehen.

2.2 Kostentransparenz

Ziele und Bedeutung

Der Begriff und die Bedeutung der Kostentransparenz richten sich auf verschiedene Handlungsebenen. Diese umfassen:

- betriebliche Führungsinstrumente für eine kosteneffiziente und zugleich qualitativ hochstehende Leistungserbringung,
- betriebsübergreifende Vergleiche (robuste Klassifikationen der Betriebe bzw. einzelner Leistungsbereiche) und zeitliche Entwicklungen (Stetigkeit),
- Grundlagen für datengestützte Tariffestlegungen/-verhandlungen und die Weiterentwicklung von Tarifstrukturen.

Je höher die Kostentransparenz auf der vorgelagerten Ebene, desto besser sind auch die Ergebnisse auf den Folgeebenen. In der heutigen Ausgangslage werden (betriebsinterne und -übergreifende) Kennzahlen zur Kosteneffizienz und Qualität der Leistungserbringung mehrheitlich zu wenig im Alltag auf der Betriebsebene verwendet und nur unregelmässig bzw. einmal im Jahr für externe Zwecke aufbereitet. Die fehlende Verbindung hat einen Einfluss sowohl auf die Datenqualität wie auf die Steuerung von Kosteneffizienz und Qualität. Unterschiedliche Betriebsformen und Finanzierungsmodelle setzen unterschiedliche Anreize für die Aufbereitung und Nutzung von Kosten- und Leistungskennzahlen als betriebliche Führungsinstrumente.

Je nach Handlungsebene:

1. interne Führungskennzahlen und Auswertungen,
2. «vertraulicher» Benchmark mit öffentlichen Teilergebnissen,
3. Datenbanken für Tarifverhandlungen und die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen, die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sowie öffentliche Leistungsstatistiken.

ist Kostentransparenz mit einer unterschiedlichen Aufbereitung, Auflösung und Vertraulichkeit der Daten verbunden

Mit Ausnahme der Anforderungen der nationalen Leistungserbringerstatistiken Spitex-Statistik, SOMED und Krankenhausstatistik sowie der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erfolgt die Aushandlung und Vereinbarung über die Auflösung der zu liefernden Daten im Bereich der Pflege auf kantonaler oder kommunaler Ebene, zum Teil auch in überregionalen Zusammenschlüssen. Es besteht heute keine Übersicht über kantonale oder regional zusätzlich erhobene Daten und Kennzahlen. Sie liesse sich partiell und indirekt über eine Auswertung der Zusatzfelder, die über die elektronischen Schnittstellen zur Spitex-Statistik und SOMED fakultativ mitgeliefert werden können, erstellen. Es besteht auch keine Übersicht, innerhalb welcher Strukturen und Vorgaben die Aushandlungsprozesse über die Bereitstellung von ergänzenden Daten erfolgen.

Die Bereitstellung von Daten für Verhandlungen über Höhe und Ausgestaltung der Restfinanzierung (Ebene 3) ist bisher nur rudimentär über kantonale oder teils kantonsübergreifende Auswertungen (z. B. Benchmark Zentralschweiz, Rehabnet Zürich, Spitex Service Center Bern) gelöst.

Voraussetzungen für Kostentransparenz/Checkliste

Kostentransparenz setzt das Zusammenspiel von Elementen auf ganz verschiedenen Ebenen voraus. Diese reichen von der technischen Ebene über Handbücher und regulatorische Vorgaben bis

hin zu Anwenderwissen und Schulung und umfassen auch die Ausgestaltung und Etablierung von Aushandlungsprozessen und Institutionen.

Um dieses Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren zu erfassen, orientieren sich die Untersuchung der Ausgangslage und die Roadmap des Detailkonzepts an der folgenden «Checkliste»:

1. Handbücher/Vorgaben zur einheitlichen Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen (betreffend Kontenrahmen, Kostenrechnung, Anlagebuchhaltung und Abgrenzungen)
2. Robuste Primärsysteme zur Erfassung der primären Daten und gegebenenfalls Schnittstellen zwischen den Systemen (Lohnbuchhaltung, Finanzbuchhaltung, Anlagenbuchhaltung, Zeit- und Leistungserfassung, Faktura, Klientenadministration); Anwenderwissen und Schulung
3. Auswertungen, Datenexporte, Validierungsroutinen (statische oder dynamische Schnittstelle zur Weiterbearbeitung in Schritt 4)
4. Tools für die Erstellung der Kostenrechnung/Betriebsabrechnungsbogen, inkl. Hilfstools für einzelne Bereiche, Schulung und Beratung
5. Benchmarkplattformen zur Konsolidierung und Auswertung der Daten
6. Pflegeassessments-/Pflegetebedarfserhebungsinstrumente sowie Pflegedokumentationen zur Ermittlung des Pflegebedarfs und zur Erfassung von Daten für die Berechnung von Qualitätsindikatoren
7. Klare Vorgaben von Kennzahlen bezüglich Kosten und Qualität und robuste Tarifstrukturen

Die Checkliste berücksichtigt in Anlehnung an Abbildung 1 die enge Interdependenz von Kostentransparenz und Vorgaben des Finanzierungs- und Vergütungssystems. Die Auslegeordnung in den folgenden Unterkapiteln richtet sich auf die Frage, welche Elemente in welcher Qualität bereits heute vorhanden sind. Die Umsetzungsszenarien in Abschnitt 5.1 konzentrieren sich auf die Fragen, welche Elemente aus privater/marktwirtschaftlicher Initiative entstehen, welche durch öffentliche Institutionen oder mit Unterstützung der öffentlichen Hand aufgebaut werden müssen und in welchem Zeitraum verlässliche Grundlagen für die notwendigen Elemente bereitstehen.

Je nach Tätigkeitsbereich der Pflege unterscheidet sich die Unterstellung unter Tarifverträge. Es gelten Art. 49 KVG für Spitäler und Art. 50 KVG für Pflegeheime mit einer sinngemässen Anwendung von Art 49 Abs. 7 und 8 KVG auch für Pflegeheime. Die beiden letztgenannten Absätze verpflichten Spitäler und Pflegeheime dazu, über geeignete Führungsinstrumente, eine nach einheitlicher Methode erstellte Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu verfügen. Diese sollen alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spital- und Pflegeheimplanung notwendigen Daten beinhalten. Die Verpflichtung wird in der «Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung» (VKL) weiter spezifiziert. Verpflichtungen der Spitexorganisationen zur Führung geeigneter Instrumente sind bislang nur auf kantonaler Ebene und dort zum Teil erst auf der Ebene von Leistungsverträgen festgelegt.

Die Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Änderung vom 21. Juni 2019) soll in Verbindung mit einer überarbeiteten Verordnung zur Krankenversicherung (KVV), die zurzeit in der Vernehmlassung ist, voraussichtlich auf den 01.01.2021 in Kraft treten. In einer Ergänzung zu Artikel 43 KVG wird im überarbeiteten Gesetz festgehalten, dass sich die Tarife und Preise an der Entschädigung jener Leistungserbringer orientieren sollen, welche die Leistung nicht nur effizient und günstig sondern

auch in der notwendigen Qualität erbringen.¹⁶ Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer sollen gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abschliessen. Diese Qualitätsverträge regeln unter anderem die Qualitätsmessungen, die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und ihre Überprüfung sowie die Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags (Art. 58a KVG neu). Die Regeln zur Qualitätsentwicklung orientieren sich ebenfalls an jenen Leistungserbringern, welche die obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 58a Abs. 3 KVG neu).

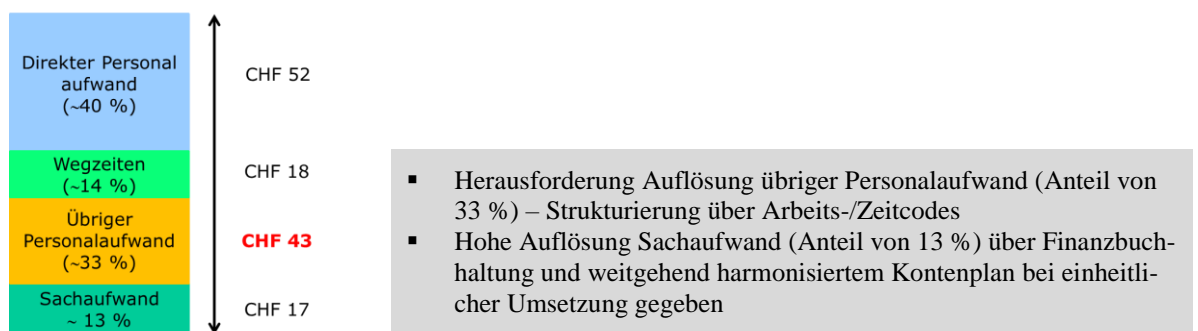
Mit dieser Rahmenordnung wird eine enge Verbindung zwischen Kostentransparenz, Qualitätsmessung/-entwicklung und Tarifen/Preisen einerseits und individueller betrieblicher Transparenz und einem betriebsübergreifenden Benchmark andererseits geschaffen.

2.2.1 Kostentransparenz in der Pflege im ambulanten Bereich

Illustration der Ausgangslage

Die Anforderungen an die Kostentransparenz treffen im Bereich der Spitex auf Voraussetzungen, die in der folgenden Abbildung am Beispiel der Vollkosten der Behandlungspflege, erhoben in einem Benchmark von 25 öffentlich-rechtlichen oder gemeinnützigen Organisationen mit Versorgungspflicht aus zehn Kantonen, illustriert werden.

Abbildung 2 Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege im Vergleich (2015)



Die Grafik zeigt am Beispiel der Behandlungspflege eine Untergliederung der zentralen Kostenbestandteile. Anhand des Gewichts der verschiedenen Kostenblöcke wird deutlich, wo die grössten Herausforderungen einer erhöhten Kostentransparenz im Bereich Spitex liegen: harmonisierte Umlage der Wegzeiten und höhere Auflösung übriger Personalaufwand.

Quelle: Wächter et al. (2017).

Die Zuweisung und Abgrenzung des direkten Personalaufwands auf den Kostenträgern der Pflege nach KLV Art. 7 ist im Bereich Spitex durch das Erfassen der geleisteten verrechenbaren Stunden direkt auf den Klienten gegeben. Herauszuarbeiten im Verbund von Kostenrechnung und Benchmark sind Einflussfaktoren auf gerechtfertigte Unterschiede im direkten Personalaufwand zwischen Organisationen im Unterschied zu Ineffizienzen (Lohnniveau, Skill-Grade-Task-Mix, Abwesenheiten aufgrund von Krankheit und Unfall etc.).

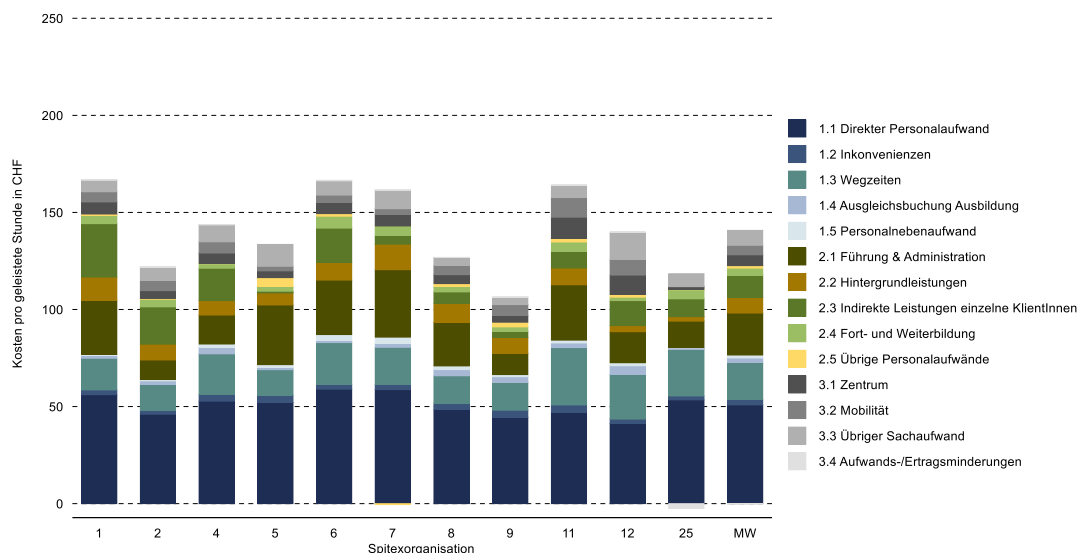
¹⁶ Art. 43 Abs. 4bis KVG (Änderung vom 21. Juni 2019): Tarife und Preise orientieren sich an der Entschädigung jener Leistungserbringer, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

Es zeigen sich grosse Unterschiede zwischen Organisationen in den Wegzeiten pro geleistete/verrechnete Stunde, die einen hohen Einfluss auf die Vollkosten der Pflege haben. Nicht begründbare Unterschiede in der Verteilung der Wegzeiten auf die einzelnen Leistungsarten der Pflege (Abklärung und Beratung, Untersuchung und Behandlung, Grundpflege) müssen durch eine Harmonisierung der Umlageschlüssel abgebaut werden. Ansonsten sind auch bei den Wegzeitkosten Einflussfaktoren auf gerechtfertigte Wegzeitunterschiede zwischen Organisationen im Unterschied zu Ineffizienzen herauszuarbeiten. Dazu gehören auch betriebsexterne Strukturvariablen wie geographische Gegebenheiten, Verkehrsinfrastruktur oder Bevölkerungsdichte.

Eine wichtige Herausforderung liegt bei der Analyse des übrigen Personalaufwands aus Strukturzeiten/Hintergrundleistungen und Leistungen in der Führung und Administration. Dieser Anteil betrug im Benchmark der 25 Organisationen rund 33 Prozent der Vollkosten. Der Schlüssel zu einer erhöhten Kostentransparenz liegt hier in der Arbeitszeiterfassung nach Tätigkeiten und validierten Umlageschlüsseln auf Kostenträger. Der Sachaufwand betrug im Benchmark beim Kostenträger Behandlungspflege rund 13 Prozent. Über die Vorgabe des Kontenplans und der Kostenarten im Finanzmanual lässt sich die Auflösung dieser Kostenanteile bei einer Harmonisierung und Validierung der Kostenstellenrechnung und Umlageschlüssel gut steuern.

Der Benchmark illustrierte nicht nur die Herausforderungen für Kostentransparenz im Bereich der Spitex. Er zeigte zugleich auf, wie gross die aktuellen Kostenunterschiede zwischen Spitexorganisationen selbst bei einer Harmonisierung der Umlageschlüssel und der Kostenrechnung basierend auf hochauflösenden Primärdaten sind.

Abbildung 3 Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege nach Spitexorganisation (2015)



MW steht für den Mittelwert der berücksichtigten Spitexorganisationen.

Ein Vergleich der Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege ausgewählter Spitexorganisationen mit Versorgungspflicht zeigt grosse Unterschiede sowohl in Bezug auf Höhe als auch Zusammensetzung der Kosten. Die Gründe für diese grossen Kostenunterschiede sind bislang nicht ausreichend erforscht.

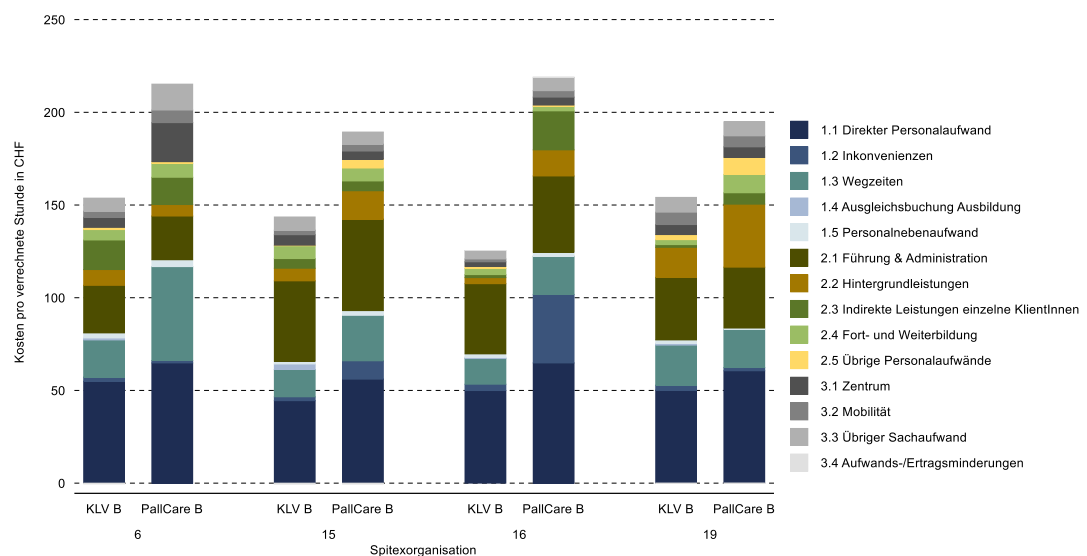
Quelle: Wächter et al. (2017).

Der Vergleich der Vollkosten der Behandlungspflege im Benchmark von 25 Organisationen mit Versorgungspflicht in Abbildung 3 spiegelt die Herausforderung, Einflussfaktoren auf gerechtfertigte Kostenunterschiede unter Berücksichtigung von geeigneten Qualitätsindikatoren und transparenter Abgrenzung von den Kosten der Versorgungspflicht sowie weiterer gemeinwirtschaftlicher Leistungen zu identifizieren und zu quantifizieren.

Zur Kostentransparenz gehören damit nicht nur eine einheitliche Erfassung und harmonisierte Kostenrechnung, sondern auch die Identifikation von Einflussfaktoren gerechtfertigter Kostenunterschiede. Wie am Beispiel der Wegzeiten aufgezeigt, sind hier neben betrieblichen Kennzahlen auch externe Strukturvariablen wie Geographie, Infrastruktur, Arbeitsmärkte oder funktionale Einbindung der Leistungserbringer in die Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.

Inwiefern dabei auch Unterschiede in den Klientenstrukturen und Versorgungsaufgaben eine Rolle spielen, zeigt eine Sonderauswertung des Benchmarks mit einer Unterscheidung von Leistungen der Pflege nach KLV, die von Teams der Grundversorgung im Vergleich von Teams mit einem Leistungsauftrag des Kantons resp. der Gemeinden im Bereich der spezialisierten Palliative Care erbracht werden.

Abbildung 4 Vergleich der Kostenstrukturen zwischen Behandlungspflege Grundversorgung und Behandlungspflege spezialisierte Palliative Care



Die Kosten einer Spitexorganisation für Behandlungspflege unterscheiden sich stark, je nachdem ob es sich bei der Behandlungspflege um Grundversorgung oder spezialisierte Palliative-Care-Leistungen handelt. Dies deutet daraufhin, dass ein Teil der Kostenunterschiede zwischen Spitexorganisationen auf unterschiedliche Versorgungsaufgaben mit unterschiedlichen Klientenstrukturen zurückgeht.

Quelle: Wächter et al. (2017).

Werden diese Kostenträger nicht separat ausgewiesen, fließen diese Leistungen zusammengefasst auf die Kostenträger KLV A bis KLV C und verzerren den Vergleich zwischen Spitexorganisationen. Dies gilt auch analog für Leistungen einer Nachtspitex (im Gegensatz zu einzelnen Nachteinsätzen) oder Leistungen von spezialisierten Teams im Bereich der psychiatrischen

Pflege. Hier bräuchte es Vorgaben, welche Leistungen als spezialisierte Leistungen gelten resp. wann einem Team als spezialisiertem Team eigene Kostenträger zugewiesen werden.

Eine zusätzliche Herausforderung bei der Erstellung von Kostentransparenz im Bereich der ambulanten Pflege sind die enormen Grössenunterschiede der verschiedenen Organisationen (vgl. Tabelle 7 im Anhang). Im Jahr 2017 gab es 584 öffentlich-rechtliche und private gemeinnützige Spitexorganisationen, sowie 386 private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen. Von diesen bestanden rund 14 Prozent einzig aus bis zu einem Vollzeitäquivalent, während 3.2 Prozent der Organisationen mehr als 100 vollzeitäquivalente Stellen anbieten. Hinzu kommen 939 selbständige arbeitende Pflegefachpersonen. Eine konzeptionelle und operative Lösung zu finden, die diesen unterschiedlichen Betriebsgrössen gerecht wird, ist eine zusätzliche Schwierigkeit.

Handbücher/Vorgaben zur einheitlichen Erfassung der Daten und Zuweisung zu Kostenarten, -stellen und -trägern

Die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) und die (selbständigen) Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 49 KVV) werden von der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung (VKL) nicht erfasst. Spitex Schweiz hat zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011 eine überarbeitete Version des Finanzmanuals Spitex (3. überarbeitete Fassung) zur Harmonisierung der Datenerfassung und Kostenrechnung veröffentlicht. Es ist den Kantonen und Gemeinden überlassen, inwieweit sie das Finanzmanual als verbindliche Grundlage zur Berechnung der Restfinanzierungsbeiträge der öffentlichen Hand vorschreiben, mit eigenen Anforderungen ergänzen oder unabhängige Vorschriften erlassen.

Studien der Hochschule Luzern – Wirtschaft (Wächter et al., 2017) und EcoPlan (2014) zeigen auf, dass selbst Organisationen, die sich auf das Finanzmanual 2011 abstützen, noch grosse Unterschiede in der Interpretation und Anwendung aufweisen. Ein Teil der Unterschiede geht auf eine unterschiedliche Definition und Anwendung der grundlegenden Klassifikation der Kostenarten und ihrer Zuweisung auf Kostenstellen und -träger zurück. Eine weitere Schwäche liegt in der zu wenig ausdifferenzierten Herleitung und Beschreibung des Kennzahlensystems, welches der Datenerfassung zugrunde liegt. Das Finanzmanual 2011 stellt mehrheitlich eine Umsetzung der minimalen Anforderungen der KLV dar, die auf der Seite der Kostenträger keine Unterscheidung zwischen Leistungen der Grundversorgung und spezialisierten Leistungen fordert und keine Hinweise gibt, in welcher Form nicht verrechenbare oder direkt zuordnungsbar Leistungen strukturiert erfasst werden sollen, um in die Abgeltung der Pflegeleistungen einzufließen.

Auf den 01.01.2021 tritt die 4. Fassung des Finanzmanuals (Finanzmanual 2020) in Kraft, welche zu einer grösseren Klarheit in den grundlegenden Definitionen der Kostenarten führen soll und ein abschliessendes Kapitel den Kennzahlen widmet.

Nach unserer Einschätzung erreicht das Finanzmanual 2020 folgende Ziele. Eine Klärung und Harmonisierung des Kontenrahmens und der Kostenarten, der Anlagerechnung und der Kostenträger wurde umgesetzt. Eine erste Bereinigung und Harmonisierung der Zeitcodes zur Arbeitszeit- und Leistungserfassung sowie der Kostenstellen wurde erreicht und ein erster Entwurf Kennzahlensystem liegt vor. In diesen Punkten besteht noch ein weiterer Klärungsbedarf. Eine klarere Abgrenzung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Ausbildung, erweiterte Leistungsaufträge in der Beratung und Koordination etc.) wurde angestrebt. Die Kostenrechnung wurde nur leicht modifiziert und Empfehlungen für Umlageschlüssel (mit Wahlmöglichkeiten) formuliert. Angesichts der Unterschiede in der Grösse und dem Leistungsspektrum der Spitexorganisationen und den aktuell angetroffenen Unterschieden in den Vollkosten der Pflege nach Leistungsart scheint

es plausibel, dass das Kostenrechnungsmodell verfeinert und die Wahl der Schlüssel – empirisch abgestützt – stärker eingeschränkt werden muss. Das Problem der Definition und Erfassung der Kosten der Versorgungspflicht über Kennzahlen und zusätzliche Kostenfaktoren (Wegstrecken, spezialisierte Leistungen wie Palliative Care, Nachtdeckung, Abdeckung 7-22 Uhr, Vorhalteleistungen im Sinne von Kapazitätsreserven) konnte nicht abschliessend gelöst werden.

Unabhängig von der Ausgestaltung des Finanzmanuals steht es den Kantonen oder Gemeinden weiterhin frei, abweichende Vorgaben zu machen. Die Vergleichbarkeit der Kostenrechnungen ist damit auch mit dem neuen Finanzmanual nicht gewährleistet.

Robuste Primärsysteme (und Schnittstellen zwischen den Systemen)

Bei den Primärsystemen gibt es eine grosse Vielfalt an Anbietern. Die Systeme sind unterschiedlich robust in Bezug auf die grundsätzliche Klassifikation von Daten, fehlerhafte Parametrisierungen durch Anwender und die Validierung von Dateneingaben. Zwischen den verschiedenen Anwendungsbereichen (Lohnbuchhaltung, Finanzbuchhaltung, Anlagenbuchhaltung, Zeit- und Leistungserfassung, Faktura, Klientenadministration) bestehen häufig Brüche und es gibt nur wenige automatisierte Schnittstellen.

Auswertungen, Datenexporte, Validierungsroutinen

Aktuell verfügen nur wenige Organisationen über dynamische Schnittstellen zwischen ihren Primärsystemen und einem Kostenrechnungsmodul oder eine integrierte Softwarelösung. Mehrheitlich erfolgt eine statische Übernahme von Daten aus Excel-Auswertungen. Validierungsroutinen kommen in sehr geringem Masse zur Anwendung.

Kostenrechnungsmodell und Tools für die Erstellung Kostenrechnung/Betriebsabrechnungsbogen

Eine weitere Ursache für fehlende Kostentransparenz im Bereich der ambulanten Pflege liegt in der Auflösung der heutigen Kostenrechnungen (Wächter et al., 2017). Die Auflösung der heute bereits zur Verfügung stehenden Primärdaten werden von den dominierenden Kostenrechnungsmodellen, welche zumeist als excelbasierte Instrumente konzipiert wurden, nicht genutzt. Die Differenzierung der Leistungs- und Aufwandserfassung wird im ersten Bearbeitungsschritt der Kostenrechnung radikal zusammengefasst und geht somit für spätere Auswertungen und Betriebsvergleiche verloren. Die Auflösung der Kostenstellen und -träger der heute dominierenden Umsetzungen entsprechen nicht den Anforderungen eines differenzierten Kennzahlensystems.

Ein weiteres Hindernis auf dem Weg zu Kostentransparenz bei der Pflege im ambulanten Bereich stellt das heutige Umlagesystem dar, welches in den dominierenden Kostenrechnungsmodellen implementiert ist. Es wurde bislang keine Balance bei der Definition und Verwendung von Umlageschlüsseln zwischen der Abbildung von betriebsspezifischen Besonderheiten und betriebsübergreifender Transparenz und Harmonisierung gefunden. Die Schwäche der heutigen Umlageschlüssel liegt vor allem in der Verteilung von Aufwänden (Overhead/Administration und Wegzeiten) auf die Pflegeleistungen einerseits und hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen andererseits. Innerhalb der Pflegeleistungen betrifft dies zusätzlich die Unterscheidung der Vollkosten der Pflege nach Leistungsart KLV A, B und C. Zudem ist das Umlagesystem selbst zu wenig differenziert, indem grosse Kostenblöcke mehrheitlich auf der Betriebsebene aggregiert und umgelegt werden. Aufwände würden verursachergerechter verteilt, wenn unterschiedliche Umlageebenen vom Betrieb über Abteilung und Team bis hinunter zur Umlage auf Klienten- oder Fallgruppen genutzt werden (Wächter et al., 2017).

Das neue Finanzmanual 2020 verfeinert die Kostenstellen- und Kostenträgerstruktur. Aber es lässt noch grosse Spielräume beim Einbezug der Organisationsstruktur in das Kostenrechnungsmodell sowie bei der Wahl der geeigneten Umlageebenen und Umlageschlüssel. Diese Spielräume müssen aufgrund der Erfahrungen bei der Umsetzung und den empirischen Ergebnissen eines ausdifferenzierten Benchmarks verringert werden. Auf diesen Ebenen wird das Inno-suisseprojekt «Kennzahlensysteme und Kostenmanagement der Spitex» einen Beitrag leisten.

Benchmarkplattformen

Bei der Spitex gibt es verschiedene Benchmarkinitiativen im Bereich der Kosten und Leistungen, z. B. der Städtetreff Spitex, Rodix, Rehabnet, Spitex Service Center oder kantonaler/regionaler Gruppierungen. Die Robustheit der Kosten- und Kennzahlenvergleiche ist jedoch gemäss Analyse der Kostenrechnungsmodelle und Qualität und Harmonisierungsgrad der Primärdaten noch gering (Ecoplan, 2014; Wächter et al., 2017). Im Bereich der Qualitätssicherung und -entwicklung ist die Plattform Home Cara Data von Spitex Schweiz hervorzuheben.

Für Betriebsvergleiche stehen heute weder Strukturkennzahlen zur Abbildung des betrieblichen Umfelds noch «Qualitäts- resp. Dossierkennzahlen» zur Abbildung unterschiedlicher Leistungs- und Klienten-/Fallstrukturen zur Verfügung. Zusätzlich fehlen Kennzahlen zur Abgrenzung der Kosten der Übernahme einer Versorgungspflicht und des Einflusses unterschiedlicher Finanzierungsmodelle auf die betrieblichen Organisationsformen und deren Kostenstrukturen. Damit können Kostenunterschiede weder zwischen Leistungserbringern verschiedener Leistungserbringergruppen noch innerhalb der einzelnen Leistungserbringergruppen begründet werden. Dies gilt sowohl für den interkantonalen als auch den intrakantonalen Vergleich. Die Unterscheidung verschiedener Leistungserbringergruppen gemäss Spitex-Statistik (öffentlich-rechtliche und gemeinnützige Organisationen, erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen) ist heute zu stark an die Organisationsform und Trägerschaft und nicht an die Rolle und Funktion in der Gesundheitsversorgung gebunden. Es fehlen Kriterien für eine Klassifizierung der Betriebe in homogene, benchmarkfähige Gruppen.

Pflegebedarfsermittlungsinstrumente und ärztliche Anordnung

Für die Pflegebedarfserhebung kommen in der Schweiz im Bereich der ambulanten Pflege unterschiedliche Instrumente zum Einsatz. Die Kantone und Gemeinden regeln die Bestimmungen zur Verwendung von Instrumenten zur Erhebung des Pflegebedarfs und Erstellung der Pflegeplanung uneinheitlich. Ihr Handlungsspielraum, ein einheitliches Erfassungssystem verbindlich vorzuschreiben, scheint, wie das Beispiel eines Gerichtsbeschlusses im Kanton Thurgau aufzeigt, beschränkt zu sein. Der Kanton durfte nur eine Empfehlung aussprechen, um bestimmte Softwareanbieter nicht auszuschliessen. Eine Regelung auf Bundesebene besteht nicht. Der Administrativvertrag zwischen Spitex Schweiz und ASPS einerseits und den Krankenversicherern andererseits überlässt den Leistungserbringern die Wahl eines standardisierten Bedarfsabklärungsinstrumentes. Die Pflegebedarfsermittlungsinstrumente dienen der Bestimmung der notwendigen Pflege-massnahmen und Richtzeiten für die Pflegeplanung und als Grundlage für den ärztlichen Auftrag und die ärztliche Anordnung. Verrechnet werden jedoch die tatsächlich erbrachten Leistungen. Die KLV lässt eine Überprüfung der Bedarfsermittlung sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen durch die Krankenversicherer zu (Art. 8a KLV).

Das in der Schweiz in der ambulanten Pflege dominierende Instrument, welches auch in Spitex-Software-Lösungen integriert ist (als Wahlmodul), ist interRAI HC_{Schweiz} (bis 2019 Rai-HC). Das

Instrument bestimmt über die Datenerfassung einen standardisierten Mindestdatensatz in den Bereichen «Administrative Daten und Anfrage (neu SDA, vormals ADUA), der Bedarfsabklärung (neu keine separate Bezeichnung, sondern als interRAI HC bezeichnet, vormals MDS für Minimal Data Set), Entlassungsmanagement sowie Leistungsplanungsblatt (LPB)». Für die Erstellung der Pflegediagnosen und -planung stehen weitere Hilfsmittel wie z. B. die Pflegedatenbank «Nanda» zur Verfügung.

Den Autoren dieser Studie ist zum jetzigen Zeitpunkt ihrer Recherche keine Studie zu Unterschieden in der Pflegebedarfserhebung und Pflegeplanung im ambulanten Bereich in der Schweiz bekannt. Unterschiede in den Prozessen und Ergebnissen zwischen verschiedenen Organisationen sind jedoch im Hinblick auf die Frage der Kosteneffizienz einer Versorgung, der Qualitätssicherung und -entwicklung und Fehlanreizen in der Tarifierung zu thematisieren.

Lücken bei der Herstellung von Kostentransparenz

- Eine höhere Auflösung und eine Überprüfung und Validierung der Kostenrechnungsmodelle (Kostenstellen/Zeitcodes, Umlageebenen, Umlage- und Verteilschlüssel, Verteilung Wegzeiten) ist notwendig. Je direkter die Kostenrechnungen sich auf Primärdaten abstützen können, desto wirksamer sind die Validierungsroutinen und Rückspiegelungen in Bezug auf die Datenqualität. Dies bedingt eine Weiterentwicklung der Kostenrechnungstools und eine Verbesserung der Schnittstellen zwischen den Primärsystemen.
- Die Vorgaben von Kantonen und Gemeinden im Rahmen der Abgeltung der Restfinanzierung beeinflussen die Kostenrechnungen, die Darstellung der Vollkosten und Zuweisung der Erträge. Es besteht derzeit keine, bzw. keine hinreichende Übersicht über diese Vorgaben und Weisungen.
- Die Unterscheidung der Pflegevollkosten nach den drei Leistungsarten KLV A, KLV B und KLV C ist auf der Grundlage der heutigen Kostenrechnungsdaten nicht belastbar. Auf dieses Problem wurde bereits im Schlussbericht von INFRAS aus dem Jahr 2007 zur Ermittlung der Vollkosten für die neue Pflegefinanzierung hingewiesen.¹⁷ Es ist bis heute nicht gelöst.
- Für eine einheitliche Abgrenzung der Kosten der Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV ist eine Operationalisierung und Abgrenzung der Kosten der Versorgungspflicht sowie eine national einheitliche Abgrenzung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Ausbildung, Beratung von Angehörigen etc.) notwendig.
- Die Analyse der bestehenden Kostenunterschiede erfordert die Entwicklung eines robusten und statistisch validierten Kennzahlensystems inkl. der Ableitung von Betriebsklassifikationen. Dies bedingt den Aufbau höher auflösender Benchmarkplattformen.
Die heutigen Betriebsvergleiche haben eine sehr begrenzte Aussagekraft. In den be-

¹⁷ «Die Ergebnisse weisen Differenzen zwischen der teuersten und günstigsten Kategorie zwischen 5% und 116% auf. Dies lässt an der richtigen Abgrenzung der Kosten durch die Betriebe zweifeln. [...] Hinzu kommt, dass das Finanzmanual im Jahr 2004 zum ersten Mal bei den Betrieben zu Anwendung kam und noch Unsicherheiten bei der Abgrenzung bei den Betrieben bestanden. Die Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Kategorien sind daher aus unserer Sicht mit Vorsicht zu verwenden» (Vettori et al., 2007, S. 52).

stehenden Benchmarksystemen werden bereits berechnete Sekundärdaten eingespeist, die nur noch einer begrenzten Validierung unterzogen werden können. Unterschiede in der Erfassung der Primärdaten und in der Weiterverarbeitung bis hin zu den verwendeten Umlagemechanismen sind praktisch nicht mehr sichtbar.

- Fragen nach der Abgeltung einer Versorgungspflicht oder einer höheren Abgeltung von spezialisierten Leistungen (Palliative Care, psychiatrische Pflege, Kinderspitex, Nachtspitex, Wundambulatorium/Wundpflege) können aktuell nicht statistisch breit abgestützt und robust beantwortet werden.
- Mittelfristig muss eine Einbindung von Klientenstrukturen und Qualitätsindikatoren in die Kostenrechnung und den Benchmark erfolgen, um bei Betriebsvergleichen Unterschiede in den beiden Dimensionen Versorgungsgeschehen und Struktur- und Prozessqualität berücksichtigen zu können.

2.2.2 Kostentransparenz im Bereich der Pflege in Pflegeheimen

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011 und der Kostenbeteiligung der öffentlichen Hand an den Pflegekosten hat die Kostenrechnung in Pflegeheimen an Bedeutung gewonnen.

Pflegeheime müssen gemäss VKL¹⁸ seit dem 1. Januar 2009 eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik führen und eine Zeiterfassung vornehmen, um die Kosten der Betreuung und der Pension auszuscheiden und diejenigen der KVG-pflichtigen Pflege¹⁹ zu ermitteln (H+, 2018, S. 44). Sie müssen darüber hinaus Transparenz über die gemeinwirtschaftlichen Kosten sowie Kosten der Versorgungspflicht schaffen, damit Kantone und Gemeinden die Höhe der Restfinanzierung festlegen können.

Handbücher/Vorgaben zur einheitlichen Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen

Im Regelfall orientieren sich Pflegeheime an der Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime von Curaviva (CURAVIVA Schweiz, 2019).²⁰ Bestimmte Pflegeinstitutionen, namentlich Spitäler mit angeschlossener Langzeitpflegeabteilung und Institutionen mit einem spezialisierten Leistungsangebot orientieren sich primär an REKOLE^{®21} und ITAR_K^{®22}, der H+ Branchenlösung Rechnungswesen und Controlling. Beide Branchenlösungen bieten substantielle und im Falle von REKOLE[®] auch zertifizierte Grundlagen für die Rechnungslegung inkl. Anlagebuchhaltung und das Erstellen harmonisierter Kostenrechnungen. Wenn im Folgenden die Schlüsselstellen einer auf Kostentransparenz ausgerichteten Kostenrechnung am Beispiel der Kostenrechnung nach Handbuch Curaviva beschrieben werden, dann wegen des spezifischeren Fokus dieser Branchenlösung auf die Abgrenzung der Pflege von Betreuungsleistungen und Pension sowie einer vertieften Auseinandersetzung mit der Problematik der Umlage- und Verteilungsschlüssel im Bereich der Pflege im Pflegeheim. Diese Elemente sind vollständig in eine Kostenrechnung nach REKOLE[®] integrierbar, stehen aber nicht im Fokus der Ausführungen des Handbuchs. Die meisten Kantone empfehlen die Nutzung der betriebswirtschaftlichen Instrumente von

¹⁸ Art. 9, 11, 12, 14, 15 VKL.

¹⁹ Art. 7 Abs. 2 KLV führt die Pflegeleistungen abschliessend auf. Versicherer dürfen aus der Grundversicherung nur Beiträge an die explizit aufgeführten Pflegemassnahmen leisten. Dazu gehören keine Betreuungsleistungen.

²⁰ Das Handbuch «Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime» (Version 2019) von Curaviva gilt als integrierender Bestandteil zum Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime.

²¹ H+ (2018b).

²² ITAR_K[®], 10.0, <https://www.hplus.ch/de/rechnungswesen/itar-kc/> (Seite eingesehen im April 2020).

Curaviva oder haben in Anlehnung daran eigene Vorlagen erarbeitet, REKOLE® wird aktuell von keinem Kanton empfohlen.²³

Curaviva macht in ihrem 2019 revidierten Kostenrechnungs-Handbuch Vorgaben zu Kostenarten, Kostenstellen, Leistungsangebot; Kostenträgern und Kostenträger-Leistungseinheit. Das Handbuch versteht sich im Kern als Anleitung für den Einsatz des 2019 ebenfalls entsprechend überarbeiteten Excel-Tools von Curaviva.

- *Kostenarten: Welche Kosten fallen an?* – Es handelt sich um Personal- (Lohn, Sozialleistungen), Sach- und Anlagenutzungskosten (Abschreibungen und Zinsen). Als Kostenarten fungieren auch die Haupt- (Pension, KVG-Pflege, Betreuung) und Nebenerträge (Einnahmen der öffentlichen Hand, Subventionen, Spenden etc.).
- *Kostenstellen: Wo sind Kosten entstanden?* – Curaviva differenziert zwischen dienstleistenden Kostenstellen (Hilfskostenstellen)²⁴ und leistungserbringenden Kostenstellen (Hauptkostenstellen). Seit 2019 wird bei den letzteren differenziert zwischen «Pflege allgemein», «Betreuung» und «KVG-Pflege» (bisher gab es lediglich die Hauptkostenstelle «Pflege und Betreuung»).
- *Leistungsangebote: Für welche Leistungsangebote sind Kosten entstanden?* – Leistungsangebote sind im Kern Langzeitpflege (LZP), Tages- oder Nachstrukturen (ToNs²⁵), sowie Akut- und Übergangspflege (AÜP). Auf dem Kostenträger LZP werden auch die Kosten und Erlöse für Bewohnende mit Kurzaufenthalt erfasst.²⁶ Jedes Leistungsangebot wird vom Betrieb mit einer separaten ZSR-Nummer abgerechnet.
- *Kostenträger: Für welche Kostenträger im Leistungsangebot sind die Kosten entstanden?* – Die zentralen Kostenträger in den KVG relevanten Angeboten sind Pension (verrechnete Pensionstage), KVG-Pflege (Pflegetage bzw. Anzahl Tage pro Pflegestufe) sowie Betreuung (verrechnete Betreuungstage bzw. Aufenthaltstage).
- *Kostenträger-Leistungseinheit: Was kostet die einzelne messbare Leistung?* – Kostenträger-Leistungseinheiten sind der Pensionstag (Kosten Pension geteilt durch die verrechneten Pensionstage), der Aufenthaltstag Betreuung (Kosten Betreuung geteilt durch die verrechneten Aufenthaltstage (pauschal oder abgestuft nach Betreuungsbedarf)) sowie die Pflegetage oder die Pflege pro Tag und Pflegestufe (Kosten Pflege geteilt durch Leistungseinheit Pflege). Die verwendete Leistungseinheit Pflege entspricht dabei nicht den tatsächlich geleisteten Pflegetagen, sondern basiert auf der Einteilung der Patienten in Pflegebedarfsstufen bzw. der jeder Pflegebedarfsstufe zugewiesenen Normzeit. Als Betreuungsleistungen gelten für den Bewohner während der Anwesenheit in der Institution erbrachte Leistungen. Zur Ermittlung der Betreuungskosten pro Tag gilt daher nicht der verrechnete Pensionstag, sondern der Anwesenheitstag als Leistungseinheit. Weil der Betreuungsaufwand unabhängig vom Pflegebedarf ist, orientiert sich die Abstufung der Verrechnungseinheiten für Betreuung nicht am KVG-Pflegebedarf (CURAVIVA Schweiz,

²³ Eine Übersicht über den empfohlenen oder vorgegebenen Rechnungslegungsstandard für das Jahr 2016 findet sich in Tabelle 26 der Evaluation zur Neuordnung der Pflegefinanzierung (Trageser et al., 2018).

²⁴ Umgebung, Gebäude, Energie/Heizung/Wasser, Technischer Dienst, Leitung, Verwaltung, Hauswirtschaft, Wäscherei, Reinigung, Küche, Speisesaal, Zentralmagazin, Apotheke. Seit 2019 bestehen fakultative dienstleistende Kostenstellen wie Informatik, Ausbildungsverantwortung und Cafeteria.

²⁵ Die Klientin hält sich in einer Institution entweder tagsüber oder nachts auf. Sie belegt kein stationäres Bett im Sinne der Bettenplanung.

²⁶ Kurzaufenthalte sind eine Kategorie der SOMED. Sie bezeichnen den vorübergehenden Aufenthalt einer Person auf einem Kurzzeitplatz einer Institution. Kurzzeitplätze sind via Betriebsbewilligung des Kantons autorisiert.

2019, S. 39). In einer Kostenrechnung nach REKOLE® im Spital ist die Kostenträger-Leistungseinheit der einzelne Fall.

Nach der Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime von Curaviva sind die angefallenen Kosten sachlich adäquat abzugrenzen und über Kostenstellen einem Kostenträger und einer Kostenträger-Leistungseinheit zuzuordnen. Personalleistungen sind mit einer Tätigkeitsanalyse zu erheben und deren Kosten den Kostenträgern zuzuordnen. Wegen der hohen Bedeutung der Anlagenutzungskosten wird die einheitliche Erfassung der damit verbundenen Kostenarten und sachlichen Abgrenzungen (Abschreibungen, Mieten, Leasing, Zinsen) ausführlich behandelt.

Robuste Primärsysteme und Schnittstellen zwischen den Systemen, Validierungsroutinen

Basis zur Kostenrechnung des Berichtsjahres sind spezifische betriebliche Auswertungen der Anlagenutzungskosten aus der Anlagebuchhaltung und Auswertungen aus der Tätigkeitsanalyse für die Pflegepersonal-Kostenarten, Auswertungen der Finanz- und Lohnbuchhaltung, Auswertungen der fakturierten Pensions- und Aufenthaltstage pro Leistungsangebot LZP, AÜP und ToNs sowie der fakturierten Pflegetage und Pflegeminuten pro Pflegestufe und Leistungsangebot.

Die Primärsysteme in den Bereichen Administration, Finanz- und Lohnbuchhaltung, Pflegeassessment sowie Pflegedokumentation verteilen sich auf eine Vielzahl von Anbietern. Für das Pflegebedarfserhebungsinstrument BESA und die betriebswirtschaftlichen Instrumente (inkl. Kostenrechnungstool) von Curaviva wurden Schnittstellen für das automatische Einlesen von Daten zu der Mehrheit der Primärsysteme geschaffen. Eine Einschätzung in Bezug auf die Schnittstellen der Primärsysteme zu anderen Pflegebedarfserhebungsinstrumenten und Kostenrechnungstools ist im Rahmen dieser Konzeptstudie nicht möglich.

Das Kostenrechnungs-Tool von Curaviva erlaubt einen direkten Datentransfer zur SOMED-Statistik sowie in ein Format, welches den Vorgaben des jeweiligen Kantons entspricht. Durch den direkten Import und Export werden Fehlerquellen wesentlich reduziert.

Curaviva entwickelt derzeit ein Plausibilisierungstool. Dieses umfasst einerseits bei der Datenerfassung eine im Vergleich zu heute umfassendere Checkliste (technische Plausibilisierung). Andererseits soll auch eine Validierung über einen Kennzahlenvergleich erfolgen. Pro Kennzahl wird eine Streubreite bestimmt. Abweichungen müssen begründet oder als Fehler behoben werden. Der Start des Pilotprojekts ist für den Spätherbst 2020 vorgesehen.²⁷

Tools – Erstellung der Kostenrechnung/Betriebsabrechnungsbogen, inkl. Hilfstools; Schulung und Beratung

Das Kostenrechnungs-Excel-Tool von Curaviva enthält auch einen Betriebsabrechnungsbogen. Für den Einsatz ihrer betriebswirtschaftlichen Instrumente bietet Curaviva Beratung (Kurse, Hotline etc.) und weitere Hilfstools an.

Zur Erfassung der Tätigkeiten von Pflegepersonen haben die Leistungserbringerverbände²⁸ als Hilfstool eine Tätigkeitsliste erstellt (CURAVIVA Schweiz, 2019, Anhang Tätigkeitsliste KGL²⁹). Darin werden die Leistungen des Pflegepersonals in KVG-pflichtige Leistungen sowie

²⁷ Gespräch mit D. Domeisen, Curaviva Schweiz, vom 19. Februar 2020.

²⁸ «Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz» (KGL) vertritt senesuisse, Curaviva Schweiz und HPlus.

²⁹ Die KGL unterscheidet bei der KVG-Pflege Kostenträger für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, für Massnahmen der Grundpflege sowie für Mass-

in Leistungen für Betreuung, Pension und Strukturzeiten unterteilt. Weil Pflege- und Betreuung im Wesentlichen durch dasselbe Personal geleistet wird, empfiehlt Curaviva zur Durchführung der Tätigkeitsanalyse den Einsatz eines weiteren Hilfstools, nämlich des Zeiterfassungsinstruments CURAtime³⁰. Pflegeheime, die ihre Personal- und Sachkosten der leistungserbringenden Kostenstelle «Pflege allgemein» zuweisen, können sie mittels handelsüblicher Tätigkeits- und Zeitanalyse auch präzise auf die Kostenstellen «KVG-Pflege» und «Betreuung» aufteilen. In diesem Sinne gibt es Pflegeheime, die auf der Grundlage der Tätigkeitsliste eine entsprechend detaillierte Kostenträgerstruktur und über Zeiterfassungsinstrumente KVG-pflichtige Pflege und Betreuung differenziert ausweisen und ihre betriebliche Personaleinsatzplanung plausibilisieren und optimieren.³¹

Zur Verteilung der Strukturzeiten und der Zeiten der leistungserbringenden Kostenstellen auf die Kostenträger Pension, Betreuung und KVG-Pflege wenden laut einer Umfrage mit Beteiligung von rund 350 Pflegeheimen über 40 Prozent der Pflegeheime aktuell eigene Verteilschlüssel an. Etwas mehr als die Hälfte stützt sie sich dabei auf Arbeitszeitanalysen ab, rund ein Drittel verwendet grobe Schätzungen (Trageser et al., 2018, S. 30). 36 Prozent der Pflegeheime wenden ihnen vom Kanton bzw. der Gemeinde vorgegebene Verteilschlüssel an, die sich am durchschnittlichen Schweregrad von Pflegeheimen orientieren. Somit dürften vor allem Leistungserbringer mit einem überdurchschnittlichen Schweregrad und entsprechend überdurchschnittlich qualifiziertem Personal benachteiligt werden. Eine saubere Ausscheidung der KVG-pflichtigen Pflegekosten ist somit in den meisten Heimen nicht gegeben (Felder & Straumann, 2019, S. 42). Bei der Aufteilung der Pflege- und Betreuungskosten besteht für Pflegeheime ohne Zeiterfassung ein Handlungsspielraum, den sie zur Beeinflussung ihrer Finanzierung nutzen können (Felder & Straumann, 2019, S. 25).³² Umgekehrt haben auch kantonale Vorgaben und Weisungen zu den anrechenbaren Kosten der Pflege, zu Zusatzbeiträgen und Einflüssen der Anlagenwerte und zu den Umlage- und Verteilschlüsseln einen grossen Einfluss auf die Ausgestaltung der betrieblichen Kostenrechnung, so dass diese zum Teil interkantonal nicht vergleichbar sind.

nahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung. Es gibt bei der KGL auch einen Kostenträger Pflege für nicht krankenkassenpflichtige Tätigkeiten. Das Kapitel «15 Kostenträger Pflege / nicht KK-pflichtige Tätigkeiten» dieser Tätigkeitsliste ist aufgrund eines Bundesgerichtsentscheides vom 27. April 2010 entstanden und wird bei der Verteilung der Betreuung zugerechnet (CURAVIVA Schweiz, 2019, S. 35).

³⁰ <https://www.curaviva.ch/Dienstleistungen/CURAtime-Taetigkeitsanalyse/PfN6N/> (Seite eingesehen im Februar 2020). Die Tätigkeitsanalyse kann mit Hilfe elektronischer Erfassungsinstrumente wie CURAtime durchgeführt werden. Mit CURAtime können sämtliche Leistungen gemessen werden, die KVG-pflichtigen Leistungen und die nicht KVG-pflichtigen Leistungen gemäss Tätigkeitsliste KGL: Die KVG-pflichtigen Leistungen gemäss KLV sind jeweils Bewohnerinnen und Bewohnern zuzuordnen. Darunter fallen alle Tätigkeiten der Grundpflege, der Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, der Untersuchung und Behandlung sowie der Abklärung, Beratung und Koordination. Die nicht-KVG-pflichtigen Leistungen umfassen Tätigkeiten der Betreuung und Aktivierung, Betreuung im Alltag, Betreuung und Unterhalt sowie Betreuung und administrative Tätigkeiten, die Pension und Hotellerie sowie die Tätigkeiten, die für einen Teilbetrieb, eine Abteilung oder die Institution als Gesamtheit erbracht werden (Strukturzeit).

³¹ Die entsprechenden Heime wissen, inwieweit die Pflegeeinstufung der Bewohnenden mit dem eingesetzten Arbeitsaufwand im Verhältnis steht, sprich: wie viel Pflegeleistungen sie aufgrund der Bedarfseinstufung erbringen müssten und wie viele Leistungen sie tatsächlich erbringen, und ob auffällig hohe Strukturzeiten eine Überprüfung der Ablauforganisation empfehlen.

³² Auch nach Einschätzung der Preisüberwachung (2011) dürften Pflegeheime ihren Ermessungsspielraum bei der Abgrenzung der Pflegekosten ausreizen. Bei Pflegesituationen wie Demenzerkrankungen und für die Grundpflege bei Palliativpatienten sind Teile der Pflegekosten als Pflege im Sinne des KVG schwierig auszuweisen. Deshalb werden diese Anteile weder von der Versicherung noch von der öffentlichen Hand finanziert. Demenzerkrankte und Palliativpatienten bezahlen somit teilweise krankheitsbedingte Leistungen als «Betreuung» selbst.

Benchmarkplattformen zur Konsolidierung und Auswertung der Daten

Insgesamt messen operative und strategische Entscheidungsträger in Pflegeheimen einer betrieblichen Kostenrechnung, die sie intern als betriebswirtschaftliches Führungsinstrument verwenden können, noch kaum Bedeutung bei. Gewisse Heime führen gar keine Kostenrechnung (Trageser et al., 2018, S. 29 ff.) oder lediglich eine Kostenrechnung, um die Daten für die SOMED-Statistik bereitzustellen. Nicht zuletzt dürfte als Grund für dieses Verhalten der Heime von Bedeutung sein, dass keine Zugangsregeln definiert sind, die es neuen Anbietern ermöglichen würden, mit einem besseren Preis-Leistungs-Verhältnis ineffiziente Anbieter zu verdrängen. Somit bestehen für Pflegeheime kaum Anreize, ihre Leistungen und Kostenstrukturen laufend zu überprüfen und sich zu optimieren (Cosandey, 2016). Aufgrund der wachsenden finanziellen Belastung der Finanzierungsträger durch die Langzeitpflege stellt sich aber politisch trotzdem zunehmend die Frage nach der Effizienz der Pflegeheime.

Ein erster Hinweis auf Ineffizienzen ergibt sich auf der Grundlage einer Onlinebefragung von Pflegeheimen. Danach bestehen beim Anteil der Personalkosten des Kostenträgers KVG-Pflege an den gesamten Personalkosten starke Unterschiede zwischen den Pflegeheimen (Trageser et al., 2018, S. 31). Kürzlich haben Felder & Straumann (2019) in Zusammenarbeit mit Curaviva Schweiz³³ ein multidimensionales Benchmarking basierend auf SOMED-Daten durchgeführt, das insofern Limitationen aufweist, als dass gewisse Informationen ungenügend detailliert, andere unplausibel oder fehlerhaft sein dürften. Die Kosteneffizienz der Institutionen wird dabei mit einer Stochastic Frontier Analysis (SFA) untersucht. Verwendete Kostengrößen sind die aggregierten «Nettokosten II»³⁴ der Kostenstellen «KVG-pflichtige Pflege», «Betreuung» und «Material MiGeL». Die Pflegeheime weisen basierend auf den Daten 2017 einen durchschnittlichen Effizienzwert von 0.93 aus, womit die Kosten gut sieben Prozent über den minimal möglichen Kosten liegen. Die Kosten pro Pflgetag weisen zwischen den Kantonen eine grosse Variation auf, wobei die Ineffizienz in der Tendenz höher ist, wenn ein Heim von einer generösen Restfinanzierung profitiert, wobei Felder & Straumann (2019) von einer Überlagerung mit dem Effekt einer Defizitdeckung ausgehen.

Es bestehen zudem verschiedene private oder regionale Benchmarkinginitiativen, z. B. Benchmark Pflegeheime Zentralschweiz,³⁵ HEBES,³⁶ Rehabnet.³⁷ Die Vergleiche basieren hauptsächlich auf einer Datenauflösung analog zur Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen (SOMED). Wie im Spitexbereich haben Vergleiche auf der Basis der nationalen Leistungserbringerstatistik eine begrenzte Aussagekraft. Abgesehen von den Pflegebedarfsstufen erfolgt keine Anbindung an die Klientenstruktur. Die Auflösung ist in der SOMED bereits reduziert und es ist unklar, inwiefern die Daten der einzelnen Heime validiert werden.

³³ Die Zusammenarbeit umfasst laut Curaviva eine gemeinsame Absteckung des Themas mit dem Ziel eines neutralen Kenntnisgewinns. Curaviva Schweiz hat einen Beitrag an die Forschung (Teilfinanzierung entsprechende Doktorarbeit) geleistet, im Gegenzug haben Felder und Straumann einen Abschlussbericht erstellt.

³⁴ In der SOMED-Statistik werden die gesamten Kosten einer Kostenstelle inkl. Umlage der Hilfskostenstelle abzüglich Aufwandsminderungen als Nettokosten II bezeichnet.

³⁵ <http://www.noldihess.ch/mandate/benchmark-kosten-leistungen-pflegeheime/> (Seite eingesehen im Februar 2020).

³⁶ <https://www.hebes.ch/> (Seite eingesehen im Februar 2020). Die Plattform HEBES durch Nexplore AG im Auftrag der Keller Unternehmensberatung AG entwickelt und wird vor allem von Pflegeheimen im Raum Basel genutzt (Gespräch mit D. Domeisen, Curaviva Schweiz, vom 19. Februar 2020).

³⁷ <https://www.rehabnet.ch/> (Seite eingesehen im Februar 2020).

Pflegeassessments-/Pflegetarferhebungsinstrumente sowie Pflegedokumentationen

Die Pflegebedarfserhebungsinstrumente RAI/RUG, BESA, PLAISIR führten in der Vergangenheit zu unterschiedlicher Einstufung gleicher Patienten. Mit der Änderung der KLV per 1.1.2020 ist eine Harmonisierung angestrebt (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Eine mögliche Ursache, dass Pflegeheime selbst bei Verwendung des gleichen Pflegebedarfsinstruments sehr unterschiedliche Kosten pro Pflegeminute ermitteln, kann die unzureichende Einstufung durch das Pflegebedarfsinstrument sein. Einerseits ist denkbar, dass das Instrument an sich fehlerbehaftet ist. Andererseits ist auch eine unsachgemässe Anwendung des Instruments und/oder eine ungenügende Dokumentation der pflegerischen Leistungen möglich. So referenziert Bächinger (2018) auf ein Beispiel eines Pflegeheims, bei dem über 20 Prozent der Bewohner einen zwei Pflegestufen höheren, über 25 Prozent sogar einen mehr als zwei Pflegestufen höheren Ist-Aufwand als die Einstufung ausweisen. Einstufungsfehler führen dazu, dass die summierten Pflegeminuten pro Jahr zu niedrig sind und damit der ausgewiesene Kostensatz pro Minute zu hoch ist. Aufgrund der zu niedrigen Einstufung ergibt sich ein ungenügender Kostendeckungsgrad der Pflegekosten. Bei richtiger Einstufung würde ein über 20 Prozent höherer Pflegeertrag erwirtschaftet werden.

Klare Vorgaben Kennzahlen bezüglich Kosten und Qualität

Im Handbuch Kostenrechnung Curaviva werden spezifische Kennzahlen zum Kostenträger Langzeitpflege zur Anwendung vorgeschlagen. Auch das BAG publiziert für die einzelnen Pflegeheime jährlich ausgewählte Kennzahlen auf Basis der SOMED.³⁸ Das BFS verfügt teilweise über detailliertere Daten als in den Standardauswertungen der SOMED-Statistik³⁹ veröffentlicht werden. Während sich die SOMED-Statistik auf generelle Daten zum Versorgungsangebot und einen Überblick über die Kosten beschränkt, enthalten die BAG-Kennzahlen darüber hinaus heimspezifisch auch detailliertere Kosten- und zumindest aggregierte Erlösdaten und darauf basierende Kennzahlen.

Ein interdisziplinärer Ausschuss von BAG, BFS, GDK, CURVIVA Schweiz etc. hat vier Qualitätsindikatoren für Pflegeheime erarbeitet: Polymedikation, Mangelernährung, Schmerz und bewegungseinschränkende Massnahmen. Die Datenerhebung erfolgt erstmal im Jahr 2019, eine erste Veröffentlichung ist für 2020 geplant (Curaviva, 2018). Verschiedene Kantone haben zudem bereits im Vorfeld Qualitätsstandards für Pflegeheime definiert und implementiert. Diese sind mehrheitlich nicht öffentlich zugänglich (Cosandey, 2016). Die von den Pflegeheimen zur Bedarfsabklärung verwendeten Systeme haben zudem teilweise integrierte Qualitätsindikatoren.

Lücken bei der Herstellung von Kostentransparenz

- Die Grundlagen für eine harmonisierte Kostenrechnung sind mit den betriebswirtschaftlichen Instrumenten von Curaviva und H+ vorhanden. Knapp vier von fünf Pflegeheimen nutzen die Unterlagen von Curaviva bereits. Auch das Handbuch REKOLE und die Anlagenbuchhaltung von H+ bieten einen Rahmen für die Harmonisierung der Kostenrechnungen, vor allem ausgerichtet für Spitäler mit einer Langzeitpflegeabteilung und Institutionen mit einem spezialisierten Leistungsangebot. Es gibt

³⁸ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen/kennzahlen.html> (Seite eingesehen im Februar 2020).

³⁹ Auch die SOMED-Datenqualität hat in den letzten Jahren zugenommen (Felder & Straumann, 2019, S. 60).

jedoch auch heute noch Pflegeheime, die keine Kostenrechnung führen, darunter vor allem kleine private, gemeinwirtschaftliche Institutionen.

- Die Kosten der KVG-Pflege und der Betreuung werden in den meisten Pflegeheimen aufgrund von betriebsindividuellen oder kantonal vorgegebenen Verteil- und Umlageschlüsseln ermittelt, nicht basierend auf einer Tätigkeitsanalyse und eines Zeiterfassungsinstruments.
- Auf dem Kostenträger LZP werden auch die Kosten und Erlöse für Bewohnende mit Kurzaufenthalt erfasst. Eine Abgrenzung der Kosten für die Kurzzeitpflege fehlt in der Kostenrechnung der Pflegeheime.
- Einzelne Leistungserbringerverbände räumen ein, dass die Erhebung der Pflegekosten verbesserungsfähig ist. Es gibt nach wie vor keine systematische Überprüfung der Datenqualität der Pflegeheime, wobei die Qualität der SOMED-Statistik stetig zugenommen hat.
- Bisher besteht kein zusammenfassender Überblick zu den kantonalen Vorgaben und Weisungen der Kantone. Somit kann aktuell keine «best practice» für eine Harmonisierung der Kostenrechnung von Pflegeheimen abgeleitet werden.
- Die Praxis der Kantone zur Restfinanzierung ist unterschiedlich (Normansätze je Pflegestufe, Abgeltung der Vollkosten, Investitionskostenbeiträge, Globalbudgets, etc.). Diese unterschiedliche Praxis erschwert eine einheitliche Erfassung der Beiträge der Restfinanzierung Pflege der Kantone und Gemeinden pro Pflegestufe. Dies schlägt sich auch in der SOMED-Statistik nieder. Die Erträge aus den Beiträgen der Kantone und Gemeinden an die Pflgetaxen, sonstige Beiträge oder Defizitdeckungen werden zwar pro Betrieb als separate Felder ausgewiesen, gehen aber nicht auf einheitliche Primärdaten zurück.
- Es gibt bisher keine Anbindung von Klientenstrukturen und Qualitätsindikatoren an die Kostenrechnung. Ein Benchmark auf der Grundlage von SOMED-Daten kann daher die Qualität, die einen erheblichen Einfluss auf die Kosten hat, nicht einbeziehen.

3 Finanzierungsteile nach Finanzierungsregimes

Die Finanzierungsteile sollen bei der Einführung von EFAS so festgelegt werden, dass sich die Kosten für die Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG insgesamt nicht verändern (Kostenneutralität). Dies setzt voraus, dass die Finanzierungsteile an den heutigen Pflegekosten bekannt sind oder zuverlässig geschätzt werden können. Dieses Kapitel diskutiert, inwiefern dies auf Basis der heute verfügbaren Daten gegeben ist. In einem ersten Schritt wird aufgezeigt, welche Finanzierungsträger berücksichtigt werden müssen. Zudem wird ein genereller Überblick über die verfügbaren Datenquellen gegeben. In einem zweiten Schritt wird detailliert auf die vorhandenen Leistungserbringerstatistiken eingegangen und kritisch diskutiert, inwiefern sich diese zur Berechnung der Finanzierungsteile eignen. Schliesslich wird evaluiert, auf welcher Basis bei Fortführung des heutigen Regimes eine Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung erfolgen könnte.

3.1 Grundlagen zur Ermittlung der Finanzierungsteile

Relevante Finanzierungsregimes für die Integration der Pflege in EFAS

Die Finanzierungsteile lassen sich erstens über die Finanzierungsregimes⁴⁰ analysieren, über die die Finanzierungsbeiträge an die Leistungserbringer fliessen, zweitens über die Finanzierungsquellen, d. h. die Anteile, welche die drei Sektoren im Wirtschaftskreislauf einer Volkswirtschaft – Staat, Unternehmen und Privathaushalte – als primäre Finanzierer der Regimes tragen. Mit Blick auf die Integration der Pflege⁴¹ in EFAS sind die zentralen Finanzierungsregimes erstens die Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen, zweitens die Restfinanzierung der Pflegekosten durch die öffentliche Hand und drittens die Patientenbeteiligung durch die privaten Haushalte.

Die Finanzierung der Patientenbeteiligung fällt selbst wiederum unter die drei Finanzierungsregimes Hilfenentschädigung, Ergänzungsleistungen sowie Selbstzahlungen der privaten Haushalte. Der Anteil der ersten beiden Regimes an der Finanzierung der Patientenbeteiligung kann mehrheitlich nur geschätzt werden, da es sich um subjektbezogene Beiträge handelt, die von den Haushalten zur Deckung von Krankheits- oder Behinderungskosten und Ausgabenüberschüssen eingesetzt werden. Die Aufhebung der Patientenbeteiligung oder eine Angleichung auf einen nationalen Referenzwert verändern den Beitrag des Finanzierungsregimes «Ergänzungsleistungen» an der Finanzierung der Pflegeleistungen und damit den Anteil der steuerfinanzierten Leistungen der öffentlichen Hand. Im Rahmen des vorliegenden Konzepts wird der Finanzierungsanteil der drei Regimes unter der Patientenbeteiligung zusammengefasst, er könnte aber bei Bedarf über Schätzungen separat ausgewiesen werden.⁴²

Die Finanzierungsteile und Leistungen der anderen Sozialversicherungszweige (Unfallversicherung, Invalidenversicherung) müssten in der Pflege wie bei der Berechnung von EFAS ohne Pflege entsprechend abgegrenzt und ausgeschieden werden.

Die Rolle privater Versicherungen unterscheidet sich bei der Finanzierung der Pflege nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Art. 7 KLV von der Spitalfinanzierung. Im Bereich der Spitäler sind

⁴⁰ Die Finanzierungsregimes der Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» sind: Staat (Bund, Kanton, Gemeinden), Obligatorische Krankenversicherung, Andere Sozialversicherungen (AHV, IV, UV, MV), Andere öffentliche Finanzierung (EL, Alters- und Pflegebeiträge, Sozialhilfe), Privatversicherungen, Andere private Finanzierung, Selbstzahlungen der privaten Haushalte.

⁴¹ Ohne Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG.

⁴² Vgl. zum konkreten Vorgehen Trageser et al., (2019).

die Beiträge der Zusatzversicherung (Privat/Halbprivat) auf separaten Kostenträgern abgegrenzt. Es gibt wichtige Wechselwirkungen zwischen der Finanzierung von Leistungen gemäss KVG in Spitälern auf der Spitalliste des Wohnortkantons (Finanzierung durch OKP und Kantone) und derjenigen in Vertragsspitalern (Finanzierung durch OKP und Zusatzversicherung oder Patient). Bei der Pflege im ambulanten Bereich und im Pflegeheim stammt hingegen nur ein kleiner Finanzierungsanteil, der zur Abdeckung der Patientenbeteiligung herangezogen werden kann, aus den subjektorientierten Beiträgen einer privaten Pflegeversicherung. Er ist für die Bestimmung der Finanzierungsanteile Pflege vernachlässigbar.

Tabelle 1 Für EFAS relevante Finanzierungsregimes von KVG-Leistungen

Leistungserbringer/ Leistungen	Finanzierungsregimes KV-, UV-, IV- und MV-Leistungen					
	(Bund)/ Kanton/ Gemeinden	OKP		Patienten- beteiligung Pflege	UV/MV/IV	Zusatz- versicherung
		Netto- kosten	Franchisen/ Selbstbehalte			
Spital						
Spital stationär	X	X	X		abzgr.	abzgr.
Spital ambulant		X	X		abzgr.	
Ambulante Leistungen ohne Pflege (Ärzte, Chiropraktoren, Therapeuten, Detailhandel)						
Ärzte, Chiropraktoren, Therapeuten, Detail- handel		X	X		abzgr.	
Pflege (Pflegeheime, Spitex und selbständige Pflegefachpersonen, weitere Institutionen)						
Pflege im stationären Bereich (ohne Hotelle- rie und Betreuung)	X (Restfinan- zierung)	X	X	X	abzgr.	(X)
Spitalexterne Pflege im ambulanten Bereich	X (Restfinan- zierung)	X	X	X	abzgr.	(X)
Pflege in Institutionen für Behinderte, Sucht- abhängige und Perso- nen mit psychosozialen Problemen	X (Restfinan- zierung)	X	X	X	abzgr.	(X)
X zu berücksichtigender Finanzierungsanteil, (X) nicht berücksichtigter Finanzierungsanteil (vernachlässigbar), abzgr. abzugrenzender Finanzierungsanteil						

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 1 fasst die relevanten Finanzierungsregimes für die Integration der Pflege⁴³ in EFAS zusammen. Berücksichtigt werden die Beiträge der Kantone bzw. ihrer Gemeinden, der OKP und der Patientenbeteiligung Pflege. Wie in den anderen Leistungsbereichen ist zu klären, ob sich die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Brutto- oder Nettokosten der OKP ausrichtet. Nicht berücksichtigt wird der Finanzierungsanteil der EL an den Franchisen und Selbstbehalten gemäss KVG, welcher über die Rückerstattung der Krankheits- und Behinderungskosten getragen wird. Für die drei Finanzierungsregimes (Kantone/Gemeinden, OKP, Patientenbeteiligung) sollen die Finanzierungsanteile bei der Einführung von EFAS insgesamt unverändert bleiben.

Definition der Kostenneutralität und der Referenz der anerkannten Kosten

Der Begriff der Kostenneutralität setzt in Bezug auf mehrere Finanzierungsregimes voraus, dass die Anteile an der Finanzierung der anerkannten Kosten gewahrt bleiben. Änderungen in den Mengen oder Tarifen/Preisen werden von den Regimes anteilmässig getragen. Sind bei drei Finanzierungsregimes die Beiträge von zwei Finanzierungsanteilen bekannt oder können hinreichend genau geschätzt werden, kann der dritte Finanzierungsanteil aus der Position des Totals der anerkannten Kosten pro Leistungsart oder bei Kenntnis der Menge und Tarife/Preise/Restfinanzierungsansätze aus dem so berechneten Total hergeleitet werden.

Während die Beiträge der Krankenversicherer und die maximale Höhe der Patientenbeteiligung in der KLV festgelegt sind, regeln die Kantone die Restfinanzierung. Um die aktuellen Finanzierungsanteile der drei zentralen Finanzierungsregimes Kanton/Gemeinden, Krankenversicherung und Patientenbeteiligung festzulegen, müssen bei Kenntnis oder einer hinreichend genauen Abschätzung der Erträge aus den Beiträgen der Krankenversicherung und der Patientenbeteiligung entweder die Restfinanzierungsbeiträge Pflege der öffentlichen Hand oder die anerkannten Pflegevollkosten in Abgrenzung zu Betreuungsleistungen und weiteren Dienstleistungen bekannt sein. Weitere Beiträge und Subventionen, Defizitdeckungen oder Quersubventionierungen aus anderen Leistungen, die zur Deckung der Pflegekosten notwendig sind, müssen identifiziert sein. Fehlt eine saubere Abgrenzung der Kosten und Erträge in der Kostenträger- und Erlösträgerrechnung, dann würde die gegenwärtige Restfinanzierung der öffentlichen Hand unterschätzt, und die zur Kostendeckung notwendigen Erträge würden bei einer erhöhten Kostentransparenz ansteigen.

Umgekehrt müssen die Kosten und Erträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen wie Ausbildung oder Beratungs- und Koordinationsleistungen ergänzend zu den KLV-Leistungen einheitlich von den Kostenträgern Pflege abgegrenzt werden. Bei der Spitex kommt als spezifisches Thema die Klärung der Begrifflichkeit «Versorgungspflicht» und der finanziellen Verantwortung für die Kosten der Abdeckung der Versorgungspflicht hinzu. In diesem Kontext ist auch zu klären, inwieweit der Aufwand der Versorgungspflicht auf separaten Kostenträgern abgegrenzt und abgegolten werden kann und inwieweit er sich in den Vollkosten pro Leistungsart niederschlägt.

Beim Konzept EFAS ohne die Pflege wurden Unterschiede in den Versorgungs- und Kostenstrukturen (z. B. kantonale Höhe der Baserate, Infrastrukturfinanzierung) nicht in der Berechnung der Finanzierungsanteile berücksichtigt. Die verfügbaren Daten zu den Kostenstrukturen zeigen auch im Bereich der Pflege im ambulanten Bereich und im Pflegeheim erhebliche Kostenunterschiede auf. Umgekehrt weisen Kennzahlen zu den Leistungsstrukturen auf Versorgungsunterschiede in Kantonen und Regionen hin. Diese führen zu höheren Vollkosten und damit auch zu höheren Kosten in der Restfinanzierung pro verrechnete Leistungseinheit (Pflegestunden und -minuten): Psychiatrische Spitex, Palliative Care, Nachtdeckung, Wundambulatorium, Einsatz

⁴³ Ohne die Anteile an der Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG.

von APNs im Bereich der Spitex oder Hospize und Langzeitpflegeabteilungen von Spitälern im Verhältnis zu den anderen Leistungserbringern der SOMED.

Vor diesem Hintergrund gilt es, eine normative Entscheidung zu treffen, inwieweit die Ist-Situation mit den aktuellen Restfinanzierungsbeiträgen resp. den kantonal oder kommunal anerkannten Kosten der Pflege analog zu EFAS ohne Pflege als Referenz anerkannt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es angesichts der vom Gesetz her zugelassenen Handlungsspielräume bei der Ausgestaltung der Restfinanzierung und Steuerung und Planung der Versorgung eine praktisch unlösbare Herausforderung ist, eine theoretisch begründete und ideale Soll-Referenz aus den vorliegenden Daten herauszuarbeiten. Dazu wären verschiedene Harmonisierungsschritte sowohl bei der Ausgestaltung der Finanzierung, bei der Definition der anerkannten Kosten der Restfinanzierung Pflegekosten sowie bei der Umsetzung der Kostenrechnung notwendig, deren Auswirkungen retrospektiv nur begrenzt berechnet und abgeschätzt werden können.

Datengrundlagen zur Berechnung oder Abschätzung der heutigen Finanzierungsanteile

Folgende Statistiken können heute zur Festlegung der Finanzierungsanteile für die Integration der Pflege in EFAS herangezogen werden:

- Statistik der obligatorischen Krankenversicherung und der Datenpool SASIS,
- Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte (Finanzierungsrechnung nach Sachgruppen und Funktionen),
- Leistungserbringerstatistiken Spitex, SOMED, Krankenhausstatistik sowie Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

Der SASIS Datenpool eignet sich nur zur Bestimmung der Finanzierungsanteile der OKP sowie zur Validierung der Menge der verrechenbaren Leistungen. Er macht keine Aussagen über die Höhe der Patientenbeteiligung und Restfinanzierung. Der SASIS Datenpool ist auf Niveau des einzelnen Leistungserbringers aggregiert und erlaubt damit keine Hochrechnung der Patientenbeteiligung im Verhältnis zu den Krankenversicherungsleistungen.

Die Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte gliedert die Aufwände zwar nach den Funktionen «ambulante Krankenpflege» und «Kranken- und Pflegeheime». Ein Problem dürfte aber einerseits die Abgrenzung der Leistungserbringer innerhalb dieser Gruppen und andererseits die Abgrenzung der Aufwände «Beiträge an die Restfinanzierung» von «weitere Abgeltungen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen», «erweiterte Leistungsbeiträge», «Investitionskostenbeiträge», «Defizitdeckungen oder Subventionen an Nicht-KLV pflichtige Leistungen» sein. Eine Berechnung des Finanzierungsanteiles der Kantone und Gemeinden an der Pflege nach KVG auf Basis der Finanzstatistik ist damit nicht möglich.

Im Prinzip bleiben als nationale Datengrundlagen die Leistungserbringerstatistiken Krankenhausstatistik, SOMED und Spitex-Statistik oder eine Kombination von Daten aus kantonalen und kommunalen Statistiken oder mit zusätzlichen Erhebungen und Abschätzungen. Diese Statistiken sind heute in der Pflege im ambulanten und stationären Bereich sehr unterschiedlich ausgestaltet. Während die Pflegeheime der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung (VKL) unterstehen und mit der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) im Bereich der Leistungen und Klienten bereits über eine auf anonymisierten Individualdaten (Klient/Fall) basierende Statistik verfügen, finden sich in der Spitex-Statistik bislang nur aggregierte Zahlen zu Klienten- und Leistungsgruppen, die zum Teil für die Berechnung von durchschnittlichen Leistungen pro Klientengruppe verwendet werden können. Belastbare Daten zu Falldauern, Intensität und Leistungsspektrum fehlen. Der nächste Abschnitt geht detailliert auf diese beiden

Leistungserbringerstatistiken ein und zeigt auf, wo in Bezug auf die Berechnung der Finanzierungsanteile Defizite bestehen.

Die Statistiken enthalten unterschiedliche Leistungserbringergruppen, die bislang nur nach Trägerschaften (öffentlich-rechtlich, gemeinnützig, AG, GmbH etc.) aufgeschlüsselt werden konnten. Eine eigentliche, noch zu entwickelnde Betriebsklassifikation, die z. B. zwischen Organisationen der reinen Grundversorgung, spezialisierten Teams/Institutionen oder Organisationen mit einer überregionalen Zentrumsfunktion und der Zuweisung von komplexen Fällen (analog zu den Zentrumsspitalern oder Spezialkliniken in der medizinischen Versorgung) oder privaten Organisationen ohne Versorgungspflicht unterscheiden könnte, liegt den nationalen Statistiken nicht zugrunde. Indikatoren müssen für spezifische Auswertungen gebildet und zusätzlich hinterlegt werden.

3.2 Berechnungsansätze zur Abschätzung der heutigen Finanzierungsanteile

3.2.1 Berechnung der Finanzierungsanteile auf Basis der Leistungserbringerstatistiken

Damit eine Berechnung der Finanzierungsanteile auf Basis der Leistungserbringerstatistiken möglich ist, muss einerseits deren Struktur die benötigten Daten abbilden. Andererseits müssen diese Daten aber auch von hoher Qualität sein, damit sie effektiv die tatsächlichen Gegebenheiten wiedergeben. Der zweite Punkt ist eng mit der Qualität der Kostenrechnungen der Leistungserbringer verknüpft und bedingt eine korrekte Abgrenzung der Pflegekosten sowie eine einheitliche Datenerfassung durch die Leistungserbringer (vgl. Abschnitt 2.2).

Struktur der Leistungserbringerstatistiken

Im Prinzip sind mit der Unterstellung der Pflegeheime unter die VKL bereits die Voraussetzungen geschaffen worden, die Finanzierungsanteile der verschiedenen Finanzierungsregimes an den relevanten Leistungen der Leistungserbringerstatistik SOMED zu entnehmen. Im Bereich Finanzen werden in der Statistik wichtige Grössen der Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung sowie der Kostenrechnung direkt abgebildet. Zu diesen Daten gehören auch die Erträge aus den Pflögetaxen nach Kostenträger, aufgeschlüsselt nach den Finanzierungsregimes Versicherer, Patient, Kanton/Gemeinde. Zudem werden auch die Nettokosten II nach Umlage (Bruttokosten abzüglich Kostenminderung, plus umgelegten Kostenanteile) pro Kostenträger ausgewiesen, so dass auf einer ersten Stufe der Deckungsbeitrag aus den Erträgen berechnet werden kann. Diese Nettokosten II nach Umlage entsprechen den in der Kostenrechnung ermittelten Vollkosten, nicht den anerkannten Vollkosten.

Tabelle 2 gibt die Datenstruktur der Finanzdaten in Anlehnung an die SOMED wieder. Eine analoge Struktur bietet die Krankenhausstatistik. Die Ertragsarten Ertrag aus KLV-Leistungen sind pro Kostenträger vorhanden. Weitere Beiträge und Subventionen sowie Beiträge an die Defizitdeckung werden jedoch dem gesamten Betrieb zugeordnet und nicht auf die Kostenträger verteilt.

In der Spitex-Statistik sind die Ertragsdaten in gleicher Struktur vorhanden. Auf der Kostenseite werden allerdings nur die Bruttokosten und nicht die Nettokosten und erstere auch nur im Total des ganzen Betriebs und nicht nach Kostenträgern ausgewiesen. In einer Kostenrechnung nach Spitex Finanzmanual 2011 und auch nach dem neuen Finanzmanual 2020 sind die Nettokosten II nach Umlage pro Kostenträger verfügbar. D. h., die Datenverfügbarkeit ist bei Verbindlichkeit des Spitex Finanzmanuals und einer entsprechenden Anpassung der Spitex-Statistik und der Schnittstelle der Datenanlieferung auch im Bereich der Spitex gegeben.

Tabelle 2: Vereinheitlichte Datenstruktur der Finanzdaten

	Kostenträger Betrieb total	Kostenträger KLV j
Aufwand (unter Berücksichtigung von Aufwandsminderung und Umlagen)	Nettokosten nach Umlage Total	Nettokosten nach Umlage j
Ertragsarten KLV	(-) Ertrag KLV ¹ – Versicherer total	(-) Ertrag KLV ¹ – Versicherer j
	(-) Ertrag KLV ¹ – Patientenb. total	(-) Ertrag KLV ¹ – Patientenb. j
	(-) Ertrag KLV ¹ – Restfinanzierung total	(-) Ertrag KLV ¹ – Restfinanzierung j
Ertragsarten weitere Leistungen	(-) Pensionstaxen total	
	(-) Betreuungstaxen total	
	(-) Ertrag weitere Leistungen total	
Ergebnis I	Deckungsbeitrag I total	Deckungsbeitrag I KLV j
Beiträge und Spenden an Betrieb	(-) Beiträge ² Gemeinden	
	(-) Beiträge ² Kanton	
	(-) Beiträge ² Bund	
	(-) Beiträge Andere	
	(-) Spenden von Korporationen, Stiftungen und Privaten	
	(-) Mitgliederbeiträge	
Ergebnis II	Gesamtgewinn/-defizit	
Defizitdeckung	Defizitdeckung ³	
Ergebnis III	Gewinn/Verlust inkl. Defizitdeckung	
<p>KLV j: Je nach Leistungserbringerstatistik steht KLV j für unterschiedliche Kostenträger der Pflege. In der SOMED steht j für: Pflege (Langzeit), Akut- und Übergangspflege, Tages- oder Nachtstrukturen, in der Spitex Statistik für: KLV A, KLV B, KLV C, Akut- und Übergangspflege, Tages- oder Nachtstrukturen.</p> <p>¹ Je nach Leistungserbringerstatistik und Zuweisung der Erträge auf den Kostenträger finden sich unterschiedliche Bezeichnungen für die Erträge nach KLV. In der SOMED entspricht dies für die Kostenträger Pflege den Bezeichnungen Pflgetaxen Versicherer, Pflgetaxen Bewohner/in, Pflgetaxen Kanton/Gemeinde. Die Spitex-Statistik unterscheidet zwischen Ertrag aus KLV-Leistungen «Langzeitpflege» (im Variablenkatalog: Pflege gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG) oder Ertrag aus Akut- und Übergangspflege, mit einer weiteren Unterscheidung nach Versicherer, Klient, Kanton und Gemeinde.</p> <p>² Je nach Leistungserbringerstatistik werden die Beiträge der öffentlichen Hand ausserhalb oder zusätzlich zu den direkten Beiträgen an die Restfinanzierung Pflege unterschiedlich bezeichnet. Während in der SOMED-Statistik von «Beiträgen und Subventionen» gesprochen wird, lautet die ausführliche Bezeichnung der Spitex-Statistik «andere Beiträge als gemäss Art. 7a, KLV».</p> <p>³ Je nach Leistungserbringerstatistik werden die Anteile verschiedener Träger an der Defizitdeckung noch weiter ausdifferenziert. In der SOMED wird das Total der Defizitdeckung weiter aufgeschlüsselt: einerseits nach den beiden Leistungsbereichen «Stationäre Pflegeleistungen für ältere Menschen» und «Akut- und Übergangspflege», andererseits nach Gemeinde, Kantone, Bund, Private Rechtsträger, Ungedeckter Verlust. In der Spitex-Statistik wird diese Variable noch nicht geführt.</p>		

Quelle: Eigene Darstellung.

Kostenträger in Bezug auf Pflegeleistungen nach KVG sind in der Statistik bei den Pflegeheimen: Pflege (Langzeit), Akut- und Übergangspflege, Tages- oder Nachtstrukturen, KLV A, KLV B, KLV C (bei Leistungen im Bereich des betreuten Wohnens oder kombinierten, d. h. ambulant

und stationär tätigen Betrieben), bei der Spitex: KLV A, KLV B, KLV C, Akut- und Übergangspflege, Tages- oder Nachtstrukturen (falls angeboten).

Im Prinzip sind alle Datenfelder zu den Kosten und Erträgen sowohl im Handbuch Kostenrechnung Curaviva als auch im Finanzmanual 2011 wie auch im neuen Finanzmanual 2020 der Spitex definiert. D. h. die Nettokosten nach Umlage j pro Kostenträger als auch die Ertragsarten KLV pro Kostenträger und damit der Deckungsbeitrag I KLV pro Kostenträger sind in den Kostenrechnungen nach Handbuch Curaviva wie auch nach Finanzmanual gegeben.

Die Struktur der SOMED würde damit grundsätzlich eine Berechnung der Finanzierungsanteile erlauben, bei der Spitex-Statistik wäre eine Anpassung nötig, die bei einer verbindlichen Anwendung des Finanzmanuals der Spitex aber möglich ist.

Qualität der Daten der Leistungserbringerstatistiken

In der Umsetzung zeigen sich deutlich Unterschiede zwischen den Leistungserbringern in der Erfassung der Erträge unter «Pflegetaxen Kanton/Gemeinden» (in der SOMED für Pflegeheime) resp. «KLV-Leistungen: Langzeitpflege: Kantone» und «KLV-Leistungen: Langzeitpflege: Gemeinden» (in der Spitex-Statistik).⁴⁴ Nicht alle Deckungsbeiträge der öffentlichen Hand an die Finanzierung der Pflege fliessen unter dieser Ertragsart in die Kostenrechnung ein. Ein erheblicher Teil wird unter den Ertragsarten «Beiträge Kanton/Gemeinden» oder «Defizitdeckung Kanton/Gemeinden» (Pflegeheim) resp. «andere Beiträge Kanton/Gemeinden» (Spitex) auf dem Kostenträger gesamter Betrieb in der Kostenrechnung abgebildet und kann nicht ex post den differenzierten Kostenträgern zugewiesen werden.

Ein Teil der Unterschiede in der Statistik dürfte in der uneinheitlichen Erfassung durch die Leistungserbringer liegen. Zugleich gibt es aber in den Kantonen sehr unterschiedliche Finanzierungsmodelle mit vielen Zusatzbeiträgen oder nachträglichen Defizitbeiträgen, so dass die Erfassung und Abgrenzung des Ertrags aus der Restfinanzierung der KLV-Leistungen durch Kanton/Gemeinde pro Kostenträger zu ungenau definiert ist. Die Erträge «Pflegetaxen Kanton/Gemeinden» (Pflegeheim) resp. «KLV-Leistungen: Pflege gemäss Art. 25a, Abs. 1, KVG: Kantone/Gemeinden» (Spitex und selbständige Pflegefachpersonen) können deshalb nur in einigen Kantonen, aber nicht schweizweit zur Berechnung des Finanzierungsanteils der Kantone und Gemeinden auf der Grundlage heutiger Statistiken herangezogen werden.

Es gibt noch eine weitere Unschärfe bei der Abstützung auf die Finanzdaten in den nationalen Leistungserbringerstatistiken. Die Kostenrechnung der Leistungserbringer wird nach kantonalen Vorgaben geführt, um den Anforderungen an die Berechnung und Abgeltung der kantonal geregelten Restfinanzierung gerecht zu werden. Kantonale Besonderheiten der Finanzierung und kantonale Weisungen haben einen Einfluss auf die anrechenbaren Aufwände, die Struktur der Kostenrechnung (Kostenstellen und -träger, Umlage- und Verteilschlüssel) und die Darstellung und Zuweisung der Erträge. Den Kantonen steht es frei, in welcher Form sie die Restfinanzierung in das System einfliessen lassen. Vor diesem Hintergrund können die unterschiedlichen Kostenrechnungen nicht eins zu eins in eine nationale Statistik einfliessen. Die heute in die Leistungserbringerstatistiken einflussenden Finanzdaten zu den Kosten und Erträgen der Pflegeleistungen nach KVG enthalten die Ergebnisse der kantonal bestimmten Kostenrechnungen und sind damit nur bedingt vergleichbar.

⁴⁴ In der Variablenliste werden diese Felder im Gegensatz zur publizierten Bezeichnung in der Spitex-Statistik korrekter als «Pflege gemäss Art. 25a, Abs. 1, KVG» bezeichnet.

Für eine konsistente Berechnung der Finanzierungsanteile auf der Basis der Statistik der Leistungserbringer braucht es daher eine harmonisierte Kostenrechnung und dazugehörige Datenvalidierungsroutinen (vgl. Abschnitt 2.2).

Theoretisch könnte über Abgrenzungen und Transformationen bei entsprechender Auflösung der Primärdaten eine Ex-post-Harmonisierung und Umrechnung der kantonal bestimmten Kostenrechnungen erreicht werden. Dies setzt aber eine Zusatzaufbereitung und -auswertung der Daten in den Kostenrechnungstools als Grundlage für einen nationalen Benchmark und eine harmonisierte Datenlieferung an die SOMED voraus. Im aktuellen System und in den aktuellen Tools ist dieser Harmonisierungsschritt nicht vorgesehen. Er wäre nur nach umfassenden Abklärungen und mit einem erheblichen Initialaufwand zu realisieren.

3.2.2 Infras-Studie (2019) zur Abschätzung der heutigen Finanzierungsanteile

Infras hat im Auftrag der GDK eine Schätzung des Finanzierungsanteils der Kantone und ihrer Gemeinden vorgenommen (Trageser et al., 2019). Da dieser Finanzierungsanteil wie oben dargestellt nicht direkt den heutigen Leistungserbringerstatistiken entnommen werden kann, hat Infras eine direkte Erhebung bei den Kantonen vorgenommen und die Zahlen – zum Teil in einem iterativen Prozess – plausibilisiert und in Hochrechnungen und Abschätzungen eingebettet. Dabei haben sie folgende Verfahren zur Abschätzung einer Unter- und Obergrenze kombiniert:

- eine direkte Erhebung der Aufwände bei den Kantonen, inkl. Rückspiegelung und Plausibilisierung
- Ertragsseitig: Hochrechnung der Erträge durch Kombination der Leistungsmengen mit erhobenen, normativen oder geschätzten Angaben zur Restfinanzierung pro Leistungsart und Leistungseinheit als Untergrenze der Finanzierungsanteile, wenn keine überzeugenden Angaben der Kantone vorlagen
- Kostenseitig: Berechnung der Deckungslücke zwischen den Nettokosten II nach Umlage und den Beiträgen der Versicherer und Patienten/Bewohnern pro Leistungsart als Obergrenze der Finanzierungsanteile, wenn keine überzeugenden Angaben eines Kantons vorlagen

Damit hat Infras den aktuellen Möglichkeitsspielraum ausgeschöpft. Bei einzelnen Kantonen könnte überprüft werden, ob regionale oder kantonale Benchmarkplattformen (wie z. B. Benchmark Zentralschweiz oder Datenerhebungen der Kantonalverbände Spitex und Curaviva) zur Plausibilisierung und Ergänzung der kantonalen Angaben aus der direkten Erhebung oder zur Ableitung von betriebsspezifischen oder kantonalen durchschnittlichen Restfinanzierungsbeiträgen für die ertragsseitige Hochrechnung herangezogen werden könnten.

Die Studie von Infras ist eine wichtige Referenz und ein wichtiger Ausgangspunkt für jede Überprüfung oder eine aktualisierte Berechnung der Restfinanzierungsanteile der öffentlichen Hand. Sie ist auch eine wichtige Referenz für eine zukünftige verbesserte Erfassung der Restfinanzierung in den Leistungserbringerstatistiken.

Eine detaillierte Überprüfung der von Infras vorgenommenen Abschätzungen für jeden einzelnen Kanton und damit der Qualität der nationalen Schätzung der heutigen Finanzierungsanteile für die Berechnung aktualisierter Kostenteiler kann im Rahmen dieser Konzeptstudie nicht geleistet werden. Die Daten aus dem Jahr 2016 müssten, falls sich aus der definitiven zukünftigen Finanzierung des Pflegematerials aus der MiGeL, welches von Pflegefachpersonen angewendet wird, Verschiebungen der Finanzierungsanteile ergeben, noch mit einem Korrekturfaktor versehen werden. Eine weitere Lücke könnte die Erfassung und Abrechnung der Pflege in Institutionen für

Menschen mit Suchterkrankungen und Behinderungen sein. Die Leistungen der Unfall- und Invalidenversicherung müssten aus den Leistungserbringerstatistiken transparenter als heute abgegrenzt werden. Sie dürften aber aufwandsmässig kaum ins Gewicht fallen.

Tabelle 3 Beiträge der verschiedenen Finanzierungsträger 2016 laut Infrac-Studie

Finanzierungsträger	Pflege im Pflegeheim	Pflege zuhause	Insgesamt
Kanton/Gemeinden	1.478 Mrd. – 1.568 Mrd. (38 % - 39%)	0.605 Mrd. – 0.743 Mrd. (38% - 43%)	2.084 Mrd. – 2.312 Mrd. (38% - 40%)
Patientenbeteiligung	0.57 Mrd. (14% - 15%)	0.08 Mrd. (5%)	0.65 Mrd. (11% - 12%)
Krankenversicherer	1.87 Mrd. (47% - 48%)	0.91 Mrd. (52% - 57%)	2.780 Mrd. (48% - 50%)
Total	3.981 Mrd. – 4.008 Mrd.	1.595 Mrd. – 1.733 Mrd.	5.514 Mrd. – 5.747 Mrd.

Quelle: Trageser et al. (2019).

Tabelle 3 veranschaulicht die Finanzierungsanteile der Kantone/Gemeinden, Patienten und Krankenversicherer gemäss der Infrac-Studie. Die Studie berücksichtigt keine normativen Fragen, inwieweit die heutigen Beiträge der Kantone eine grosszügige oder restriktive Restfinanzierung darstellen (siehe Felder & Straumann 2019), auch nicht die Frage, in welchem Ausmass eine Quersubventionierung der Pflege durch die Leistungen Betreuung und Pension oder Hauswirtschaft in einzelnen Betrieben oder Kantonen erfolgt. Sie kann auch keine Ausscheidung von Kosten und Finanzierungsanteilen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Ausbildung, ergänzende Beratung und Koordination) vornehmen oder den Einfluss von heutigen Investitionskostenzuschüssen, die günstige Abtretung von Land oder Gebäuden oder sonstige Zusatzaufwendungen abschätzen. Die Beantwortung dieser Fragen ist stark an die Voraussetzung einheitlicherer Finanzierungsmodelle, einer stärkeren Harmonisierung und Validierung der betrieblichen Kostenrechnungen in, dem Aufbau von Benchmarkplattformen und in letzter Folge auch einer verbesserten Datenqualität in den Leistungserbringerstatistiken geknüpft.

Lücken bei der Berechnung der Finanzierungsanteile

- Zentrale Voraussetzung, um die Finanzierungsanteile aus den Leistungserbringerstatistiken direkt entnehmen zu können, ist
 1. eine klar definierte, einheitliche Erfassung der Restfinanzierung Pflege unter den Ertragsarten Pflege und Zuweisung zu den Kostenträgern Pflege (unter den heute unterschiedlichen Finanzierungsmodellen der Kantone/Gemeinden)
 2. eine Harmonisierung und Verbesserung der Kostenrechnungen der Leistungserbringer bei gleichzeitigem Aufbau von aussagekräftigen Benchmarkstrukturen
 3. eine Validierung der an die SOMED bzw. Spitex-Statistik übergebenen Daten und Steigerung der Datenqualität
- Die Anforderungen an die Genauigkeit der Abschätzung der Finanzierungsanteile sind zu definieren, um die geeignete Methode wählen zu können.

3.3 Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung

Dieser Abschnitt des Detailkonzepts widmet sich der Zusatzfrage, auf welcher Grundlage bei Weiterführung des bisherigen Regimes und Verzicht auf die Integration der Pflege in EFAS eine Anpassung der OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung vorgenommen werden könnte.

Im Gegensatz zur kürzlich durchgeführten Überprüfung der kostenneutralen Überführung der Beiträge der Krankenversicherer an die Kosten der Pflege im ambulanten Bereich und im Pflegeheim in die neugeordnete Pflegefinanzierung benötigt die Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung eine Referenz in Bezug auf den Verlauf der gesamten Kosten der Pflege. Im Prinzip sind zwei Ansatzpunkte möglich. Erstens kann sich die Festlegung der Beiträge an der Höhe der aktuellen im Rahmen der Restfinanzierung von Kantonen und Gemeinden anerkannten und abgegoltenen Pflegekosten nach KLV orientieren. Zweitens kann die Anpassung auf Indices für die Entwicklung der Kosten und Leistungen abgestützt werden.

Anlehnung an die Höhe der anerkannten und abgegoltenen Pflegekosten nach KLV

Bei einer Anlehnung der Höhe der Beiträge der Krankenversicherer an die Entwicklung der im Rahmen der Restfinanzierung durch Kantone und Gemeinden anerkannten und abgegoltenen Kosten stellen sich die in den vorangehenden Unterkapiteln genannten Herausforderungen bei der Datenerhebung. Folgt der Bundesrat dem Ziel bei der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011, die Ausgaben der Krankenversicherung zu stabilisieren, müssen die Beiträge der Krankenversicherung nicht notwendig der Kostenentwicklung folgen. Es sind Kriterien zu entwickeln, zu welchem Anteil der Beitrag der Krankenversicherer der gesamten Kostenentwicklung folgen soll. Diese Kriterien setzen, wenn sie nicht allein normativ gesetzt, sondern analytisch begründet werden sollen, ein Verständnis der treibenden Faktoren der Kostenentwicklung voraus.

Abstützen auf Indices für die Entwicklung der Kosten und Leistungen

Dieser Ansatz basiert auf einer Analyse der treibenden Faktoren für die Kostenentwicklung. Er bietet sich an, wenn die Entwicklung der Gesamtkosten der Pflege nicht bekannt ist und nur aufwändig ermittelt werden kann oder wenn die OKP die Auswirkungen von Faktoren, die über andere Akteure massgeblich gesteuert werden können, nicht mitfinanzieren soll. Im Prinzip setzt der Ansatz die Verfügbarkeit von Daten voraus, wie sie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung für Tarifverhandlungen oder Tariffestlegungen zur Verfügung stehen. Angesichts des hohen Anteils des Personalaufwands an den Kosten könnte ein wichtiger Index ein mit dem Skill-Grade-Task-Mix und der Produktivitätsentwicklung gewichteter Lohnindex sein. Andere Faktoren könnten eine Ausweitung der Rechenschaftspflichten oder Qualitätsentwicklungsmassnahmen oder ein steigender Aufwand für die Dokumentation und Datenschnittstellen zu anderen Leistungserbringern sein. Eine Verlagerung von anspruchsvolleren Leistungen wie z. B. spezialisierter Palliative Care oder psychiatrischer Pflege in das Setting der Pflege im ambulanten Bereich und in Pflegeheimen, eine Verfügbarkeit von 24 Stunden an 7 Tagen an der Schnittstelle zur Spitalversorgung könnte über einen veränderten Skill-Grade-Mix und eine veränderte Produktivität den gewichteten Lohnindex beeinflussen.

Der Bund könnte sich auf einzelne Indices beschränken, die zum Teil heute bereits bei den Kantonen und Gemeinden für die Festlegung und Anpassung von Normtarifen oder Höchsttarifen verwendet werden, wenn diese nicht über statistische Werte gebildet werden. Der Bund könnte aber auch den Aufbau von kantonsübergreifenden Benchmarkstrukturen für ein kontinuierliches

Monitoring der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Pflegekosten unterstützen, ohne diese Strukturen selbst zu betreiben. Über entsprechende Verträge mit den Trägern und den datenliefernden Organisationen resp. ihren Verbänden könnten dem Bund die notwendigen Auswertungen zur Verfügung gestellt werden.

4 Vergütungsmodell und Tarife

Dieser Abschnitt diskutiert in einem ersten Schritt, wie ein Vergütungsmodell ausgestaltet werden kann und welche Anreizwirkungen damit verbunden sind. In einem zweiten Schritt wird dargestellt, wie die Abgeltung von Pflegeleistungen heute ausgestaltet ist.

4.1 Ausgestaltungsmöglichkeiten

Ein Vergütungsmodell umfasst normalerweise drei Elemente. Erstens muss festgelegt werden, welche Leistungserbringer welche Art von Leistungen über die OKP abrechnen dürfen. Zweitens muss der Preis (Tarif) bestimmt werden, den diese Leistungserbringer für ihre Leistungen verlangen dürfen. Drittens ist es vorteilhaft, einen Rahmen vorzugeben, in dem zukünftige Tarifverhandlungen und Weiterentwicklungen der Tarifstruktur stattfinden.

4.1.1 Zugelassene Leistungserbringer und abrechenbare Leistungen

In einem ersten Schritt muss festgelegt werden, welche Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen sind. Grundsätzlich kommen derzeit für die Schweiz zwei Varianten in Frage: mit oder ohne Angebotssteuerung durch den Regulator.⁴⁵

- *Keine direkte Angebotssteuerung:* Bei Institutionen ist der Erhalt einer Betriebsbewilligung, bei Personen der Abschluss einer bestimmten Aus- bzw. Weiterbildung grundsätzlich ausreichend für die Abrechnung zulasten der Krankenversicherung. Jeder Leistungserbringer, der bestimmte Kriterien erfüllt, ist damit abrechnungsberechtigt, und der Regulator kann das Angebot an Leistungserbringern nicht direkt beeinflussen. Die Vorgabe bestimmter Kriterien gilt dabei hauptsächlich der Qualitätssicherung und -entwicklung, nicht aber der Angebotsplanung. Ein solches System ist heute im Schweizer Gesundheitswesen beispielsweise bei den niedergelassenen Ärzten,⁴⁶ Chiropraktoren und Apothekern im Einsatz. In die gleiche Richtung geht die Regelung für paramedizinische Leistungserbringer (z. B. Physiotherapeuten, Ernährungsberater), die nur auf Anordnung eines Arztes abrechnen dürfen. Der Arzt fungiert als sogenannter «Gatekeeper» für Leistungen dieser Berufsgruppen, das eigentliche Angebot an Leistungserbringern wird aber nicht direkt vom Regulator festgelegt.
- *Angebotssteuerung:* Neben dem Erhalt einer Betriebsbewilligung (Institutionen) oder dem Abschluss einer bestimmten Aus- bzw. Weiterbildung (Personen) ist für die Abrechnung zulasten der Krankenversicherung zusätzlich ein Leistungsauftrag nötig. Das Angebot an Leistungserbringern wird damit direkt über die Anzahl der Leistungsaufträge gesteuert. Der Gesetzgeber muss bei dieser Variante bestimmen, wer für die Vergabe der Leistungsaufträge zuständig ist (Kantone, Krankenversicherer, etc.). Der Gesetzgeber oder der Regulator

⁴⁵ Beide hier vorgestellten Varianten beinhalten einen Kontrahierungszwang, d. h. wenn ein Leistungserbringer die Auflagen des Regulators erfüllt, ist er berechtigt zulasten der sozialen Krankenversicherung abzurechnen UND die Finanzierer (Krankenversicherer, Kantone/Gemeinden) müssen die Rechnungen auch bezahlen. Es wäre grundsätzlich auch möglich ein System ohne Kontrahierungszwang vorzuschlagen, in dem die Finanzierer die Angebotssteuerung mittels selektiver Verträge vornehmen. Aufgrund der langen Geschichte des Scheiterns einer Gesundheitsreform mit dem Ziel, den Kontrahierungszwang abzuschaffen, verzichten wir hier darauf, eine solche Variante zu besprechen (vgl. zu Reformen bzgl. Kontrahierungszwang Mäder et al., 2019).

⁴⁶ Die aktuelle Regelung zur Zulassungssteuerung erlaubt es den Kantonen zwar, die Anzahl der zulasten der OKP tätigen Ärzte zu beschränken. Der Spielraum für die Kantone ist allerdings gross und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, sind von der Regelung ausgenommen.

muss anschliessend zusätzlich regeln, wie die Vergabe der Leistungsaufträge im Detail erfolgt: Findet eine regelmässige Ausschreibung statt? Ist die Vergabe an gewisse Qualitätskriterien gebunden? Werden Leistungsaufträge für Teilbereiche vergeben? Können sich einzig öffentlich-rechtliche oder gemeinnützige Institutionen bewerben? Etc.

Eine solche Regelung findet sich heute beispielsweise in der Spitalfinanzierung. Die Kantone bestimmen über die Spitallisten, welche Spitäler in welchen Leistungsbereichen abrechnen dürfen. Allerdings steht es den Krankenversicherern frei, mit Spitälern, die sich nicht auf der Spitalliste befinden, einen Vertrag abzuschliessen, was der Angebotssteuerung durch die Kantone entgegenwirkt. Die Vergütung über die OKP darf dabei aber den Beitrag der Krankenversicherer an Listenspitäler nicht übersteigen. Der Kantonsanteil entfällt jedoch bei solchen Vertragsspitälern.

Die Leistungen, die über die OKP abgerechnet werden dürfen, können entweder anhand einer Positiv- oder einer Negativliste festgelegt werden. Bei einer Positivliste werden explizit alle Leistungen aufgezählt, die durch eine bestimmte Berufsgruppe/Institution abgerechnet werden dürfen. Möglich ist auch, dass bestimmte Spezialleistungen nur mit einer Zusatzqualifikation abgerechnet werden dürfen. Bei einer Negativliste werden grundsätzlich alle Leistungen einer Berufsgruppe ausser die in der Liste enthaltenen vergütet. In welchem Detaillierungsgrad die abrechenbaren Leistungen spezifiziert werden müssen, hängt dabei stark vom Abrechnungstarif ab (vgl. den nachfolgenden Abschnitt).

4.1.2 Abrechnungstarif

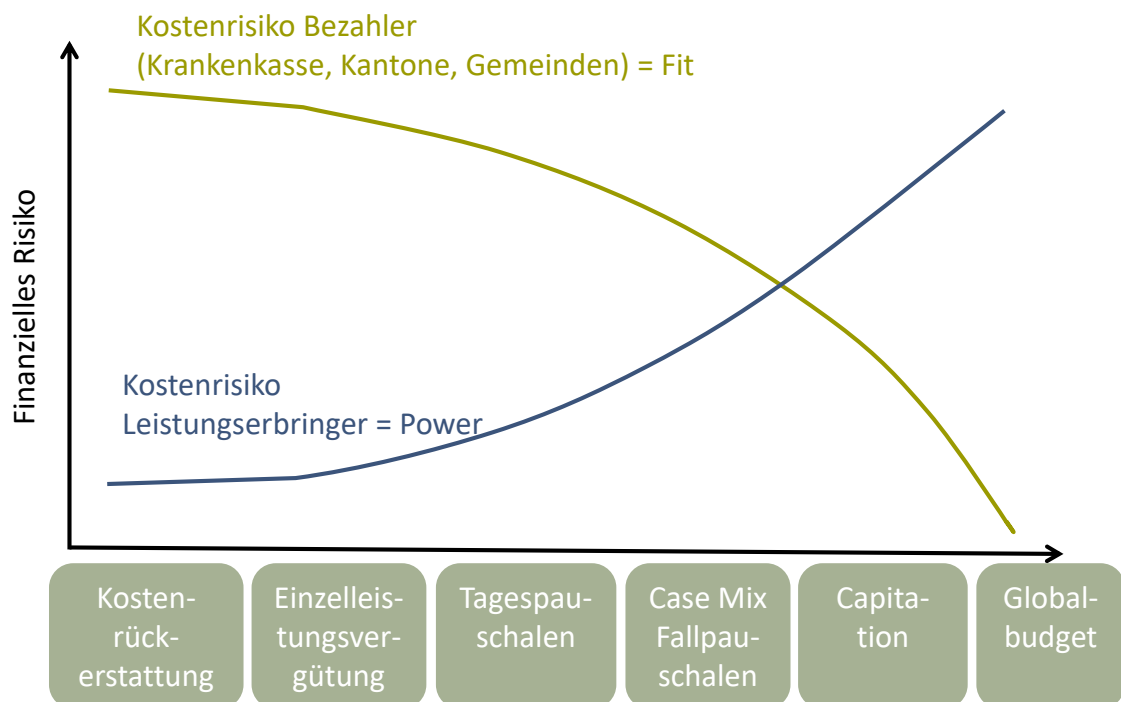
Volle Kostenrückerstattung bis Globalbudget möglich

Ein Tarifmodell besteht aus zwei Komponenten, dem Vergütungsmechanismus und den zu vergütenden Leistungen:

- *Der Vergütungsmechanismus* bewegt sich normalerweise zwischen den Extremformen der vollständigen Kostenrückerstattung (Zeittarif oder Einzelleistungsvergütung) und der Festlegung eines Globalbudgets (vgl. Abbildung 5). Idealerweise wird der Mechanismus aufgrund der Kostenstruktur bestimmt. Je stärker die Kosten statistisch streuen (z. B. über verschiedene Patienten oder Leistungen), desto eher ist eine differenzierte Abgeltung sinnvoll. Je weniger sie streuen, d. h. je homogener die Kosten innerhalb einer Gruppe sind, desto eher können Pauschalvergütungen ins Auge gefasst werden. Eine wichtige Frage stellt sich hier in Bezug auf das Kostenniveau, das vergütet werden soll. Idealerweise werden nicht die tatsächlichen Kosten vergütet, sondern diejenigen einer effizienten Leistungserbringung. Zu diskutieren ist, wie sich diese bestimmen lassen (z. B. mittels multidimensionaler Benchmarkingmethoden). Beim Vergütungsmechanismus sollte ebenfalls bestimmt werden, wer das Geld erhält: der Leistungserbringer für seine erbrachten Leistungen (Objektfinanzierung) oder die Patienten bzw. Pflegebedürftigen, die sich dann damit die Gesundheitsdienstleistungen selbst einkaufen (Subjektfinanzierung).
- *Die Definition der zu vergütenden Leistungen* ist meist stark an den Vergütungsmechanismus gekoppelt. Je enger eine Leistung gefasst wird, desto differenzierter kann eine Vergütung sein. So besteht der TARMED beispielsweise aus über 4'500 unterschiedlichen Einzelleistungen und das SwissDRG-System unterscheidet zwischen ca. 1'000 Diagnosegruppen. Es wäre aber – je nach Datenlage – in gewissen Bereichen auch denkbar, deutlich weniger Gruppen zu bilden und über Pauschalen zu vergüten (z. B. Pflegebedarfsstufen, die sich klar in ihrem Ressourcenbedarf unterscheiden). Normalerweise bezieht sich die Definition der

Leistungen hier auf Leistungen, die innerhalb des gleichen Tarifs unterschiedlich hoch vergütet werden sollen. Es kann sich aber auch zeigen, dass sich gewisse Leistungen so stark vom Rest unterscheiden, dass sie eventuell besser durch ein anderes Tarifmodell vergütet werden. So haben beispielsweise einige Länder Hochdefizitfälle in Spitälern aus dem normalen DRG-Vergütungsmodell herausgenommen und vergüten diese gesondert (Hochuli et al., 2017). Unter diesem Punkt fällt auch die Frage, ob die Kosten der Infrastruktur und/oder von Vorhalteleistungen in die Kosten der Leistungen einbezogen werden sollen, oder ob diese eine eigene Leistung mit einer separaten Vergütung darstellen.

Abbildung 5 Ausgestaltungsmöglichkeiten Vergütungsmechanismus



Der Vergütungsmechanismus von Leistungen bewegt sich zwischen zwei Extremen: Der vollständigen Kostenrückerstattung sowie der Ausrichtung eines Globalbudgets. Bei ersterem liegt das finanzielle Risiko bei den Bezahlern der Leistungen (Krankenkassen, Kantone, Gemeinden), bei letzterem bei den Leistungserbringern (Pflegeheime, Spitex, selbständige Pflegefachpersonen). Die verschiedenen Vergütungsmechanismen sind mit unterschiedlichen Anreizen verbunden: Bei einer vollständigen Kostenrückerstattung ist der Fit hoch, aber die Power gering, während bei einem Globalbudget der Fit klein und die Power hoch ist.

Quelle: Eigene Darstellung.

Vergütungssystem immer mit Verhaltensanreizen verbunden

Jedes Vergütungssystem führt zu verschiedenen Verhaltensanreizen. Die Gestaltung eines optimalen Vergütungssystems ist damit ein komplexes Unterfangen und mit Zielkonflikten verbunden. Wir beurteilen die Anreizwirkung der denkbaren Vergütungssysteme anhand eines Kriterienrasters auf Dimensionen, die in der gesundheitsökonomischen Fachliteratur als essentiell für ein erfolgreiches Vergütungsmodell beschrieben werden, namentlich «Power», «Balance» und «Fit» (Geruso & McGuire, 2016):

- *Power* zeigt an, wie stark die Vergütung steigt, wenn der Leistungserbringer höhere Kosten aufweist. Wenn jeder zusätzliche Kostenfranken zu einer Erhöhung der Vergütung führt

(Kostenrückerstattung), ist die Power gering. Entsprechend gering sind auch die Anreize, die Kosten einzudämmen. Ein stark pauschaliertes System hat eine hohe Power, da der Leistungserbringer unabhängig von seinen eigenen Kosten vergütet wird und damit einhergehend laufend einen Anreiz hat, kosteneffizienter zu werden.

- *Balance* vergleicht die Power bei der Vergütung unterschiedlicher Leistungen (z. B. ambulant und stationär). Die Balance ist dann am höchsten, wenn alle Leistungen nach dem gleichen Prinzip vergütet werden. Ist dies nicht der Fall, bestehen Anreize, eine spezifische Behandlungs- oder Therapieform vorzuziehen. Der Tarifgestalter greift also indirekt in die Behandlungswahl ein.
- Der *Fit* zeigt, wie gut die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten im Vergütungssystem abgebildet sind, bzw. wie individualisiert die Vergütung ist. Je höher der Fit, desto geringer sind die Anreize zur Patientenselektion und desto weniger werden Leistungserbringer benachteiligt, die viele Patienten mit einem hohen Leistungsbedarf betreuen. Ein guter Fit ist wichtig, damit die Qualität der Behandlung bei Fällen mit hohem Leistungsbedarf nicht gefährdet ist.

Es besteht ein Zielkonflikt zwischen Fit auf der einen Seite und Power und Balance auf der anderen Seite. Ein höherer Fit ist nur zu Lasten einer geringeren Power und/oder Balance zu haben. Hier gilt es, den richtigen Mix zu finden.

Ergänzt wird der Kriterienraster um die zwei Dimensionen «*Anpassungsfähigkeit*» und «*Transaktionskosten*», welche für die langfristige Zweckmässigkeit und Umsetzbarkeit des Vergütungssystems notwendig sind. Bleibt das Vergütungssystem statisch, können Balance und Fit über die Zeit gefährdet sein. Zudem dürfen die Kosten und der Datenbedarf für die Umsetzung und kontinuierliche Anpassung des Vergütungssystems selbst nicht exzessiv hoch sein, um von den Akteuren akzeptiert zu sein.

4.1.3 Tarifentwicklung

Grundsätzlich sollte sich ein Tarifwerk weiterentwickeln können, um sich den sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Die Weiterentwicklung findet dabei auf zwei Ebenen statt: Auf Ebene der Tarifstruktur und auf Ebene der Tarifhöhe. Folgende Themen müssen in diesem Zusammenhang konkretisiert werden, wobei die Tarifstruktur und die Tarifhöhe durchaus unterschiedliche Lösungen erfahren können. Die Themen sind zudem nicht nur in Reinform zu betrachten, sondern können auch miteinander kombiniert werden:

- *Institutionelle Rahmenbedingungen*: Soll die Entwicklung ad hoc bei Bedarf an die Hand genommen werden oder soll dies in einem organisierten institutionellen Rahmen geschehen? Soll dies dezentral oder zentral geschehen?
- *Regelmässigkeit*: In welchen Zeitabständen soll das Tarifwerk weiterentwickelt werden? Das kann sporadisch sein, regelmässig mit grösseren Zeitabständen dazwischen oder regelmässig und häufig (z. B. jährlich).
- *Umfang*: Welchen Umfang sollen Entwicklungen annehmen? Dies kann von Korrekturen von Einzelpositionen, Hinzunahme von neuen Indikatoren (z. B. für Qualität), Einbezug von neuen Bewertungskomponenten (z. B. Benchmarking) bis zu Gesamtrevisionen reichen.
- *Art*: Weiterentwicklungen können sich auch nach der Art unterscheiden. So ist es denkbar, dass gewisse Sachen verhandelt werden, bei anderen das Prinzip von Versuch und Irrtum, datenbasierte Systeme oder ausgeklügelte Algorithmen zur Anwendung kommen.

Einen guten Überblick über bestehende Strukturen der Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen sowie ihre Vor- und Nachteile bieten Willisegger & Blatter (2017). Grundsätzlich hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass es vorteilhaft ist, bereits ex ante einen klaren Rahmen für die Tarifentwicklung bzw. Tarifverhandlungen vorzugeben.

Die Tarifstruktur des Tarmed gilt bereits seit einiger Zeit als veraltet, eine Anpassung an die Änderungen in der Realität hat nur teilweise ad hoc stattgefunden, und aufgrund der verzettelten institutionellen Zuständigkeiten mit grossen Interessenkonflikten scheitert eine Gesamtrevision des Tarifwerks seit Jahren. Der Bundesrat hat bereits zweimal unilateral in die Tarifstruktur eingegriffen.

Bei der Spitalfinanzierung wurde die Entwicklung der Tarifstruktur besser geplant. Mit der SwissDRG AG wurde eine nationale Institution geschaffen, die von allen wichtigen Akteuren getragen wird und welche auf jährlicher Basis die Tarifstruktur datenbasiert weiterentwickelt. Probleme hat man demgegenüber vor allem beim Festlegen der Tarifhöhe, d. h. der Basispreise, geschaffen. Diese sollten eigentlich verhandelt werden, enden aber häufig vor Gericht, weil bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung unter anderem versäumt wurde, das Benchmarkingverfahren und den zu verwendenden Benchmark festzulegen.⁴⁷ Das Scheitern einer Weiterentwicklung der Tarifstruktur sowie Gerichtsstreitigkeiten in Bezug auf die Tarifhöhe sind mit hohen Kosten auf allen Seiten verbunden. Es lohnt sich demnach, ex ante ein System zu schaffen, das die Entwicklung klar regelt und den Verhandlungserfolg erhöht.

4.2 Heutige Ausgestaltung

Nachfolgend wird zuerst dargelegt, wie die Vergütung der ambulanten und stationären Langzeitpflege heute ausgestaltet ist (zugelassene Leistungserbringer, Abrechnungstarif, Tarifentwicklung). Danach wird die Anreizwirkung der heutigen Regelung evaluiert.

4.2.1 Zugelassene Leistungserbringer und abrechenbare Leistungen

Die Kantone sind verpflichtet, eine Pflegeheimplanung mit einer Pflegeheimliste vorzunehmen. Über die OKP dürfen einzig diejenigen Pflegeheime abrechnen, die sich auf der Liste befinden (Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG). Bereits zugewiesene Pflegebetten werden in keinem Kanton regelmässig ausgeschrieben. Wurde ein Pflegeheim einmal in die Liste aufgenommen, kann es damit rechnen, auch zukünftig über die OKP abrechnen zu können. Ein solches Vorgehen erhöht für die Pflegeheime die Planungssicherheit, bedeutet aber auch, dass bestehende Anbieter bevorzugt und der Wettbewerb eingeschränkt wird. Bei einem Ausbau des Bettenkontingents, erfolgt die Zuteilung in den meisten Kantonen nach einem «First-come-first-served»-Prinzip. In den Kantonen Genf und Wallis können einzig nicht-gewinnorientierte Organisationen in die Pflegeheimliste aufgenommen werden. Der Kanton Solothurn teilt die Betten anhand von Priorisierungskriterien zu (Cosandey, 2016).

In den Kantonen Glarus und Tessin müssen die Pflegeheime zusätzlich über einen Leistungsvertrag verfügen, damit sie den kantonalen Beitrag an die Pflegeleistungen erhalten. In den Kantonen Luzern, Schaffhausen und Zürich unterscheidet sich der kantonale Beitrag an Pflegeheime mit und ohne Leistungsauftrag. In verschiedenen Kantonen ist der kantonale Beitrag zudem leistungserbringer- oder gemeindespezifisch (Trageser et al., 2018).

⁴⁷ Der Bundesrat hat hierzu eine Revision der KVV erarbeitet, welche sich bis September 2020 in der Vernehmlassung befindet.

Die ambulanten Leistungserbringer benötigen für eine Abrechnung über die OKP eine Zulassung des Kantons in dem sie tätig sind (Art. 51 KVV). Der Erhalt und Umfang des Kantonsbeitrags unterscheidet sich zudem für Organisationen mit und ohne Leistungsauftrag bzw. mit und ohne Versorgungspflicht, wobei es sich dabei nicht immer um deckungsgleiche Kategorien handelt. In fünf Kantonen leistet die Kantone keinen Beitrag an die Pflegekosten von Spitexorganisationen ohne Leistungsvertrag (BE, FR, GL, TI, VD). Die Vergabe der Leistungsaufträge erfolgt aber sehr unterschiedlich, die Nicht-Abgeltung wirkt sich in diesen Kantonen daher unterschiedlich aus.⁴⁸ In den übrigen Kantonen gilt für Spitexorganisationen ohne Leistungsvertrag bei der leistungsbezogenen Restfinanzierung teilweise ein kantonaler Referenztarif. Die Abgeltung der Versorgungspflicht erfolgt jeweils getrennt und ist in den Kantonen sehr unterschiedlich geregelt. Es lassen sich folgende Varianten unterscheiden: Zuschläge zur leistungsbezogenen Restfinanzierung, höhere Normkosten, Defizitdeckung, Jahresbudget mit Kostenobergrenze. Die Abgeltung der selbständigen Pflegefachpersonen erfolgt in vielen Kantonen analog zu den Spitexorganisationen ohne Leistungsauftrag.

Sowohl die Pflegeheime wie auch die Spitexorganisationen und selbständigen Pflegefachpersonen können zudem grundsätzlich nur auf Anordnung eines Arztes Leistungen abrechnen. In der KLV wird abschliessend dargelegt, welche Pflegeleistungen über die OKP abgerechnet werden können. Für gewisse Leistungen ist eine Zusatzausbildung nötig (Art. 7 KLV).

4.2.2 Abrechnungstarif

Unterschiedliche Abgeltung ambulanter und stationärer Langzeitpflege

Pflegeleistungen können sowohl ambulant,⁴⁹ in Tages- oder Nachstrukturen⁵⁰ oder im Pflegeheim⁵¹ erbracht werden. In der KLV werden drei Arten von Pflegeleistungen unterschieden: «Abklärung, Beratung und Koordination» (KLV A), «Untersuchung und Behandlung» (KLV B) und «Grundpflege» (KLV C). Grundlage für die Abrechnung über die OKP ist einerseits eine ärztliche Anordnung über die Notwendigkeit von Pflegeleistungen. Andererseits muss vorgängig abgeklärt werden, welcher Pflegebedarf besteht (vgl. Abbildung 6). Diese Abklärung wird durch eine Pflegefachperson vorgenommen. Bei der Grundpflege (KLV C) kann die Pflegefachperson dabei selbständig den Bedarf festlegen und an die Krankenversicherer melden. Bei der Behandlungspflege (KLV B) muss der ermittelte Bedarf durch einen Arzt bestätigt werden.

Die Abgeltung der Pflegeleistungen ist im ambulanten und stationären Bereich unterschiedlich ausgestaltet. Bei den im ambulanten Bereich erbrachten Pflegeleistungen gibt die Bedarfsabklärung lediglich einen Richtwert für das Leistungsvolumen vor. Vergütet werden die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen auf Basis eines Zeittarifes, wobei die Höhe der Abgeltung für die drei Leistungsarten unterschiedlich ausfällt. In der Praxis können die effektiv erbrachten Leistungen von der in der Bedarfsabklärung vorgenommenen Pflegeplanung bedeutend abweichen.⁵²

⁴⁸ Im Kanton Bern ist es beispielsweise bei Erfüllung gewisser Bedingungen für jede Spitexorganisation möglich, einen Leistungsvertrag abzuschliessen (Alters- und Behindertenamt Kanton Bern, 2019). Im Kanton Fribourg können hingegen nur öffentlich-rechtliche Spitexorganisationen einen Leistungsvertrag erhalten.

⁴⁹ Der Patient wird ausserhalb einer Institution in einer privaten Wohnumgebung betreut.

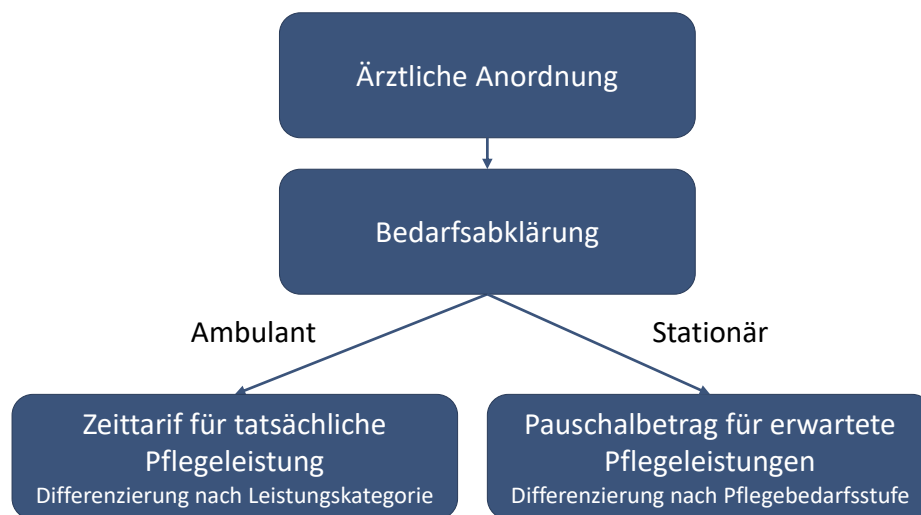
⁵⁰ Der Patient hält sich in einer Institution entweder tagsüber oder nachts auf. Er belegt kein stationäres Bett im Sinne der Bettenplanung.

⁵¹ Der Patient belegt ein Bett in einer Institution, die sich auf der Spital- oder Pflegeheimliste befindet.

⁵² Eine vorübergehende Veränderung des Bedarfs an Pflegeleistungen, welche den festgelegten Bedarf übersteigen, muss dem Versicherer gemeldet werden. Verändert sich der Bedarf dauerhaft, muss eine neue Bedarfsabklärung erfolgen (Spitex Schweiz et al., 2019).

Im stationären Bereich erbrachte Leistungen werden hingegen auf Basis von Pflegebedarfsstufen vergütet, wobei jede der zwölf Pflegebedarfsstufen an einen pro Tag erwarteten Pflegeaufwand in Minuten gekoppelt ist. Vergütet wird im Einzelfall demnach nicht die tatsächlich erbrachte Pflegeleistung, sondern der erwartete Pflegebedarf. Es findet keine Unterscheidung zwischen der Art der Pflegeleistung statt. In Pflegeheimen werden damit spezialisierte Leistungen beispielsweise in den Bereichen Palliative Care, psychiatrische Pflege oder Wundpflege gleich abgegolten wie Pflegeleistungen der Grundversorgung. Ebenso wird nicht unterschieden, ob die Leistung intern erbracht werden kann oder eine spezialisierte Organisation (mobiler Palliative-Care-Dienst, Hospiz oder Leistungsanbieter in der psychiatrischen Pflege) hinzugezogen werden muss.

Abbildung 6 Überblick Vergütung Pflegeleistungen (ambulanter und stationärer Bereich)



Für die Abrechnung von Pflegeleistungen über die OKP ist eine ärztliche Anordnung nötig, die eine Abklärung über den nötigen Pflegebedarf zur Folge hat. Im ambulanten Bereich werden die tatsächlich geleisteten Pflegeleistungen über einen Zeittarif abgegolten, wobei die Bedarfsabklärung einen Richtwert für den Leistungsumfang festlegt. Im stationären Bereich erfolgt auf Basis der Bedarfsabklärung eine Einteilung in zwölf Pflegebedarfsstufen, welche den Umfang der erwarteten Pflegeleistungen wiedergeben. Die Abgeltung erfolgt über eine Pauschale (meist in der Form von Normkosten).

Quelle: Eigene Darstellung.

Verwendete Bedarfsabklärungsinstrumente führen zu unterschiedlichen Resultaten

Die Leistungserbringer sind in der Wahl des Instrumentes zur Bedarfsabklärung in den meisten Kantonen frei. Manche Kantone schreiben aber auch den Gebrauch eines bestimmten Systems vor (Trageser et al., 2018). Grundsätzlich wird die Bedarfsabklärung in den Pflegeheimen heute auf Basis dreier unterschiedlicher Systeme (RAI/RUG, BESA, PLASIR)⁵³ vorgenommen. Bei RAI/RUG erfolgt bei Eintritt eine Zuteilung zu einer Pflegeaufwandgruppe. Jeder Pflegeaufwandgruppe ist ein (Norm-)Zeitgewicht zugeordnet, auf dessen Basis dann die Zuordnung in eine Pflegebedarfsstufe erfolgt. Bei BESA und PLASIR ist ein (unterschiedlicher) Leistungskatalog hinterlegt, der jeder spezifizierten Pflegeleistung einen (Norm-)Zeitaufwand zuordnet. Während

⁵³ Es ist derzeit unklar, ob PLASIR auch zukünftig existieren wird (Gespräch mit D. Domeisen, CURAVIVA Schweiz, vom 19. Februar 2020).

eines Zeitraums von in der Regel sieben Tagen wird erfasst, welche Leistungen für einen Patienten erbracht werden. Auf Basis dieser Leistungen und der hinterlegten Normzeiten sowie verschiedener Zuschläge erfolgt dann die Einstufung in eine Pflegebedarfsstufe (Vettori et al., 2017). In der Kalibrierung der hinterlegten Zeiten sind die Anbieter der Instrumente dabei relativ frei. Da die Pflegebedarfseinstufung von diesen Zeiten abhängt, bedeutet dies, dass die Anbieter die Höhe der OKP-Abgeltung beeinflussen können.

Bei den Spitexorganisationen ist interRAI HC_{Schweiz} (vorher RAI-HC_{Schweiz}) für Erwachsene allgemein und interRAI Community Mental Health (interRAI CMH_{Schweiz}) für Menschen mit einer psychischen Erkrankung das weitest verbreitete System. Die Bedarfsabklärung basiert auch hier auf den im Leistungskatalog zugeordneten Normzeiten, abgerechnet wird aber die effektiv erbrachte Zeit.

Bei den Pflegeheimen hat sich gezeigt, dass in Abhängigkeit des verwendeten Systems für dieselbe Patientensituation teilweise ein unterschiedlicher Pflegebedarf resultiert (Vettori et al., 2017). Die Behandlung gleicher Personen wird somit heute unterschiedlich abgegolten. Der Bundesrat hat daraufhin per 2020 die KLV im Hinblick auf eine Vereinheitlichung des Pflegebedarfes revidiert.⁵⁴ Neu muss das Instrument zur Bedarfsermittlung Pflegeleistungen von anderen Leistungen abgrenzen, sich auf Zeitstudien stützen und sicherstellen, dass die tatsächlich erbrachten Leistungen im Durchschnitt innerhalb der festgelegten Pflegebedarfsstufe liegen. Zeitstudien müssen auf einer anerkannten, schweizweit einheitlichen Methodik beruhen und in der Schweiz durchgeführt worden sein. Das Instrument muss zudem die Erfassung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren ermöglichen (Art. 8a und 8b KLV). Die Anpassungen müssen bis Ende 2021 vorgenommen werden.

Fixer Beitrag der Versicherer, Restfinanzierung durch die Kantone

Die Abgeltung der Pflegeleistungen erfolgt sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich über einen in der KLV festgelegten Beitrag der Krankenversicherer.⁵⁵ Die restlichen Kosten müssen im Sinne einer Restfinanzierung durch die Kantone übernommen werden, wobei die Patientenbeteiligung maximal 20% des höchsten OKP-Beitrages betragen darf. In der Ausgestaltung der Restfinanzierung sind die Kantone frei. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Zuständigkeit (Gemeinde oder Kanton), die Aufteilung der Restfinanzierung zwischen dem Kanton und seinen Gemeinden, die Höhe der Patientenbeteiligung und die Finanzierungsart. Entsprechend fällt die Ausgestaltung in den Kantonen heute sehr unterschiedlich aus (vgl. Tabelle 4).

Bei der Finanzierungsart lassen sich vier Varianten unterscheiden, wobei in manchen Kantonen auch Mischformen zur Anwendung kommen (Trageser et al., 2019; 2018):

- *Kantonale Normkosten/Höchstgrenzen:* Die Abgeltung erfolgt über eine vorgängig festgelegte Pauschale, die für alle Leistungserbringer gleich ist. Die Höhe unterscheidet sich bei den Pflegeheimen nach Pflegebedarfsstufen und bei der ambulanten Pflege nach der Art der Pflegeleistung (KLV A, KLV B und KLV C). Bei den Normkosten erhalten die Leistungserbringer den festgesetzten Tarif, während bei der Höchstgrenze die effektiven Kosten bis zur Erreichung der Höchstgrenze vergütet werden. Die Tarife werden in den Kantonen auf

⁵⁴ Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung für Pflegeleistungen).

⁵⁵ Der Beitrag der Krankenversicherer pro Minute Pflegeleistungen unterscheidet sich dabei zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Ambulant zahlen die Krankenversicherer im Jahr 2020 0.88 bis 1.28 CHF pro Minute, stationär liegt der Beitrag zwischen 0.48 und 1.92 CHF pro Minute (vgl. Art. 7a Abs. 3 KLV).

Basis unterschiedlicher Kriterien festgelegt: Normative Kriterien, Tarifverhandlungen, Kostenvergleiche, ausgewiesene Kosten.

- *Betriebsindividuelle Normkosten/Höchstgrenzen*: Die vorgängig festgelegte Pauschale oder Höchstgrenze variiert nach Leistungserbringer.
- *Gemeindespezifische Lösungen*: Die Art der Finanzierung wird innerhalb des Kantons durch die Gemeinde bestimmt und von diesen unterschiedlich festgelegt.
- *Abgeltung effektiver Restkosten*: Die effektiven Restkosten pro Pflegefall werden vollständig übernommen.

Tabelle 4 **Ausgestaltung der Restfinanzierung in den Kantonen (Stand Herbst 2016)**

	Umsetzungslösungen	Pflegeheime Anzahl Kantone	Spitexorganisationen Anzahl Kantone
Zuständigkeit	Kanton	19	15
	Gemeinden	4	6
	Kanton/Gemeinden	3	4
	niemand	0	1
Aufteilung Restfinanzierung	Kanton 100%	6	9
	Kanton/Gemeinden	12	6
	Gemeinden 100%	8	10
	Keine Restkostenfinanzierung	0	1
Patientenbeteiligung	20%	19	8
	Ab höherer Stufe 20%	5	
	10%	1	10
	Vermögensabhängig	1	
	Einkommensabhängig		1
	Gemeindespezifisch		1
	keine		6
Finanzierungsart	Kantonale Normkosten / Höchstgrenzen	16	12
	Individuelle Normkosten / Höchstgrenzen	5	3
	Gemeindespezifisch	3	9
	Effektive Restkosten	2	1
	keine	0	1
Unterscheidung mit/ohne Leistungsvertrag bzw. Versorgungspflicht	Nein	21	5
	Ja	5	21*

* Teilweise sieht der Kantone keine unterschiedliche Behandlung der Spitexorganisationen mit und ohne Leistungsvertrag vor, den Gemeinden steht es jedoch frei, einzelnen Spitexorganisationen höhere Kosten zu entgelten.

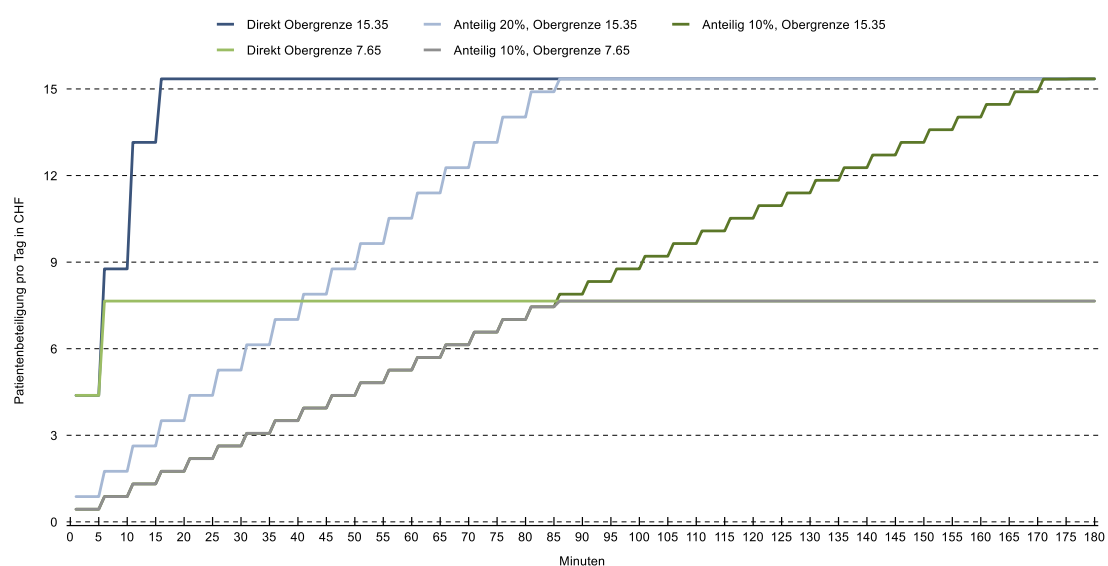
Die Ausgestaltung der Restfinanzierung unterscheidet sich zwischen den Kantonen stark. Differenzen ergeben sich im Hinblick auf die Zuständigkeiten, die Aufteilung der Restfinanzierung zwischen dem Kanton und seinen Gemeinden, der Höhe der Patientenbeteiligung sowie der Finanzierungsart. In manchen Kantonen bestehen zudem für Leistungserbringer ohne Leistungsvertrag abweichende Regelungen.

Quelle: Trageser et al. (2018), S. 21.

Patientenbeteiligung wird in den Kantonen unterschiedlich umgesetzt

Bei den Pflegeheimen verlangen die meisten Kantone die maximale Patientenbeteiligung von 20% des höchsten OKP-Beitrages, was im Jahr 2020 maximal 23 CHF entspricht. In den Kantonen Waadt und Zug beträgt die Patientenbeteiligung 10% und im Kanton Wallis ist sie vermögensabhängig.⁵⁶ In allen Kantonen wird die Patientenbeteiligung als die Differenz zwischen den Vollkosten und dem OKP-Beitrag pro Pflegestufe festgelegt, mit einer Deckelung durch die vorgesehene Obergrenze. Bei den Pflegeleistungen des ambulanten Bereichs weicht hingegen ein Grossteil der Kantone von den maximal möglichen 20% ab.⁵⁷ Zudem unterscheidet sich die Art, wie die Patientenbeteiligung berechnet wird. In gewissen Kantonen entspricht die Patientenbeteiligung, wie im Pflegeheim, bis zur Erreichung der Obergrenze der Differenz zwischen den Vollkosten und dem Beitrag der Krankenversicherer («direkte Obergrenze»). In anderen Kantonen entspricht sie einem prozentualen Anteil (10% oder 20%) der in Rechnung gestellten KVG-Pflegekosten, bis zur Erreichung der Obergrenze.

Abbildung 7 Ausgestaltung Patientenbeteiligung ambulante Pflegeleistungen KLV C



Die maximal mögliche Patientenbeteiligung von 20% wird in den Kantonen in der ambulanten Pflege sehr unterschiedlich umgesetzt. Unterschiede bestehen sowohl in Bezug auf die gewählte Obergrenze wie auch die Berechnungsmethode. In Kantonen, welche die Patientenbeteiligung direkt und nicht anteilig umsetzen, wird die maximale Obergrenze bereits bei einem wesentlich geringeren Pflegevolumen erreicht.

Quelle: Trageser et al. (2019) und eigene Recherchen, eigene Darstellung.

Abbildung 7 zeigt beispielhaft für Pflegeleistungen KLV C, wie sich die unterschiedlichen Berechnungsmethoden auswirken. In einem Kanton mit der im Jahr 2020 maximal möglichen Obergrenze von 15.35 CHF und der Berechnungsart «direkte Obergrenze» zahlt ein Patient bereits ab einer Pflegeleistung von (ungerundet) 16 Minuten den maximalen Betrag. Bei einer anteiligen Finanzierung von 20% erst ab einer Pflegeleistung von 86 Minuten, bei einem Anteil von 10%

⁵⁶ Vgl. die Tabelle 17 in Trageser et al. (2018).

⁵⁷ Vgl. die Tabelle 20 in Trageser et al. (2018).

sogar erst ab einer Pflegeleistung von 176 Minuten. Zusätzliche Unterschiede in der Patientenbeteiligung ergeben sich, weil diese auch in der ambulanten Pflege als maximaler Betrag pro Tag spezifiziert ist. Ein Patient, bei dem die Pflege auf mehrere Tage verteilt ist, muss eine höhere Patientenbeteiligung entrichten, als ein Patient, bei dem das gleiche Pflegevolumen an einem einzigen Tag erbracht wird. Dadurch kann für Patienten ein Anreiz entstehen, Leistungen alle am gleichen Tag zu beziehen, obwohl aus medizinischer Sicht eine Aufteilung auf mehrere Tage sinnvoll wäre.

Spezialfall Akut- und Übergangspflege

Ein Sonderfall sind zudem die Leistungen der Akut- und Übergangspflege (AÜP). Dabei handelt es sich um Pflegeleistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und während längstens zwei Wochen bezogen werden können. Die Pflegeleistungen können sowohl in einem Pflegeheim wie auch ambulant erbracht werden.⁵⁸ Die Abgeltung erfolgt nach den Regeln der Spitalfinanzierung über eine Pauschale. Im Unterschied zur Spitalfinanzierung wird bei der AÜP aber nur die Pflegeleistung vergütet, die Kosten für die Hotellerie müssen durch den Patienten übernommen werden. Bei der Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung hatte sich gezeigt, dass AÜP nur geringfügig in Anspruch genommen werden. Gründe hierfür sind die Dauer der Vergütung (zu kurz), Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber der geriatrischen Rehabilitation sowie die Ausklammerung der Hotellerie, die es für einen Patienten finanziell attraktiver macht, eine stationäre Rehabilitation im Spital zu beanspruchen oder frühzeitig in ein Pflegeheim zu wechseln (Trageser et al., 2018). Aufgrund der Vergütung der AÜP nach den Regeln der Spitalfinanzierung sollen sie nach dem Vorschlag des Nationalrates auch ohne die Integration der Pflegeleistungen Teil von EFAS sein.

4.2.3 Tarifentwicklung

Die Tarifstruktur im Bereich der Langzeitpflege wird sowohl im Hinblick auf die Ausgestaltung der Tarifstruktur (ambulant Zeittarif, stationär Pauschale) sowie die Höhe der Beiträge der Krankenversicherer (Art. 7a KLV) durch den Bund per Verordnung festgelegt. Eigentliche Tarifverhandlungen mit den Krankenversicherern finden im Bereich der Langzeitpflege heute demnach nicht statt, und es existieren anders als z. B. mit SwissDRG bei der Spitalfinanzierung keine institutionellen Strukturen für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Eine Anpassung der Beiträge der Krankenversicherer an die Kostenentwicklung müsste unilateral durch den Bund erfolgen (Wächter & Kessler, 2019). Die Leistungserbringerverbände (Curaviva, Senesuisse, Spitex Schweiz, ASPS) haben mit den Versicherern aber Administrativverträge abgeschlossen, welche einheitliche Standards für die Zusammenarbeit vorgeben.

Über den Ablauf der Festsetzung der Restfinanzierung (Höhe der anerkannten Vollkosten, Normkosten, Globalbudgets oder Zusatzbeiträge) in den Kantonen und Gemeinden liegen keine detaillierten Informationen vor.

4.2.4 Anreizwirkung heutige Regelung

Bei den Pflegeheimen hängt die Anreizwirkung des Vergütungsmechanismus stark davon ab, ob die effektiven Restkosten oder durchschnittliche Restkosten (z. B. über Normkosten) vergütet werden:

⁵⁸ Grundsätzlich könnten AÜP auch in einem Spital erbracht werden (vgl. Art. 49 Abs. 4 i. V. mit Art. 50 KVG), dies entspricht aber nicht dem Ansinnen des Gesetzgebers (vgl. Art. 7 Abs. 3 KLV i. V mit Art. 7 Abs. 3 KLV).

- *Power*: Vergüten die Kantone die effektiven Restkosten, ist die Power gering. Es besteht kein Anreiz, kosteneffizient zu werden. Werden hingegen nur die durchschnittlichen Restkosten vergütet, ist die Power hoch, die Pflegeheime haben einen Anreiz zu Kostensenkungen. Da die Vergütung in diesem Fall nicht an die tatsächlich erbrachten Leistungen gebunden ist, besteht aber auch ein Anreiz, weniger als die für die Patienten optimale Leistungsmenge zu erbringen («skimping», vgl. u. a. Ellis, 1998) und so Kosten einzusparen. Es besteht dann zudem ein Anreiz Kosteneinsparungen über eine geringere Leistungsqualität zu erzielen.
Müssen zusätzlich auch Fixkosten über die Pauschale vergütet werden, besteht ein Anreiz zur Mengenausweitung in Bezug auf die Anzahl Patienten. Jeder zusätzliche Patient leistet dann einen Deckungsbeitrag an die Fixkosten. Wir schätzen die Möglichkeit zur Mengenausweitung aber deutlich geringer ein als im Spitalsektor. Einerseits ist die Informationsasymmetrie im Hinblick auf die Notwendigkeit eines Pflegeheimaufenthalts geringer als diejenige für die Notwendigkeit eines Spitalaufenthalts bei medizinischen Eingriffen. Andererseits handelt es sich bei einem Pflegeheimaufenthalt meistens um einen dauerhaften Zustand und nicht um eine vorübergehende Situation wie normalerweise bei einem Spitalaufenthalt. Dies zeigt sich relativ deutlich im Wunsch vieler Menschen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben.
- *Balance*: Die ungleiche Abgeltung von Pflege- und Betreuungsleistungen schafft einen Anreiz, die besser abgoltene Leistung zu erbringen. Unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistung besteht zudem ein Anreiz, eine vorteilhafte Kostenschlüsselung vorzunehmen. Falls unterschiedliche Leistungen gleicher Dauer unterschiedliche Kosten haben (z. B. aufgrund der notwendigen Berufsqualifikation), besteht ein Anreiz, nur die günstigsten Leistungen zu erbringen.
Des Weiteren können Balanceprobleme auftreten, weil die Pflege im ambulanten und stationären Bereich unterschiedlich vergütet (und derzeit anteilig auch unterschiedlich finanziert) wird. Wie bei den Anreizen zur Mengenausweitung schätzen wir auch hier die Möglichkeiten der Substituierbarkeit zwischen ambulant und stationär geringer ein als im Spitalsektor. Pflegeheime und Spitexorganisationen sind meistens separate Organisationen, es besteht damit, abgesehen vom Hausarzt des Patienten, keine zentrale Ansprechperson, die über den Ort der Leistungserbringung entscheidet. In einem Spital sind der ambulante und stationäre Bereich hingegen Teil derselben Organisation.
- *Fit*: Der Fit hängt stark davon ab, ob der Tarif tatsächlich die erwarteten Durchschnittskosten jeder Pflegebedarfsstufe vergütet. Ist dies nur für manche Pflegebedarfsstufen der Fall, werden Pflegeheime mit beispielsweise besonders schweren Fällen benachteiligt, und es besteht ein Anreiz zur Patientenselektion.
- *Anpassungsfähigkeit*: Die Finanzierung durch mehrere Parteien erschwert Systemanpassungen. Dies gilt insbesondere, da heute keine Strukturen bzw. vorgegebene Prozesse für Tarifanpassungen existieren.
- *Transaktionskosten*: Eine Bedarfsabklärung muss grundsätzlich unabhängig vom gewählten Vergütungsmechanismus vorgenommen werden. Durch die Koppelung der Tarifierung an die Bedarfsabklärung entsteht für die Pflegeheime keinerlei Zusatzaufwand. Aufgrund der getrennten Vergütung von Pflege, Betreuung und Hotellerie entsteht aber ein Aufwand für die Abgrenzung der Pflegekosten und die Schlüsselung der Gemeinkosten.
Es entstehen zudem Kosten, weil jeder Kanton heute eine eigene Regelung zur Restfinanzierung entwickeln muss. Je nach gewählter Lösung unterscheidet sich der Aufwand. In den

meisten Kantonen basieren die festgelegten Normkosten auf den Vollkosten gemäss Kostenrechnung. Die Pflegeheime sind daher verpflichtet, eine entsprechende Kostenrechnung zu führen. Der damit verbundene Aufwand hängt von den Vorgaben des Kantons und der hierfür zur Verfügung gestellten Tools ab.

Bei der Pflege im ambulanten Bereich hängt die Anreizwirkung neben der konkreten Ausgestaltung der Restfinanzierung wesentlich davon ab, wie frei die Pflegefachpersonen in der Festlegung des Leistungsvolumens sind.

- *Power*: Vergüten die Kantone lediglich die durchschnittlichen und nicht die tatsächlichen Restkosten, ist die Power pro abgerechnete Leistungsminute hoch. In diesem Fall sind die Kosten der Spitexorganisation nicht direkt bestimmend für die Vergütung. In Bezug auf die Leistungsmenge ist die Power hingegen grundsätzlich gering, da die effektiv geleisteten Pflegeminuten abgegolten werden. Ausschlaggebend ist, wie frei die Pflegefachpersonen in der Festsetzung des Leistungsvolumens sind. Grundsätzlich können nur auf Basis einer ärztlichen Anordnung Pflegeleistungen erbracht werden. Der Umfang der benötigten Pflegeleistungen kann bei KLV C durch die Pflegefachpersonen selbstständig festgelegt werden, bei KLV B braucht es hingegen das Einverständnis des Arztes zum durch die Pflegefachperson ermittelten Pflegebedarf. Ab einem Leistungsumfang von 60 Stunden Pflege pro Quartal besteht für die Krankenversicherer die Möglichkeit einer vertrauensärztlichen Prüfung.
- *Balance*: Die Balance hängt davon ab, wie gut die Leistungen KLV A, KLV B und KLV C voneinander abgegrenzt werden können und ob die Relation zwischen der Abgeltung und der Kosten der drei Leistungen identisch ist. Andernfalls besteht ein Anreiz, Leistungen mit einem besseren Preis-Kosten-Verhältnis zu erbringen. Die Ausgestaltung der Patientenbeteiligung mit einer Höchstgrenze pro Tag kann zudem von Patientenseite Druck bewirken, Leistungen an einem Tag zu erbringen, die behandlungstechnisch besser an mehreren Tagen erbracht würden. Zudem gibt es – wie bereits oben beschrieben – potenzielle Balanceprobleme zwischen der Pflege im ambulanten und stationären Bereich.
- *Fit*: Durch die Vergütung der tatsächlich erbrachten Leistungen besteht ambulant ein besserer Fit als in den Pflegeheimen. Es besteht kein Anreiz zur Unterversorgung oder zur Selektion von Patienten mit geringerem Pflegeaufwand. Besteht keine Versorgungspflicht, besteht aber ein Anreiz, Patienten auf Basis der Wegzeiten zu selektionieren.
- *Anpassungsfähigkeit*: Die Finanzierung durch mehrere Parteien erschwert Systemanpassungen. Dies gilt insbesondere, da heute keine Strukturen bzw. vorgegebene Prozesse für Tarifanpassungen existieren.
- *Transaktionskosten*: Die Transaktionskosten sind höher, da neben der Bedarfsabklärung für die Tarifierfassung auch eine Zeiterfassung vorgenommen werden muss. Es muss zudem ebenfalls eine Abgrenzung der KVG-pflichtigen Pflegekosten von der Hauswirtschaft mit entsprechender Schlüsselung der Gemeinkosten vorgenommen werden. Es entstehen zudem Kosten, weil jeder Kanton heute eine eigene Regelung zur Restfinanzierung sowie zur allfälligen Abgeltung einer Versorgungspflicht entwickeln muss. Je nach gewählter Lösung unterscheidet sich der Aufwand.
Für die Abrechnung effektiv erbrachter Leistungen ist eine Zeiterfassung zwingend notwendig. Auf der Kostenseite besteht aber auch hier ein geringer Datenbedarf, da die Tarife nicht (regelmässig) datenbasiert festgelegt werden. Sofern die Restfinanzierung auf den Kosten

basiert, müssen die Leistungserbringer in der ambulanten Pflege eine Kostenrechnung führen. Der damit verbundene Aufwand hängt von den Vorgaben des Kantons und der hierfür zur Verfügung gestellten Tools ab.

4.3 Fazit

Ein Vergütungsmodell umfasst drei Elemente. Die Vorgabe, welche Leistungserbringer welche Art von Leistungen über die OKP abrechnen dürfen, der Preis, respektive der Tarif, den diese für ihre Leistungen verlangen dürfen, sowie idealerweise ein Rahmen für zukünftige Tarifverhandlungen und eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Tabelle 5 fasst zusammen, wie diese drei Elemente ausgestaltet werden könnten und welche Regelungen heute bei der Vergütung der Pflege im ambulanten und stationären Bereich gewählt wurden. Im Hinblick auf die zugelassenen Leistungserbringer zeigt sich, dass sich in beiden Bereichen sowohl Elemente einer direkten wie auch einer indirekten Angebotssteuerung finden. Die zu vergütenden Leistungen sind abschliessend in einer Positivliste festgehalten. Der Abrechnungstarif unterscheidet sich im ambulanten (Zeittarif) und stationären (Pauschale) Bereich, gemein ist aber der gedeckelte Beitrag der Krankenversicherer und der Patienten sowie die Restfinanzierung (Norm- oder Vollkostenabgeltung) durch die Kantone bzw. ihre Gemeinden. Ein Rahmen für Tarifverhandlungen und eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur fehlt.

Bei der Einführung einer national einheitlichen Vergütung von Pflegeleistungen muss neben einer Vereinheitlichung des Abrechnungstarifs auch bestimmt werden, wer zukünftig wie festlegt, welche Leistungserbringer über die OKP abrechnen dürfen. Zudem ist es vorteilhaft, bereits bei der Einführung die Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur und der Tarifhöhe vorzugeben, damit eine Anpassung an sich ändernde Gegebenheiten leicht möglich ist. Bei der Festlegung der abrechenbaren Leistungen sehen wir hingegen keinen Handlungsbedarf.

Auf alle Fälle sind bei der Ausgestaltung der Vergütung die Anreizwirkungen zu berücksichtigen und welche Auswirkungen sich dadurch auf die Versorgungslage ergeben können. Dabei muss insbesondere eine Abwägung zwischen den Anreizen für Kostenreduktionen (Power) und für eine patientengerechte Pflege (Fit) getroffen werden.

Tabelle 5 Überblick Vergütung Pflegeleistungen

Ausgestaltungsmöglichkeiten	Pflege heute im ambulanten Bereich	Pflege heute im stationären Bereich	
Zugelassene Leistungserbringer	Keine direkte Angebotssteuerung	<ul style="list-style-type: none"> Zulassung des Kantons Ärztliche Anordnung über Notwendigkeit Pflegeleistungen, Abklärung Leistungsumfang durch Pflegefachperson: teilweise Bewilligung durch Arzt notwendig (KLV-B), teilweise nicht (KLV-A, KLV-C). 	<ul style="list-style-type: none"> Ärztliche Anordnung über Notwendigkeit Pflegeleistungen (KLV B), Abklärung Leistungsumfang durch Pflegefachperson
	Angebotssteuerung	<ul style="list-style-type: none"> Teilweise für Kantonsbeitrag oder Abgeltung gewisser Leistungen zusätzlich Leistungsauftrag nötig 	<ul style="list-style-type: none"> Pflegeheimliste Teilweise für Kantonsbeitrag oder Abgeltung gewisser Leistungen zusätzlich Leistungsauftrag nötig
Abrechenbare Leistungen	Positivliste	<ul style="list-style-type: none"> Art. 7 KLV legt abschliessend dar, welche Pflegeleistungen über die OKP abgerechnet werden dürfen. Für gewisse Leistungen ist eine Zusatzausbildung nötig. 	
	Negativliste		
Abrechnungstarif	Vergütungsmechanismus	<ul style="list-style-type: none"> Zeittarif Gedekelter Beitrag Krankversicherer und Patienten, Norm- oder Vollkostenabgeltung Kantone/Gemeinden 	<ul style="list-style-type: none"> Pauschale Gedekelter Beitrag Krankversicherer und Patienten, Norm- oder Vollkostenabgeltung Kantone/Gemeinden
	Definition zu vergütende Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Unterscheidung nach KLV A, KLV B und KLV C 	<ul style="list-style-type: none"> 12 Pflegebedarfsstufen
Tarifentwicklung	Tarifstruktur	<ul style="list-style-type: none"> Beitrag Krankversicherer und Patienten durch Bund per Verordnung festgelegt Keine institutionellen Strukturen für Überprüfung und Weiterentwicklung Tarifstruktur oder Tariffhöhe 	
	Tariffhöhe	<ul style="list-style-type: none"> Fehlende Informationen über Ablauf Ausgestaltung Restfinanzierung in den Kantonen 	

Ein Vergütungsmodell umfasst drei Elemente: Die Festlegung welche Leistungserbringer was für Leistungen über die OKP abrechnen dürfen, den Preis (Tarif), den diese für ihre Leistungen verlangen dürfen sowie idealerweise ein Rahmen für zukünftige Tarifverhandlungen und eine Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Die Tabelle zeigt die heutige Ausgestaltung der drei Elemente für die Pflege im ambulanten und stationären Bereich.

Quelle: Eigene Darstellung.

5 Umsetzungsszenarien

5.1 Grundlagen für die Steigerung der Datenqualität und Kostentransparenz

Die zentrale Herausforderung zur Herstellung von Transparenz über die Kosten der Pflegeleistungen in Abgrenzung der Betreuungsleistungen und zur kostenneutralen Überführung der heutigen Finanzierungsanteile der verschiedenen Finanzierungsregimes der Pflege in die einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) liegt nicht in einer grundsätzlichen Unschärfe in zentralen Leistungsdefinitionen oder einer grundsätzlichen Nicht-Verfügbarkeit von Daten. Der Schlüssel liegt in einer Verbesserung der Datenqualität und der Verfahren zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen. Die Qualität der Abgrenzung und Bestimmung der Kosten der Pflege wie auch der Restfinanzierungsanteile Pflege der Kantone/Gemeinden hängt letztlich stark von der Qualität und Weiterbearbeitung grundsätzlich vorhandener Daten, der Struktur und den Auswertungszielen der Kostenrechnungsmodelle, der Verfügbarkeit robuster Benchmarksysteme sowie den institutionellen und gesetzlichen Vorgaben in diesem Bereich ab.

Die Definitionen der Pflegeleistungen in Art. 7 Abs. 2 KLV benötigen hingegen keine unmittelbaren Anpassungen. Sie werden im Rahmen der bisherigen Prozesse, laufender Projekte und Vorstösse oder einer Weiterentwicklung der Tarifstrukturen überprüft und gegebenenfalls angepasst werden müssen. Die Rolle der ergänzenden Tätigkeitslisten in den beiden Bereichen der ambulanten Pflege und Pflege im Pflegeheim kann durch eine regelmässige Überprüfung in Anlehnung an die neuesten pflegewissenschaftlichen Standards gestärkt werden.

Die Tätigkeitsliste im Bereich der Pflege in Pflegeheimen wird im Zusammenhang mit der Umsetzung der Anpassung von Art. 8a und Art. 8b KLV zur Bedarfsermittlung (in Kraft getreten am 01.01.2020) überprüft und geschärft werden. In diesem Kontext werden auch die den Tätigkeiten zugewiesenen Richtzeiten durch Zeitstudien, die auf einer schweizweit einheitlichen Methodik beruhen und in der Schweiz durchgeführt werden müssen (vgl. Art. 8b Abs. 2 KLV), überprüft und angepasst werden.

Die Bedarfsermittlung der Spitex ist in die Ergänzung der KLV durch Art. 8b nicht eingeschlossen. Die Abrechnung ihrer Leistungen beruht auf den tatsächlich geleisteten Zeiten. Die der Tätigkeitenliste zugeordneten Richtzeiten unterstützen die Pflegeplanung und werden im Kontext des Leistungsplanungsblatts von den Krankenversicherern bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungen beigezogen. Sie wurden seit 1999 nicht mehr aktualisiert. Im Bereich der nicht direkt verrechenbaren Leistungen der Spitex wurde die Erfassung der Tätigkeiten durch die Überarbeitung der Zeitcodes der Arbeitszeiterfassung im Finanzmanual 2020 präzisiert. Die Auswirkungen auf eine genauere Erfassung der nicht direkt verrechenbaren Tätigkeiten (z. B. Wegzeiten, Kommunikation, Dokumentation) und Zuweisung auf die Kostenträger muss in einem kantonsübergreifenden Benchmark überprüft werden.

Die in Abschnitt 5.1. diskutierten Umsetzungsszenarien fokussieren vor diesem Hintergrund vor allem auf die notwendigen Schritte zur Verbesserung der Datenqualität und der Verfahren zur Kostenermittlung und Leistungserfassung.

5.1.1 Schlüsselemente einer erhöhten Kostentransparenz und verbesserter Datenqualität

In Kapitel 2 wurde eine Checkliste vorgestellt, um das aktuelle Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu beurteilen, die die Grundlage für Kostentransparenz über die Kosten der Pflege in

Abgrenzung von anderen Leistungen darstellen. Die Checkliste bietet auch eine Orientierung, an welchen Punkten Entwicklungen ansetzen müssen.

Nicht alle Entwicklungen müssen von der öffentlichen Hand angestossen oder gesteuert werden, sie können auch aus privater/marktwirtschaftlicher Initiative entstehen. Hier gilt es in einem weiteren Schritt zu entscheiden, welche Rolle in welchem Bereich staatliche Institutionen übernehmen sollten und in welchen Bereichen eine Unterstützung oder Regulierung durch die öffentliche Hand benötigt wird.

Handbücher und Vorgaben zur einheitlichen Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen

Mit den Handbüchern zur Rechnungslegung und Anlagennutzung von Curaviva (2018/2019), der Branchenlösung Rechnungswesen und Controlling von H+ (2018) und dem Finanzmanual 2020 der Spitex wurden grundsätzlich gute Grundlagen geschaffen, um die Datenerfassung der Betriebe und die Kostenrechnungen zu vereinheitlichen. Bei einer Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme und einer Überprüfung und Weiterentwicklung der heutigen Anforderungen an die Kostentransparenz werden sie zum Teil Anpassungen erfahren, aber sie bieten ein weitgehend gutes Fundament.

Wichtige Massnahmen wären eine verbindlichere Vorschrift zur Anwendung harmonisierter Rechnungslegungsstandards. Diese werden heute noch nicht flächendeckend angewandt. Kantone und Gemeinden haben in Form von Weisungen oder in den Leistungsverträgen zusätzliche Anforderungen an die Rechnungslegung formuliert. Zum Teil haben sie auch Austauschforen und andere Formen der Partizipation geschaffen. Es wäre hilfreich, diese Anforderungen und Rahmenbedingungen zu sammeln, zu strukturieren und mit Blick auf eine Best Practice auszuwerten und zu vereinheitlichen.

Ein Erlass von Bestimmungen für die Spitex und selbständig tätigen Pflegefachpersonen ähnlich denjenigen in der VKL ist zu prüfen, um die Verbindlichkeit der Anwendung eines homogenen Rechnungslegungsstandards zu unterstützen. Die Spitex Statistik ist in Richtung einer anonymisierten Individualstatistik im Datenbereich Klienten und Leistungen zu revidieren und im Finanzteil an die Struktur und Auflösung der Krankenhausstatistik und SOMED heranzuführen. Aus Sicht der Autoren verfügen auch kleine Organisationen über die Voraussetzungen, bei der Entwicklung entsprechender Tools, Schulungen und Beratungen, die Anforderungen der VKL oder entsprechender Bestimmungen sowie einer höher auflösenden Spitex Statistik zu erfüllen.

Eine weitere zentrale Herausforderung bleibt das Spannungsfeld zwischen der Empfehlung «harmonisierter», überprüfter Umlageschlüssel und individuellen betrieblichen Gegebenheiten. Dieses lässt sich nur über weitere empirische Untersuchungen und die Nutzung verbesserter und umfassenderer Benchmarkstrukturen reduzieren. Weitere Themen wurden in der Detailanalyse in Abschnitt 2 angesprochen.

Robuste Primärsysteme, Schnittstellen zwischen den Systemen, Auswertungen, Datenexporte, Validierungsroutinen

Die IT-Landschaft ist in den beiden Bereichen Spitex und Pflegeheime noch stark fragmentiert und nur teilweise konsolidiert. Oft fehlen Validierungsroutinen (nicht nur technisch, sondern auch in der Handhabung auf der Seite der Anwender) zur Überprüfung der primären Datenqualität. Je nach Grösse der Organisation stellen die Kosten für die IT-Systeme gerade bei Anpassungen oder bei Problemen in der Anwendung eine nicht unerhebliche Belastung dar. Die Organisationen sehen sich steigenden Anforderungen in Bezug auf Datensicherheit und auf Schnittstellen wie der

elektronischen Anmeldung oder der Einbindung in eHealth-Stammgemeinschaften gegenüber. Im Spitexbereich sind oft die grossen Organisationen Initiatoren der Weiterentwicklung der Primärsysteme und tragen hohe Anteile der Entwicklungskosten.

Hier wäre zu prüfen, inwieweit eine übergreifende Problemanalyse, eine Bündelung von Weiterentwicklungsthemen, die Förderung von validierten Standardauswertungen und Auswertungen zur Datenqualität, die Analyse und der Aufbau wichtiger Schnittstellen, Schulungen und Beratung in einem Förderprogramm ohne Eingriffe und Verzerrung des Marktes möglich wäre.

Das im Februar 2020 (Laufzeit bis Juli 2022) gestartete Innosuisseprojekt «Kennzahlensysteme und Kostenmanagement der Spitex» ist aus einer gemeinsamen Initiative der Hochschule Luzern, den Wirtschaftspartnern Polynomics und Heyde und Spitexorganisationen inkl. des Verbands Spitex Schweiz entstanden, um «bottom up» im Bereich der ambulanten Pflege eine übergreifende Problemanalyse zu liefern und in einzelnen Teilbereichen (Datenvalidierungsroutinen; Schnittstellen in Bezug auf Leistungs-, Kosten und Qualitätsdaten; validierte Auswertungen; Handbuch «Kennzahlen als Führungsinstrument») bereits selbst Lösungen anzubieten, in anderen Bereichen Lösungen anzustossen. Das Projekt wird in den genannten Teilbereichen in Bezug auf die am stärksten verbreitete Primärsysteme eine konzeptionelle Analyse vorlegen können und technische Lösungen auf der Seite der im Projekt zu entwickelnden Instrumente (Führung Cockpit, Kostenrechnung, Benchmarkplattform) anbieten können. Es hat aber nur einen indirekten Einfluss darauf, in welchem Zeitraum und zu welchen Konditionen die Anbieter der Primärsysteme robuste Schnittstellen und in ihr System integrierte Validierungsroutinen bereitstellen werden können.

Tools für die Erstellung Kostenrechnung/Betriebsabrechnungsbogen

Sowohl im Bereich der Spitex als auch im Bereich der Pflegeheime wurde ein «Mindestmodell Kostenrechnung», welches die Anforderungen der Handbücher zur Rechnungslegung Curaviva resp. das Finanzmanual von Spitex Schweiz erfüllt, excelbasiert umgesetzt und als Hilfstool angeboten. Diese excelbasierten Tools haben gewisse Einschränkungen (Wächter et al., 2017, Eco-plan, 2014). Dazu gehören die Auflösung der Umlageebenen und eine fehlende Anbindung an Kennzahlen zur Klientenstruktur wie auch der Verlust einer höheren Auflösung der Primärdaten bei Einspeisung in das Tool und der Verlust der Möglichkeit gewisser Datenplausibilisierungen. Trotz einheitlicher Vorgaben der Handbücher finden sich häufig Fehler oder Interpretationsunterschiede beim Abfüllen und Aggregieren der Primärdaten und bei der betriebspezifischen Parametrisierung der excelbasierten Hilfstools.

Im Bereich der Spitex strebt das genannte Innosuisseprojekt die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten und empirisch überprüften Kennzahlensystems und die Entwicklung von Instrumenten für eine hochauflösende Kostenrechnung sowie eines Benchmarksystems für den Bereich der ambulanten Pflege an, welche die heutigen Grenzen der Kostenrechnungsmodelle und Datenbearbeitung überwinden sollen. Die entwickelten Instrumente sollen allen Spitexorganisationen unabhängig von ihrer Grösse und auch selbständig tätigen Pflegefachpersonen zugänglich sein.

Im Bereich der Pflegeheime besteht eine Initiative seitens Curaviva, die Datenqualität der Primärdaten, der Kostenrechnungen sowie der Erfassung der Klienten- und Leistungsstrukturen für die SOMED zu verbessern.

Benchmarkplattformen

Die Kostentransparenz bei einzelnen Betrieben lässt sich nicht steigern und die Untersuchung von gerechtfertigten Kostenunterschieden im Verhältnis zu Ineffizienzen lässt sich nicht durchführen,

wenn in den beiden Bereichen Spitex und Pflegeheime nicht belastbare Benchmarkstrukturen aufgebaut werden. Die technischen Fragen lassen sich bei einer entsprechenden Datenqualität der Inputdaten lösen.

Anspruchsvoller sind Fragen der Trägerschaft, der Vereinbarungen über die Auflösung der im Benchmark gezeigten Kennzahlen und Kennzahlenvergleiche und die Unterscheidung zwischen der Nutzung innerhalb sich gegenseitig autorisierender geschlossener Benchmarkgruppen versus eine Teilveröffentlichung von Kennzahlenvergleichen. Hier sind unterschiedliche Anforderungen von unterschiedlichen Stakeholdern – Leistungserbringer und ihre Verbände, Restfinanzierer, Krankenversicherer – zu klären und auszuhandeln. Eine wichtige Klärung betrifft auch die Rolle solcher Benchmarkplattformen an der Schnittstelle zu Verfahren der Tariffestlegung oder Tarifverhandlungen.

Benchmarkgruppen können mit unterschiedlichen Zielen gebildet werden und innerhalb der Gruppen den Grad der Auflösung und Vertraulichkeit der Daten vertraglich bestimmen. Damit ist ein gewisser Schutz von Innovationen und Investitionen in Organisationsstrukturen und innerbetriebliche Prozesse gegeben. Die Auswahl und Auflösung der Kennzahlen, die Leistungserbringer in Vertrags- oder Abgeltungsverhandlungen mit Tarifpartnern und der öffentlichen Hand einbringen oder die aufgrund gesetzlicher Vorschriften offengelegt werden müssen, unterliegen Verhandlungen und dem politischen Prozess.

Pflegeassessments-/Pflegetarifierhebungsinstrumente sowie Pflegedokumentationen

Die Harmonisierung der Pflegebedarfserhebungsinstrumente ist ein wichtiger Schritt in Richtung erhöhte Kostentransparenz, der seit dem 01.01.2020 in der KLV verankert ist. Zugleich sollen die Instrumente so ausgestaltet sein, dass die Erfassung von medizinischen Qualitätsindikatoren ohne Mehraufwand möglich ist. Auf den 01.01.2021 in Kraft treten soll eine Ergänzung zu Artikel 43 KVG, die festhält, dass sich die Tarife und Preise an der Entschädigung jener Leistungserbringer orientieren sollen, welche die Leistung nicht nur effizient und günstig, sondern auch in der notwendigen Qualität erbringen.⁵⁹ Aus dem heutigen Stand der Kenntnisse heraus kann von den Autoren nicht beurteilt werden, ob die notwendigen Massnahmen zur Umsetzung bereits eingeleitet wurden oder in Planung sind und ob noch weitere Schritte notwendig sind.

Für einen belastbaren Vergleich zwischen Organisationen wird es wichtig sein, Daten aus den verschiedenen Bereichen der Kosten, der Leistungsstrukturen (Häufigkeit, Länge und Verteilung von Einsätzen sowie Leistungsmix, Dauer zwischen Anmeldung und Ersteinsatz, Anschlussbehandlung an Spital, Skill-Grade-Mix etc.), der Klientenstrukturen sowie Indikatoren aus dem Pflegeassessment und der Pflegedokumentation zusammenzuführen, zu analysieren und Kennzahlen zu bilden. Es wird eine anspruchsvolle Aufgabe sein, robuste und praxisbezogene Indikatoren zu bilden, die den Einfluss von Unterschieden in den Klienten- und Leistungsstrukturen sowie in der Struktur- und Prozessqualität auf die Kostenstrukturen abbilden. Dieser Schritt ist aber keine Voraussetzung für die Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung.

Schnittstelle Kostentransparenz zu Vergütungssystemen

Einen Schlüssel für alle vorangehend diskutierten Schritte stellen die zukünftigen Verfahren zur Festlegung oder Aushandlung der Restfinanzierungsbeiträge der Kantone und Gemeinden und der Beiträge der OKP respektive die Verhandlungen bzw. Verfahren zur Bestimmung der Tarife

⁵⁹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, Änderung vom 21. Juni 2019.

bei einer Überführung der Pflege in EFAS dar. Sie definieren letztlich die Anforderungen, die in die vorangehenden Schritte integriert werden müssen. Umgekehrt legen diese Schritte die Grundlage für robuste Tarifstrukturen. Diese Interdependenz wurde in der Einleitung in Abbildung 1 dargestellt. Die bestehenden Kostenunterschiede zwischen Leistungserbringern und Unterschiede in ihrem Leistungsspektrum deuten darauf hin, dass ein ausdifferenziertes Vergütungssystem geschaffen werden muss.

Die Umsetzung des Ziels «Transparenz über die vollen Kosten der Pflege in Abgrenzung von den Betreuungsleistungen» und die Umsetzung eines national einheitlichen Vergütungssystems lassen sich nur als verschränktes Gesamtpaket entwickeln.

5.1.2 Priorisierung der Umsetzungsschritte

Eine Stärkung der Schlüsselemente ist für die Weiterentwicklung und eine transparente Finanzierung der Pflege im ambulanten Bereich und in den Pflegeheimen unter den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität an und für sich alternativenlos. Deshalb werden im Folgenden keine alternativen Umsetzungsszenarien vorgestellt, sondern eine Priorisierung und zeitliche Etappierung der wichtigsten Umsetzungsschritte vorgenommen. Die Unterscheidung verläuft zwischen unmittelbar notwendigen Schritten und weiteren Massnahmen, die in späteren Schritten umgesetzt werden können.

Unmittelbar notwendige Massnahmen

- *Übersicht über die Rechenschaftspflichten der Leistungserbringer und Vereinheitlichung der Vorgaben und Weisungen:* Die kantonalen Vorgaben und Weisungen haben Auswirkungen auf die Struktur und Ergebnisse der Kostenrechnungen. Eine Übersicht bietet eine wichtige Grundlage für das Verständnis der Unterschiede, die Identifikation von «Best-Practice-Ansätzen» und eine Harmonisierung der Vorgaben.
- *Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Kostenrechnungsmodelle:* Die Auflösung der Kostenrechnungsmodelle und die Wahl der Umlage- und Verteilschlüssel müssen überprüft und empirisch validiert werden. Neben einer konzeptionellen Überprüfung und einer Stärkung der Arbeitszeit-/Tätigkeitsanalyse werden auch statistische Tests auf der Ebene einer höher auflösenden Benchmarkplattform einen wichtigen Beitrag leisten können.
- *Kantonsübergreifendes Benchmarksystem:* Der Aufbau eines kantonsübergreifenden Systems hat eine hohe Priorität, um a) eine datengestützte Übersicht über die heutige Ausgangslage zu erhalten, b) die Grenzen der heutigen Benchmarksysteme in Bezug auf die Heterogenität der Datenerfassung und -weiterverarbeitung zu überwinden, c) eine verlässliche und harmonisierte Abbildung der heutigen Restfinanzierung und d) eine Basis für die Untersuchung «gerechtfertigter» Kostenunterschiede zu gewinnen. Beim Aufbau einer solchen Struktur sind wichtige Fragen der Trägerschaften (in Frage kämen z. B. Verbände, GDK, SGV oder eine neu zu gründende Institution), Verträge und Einbettung der Abläufe der späteren Tariffestlegungen bzw. -verhandlungen zu berücksichtigen.
- *Förderung der Verwendung von Kennzahlen als Führungsinstrument im Betriebsalltag:* Eine stärkere Verankerung der Nutzung von Kennzahlen im Betriebsalltag würde nicht nur die Datenqualität erheblich verbessern, sondern würde auch einen Beitrag zur Steigerung der Kosteneffizienz und Qualitätsentwicklung leisten. Massnahmen müssten auf verschiedenen Ebenen ansetzen: eine bessere konzeptionelle Aufbereitung und Schulung in der Anwendung, bessere Schnittstellen zwischen den Primärsystemen, unterjährige standardisierte Auswertungen, Einbindung von betriebsübergreifenden Zahlen in ein Führungscockpit etc.

- *Aufnahme der Spitex und selbständigen Pflegefachpersonen in die VKL oder ein Erlass entsprechender Bestimmungen:* National einheitliche Bestimmungen zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen sollten für diese Leistungserbringergruppen analog zur VKL erlassen werden oder durch eine Aufnahme in die VKL für verbindlich erklärt werden.

Mit den Handbüchern zur Rechnungslegung und Anlagennutzung von Curaviva (2018/2019), der Branchenlösung Rechnungswesen und Controlling von H+ (2018) und dem Finanzmanual 2020 der Spitex bestehen gute Grundlagen, die kontinuierlich weiterentwickelt werden können.

Der Umsetzungszeitraum beträgt aus Sicht der Autoren zwischen 4 und 5 Jahren. In verschiedenen Bereichen bestehen bereits wichtige Ansatzpunkte und könnten Initiativen und Kräfte gebündelt werden. Er hängt stark davon ab, wie hoch die Anforderungen an die Durchdringung der Organisationen und selbständigen Pflegefachpersonen und an die Kennzahlen der Kostentransparenz sind. Wichtige Erkenntnisse zu Kostenunterschieden und Einflussfaktoren oder zu den Auswirkungen harmonisierter, validierter Kostenrechnungen könnten sich auch auf ein repräsentatives Ensemble abstützen, welches bereits bei einem Anteil von 30-60 Prozent der Leistungserbringer verallgemeinerbare Rückschlüsse und eine laufende Verbesserung und Präzisierung der Auswertungsziele erlauben könnte. Der Umsetzungszeitraum wird auch stark beeinflusst durch die Koordination und die Kooperationsbereitschaft der zentralen Stakeholder sowie der Art und Umfang der Finanzierung der notwendigen Schritte.

Dieser Umsetzungszeitraum von 4 bis 5 Jahren bedeutet nicht, dass der Startpunkt von EFAS mit Einbezug der Pflege erst am Ende dieser Periode liegen sollte. Er kann – je nach Wahl des Vergütungssystems – früher erfolgen, so dass das Ende der Einführungsphase von EFAS mit der Zielerreichung der Umsetzung Kostentransparenz zusammenfällt. Der Beschluss einer Integration der Pflege in EFAS dürfte die Umsetzung erleichtern und beschleunigen.

Etappiert in späteren Schritten umsetzbar

- *Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme:* Die Frage nach gerechtfertigten Kostenunterschieden zwischen Organisationen und die Entwicklung von Indices für die Abbildung der Treiber einer Kostenentwicklung (positiv wie negativ) erfordert eine Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme auf einer verbesserten Datengrundlage unter Anwendung moderner statistischer Methoden.
- *Einbindung von Qualitätsindikatoren und Unterschieden in den Versorgungsstrukturen:* Die Bildung von robusten und praxisbezogenen Indikatoren, die den Einfluss von Unterschieden in den Klienten- und Leistungsstrukturen sowie in der Struktur- und Prozessqualität auf die Kostenstrukturen abbilden, verlangt eine vertiefte Analyse und Zusammenführung von Daten aus bisher oft separat betrachteten Bereichen: a) Kosten/Finanzen, b) Leistungsstrukturen, c) Klientenstrukturen, d) Pflegeassessment, -planung und -dokumentation.

Die Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme und die Einbindung der Qualitätsindikatoren und Unterschieden in den Versorgungsstrukturen sollte als verbindliches Ziel fortlaufend mit verfolgt werden. Sie können aber auch erst in einer zweiten Phase der Umsetzung der Kostentransparenz in ergänzenden Projekten vertieft und integriert werden. Die Umsetzungsdauer dürfte vor allem mit Blick auf den Einbezug der Qualitätsdimension eher bei 10 Jahren liegen.

5.2 Festlegung der Finanzierungsanteile

5.2.1 Festlegung der Finanzierungsanteile bei Integration der Pflege in EFAS

Eine Berechnung der Finanzierungsanteile ist aufgrund der Anforderungen an die Auflösung der Kostenträger und der Berücksichtigung der Beiträge der öffentlichen Hand aktuell nur auf der Basis konsolidierter Leistungserbringerstatistiken möglich. In Kapitel 3.2 wurden die Grenzen der heutigen Leistungsstatistiken im Bereich der Finanzdaten aufgezeigt.

Vor diesem Hintergrund diskutieren wir zwei Szenarien, um die Anteile der drei Finanzierungsregimes Krankenkversicherer, Patientenbeteiligung und öffentliche Hand bei Integration der Pflege in EFAS festzulegen:

- *Szenario A:* Approximative Abschätzung der Finanzierungsanteile auf Basis der heutigen Datenlage
- *Szenario B:* Festlegung der Finanzierungsanteile nach Herstellung Kostentransparenz.

Unabhängig von der Wahl des Szenarios zur Bestimmung der Finanzierungsanteile werden daran anschliessend zwei Möglichkeiten für die zukünftige Handhabung der Patientenbeteiligung vorgeschlagen.

Szenario A: Approximative Abschätzung der Finanzierungsanteile auf Basis der heutigen Datenlage

Die Kostenrechnung der Leistungserbringer wird nach kantonalen Vorgaben geführt, um den Anforderungen an die Berechnung und Abgeltung der kantonal geregelten Restfinanzierung gerecht zu werden. Dadurch beeinflussen neben betrieblichen Handlungsspielräumen kantonale Besonderheiten der Finanzierung und kantonale Weisungen die anrechenbaren Nettokosten der Kostenträger und die Darstellung und Zuweisung der Erträge in den Leistungserbringerstatistiken.

Deshalb ist eine Ex-ante-Berechnung der Finanzierungsanteile bei Einführung von EFAS mit den heutigen Daten nur approximativ möglich. Theoretisch könnte über Abgrenzungen und Transformationen bei entsprechender Auflösung der Primärdaten eine Ex-post-Harmonisierung, Validierung und Umrechnung der kantonal bestimmten Kostenrechnungen (in einem gewissen Rahmen) erreicht werden. Dies setzt aber einen erheblichen Initialaufwand für die Integration von Umrechnungen der Daten und Zusatzauswertungen in den Kostenrechnungstools als Grundlage für eine harmonisierte Datenlieferung an die Leistungserbringerstatistiken voraus (Option 1).

Alternativ weist der Methodenmix in der Studie von Infrac für die GDK einen belastbaren pragmatischen Weg, die aktuellen Finanzierungsanteile der Kantone mit den heutigen Statistiken und Zusatzerhebungen zur Validierung einzugrenzen (Option 2). Der Abschätzung der methodisch gegebenen Intervalle ist eine normative Unschärfe gegenüberzustellen, die einen politischen Entscheid erfordert. Heute besteht in der Finanzierung der von Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen nach KVG eine in der Grösse unbekannt Deckungslücke bei einzelnen Heimen oder in einzelnen Regionen/Kantonen, die durch eine Überwälzung von Kosten auf die Kostenträger Betreuung und Pension verringert wird oder durch Zusatzbeiträge der Kantone und Gemeinden unter anderen Ertragsarten gedeckt wird. Dieser Deckungslücke stehen grosse Unterschiede in den ausgewiesenen Vollkosten gegenüber. Hier kann bei der heutigen Datenlage kaum zwischen gerechtfertigten Kostenunterschieden und Unterschieden aufgrund unterschiedlicher Effizienz unterschieden werden.

Die Ex-ante-Berechnung der prozentualen Finanzierungsanteile der drei Finanzierungsregimes Krankenversicherer, Patientenbeteiligung und öffentliche Hand könnte mit den realen Finanzdaten am Ende der Übergangszeit der Einführung der einheitlichen Finanzierung nachjustiert werden. Die Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung dürfte unabhängig vom gewählten Vergütungssystem zu einer Harmonisierung der Vorgaben der Kostenrechnungen führen, denn die anteilmässige Vergütung durch drei Finanzierungsträger erfordert eine klare Referenz für die Berechnung und den Ausweis der anerkannten Kosten pro Abrechnungseinheit. Aus diesem Grund sollten bei Einführung von EFAS oder am Ende der Übergangszeit harmonisierte Angaben zum Finanzierungsanteil aller drei Finanzierungsregimes vorliegen. Damit ist eine Anpassung des übergeordneten Schlüssels mit oder ohne einen rückwirkenden Ausgleich möglich.

Die Umsetzung der approximativen Abschätzung der Finanzierungsanteile ist mit folgenden **Arbeitsschritten** verbunden:

- *Option 1 (Ex-post-Harmonisierung):*
 - Erhebung und Analyse der Auswirkungen der kantonalen Weisungen auf die Struktur der Kostenrechnung und anrechenbaren Aufwände (zum Teil in den kantonalen Varianten des Kostenrechnungstools von Curaviva bereits erfolgt, bei der Konzeption des Kostenrechnungstools im Rahmen des genannten Innosuisse-Projektes für den Bereich Spitemax geplant);
 - Identifikation der Schlüsselgrößen für eine Ex-post-Harmonisierung;
 - Implementierung entsprechender Transformationen und Zusatzauswertungen in den Tools
- *Option 2 (Methodenmix Infrastudie):*
 - Aktualisierung der Berechnungen und Zusatzerhebungen; Einigung über die tolerierten Werteintervalle;
 - Überprüfen des Bezugs der Ergebnisse bestehender kantonalen oder regionaler Datenerhebungen

Eine Umsetzung der approximativen Abschätzung dürfte bei Wahl von Option 1 in einem Zeitraum von 2 Jahren, bei Wahl von Option 2 in einem Zeitraum von 6 bis 12 Monaten durchführbar sein.

Szenario B: Festlegung der Finanzierungsanteile nach Herstellung Kostentransparenz

Dieses Szenario setzt voraus, dass heutigen Unsicherheiten bei der Berechnung der Restfinanzierung der öffentlichen Hand zunächst reduziert werden, bevor die Finanzierungsanteile berechnet werden. In diesem Szenario müssten drei normative Entscheidungen getroffen werden:

1. Was gilt als notwendiges und hinreichendes Kriterium für Kostentransparenz?
2. In wie weit werden die Ist-Beträge der Restfinanzierung (nach entsprechend harmonisierter Erfassung und Berechnung) verwendet oder werden sie über Höchstwerte eingeschränkt?
3. Auf wie viele Jahre mit transparenten Grundlagen stützt man sich bei der Berechnung der Finanzierungsanteile? Und kann diese Zeit bereits als Übergangszeit zur Einführung der einheitlichen Finanzierung genutzt werden, um die Anteile am Ende nachzujustieren?⁶⁰

⁶⁰ Dabei muss sichergestellt werden, dass anhand des Leistungsrüstes und den vormaligen Tarifen die Vergleiche

Zwingend notwendige **Arbeitsschritte** in diesem Szenario sind

- der Aufbau eines kantonsübergreifenden Benchmarksystems als empirische Referenz für die Analyse der heutigen Unterschiede in den anerkannten Kosten und den Erträgen aus den drei Finanzierungsregimes der Pflege und
- eine Übersicht über die Rechenschaftspflichten der Leistungserbringer als Grundlage für die Harmonisierung der Kostenrechnungen.

Inwieweit die Schritte Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Kostenrechnungsmodelle und Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme ebenfalls durchgeführt werden müssen, hängt von den Ergebnissen der kantonsübergreifenden Analyse und den Anforderungen an die Kriterien für Kostentransparenz ab.

Der Umsetzungszeitraum für dieses Szenario hängt von den Anforderungen an die Kostentransparenz ab. Er entspricht dem Umsetzungszeitraum der unmittelbar notwendigen Massnahmen zur Umsetzung der Kostentransparenz von 4 bis 5 Jahren.

Varianten der zukünftigen Handhabung der Patientenbeteiligung

In Bezug auf die zukünftige Handhabung der Patientenbeteiligung sind zwei Varianten denkbar. Die erste Variante sieht eine Beibehaltung der Patientenbeteiligung für die Pflegeleistungen zusätzlich zum Selbstbehalt und der Franchise vor. Die Obergrenze würde weiterhin national festgelegt. Angesichts der grossen Unterschiede in der heutigen Umsetzung vor allem im Bereich der ambulanten Pflege müsste eine Harmonisierung der Berechnung pro Abrechnungseinheit (Pflegetag, Pflegeminute) vorgenommen werden. Denkbar wäre bei der Pflege im ambulanten Bereich auch, dass der maximale Beitrag nicht mehr pro Tag, sondern pro Kalender- oder Pflegemonat festgelegt wird. Damit würden alle Patienten mit gleichen Leistungsvolumen unabhängig von dessen Stückelung den gleichen Beitrag leisten. In einer Untervariante könnte es den Kantonen ähnlich wie bei der individuellen Prämienverbilligung frei gelassen werden, die Patientenbeteiligung zu subventionieren.

Die zweite Variante geht von einer Integration der Patientenbeteiligung in den Selbstbehalt und die Franchise aus. Im Bereich der Langzeitpflege von älteren und chronisch kranken Menschen ist davon auszugehen, dass die heutige minimale Franchise und der heutige Selbstbehalt bereits von den anderen bezogenen Gesundheitsleistungen ausgeschöpft werden. Bei dieser Variante ist eine kostenneutrale Überführung der anderen beiden Finanzierungsanteile allerdings nicht möglich.

Es ist heute aufgrund fehlender Studien unklar, welche Anreizwirkung von der Patientenbeteiligung bei der Pflege ausgeht und welche Verhaltensänderungen mit einer anderen Ausgestaltung der Patientenbeteiligung verbunden wären. Im Vergleich zur Anreizwirkung bei der Patientenbeteiligung bei anderen medizinischen Leistungen gibt es zwei Unterschiede. Einerseits dürfte die Anreizwirkung auf die Leistungsnachfrage geringer sein, weil weniger Unsicherheit über die Notwendigkeit einer Leistung herrschen sollte. Andererseits besteht zumindest bei gewissen Pflegeleistungen auch die Möglichkeit, dass diese Leistungen durch Angehörige übernommen werden.

in Form einer Schattenrechnung gezogen werden können.

5.2.2 Anpassung der Beiträge der Krankenversicherer an die Pflege im heutigen Regime

Bei der Anpassung der OKP-Beiträge an die Pflege innerhalb der Rahmenbedingungen des heutigen Regimes sind zwei Varianten denkbar:

- *Anlehnung an die Höhe der anerkannten und abgegoltenen Pflegekosten nach KLV:* Bei dieser Variante sind Kriterien zu entwickeln, zu welchem Anteil der Beitrag der Krankenversicherer der gesamten Kostenentwicklung folgen soll. Diese Kriterien setzen, wenn sie nicht allein normativ bestimmt, sondern analytisch begründet werden sollen, ein Verständnis der treibenden Faktoren der Kostenentwicklung voraus.
- *Abstützen auf Indices für die Entwicklung der Kosten und Leistungen:* Dieser Ansatz basiert auf einer Analyse der treibenden Faktoren für die Kostenentwicklung. Er setzt die Verfügbarkeit von Daten voraus, wie sie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung für Tarifverhandlungen oder Tariffestlegungen zur Verfügung stehen. Der Bund würde aktuell nicht über die notwendigen Daten verfügen. Er könnte sich auf einzelne Indices beschränken oder den Aufbau von kantonsübergreifenden Benchmarkstrukturen unterstützen. Bei dieser zweiten Variante sind unterschiedliche Trägerschaften denkbar, so dass der Bund diese Strukturen nicht selbst betreiben müsste. Auch bei diesem Vorgehen müssten Kriterien definiert werden, welche Indices zu welchem Anteil in die Anpassung der Beiträge der Krankenversicherer einfließen.

Variante 1 setzt eine erhöhte Kostentransparenz und damit die unter Abschnitt 5.1.2 genannten unmittelbar notwendigen Massnahmen voraus. Es ergibt sich damit ebenfalls ein Umsetzungszeitraum von vier bis fünf Jahren. Für die Umsetzung dieser Massnahmen ausserhalb einer Integration der Pflege in EFAS ist aus unserer Sicht eine stärkere und auf nationaler Ebene stattfindende Zusammenarbeit zwischen Kantonen und Verbänden nötig. Derzeit erfolgen Vorstösse zur Verbesserung der Kostentransparenz vor allem dezentral in den Verbänden der Leistungserbringer. Eine Koordination zwischen der Pflege im ambulanten und stationären Bereich findet zudem nur bedingt statt. Denkbar wäre die Gründung einer Arbeitsgruppe Kostentransparenz Pflege mit allen relevanten Akteuren, welche die notwendigen Arbeitsschritte steuert.

Bei Variante 2 sind die Anforderungen an die Kostentransparenz geringer, diese muss einzig ausreichen, um die wichtigsten Kostentreiber zu identifizieren. Eine Untersuchung der treibenden Faktoren für die Kostenentwicklung muss nicht auf einer Vollerhebung beruhen, sondern könnte mit einer möglichst repräsentativen Gruppe von Leistungserbringern, welche bereits über eine höhere Datenqualität verfügen, durchgeführt werden. Bei der Umsetzung dieser Variante sehen wir das Bundesamt für Gesundheit als federführend, wobei es die Analyse der Kostentreiber entweder selber übernehmen oder als externen Auftrag vergeben kann. Die Umsetzung dieser zweiten Variante sollte weniger Zeit beanspruchen als die erste, wir gehen von zwei bis drei Jahren aus.

5.3 Vergütungsmodell

Von den drei in Kapitel 4 diskutierten Elementen eines Vergütungsmodells kann das erste, die zugelassenen Leistungserbringer und die abrechenbaren Leistungen, prinzipiell unabhängig von den anderen zwei festgelegt werden. Der Abrechnungstarif und der vorgegebene Rahmen für die Tarifentwicklung sind hingegen eng miteinander verbunden. Wir diskutieren daher nachfolgend die entsprechenden Umsetzungsszenarien getrennt.

Im Hinblick auf den Abrechnungstarif sehen wir drei mögliche Szenarien, wobei bei den ersten beiden die aktuelle Beitragsstruktur der Krankenversicherer zur Tarifstruktur wird und lediglich die Höhe der Abgeltung angepasst wird. In der Pflege im stationären Bereich würde die Abgeltung damit weiterhin auf den zwölf Pflegebedarfsstufen und im ambulanten Bereich auf den Leistungsgruppen KLV A, KLV B, und KLV C beruhen. Für die Tariffhöhe sehen wir in diesem Fall zwei Varianten, eine Rückerstattung der Vollkosten oder die Abgeltung eines effizienten Benchmarks. Diese beiden Szenarien haben zum Ziel, die Einführungskosten möglichst zu minimieren. Zumindest bei der Abgeltung über einen effizienten Benchmark würden aber auch die meisten Probleme des heutigen Systems erhalten bleiben. Ist die Kostenstreuung innerhalb der aktuell definierten Pflegebedarfsstufen beispielsweise hoch, bestünde weiterhin ein Anreiz zur Patientenselektion. Verschiedene Kantone haben bei der Umsetzung der Restfinanzierung der Pflegeheime zusätzliche Pflegebedarfsstufen spezifiziert oder entrichten Zuschläge für gewisse Leistungen (z. B. Palliative Care oder Gerontopsychiatrie). Dies deutet daraufhin, dass es der aktuellen Tarifstruktur nicht ausreichend gelingt, Patientenklassen mit vergleichbaren Kosten zu definieren.

Als drittes Szenario sehen wir aus diesem Grund eine explorative Lösung, bei der (allenfalls) sowohl die Tarifstruktur wie auch die Tariffhöhe angepasst wird. Wir schlagen vor, datenbasiert zu untersuchen, ob Patientengruppen gebildet werden können, die sich in ihrem Ressourcenbedarf klar unterscheiden und in sich eine geringe Kostenstreuung aufweisen. Dabei kann ebenfalls erforscht werden, ob eine einheitliche Tarifstruktur für Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Bereich denkbar ist. Nachfolgend diskutieren wir die Ausgestaltung dieser Szenarien und bewerten ihre Anreizwirkung. Bei allen skizzierten Varianten ist eine klare Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen und Transparenz im Hinblick auf die Kosten der Pflege eine notwendige Voraussetzung. Es besteht zudem grundsätzlich immer ein Balance-Problem zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen (vgl. Abschnitt 4.2.4).

5.3.1 Zugelassene Leistungserbringer und abrechenbare Leistungen

Die Leistungssteuerung im Gesundheitswesen erfolgt heute primär durch die Kantone. Sie vergeben Betriebsbewilligungen und sind für die Spital- und Pflegeheimplanung zuständig. Nach Art. 55 KVG können sie zudem die Zulassung von ambulant tätigen Ärzten von einem Bedürfnis abhängig machen. Zukünftig sollen sie zusätzlich für ein formelles Zulassungsverfahren sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich zuständig sein.⁶¹ Aus unserer Sicht ist es daher sinnvoll, die Angebotssteuerung auch im Bereich der Pflege weiter bei den Kantonen (respektive Gemeinden) zu belassen. Grundsätzlich sind zwei Varianten denkbar:

- *Keine direkte Angebotssteuerung:* Zur Abrechnung über die Krankenversicherung und den Erhalt der Kantonsbeiträge reicht bei Pflegeheimen und Spitexorganisationen eine Betriebsbewilligung. Pflegeleistungen dürfen nur auf Anordnung eines Arztes («Gatekeeper») erbracht werden, wobei die Bedarfsabklärung weiterhin durch eine Pflegefachperson vorgenommen wird. Das Angebot an Pflegeheimen und Spitexorganisationen kann nicht direkt beeinflusst werden.
- *Angebotssteuerung:* Neben dem Erhalt einer Betriebsbewilligung brauchen Pflegeheime und Spitexorganisationen zusätzlich einen Leistungsauftrag, um über die OKP abrechnen zu können. Wichtig ist, dass die Leistungsaufträge regelmässig ausgeschrieben werden und die Vergabe nach klaren Kriterien erfolgt. Bei der Regelmässigkeit der Ausschreibung besteht

⁶¹ Die KVG-Vorlage «Zulassung der Leistungserbringer» ist derzeit im Parlament hängig, die auf den 20. März angesetzte Schlussabstimmung musste aufgrund der COVID-19-Pandemie verschoben werden (www.parlament.ch > Ratsbetrieb > Suche Curia Vista > 18.047 KVG. Zulassung von Leistungserbringern).

dabei ein Zielkonflikt zwischen der für die Leistungserbringer notwendigen Planungssicherheit und dem Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Aufgrund der höheren Investitionskosten bietet es sich daher vermutlich an, die Ausschreibung in der Pflege im stationären Bereich längerfristig auszulegen als bei den Spitexorganisationen.

Es ist denkbar, dass grundsätzlich nur Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag abrechnen dürfen. Es ist aber auch ein System analog zur Spitalfinanzierung möglich, bei dem es den Krankenversicherern freisteht, mit Leistungserbringern ohne Leistungsauftrag Verträge abzuschliessen, wobei die Abgeltung diejenige der Leistungserbringer mit Leistungsauftrag nicht übersteigen dürfte. Ein solches System wirkt allerdings teilweise der Angebotssteuerung durch die Kantone entgegen.

Bei den abrechenbaren Pflegeleistungen verändert sich der Handlungsbedarf aufgrund der Integration der Pflege in EFAS aus unserer Sicht nicht per se. Fällt die Wahl aber auf das unten beschriebene Szenario 2 (Normkosten), akzentuiert sich das Problem der bedarfsgerechten Finanzierung von Palliative-Care- und Demenz-Leistungen (vgl. Abschnitt 5.3.3).⁶²

Gemeinwirtschaftliche Leistungen und Versorgungspflicht

Neben der Angebotssteuerung muss auch festgelegt werden, ob an bestimmte Leistungserbringer Leistungsaufträge für Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) vergeben werden und wie diese abgegolten werden sollen. Im Zentrum steht in der Langzeitpflege die Versorgungspflicht und die damit verbundenen Vorhalteleistungen. Ein Thema ist aber sicherlich auch die Abgeltung von Ausbildungsleistungen. Bei Einführung der neuen Spitalfinanzierung wurde die Definition und mögliche Vergütung von GWL relativ vage gehalten, was zu grossen, wettbewerbsverzerrenden Unterschieden zwischen den Spitälern geführt hat. Aus unserer Sicht ist es daher wichtig, abzuklären, inwieweit in der Langzeitpflege verbindliche Vorgaben zu einer einheitlichen Definition von GWL möglich und nötig sind.⁶³ Dabei soll auch geprüft werden, ob es Kantone gibt, deren heutige Regelungen national übernommen werden könnten (Best Practice). Bei der Pflege im ambulanten und stationären Bereich dürfte der Wettbewerb im Vergleich zu den Spitälern allerdings kleinräumiger, d.h. mehrheitlich innerkantonal, stattfinden. Allfällige kantonale Unterschiede bei den GWL sollten damit weniger stark ins Gewicht fallen. Eine unklare Definition von GWL kann aber auch innerkantonal wettbewerbsverzerrend wirken, da sie es erleichtert, über GWL eine versteckte Subventionierung bestimmter Leistungserbringer vorzunehmen.

Finanzierung Infrastruktur

Als Pflegekosten gelten alle Personal- und Sachkosten, die zur Erbringung der Pflegeleistung notwendig sind. Darunter fällt auch die Infrastruktur,⁶⁴ welche somit sowohl durch die OKP wie auch die Kantone bzw. ihre Gemeinden finanziert wird. Im Rahmen der Restkostenfinanzierung erfolgt dies prinzipiell auf verschiedene Arten erfolgen: einen separaten Pauschalbeitrag pro Leistungserbringer, einen Normkostenansatz, welcher auch die Kosten der Infrastruktur berücksichtigt oder einen Pauschalbetrag pro zu pflegende Person. Letzteres wird im Kanton Bern bei der Finanzierung der Infrastruktur der Pflegeheime angewendet.

⁶² Vgl. BAG & GDK (2016), Furrer et al. (2013) und Schmid (2016).

⁶³ Es ist aktuell nicht zulässig, im Bundesrecht eine Regelung zur Definition der GWL im Bereich der Langzeitpflege zu treffen.

⁶⁴ Abgegolten werden darf lediglich der Teil der Infrastruktur, welcher durch die Pflege verwendet wird. Die Infrastrukturkosten der Betreuung und Verpflegung müssen hingegen durch die Bewohner getragen werden.

In den anderen Bereichen des Gesundheitswesens erfolgt die Abgeltung der Infrastruktur über den Tarif, d. h. die Tariffhöhe wird so festgelegt, dass die Anlagenutzungskosten ebenfalls gedeckt sind. Es bietet sich daher an, bei der Abgeltung der Pflegeleistungen bei Einführung eines national einheitlichen Tarifes denselben Ansatz zu verfolgen.

5.3.2 Szenario 1: Beibehaltung Beitragsstruktur mit vollständiger Kostenrückerstattung

Ausgestaltung

Ein System mit Abgeltung der effektiven Restkosten kennt bei den Pflegeheimen aktuell der Kanton Obwalden. Bei der Spitex ist es der Kanton Freiburg⁶⁵, wobei in Kantonen mit gemeindespezifischen Lösungen nicht bekannt ist, wie die Abgeltung erfolgt. Verschiedene Kantone haben zudem Systeme, die zwar auf Normkosten beruhen, aber schlussendlich weitgehend zu einer Abgeltung der effektiven Restkosten führen (Felder & Straumann, 2019; Trageser et al., 2018). Über die genaue Umsetzung der Abgeltung in diesen Kantonen liegen keine detaillierten Informationen vor. Soll eine vollständige Kostenrückerstattung erfolgen, ist eine nähere Evaluierung der heute existierenden Umsetzungslösungen zu empfehlen.

Grundsätzlich ist es denkbar, dass bei einer Abgeltung der anerkannten Vollkosten ex ante jeweils basierend auf Erfahrungswerten eine Abgeltung für die 12 verschiedenen Pflegebedarfsstufen sowie die Leistungsgruppen KLV A, KLV B und KLV C festgelegt wird. Ex post erfolgen dann Ausgleichszahlungen basierend auf den tatsächlich angefallenen Kosten. Für die Bildung der Erfahrungswerte müssen in den Pflegeheimen die Kosten sowie die Anzahl Pfl egetage pro Pflegebedarfsstufe ausgewiesen werden. In der ambulanten Pflege müssen die Kosten sowie die erbrachten Leistungsminuten pro KLV A, B und C erfasst werden. Für die Bildung der Erfahrungswerte wäre nicht zwingend eine Tarifbehörde nötig. Prinzipiell könnte dies auch durch die kantonalen Verwaltungen übernommen werden, insbesondere wenn die Erfahrungswerte regional abgestuft werden, um die Ausgleichszahlungen zu minimieren. Im Rahmen der Restkostenfinanzierung dürften diese zumindest teilweise bereits ähnliche Aufgaben wahrnehmen. Eine nationale Tarifbehörde hätte demgegenüber den Vorteil, dass die gleiche Arbeit nur einmal gemacht werden müsste. Zudem böte sie auch einen Rahmen für die Klärung anderer Fragen sowie zur Weiterentwicklung des Systems.

Bei einer vollständigen Kostenrückerstattung besteht grundsätzlich kein Anreiz zur kosteneffizienten Leistungserbringung. Es ist aber denkbar, dass dies über ergänzende regulatorische Vorgaben angestrebt wird. Möglich sind z. B. Vorschriften im Hinblick auf den einzusetzenden Personalmix, Lohnobergrenzen oder aber auch, bei Koppelung mit einer Angebotssteuerung, eine stärkere Berücksichtigung der Kosten bei der Vergabe von Leistungsaufträgen. Es bleibt zu prüfen, ob geeignete Massnahmen gefunden werden, welche das Problem wirksam reduzieren und nicht einzig kostentreibend wirken sowie gleichzeitig für die Leistungserbringer akzeptabel sind. Auch bei einer Vergütung der Vollkosten kann zudem von den Krankenversicherern überprüft werden, ob die erbrachten Leistungen die WZW-Kriterien erfüllen.⁶⁶

⁶⁵ Der Kanton Freiburg kennt einzig eine Restkostenfinanzierung für Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag, wobei es nur für öffentlich-rechtliche Spitexorganisationen möglich ist, einen Leistungsauftrag zu erhalten (vgl. Abschnitt 4.2.1).

⁶⁶ Über die OKP dürfen nur Leistungen vergütet werden, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 KVG). Die Umsetzung der WZW-Kriterien erfolgt heute je nach Leistungsbereich (Arzt, Spital, Medikamente, MiGeL etc.) sehr unterschiedlich.

Anreizwirkung

Ein solches Vergütungssystem ist mit folgenden Anreizen verbunden:

- *Power*: Bei einer vollständigen Kostenrückerstattung ist die Power gering, jeder zusätzliche Kostenfranken führt zu einer Erhöhung der Vergütung. Es besteht kein Anreiz zur Kosteneffizienz, eine Kopplung mit ergänzenden regulatorischen Vorgaben könnte allenfalls gegenwirken. Es besteht prinzipiell ein Anreiz zu Mengenausweitungen und einer Überversorgung, wir schätzen die Möglichkeit zur Mengenausweitung aber deutlich geringer ein als im Spitalsektor (vgl. Abschnitt 4.2.4).
- *Balance*: Die Balance ist innerhalb der Pflegeleistungen hoch, es besteht kein Anreiz, spezifische Therapie- oder Behandlungsformen zu bevorzugen. Ebenso besteht kein Anreiz Leistungen bevorzugt im ambulanten oder stationären Bereich zu erbringen.
- *Fit*: Der Fit ist hoch. Werden die tatsächlichen Kosten erstattet, besteht kein Anreiz zur Patientenselektion. Die Abgeltung zusätzliche Pflegebedarfsstufen oder Entrichtung von Zuschlägen für gewisse Leistungen wird in diesem Fall hinfällig.
- *Anpassungsfähigkeit*: Die Anpassungsfähigkeit ist im Hinblick auf die Tarifhöhe hoch, verändern sich die Kosten der Leistungserbringung, passt sich die Vergütung automatisch an.
- *Transaktionskosten*: Für die Berechnung der Erfahrungswerte müssen Daten zu den Kosten und Anzahl Pflagetage pro Pflegebedarfsstufe erfasst werden, bzw. zur Anzahl Leistungsminuten und Kosten der KLV-A-, -B- und -C Leistungen. Die Rolle der Tarifbehörde beschränkt sich auf die Festlegung der Erwartungswerte und der Ex-post-Berechnung der Abweichungen zu den effektiven Kosten. Sollen über anderweitige Vorschriften Anreize zur Kosteneffizienz gesetzt werden, entsteht zudem Aufwand für die Planung, Umsetzung und Kontrolle dieser Vorschriften.

Arbeitsschritte

Die Umsetzung einer Abgeltung über die Vollkosten ist mit folgenden Arbeitsschritten verbunden:

- Evaluation der Regelungen in Kantonen, welche heute ein System mit vollständiger Abgeltung der Restkosten kennen. Dabei soll einerseits herausgearbeitet werden wie die Vergütung an sich erfolgt, andererseits aber auch, welche ergänzenden regulatorischen Vorschriften im Hinblick auf eine kosteneffiziente Leistungserbringung bestehen. Die Evaluation soll aufzeigen, ob bestehende Lösungen ganz oder teilweise schweizweit übernommen werden können.
- Entscheidung, ob die Zulassung der Leistungserbringer anhand einer Angebotssteuerung erfolgt oder ob auf eine direkte Angebotssteuerung verzichtet wird. Bei ersterem muss ausgearbeitet werden, wie die Vergabe der Leistungsaufträge genau erfolgen soll. Bei einer vollständigen Kostenrückerstattung ist es im Hinblick auf das Controlling vermutlich sinnvoll, eher ein System mit Angebotssteuerung zu wählen.
- Bestimmung wer für die Festlegung der Erfahrungs- und Ausgleichswerte zuständig ist und wie die Festlegung erfolgt. Bei den Pflegeheimen müsste ein Erfahrungswert pro Pflegestufe und Tag, bei den Spitexorganisationen ein Erfahrungswert pro Leistungsart und Minute gebildet werden. Die Erfahrungswerte könnten national einheitlich, regional abgestuft oder auch leistungserbringerspezifisch bestimmt werden. Im Sinne eines lernenden Systems

kann dieses Vorgehen mit der Zeit angepasst werden. Ausgearbeitet werden muss auch, wie die und zu welchem Zeitraum die Datenübermittlung jeweils erfolgt.

Zuständig für die Festlegung könnte eine neu zu gründende nationale Institution sein. Es kommen aber auch bestehende Organisationen wie die kantonalen Verwaltungen oder allenfalls die SwissDRG AG oder die Gemeinsame Einrichtung KVG in Frage. Bei einer neuen nationalen Institution müsste abgeklärt werden, welche Form diese annimmt und wer darin vertreten ist. Prinzipiell ist bei Rückgriff auf bestehende Institutionen eine raschere Umsetzung möglich.

- Allfällige Festlegung begleitender regulatorischer Vorschriften zur Sicherstellung einer kosteneffizienten Leistungserbringung. Denkbar sind z. B. Vorschriften zum einzusetzenden Personalmix, Lohnobergrenzen oder aber auch, bei Koppelung mit einer Angebotssteuerung, eine stärkere Berücksichtigung der Kosten bei der Vergabe von Leistungsaufträgen. Eine Rolle spielen könnten hier auch Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Krankenversicherer. Denkbar wäre beispielweise, dass die Leistungserbringer mit den höchsten Kosten jeweils einer vertieften Prüfung unterzogen werden.

5.3.3 Szenario 2: Beibehaltung Beitragsstruktur mit Normkosten mit effizientem Benchmark

Ausgestaltung

In einer Mehrheit der Kantone erfolgt die Abgeltung der Restkosten heute über Normkosten, wobei deren Festlegung sehr unterschiedlich ist. Insbesondere bei den Pflegeheimen gibt es aber eine Vielzahl von Kantonen, welche die Normkosten auf Basis von (unterschiedlich berechneten) Durchschnittskosten oder einem bestimmten Perzentil der Kostenverteilung festlegen. Eine Orientierung an Durchschnittswerten setzt für die Leistungserbringer einen Anreiz zur Kosteneffizienz, sofern sie nicht mit einer Defizitgarantie einhergeht. Soll ein solches Modell gewählt werden, empfehlen wir eine vertiefte Evaluation der heute bestehenden kantonalen Regelungen und eine Prüfung, ob die Umsetzung in einem der Kantone zur Übernahme auf die nationale Ebene geeignet ist. Insbesondere bei der Pflege im ambulanten Bereich besteht kein gesamtschweizerischer Überblick über die heutige Ausgestaltung der Restkostenfinanzierung. Oftmals ist die Abgeltung gemeindespezifisch.⁶⁷

Im Allgemeinen muss bei der Bestimmung der Höhe der Normkosten überlegt werden, wie stark der Anreiz zur Kosteneffizienz sein soll. Erfolgt die Festlegung anhand der Kostenverteilung, gilt, dass die Effizienzanreize umso grösser sind, je niedriger das gewählte Referenzperzentil ist. Dabei steigt aber auch das Kostenrisiko, das den Leistungserbringern übertragen wird. Bei grossen Kostenschwankungen steigt damit die Gefahr, dass die Leistungen auch von effizienten Betrieben nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Institutionen müssten geschlossen oder mit Geldern aus anderen Quellen ausgestattet werden, was die Versorgung gefährden könnte. Zudem stellt sich die Frage, inwiefern die Leistungserbringer in ihren Kosten wirklich vergleichbar sind, bzw. ob berechnete Kostenunterschiede bestehen, die nicht aus Ineffizienzen resultieren. Denkbar sind sowohl regionale Kostenunterschiede aufgrund unterschiedlicher Lohnniveaus als auch aufgrund unterschiedlicher Klientenstrukturen. Letzteres ist umso mehr zu erwarten, je weniger es der Tarifstruktur gelingt, Unterschiede zwischen den Patienten abzubilden (schlechter «Fit»). Zumindest bei den Pflegeheimen deuten die verschiedenen Zuschläge der Kantone darauf hin, dass

⁶⁷ In einzelnen Kantonen bestehen aber durchaus detaillierte Aufstellungen über die Ausgestaltung der Restkostenfinanzierung.

die definierten Pflegebedarfsstufen keine ausreichend homogenen Patientenklassen abbilden. Bei Festsetzung von z. B. regional einheitlichen Normkosten besteht damit die Gefahr, dass berechnete Kostenunterschiede zwischen Leistungserbringern nicht erfasst werden. Einerseits würde damit ein starker Anreiz zur Patientenselektion geschaffen, andererseits wäre es für einen Teil der Leistungserbringer langfristig nicht möglich, sich kostendeckend zu finanzieren und ihr Angebot aufrecht zu erhalten.

Soll die Abgeltung anhand eines Benchmarks erfolgen, ist es daher aus unserer Sicht zwingend nötig, vorgängig zu erforschen, welche berechtigten Kostenunterschiede heute zwischen den Leistungserbringern bestehen und wie diese in die Vergütung einbezogen werden können. Denkbar wäre auch, dass es in einer Übergangszeit den Kantonen weiterhin möglich ist, zusätzliche Abgeltungen (z. B. für Palliative Care oder Demenzpatienten) auszurichten.

Die Normkosten können in unterschiedlicher Regelmässigkeit neu festgesetzt werden. Bei der Spitalfinanzierung wird das DRG-System aktuell jährlich neu kalibriert, was für die Spitäler mit einem grossen administrativen Aufwand und Planungsunsicherheiten verbunden ist. Denkbar ist daher auch, dass nur periodisch eine datenbasierte Festlegung erfolgt und zwischenzeitlich eine Anpassung z. B. in Anlehnung an einen Lohnindex erfolgt. Die Frequenz der benötigten Anpassung hängt dabei auch davon ab, wie stark sich die Kosten über die Zeit verändern und ob eine Veränderung durch bestehende Indizes abgebildet werden kann. Ebenso muss bedacht werden, ob und in welchem Umfang Produktivitätsfortschritte berücksichtigt werden sollen bzw. können. Werden die Normkosten z. B. jedes Jahr bei den Durchschnittskosten festgesetzt bedeutet dies, dass die Leistungserbringer fortlaufend kosteneffizienter werden müssen («race to the bottom») sofern sich ihre Kosten nicht weitgehend angleichen.

Bei einer Abgeltung über Normkosten basierend auf einem effizienten Benchmark braucht es eine nationale Tarifbehörde. Es muss geklärt werden, ob hierfür eine neue Institution gegründet werden soll, oder ob z. B. eine Angliederung an die SwissDRG AG erfolgen kann.

Anreizwirkung

Ein Vergütungssystem mit Normkosten, die auf einem effizienten Benchmark beruhen, ist bei den Pflegeheimen mit folgenden Anreizen verbunden:

- *Power*: Es besteht eine hohe Power, die Pflegeheime haben einen Anreiz zu Kostensenkungen. Da die Vergütung in diesem Fall nicht an die tatsächlich erbrachten Leistungen gebunden ist, besteht aber auch ein Anreiz, weniger als die für die Patienten optimale Leistungsmenge zu erbringen («skimping», vgl. u. a. Ellis, 1998) und so Kosten einzusparen. Zudem besteht ein Anreiz Kosteneinsparungen über eine geringere Leistungsqualität zu erzielen. In einem solchen Modell sollten daher auf alle Fälle obligatorische Qualitätsmessungen institutionalisiert werden. Müssen zusätzlich auch Fixkosten über die Pauschale vergütet werden, besteht ein Anreiz zur Mengenausweitung in Bezug auf die Anzahl Patienten. Jeder zusätzliche Patient leistet dann einen Deckungsbeitrag an die Fixkosten. Wir schätzen die Möglichkeit zur Mengenausweitung aber deutlich geringer ein als im Spitalsektor (vgl. Abschnitt 4.2.4).
- *Balance*: Es kann ein Balanceproblem bestehen, weil ambulante und stationäre Pflege unterschiedlich vergütet werden. Wie bei den Anreizen zur Mengenausweitung schätzen wir auch hier die Möglichkeiten der Substituierbarkeit zwischen ambulant und stationär geringer ein als im Spitalsektor.

- *Fit*: Der Fit hängt stark davon ab, ob der Tarif tatsächlich die erwarteten Durchschnittskosten jeder Pflegebedarfsstufe vergütet. Ist dies nur für manche Pflegebedarfsstufen der Fall, werden Pflegeheime mit beispielsweise besonders schweren Fällen benachteiligt, und es besteht ein Anreiz zur Patientenselektion.
- *Anpassungsfähigkeit*: Die Anpassungsfähigkeit hängt stark von der konkreten institutionellen Ausgestaltung ab.
- *Transaktionskosten*: Die Pflegeheime müssen eine Kostenrechnung führen, welche es erlaubt die Pflegekosten pro Pflegebedarfsstufe abzubilden. Je nach Ausgestaltung des Benchmarks müssten zusätzliche Strukturdaten (z. B. Leistungsangebot, Klientencharakteristika, Bevölkerungsstruktur im Einzugsgebiet etc.) erhoben werden. Der Aufwand ist zudem umso grösser, je regelmässiger eine Anpassung erfolgt.

Bei den ambulanten Leistungserbringern sind die Anreize wie folgt:

- *Power*: Die Power pro abgerechnete Leistungsminute ist hoch. Die Kosten der Spitexorganisation sind nicht direkt bestimmend für die Vergütung. In Bezug auf die Leistungsmenge ist die Power hingegen grundsätzlich gering, da die effektiv geleisteten Pflegeminuten abgegolten werden. Ausschlaggebend ist, wie frei die Pflegefachpersonen in der Festsetzung des Leistungsvolumens sind. Grundsätzlich können nur auf Basis einer ärztliche Anordnung Pflegeleistungen erbracht werden. Das Leistungsvolumen kann bei den Leistungsgruppen KLV A und KLV C aber selbständig durch die Pflegefachperson bestimmt werden. Bei KLV A und KLV C besteht damit grundsätzlich ein Anreiz zu Mengenausweitungen. Bei KLV B hängt es davon ab, wie stark die Rolle des «Gatekeepers» durch den Arzt wahrgenommen wird. Auch im Bereich der ambulanten Pflege sollten in einem solchen Modell auf alle Fälle obligatorische Qualitätsmessungen institutionalisiert werden
- *Balance*: Die Balance hängt davon ab, wie gut die Leistungen KLV A, KLV B und KLV C voneinander abgegrenzt werden können und ob die Relation zwischen der Abgeltung und der Kosten der drei Leistungen identisch ist. Andernfalls besteht ein Anreiz, Leistungen mit einem besseren Preis-Kosten-Verhältnis zu erbringen. Im Hinblick auf die Art der Tätigkeit sind KLV A, KLV B und KLV C klar abgrenzbar, in Bezug auf die Notwendigkeit einer Leistung ist es allenfalls weniger eindeutig. Zudem gibt es – wie bereits oben beschrieben – potenzielle Balanceprobleme zwischen ambulanter und stationärer Pflege.
- *Fit*: Durch die Vergütung der tatsächlich erbrachten Leistungen besteht ambulant ein besserer Fit als in den Pflegeheimen. Es besteht kein Anreiz zur Unterversorgung oder zur Selektion von Patienten mit geringerem Pflegeaufwand. Besteht keine Versorgungspflicht bzw. wird diese ungenügend abgegolten, besteht aber ein Anreiz, Patienten aufgrund der Anforderungen an die Komplexität der Pflege, den notwendigen Einsatzzeiten, der Auslastung oder auf Basis der Wegzeiten zu selektionieren.
- *Anpassungsfähigkeit*: Die Anpassungsfähigkeit hängt stark von der konkreten institutionellen Ausgestaltung ab.
- *Transaktionskosten*: Die ambulanten Leistungserbringer müssen eine Kostenrechnung führen, welche es erlaubt, die Pflegekosten pro Leistung in den Gruppen KLV A, KLV B und KLV C abzubilden. Je nach Ausgestaltung des Benchmarks müssten zusätzliche Strukturdaten (z. B. Leistungsangebot, Klientencharakteristika, Bevölkerungsstruktur und Verkehrswege im Einzugsgebiet etc.) erhoben werden. Der Aufwand ist zudem umso grösser, je regelmässiger eine Anpassung erfolgt.

Arbeitsschritte

Die Umsetzung einer Abgeltung über Normkosten mit effizientem Benchmark ist mit folgenden Arbeitsschritten verbunden:

- Evaluation der Regelungen in Kantonen, welche heute ein System mit Normkosten basierend auf einem effizienten Benchmark haben. Die Evaluation soll aufzeigen, ob bestehende Lösungen ganz oder teilweise schweizweit übernommen werden können.
- Entscheidung, ob die Zulassung der Leistungserbringer anhand einer Angebotssteuerung erfolgt oder ob auf eine direkte Angebotssteuerung verzichtet wird. Bei ersterem muss ausgearbeitet werden, wie die Vergabe der Leistungsaufträge genau erfolgen soll. Bei einer Abgeltung über einen effizienten Benchmark könnte eine Vergabe von Leistungsaufträgen vor allem auch zur Sicherstellung einer hohen Qualität in der Leistungserbringung dienen.
- Identifikation berechtigter Kostenunterschiede zwischen den Leistungserbringern. Auf Basis einer repräsentativen Auswahl an Leistungserbringern soll untersucht werden, welche Kostenunterschiede zwischen diesen bestehen und ob diese auf identifizierbare Faktoren zurückgehen. Kostenunterschiede könnten beispielweise aufgrund verschiedener Lohn- und/oder Infrastrukturkosten, einer unterschiedlichen Klientenstruktur sowie der Grösse des Leistungserbringers⁶⁸ resultieren.
- Bestimmung Ausgestaltung Benchmarking. Ausgearbeitet werden muss, inwiefern berechtigte Kostenunterschiede berücksichtigt werden, wie stark der Anreiz zur Kosteneffizienz sein soll und in welcher Regelmässigkeit eine Neu-Kalibrierung der Normkosten erfolgt. Denkbar ist beispielweise, dass die Höhe der Normkosten jährlich angepasst wird, die berücksichtigten Kostenunterschiede hingegen nur periodisch überprüft werden. Eine solche Überprüfung kann durch die Institutionen, die das Benchmarking vornimmt, oder extern durchgeführt werden.

Abgeklärt werden muss zudem, ob die Berücksichtigung gewisser Kostenunterschiede das Wegfallen von Zuschlägen in gewissen Kantonen ausgleicht oder ob diese weiter bestehen bleiben sollen. Für einen national einheitlichen Tarif müssten die Zuschläge aber schweizweit harmonisiert werden, d. h. diese müssten auch in Kantonen gelten, die heute keine solchen Zuschläge kennen.⁶⁹ Ausgearbeitet werden muss auch, wie und zu welchem Zeitpunkt die Datenübermittlung jeweils erfolgt und welche Strukturdaten neben dem Ausweis der Kosten abgeliefert werden müssen.

- Bestimmung nationaler Tarifbehörde: Es ist abzuklären, ob das Benchmarking durch eine neu zu gründende Institution durchgeführt werden soll oder ob eine Angliederung an SwissDRG möglich ist. Bei ersterem müsste abgeklärt werden, welche Form diese annimmt und wer darin vertreten ist. Prinzipiell ist bei Rückgriff auf eine bestehende Institution eine raschere Umsetzung möglich.

⁶⁸ Während Kostenunterschiede aufgrund einer unterschiedlichen Grösse zwar zu erwarten sind, stellt sich aber die Frage, ob diese effektiv abgegolten werden sollen oder aber die Entstehung von Leistungserbringern mit einer optimalen Grösse gefördert werden soll.

⁶⁹ Das Fehlen solcher Zuschläge bedeutet nicht zwingend, dass die Leistungserbringer in solchen Kantonen insgesamt weniger Finanzierungsmittel erhalten. Allenfalls haben solche Kantone heute generell höhere Normkosten oder es erfolgt eine Abgeltung der effektiven Restkosten bzw. eine Defizitdeckung.

5.3.4 Szenario 3: Explorative Anpassung Beitragsstruktur

Ausgestaltung

Verschiedene Kantone haben bei der Umsetzung der Restfinanzierung der Pflege in Pflegeheimen zusätzliche Pflegebedarfsstufen spezifiziert oder entrichten Zuschläge für gewisse Leistungen (z. B. Palliative Care oder Gerontopsychiatrie). Dies deutet daraufhin, dass es der aktuellen Beitragsstruktur nicht gelingt, Patientenklassen mit vergleichbaren Kosten zu definieren. Dies erhöht die Komplexität der Einführung einer national einheitlichen Vergütung. Entweder müssten solche Zuschläge überall eingeführt werden, überall entfallen (mit unklaren Auswirkungen auf die Versorgung), oder es müsste den Kantonen weiterhin erlaubt sein, zusätzliche Beiträge zu entrichten. Letzteres entspräche dann nur bedingt einer national einheitlichen Vergütung und eröffnet zumindest die Möglichkeit einer Bevorzugung/Subvention bestimmter Leistungserbringer.

Auch im Bereich der Restfinanzierung der Pflege im ambulanten Bereich entrichten einzelne Kantone und Gemeinden zusätzlich zur Abgeltung von Normkosten Zuschläge für gewisse Leistungen (z. B. die Kinderspitex, psychiatrische Pflege oder Nacht- und Wochenendzuschläge) oder anerkennen höhere Vollkosten für spezialisierte Pflegeleistungen. Dies deutet darauf hin, dass es innerhalb der Leistungsgruppen KLV A, KLV B und KLV C zwischen den verschiedenen Leistungen bedeutende Kostenunterschiede gibt.

Wir schlagen daher vor, datenbasiert zu überprüfen, ob bei den Pflegeheimen ausreichend homogene Patientenklassen gebildet werden können, um eine Vergütung über Pauschalen zu rechtfertigen. Im Fokus stehen dabei die Pflegeheime, grundsätzlich wären Pauschalen aber auch bei der Pflege im ambulanten Bereich möglich. Im Zentrum steht für letztere aber zu prüfen, ob die Leistungen, welche unter KLV A, KLV B und KLV C zusammengefasst werden, vergleichbare Kosten verursachen oder ob für die Abgeltung zusätzliche Leistungskategorien gebildet werden müssen. Im Rahmen dieser Analyse könnte auch evaluiert werden, inwiefern ein einheitlicher Tarif für Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Bereich möglich und sinnvoll wäre.

Der Datenbedarf für eine solche Analyse ist relativ hoch, tatsächlich sind aber auch heute schon verschiedene patientenbasierte Daten vorhanden. Notwendig wären einerseits Angaben zu den Kosten pro Patient. Im Bereich der ambulanten Pflege wäre dies grundsätzlich mit geringerem Aufwand verbunden, weil der Zeitaufwand bereits heute auf den einzelnen Patienten gebucht wird. Bei der Pflege im Pflegeheim wäre hingegen eine Zeiterfassung notwendig. Zusätzlich werden Daten über die Diagnose bzw. den Pflegebedarf eines Patienten sowie Strukturdaten benötigt. Solche Daten sind bereits heute verfügbar, unklar ist aber, mit welchem Aufwand diese in standardisierter Form ausgelesen werden könnten. Die Analyse müsste auch nicht zwingend auf der Gesamtpopulation der Leistungserbringer beruhen, sondern könnte auf einer repräsentativen Stichprobe beruhen. Dies würde die Kosten einer solchen Analyse erheblich reduzieren.

Arbeitsschritte

Eine explorative Untersuchung zur Festlegung der Beitrags- bzw. Tarifstruktur wäre zu Beginn mit folgenden Arbeitsschritten verbunden. Zu einem späteren Zeitpunkt wären weitere Arbeitsschritte zur Umsetzung des entwickelten Tarifsystems nötig. Diese sind allerdings teilweise abhängig von der entwickelten Lösung und können hier daher nicht dargelegt werden.

- Entwickeln eines Auswertungskonzepts. Auf Basis des Konzepts wird bestimmt, welche Daten für die Untersuchung optimalerweise verwendet werden könnten. Nachfolgend muss abgeklärt werden, welche dieser Daten bereits vorhanden sind oder mit vertretbarem Auf-

wand erhoben werden könnten. Anpassung des Auswertungskonzepts auf Basis der verfügbaren Daten. Schliesslich muss ein Verfahren zur möglichst einfachen Übermittlung der Daten in standardisierter Form ausgearbeitet werden.

- Auswahl der Leistungserbringer (Pflegeheime, Spitexorganisationen, selbständige Pflegefachpersonen), welche bereit sind, an dem Projekt teilzunehmen. Bei der Auswahl sollte darauf geachtet werden, dass diese im Hinblick auf ihre Angebotsstruktur repräsentativ für die Gesamtheit der Leistungserbringer sind. Wichtig ist auch, dass sie bereits über eine hohe Datenqualität verfügen.
- Durchführung der Datenanalyse. Basierend auf den Resultaten können Empfehlungen für eine Tarifstruktur formuliert werden.

Die Untersuchung könnte als wissenschaftliche Studie mit einem entsprechenden Pflichtenheft ausgeschrieben werden oder allenfalls auch von der SwissDRG AG alleine oder in Zusammenarbeit mit einem externen Auftragnehmer durchgeführt werden.

5.4 Fazit

Eine Integration der Pflege in EFAS bedingt die Schaffung von Transparenz über die Kosten der Pflege. Die Erreichung dieses Ziels ist mit verschiedenen Arbeitsschritten verbunden, welche wir in unmittelbar notwendige und zu einem späteren Zeitpunkt umsetzbare Massnahmen unterteilen. Zu ersteren gehören eine Überprüfung und allfällige Anpassung der Kostenrechnungsmodelle inklusive der Vorgabe eines schweizweit einheitlichen Kostenrechnungsmodells, der Aufbau eines Benchmarksystems zur Datenvalidierung, die Förderung der Verwendung von Kennzahlen als Führungsinstrumente im Betriebsalltag sowie der Erlass von Bestimmungen für die Spitex und selbständigen Pflegefachpersonen ähnlich denjenigen in der VKL. Für die Umsetzung dieser Massnahmen müssen 4 bis 5 Jahre einkalkuliert werden. Wir schätzen, dass innert diesem Zeitraum rund 80% der Leistungserbringer eine ausreichend hohe Kostentransparenz erreichen können. In einer zweiten Etappe soll schliesslich eine Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme sowie eine Einbindung von Qualitätsindikatoren und Unterschieden in der Versorgungsstruktur erfolgen. Insbesondere die Entwicklung und Einbindung von Qualitätsindikatoren dürfte ein langfristiger Prozess sein, die Umsetzung dürfte daher weitere fünf Jahre in Anspruch nehmen.

Bei der Festlegung der Finanzierungsanteile hängt der Umsetzungszeitraum davon ab, ob diese auf Basis der aktuell verfügbaren Daten oder erst nach Erreichen eines definierten Standards bei der Kostentransparenz bestimmt werden sollen. Ist ersteres der Fall, ist die für die Ermittlung der Finanzierungsanteile benötigte Zeit nicht massgebend für den insgesamt für die Integration der Pflege in EFAS notwendigen Zeitraum. Es bleibt bei den vier bis fünf Jahren, welche zur Schaffung von Transparenz über die Kosten der Pflege benötigt werden. Bei letzterem hängt es davon ab, ob die Finanzierungsanteile auf Basis eines einzigen Jahres an transparenten Kostendaten festgelegt werden oder der Durchschnitt über mehrere Jahre massgebend sein soll. Bei Verwendung eines mehrjährigen Durchschnitts würde sich der Zeitpunkt der Integration in EFAS entsprechend in die Zukunft verschieben.

Bei der Abgeltung der Pflegeleistungen sehen wir drei Szenarien: eine Beibehaltung der aktuellen Beitragsstruktur mit vollständiger Kostenrückerstattung, eine Beibehaltung der aktuellen Beitragsstruktur mit effizientem Benchmark und eine explorative Anpassung der Beitragsstruktur. Tabelle 6 veranschaulicht die Vor- und Nachteile jedes der drei Szenarien. Das erste Szenario hat den Vorteil, dass es einen hohen Anreiz für eine patientengerechte Pflege (Fit) setzt und mit einem geringen Datenbedarf verbunden ist. Hingegen besteht ein geringer Anreiz für Kostenreduktion

bzw. ein solcher müsste über ergänzende regulatorische Vorgaben gesetzt werden. Eine Umsetzung wäre innerhalb der fünf Jahre, welche zur Schaffung von Kostentransparenz benötigt werden, möglich.

Das zweite Szenario, die Abgeltung über einen effizienten Benchmark hätte den Vorteil, dass es einen hohen Anreiz für Kostenreduktionen setzt (Power). Gleichzeitig besteht aber zumindest in den Pflegeheimen ein Anreiz zur Patientenselektion und die Umsetzungskosten sind vergleichsweise hoch. Die Entwicklung eines solchen Vergütungssystems könnte prinzipiell parallel zur Umsetzung der Massnahmen zur Herstellung von Kostentransparenz erfolgen. Dabei könnte das Benchmarking mit einer Auswahl an Leistungserbringer, welche bereits über eine hohe Datenqualität verfügen, aufgebaut werden. Mit der Zeit könnte sukzessive eine grössere Anzahl Leistungserbringer hinzugenommen werden. Wir sehen für die Umsetzung dieses Szenario einen Entwicklungszeitraum von mindestens fünf Jahren. Das Benchmarking müsste zudem insbesondere anfangs als lernendes System angelegt und fortlaufend revidiert werden.

Tabelle 6 Überblick Vor- und Nachteile Szenarien Vergütung

Szenario	Vorteile	Nachteile
① Beibehaltung Beitragsstruktur mit vollständiger Kostenrückerstattung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Anreiz zur Patientenselektion ▪ Zuschläge oder zusätzliche Pflegebedarfsstufen nicht nötig ▪ Geringer Datenbedarf ▪ Geringe Umsetzungskosten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Anreiz zur Kosteneffizienz ▪ Kosteneffizienz über ergänzende regulatorische Vorgaben
② Beibehaltung Beitragsstruktur mit Normkosten mit effizientem Benchmark	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreiz zu Kosteneffizienz ▪ Herausarbeiten von berechtigten Kostenunterschieden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeheime: Anreiz zur Patientenselektion ▪ Unklare Auswirkung auf Versorgung ▪ Kosten werden nicht zwingend dort gespart, wo Ineffizienz bestehen ▪ Hohe Umsetzungskosten ▪ Bei Unterdeckung Verschiebung Kosten zu Träger
③ Explorative Anpassung Beitragsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allenfalls besseres Verhältnis zwischen Power und Fit ▪ Zuschläge nicht mehr nötig 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Längerer Umsetzungszeitraum ▪ Allenfalls keine bessere Lösung als aktuell möglich ▪ Hoher Datenbedarf

Für die Vergütung der Pflege sehen wir drei Szenarien, welche alle mit Vor- und Nachteilen verbunden sind. Eine Beibehaltung der Beitragsstruktur mit vollständiger Kostenrückerstattung setzt einen hohen Anreiz für eine patientengerechte Pflege, aber keinen Anreiz zur Kosteneffizienz. Genau umgekehrt verhält es sich bei einer Beibehaltung der Beitragsstruktur mit effizientem Benchmark. Bei einer Anpassung der Beitragsstruktur könnte allenfalls ein besseres Verhältnis zwischen diesen beiden gegenläufigen Anreizen erzielt werden.

Quelle: Eigene Darstellung.

Das letzte Szenario einer explorativen Anpassung der Beitragsstruktur hat den grossen Vorteil, dass allenfalls eine Struktur gefunden werden kann, die ein besseres Verhältnis zwischen dem Anreiz zur Kostenreduktion und dem Anreiz für eine patientengerechte Pflege schaffen kann. Das Szenario ist aber von allen dreien mit dem höchsten Datenbedarf und dem längsten Umsetzungszeitraum verbunden. Zudem besteht Unsicherheit, ob überhaupt eine bessere Lösung als die aktuelle Beitragsstruktur gefunden werden kann. Wir sehen einen Umsetzungszeitraum von 10 Jahren. Denkbar ist bei diesem Szenario aber auch, dass es mit dem Szenario 1 kombiniert wird. In

diesem Fall würde, um eine möglichst schnelle Integration der Pflege in EFAS zu erlauben, in einer ersten Phase eine Vergütung der Vollkosten erfolgen (Szenario 1). In einer zweiten Phase würde die Vergütung dann auf der neu ausgearbeiteten Beitragsstruktur basieren.

Alle Angaben zu den Umsetzungszeiträumen sind als grobe Schätzwerte anzusehen. Sie hängen von einer Vielzahl Faktoren ab, sind dadurch aber prinzipiell auch selbst beeinflussbar. Je höher die Ansprüche sind, desto länger wird eine Umsetzung Zeit beanspruchen. Ist man demgegenüber bereit, mit niedrigeren Ansprüchen (z. B. an eine Kostentransparenz) zu starten und das System dann im laufenden Betrieb weiterzuentwickeln, kann eine Umsetzung deutlich schneller vonstatten gehen.

Grundsätzlich empfehlen wir für die Umsetzung der Integration der Pflege in EFAS ein Steuerungsgremium zu schaffen, in welchem alle relevanten Interessensgruppen vertreten sind. Bislang erfolgen Vorstösse zur Verbesserung der Kostentransparenz vor allem dezentral in den Verbänden der Leistungserbringer oder auch angestossen durch einzelne Kantone. Eine Koordination zwischen der Pflege im ambulanten und stationären Bereich findet zudem nur bedingt statt. Sollen eine Harmonisierung der Vorgaben zur Kostenrechnung erreicht und Kostentransparenz geschaffen werden, ist aus unserer Sicht eine zentralisiertere Zusammenarbeit aller Beteiligten nötig. Ebenso sollten bei der Berechnung der Finanzierungsanteile und der Schaffung einer einheitlichen Tarifstruktur von Anfang an alle Interessensgruppen miteinbezogen werden. Innerhalb des Steuerungsgremiums könnten drei Arbeitsgruppen zu den Themen Kostentransparenz, Finanzierungsanteile und Vergütung geschaffen werden. Die Arbeitsgruppen wären verantwortlich für die Umsetzung der oben erläuterten Massnahmen und könnten zu diesem Zweck Aufträge vergeben und koordinieren. Denkbare Umsetzungspartner sind dabei neben privaten und akademischen Auftragnehmern insbesondere bei der Vergütung die SwissDRG AG oder auch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium OBSAN. Für gewisse Aufgaben lohnt sich allenfalls auch die Beschäftigung eigener Mitarbeiter.

6 Literaturverzeichnis

- Bächinger, T., 2018. Eine hohe Effektivität zum Wohl der Heimbewohner. *Curaviva Fachz.* 47–489.
- BAG, & GDK, 2016. Nationale Demenzstrategie 2014-2019 - Erreichte Resultate 2014 - 2016 und Prioritäten 2017 - 2019. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und - direktoren (GDK).
- Cosandey, J., 2016. Neue Massstabäe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. (No. 7), *Kantonsmonitoring. Avenir Suisse*, Zürich.
- CURAVIVA Schweiz, 2019. Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime (Version 2019). CUVAVIVA Schweiz, Bern.
- Ecoplan, 2014. Analyse der Kostendifferenzen in der ambulanten Pflege im Kanton Zürich. Ecoplan.
- Ellis, R.P., 1998. Creaming, skimping and dumping: Provider competition on the intensive and extensive margins. *J. Health Econ.* 17, 537–555. doi:10.1016/S0167-6296(97)00042-8
- Felder, S., & Straumann, R., 2019. Kosteneffizienz in der stationären Langzeitpflege – Welchen Einfluss hat die Restfinanzierung? Universität Basel, Basel.
- Furrer, M.-T., Grünig, A., & Coppex, P., 2013. Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege). Bundesamt für Gesundheit (BAG). Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und - direktoren (GDK).
- Geruso, M., & McGuire, T.G., 2016. Tradeoffs in the Design of Health Plan Payment Systems: Fit, Power and Balance. *J. Health Econ.* 1–19. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.007
- H+, 2018a. Zusammenfassung der BVGer- und BGer-Urteile - Effekte auf die Kostenermittlung und Tarif-Bildung im OKP-Bereich [WWW Document]. URL https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Entscheide_der_Bundesgerichte/Zusammenfassung__BVGer_Urteile_V1.4_Dezember_2018.pdf (accessed 11.11.19).
- H+, 2018b. REKOLE® - Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 5th ed.
- Hochuli, P., Widmer, P., & Telser, H., 2017. Faire Abgeltung von Hochkostenfällen in DRG-Systemen – Internationale Erfahrungen und Lösungskonzepte. Polynomics, Olten.
- Mäder, B., Telser, H., & Saurer, M., 2019. Ökonomie der schweizerischen Gesundheitspolitik. Studie im Auftrag der Bonny Stiftung.
- Rosenkranz, R., & Meierhans, S., 2013. Defizite bei der Umsetzung der Pflegekostengrenze. *Pflegerecht* 2, 76ff.
- Schmid, C., 2016. Palliative Care - Finanzierung. CUVAVIVA Schweiz.
- Spitex Schweiz, Association Spitex privée Suisse, & tarifsuisse ag, 2019. Administrativ-Vertrag Spitex.

- Trageser, J., Gschwend, E., & von Stokar, T., 2019. Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen- und direktoren [GDK].
- Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Landolt, H., Otto, U., & Hegedüs, A., 2018. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Infrac, Glarus.
- Vettori, A., Trageser, J., & Iten, R., 2007. Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten. Infrac.
- Vettori, A., von Stokar, T., Petry, C., Britt, D., Gattinger, H., & Saxer, S., 2017. Mindestanforderung für Pflegebedarfserfassungssysteme. Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Wächter, M., & Kessler, O., 2019. Pflege und Betreuung 2035 - Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung? Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia, Luzern.
- Wächter, M., Künzi, K., Hausammann, M., & Abrassart, A., 2017. Studie «Vollkosten der öffentlich-rechtlichen und gemeinnützigen Spitexorganisationen». Im Auftrag von Spitex Schweiz.
- Willisegger, J., & Blatter, H., 2017. Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen - Settings und Interaktionen. Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia, Luzern.

7 Anhang

Tabelle 7 Anzahl Spitexorganisationen nach Grössenklassen und Organisationsform

Öffentlich-rechtliche und private gemeinnützige Spitexorganisationen							
Grösse (in VZÄ)	Anzahl Betriebe		VZÄ	Ertrag	VZÄ /Be- trieb	Ertrag/Betrieb	Ertrag/ VZÄ
<=1	65	11%	30	4'029'373	1	61'990	134'762
<=5	125	21%	376	46'115'493	3	368'924	122'543
<=10	107	18%	779	92'272'834	7	862'363	118'464
<=20	104	18%	1'458	161'089'055	14	1'548'933	110'488
<=30	61	10%	1'469	156'300'236	24	2'562'299	106'368
<=50	54	9%	2'068	216'351'161	38	4'006'503	104'614
<=100	39	7%	2'574	283'523'129	66	7'269'824	110'139
<=200	15	3%	2'009	213'212'868	134	14'214'191	106'149
<=500	11	2%	3'898	415'150'671	354	37'740'970	106'508
>500	3	1%	2'613	341'753'446	871	113'917'815	130'780
Total	584	100%	17'274	1'929'798'266	30	3'304'449	111'714
Private erwerbswirtschaftliche Spitexorganisationen							
<=1	72	19%	34	3'407'837	1	47'331	100'586
<=5	140	36%	382	41'609'243	3	297'209	108'990
<=10	79	21%	581	56'814'476	7	719'171	97'754
<=20	53	14%	778	72'996'741	15	1'377'297	93'778
<=30	20	5%	500	48'878'453	25	2'443'923	97'827
<=50	15	4%	561	54'429'092	37	3'628'606	97'030
<=100	5	1%	341	29'958'914	68	5'991'783	87'982
<=200	2	1%	246	18'410'359	123	9'205'180	74'751
<=500	0	0%	0	0			
>500	0	0%	0	0			
Total	386	100%	3'423	326'505'115	9	845'868	95'396
Selbständige Pflegefachpersonen							
<=1	927		546	68'620'225	1	74'024	125'611
<=5	12		17	1'990'964	1	165'914	115'552
Total	939		564	70'611'189	1	75'198	125'304

Quelle: Bundesamt für Statistik für Hochschule Luzern (2018)

Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten

www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch

Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80