



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Vorgesehene Änderungen per 1. Juli 2019

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, im Juni 2018

Kostenneutralität der Pflegebeiträge	4
I. Allgemeiner Teil	4
1 Ausgangslage	4
1.1 Gesetzliche Grundlagen	4
1.2 Berechnungsmethode der bisherigen Beiträge	4
1.3 Grundsätze der Überprüfung der Pflegebeiträge	5
2. Pflegeheime	5
2.1 Statistische Grundlagen	5
2.1.1 Vergütung und verrechnete Pflagetage.....	5
2.1.2 Nebenleistungen.....	6
2.1.3 Kommunikationszeiten (communication au sujet du bénéficiaire CSB).....	7
2.1.4 Akut- und Übergangspflege.....	8
2.1.5 Tages- oder Nachtstrukturen.....	8
2.1.6 Umschreibung des Leistungsbereichs	8
2.1.7 Kalibrierung von BESA und RAI/RUG.....	9
2.1.8 Einführung des Leistungskatalogs BESA LK 2010	9
2.1.9 Entwicklung der Pflegeintensität	9
2.1.10 Löhne und allgemeine Teuerung.....	10
2.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge	11
3. Pflege zu Hause	12
3.1 Statistische Grundlagen	12
3.1.1 Vergütung und verrechnete Stunden	12
3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer.....	13
3.1.3 Akut- und Übergangspflege.....	14
3.1.4 Tages- und Nachtstrukturen	14
3.1.5 Umschreibung des Leistungsbereichs	14
3.1.6 Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp.....	14
3.1.7 Löhne und allgemeine Teuerung.....	16
3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge	16
4 Kostenentwicklung für die OKP mit der Anpassung der Beiträge	17
II. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen	18
III. Inkrafttreten	18
Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme	19
I. Allgemeiner Teil	19
1. Änderung im Zusammenhang mit der ärztlichen Anordnung und der Bedarfsermittlung im Hinblick auf eine grössere Autonomie der Pflegeschwestern sowie der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause	19
1.1 Ausgangslage	19
1.2 Aktuelle Situation	20
1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung - Anpassungsvorschlag	21
1.4 Abklärung.....	22

1.5	Kostenfolgen.....	22
1.6	Begriffserklärung.....	23
2.	Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen.....	23
2.1	Ausgangslage.....	23
2.2.	Ergebnisse der externen Studie.....	25
2.3.	Ermittlung von Qualitätsindikatoren.....	25
2.4.	Vorgeschlagene Änderungen.....	26
II.	Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen.....	27
III.	Übergangsbestimmungen zur Änderung vom.....	30
IV.	Inkrafttreten.....	30

Kostenneutralität der Pflegebeiträge

I. Allgemeiner Teil

1 Ausgangslage

1.1 Gesetzliche Grundlagen

Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 2008 (KVG; SR 832.10) sieht vor, dass der Bundesrat die Beiträge für die Vergütung der Pflegeleistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mit dem Ziel festzulegen hat, dass sie der Summe der Vergütungen für die ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen in dem Jahr, das dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung vorangeht (d. h. 2010), entsprechen. Zudem muss gemäss der Übergangsbestimmung der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vornehmen, wenn die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung nicht eingehalten werden kann. Der Bundesrat hat seine Kompetenz mit Artikel 33 Buchstabe i der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zugewiesen.

Bei der Anpassung der Pflegebeiträge handelt sich um Ex-Post-Korrekturen der Pflegebeiträge, die in Artikel 7a der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31) verankert sind. Diese wurden aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität ex-ante berechnet. Rückforderungen der Vergütungsunterschiede, die aus der Differenz zwischen den erstmals festgelegten und den angepassten Beiträgen resultieren, dürfen weder die Pflegeheime gegenüber den Versicherern noch die Versicherer gegenüber den Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause geltend machen. Die Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 2008 sehen ausschliesslich eine erste Festsetzung der Beiträge sowie Anpassungen in den folgenden Jahren vor.

1.2 Berechnungsmethode der bisherigen Beiträge

Das EDI hat die ab 1. Januar 2011 geltenden Beiträge getrennt für den Pflegeheimbereich und den Bereich der Pflege zu Hause auf der Basis aller in der Schweiz erbrachten Pflegeleistungen berechnet und in Artikel 7a KLV festgesetzt. Die Ermittlung der Beiträge der OKP wurde entsprechend der Vorgabe der Kostenneutralität durchgeführt.

Der Beitrag an die Pflegeleistungen im Pflegeheim wird mittels eines Tagesansatzes ausgestaltet. Ausgehend von den Daten aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (in der Folge: SOMED-Statistik) des Bundesamtes für Statistik (BFS) wurde ein Mengengerüst für ein linear abgestuftes Beitragssystem berechnet. Dem wurden die geschätzten Vergütungen der Krankenversicherung für Pflegeleistungen im Jahr 2007 (rund 1.6 Mrd. Franken, ohne Vergütungen für Arztleistungen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL, u.a.) gegenübergestellt. Die so ermittelten Beiträge wurden anschliessend auf Basis der Teuerung der Jahre 2007 und 2008 (= 3.1%) auf das Jahr 2009 (Basisjahr) hochgerechnet.

Der Beitrag an die Pflegeleistungen in der Pflege zu Hause wird mittels eines Zeitansatzes ausgestaltet. Für die Ermittlung der kostenneutralen Beiträge (Art. 7a Abs. 1 und 2 KLV) wurde auf die Erhebung des Expertenbüros INFRAS abgestellt (Anna Vettori, Judith Trageser, Rolf Iten: Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten, Schlussbericht, 16. Mai 2007, Zürich). Aus dieser Erhebung liessen sich die durchschnittlichen Kosten pro Stunde Pflegeleistung und pro Leistungsart berechnen. Diesen wurde die durchschnittliche Vergütung für KLV-Leistungen pro Stunde (rund 57 Franken) durch die Krankenversicherung gemäss der Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause 2007 des BFS (in der Folge Spitex-Statistik) gegenübergestellt. Die so ermittelten Beiträge wurden dann auf Basis der Teuerung der Jahre 2007 und 2008 (= 3.1%) auf das Jahr 2009 (Basisjahr) hochgerechnet. Die Beiträge sind pro Stunde berechnet;

die effektive Vergütung erfolgt aber in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Da die Leistungserbringer die Patientinnen und Patienten in der Regel aufsuchen und zu Hause pflegen, wurde eine Mindestdauer pro Einsatz von 10 Minuten festgesetzt.

1.3 Grundsätze der Überprüfung der Pflegebeiträge

Wie die Berechnung der bisherigen Beiträge muss auch deren Überprüfung durch das EDI für die Bereiche der Pflegeheime und der Pflege zu Hause getrennt erfolgen.

Die Übergangsfrist für die Einführung der Beiträge ist erst Ende des Jahres 2013 abgelaufen (Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung). Aus diesem Grund sind für die Vergütungen gemäss der Neuordnung der Pflegefinanzierung erst die Angaben des Jahres 2014 aussagekräftig und können zwecks Überprüfung der Kostenneutralität mit denjenigen des dem Inkrafttreten vorangehenden Jahres 2010 verglichen werden.

Ziel der Überprüfung der Kostenneutralität ist die Bestimmung des Einflusses des Übergangs von Tarifen zu Beiträgen für die Pflege zu Hause auf die Kosten zu Lasten der OKP. Die Änderung der Summe der Vergütungen über die Zeit, welche auf die Entwicklung anderer Parameter wie die Pflagegetage oder die Pflegeintensität zurückzuführen ist, ist für die Anpassung der Beiträge der OKP aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität nicht zu berücksichtigen.

Beim Ansatz der Kostenneutralität steht die Finanzierungsperspektive durch die OKP und nicht die Kostenentwicklung für die Leistungserbringung im Vordergrund. Dies war bereits bei der Anwendung der Rahmentarife unter dem alten Recht der Fall, die zweimal per 1. Januar 2005 und per 1. Januar 2008 angepasst wurden.

2. Pflegeheime

2.1 Statistische Grundlagen

2.1.1 Vergütung und verrechnete Pflagegetage

Die Entwicklung der Kosten einer effizienten Versorgung kann ein Kriterium für die Anpassung der Beiträge der OKP an die Pflege sein, wenn die Kostentransparenz nach den Vorgaben der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) garantiert ist¹. Weil die notwendige Kostentransparenz für die Bestimmung der Restfinanzierung der Kantone nicht erreicht wurde, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) am 23. Juni 2015 die Kantone und die Organisationen der Pflegeheime in einem Schreiben darauf aufmerksam gemacht, dass die Kosten der Pflegeleistungen aufgrund der Vorgaben der VKL zu ermitteln sind und dass die Zuteilung der Kosten auf die Pflege, Betreuung und Hotellerie aufgrund einer Zeiterfassung erfolgen soll. Infolge des bestehenden Risikos, dass die in der SOMED-Statistik ausgewiesene Entwicklung der Kosten des Kostenträgers KVG-pflichtige Pflege (+14% zwischen 2010 und 2014 nach der SOMED-Statistik, Tab. 13-A) nicht der realen Entwicklung der Kosten entspricht, wird auf eine Abstützung auf die ausgewiesenen Kosten der KVG-pflichtigen Pflege verzichtet.

Sowohl für die Angaben über die Bruttoleistungen als auch für diejenigen über die Pflagegetage stützt sich die vorliegende Überprüfung auf den Datenpool SASIS, genauer auf die Cognos Powerplay-Dateien (in der Folge Datenpool). Die Aufteilung nach Kostengruppen des Datenpools ist stabil und konstant über die Zeit, die Definitionen sind präzise und die Jahresdaten plausibilisiert und, wo notwendig, rückwirkend korrigiert. Die Überprüfung der Kostenneutralität basiert ausschliesslich auf den Angaben der Pflegeheime und schliesst somit die Leistungen aus, welche die Spitäler unter der Kostenart Pflegeheim verrechnen. Auf die Verwendung der Angaben über die Bruttoleistungen aus der OKP-Statistik des BAG und der SOMED-Statistik wird verzichtet. In der OKP-Statistik des BAG sind die Zahlen für den vorliegenden Zweck nicht *genügend präzise* und die Rubriken zu wenig differenziert. Zudem fehlen die An-

¹ Antwort des Bundesrates vom 6. Juli 2016 zum Postulat 16.3352 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates

gaben über die geleisteten Pflégetage. Die Erträge gemäss SOMED-Statistik des Jahres 2010 erscheinen im Vergleich zu den Angaben der nächsten Jahre viel zu hoch. Die Angaben der SOMED-Statistik werden deswegen ausschliesslich zur Überprüfung der Pflégebedürftigkeit sowie der Löhne des Pflégefachpersonals für die Erbringung der KVG-pflichtigen Pflége verwendet (vgl. Ziffern I.2.1.9 und I.2.1.10).

Aus dem Datenpool werden die Bruttoleistungen und die Pflégetage für die ganze Schweiz (ohne Ausland und Unbekannt) nach Rechnungssteller und Behandlungsbeginn verwendet. Für 2010 stammen die Angaben aus der Auswertung des Datenpools für die Jahre 2010-2014, für das Jahr 2014 aus jener für die Jahre 2013-2017. Der Datenpool ermöglicht die Auswertung der Angaben nach Leistungserbringer (z. B. "Pflégeheime", "Pflégefachpersonen" und "Spitex-Organisationen"), nach Leistungsart (z. B. "Stationäre Tarife", "Akut- und Übergangspflége, "Medikamente") oder nach der Kombination beider Kriterien. Der Leistungserbringer "Pflégeheime" ist in die Unterkategorien "Pflégeheime", "Alters- und Pflégeheime", "Heime für Behinderte", "Heime für psychosoziale Fälle", "Akut- und Übergangspflége" und "Spezialfälle" gegliedert. Im Rahmen der Überprüfung der Kostenneutralität der Pflégebeiträge werden die Angaben nach Leistungserbringer für die Hauptkategorie "Pflégeheime" verwendet. Wenn nichts Anderes präzisiert wird, ist im vorliegenden Kommentar diese Anwendung gemeint. Die Sensitivitätsanalyse zeigt, dass der Korrekturfaktor der Pflégebeiträge (berechnet nach der Methode gemäss Ziffer I.2.2 hier unten) in den folgenden Fällen gegenüber der Anwendung der Hauptkategorie "Pflégeheime" nur minim ändern würde (zwischen -0.2 und +0.1%): wenn die Unterkategorien "Pflégeheime" und "Alters- und Pflégeheime" allein, die Unterkategorien "Pflégeheime", "Alters- und Pflégeheime" und "Akut- und Übergangspflége" allein oder alle Unterkategorien mit Ausschluss der "Akut- und Übergangspflége" berücksichtigt würden. Der Effekt dieser verschiedenen Selektionen ist im Vergleich zum Einfluss der in den folgenden Punkten dargestellten nicht quantifizierbaren Parameter, wie die Kalibrierung der Pflégebedarfserfassungssysteme BESA und RAI/RUG, die Entwicklung der Pflégeintensität oder die Auslagerung der Verrechnung vom Materialien nicht von Bedeutung (vgl. dazu die Ziffern I.2.1.2 bis I.2.1.9).

Die Pflégetage werden sowohl im Datenpool als auch in der SOMED-Statistik erhoben. Die Mengenzunahme zwischen den Jahren 2010 und 2014 gemäss den Angaben der SOMED-Statistik (Tab. 4-A) ist höher (+7.8%) als diejenige gemäss Datenpool (+5.4%, Selektion wie für die Bruttoleistungen, vgl. Ziffer 2.2). Die Differenz könnte darauf zurückzuführen sein, dass die bis 2011 in der SOMED-Statistik publizierten Zahlen ausschliesslich die Pflégetage der Langzeitklientinnen und -klienten und erst ab 2012 auch die Pflégetage der Kurzzeitklientinnen und -klienten sowie der Klientinnen und Klienten der Tages- oder Nachtstrukturen berücksichtigen.

2.1.2 Nebenleistungen

Die Produktionen 2010 und 2014 des Datenpools der SASIS AG sind nicht gleich strukturiert. Im Jahr 2010 waren für die Pflégeheime die Leistungsarten "Heim Pflégestufe unbekannt" und "Ambulant Pflégestufe unbekannt" vorgesehen. Die Leistungsart "Heim Pflégestufe unbekannt" schliesst neben den Bruttoleistungen für Pflégeleistungen auch solche für Nebenleistungen ein, namentlich in Form von Vollpauschalen. Die überarbeiteten und im Jahr 2014 gültigen Leistungsarten sehen für die Pflégeheime eine Unterteilung in "Pflégeheime Stationäre Tarife", "Pflégeheime Ambulante Tarife in Tages- und Nachtstrukturen", "Pflégeheime Tarife Akut- und Übergangspflége", "Pflégeheime Pauschalen" und "Pflégeheime Medikamente und MiGeL" vor, was eine separate Erfassung der Nebenleistungen impliziert. Vermutlich wurden aber dem Datenpool im Jahre 2014 nicht alle Angaben sauber gemäss der neuen Produktionsstruktur geliefert, so dass weiterhin Nebenleistungen unter die Leistungsart "Pflégeheime Stationäre Tarife" verrechnet werden.

Die vom BAG durchgeführten Datenanalysen haben ergeben, dass der Ausweis der Vergütung von Pflége und Nebenleistungen nicht transparent und in den Jahren 2010 und 2014 unterschiedlich erfolgt ist. Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) hat in seinen Urteilen vom 1. September und 7. November 2017 festgehalten, dass Materialien zur Applikation durch Pflégefachpersonen im Rahmen der neu geordneten Pflégefinanzierung – unabhängig davon, ob sie auf der Mittel- und Gegenständelliste (MiGeL)

aufgeführt werden oder nicht –notwendigen Bestandteil der Pflegeleistungen darstellen, deren Vergütung nicht separat, sondern nach den Regeln der Pflegefinanzierung durch die drei Kostenträger zu erfolgen hat (C-3322/2015 und C-1979/2015). Bei der Berechnung der Pflegebeiträge der OKP hat das EDI für die Pflegeheime die teils separat vergüteten Mittel und Gegenstände aufgrund dieser Rechtslage nicht einbezogen (vgl. Ziffer I.1.2). Im Rahmen der in den Jahren 2014 und 2015 durch das BAG geführten Sitzungen mit den Vertretern der Kantone, der Leistungserbringer und der Versicherer konnte jedoch nicht eruiert werden, wie die Kosten für Pflegematerialien von den Leistungserbringern abgerechnet wurden und damit in die Berechnung der Beiträge eingeflossen sind. Selbst wenn gewisses Material zur Applikation durch Pflegefachpersonen separat abgerechnet worden sei, heisst dies jedoch noch nicht, dass diese Leistungen nicht zumindest teilweise in den für die Berechnung der Pflegebeiträge berücksichtigten Vergütungen bzw. Tarifen enthalten waren.

Gemäss den Angaben des Datenpools ist das Total der Bruttoleistungen der Versicherer an die Abgabestellen MiGeL zwischen 2010 und 2014 um 97% von 122 Mio. Franken auf 240 Mio. Franken gestiegen, in den Jahren 2015 und 2016 folgten weitere Anstiege auf 259 bzw. 284 Mio. Franken (Datenauswahl wie für die Bruttoleistungen, vgl. Ziffer I.2.1.1). Zudem ist gemäss Datenpool von 2010 bis 2014 für die Ärzte eine Steigerung der Bruttoleistungen für die Leistungsart "MiGeL Arztpraxis" von 94 auf 127 Mio. Franken, im Jahr 2015 auf 134 Mio. Franken und im Jahr 2016 auf 143 Mio. Franken zu verzeichnen. Für die Apotheken sind die Bruttoleistungen der Leistungsart "MiGeL Apotheken" von 128 auf 151 Mio. Franken zwischen 2010 und 2014 gestiegen, in den Jahren 2015 und 2016 auf 160 bzw. 169 Mio. Franken. Die übliche Entwicklung der Gesundheitskosten aufgrund des technischen Fortschritts und der Demographie dürfte keine so starke Kostensteigerung in einer so kurzen Periode erklären können. In der Zeit zwischen 2010 und 2014 und auch in den folgenden Jahren dürfte somit eine Auslagerung der Verrechnung von Materialien von den Pflegeheimen und Leistungserbringern der Pflege zu Hause zu den Arztpraxen, Apotheken und Abgabestellen MiGeL erfolgt sein. Die für die Berechnung der Korrektur der Pflegebeiträge berücksichtigte Entwicklung des Totals der Bruttoleistungen an die Pflegeheime dürfte somit tiefer als diejenige sein, welche ohne Auslagerung resultiert wäre. Der vorgesehene Anstieg der Beiträge im Rahmen der vorliegenden Überprüfung aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität dürfte somit etwas zu hoch sein.

Die beschriebene Datenanalyse zeigt, dass eine Korrektur der Beiträge in Bezug auf das Material nicht begründet wäre. Für die Überprüfung der Kostenneutralität ist allein die Berücksichtigung des Totals der Bruttoleistungen der OKP an die Pflegeheime möglich, nicht aber eine Auswertung nach Leistungsart. Die Sensitivitätsanalyse zeigt, dass für jede 17 Mio. Franken Nebenleistungen, die ausgelagert würden, der Korrekturfaktor der Pflegebeiträge um einen Prozentpunkt reduziert würde.

Wenn die Bruttoleistungen für Nebenleistungen von der vorliegenden Überprüfung der Kostenneutralität der Pflegebeiträge hätten ausgeschieden werden können, würden sich die Berechnungen auf eine niedrigere Basis stützen. Aufgrund der Angaben des Datenpools liegt die Differenz zwischen der Verrechnung der Pflegeheime in allen Leistungsarten und der Verrechnung nach der Leistungsart "Pflegeheime Stationäre Tarife" im Jahr 2014 bei rund 100 Mio. Franken; diese Differenz schliesst jedenfalls neben den Bruttoleistungen für die Nebenleistungen auch diejenige zum Beispiel der Akut- und Übergangspflege oder der Tages- und Nachtkliniken aus. Mit einem Abzug von 95 Mio. Franken (100 Mio. gewichtet mit der Entwicklung der Pflegetage zwischen 2010 und 2014 [$100 \times 29'577'041 / 31'169'790$]) für das Jahr 2010 und von 100 Mio. Franken für das Jahr 2014 von den für die Berechnungen berücksichtigten Bruttoleistungen würde der Korrekturfaktor nur um 0.4 Prozentpunkte steigen (vgl. Ziffer I.2.2). Dieser Effekt ist mit Berücksichtigung der Schätzungscharakter dieses Ergebnisses – z. B. können auch die Tages- und Nachtkliniken nach der Regel der Pflegefinanzierung finanziert werden – und der weiteren in diesem Kommentar erwähnten Ungewissheiten nicht von Bedeutung.

2.1.3 Kommunikationszeiten (communication au sujet du bénéficiaire CSB)

In den Kantonen, die das System PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis) anwenden (Genf, Jura, Neuenburg und Waadt), wird die Entwicklung der Bruttoleistungen pro Pflegetag für die Pflegeheime zwischen 2010 und 2014 auch durch die neue Vergütung der CSB beeinflusst. Ohne diesen Effekt ergäben sich eine niedrigere Entwicklung der Bruttoleistungen als der beobachteten

und eine höhere Korrektur der Beiträge als die berechnete (vgl. Ziffer I.2.2). Gemäss Informationen des Krankenversicherers KPT würde der Effekt der neuen Vergütung der CSB auf die Schweiz umgerechnet rund 0.60 Franken pro Pflgetag ausmachen, was multipliziert mit den gesamten Pflgetagen 2014 19 Mio. Franken und einer Erhöhung der Korrektur der Pflegebeiträge von rund einem Prozentpunkt entspräche. Wie für die Frage der Auslagerung der Verrechnung der Nebenleistungen wird auch hier auf eine spezifische Korrektur verzichtet.

2.1.4 Akut- und Übergangspflege

Die Leistungskategorie der Akut- und Übergangspflege wurde mit der neuen Pflegefinanzierung eingeführt. Sie umfasst den gleichen Leistungskatalog (Art. 7 KLV) wie die übrigen Pflegeleistungen. Vergütet wird sie aber nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 25a Abs. 2 KVG). Aus diesem Grund müssten im Rahmen der Überprüfung die Angaben betreffend die Akut- und Übergangspflege des Datenpools für das Jahr 2014 grundsätzlich herausgerechnet werden.

Leistungen wie diejenige der Akut- und Übergangspflege wurden bereits im Jahr 2010 und früher erbracht. Sie wurden damals wie die anderen Pflegeleistungen finanziert und auch in der SOMED-Statistik erhoben. Gemäss der SOMED-Statistik wurden im Jahr 2014 gesamtschweizerisch nur 318 Betten für die Akut- und Übergangspflege reserviert, d. h. 0.3% aller Betten im Pflegeheim. Der Datenpool weist für die Pflegeheime im Jahr 2014 Erträge aus Tarifen der Leistungsart Akut- und Übergangspflege aus, die nur 0.2% des Totals der Bruttoleistungen an die Pflegeheime ausmachen. Deswegen würde sich bei der Korrektur der Beiträge das Resultat ohne Berücksichtigung der Akut- und Übergangspflege nur minim um rund 0.2 % steigen.

Aus diesem Grund und weil im Rahmen der vorliegenden Überprüfung der Kostenneutralität der Pflegebeiträge der Einfluss anderer Parameter wie die Kalibrierung der Pflegebedarfserfassungssysteme BESA und RAI/RUG, die Entwicklung der Pflegeintensität oder die Auslagerung der Verrechnung vom Materialien nicht quantifiziert werden können, ist es nicht angezeigt, die Angaben betreffend die Akut- und Übergangspflege des Datenpools im Rahmen der Überprüfung für das Jahr 2014 herauszurechnen.

2.1.5 Tages- oder Nachtstrukturen

Der Datenpool weist einen kleinen Anteil an Bruttoleistungen für die Tages- oder Nachtstrukturen (TON) am Total der Bruttoleistungen an die Pflegeheime aus, nämlich 2.8% für das Jahr 2014. Wie gesagt, sind die Produktionen 2010 und 2014 des Datenpools der SASIS AG nicht gleich strukturiert. Nur die neuen und auch im Jahr 2014 gültigen Leistungsarten sehen eine Unterteilung mit einer spezifischen Leistungsart für Tages- und Nachtstrukturen vor. Im Jahr 2010 waren die Bruttoleistungen und die Pflgetage der Tages- und Nachtstrukturen unter anderen Leistungsarten aufgeführt, namentlich unter der Kostenart "Heim Pflegestufe unbekannt". Aus diesem Grund ist es angebracht, dass die entsprechenden Bruttoleistungen des Jahres 2014 nicht von der Berechnungsgrundlage für die Überprüfung der Kostenneutralität der Pflegebeiträge ausgeschlossen werden. Dies erlaubt, den Einfluss der Bruttoleistungen der Tages- oder Nachtstrukturen auf das Total der berücksichtigten Bruttoleistungen nicht nur auf das Jahr 2010 zu begrenzen.

2.1.6 Umschreibung des Leistungsbereichs

Mit Inkrafttreten im Jahr 2012 wurden in der KLV Anpassungen am Leistungsbereich vorgenommen, namentlich in Zusammenhang mit den Massnahmen der Koordination und dem Herrichten von Medikamenten. Koordinative Leistungen wurden bereits vorher unter den Positionen "Abklärung des Pflegebedarfs" und "Beratung" (Art. 7 Abs. 2 KLV) abgerechnet, so dass die Änderung zu geringen, nicht bezifferbaren Mehrkosten geführt haben dürfte. Das Richten der Arzneimittel gehörte gemäss einem Urteil von 2010 des BGer (9C-62/2009) nicht zu den leistungspflichtigen Pflegeleistungen. Es ist immerhin davon auszugehen, dass diese Leistung bereits vor dem genannten Urteil des BGer durchgeführt, in Rechnung gestellt und in der Regel von den Versicherern übernommen worden ist. Inwieweit dies im für die vorliegende Überprüfung der Kostenneutralität berücksichtigten Jahr 2010 nicht mehr der Fall

gewesen ist, kann nicht quantifiziert werden. Diese Änderungen dürften aber keinen signifikanten Effekt auf die Überprüfung der Kostenneutralität mit sich gebracht haben.

2.1.7 Kalibrierung von BESA und RAI/RUG

Am 31. August 2011 hat die Steuergruppe Tarifstrukturen II (CURAVIVA, santésuisse, GDK, BAG) ihre Empfehlung zur Kalibrierung der Pflegebedarferfassungssysteme BESA und RAI/RUG abgegeben. Der Effekt dieser Kalibrierung auf die Gesamtkosten der OKP kann nicht abgeschätzt werden und hängt davon ab, für welche Systeme in welchen Kantonen die Kalibrierung erfolgt ist.

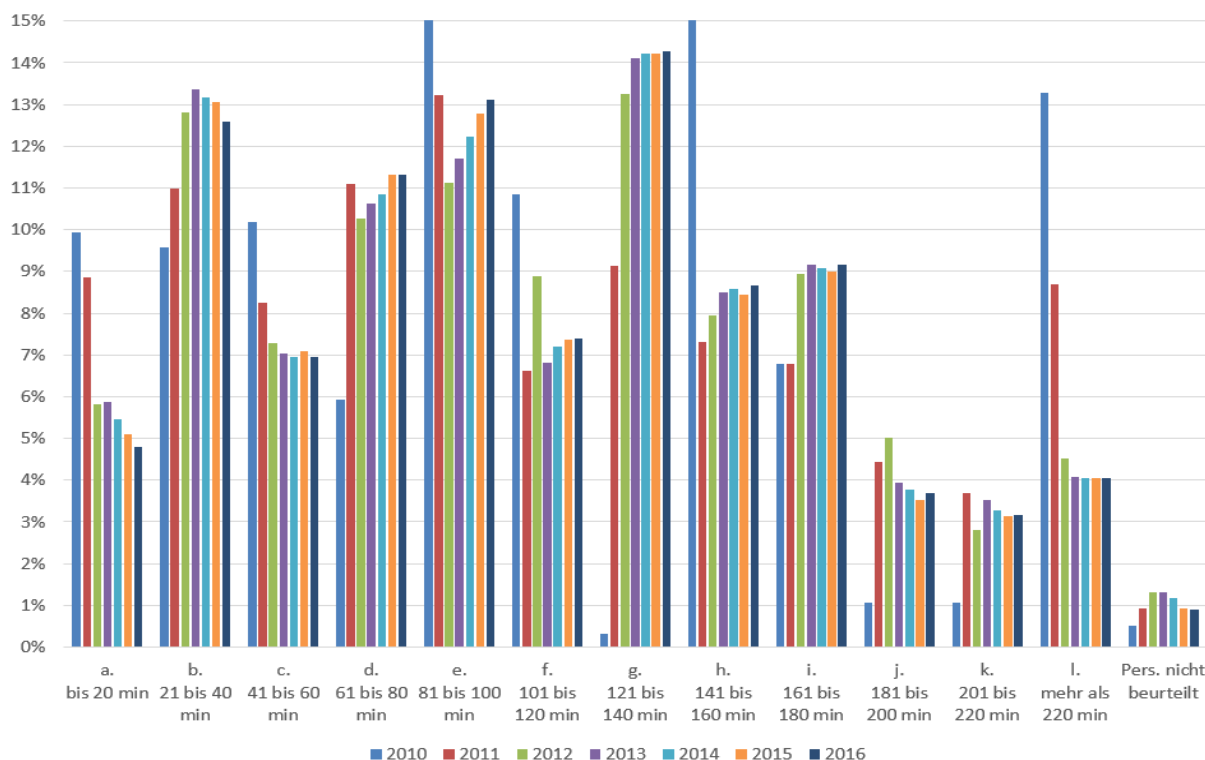
2.1.8 Einführung des Leistungskatalogs BESA LK 2010

Die BESACare AG hat in einer Untersuchung Ende 2012 festgestellt, dass bei der Ersteinstuflung mit dem Leistungskatalog BESA LK 2010, der den Leistungskatalog BESA LK 2005 ersetzt, die Patientinnen und Patienten zu hoch eingestuft wurden. Dies sei darauf zurückzuführen, dass die Mitarbeitenden noch unerfahren waren. Es liegen jedoch keine für eine Quantifizierung verwertbaren Informationen vor.

2.1.9 Entwicklung der Pflegeintensität

Die Überprüfung der Kostenneutralität basiert auf der Annahme, dass die Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten in der Periode 2010-2014 konstant geblieben ist. Die Zahlen 2012-2014 der SOMED-Statistik unterstützen diese Annahme (vgl. Graphik 1). Dass die Abstufungen 2010 und 2011 mit den Abstufungen 2012-2016 schlecht korrelieren, dürfte damit erklärt werden können, dass das BFS erst ab 2011 teilweise und ab 2012 vollständig die RUG-Gruppen, die Minuten BESA LK 2010 und PLAISIR sowie die Punkte BESA LK 2005 direkt erhebt und die Minuten RAI- RUG bzw. BESA anhand einer Konversionstabelle von Q-Sys bzw. von Curaviva berechnet. Vorher berechnete das BFS die Minuten auf der Basis des Median der Stufen gemäss einer eigenen Konversionstabelle

Graphik 1: Verteilung der Pflegeintensität in den 12 Pflegebedarfsstufen in den Jahren 2010 bis 2016



Quelle: Graphik BAG basierend auf den Angaben der Tab. 4-A SOMED (für die Stufen j und k sind die Werte 2010 extrapoliert).

Der Index der Pflegeintensität (Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime, BAG) ist aufgrund der Daten der SOMED-Statistik berechnet und entspricht dem Mittel der Indices der Pflagetage der Klienten, die KVG-pflichtige Pflege erhalten (ohne Akut- und Übergangspflege und ohne nicht beurteilte Klienten). In den Jahren 2010 bis 2016 liegt der Index bei 5.8. Die erwähnten Bemerkungen zur SOMED-Statistik betreffend die Abstufungen 2010 und 2011 gelten selbstverständlich auch für den Index der Pflegeintensität. Die mit der Kalibrierung von BESA und RAI/RUG und der Einführung des Leistungskatalogs BESA LK 2010 verbundene Ungewissheit bedingt, dass auch mit einer exakten statistischen Berücksichtigung der Pflegeabstufung in der Periode 2010-2014 keine verlässlichen Schlussfolgerungen zur tatsächlichen Entwicklung des Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten gezogen werden können.

2.1.10 Löhne und allgemeine Teuerung

In der Periode zwischen 2010 und 2016 sind gemäss der Lohnstatistik des BFS die Nominallöhne im Gesundheitswesen, in den Heimen und im Sozialwesen um 2.6% gestiegen.

Der Landesindex der Konsumentenpreise ist zwischen 2010 und 2017 um 1.7% gesunken.

Die aufgrund der SOMED-Statistik berechnete² Entwicklung 2010-2016 der Löhne pro Vollzeitäquivalent für die Erbringung der KVG-pflichtigen Pflege beträgt 0.5% (77'712 Fr. in 2010 und 78'137 Fr. in 2016) für das ganze Personal und -1.8% (66'611 Fr. in 2010 und 65'444 Fr. in 2016) für das Pflegefachpersonal; als Vergleich beträgt die Entwicklung 2010-2016 der Löhne pro Vollzeitäquivalent für die Erbringung der KVG-pflichtigen Pflege für das Pflegefachpersonal unter Ausschluss der Hilfskostenstellen, der Tages- und Nachkliniken und der Akut- und Übergangspflege -2.4% (66'611 Fr. in 2010 und 65'015 Fr. in 2016).

In dieser Situation wird auf einen Einbezug der Lohnentwicklung und der Teuerung bei der Prüfung der Pflegebeiträge verzichtet.

² Auswertung BAG

2.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge

Der Datenpool liefert die Angaben zu den Bruttoleistungen und zu den Pflegetagen für die vorliegende Überprüfung. Die Selektion erfolgt für die ganze Schweiz (ohne Ausland und Unbekannt) und nach Rechnungssteller, Behandlungsbeginn bzw. Zahlstellenregisternummer des Leistungserbringers (Hauptkategorie "Pflegeheime", vgl. Ziffer I.2.1.1). Für das Jahr 2014 wird die Akut- und Übergangspflege nicht herausgerechnet. Für das Jahr 2010 stammen die Angaben aus der Auswertung des Datenpools für die Jahre 2010-2014, für das Jahr 2014 aus jener für die Jahre 2013-2017. Der Abdeckungsgrad der Angaben bezüglich des Versichertenbestands liegt für die Jahre 2010 und 2014 bei 100%.

Berechnung des Korrekturfaktors der Beiträge gemäss Artikel 7a Absatz 3 KLV:

Datenpool / Schweiz (ohne Ausland und Unbekannt)			
	Datenpool, Rechnungssteller, Behandlungsbeginn, Leistungserbringer "Pflegeheime", alle Leistungsarten		Bruttoleistungen pro Pflegetag
	Bruttoleistungen	Pflegetage	
2010	1'818'810'434	29'577'041	61.49
2014	1'796'904'997	31'169'790	57.65
Entwicklung 2010 - 2014	-1.2%	5.4%	-6.3%

$$\text{Korrekturfaktor der Beiträge} = \frac{\text{Pflegetage für 2014}}{\text{Pflegetage für 2010}} \times \frac{\text{Bruttoleistungen für 2010}}{\text{Bruttoleistungen für 2014}} - 1 = \mathbf{6.7\%}$$

Korrektur der Beiträge in Franken

	Bisher	Neu
a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten:	9.00	9.60
b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten:	18.00	19.21
c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten:	27.00	28.81
d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten:	36.00	38.41
e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten:	45.00	48.02
f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten:	54.00	57.62
g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten:	63.00	67.22

h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten:	72.00	76.82
i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten:	81.00	86.43
j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten:	90.00	96.03
k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten:	99.00	105.63
l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten:	108.00	115.24

Aufgrund der Annahme, dass ein Teil der im Jahr 2010 von den Pflegeheimen verrechneten Nebenleistungen im Jahr 2014 neu von den Abgabestellen MiGeL und Apotheken in Rechnung gestellt werden, sollte die berücksichtigte Entwicklung des Totals der Bruttoleistungen an die Pflegeheime tiefer als diejenige ohne Auslagerung sein. Dies führt bei der vorliegenden Berechnung aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität zu einem Anstieg der Beiträge, der etwas zu hoch sein dürfte. Eigentlich ändern gemäss Datenpool die Bruttoleistungen pro Pfl egetag der Pflegeheime auch in den Jahren nach der Angleichung der Tarife an den Beiträgen des KVG weiterhin: von 57.65 Franken im Jahr 2014 hinauf auf 56.93 im Jahr 2015 und 56.46 im Jahr 2016 und hinauf auf 56.91 im Jahr 2017 (bei der Angabe 2017 kann es eine Verzerrung wegen den noch unvollständigen Zahlen des letzten Behandlungsjahres geben). Die Senkung kann wenigstens zum Teil auf den Effekt der Auslagerung der Verrechnung der Materialkosten zurückgeführt werden. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass andere Faktoren eine Rolle spielen, die nicht spezifisch für die Periode der Angleichung der Tarife an den Pflegebeiträgen (2010-2014) sind. Es ist deshalb möglich, dass die Beiträge nach Artikel 7a KLV nicht so tief sind, wie aus der vorliegenden Überprüfung resultiert.

3. Pflege zu Hause

3.1 Statistische Grundlagen

3.1.1 Vergütung und verrechnete Stunden

Für die Pflege zu Hause weist der Datenpool keine von den Pflegefachpersonen oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause verrechneten Stunden aus. Die Spitex-Statistik des BFS ist die einzige Quelle dazu.

Bei der Spitex-Statistik handelt es sich um eine Vollerhebung, welche die Angaben aller Sozialversicherungen ohne Details über die Art der Sozialversicherung enthält. Der aus dieser Statistik zu entnehmende Anstieg der Einnahmen zwischen den Jahren 2010 und 2014 in Prozent dürfte den tatsächlichen Anstieg unterschätzen, weil die für die vorliegende Überprüfung der Kostenneutralität der Pflegebeiträge verwendete Variable – die Vergütung der Pflege über die OKP – nur einen Teil der ausgewiesenen Einnahmen beeinflusst. Zudem werden in der Spitex-Statistik, die sich auf den Verbleib zu Hause fokussiert, auch Leistungen erhoben, die in Alterswohnungen, Seniorenresidenzen und Tages- und Nachstrukturen erbracht werden. Diese wurden im Jahr 2010 noch gemäss dem Tarif der Pflege zu Hause, im Jahr 2014 dann über die für die Pflegeheime vorgesehenen Beiträge vergütet. Die entsprechenden Leistungen werden in Stunden konvertiert. Es ist auch nicht auszuschliessen, dass Einnahmen aus Leistungen nach Artikel 7 KLV, die nicht über die Krankenversicherung vergütet wurden, im Jahr 2010 unter der Rubrik "Ertrag aus KLV-Leistungen" und im Jahr 2014 unter der neuen Rubrik "Klient/innen" subsumiert sind. Die berechnete Entwicklung der Einnahmen im Rahmen der vorliegenden Überprüfung der Kostenneutralität würde damit unterschätzt. Neben den erwähnten Fragen der Leistungserfassung bestehen Repräsentativitätsfragen. Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden in der Erhebung 2010 der Spitex-Statistik zusätzlich zu den gemeinnützigen und den öffentlich-rechtlichen Organisationen zum ersten Mal die erwerbswirtschaftlichen Organisationen und die selbstständig tätigen Pflegefachpersonen erfasst. Die selbstständig tätigen Pflegefachpersonen in den Kantonen Zürich und Genf

haben an der Erhebung 2010 nicht teilgenommen. Zudem war die Repräsentativität der erwerbswirtschaftlichen Organisationen in der Spitex-Statistik von der nötigen Zeit abhängig, welche die Kantone für die Konsolidierung der Liste der erwerbswirtschaftlichen Organisationen benötigt haben. Grundsätzlich sollte insbesondere wegen der höheren Repräsentativität in Bezug auf die erwerbswirtschaftlichen Organisationen der Anstieg der Bruttoleistungen zwischen 2010 und 2014 in der Spitex-Statistik höher als im Datenpool ausfallen.

Die Einnahmen aus Leistungen der Versicherer gemäss Spitex-Statistik steigen einzig um 27.3% von 597 auf 760 Mio. Franken zwischen 2010 und 2014 (Tabelle 7.1., Rubrik "Ertrag aus KLV-Leistungen" im Jahr 2010 und Tabelle 15.1, Rubrik "Versicherer" im Jahr 2014), während das Total der Bruttoleistungen der Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gemäss Datenpool zwischen 2010 und 2014 um 29.3 Prozent von 580 auf 750 Mio. Franken zunimmt. Im Datenpool erfolgt die Selektion wie für die Pflegeheime für die ganze Schweiz (ohne Ausland und Unbekannt), nach Rechnungssteller, Behandlungsbeginn bzw. Zahlstellenregisternummer des Leistungserbringers (Hauptkategorien "Pflegefachpersonen" und "SPITEX-Organisationen"). Für das Jahr 2010 stammen die Angaben aus der Auswertung des Datenpools für die Jahre 2010-2014, für das Jahr 2014 aus derjenigen für die Jahre 2013-2017. In den Jahren 2010 und 2014 beträgt der Abdeckungsgrad der Angaben 100%.

Die Angaben des Datenpools sind präziser als diejenigen der Spitex-Statistik (vgl. Ziffer I.2.1.1). Die erwähnten Unstimmigkeiten innerhalb der Spitex-Statistik und zwischen Spitex-Statistik und Datenpool zeigen, dass eine methodologisch korrekte Anwendung der Bruttoleistungen gemäss Datenpool zusammen mit den erbrachten Stunden gemäss Spitex-Statistik schwierig ist. Die Überprüfung der Kostenneutralität stützt sich daher ausschliesslich auf die Angaben der Spitex-Statistik.

3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer

Die Produktionen 2010 und 2014 des Datenpools der SASIS AG sind nicht gleich strukturiert. Im Jahr 2010 waren für die Pflegefachpersonen keine spezifischen Leistungsarten vorgesehen. Die Leistungsart "Ambulant Pflegestufe unbekannt" dürfte neben den Bruttoleistungen für Pflegefachpersonen auch die Bruttoleistungen für Nebenleistungen berücksichtigt haben. Nur für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause gab es mehrere Kostenarten, nämlich "Spitex Material und MiGeL", "Spitex Medikamente" und "Spitex Zeittarif". Im Jahr 2014 wurden sowohl für die Pflegefachpersonen als auch für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause die Leistungsarten "Ambulante Tarife", "Ambulante Tarife Tages- oder Nachtstrukturen", "Tarife Akut- und Übergangspflege" und "Material und MiGeL" differenziert; zusätzlich, nur für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die Leistungsart "Medikamente". Es ist möglich, dass nicht alle Angaben 2014 dem Datenpool sauber gemäss der neuen Produktionsstruktur geliefert wurden, sodass weiterhin Nebenleistungen in derselben Leistungsart der Pflegeleistungen enthalten sind. Unklar ist zum Beispiel, warum die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause im Jahr 2010 12.4 Mio. Franken Bruttoleistungen für die Leistungsart "Spitex Material und MiGeL" bzw. 2.0 Mio. Franken für die Leistungsart "Spitex-Medikamente" im Datenpool ausgewiesen haben, im Jahr 2014 aber nur noch 9.2 Mio. Franken bzw. 0.2 Mio. Franken. Auch in der Spitex-Statistik, die bereits im Jahr 2010 die Pflegeleistungen mit Hinweis auf die KLV aufführte, dürften Leistungserbringer auch Kosten von Material und Arzneimitteln mit den Pflegeleistungen verrechnet haben. Es kann jedenfalls wie für die Pflegeheime von einer Auslagerung der Verrechnung von Nebenleistungen zu den Abgabestellen MiGeL, Arztpraxen und Apotheken ausgegangen werden (vgl. Ziffer I.2.1.2). In diesem Sinne dürfte die Entwicklung der Bruttoleistungen pro Pfl egetag für die Pflegefachpersonen und Spitex-Organisationen teilweise durch die Verschiebung der Verrechnung von Nebenleistungen auf andere Leistungserbringer bestimmt sein. Wie hoch eine solche allfällige Verlagerung ist, kann aber nicht beziffert werden. Auf eine diesbezügliche Korrektur wird im Rahmen der vorliegenden Überprüfung verzichtet. Es ist anzunehmen, dass wegen der Verlagerung die für die Berechnung der Korrektur der Pflegebeiträge berücksichtigte Entwicklung des Totals der Bruttoleistungen tiefer als diejenige ist, welche ohne Auslagerung resultiert hätte. Die vorgesehenen Beiträge im Rahmen der vorliegenden Überprüfung aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität dürften daher etwas zu hoch sein.

Bei einer Ausscheidung der Bruttoleistungen für Nebenleistungen hätten sich die Berechnungen auf eine niedrige Basis gestützt. Aufgrund der Angaben des Datenpools liegt die Differenz zwischen der Verrechnung der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und der Pflegefachpersonen in allen Leistungsarten und der Verrechnung nach der Leistungsart "Pflegefachpersonen ambulante Tarife" bzw. "Spitex Ambulante Tarife (Zeittarif)" im Jahr 2014 bei 22 Mio. Franken; diese Differenz schliesst durchaus neben den Bruttoleistungen für die Nebenleistungen auch diejenige zum Beispiel für die Akut- und Übergangspflege oder die Tages- und Nachtkliniken aus. Mit einem Abzug von 18 Mio. Franken (22 Mio. gewichtet mit der Entwicklung der Stunden zwischen 2010 und 2014 [$22 \times 10'312'682 / 12'639'887$]) für das Jahr 2010 und von 22 Mio. Franken für das Jahr 2014 von den für die Berechnungen berücksichtigten Bruttoleistungen würde der Korrekturfaktor der Pflegebeiträge um etwas mehr als 0.1 Prozentpunkte senken, mit den Rundungen effektiv um 0.2 Prozentpunkte (vgl. Ziffer I.3.2), was mit Berücksichtigung des Schätzungscharakters dieses Ergebnisses – z. B. können auch die Tages- und Nachtkliniken nach der Regel der Pflegefinanzierung finanziert werden – und der weiteren in diesem Kommentar erwähnten Unsicherheiten nicht von Bedeutung ist.

3.1.3 Akut- und Übergangspflege

Für das Jahr 2014 sind in der Spitex-Statistik die Erträge und die verrechneten Stunden der Akut- und Übergangspflege spezifisch ausgewiesen. Neu dürften mehr Leistungen in der Pflege dank der Akut- und Übergangspflege erbracht werden, weil für diese Leistungen die im Bereich der Pflege zu Hause geltenden maximalen Stunden pro Tag keine Anwendung finden, sondern ausschliesslich die gesetzliche Grenze von 2 Wochen (Art. 25a Abs. 2 KVG).

Im Jahr 2014 wurden gemäss Spitex-Statistik für die Akut- und Übergangspflege gesamtschweizerisch 21'394 Stunden erbracht (Tab. 10.1). Dies entspricht 0.2% des Totals an Stunden in der Langzeitpflege und in der Akut- und Übergangspflege. Der Datenpool weist für das Jahr 2014 Bruttoleistungen für die Akut- und Übergangspflege von 0.2% des Totals der Bruttoleistungen an die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und von 0.1% des Totals an die Pflegefachpersonen aus. Dass die der Überprüfung der Kostenneutralität der Pflegebeiträge zugrundeliegenden Datengrundlagen Erträge und Pflegetage der Akut- und Übergangspflege einschliessen, ist deshalb nicht relevant. Für das Jahr 2014 wird die Akut- und Übergangspflege nicht berücksichtigt.

3.1.4 Tages- und Nachtstrukturen

Die Angaben des Datenpools 2014 – anders als diejenigen von 2010 – sehen eine Unterteilung mit einer spezifischen Leistungsart für Tages- und Nachtstrukturen vor. Im Jahr 2014 betrug der Anteil der Bruttoleistungen der Tages- und Nachtstrukturen für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die Pflegefachpersonen 0.9% des Totals der Bruttoleistungen an diese Leistungserbringer. Im Jahr 2010 waren die Angaben über die Tages- und Nachtstrukturen in anderen Leistungsarten aufgeführt.

In der Spitex-Statistik werden die von Spitex-Leistungserbringern in Tages- und Nachtstrukturen erbrachten Pflegeleistungen ab 2012 im Erhebungsbogen erfasst.

3.1.5 Umschreibung des Leistungsbereichs

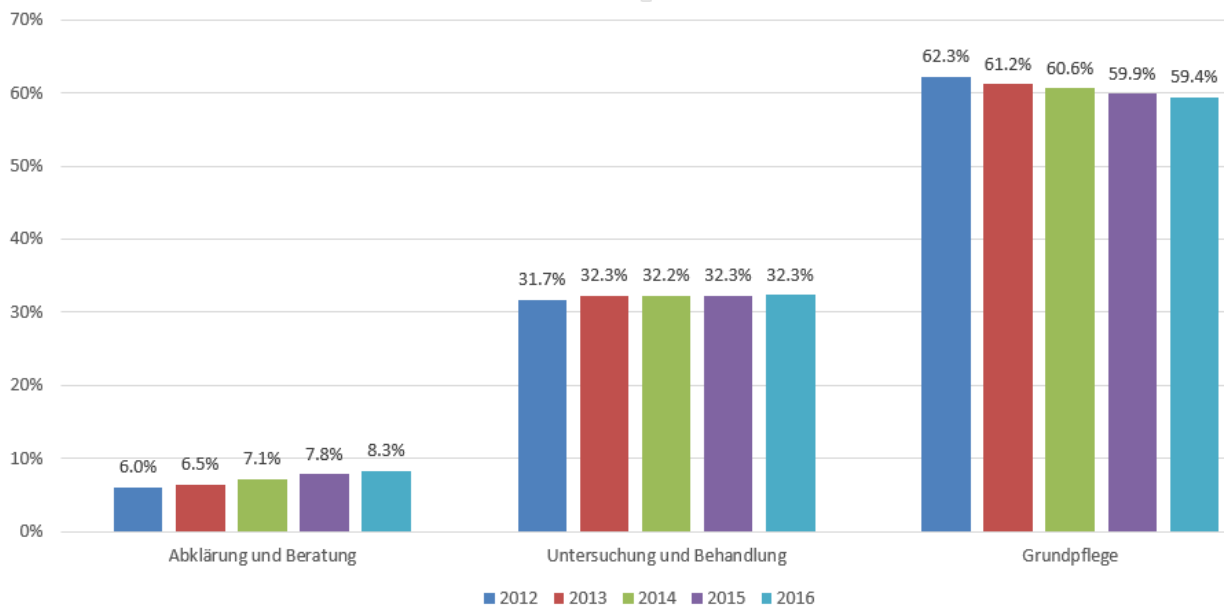
Die Anpassungen am Leistungsbereich in der KLV des Jahres 2012 betreffend die Massnahmen der Koordination und des Herrichtens von Arzneimitteln dürften keinen signifikanten Effekt auf die Überprüfung der Kostenneutralität mit sich gebracht haben (vgl. Ziffer I.2.1.6).

3.1.6 Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp

Die Überprüfung der Kostenneutralität basiert auf der Annahme, dass die Leistungsstruktur der Patientinnen und Patienten nach Behandlungstyp in der Periode 2010-2014 konstant geblieben ist. In der

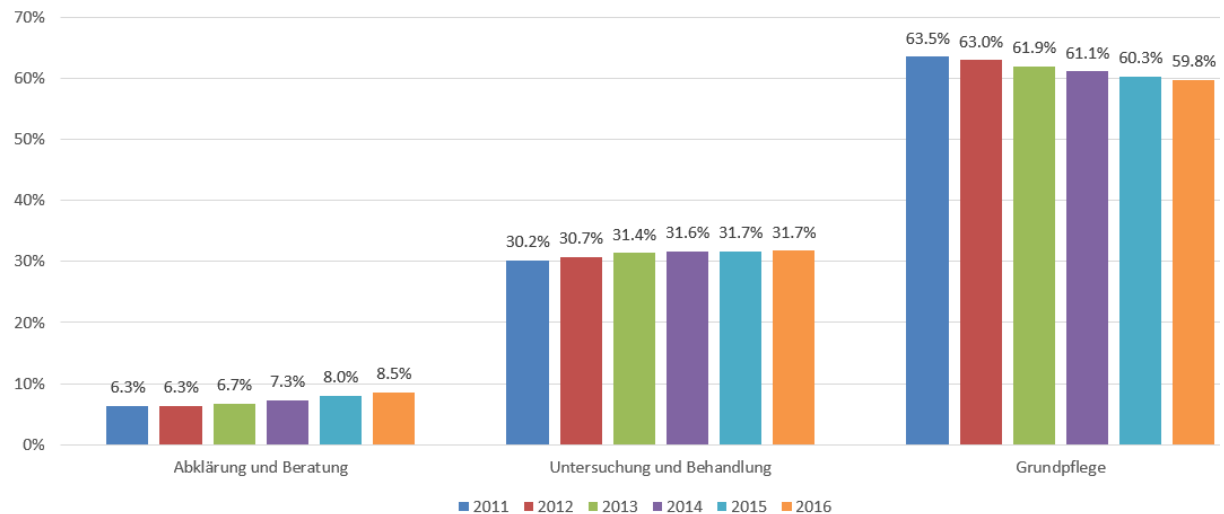
Spitex-Statistik wurden die erbrachten Stunden im Jahr 2010 nicht nach Behandlungstyp erhoben. Ferner haben aus technischen Gründen die Kantone Zürich und Luzern im Jahr 2011 die Stunden nicht nach Behandlungstyp ausgewiesen. Vollständig nach Behandlungstyp ausgewiesen sind die Angaben ab dem Jahr 2012. Die Aufteilung nach Behandlungstyp zeigt, dass die Abstufung der Patientinnen und Patienten relativ konstant ist (vgl. Graphiken 2 und 3: BAG auf der Grundlage der Angaben der Tab. 12.2 der Spitex-Statistik). Eine Korrektur der Beiträge aufgrund der Entwicklung der Leistungsstruktur wäre aufgrund der statistischen Ungewissheiten infolge der Revision der Spitex-Statistik schwer zu begründen. Zudem entspricht diese Annahme auch jener im Bereich der Pflegeheime, demzufolge die Pflegeintensität über die Jahre konstant geblieben ist (vgl. Ziff. I.2.1.9).

Graphik 2: Verteilung der Pflegeintensität für die ganze Schweiz



Quelle: Graphik BAG basierend auf den Angaben der Tab. 12-2 der Spitex-Statistik.

Graphik 3: Verteilung der Pflegeintensität in der Schweiz ohne Kantone Zürich und Luzern



Quelle: Graphik BAG basierend auf den Angaben der Tab. 12-2 der Spitex-Statistik.

3.1.7 Löhne und allgemeine Teuerung

Die Spitex-Statistik erhebt die Gesamtlöhne, ohne diese nach Funktion (Pflege, Hauswirtschaft, Mahlzeiten, weitere Leistungen) zu differenzieren. Es ist nicht möglich, aus dieser Statistik die Entwicklung der Löhne des Pflegepersonals für die Erbringung der KVG-pflichtigen Pflege abzuleiten. Es ist daher angezeigt, für den Bereich der Pflege zu Hause dieselben Angaben zur Lohnentwicklung wie für den Pflegeheimbereich sowie die Entwicklung der allgemeinen Teuerung zu beachten. Auf eine Korrektur der Kostenfaktoren wird verzichtet (vgl. Ziffer I.2.1.10).

3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge

Für die vorliegende Überprüfung liefert die Spitex-Statistik die Angaben zu den Erträgen und zu den erbrachten Stunden.

Berechnung des Korrekturfaktors der Beiträge gemäss Artikel 7a Absatz 1 KLV:

Spitex-Statistik:			
	Ertrag	Stunden	Ertrag pro Stunde
2010	Total aus KLV-Leistungen	Total für KLV-Leistungen	
	597.37	10'312'682	57.93
	Einnahmen	Stunden	Einnahmen pro Stunde
2014	Leistungen, Langzeitpflege, Versicherer	Langzeitpflege	
	759.86	12'639'887	60.12
Entwicklung	Ertrag/Einnahmen	Stunden	Ertrag / Einnahmen pro Stunde
2010 - 2014	27.2%	22.6%	3.78%
<p style="text-align: center;"> Korrekturfaktor der Beiträge = $\frac{\text{Pflegetage für 2014}}{\text{Pflegetage für 2010}} \times \frac{\text{Bruttoleistungen für 2010}}{\text{Bruttoleistungen für 2014}} - 1 = -3.6\%$ </p>			

Die Beiträge werden für alle drei Leistungskategorien nach Artikel 7a Absatz 1 Buchstaben a, b und c KLV gleich angepasst. Die bisherige Struktur der Vergütung der Pflege zu Hause bleibt bestehen. Sie ist auf die Erhebung des Expertenbüros INFRAS abgestellt. Aus dieser Erhebung lassen sich die durchschnittlichen Kosten pro Stunde Pflegeleistung und pro Leistungsart berechnen (vgl. Ziffer I.1.2).

Korrektur der Beiträge in Franken

	Bisher	Neu
a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a:	79.80	76.93
b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b:	65.40	63.05
c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c:	54.60	52.63

Aufgrund der Annahme, dass ein Teil der im Jahr 2010 von den Pflegefachpersonen und den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause verrechneten Nebenleistungen im Jahr 2014 neu von den Abgabestellen MiGeL und Apotheken in Rechnung gestellt werden, ist davon auszugehen, dass die berücksichtigte Entwicklung des Totals der Einnahmen pro Pfl egetag der Pflegefachpersonen und der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause tiefer als diejenige ist, welche ohne Auslagerung resultiert hätte. Dies dürfte bei der Berechnung aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität zu einer grösseren Senkung der Beiträge als diejenige führen, die bei der vorliegenden Überprüfung aufgrund der Angaben der Spitex-Statistik berücksichtigt wird. Wie im Fall der Pflegeheime (vgl. Ziffer I.2.2) ist aber auch im Spitex-Bereich eine Änderung der Werte – d. h. des Ertrags pro Stunde (60.12 in 2014, 60.40 in 2015 und 60.90 in 2016) –, auch nach der Periode der Angleichung der Tarife an die Pflegebeiträge (2010-2014) zu beobachten. Es kann dabei nicht ausgeschlossen werden, dass bei der Änderung der Einnahmen pro Pfl egetag der Pflegefachpersonen und der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause andere Faktoren eine Rolle spielen, die nicht spezifisch für die Periode der Angleichung der Tarife an die Pflegebeiträge sind.

4 Kostenentwicklung für die OKP mit der Anpassung der Beiträge

Für den Pflegeheimbereich kann die Schätzung der auf die Erhöhung der Beiträge zurückzuführenden Kostenentwicklung auf die Leistungsart "Pflegeheim Stationäre Tarife" des Datenpools des Jahres 2016 abgestützt werden. Die entsprechenden Bruttoleistungen (Auswertung 2013-2017, ganze Schweiz [ohne Ausland und Unbekannt] nach Rechnungssteller, Behandlungsbeginn bzw. Zahlstellenregisternummer des Leistungserbringers) betragen 1'716 Mio. Franken. Eine Erhöhung der Beiträge um 6.7% bei unveränderten Pfl egetagen entspricht einer Kostenerhöhung von 115 Mio. Franken pro Jahr.

Die Schätzung der Kostenentwicklung für die Krankenpflege zu Hause, welche auf die Erhöhung der Beiträge zurückzuführen ist, stützt sich auf die Leistungsart "Pflegefachpersonen ambulante Tarife" und "Spitex Ambulante Tarife (Zeittarif)" gemäss Datenpool (Auswertung 2013-2017, ganze Schweiz [ohne Ausland und Unbekannt] nach Rechnungssteller, Behandlungsbeginn bzw. Zahlstellenregisternummer des Leistungserbringers) des Jahres 2016 (67 Mio. für die Pflegefachpersonen und 812 Mio. Fr. für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause). Eine Senkung der Beiträge um -3.6% bei unveränderten Stunden entspricht einer Kostensenkung von 32 Mio. Franken pro Jahr.

Insgesamt bedeutet die Anpassung der Beiträge eine Mehrbelastung der OKP von 83 Mio. Franken pro Jahr.

II. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Anpassung der Beiträge der OKP an die Pflege (Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV)

Aufgrund der Überprüfung der Kostenneutralität der Beiträge der OKP an die Pflege im Sinne des Absatzes 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 13. Juni 2008 werden die in Artikel 7a KLV verankerten Frankenwerte angepasst. Für die Pflege zu Hause sind die neu in Absatz 1 festgesetzten Beiträge 3.6% tiefer als die bisherigen. Für die Pflege im Pflegeheim sind die neu im Absatz 2 festgesetzten Beiträge 6.7% höher als die bisherigen.

III. Inkrafttreten

Die Verordnungsänderung tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.

Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

I. Allgemeiner Teil

1. Änderung im Zusammenhang mit der ärztlichen Anordnung und der Bedarfsermittlung im Hinblick auf eine grössere Autonomie der Pflegefachpersonen sowie der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause

1.1 Ausgangslage

Am 16. März 2011 reichte der frühere Nationalrat Rudolf Joder (SVP, BE) eine parlamentarische Initiative (11.418 «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege») mit folgendem Wortlaut ein: «Das KVG ist dahingehend anzupassen, dass die Gesundheits- und Krankenpflege als Leistungen definiert werden, die von Pflegefachpersonen zu einem näher zu definierenden Teil auf ärztliche Anordnung und zu einem näher zu definierenden Teil in eigener Verantwortung erbracht werden.» Der Initiant begründete sein Anliegen im Wesentlichen mit folgenden Argumenten: Die Bedeutung der Pflege werde angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und des chronischen Charakters vieler Krankheiten markant zunehmen. Auch die Einführung der Fallpauschalen, die zu schnelleren Entlassungen von Patienten aus Spitälern führe, erhöhe die Ansprüche an die Pflege. Gleichzeitig zeichne sich ein Mangel an Pflegepersonal ab. Eine gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege steigere die Attraktivität des Berufs, erleichtere die Rekrutierung junger Berufsleute und trage dazu bei, dass qualifizierte Pflegefachpersonen länger im Beruf blieben. Die vorgeschlagene Regelung trage zu einer Kostensenkung bei; eine Mengenausweitung werde es nicht geben.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) gab der parlamentarischen Initiative am 3. Februar 2012 mit 20 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen Folge. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) stimmte diesem Beschluss am 16. April 2012 mit 9 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen zu.

Die SGK-NR erteilte ihrer Subkommission KVG³ am 29. Juni 2012 den Auftrag, einen Erlassentwurf zu erarbeiten. Letztere beriet eine Änderung des KVG und bereitete eine entsprechende Vorlage vor; dabei zog sie im Sinne von Artikel 112 Absatz 1 ParlG⁴ Expertinnen und Experten des Bundesamts für Gesundheit (BAG) bei. Anschliessend befasste sich die SGK-N mit dem Vorentwurf und am 15. April 2015 prüfte sie den erläuternden Bericht und beschloss, ein Vernehmlassungsverfahren durchzuführen. Am 22. Januar 2016 nahm sie die Ergebnisse der Anhörung zur Kenntnis und genehmigte den Bericht⁵ und den Erlassentwurf⁶ mit 17 zu 5 Stimmen bei 2 Enthaltungen. Der Bundesrat nahm am 23. März 2016 zum Bericht Stellung⁷. Er ist sich der Bedeutung der Pflegefachpersonen für ein funktionierendes Gesundheitswesen bewusst, erachtet es jedoch als unangemessen, zusätzlichen Berufsgruppen eine direkte Abrechnung von Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu erlauben. Überdies weist er darauf hin, dass im Rahmen der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2020» sowie auch mit dem «Masterplan Bildung Pflegeberufe», mit dem Entwurf zu einem Gesundheitsberufegesetz und den Aktivitäten zur Förderung der Interprofessionalität bereits verschiedene Massnahmen eingeleitet wurden, um genügend und gut qualifiziertes Pflegepersonal sicherzustellen und die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern.

Der Entwurf wurde vom Nationalrat an seiner Sitzung vom 27. April 2016 mit 118 zu 67 Stimmen abgelehnt. Aufgrund dieses Ergebnisses kündigte der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner die Lancierung einer Volksinitiative für eine starke Pflege an. Die Frist zur Unterschriftensammlung lief bis zum 17. Juli 2018, am 29. November 2017 konnte die Initiative mit 114 078 gültigen von insgesamt 114 403 Unterschriften eingereicht werden.⁸

³ Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert

⁴ SR 171.10

⁵ BBI 2016 3385

⁶ BBI 2016 3415

⁷ BBI 2016 3419

⁸ BBI 2017 7724

Der Bundesrat beschloss an seiner Sitzung vom 9. März 2018 die Ablehnung der Pflegeinitiative. Er beauftragte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), in Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) und den betroffenen Akteuren konkrete Massnahmen zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals zu prüfen und auszuarbeiten.

Die geplanten Änderungen gehen hauptsächlich in die Richtung der parlamentarischen Initiative 11.418 Joder und zielen auf eine Verringerung des administrativen Aufwandes und eine bessere Anerkennung der Verantwortung der Pflege ab, wobei die Ärztinnen und Ärzte ihre Scharnierfunktion behalten und nach wie vor eine koordinierte Pflege sichergestellt werden sollen. Dies jedoch ohne zusätzlichen Berufsgruppen eine direkte Abrechnung ihrer Leistungen zulasten der OKP zu ermöglichen. Hinter den Änderungsvorschlägen steht auch die Absicht, mit allen betroffenen Akteuren einen offenen Dialog zum Thema der Pflege aufrechtzuerhalten.

1.2 Aktuelle Situation

Die Patientensicherheit wird dadurch gewährleistet, dass die Pflegefachleute genau wie die universitären Medizinalberufe dafür verantwortlich sind, dass sie ihre Leistungen im Rahmen ihrer im Laufe der Aus- und Weiterbildung erworbenen Kompetenzen erbringen.

Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen. Sie haben jedoch weder die Fähigkeit noch die Kompetenzen, beim Stellen einer medizinischen Diagnose die Ärztin oder den Arzt zu ersetzen.

Das KVG unterscheidet zwischen Leistungserbringern, die direkt zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind und Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes selbstständig und auf eigene Rechnung Leistungen erbringen. In seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991⁹ äusserte sich der Bundesrat wie folgt: *«Diese Grundversorgung für die Patienten soll, wie auch heute, in erster Linie unter der Obhut und Führung des Arztes erbracht werden, der sozusagen in einer «Scharnierfunktion» den Leistungsbedarf und die Bedarfsdeckung in zweckmässiger und optimaler Form zusammenführen soll. Er kann und wird dies im Zusammenwirken mit den anderen Leistungserbringern tun.»*

Die Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden können, sind in Artikel 7 der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) abschliessend umschrieben. Absatz 1 dieses Artikels hält fest, welche Personen und Organisationen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen können. Dies sind die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und die Pflegeheime. Absatz 2 von Artikel 7 KLV definiert die Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination (Buchstabe a), enthält die Liste der Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Buchstabe b) und umschreibt die Massnahmen der Grundpflege in Buchstabe c.

Artikel 8 KLV regelt den ärztlichen Auftrag, die ärztliche Anordnung und die Bedarfsabklärung. Absatz 1 hält fest, dass der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung von Leistungen der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner oder der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause aufgrund der Bedarfsabklärung und der gemeinsamen Planung der notwendigen Massnahmen näher zu umschreiben ist. Liegt eine ärztliche Anordnung vor, kann die Patientin beziehungsweise der Patient bei Pflege zu Hause Kontakt mit einer beliebigen Pflegefachperson oder Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause aufnehmen. Eine Pflegefachperson klärt den Bedarf der notwendigen Leistungen mit der Patientin oder dem Patienten und der Ärztin oder dem Arzt ab und legt Art, Umfang, Zeitpunkt, Häufigkeit sowie Dauer der Einsätze fest. Bei einer Patientin oder einem Patienten, die oder der im Pflegeheim gepflegt wird, übernimmt das Pflegeheim die Abklärung.

Die Einzelheiten der Abklärung werden in Administrativverträgen der Versichererverbände mit den Leistungserbringerverbänden für die Bereiche Pflegeheime, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu

⁹ BBI 1992 I 93, S. 163

Hause und der freiberuflichen Pflegefachpersonen geregelt. Das darin vereinbarte Vorgehen ist in der Regel wie folgt vereinbart:

- Eine ärztliche Anordnung bzw. ein ärztlicher Auftrag muss vorliegen.
- Eine Pflegefachperson, die die im Administrativvertrag festgehaltenen Anforderungen erfüllt, erhebt den Pflegebedarf. Sie verwendet ein Formular, auf das sich die Vertragsparteien geeinigt haben und das alle erforderlichen Angaben enthält. In der Regel steht die Wahl des Bedarfserfassungssystems dem Leistungserbringer im Rahmen der kantonalen Vorgaben frei. Es können die Bedarfserfassungssysteme PLAISIR, RAI/RUG oder BESA eingesetzt werden.
- Das Bedarfsmeldeformular wird, vollständig ausgefüllt, nach Unterzeichnung durch den Arzt und die verantwortliche Pflegefachperson dem Versicherer zugestellt.

Folglich liegt es an der Ärztin oder am Arzt, nach Abklärung des Gesundheitszustandes zu entscheiden, ob eine ambulante Pflege zu Hause oder im Pflegeheim notwendig ist. Über die angemessenen Pflegemassnahmen entscheiden hingegen die Ärztin bzw. der Arzt und das Pflegepersonal gemäss den geltenden Vorschriften (Art. 7 und 8 KLV) gemeinsam. Für die Anwendung der Massnahmen ist anschliessend das Pflegepersonal zuständig. Diese Regelung wurden angenommen, um auch im Interesse der Patientinnen und Patienten eine bestmögliche Koordination zwischen Behandlung und Pflege sicherzustellen.

Wenn die eigene Verantwortung der Pflegefachpersonen bei der Abklärung, Beratung und Grundpflege besser anerkannt werden soll, muss Artikel 8 KLV entsprechend angepasst werden.

1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung - Anpassungsvorschlag

Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung ist für eine bestimmte Dauer gültig. Artikel 8 Absatz 6 KLV regelt die maximale Geltungsdauer. Diese beträgt drei Monate bei Akutkranken, sechs Monate bei Langzeitpatientinnen und -patienten und zwei Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege. Eine Verlängerung ist sowohl für die Ärztin oder den Arzt als auch die Pflegenden mit einem gewissen Aufwand verbunden. Insbesondere bei Langzeitpatientinnen und -patienten stellt sich die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Begrenzung. Wenn diese Beschränkung aufgehoben werden soll, muss Artikel 8 KLV angepasst werden. Artikel 8 Absatz 6^{bis} sieht bereits heute vor, dass bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung bezogen auf Leistungen infolge des die Hilflosigkeit verursachenden Gesundheitszustandes unbefristet gilt. Dieser Absatz bedarf keiner Änderung.

Insbesondere im Hinblick auf eine Kostendämpfung scheint es nicht sinnvoll, die Geltungsdauer des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung grundsätzlich abzuschaffen.

Um die gesetzlichen Anforderungen wie insbesondere die Qualität, die Zweckmässigkeit, die Wirksamkeit oder die Wirtschaftlichkeit zu erreichen, ist es möglich z.B. Indikatoren oder zeitliche Limitierungen festzulegen.

Zu diesem Zweck sind in der KLV verschiedene zeitliche Einschränkungen vorgesehen, beispielsweise für die Physiotherapie in Artikel 5 Absatz 4 KLV oder für die Ergotherapie in Artikel 6 Absatz 4 KLV. Diese Beschränkungen sind jedoch nicht endgültig, nach Konsultation der Vertrauensärztin oder des Vertrauensarztes kann eine Behandlung weitergeführt werden. Für ärztliche Aufträge und Anordnungen gemäss Artikel 8 KLV ist eine Verlängerung immer möglich (Abs. 7), wenn dies notwendig ist (mit Ausnahme der Akut- und Übergangspflege).

Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung wie auch die vorgesehenen Beschränkungen dienen insbesondere im Bereich der Pflege ebenfalls dazu, eine Koordination zwischen Ärztin bzw. Arzt und Pflegepersonal sicherzustellen, den Dialog zwischen den verschiedenen Beteiligten aufrechtzuerhalten. Damit können allfällige Doppelspurigkeiten in der Behandlungskette vermieden werden.

1.4 Abklärung

Die Bedarfsermittlung und die Beratung der Patientin oder des Patienten soll ohne Mitwirkung der Ärztin oder des Arztes erfolgen und das Pflegepersonal selbstständig über Massnahmen der Grundpflege und deren Anwendung entscheiden können. Dazu müssen jedoch gewisse Vorbedingungen erfüllt sein:

- Das Spital ist der Leistungserbringer gemäss KVG. Es übernimmt gemäss OKP die Verantwortung für die Behandlungsergebnisse. Die Kompetenzaufteilung innerhalb des Spitals muss grundsätzlich nicht im KVG geregelt sein. Erweisen sich Richtlinien zur Aufteilung der Kompetenzen als notwendig, so sind diese vom Leitungsorgan des Spitals zu erlassen. Im Rahmen der OKP ist die Abgrenzung zwischen der Tätigkeit in eigener Verantwortung und einer «Hilftätigkeit» des Spitalpflegepersonals deshalb nicht ausschlaggebend. Die Entscheidung, ob und welche therapeutischen Massnahmen delegiert werden können, liegt indessen bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. So entscheidet beispielsweise die Spitalärztin oder der Spitalarzt, ob nach einem Spitalaufenthalt Leistungen der Akut- und Übergangspflege notwendig sind oder nicht (Art. 25a Abs. 2 KVG). Dabei steht es ihnen frei, das Pflegepersonal in diese Entscheidung einzubeziehen, was oft der Fall ist.
- Die Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegefachpersonen im Bereich der ambulanten Krankenpflege und in Pflegeheimen sind in der KLV geregelt. Diese Kompetenzen des medizinischen Personals und insbesondere des Pflegepersonals müssen künftig besser genutzt werden. Die verstärkte Nutzung der Kompetenzen muss jedoch mit einer koordinierten Erbringung von Pflegeleistungen einhergehen, die in Verbindung mit evidenzbasierten Behandlungsverfahren zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt. Ein regelmässiger direkter Zugang der einzelnen Leistungserbringer läuft diesen Bemühungen und einer grösseren Vernetzung zuwider. Für die Patientinnen und Patienten brächte dieser direkte Zugang keinen Mehrwert. Für die OKP hingegen würde das Risiko einer Mengenausweitung ansteigen.

Um dem Pflegepersonal mehr Handlungsspielraum zu gewähren, ohne den ärztlichen Auftrag abzuschaffen und ohne im KVG eine neue Kategorie von Leistungserbringern einzuführen, die direkt zulasten der obligatorischen Krankenversicherungspflege praktizieren dürfen, braucht es eine Vereinfachung der administrativen Verfahren. Zu diesem Zweck werden die folgenden Änderungen an Artikel 8 KLV vorgeschlagen.

1.5 Kostenfolgen

Krankenpflege im Pflegeheim

Zu den Pflegeheimen veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowohl ein Monitoring der Kosten pro Versicherten¹⁰ als auch Kennzahlen zu Versorgungsaspekten und Finanzen¹¹. Eine auffällige Entwicklung in Bezug auf Kosten und Personal würde damit innert kurzer Zeit sichtbar. Im Pflegeheim ist der Anreiz zur Mengenausweitung im Bereich der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege eher gering: Die OKP vergütet einen Beitrag pro Tag in Abhängigkeit der Pflegebedarfsstufe der Patientin oder des Patienten, jedoch unabhängig davon, welche Art von Leistungen gemäss KVG erbracht werden.

Ambulante Krankenpflege

Der Beitrag der OKP an die Leistungen der selbstständig tätigen Pflegefachpersonen und der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, die Pflegefachpersonen beschäftigen, bemisst sich nach den geleisteten Stunden. Aus der ökonomischen Perspektive besteht für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen, denn mit jeder für die Abklärung, Beratung

¹⁰ Das Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung ist abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Service > Zahlen & Fakten > Statistiken zur Krankenversicherung > Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung.

¹¹ Die Kennzahlen zu den Pflegeheimen sind abrufbar unter: www.bag.admin.ch > Service > Zahlen & Fakten > Zahlen & Fakten zu Pflegeheimen.

und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung, die von den Kantonen zu regeln ist. Der Zugang zu den Patientinnen und Patienten würde jedoch weiterhin über eine Ärztin oder einen Arzt laufen, die bzw. der auch das Ergebnis der Bedarfsermittlung erhält. Damit können sie eingreifen, wenn ihnen die Ermittlung nicht angemessen scheint. Die vorgesehene Änderung stellt eine Anpassung an die heute bereits weit verbreitete Praxis dar.

Zudem werden mit dem neuen System die oben erwähnten Anreize beschränkt und die dreifache Kontrolle der Verrechnung der erbrachten Pflegeleistungen nicht infrage gestellt. Die Rechnungen der Pflegeleistungen werden wie folgt kontrolliert:

- a. Die Versicherer, die über ihre Fachleute die Übereinstimmung zwischen der vom qualifizierten Pflegepersonal durchgeführten Bedarfsermittlung und den effektiv in Rechnung gestellten Pflegeleistungen überprüfen können. Artikel 8c Absatz 4 (jetzt Art. 8a Abs. 3) erlaubt eine Überprüfung durch den Vertrauensarzt, wenn gemäss Bedarfsermittlung voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden.
- b. Die Patientinnen und Patienten selber, die je nach Pflegefinanzierung bis zu 20% des vom Bundesrat festgesetzten Höchstbeitrags übernehmen. Die Patientinnen und Patienten sind ausserdem angehalten, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Ermittlung ihres Pflegebedarfs zu beteiligen.
- c. Die Kantone oder Gemeinden, die über ihre Pflicht zur Restfinanzierung ebenfalls für einen Teil der Pflegekosten aufkommen.

Zusammenfassend ist angesichts der weiterhin grundsätzlichen Notwendigkeit einer ärztlichen Anordnung von Pflegeleistungen sowie der Kontrollaufgaben der Krankenversicherer davon auszugehen, dass keine signifikanten Mehrkosten zu Lasten der OKP anfallen sollten.

1.6 Begriffserklärung

Von der Frage, ob ein Patient allgemein auf professionelle Pflegeleistungen angewiesen ist (Pflegebedarf) ist die Frage zu unterscheiden, welches Mass an spezifischen Pflegeleistungen die Situation des Patienten erfordert resp. wie dieser Bedarf zu definieren ist (Bedarfsermittlung).

2. Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen

2.1 Ausgangslage

Die heute in der Schweiz im Bereich der Pflegeheime verwendeten Pflegebedarfserfassungsinstrumente BESA, PLAISIR und RAI/RUG messen den Pflegebedarf nach Artikel 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) unterschiedlich. BESA und PLAISIR ermitteln über einen Leistungskatalog einen Minutenwert für den Pflegeaufwand. Dem Leistungskatalog sind Durchschnittsminuten hinterlegt. Anhand des Minutenwerts wird die Person einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet. RAI/RUG ordnet die pflegebedürftige Person aufgrund einer Erhebung ihres Gesundheitszustands einer Pflegeaufwandgruppe zu. Der Pflegeaufwandgruppe ist ein durchschnittlicher Pflegeaufwand hinterlegt. Die Pflegeaufwandgruppe (und damit auch die dieser Gruppe zugewiesene Person) wird sodann einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet. Diese Situation kann für dieselbe Fallschwere und Patientensituation zu unterschiedlichen Pflegebedarfsminuten beziehungsweise zu unterschiedlichen Einstufungen in die 12 Pflegebedarfsstufen nach Artikel 7a KLV und damit zu unterschiedlichen Vergütungen durch die Krankenversicherer und mithin auch unterschiedlichen finanziellen Lasten für die Kantone und in einigen Fällen auch für die Patientinnen und Patienten führen.

Eine gesamtschweizerische Regelung, welche die heterogene, föderale Struktur angleicht, wurde von verschiedenen Seiten angestrebt. Parlamentarische Vorstösse dazu wurden namentlich von den Nationalräten Bortoluzzi (Interpellation 10.3550)¹², Heim (Postulat 12.4053¹³, Interpellation 14.4191¹⁴), Humbel (Interpellation 12.1091¹⁵, Motion 13.4217¹⁶, Interpellation 15.4224¹⁷), Lohr (Interpellation 16.3758¹⁸ und Motion 16.4023¹⁹) sowie Cassis (Interpellation 16.4030²⁰) eingereicht. Bestimmte Versionen eines Teils der in der Schweiz verwendeten Instrumente konnten bereits kalibriert, das heisst in ihren Zeitschätzungen angeglichen werden (RAI/RUG NH 2.0 mit Index 2012 mit BESA LK 2005 und LK 2010). Zwischen den bereits kalibrierten Systemversionen verbleiben nur noch geringfügige Unterschiede. Eine Weiterführung der Harmonisierungsarbeiten unter Einbezug aller Akteure ist danach aber gescheitert.

In seiner Antwort auf die Interpellation 15.4224 kündigte der Bundesrat an, dass mit der Definition von Mindestanforderungen an die Instrumente auf Verordnungsstufe eine gewisse Vereinheitlichung der verwendeten Instrumente herbeigeführt werden soll. In seiner Antwort auf die Interpellation 16.3758²¹ bekräftigte der Bundesrat dieses Ansinnen. Eine unterschiedliche Einstufung in Minuten derselben Patientensituation je nach Pflegebedarfserfassungsinstrument, Version resp. Kanton sei nicht im Sinne des Bundesrates. Eine Einstufung des Pflegebedarfs nach vergleichbaren Massstäben sei unabdingbar, um die Erfassung der Pflegebedarfsinstrumente schweizweit in Einklang zu bringen.

Nachdem mit der Kalibrierung von BESA und RAI/RUG eine gewisse Vereinheitlichung in diesem Bereich erzielt werden konnte, ist diese nun in Frage gestellt. Die notwendige Weiterentwicklung der Systeme erfolgt zurzeit nicht aufeinander abgestimmt, weil bei den Ergänzungen dieser beiden Instrumente nicht darauf geachtet wurde, diese durch entsprechende Zeitstudien zu harmonisieren. Einzelne Kantone haben angekündigt, mittels neuerer Zeitstudien neu justierte Versionen von RAI (Index 2016) anwenden zu wollen. Der Kanton Solothurn wendet diese bereits an, weitere Kantone prüfen diesen Schritt. Auch das Instrument BESA könnte in Zukunft allenfalls neu justiert werden, indem aufgrund von Zeitstudien die vom Instrument errechneten Minuten angepasst werden.

Zudem haben einzelne Kantone die Empfehlungen, welche sich aus der damaligen Kalibrierung von BESA und RAI/RUG ergaben, nie vollständig umgesetzt. In diesem Zusammenhang kamen – unter anderem formuliert in der Interpellation 16.3758 – Befürchtungen auf, die Kantone würden die Weiterentwicklung der Instrumente nutzen, um sich zum Nachteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziell zu entlasten. Der Bundesrat hielt dazu in seiner Antwort auf die erwähnte Interpellation fest, dass ein Wechsel eines Pflegebedarfserfassungsinstrumentes ausschliesslich im Hinblick auf eine Entlastung der kantonalen Restfinanzierung in keiner Weise sachgerecht wäre. Solche möglichen Szenarien zeigten zudem auf, wie vordringlich die schweizweite Harmonisierung im Bereich der Pflegebedarfserfassung sei.

Mit der Interpellation 16.4030²² wurde der Bundesrat angefragt, was er unternehme, um kantonale Alleingänge zu verhindern und wie die Instrumente aufgrund von Mindestanforderungen zu einer vergleichbaren Einstufung kommen sollen. In seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2017 spricht sich der Bundesrat für eine schweizweit verbindliche Umsetzung der Mindestanforderungen aus, welche so ausgestaltet sein sollen, dass sie zu einer weitgehenden Vereinheitlichung der Resultate der Pflegebedarfserfassung führen.

¹² <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20103550>

¹³ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20124053>

¹⁴ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20144191>

¹⁵ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20121091>

¹⁶ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20134217>

¹⁷ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20154224>

¹⁸ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163758>

¹⁹ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20164023>

²⁰ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20164030>

²¹ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163758>

²² <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20164030>

Die Motion 16.4023²³ verlangt demgegenüber die Festsetzung eines einzigen Pflegebedarfserfassungsinstruments durch den Bundesrat. In der Antwort des Bundesrates vom 3. März 2017 wird darauf verwiesen, dass das Ziel einer Vereinheitlichung der Pflegebedarfserfassung auch über eine weniger einschneidende Massnahme, die Definition von Mindestanforderungen an die verwendeten Instrumente, zu erreichen sein sollte. Die Festsetzung eines einzigen Systems im Gesetz würde von den Nutzerinnen und Nutzern der anderen Systeme grosse finanzielle, zeitliche und organisatorische Investitionen erfordern, die sich als problematisch erweisen könnten. Gleichzeitig bietet die Definition von Mindestanforderungen im Gegensatz zur Festsetzung eines einzigen Systems Gewähr dafür, dass grundsätzlich Offenheit für verschiedene Systeme besteht, solange diese zu einer vergleichbaren Einstufung führen. Ein einziges System hätte eine unerwünschte Monopolstellung. Mit der Definition von Mindestanforderungen an die Systeme wird eine Abhängigkeit der Leistungserbringer von einem einzigen System, welche zu Kostensteigerungen führen könnte, vermieden, und der Markt bleibt offen für potenzielle Wettbewerber.

2.2. Ergebnisse der externen Studie

Zur Prüfung der Frage, wie mit der Definition von Mindestanforderungen auf Verordnungsebene eine Vereinheitlichung der Resultate der Pflegebedarfserfassung erreicht werden kann, wurde ein externer Studienauftrag an das Forschungs- und Beratungsunternehmen INFRAS vergeben. Die Arbeiten starteten am 1. September 2016. Der fertiggestellte Schlussbericht lag am 10. März 2017 vor (Link).

Die externe Studie zeigt in verschiedenen Varianten die Möglichkeiten auf, mit Mindestanforderungen eine Vereinheitlichung der Pflegebedarfserfassungsinstrumente herbeizuführen. Zeitstudien sowie weitere Mindestanforderungen führen dazu, dass die durchschnittliche Einstufung je Pflegebedarfsstufe weitgehend unabhängig vom verwendeten Instrument gemacht werden kann und eine schweizweit einheitliche Anwendung der einzelnen Instrumente sichergestellt ist.

Auf Ebene der einzelnen Versicherten verbleibt eine gewisse, im Voraus schwer einzuschätzende individuelle Varianz bei der Einstufung, weil die Instrumente unterschiedlich funktionieren. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass auch bei der Verwendung nur eines einzigen Instruments die Pflegebedarfserfassung nicht jedem Einzelfall gerecht wird. Der Pflegebedarf wird mittels bestimmter Indikatoren zum Zustand und den Fähigkeiten der Patienten oder mittels der Erhebung der verrichteten Tätigkeiten über eine bestimmte Stichproben-Zeitperiode abgeschätzt. Diese Bedarfserfassungsinstrumente können den wahren Pflegebedarf auch innerhalb eines einzigen Instruments nur mit einer gewissen Ungenauigkeit vorhersagen. Eine im Einzelfall exakte Abbildung des Pflegebedarfs ist mit dem dafür notwendigen Erfassungsaufwand abzuwägen.

2.3. Ermittlung von Qualitätsindikatoren

Die Sicherung und Erhöhung der Versorgungsqualität ist ein Ziel der Strategie Gesundheit2020 des Bundesrates. Transparenz bezüglich der Qualität der Leistungen ist zentral, um Schwachstellen erkennen und verbessern zu können. Die Qualität entwickelt sich durch Messung und Transparenz weiter. Durch die Verbesserung der Qualität können auch unnötige Kosten eingespart werden. Im Bereich der Pflegeheime werden im Rahmen der Pflegebedarfserfassung bereits heute Daten erhoben, welche die Ermittlung von Qualitätsindikatoren zum Ziel haben. Die Erfassung dieser Daten erfolgt heute je nach verwendetem Pflegebedarfsermittlungsinstrument unterschiedlich, und die Integration von entsprechenden Indikatoren erwies sich teilweise als herausfordernd. Anzustreben ist, dass die Erfassung mittels Routedaten erfolgt. Dies einerseits, um den administrativen Aufwand für die Datenerfassung tief zu halten, andererseits, um die Zuverlässigkeit der so erhobenen Daten zu gewährleisten. Mit den Mindestanforderungen an die verwendeten Instrumente soll auch sichergestellt werden, dass diese die Ermittlung von Qualitätsindikatoren ermöglichen.

²³ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164023>

2.4. Vorgeschlagene Änderungen

Die vorgeschlagene Änderung sieht vor, dass die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen neu explizit unterscheidet zwischen Pflegeleistungen nach Artikel 33 Buchstabe b KVV und anderen Leistungen. Damit soll sichergestellt werden, dass alle, aber auch ausschliesslich Pflegeleistungen in die Bedarfsermittlung einfließen. Die im Rahmen der Bedarfsermittlung von den verwendeten Pflegebedarfsinstrumenten ausgewiesenen Werte für die zu erbringenden Pflegeleistungen müssen im Durchschnitt den erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen. Um dies sicherzustellen, müssen die Anbieter der von den Pflegeheimen verwendeten Instrumente aufzeigen können, dass ihr Instrument die Minutenzahl korrekt misst. Dies hat mittels in der Schweiz durchgeführter, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen repräsentativer Zeitstudien zu erfolgen. Die von diesen Zeitstudien zu verwendende Methodik muss wissenschaftlich anerkannt sein und eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen erlauben. Die Zeitstudien müssen aufzeigen, dass für die Gruppe von Pflegebedürftigen, welches von einem bestimmten Bedarfsermittlungsinstrument bezüglich zu erbringender Pflegeleistungen in jeweils eine von zwölf Pflegebedarfsstufen eingestuft wird, im Durchschnitt dieser Gruppe tatsächlich Pflegeleistungen im Umfang des in dieser Pflegebedarfsstufe definierten Minutenbereichs erbracht wurden. Zusätzlich muss das Instrument die Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf für jede Bedarfsstufe ausweisen. Dies erlaubt eine Einschätzung der Güte der Bedarfsermittlung. Die Durchführung von anforderungsgerechten Zeitstudien muss von einem System ein erstes Mal nach Inkrafttreten der Änderungen der KLV nachgewiesen werden, anschliessend sollte jede spätere Änderung an den Systemen ebenfalls durch Zeitstudien nachvollziehbar gemacht werden.

Die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen muss ausserdem neu die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten ermöglichen.

Weiter wird die Vorgabe, dass Leistungserbringer und Versicherer Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren, neu auf die Pflegeheime ausgeweitet.

II. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV Umschreibung des Leistungsbereichs

Der Hinweis zur Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient wird gestrichen. Der neue Artikel 8a Absatz 1 hält fest, wer die Bedarfsermittlung je nach Leistungsgruppe durchzuführen hat.

Art. 8 KLV Ärztlicher Auftrag, ärztliche Anordnung

Der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung, die als «Eingangstor» zu Pflegeleistungen fungiert und die «Scharnierfunktion» der Ärztin oder des Arztes sicherstellt, beschränkt sich in einem ersten Schritt auf die Festlegung der Notwendigkeit der Pflege und deren Art (Abs. 1 und 2), namentlich:

1. Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a oder Grundpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c oder
2. Massnahmen der Untersuchung und Behandlung nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b

Absatz 3 begrenzt den ärztlichen Auftrag oder die ärztliche Anordnung auf sechs Monate für Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b KLV (Bst. a) und auf zwölf Monate für Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a und c KLV vor (Bst. b). Buchstabe c erwähnt, dass auf spitalärztliche Anordnung erbrachte Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, höchstens zwei Wochen weitergeführt werden können. Dieser Absatz übernimmt den Wortlaut von Absatz 6 des bisherigen Artikels 8.

Absatz 4 übernimmt gänzlich und unverändert Absatz 6^{bis} des bisherigen Artikels 8.

In Absatz 5 ist gleich wie im bisherigen Absatz 7 von Artikel 8 vorgesehen, dass der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung gemäss Absatz 3 Buchstaben a und b verlängert werden kann. Der Absatz schreibt keine neuen Bedingungen wie beispielsweise eine Begrenzung der Anzahl Verlängerungen vor

Die Verlängerungen sind jedoch immer an die in Absatz 3 vorgesehene maximale Geltungsdauer gebunden.

Art. 8a KLV Bedarfsermittlung (neu)

Dieser neue Artikel betrifft die Bedarfsermittlung im Allgemeinen. Die Bestimmungen gelten sowohl für Pflegefachkräfte (Art. 49 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]) als auch für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV) sowie Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 KVG).

Absatz 1 hält fest, wer die Bedarfsermittlung vornimmt.

- a. Bei Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a KLV oder Massnahmen der Grundpflege nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c KLV wird die Bedarfsermittlung ausschliesslich von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann (Art. 49 KVV) ausgeführt, die oder der die Ergebnisse zwecks Aufnahme in das Patientendossier der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt mitteilt. Die Person, die die Bedarfsermittlung vornimmt, muss zwingend die in Artikel 49 KVV erwähnten Voraussetzungen erfüllen, daher der Verweis in diesem Artikel. Diese Anforderung gilt auch für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie für Pflegeheime respektive für deren Personal, das für die Bedarfsermittlung zuständig ist. Bei der Ermittlung ist die Mitwirkung der Patientin oder des Patienten und der Angehörigen erforderlich. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist besonders dann wichtig, wenn es um Palliative Care oder Patientinnen und Patienten mit Demenz geht. Die Angehörigen sind häufig sehr stark in die Patientenunterstützung eingebunden. In diese Richtung geht auch Absatz 2 mit dem Einbezug des sozialen Umfeldes der Patientinnen und Patienten;
- b. Bei Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b KLV sowie Massnahmen der Akut- und Übergangspflege wird die Bedarfsermittlung von einer

Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann, die oder der die Voraussetzungen in Artikel 49 KVV (siehe Bemerkung weiter oben) erfüllt, gemeinsam mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt vorgenommen. Bei der Abklärung ist aus denselben Gründen wie oben die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten und der Angehörigen verlangt.

Absatz 2 übernimmt Absatz 2 des bisherigen Artikels 8.

Absatz 3 übernimmt den gleichen Absatz vom bisherigen Artikel 8, ohne jedoch den Begriff der *Tarifpartner* zu verwenden, da die neue Pflegefinanzierung – mit Ausnahme der Akut- und Übergangspflege – keine Tarifvereinbarungen mehr vorsieht.

Absatz 4 entspricht dem Wortlaut von Absatz 5 des bisherigen Artikels 8.

Absatz 5 präzisiert, dass bei einer Änderung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung aufgrund einer Veränderung des Gesundheitszustandes der Patientin bzw. des Patienten eine neue Bedarfsermittlung durchzuführen ist. Ebenso ist eine neue Bedarfsermittlung bei einer Verlängerung des ärztlichen Auftrags oder der ärztlichen Anordnung nötig, um sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten weiterhin ihrem Gesundheitszustand angemessene Pflege erhalten, selbst wenn die Art der Pflege sich nicht verändert hat.

Jedes Mal, wenn eine neue Bedarfsermittlung vorgenommen wird, ist das Ergebnis der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt mitzuteilen, sofern diese bzw. dieser nicht an der Ermittlung beteiligt war und damit bereits informiert ist. Die Kommunikation zwischen der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal ist unbedingt sicherzustellen.

Art. 8b KLV Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (neu)

Dieser neue Artikel hat zum Zweck, das Verfahren der Bedarfsermittlung in Pflegeheimen näher zu regeln und Mindestanforderungen an die Bedarfsermittlung festzulegen. Die Bestimmungen dieses Artikels beziehen sich nur auf Pflegeheime (Art. 39 Abs. 3 KVG) und stellen sicher, dass sich der zu ermittelnde Pflegebedarf an den Pflegeleistungen, welche in der notwendigen Qualität effizient und kostengünstig erbracht werden, misst (Art. 25a Abs. 4 KVG).

Absatz 1 entspricht dem ersten Satz von Absatz 4 des früheren Artikels 8. Er legt im Grundsatz fest, wie die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen erfolgt.

Absatz 2 definiert die Anforderungen, welche die Bedarfsermittlung zu erfüllen hat.

- a. Erstens muss die Bedarfsermittlung zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen unterscheiden. Die Pflegeleistungen sind in Artikel 7 KLV definiert. Für die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 7a Absatz 3 KLV sind einzig die Pflegeleistungen relevant. Die Ermittlung des Pflegebedarfs zur Einstufung in eine der zwölf Pflegebedarfsstufen muss sich daher auf die Pflegeleistungen beschränken. Der Bedarf an Pflegeleistungen ist in Minuten pro Tag auszuweisen.
- b. Die Bedarfsermittlung muss sicherstellen, dass die ausgewiesenen zu erbringenden Pflegeleistungen den erbrachten Pflegeleistungen entsprechen. Im Durchschnitt müssen pro ausgewiesener Pflegebedarfsstufe die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen innerhalb des in den 12 Bedarfsstufen festgelegten Minutenbereichs liegen. Die Bestimmung ist folgendermassen zu verstehen: Ein für die Ermittlung des Pflegebedarfs verwendetes Instrument muss gewährleisten, dass die durchschnittlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten all derjenigen Versicherten, welche vom Instrument hinsichtlich der zu erbringenden Pflegeleistungen einer bestimmten der 12 Pflegebedarfsstufen zugeordnet werden, innerhalb des Minutenbereichs der Pflegebedarfsstufe liegen. Die Pflegebedarfsstufe 3 beispielsweise ist in Artikel 7a KLV als Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten definiert. Ein für die Bedarfsermittlung verwendetes Instrument muss sicherstellen, dass der durchschnittliche tatsächliche Aufwand zur Erbringung der Pflegeleistungen all derjenigen Versicherten, welche vom Instrument der Pflegebedarfsstufe 3 zugeordnet werden, bei denen das System also von zu erbringenden Pflegeleistungen von 41 bis 60 Minuten ausgeht, innerhalb dieser Bandbreite liegt. Auf Ebene der einzelnen Versicherten kann

der tatsächliche Pflegebedarf demnach auch ausserhalb dieser Bandbreite liegen, die Abweichung muss sich aber im Durchschnitt aller Versicherten aufheben. In der Regel sollte der Durchschnitt ungefähr in der Mitte der Bandbreite einer Pflegebedarfsstufe liegen, auf eine nähere Einschränkung wird in der Verordnungsanpassung aber verzichtet, weil unklar ist, wie die erbrachten Pflegeleistungen innerhalb einer Pflegebedarfsstufe verteilt sind.

- c. Das verwendete Instrument muss für jede Pflegebedarfsstufe die Varianz (Standardabweichung) der effektiv erbrachten Pflegeleistungen in Minuten gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf aufzeigen. Diese Bestimmung hat zum Zweck, Transparenz über die Zuverlässigkeit der Einstufung durch das Instrument zu schaffen. Der Durchschnitt des tatsächlichen Pflegebedarfs muss innerhalb der Bandbreite der Pflegebedarfsstufe liegen. So entfallen allfällige Anreize für eine generell zu hohe oder tiefe Einstufung. Individuelle Abweichungen sind aber möglich. Diese sind grundsätzlich nicht erwünscht und sollten von den Instrumenten im Rahmen ihrer Weiterentwicklung reduziert werden, um auch im Einzelfall eine möglichst korrekte Einstufung zu gewährleisten. Um in diesem Bereich Transparenz zu schaffen und die Wahl eines auch im Einzelfall möglichst korrekt abbildenden Instruments zu fördern, muss die Varianz (Standardabweichung) des tatsächlichen individuellen Pflegebedarfs in Minuten vom ausgewiesenen Pflegebedarf gemäss vorgenommener Einstufung vom Instrument ausgewiesen werden. Diese Information kann verwendet werden, um in Zukunft bei Bedarf die Grösse der tolerierten Varianz zu beschränken.

Absatz 3 regelt, wie die Konformität mit den in Absatz 2 gestellten Anforderungen nachzuweisen ist und überprüft werden kann. Der Nachweis resp. die Überprüfung erfolgt mittels repräsentativen Zeitstudien. Diese Zeitstudien vergleichen die Zeit, welche in Pflegeheimen für die Erbringung von Pflegeleistungen für einen Versicherten aufgewendet wird, mit der Einstufung dieses Versicherten durch das in Frage stehende Bedarfsermittlungsinstrument. Die Zeitstudien sind in Pflegeheimen in der Schweiz durchzuführen, um die Übereinstimmung mit den Verhältnissen in der Schweiz sicherzustellen. Bei der Durchführung ist darauf zu achten, für die Gesamtheit der Versicherten in Pflegeheimen aussagekräftige Resultate zu erlauben. Die Stichprobe muss daher repräsentativ für die gesamte Schweiz sein. Um die Repräsentativität sicherzustellen, ist die Beteiligung der Pflegeheime an Zeitstudien zu gewährleisten. Die Methodik der Zeitstudien muss den Anforderungen der Wissenschaftlichkeit genügen. Die Methodik muss insbesondere dafür geeignet sein, eine Unterscheidung zwischen Pflegeleistungen im Sinne des KVG und anderen Leistungen zu erlauben. Dieser Punkt ist zentral, weil in die Ermittlung des Pflegebedarfs lediglich Pflegeleistungen einfließen dürfen.

Absatz 4 schreibt vor, dass ein für die Bedarfsabklärung verwendetes Instrument die Ermittlung von Qualitätsindikatoren zu ermöglichen hat. Nach Artikel 59a KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, dem Bund kostenlos Daten für die Berechnung von medizinischen Qualitätsindikatoren weiterzugeben. Im Sinne einer Entlastung der Datenlieferanten und um eine qualitativ zuverlässige Erhebung der Daten sicherzustellen, sollen die für die Qualitätsindikatoren notwendigen Daten direkt durch die Bedarfsabklärungsinstrumente als Routinedaten erhoben werden. Damit die Leistungserbringer wissen, welche Daten für medizinische Qualitätsindikatoren benötigt werden, erarbeiten BFS und BAG gemeinsam ein Bearbeitungsreglement in welchem diese Daten definiert werden (Art. 30c KVV). In einer Anhörung können sich die Betroffenen zu den entsprechenden Variablen äussern.

Art. 8c KLV Kontroll- und Schlichtungsverfahren (früherer Artikel 8a)

Artikel 8a wird neu zu Artikel 8c. Absatz 1 erweitert die betroffenen Leistungserbringer um die Pflegeheime.

Absatz 2 entspricht dem früheren Artikel 8a Absatz 2. Der interne Verweis auf einen anderen Absatz wurde durch die direkte Bezeichnung des Verfahrens im Text ersetzt. Gegen die Entscheide der Kantonsregierungen können die Leistungserbringer und die Versicherer Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten im Sinne von Artikel 82 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) erheben (vgl. BGer 2C_333/2012, E. 1).

Absatz 3 entspricht dem früheren Artikel 8a Absatz 3 und gilt neu auch für die Kontroll- und Schlichtungsverfahren zwischen Pflegeheimen und Versicherern. Um eine geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme zu ermöglichen, wird vorgesehen, dass Pflegeheime und Versicherer Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei Streitigkeiten in Zusammenhang mit der Bedarfsermittlung vereinbaren. Diese Kontrollverfahren sollen insbesondere sicherstellen, dass die Bedarfsermittlung den in Artikel 8b definierten Anforderungen genügt.

Absatz 4 übernimmt die heute in Absatz 3 bestehende Regel, dass bei Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b die Bedarfsermittlung durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin überprüft werden können, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden.

III. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom

Die Übergangsbestimmungen sehen vor, dass den Leistungserbringern und Versicherern bis Ende 2020 Zeit eingeräumt wird, die Bedarfsermittlung in Einklang mit den neuen Anforderungen in Artikel 8b zu bringen. Die Bedarfsermittlung kann folglich noch bis Ende 2020 nach dem bisherigen Recht durchgeführt werden. Damit bleibt nach dem voraussichtlichen Inkrafttreten am 1. Juli 2019 genügend Zeit, um die Zusammenarbeit der Leistungserbringer und Versicherer aufzubauen, die geforderten Zeitstudien zu konzipieren, durchzuführen und die notwendigen Anpassungen an den Systemen umzusetzen und allenfalls auch Schulungen der Leistungserbringer zu Änderungen in der Bedarfsermittlung durchzuführen, auch falls ein Kanton einen Wechsel des Systems wünschen sollte oder vornehmen muss, wenn ein System nicht in der Lage oder willens sein sollte, die neuen Anforderungen von Artikel 8b zu erfüllen.

IV. Inkrafttreten

Die Bestimmungen treten am 1. Juli 2019 in Kraft.