



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 für Pflegeleistungen)

Änderungen per 1. Januar 2020

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, im Juni 2019

<b>Kostenneutralität der Pflegebeiträge</b> .....	<b>4</b>
<b>I. Allgemeiner Teil</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Ausgangslage</b> .....	<b>4</b>
1.1 Gesetzliche Grundlagen .....	4
1.2 Berechnungsmethode der bisherigen Beiträge .....	4
1.3 Grundsätze der Überprüfung der Pflegebeiträge .....	5
<b>2. Pflegeheime</b> .....	<b>5</b>
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.....	8
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 .....	10
<b>3. Pflege zu Hause</b> .....	<b>12</b>
3.1 Statistische Grundlagen .....	12
3.1.1 Vergütung und verrechnete Stunden .....	12
3.1.2 Nebenleistungen.....	13
3.1.3 Akut- und Übergangspflege.....	13
3.1.4 Tages- und Nachtstrukturen.....	14
3.1.5 Umschreibung des Leistungsbereichs und Verrechnungseinheiten .....	14
3.1.6 Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp.....	14
3.1.7 Löhne und allgemeine Teuerung.....	15
3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge .....	16
<b>4 Kostenentwicklung für die OKP mit der Anpassung der Beiträge</b> .....	<b>16</b>
<b>II. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen</b> .....	<b>17</b>
<b>III. Inkrafttreten</b> .....	<b>17</b>
<b>Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme</b> .....	<b>18</b>
<b>I. Allgemeiner Teil</b> .....	<b>18</b>
<b>1. Änderung im Zusammenhang mit der ärztlichen Anordnung und der         Bedarfsermittlung im Hinblick auf eine grössere Autonomie der         Pflegefachpersonen</b> .....	<b>18</b>
1.1 Ausgangslage .....	18
1.2 Aktuelle Situation .....	19
1.3 Ermittlung von medizinischen Qualitätsindikatoren.....	20
1.4 Dauer der ärztlichen Anordnung.....	20
1.5 Abklärung.....	21

1.6	Kostenfolgen.....	22
1.7	Begriffserklärung.....	23
<b>2.</b>	<b>Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen.....</b>	<b>23</b>
2.1	Ausgangslage.....	23
2.2.	Ergebnisse der externen Studie.....	24
2.3.	Vorgeschlagene Änderungen.....	25
<b>II.</b>	<b>Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen.....</b>	<b>25</b>
<b>III.</b>	<b>Übergangsbestimmungen.....</b>	<b>28</b>
<b>IV.</b>	<b>Inkrafttreten.....</b>	<b>28</b>

## **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 Pflagetage oder die Pflegeintensität zurückzuführen ist, ist für die Anpassung der Beiträge der OKP aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität nicht zu berücksichtigen. Es ist nicht im Sinne eines kostenneutralen Übergangs von Tarifen zu Beiträgen, wenn eine Veränderung der Einnahmen in Folge der Veränderung des Volumens der erbrachten Leistungen durch eine Beitragssenkung kompensiert wird. Auf diese Weise würde der Entwicklung der Morbidität oder der Gesundheitspolitik (z. B. ambulant vor stationär) nicht Rechnung getragen.

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 Pflagetage**

Sowohl für die Angaben über die Bruttoleistungen als auch für diejenigen über die Pflagetage 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 Angaben über die geleisteten Pflagetage. 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 Pflegebedürftigkeit sowie der Löhne des Pflegefachpersonals für die Erbringung der KVG-pflichtigen Pflege verwendet (vgl. Ziffern I.2.1.9 und I.2.1.10).

Aus dem Datenpool werden die Bruttoleistungen und die Pflagetage 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. "Pflegeheime", "Pflegefachpersonen" und "Spitex-Organisationen"), nach Leistungsart (z. B. "Stationäre Tarife", "Akut- und Übergangspflege", "Medikamente") oder nach der Kombination beider Kriterien. Der Leistungserbringer "Pflegeheime" ist in die Unterkategorien "Pflegeheime", "Alters- und

Pflegeheime", "Heime für Behinderte", "Heime für psychosoziale Fälle", "Akut- und Übergangspflege" und "Spezialfälle" gegliedert. Im Rahmen der Überprüfung der Kostenneutralität der Pflegebeiträge werden die Angaben nach Leistungserbringer für die Hauptkategorie "Pflegeheime" verwendet. Wenn nichts Anderes präzisiert wird, ist im vorliegenden Kommentar diese Anwendung gemeint. Die Sensitivitätsanalyse zeigt, dass der Korrekturfaktor der Pflegebeiträge (berechnet nach der Methode gemäss Ziffer I.2.2 hier unten) in den folgenden Fällen gegenüber der Anwendung der Hauptkategorie "Pflegeheime" nur minim ändern würde (zwischen -0.2 und +0.1%): wenn die Unterkategorien "Pflegeheime" und "Alters- und Pflegeheime" allein, die Unterkategorien "Pflegeheime", "Alters- und Pflegeheime" und "Akut- und Übergangspflege" allein oder alle Unterkategorien mit Ausschluss der "Akut- und Übergangspflege" 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 Pflegebedarfserfassungssysteme BESA und RAI/RUG, die Entwicklung der Pflegeintensität oder die Auslagerung der Verrechnung vom Materialien nicht von Bedeutung (vgl. dazu die Ziffern I.2.1.2 bis I.2.1.9).

Die Pflorgetage 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 Pflorgetage der Langzeitklientinnen und -klienten und erst ab 2012 auch die Pflorgetage 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 Pflegeheime die Leistungsarten "Heim Pflegestufe unbekannt" und "Ambulant Pflegestufe unbekannt" vorgesehen. Die Leistungsart "Heim Pflegestufe unbekannt" schliesst neben den Bruttoleistungen für Pflegeleistungen auch solche für Nebenleistungen ein, namentlich in Form von Vollpauschalen. Die überarbeiteten und im Jahr 2014 gültigen Leistungsarten sehen für die Pflegeheime eine Unterteilung in "Pflegeheime Stationäre Tarife", "Pflegeheime Ambulante Tarife in Tages- und Nachtstrukturen", "Pflegeheime Tarife Akut- und Übergangspflege", "Pflegeheime Pauschalen" und "Pflegeheime 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 "Pflegeheime Stationäre Tarife" verrechnet werden. Die vom BAG durchgeführten Datenanalysen haben ergeben, dass der Ausweis der Vergütung von Pflege 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 Pflegefachpersonen im Rahmen der neu geordneten Pflegefinanzierung – unabhängig davon, ob sie auf der Mittel- und Gegenständeliste (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). 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.

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 nicht eruiert werden, wie die Kosten für Pflegematerialien von den Leistungserbringern abgerechnet wurden und damit in die Berechnung der Beiträge eingeflossen sind. Im Jahr 2018 hat das BAG die Arbeiten mit den betroffenen Kreisen

wieder aufgenommen. Diese gemeinsamen Arbeiten laufen unabhängig von der Korrektur der Pflegebeiträge nach dem Grundsatz der Kostenneutralität.

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 Pflage tage 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 Pflage tag 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 Pflage tag ausmachen, was multipliziert mit den gesamten Pflage tagen 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 Pflegegehalte 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 Pflegebedarfserfassungssysteme 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.

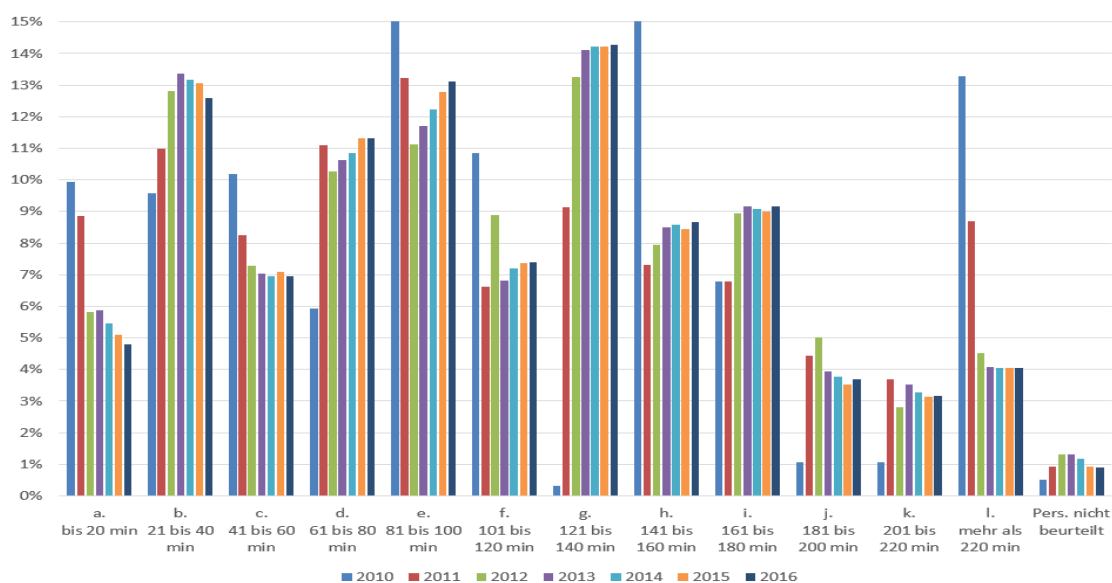
### 2.1.8 Einführung des Leistungskatalogs BESA LK 2010

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 Bruch der Daten erlaubt keine Überprüfung der Entwicklung der Verteilung der Kostenarten zwischen 2010 und 2014. Aus der Gewichtung der Verteilung der Leistungen gemäss Graphik 1 für die Jahre 2012 bis 2016 gestützt auf die zwölf Beiträge nach Artikel 7a Absatz 3 KLV (9 Franken für die Pflegestufe 1, 18 Franken für die Pflegestufe 2, usw. bis 108 Franken für die Pflegestufe 12) ergeben sich die Vergütungen von 51.78 Franken für das Jahr 2012, 51.45 Franken für 2013, 51.54 Franken für 2014, 51.50 Franken für 2015 und 52.00 Franken für 2016. Diese Schätzung zeigt eine Steigerung der Bruttoleistungen der OKP in Folge der Entwicklung der Pflegeintensität von nur 0.4% in vier Jahren. Eine spezifische Korrektur bei der Berechnung der neuen Beiträge ist daher unter Berücksichtigung der weiteren Einflussfaktoren nicht angezeigt.

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**

Die Frage der Kostenentwicklung im Pflegebereich betrifft nicht den gesetzlichen Auftrag zur kostenneutralen Einführung der Beiträge für die OKP. Es kann zur Information präzisiert werden, dass in der Periode zwischen 2010 und 2016 gemäss der Lohnstatistik des BFS die Nominallöhne im Gesundheitswesen, in den Heimen und im Sozialwesen um 2.6% gestiegen sind. Der Landesindex der Konsumentenpreise ist zwischen 2010 und 2017 um 1.7% gesunken. Die aufgrund der SOMED-Statistik berechnete<sup>1</sup> 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).

### **2.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge**

Der Datenpool liefert die Angaben zu den Bruttoleistungen und zu den Pfl egetagen für die vorliegende Überprüfung. Die Selektion erfolgt für die ganze Schweiz (ohne Ausland und Unbekannt) und nach Rechnungssteller, Behandlungsbeginn und Leistungserbringer der 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%.

---

<sup>1</sup> Auswertung BAG

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

<b>Datenpool / Schweiz (ohne Ausland und Unbekannt)</b>			
	Datenpool, Rechnungssteller, Behandlungsbeginn, Leistungserbringer "Pflegeheime", alle Leistungsarten		
	<b>Bruttoleistungen</b>	<b>Pflegetage</b>	<b>Bruttoleistungen pro Pflegetag</b>
<b>2010</b>	1'818'810'434	29'577'041	61.49
<b>2014</b>	1'796'904'997	31'169'790	57.65
<b>Entwicklung 2010 - 2014</b>	-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 (auf 10 Rappen gerundet)

	Bisher	Neu
a. bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten:	9.00	9.60
b. bei einem Pflegebedarf von 21 bis 40 Minuten:	18.00	19.20
c. bei einem Pflegebedarf von 41 bis 60 Minuten:	27.00	28.80
d. bei einem Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten:	36.00	38.40
e. bei einem Pflegebedarf von 81 bis 100 Minuten:	45.00	48.00
f. bei einem Pflegebedarf von 101 bis 120 Minuten:	54.00	57.60
g. bei einem Pflegebedarf von 121 bis 140 Minuten:	63.00	67.20
h. bei einem Pflegebedarf von 141 bis 160 Minuten:	72.00	76.80
i. bei einem Pflegebedarf von 161 bis 180 Minuten:	81.00	86.40
j. bei einem Pflegebedarf von 181 bis 200 Minuten:	90.00	96.00
k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten:	99.00	105.60
l. bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten:	108.00	115.20

### **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. Jedenfalls ergibt sich aus der Berechnung des Anpassungssatzes der Beiträge mit (-3.6%) bzw. ohne (-3.4%) private erwerbswirtschaftliche Unternehmen und selbstständige Pflegefachpersonen eine minimale Differenz (Berechnungsmethode unter Ziffer 3.2). Eine spezifische Korrektur aus diesem Grund ist wie für die anderen Parameter nicht angezeigt.

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 aber 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% 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 und Leistungserbringer der 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), sie enthalten aber keine Informationen über die erbrachten Stunden. 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

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. Diese dürfte sich immerhin in der vorliegenden Berechnung erhöhend auf die Beiträge auswirken. Auf eine diesbezügliche Korrektur wird daher verzichtet. 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.

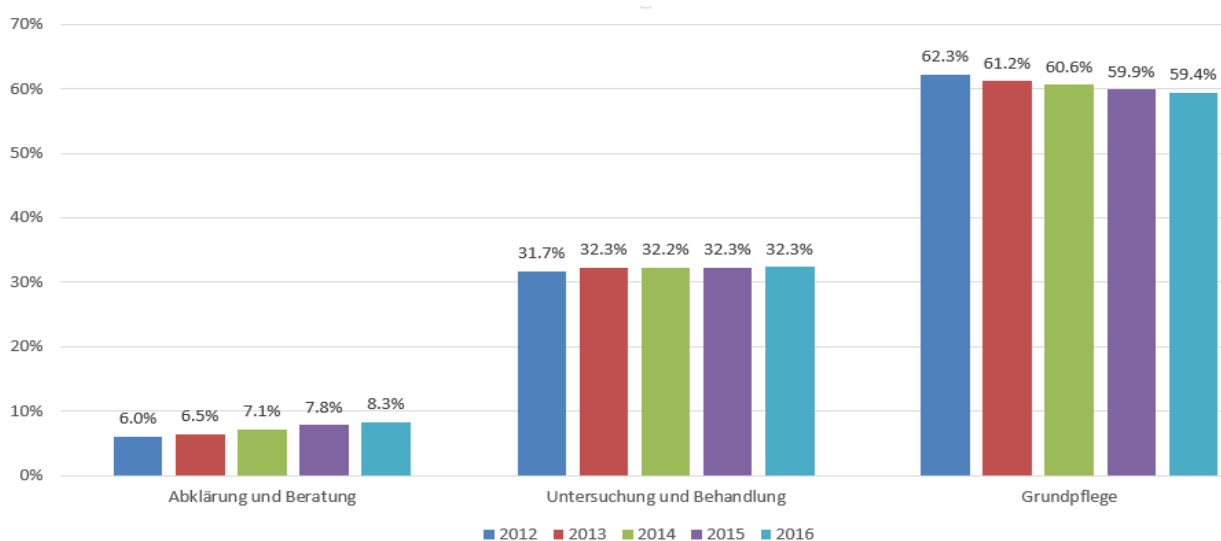
### 3.1.5 Umschreibung des Leistungsbereichs und Verrechnungseinheiten

Die Anpassungen am Leistungsbereich in der KLV des Jahres 2012 betreffend die Massnahmen der Koordination und des Herrichtens von Arzneimitteln sowie den Übergang der Fakturierung von Zeiteinheiten von 10 Minuten im Jahr 2010 zu Zeiteinheiten von 5 Minuten im Jahr 2014 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

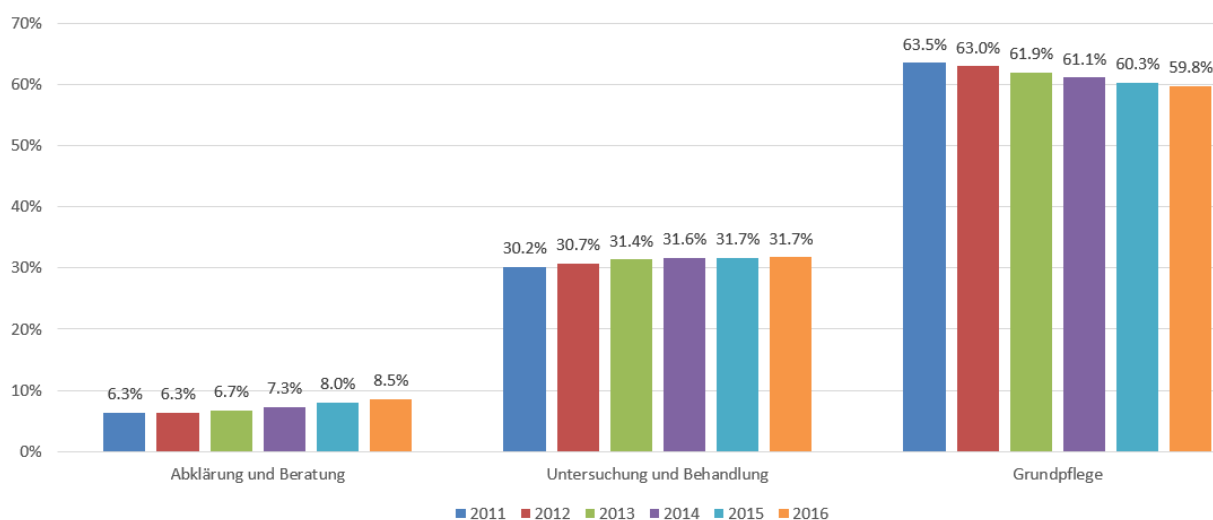
Die Überprüfung der Kostenneutralität basiert auf der Annahme, dass die Leistungsstruktur der Patientinnen und Patienten nach Behandlungstyp in der Periode 2010-2014 konstant geblieben ist. In der Spitex-Statistik wurden die erbrachten Stunden im Jahr 2010 nicht nach Behandlungstyp erhoben. Ferner haben 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 nach Behandlungstyp 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.

Aus der Gewichtung der Verteilung der Leistungen für die Jahre 2012 bis 2016 gemäss Graphik 2 mit den Beiträgen nach Artikel 7a Absatz 1 KLV (79.80 Fr. für Abklärung/Beratung/Koordination, 65.40 Fr. für Untersuchung/Behandlung, 54.60 Fr. für Grundpflege) ergeben sich Vergütungen von 59.55 Fr. für das Jahr 2012, 59.73 Fr. für 2013, 59.88 Fr. für 2014, 60.06 Fr. für 2015 und 60.18 Fr. für 2016). Diese Entwicklung der Bruttoleistungen der OKP in Folge der Entwicklung des Behandlungstyps entspricht 1.1% in vier Jahren. Eine spezifische Korrektur bei der Berechnung der neuen Beiträge ist mit Berücksichtigung der weiteren Einflussfaktoren nicht angebracht.

### 3.1.7 Löhne und allgemeine Teuerung

Die Frage der Kostenentwicklung im Pflegebereich betrifft nicht den gesetzlichen Auftrag zur kostenneutralen Einführung der Beiträge für die OKP. Es kann zur Information präzisiert werden, dass die Spitex-Statistik die Gesamtlöhne erhebt, ohne diese nach Funktion (Pflege, Hauswirtschaft, Mahlzeiten, weitere Leistungen) zu differenzieren. Es ist aber angezeigt, für den Bereich der Pflege zu Hause dieselben Angaben zur Lohnentwicklung wie für den Pflegeheimbereich sowie die Entwicklung der allgemeinen Teuerung zu beachten (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:

<b>Spitex-Statistik:</b>			
	<b>Ertrag (Tab. 7.1)</b>	<b>Stunden (Tab. 6.6)</b>	<b>Ertrag pro Stunde</b>
<b>2010</b>	Total aus KLV-Leistungen	Total für KLV-Leistungen	
	597.37	10'312'682	57.93
	<b>Einnahmen (Tab. 15.1)</b>	<b>Stunden (Tab. 10.1)</b>	<b>Einnahmen pro Stunde</b>
<b>2014</b>	Leistungen, Langzeitpflege, Versicherer	Langzeitpflege	
	759.86	12'639'887	60.12
<b>Entwicklung</b>	<b>Ertrag/Einnahmen</b>	<b>Stunden</b>	<b>Ertrag / Einnahmen pro Stunde</b>
<b>2010 - 2014</b>	27.2%	22.6%	3.78%
<b>Korrekturfaktor der Beiträge</b> = $\frac{\text{Pflegestunden für 2014}}{\text{Pflegestunden für 2010}} \times \frac{\text{Bruttoleistungen für 2010}}{\text{Bruttoleistungen für 2014}} - 1 = -3.6\%$			

Korrektur der Beiträge in Franken (auf 10 Rappen gerundet)

	Bisher	Neu
a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a:	79.80	76.90
b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b:	65.40	63.00
c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c:	54.60	52.60

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).

### 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 und Leistungserbringer) betragen 1'716 Mio. Franken. Eine Erhöhung der Beiträge um 6.7% bei unveränderten Pflagetagen 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 und Leistungserbringer) 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. Januar 2020 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

#### 1.1 Ausgangslage

Die Pflege steht vor grossen zukünftigen Herausforderungen aufgrund der Zunahme der älteren Bevölkerung und dem drohenden Fachkräftemangel. Angesichts dieser Herausforderung reichte der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach einer rund 8-monatigen Sammelfrist am 7. November 2017 die Pflegeinitiative ein. Mit Entscheid des Bundeskanzlers vom 29. November 2017 wurde das Zustandekommen der Initiative mit 114 078 gültigen von insgesamt 114 403 Unterschriften bestätigt.<sup>2</sup> Unmittelbarer Anlass der Initiative war die Ablehnung der parlamentarischen Initiative 11.418 «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» von Nationalrat Rudolf Joder durch das Parlament am 27. April 2016. Diese sollte ermöglichen, dass diplomierte Pflegefachkräfte als eigenständig abrechnende Leistungserbringer im Sinne der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anerkannt werden. Mit der Ablehnung ist der Nationalrat der Argumentation des Bundesrates gefolgt, welcher trotz Verständnis für das Anliegen der parlamentarischen Initiative den Zugang einer zusätzlichen Berufsgruppe zur direkten Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ablehnte.

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.

In seiner Botschaft zur Pflegeinitiative vom 7. November 2018 hielt der Bundesrat fest, dass die Pflegeinitiative trotz einiger durchaus berechtigten Anliegen nicht zielführend sei. Insbesondere die mit der Initiative geforderte direkte Abrechnungsberechtigung für bestimmte Leistungen von Pflegefachpersonen zulasten der OKP und die geforderte höhere Abgeltung dieser Leistungen hätten unerwünschte kostentreibende Effekte auf die OKP und damit auf die Prämien zur Folge<sup>3</sup>

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.

Am 24. Januar 2019 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die parlamentarische Initiative 19.401 Für eine Stärkung der Pflege, für mehr Patientensicherheit und Pflegequalität<sup>4</sup> eingereicht. Mit diesem indirekten Gegenentwurf zur Pflegeinitiative sollen die gesetzlichen Grundlagen so angepasst werden, dass zur Sicherstellung der Pflegequalität und der Patientensicherheit genügend Personal ausgebildet, eingesetzt und im Beruf erhalten werde. Weiter sollen eigenverantwortliche Handlungsbereiche für Pflegefachpersonen abgebildet und die Leistungen, welche in der notwendigen Qualität effizient und wirtschaftlich erbracht würden angemessen vergütet werden. Schliesslich sollen die Anpassungen auch sicherstellen, dass die Aus- und Weiterbildung angemessen finanziert werde.

---

<sup>2</sup> BBI 2017 7724

<sup>3</sup> [www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2018/7653.pdf](http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2018/7653.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20190401>

Die SGK-N beschloss an der Sitzung vom 21. Januar 2019 einen entsprechenden Erlassentwurf auszuarbeiten. Die SGK-S stimmte diesem Vorgehen an der Sitzung vom 12. März 2019 zu.

## 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 1991<sup>5</sup> 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 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

---

<sup>5</sup> BBl 1992 I 93, S. 163

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 Ermittlung von medizinischen Qualitätsindikatoren**

Nach Artikel 59a KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, dem Bund kostenlos Daten bekannt zu geben, wobei namentlich Angaben zu medizinischen Qualitätsindikatoren zu machen sind. 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 erfasst werden können. Damit die Leistungserbringer wissen, welche Daten für medizinische Qualitätsindikatoren benötigt werden, erarbeitet das BFS in Zusammenarbeit mit dem BAG ein Bearbeitungsreglement, in welchem diese Daten definiert werden (Art. 30c KVV). In einer Anhörung können sich die Betroffenen zu den entsprechenden Variablen dazu äussern. Durch die Verbesserung der Qualität können auch unnötige Kosten eingespart werden. Anzustreben ist, dass die Erfassung mittels Routinedaten 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 ein für die Bedarfsermittlung verwendetes Instrument die Erfassung von Qualitätsindikatoren ermöglicht.

### **1.4 Dauer der ärztlichen Anordnung**

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<sup>bis</sup> 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.

## 1.5 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 Organisationen und 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 Krankenpflegeversicherung praktizieren dürfen, braucht es eine Vereinfachung der administrativen Verfahren. Zu diesem Zweck werden die folgenden Änderungen in Artikel 8 KLV vorgeschlagen.

## 1.6 Kostenfolgen

### *Krankenpflege im Pflegeheim*

Zu den Pflegeheimen veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowohl ein Monitoring der Kosten pro Versicherten<sup>6</sup> als auch Kennzahlen zu Versorgungsaspekten und Finanzen<sup>7</sup>. 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 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.

---

<sup>6</sup> Das Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Service > Zahlen & Fakten > Statistiken zur Krankenversicherung > Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung.

<sup>7</sup> Die Kennzahlen zu den Pflegeheimen sind abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Service > Zahlen & Fakten > Zahlen & Fakten zu Pflegeheimen.

## 1.7 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)<sup>8</sup>, Heim (Postulat 12.4053<sup>9</sup>, Interpellation 14.4191<sup>10</sup>), Humbel (Interpellation 12.1091<sup>11</sup>, Motion 13.4217<sup>12</sup>, Interpellation 15.4224<sup>13</sup>), Lohr (Interpellation 16.3758<sup>14</sup> und Motion 16.4023<sup>15</sup>) sowie Cassis (Interpellation 16.4030<sup>16</sup>) 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 16.3758<sup>17</sup> 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.

<sup>8</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20103550>

<sup>9</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20124053>

<sup>10</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20144191>

<sup>11</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20121091>

<sup>12</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20134217>

<sup>13</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20154224>

<sup>14</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20163758>

<sup>15</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20164023>

<sup>16</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20164030>

<sup>17</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20163758>

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) anzuwenden 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 16.4030<sup>18</sup> 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.

Die Motion 16.4023<sup>19</sup> verlangt demgegenüber die Festsetzung eines einzigen Pflegebedarfserfassungsinstrumentes 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 und wurde am 5. Juli 2018 publiziert<sup>20</sup>.

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

---

<sup>18</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20164030>

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

<sup>20</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-kranken-unfallversicherung.html>



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. Vorgeschlagene Änderungen**

Die vorgeschlagene Änderung sieht vor, dass ein Instrument, welches für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendet wird, explizit unterscheidet zwischen Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV und anderen Leistungen. Damit soll sichergestellt werden, dass alle, aber auch ausschliesslich Pflegeleistungen in die Bedarfsermittlung einfließen. Die Instrumente müssen aufzeigen können, dass ihr Instrument die Minutenzahl korrekt misst. Das Instrument muss sich dafür auf Zeitstudien stützen können, welche zeigen, dass der bei einer Stichprobe ausgewiesene Pflegebedarf mit den in diesen Fällen ermittelten tatsächlich erbrachten Leistungen korrespondieren. Das Instrument muss insbesondere gewährleisten, dass der Durchschnitt der tatsächlich erbrachten Leistungen in allen in den Zeitstudien untersuchten Fällen, die es jeweils einer bestimmten Bedarfsstufe zuweist, innerhalb des Minutenbereichs dieser jeweiligen Bedarfsstufe nach Artikel 7a Absatz 3 liegt. Die Varianz zwischen ausgewiesenen Pflegebedarf und tatsächlich erbrachten Leistungen muss für jeweils diejenigen Fälle angegeben werden, welche vom Instrument im Rahmen der Zeitstudie einer bestimmten von zwölf Pflegebedarfsstufen zugeteilt werden. Dies erlaubt eine Einschätzung der Güte der Bedarfsermittlung.

Die Zeitstudien müssen in der Schweiz durchgeführt worden und für die Gesamtheit der vom jeweiligen Instrument erfassten Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen ausreichend repräsentativ sein. Die von diesen Zeitstudien zu verwendende, für alle Instrumente einheitliche Methodik muss wissenschaftlich anerkannt sein und eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen erlauben. Die verwendete einheitliche Methodik muss von Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen gemeinsam vereinbart worden sein. Dies stellt sicher, dass sämtliche Instrumente mit derselben Methodik überprüft werden und die Resultate der Überprüfung somit vergleichbar sind. Da zwei von drei Systemen bereits mit der Methode CuraTime eingeschätzt wurden, wäre es naheliegend, dass sich diese Methodik für alle Systeme durchsetzt. Die Erfüllung der Anforderungen muss von einem für die Bedarfsermittlung verwendeten Instrument nachgewiesen werden können, sobald die Übergangsperiode nach Inkrafttreten der Änderungen der KLV abgeschlossen ist. Bei späteren Änderungen an den Instrumenten müssen diese ebenfalls aufzeigen, dass die Anforderungen weiterhin erfüllt sind.

## **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 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 überlässt es der Ärztin oder dem Arzt,

bestimmte Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 für notwendig zu erklären. Weitere Unterscheidungen nach der Art der zu erbringenden Leistungen werden nicht gemacht.

Absatz 2 begrenzt den ärztlichen Auftrag oder die ärztliche Anordnung auf neun Monate für Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 KLV (Bst. a). Buchstabe b erwähnt, dass auf spitalärztliche Anordnung erbrachte Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, höchstens für die Dauer von zwei Wochen erteilt werden können.

Absatz 3 übernimmt gänzlich und unverändert Absatz 6<sup>bis</sup> des bisherigen Artikels 8.

In Absatz 4 ist ähnlich wie im bisherigen Absatz 7 von Artikel 8 vorgesehen, dass der ärztliche Auftrag oder die ärztliche Anordnung gemäss Absatz 2 Buchstaben a verlängert werden kann. Bei Leistungen der Akut- und Übergangspflege ist keine Verlängerung über die Höchstdauer von zwei Wochen hinaus möglich.

Der Absatz schreibt keine neuen Bedingungen wie beispielsweise eine Begrenzung der Anzahl Verlängerungen vor. Die Verlängerungen sind jedoch immer an die in Absatz 2 Buchstabe a vorgesehene maximale Geltungsdauer gebunden.

### **Art. 8a KLV Bedarfsermittlung (neu)**

Dieser neue Artikel betrifft die Bedarfsermittlung im Allgemeinen. Die Bestimmungen gelten somit 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, dass die Bedarfsermittlung von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann (Art. 49 KVV) ausgeführt wird, 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. Aus der höheren Autonomie im Rahmen der Bedarfsermittlung ergibt sich auch eine höhere Verantwortung. Die in Artikel 49 Buchstabe b KVV vorgesehene Anforderung einer zweijährigen praktischen Tätigkeit ist daher erforderlich um die notwendige Qualität der Bedarfsermittlung bei Patienten, welche zu Hause oder in einem Pflegeheim gepflegt werden, sicherzustellen. 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 3 mit dem Einbezug des sozialen Umfeldes der Patientinnen und Patienten.

Wird im Rahmen der Bedarfsermittlung festgestellt, dass Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b erforderlich sind, so ist vor der Leistungserbringung die ausdrückliche Zustimmung der Ärztin oder des Arztes notwendig. Die Zustimmung der Ärztin oder des Arztes kann durch Unterschrift des Formulars der Bedarfsermittlung erfolgen. Sollte die Ärztin oder der Arzt die Zustimmung zur Bedarfsermittlung nicht geben, so ist letztere unter Berücksichtigung der ärztlichen Anweisungen erneut durchzuführen. Diese erfolgt unter ärztlicher Mitwirkung, wenn die Ärztin oder der Arzt dies wünscht.

Absatz 3 übernimmt Absatz 2 des bisherigen Artikels 8.

Absatz 4 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 5 schreibt neu vor, dass ein für die Bedarfsermittlung verwendete Instrument die Ermittlung von Qualitätsindikatoren zu ermöglichen hat. Die für die medizinischen Qualitätsindikatoren notwendigen Daten sollen daher direkt durch die Bedarfsabklärungsinstrumente als Routinedaten erhoben werden können.

Absatz 6 entspricht dem Wortlaut von Absatz 5 des bisherigen Artikels 8.

Absatz 7 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.

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 definiert die Anforderungen an ein Instrument, welches zur Ermittlung des Pflegebedarfs in Pflegeheimen verwendet wird. Dieses muss erstens (Bst. a) die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV (Pflegeleistungen) von anderen Leistungen abgrenzen können. 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.

Zweitens (Bst. b) muss es sich für die Bestimmung des Pflegebedarfs auf in Zeitstudien ermittelte tatsächlich erbrachte Leistungen stützen. Die ausgewiesenen Werte müssen also in Zeitstudien auf ihre Übereinstimmung mit den tatsächlich erbrachten Leistungen geprüft worden sein. Das Instrument muss gewährleisten, dass der Durchschnitt der tatsächlich erbrachten Leistungen in allen in den Zeitstudien untersuchten Fällen, die es einer bestimmten Bedarfsstufe zuweist, innerhalb des in den zwölf Bedarfsstufen festgelegten Minutenbereichs der jeweiligen Bedarfsstufe nach Artikel 7a Absatz 3 liegt. Werden vom Instrument in der Zeitstudie beispielsweise hundert Fälle der Pflegebedarfsstufe vier zugeteilt, muss der Durchschnitt der in diesen hundert in der Zeitstudie untersuchten Fällen tatsächlich erbrachten Leistungen zwischen 61 und 80 Minuten betragen, da die Pflegebedarfsstufe vier in Artikel 7a KLV als Pflegebedarf von 61 bis 80 Minuten definiert ist. 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.

Drittens (Bst. c) muss die Varianz der tatsächlich erbrachten Leistungen gegenüber dem ausgewiesenen Pflegebedarf ebenfalls für alle Fälle, welche vom Instrument in der Zeitstudie jeweils einer bestimmten Pflegebedarfsstufe zugeteilt werden, ausgewiesen werden. Im selben Beispiel muss somit für diejenigen hundert Fälle, welche vom Instrument der Pflegebedarfsstufe vier zugewiesen werden, die Varianz zwischen tatsächlich erbrachten, in der Zeitstudie gemessenen Leistungen und dem ausgewiesenen Pflegebedarf angegeben werden. 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 wie erwähnt möglich. Diese sind grundsätzlich allerdings nicht erwünscht und sollten von den Instrumenten im Rahmen ihrer Weiterentwicklung reduziert werden, um auch im Einzelfall eine möglichst korrekte Einstufung zu gewährleisten, solange dies in der Praxis mit vertretbarem Aufwand möglich ist. 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 2 definiert die Anforderungen an die Zeitstudien, mit denen die Einhaltung der Bedingungen in Absatz 1 überprüft wird. 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 müssen auf einer schweizweit einheitlichen Methodik beruhen, welche von Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen gemeinsam vereinbart wurde. Dies stellt sicher, dass sämtliche Instrumente mit derselben Methodik überprüft werden und die Resultate der Überprüfung somit für alle Instrumente vergleichbar sind. Die Methodik muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Abgrenzung der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 und der Leistungen der Akut- und Übergangspflege von anderen Leistungen, wie sie in Absatz 1 Buchstabe a gefordert wurde, vorzunehmen. 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 vom Instrument erfassten Versicherten in Pflegeheimen aussagekräftige Resultate zu erlauben. Die Stichprobe muss daher ausreichend repräsentativ sein für alle diejenigen Kantone, in welchen das Instrument zur Anwendung kommt oder kommen soll. Der Begriff «ausreichende Repräsentativität» bezieht sich dabei auf den Umstand, dass Pflegeheime sowie Patientinnen und Patienten nicht zu einer Teilnahme an Zeitstudien verpflichtet werden können und eine vollkommen zufällige Stichprobe somit nur schwer zu erreichen ist. Grundsätzlich soll aber eine möglichst repräsentative Stichprobe mit allen verhältnismässigen Mitteln angestrebt werden. Die Stichprobe muss aber nur für diejenigen Kantone repräsentativ sein, in welchen das Instrument zur Anwendung kommt oder kommen soll. Eine Durchführung der Zeitstudie beispielsweise in Sprachregionen, in welchen das Instrument nicht angewendet wird und in welchen kein dafür geschultes Personal verfügbar ist, würde die Zeitstudien unverhältnismässig aufwendiger gestalten.

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

Artikel 8a Absatz 3 wird neu zu Artikel 8c. Er betrifft nach wie vor lediglich Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause.

Die Absätze 1 und 2 des früheren Artikels 8a werden gestrichen. Neu wird in Artikel 8c festgehalten, dass Leistungserbringer und Versicherer ergänzend weitere Regelungen des Kontrollverfahrens vereinbaren können.

### **III. Übergangsbestimmungen**

Die Übergangsbestimmungen sehen vor, dass den Leistungserbringern und Versicherern bis Ende 2021 Zeit eingeräumt wird, die Bedarfsermittlung in Einklang mit den neuen Anforderungen in Artikel 8b zu bringen. Die Bedarfsermittlung kann folglich noch bis Ende 2021 nach dem bisherigen Recht durchgeführt werden. Damit bleibt nach dem voraussichtlichen Inkrafttreten am 1. Januar 2020 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. Januar 2020 in Kraft.