

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung Schlussbericht

Zürich, Glarus, 4. Januar 2018

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar (INFRAS)

Prof. Dr. iur. Hardy Landolt (Landolt Rechtsanwälte)

Prof. Dr. Ulrich Otto, Anna Hegedüs (Careum Forschung, Forschungsinstitut der
Kalaidos Fachhochschule Gesundheit)

Impressum

Vertragsnummer:	16.003083 / 500.0000 I -534
Laufzeit der Evaluation:	15.04.2016 – 15.12.2017
Datenerhebungsperiode:	Mai 2016 – Mai 2017
Co-Leitung Evaluationsprojekt im BAG:	Christine Heuer, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) Christian Vogt, Sektion Tarife und Leistungserbringer I
Meta-Evaluation:	<p>Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p>
Bezug:	Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), www.bag.admin.ch/evaluationsberichte
Übersetzung: Zitiervorschlag:	Irène Minder-Jeaneret INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung (2018): Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
Korrespondenzadresse:	INFRAS: Judith Trageser, judith.trageser@infrass.ch , 044 205 95 26

Begleitgruppe

Institution	Name	Funktion
Association Spitex privée Suisse ASPS	Markus Reck	Vorstandsmitglied
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV	Mario Christoffel	Bereichsleiter Bereich Leistungen AHV/EO/EL
Curafutura	Annette Jamieson	Helsana AG, Gesundheitspolitik
CURAVIVA Schweiz	Daniel Domeisen	Ressortleiter Betriebswirtschaft und Recht
Dachverband Schweizerischer Patientensstellen	Erika Ziltener	Präsidentin
Eidgenössische Finanzverwaltung EFV	Michael Egger	Stellvertreter (Finanzdienst I – Soziales, Umwelt und Landwirtschaft)
H+ Nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen	Stefan Berger	Fachverantwortlicher Gesundheitspolitik
Preisüberwachung	Kaspar Engelberger	
Santésuisse	Markus Gnägi	Abteilung Grundlagen Ressort Amtstarife und HTA
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK - ASI	Helena Zaugg	Präsidentin
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK	Silvia Marti	Projektleiterin
Schweizerischer Seniorenrat SSR	Elsbeth Wandeler	Ersatz Delegierte
Senesuisse	Christian Streit	Geschäftsführer
Spitex Schweiz	Patrick Imhof	Mitglied der Geschäftsleitung

Inhalt

Kurzzusammenfassung	7
1. Einleitung	10
1.1. Ausgangslage	10
1.2. Auftrag und Ziele der Evaluation	11
1.3. Wirkungsmodell	12
1.4. Vorgehen	14
1.5. Gliederung des Berichts	16
2. Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung	18
2.1. Restfinanzierung	18
2.1.1. Gesetzliche Regelungen und Handlungsspielräume der Kantone	18
2.1.2. Umsetzung der innerkantonalen Restfinanzierung	19
2.1.3. Ausserkantonale Pflegeleistungen	27
2.1.4. Abgrenzung von Pflegekosten	29
2.1.5. Beurteilung durch die Akteure	33
2.1.6. Zwischenfazit	37
2.2. Sozialpolitische Begleitmassnahmen	39
2.2.1. Gesetzliche Regelungen und Handlungsspielräume der Kantone	39
2.2.2. Umsetzung durch die Kantone	41
2.2.3. Beurteilung durch die Akteure	43
2.2.4. Zwischenfazit	43
2.3. Akut- und Übergangspflege	44
2.3.1. Gesetzliche Regelungen und Handlungsspielräume	44
2.3.2. Umsetzung durch die Kantone	45
2.3.3. Umsetzung durch die Leistungserbringer	46
2.3.4. Inanspruchnahme der AÜP	47
2.3.5. Beurteilung durch die Akteure	49
2.3.6. Zwischenfazit	52
3. Auswirkungen der NPF auf die OKP	54
3.1. Entwicklung der Kosten und Finanzierungsanteile der KVG-Pflege	54
3.1.1. KVG-Pflegekosten	54
3.1.2. Finanzierungsanteile	59
3.2. Ausgabenbelastung der OKP	61
3.3. Zielerreichung aus Sicht der Akteure	63
3.4. Zwischenfazit	64

4.	Auswirkungen auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen	65
4.1.	Situation heute	65
4.1.1.	Finanzielle Belastung	65
4.1.2.	Deckungslücken bei Bezug von EL	67
4.1.3.	Sozialhilfebezug	69
4.2.	Einfluss der Neuordnung der Pflegefinanzierung	69
4.2.1.	Entwicklung der Gesamtkosten	70
4.2.2.	Entwicklung der Finanzierungsanteile	73
4.2.3.	Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen	76
4.2.4.	Personen in schwierigen finanziellen Situationen	81
4.3.	Zielerreichung und Handlungsbedarf aus Sicht der Akteure	83
4.4.	Zwischenfazit	85
5.	Weitere Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung	88
5.1.	Finanzielle Auswirkungen auf die öffentliche Hand	88
5.2.	Auswirkungen auf die Versorgung der Pflegebedürftigen	96
5.3.	Auswirkungen auf die Leistungserbringer	99
6.	Gesamtbeurteilung	102
6.1.	Beurteilung Stand der Umsetzung der NPF	102
6.1.1.	Restfinanzierung	102
6.1.2.	Sozialpolitische Begleitmassnahmen	106
6.1.3.	Akut- und Übergangspflege	106
6.2.	Beurteilung der Zielerreichung der NPF	108
6.3.	Beurteilung der weiteren Auswirkungen der NPF	110
6.4.	Bestehende Problembereiche	114
Anhang		116
A1.	Detaillierte Evaluationsfragen und Bewertungsmethodik	116
A2.	Gesetzesgrundlagen der Kantone	121
A3.	Details zum methodischen Vorgehen	129
A3.1.	Befragte Stakeholder	129
A3.2.	Befragung der Leistungserbringer	129
A3.3.	Fallstudien in den Gemeinden/Regionen	139
A3.4.	Daten und Datenanalyse	143
A3.4.1.	Datenquellen	143
A3.4.2.	Difference in Difference Ansatz	145
A4.	Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung	150
A4.1.	Restfinanzierung	150

A4.2.	Akut- und Übergangspflege	157
A4.3.	Kantonale Vorgaben zur Abgrenzung der Pflegekosten	160
A4.4.	Sozialpolitische Begleitmassnahmen	162
A5.	Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen	163
A5.1.	Beispielhafte Berechnung	163
A5.2.	Aussagen der befragten Akteure	164
A6.	Auswirkungen der NPF auf die Versorgung der Pflegebedürftigen	167
A6.1.	Inanspruchnahme	167
A6.1.1.	Interviewaussagen zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen	167
A6.1.2.	Entwicklung der Inanspruchnahme	170
A6.2.	Leistungsangebot	172
A6.2.1.	Zahlen zur Entwicklung des Leistungsangebots	172
A6.2.2.	Angaben der Leistungserbringer	175
A6.3.	Hinweise auf Fehlversorgung/Unterversorgung: Aussagen der Interviewpartner	176
A7.	Auswirkungen der NPF auf die Leistungserbringer	181
Abkürzungsverzeichnis		186
Abbildungsverzeichnis		187
Tabellenverzeichnis		189
Literatur		190

Kurzzusammenfassung

Mit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) im Jahr 2011 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP zu vermeiden, welche zuvor zunehmend die Kosten altersbedingter Pflegeleistungen übernommen hatte. Gleichzeitig sollte die sozialpolitisch schwierige Situation gewisser Gruppen pflegebedürftiger Personen verbessert werden. Die Kernelemente der Neuregelung bestanden:

- In der Festlegung der Beiträge der OKP und der Pflegebedürftigen an die KVG-Pflegekosten; darüber hinaus entstehende Restkosten sind seither durch die Kantone zu regeln.
- In sozialpolitischen Begleitmassnahmen, d.h. der Einführung einer Hilflosenentschädigung (HE) leichten Grades bei der Pflege zu Hause, der Erhöhung der Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) und der Auflage, dass der Pflegeheimaufenthalt keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet.
- In der Finanzierung einer Akut- und Übergangspflege (AÜP) während zwei Wochen durch die OKP.

Vorliegende Evaluation untersucht den Stand der Umsetzung der NPF und bewertet deren Zielerreichung und Nebeneffekte. Hierfür wurde eine Kombination verschiedener Untersuchungsmethoden angewendet: Dokumentenanalysen, Befragungen von ExpertInnen, 26 KantonsvertreterInnen, Leistungserbringern und Pflegebedürftigen, Analyse von Sekundärdaten und Fallstudien in Gemeinden. Nachfolgend sind die Hauptergebnisse festgehalten:

Stand der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung

- Restfinanzierung: Die Kantone haben die Vorgabe, die Restfinanzierung zu regeln, mit einzelnen Ausnahmen erfüllt. Lücken bestehen noch bei sechs Kantonen, die nicht für alle Leistungserbringertypen die Restfinanzierung eingeführt haben (AI, FR, GE, GL, SO, TI). Zudem sind in allen Kantonen unterschiedliche Umsetzungslösungen zu beobachten, welche unterschiedlich gut geeignet sind, die Zielsetzungen der NPF zu erfüllen. Als problematisch erweisen sich Finanzierungslösungen, die – auch bei wirtschaftlichen Leistungserbringern – zu ungedeckten Restkosten führen, welche zu Überwälzungen von KVG-Pflegekosten auf die Pflegebedürftigen oder die Träger der Leistungserbringer führen können. Aus wettbewerblicher Sicht ungünstig sind zudem Formen der Ungleichbehandlung von Leistungserbringern mit und ohne Leistungsvertrag/Versorgungspflicht insbesondere in Bezug auf die festgelegte Höhe der Patientenbeteiligung. Bei ausserkantonalen Pflegeleistungen kam es zu Finanzierungslücken, weil die Zuständigkeiten nicht abschliessend geregelt waren. Letztere wurden mit dem von den eidgenössischen Räten am 06.10.2017 beschlossenen Änderungsvorschlag des Art. 25a Abs. 5 KVG geklärt.
- Sozialpolitische Begleitmassnahmen: Die Kantone haben die Pflicht, eine Sozialhilfeabhängigkeit durch einen Pflegeheimaufenthalt zu vermeiden, mehrheitlich erfüllt und wirksame Regelungen hierfür umgesetzt – meistens bereits vor Einführung der NPF. Aus der Evaluation ergeben sich Hin-

weise, dass diesbezüglich noch einzelne Lücken bei den Kantonen bestehen. Betreffend die Erhöhung der Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen sieht die aktuelle Revision des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vor, diese wieder zu senken.

- Akut- und Übergangspflege AÜP: Die AÜP ist derzeit durch die Kantone und Leistungserbringer erst sehr lückenhaft umgesetzt. Hauptgrund hierfür scheint die Ausgestaltung der AÜP zu sein (kurze Dauer, Art der Finanzierung), welche zu wenige Anreize für die Implementierung der AÜP setzt.

Zielerreichung

- Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden. Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass die Einführung der Beiträge im Jahr 2011 nicht ganz kostenneutral, d.h. mit tendenziell tieferen Beiträgen bei den Pflegeheimen und tendenziell höheren Beiträgen bei den Spitex-Organisationen erfolgte. Der Finanzierungsanteil der OKP an den KVG-Pflegekosten ist ab 2011 stetig gesunken.
- Die Verbesserung der sozialpolitisch schwierigen Situation von Pflegebedürftigen wurde unseres Erachtens nur teilweise erreicht. Zwar haben die sozialpolitischen Begleitmassnahmen einzelne Gruppen von Pflegebedürftigen finanziell entlastet und die Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen stellt einen seltenen Fall dar. Bei der Finanzierung der Pflege zu Hause, insbesondere für Pflegebedürftige mit tiefem Renteneinkommen knapp über der EL-Grenze, griffen die Massnahmen aber wenig bzw. nur bei leichtem Hilfsbedarf. So geht aus der Evaluation hervor, dass u.a. bei dieser Gruppe noch Deckungslücken bestehen, im Sinne, dass die finanziellen Hilfen nicht ausreichen, die mit der Pflege verbundenen Kosten zu decken.

Weitere Effekte der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Darüber hinaus gibt die vorliegende Evaluation Hinweise auf weitere Wirkungen der NPF:

- Die Kantone und Gemeinden haben durch die NPF eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung erfahren, welche im Bereich der Pflege zu Hause weniger stark ausfällt als bei den Pflegeheimen. Im Bereich der Pflegeheime wurden dabei die Gemeinden überproportional belastet. Auf die subsidiären Sozialversicherungen und die Sozialhilfe zeigen sich auf Basis der verfügbaren Daten hingegen kaum Auswirkungen der NPF.
- Die NPF hat mit der Begrenzung der Patientenbeiträge bei den Pflegebedürftigen in Pflegeheimen tendenziell zu einer finanziellen Entlastung geführt, hingegen bei Pflegebedürftigen zu Hause – mit Ausnahme von Personen mit Hilfsbedarf leichten Grades – zu einer finanziellen Mehrbelastung.
- In Bezug auf die Versorgung der Pflegebedürftigen gibt es aus der Evaluation Hinweise darauf, dass heute professionelle Hilfe aufgrund von zu hohen Kosten teilweise zu spät, verzögert oder in geringerer Masse in Anspruch genommen wird. Es gibt Hinweise aus der Evaluation, dass die Einführung der Patientenbeiträge negativ dazu beigetragen hat.

- Bei den Leistungserbringern hat die Einführung der Restfinanzierung den Kostendruck mehrheitlich erhöht. Als positive Wirkung hieraus ist einerseits festzuhalten, dass die NPF bei den Leistungserbringern teilweise zu mehr Professionalität in den betrieblichen Abläufen und der Kostenrechnung geführt hat. Andererseits beklagen mehrere Pflegebedürftige in den geführten Interviews die wenig verfügbare Zeit des Pflege- und Betreuungspersonals, was zumindest teilweise auch eine Folge des zunehmenden Kostendrucks sein dürfte.
- Schliesslich ist nicht auszuschliessen, dass die NPF – als Folge des zunehmenden Kostendrucks – positiv zur beobachteten Dämpfung des Kostenwachstums der KVG-Pflegekosten und Gesamtkosten der Pflege beigetragen hat. Indem die NPF die finanzielle Belastung bei leichter Pflegebedürftigkeit in der Pflege zu Hause gesenkt, hingegen in der Pflege im Pflegeheim erhöht hat, setzt sie zudem Anreize, bei leichter Pflegebedürftigkeit die Pflege zu Hause zu wählen. Aus volkswirtschaftlicher Perspektive heraus stellt dies eine erwünschte Wirkung dar.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im nachfolgenden Text nicht immer männliche und weibliche Sprachformen verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlechter.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Mit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 wurde eine obligatorische Leistungspflicht des Krankenversicherers mit Bezug auf Pflegeleistungen eingeführt.¹ Seither galt für die Pflege das Vollkostendeckungsprinzip. Anstelle der oftmals geringen Pflegebeiträge des alten Rechts vergütete die nunmehr schweizweit obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Pflegemassnahmen, die bei Hausbesuchen (ambulant) oder stationär in einem Spital bzw. Pflegeheim (inkl. Altersheim) durchgeführt werden.² Das Vollkostendeckungsprinzip wurde seit 1996 auf Grund der stark steigenden Pflegekosten aber zunehmend eingeschränkt.³ So stiegen die Kosten im Bereich der Pflege stärker an als erwartet. Um die finanzielle Entwicklung besser in den Griff zu bekommen, wurden im Jahr 1998 auf Verordnungsebene Rahmentarife⁴ als zeitlich befristete Massnahme eingeführt,⁵ was langfristig allerdings keine zweckmässige Lösung darstellte. Die Rahmentarifordnung wurden Anfang 2011 durch das Beitragssystem der Neuordnung der Pflegefinanzierung abgelöst.

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt zwei Ziele (Bundesrat 2005):

- Zum einen soll eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP vermieden werden, da diese vor der Neuordnung zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernahm.
- Zum anderen soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden.

Um eine zusätzliche Belastung der OKP zu vermeiden, wurden die vorherigen (Rahmen-) Tarife durch ein Beitragssystem ersetzt, die Kostenübernahme geregelt und die Pflegekosten auf die Versicherer (OKP), die Versicherten und die Kantone aufgeteilt. **Die OKP leistet einen fixen Beitrag (in Franken) an Pflegeleistungen**, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant (d. h. von Pflegefachpersonen oder durch die Spitex) oder im Pflegeheim erbracht werden.

Um die finanzielle Belastung der privaten Haushalte zu begrenzen und ihr Risiko einer aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Sozialhilfeabhängigkeit zu minimieren, ergriff der Gesetzgeber drei Massnahmen. Erstens wurde der Anteil der Versicherten (**Patientenbeteiligung**) an den Pflegekosten auf maximal 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags für Pflegekosten begrenzt. Die **Restfinanzierung** wurde neu

¹ Vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991: BBl 1992 I 93, 152.

² Im gesamten Bericht verwenden wir den Begriff «Pflegeheime» zusammenfassend für die Institutionen «Alters- und Pflegeheime».

³ Vgl. BVGE 2011/61 E. 4.2.2 ff.

⁴ Die Rahmentarife mussten nicht zwingend angewendet werden. Die Tarifkompetenz lag bei den Tarifpartnern (vgl. Art. 9a Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995).

⁵ Vgl. Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005.

den Kantonen übertragen. Zweitens wurden die **Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf EL** zur AHV erhöht und für Pflegebedürftige zu Hause eine **Hilflosenentschädigung (HE) zur AHV für Hilflosigkeit leichten Grades** eingeführt. Drittens wurden die Kantone verpflichtet, dafür zu sorgen, dass ein Pflegeheimaufenthalt in der Regel **keine Sozialhilfeabhängigkeit** begründet.

Vor der Einführung leistungsbezogener Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wurde befürchtet, dass namentlich ältere PatientInnen durch die Fallpauschalen zu einem Zeitpunkt entlassen werden, wo sie medizinisch gesehen nicht mehr hospitalisationsbedürftig sind, aber auch noch nicht in der Lage sind, wieder ein selbständiges Leben zu führen.⁶ Deshalb schuf das Parlament drittens die Möglichkeit, Leistungen der **Akut- und Übergangspflege** während längstens zwei Wochen über die OKP bzw. nach den Regeln der Spitalfinanzierung zu finanzieren. Dabei handelt es sich um Leistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden.

1.2. Auftrag und Ziele der Evaluation

Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) beauftragt das BAG, den Vollzug und die Wirkungen des Gesetzes (und dessen Revisionen) zu untersuchen. Die Evaluation verfolgt zwei Ziele:

- Erstens soll die Umsetzung der Revision untersucht werden.
- Zweitens sollen die beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen der Revision bewertet werden, d.h. der Zielerreichungsgrad und die Nebeneffekte.

Dabei soll sich der Fokus darauf richten, die Umsetzung und die Zielerreichung zu bewerten. Die Evaluation soll dabei auch die Probleme bei der Umsetzung der Revision aufnehmen. In Bezug auf die Zielerreichung soll sich die Evaluation an den beiden Hauptzielen der Revision orientieren.

Die Evaluation richtet sich primär an das BAG (KUV), das GS EDI und das Parlament. Sie soll ihnen und dem Bundesrat als Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen dienen.

Evaluationsfragen

Ausgehend von den Zielen sind die drei übergeordneten Fragestellungen zu beantworten:

1. Wie ist der Stand der Umsetzung der Revision insgesamt zu beurteilen?
2. Inwieweit wurden die beiden Ziele der Revision erreicht?
3. Welche weiteren, insbesondere finanziellen Wirkungen hat die Revision ausgelöst?

Im Rahmen einer Konzeptstudie wurden detaillierte Evaluationsfragen zur NPF unter Einbezug der Stakeholder erarbeitet (vgl. Feh Widmer und Rüefli 2015). Die detaillierten Evaluationsfragen sind im Anhang A1 aufgeführt.

⁶ vgl. Pa.IV. Humbel. Bericht der SGK-N zu Pa.IV. Humbel 14.448, 3 Erwägungen der Kommission unter https://www.parlament.ch/centers/kb/Documents/2014/Kommissionsbericht_SGK-N_14.448_2016-11-03.pdf

Bewertungsmethodik

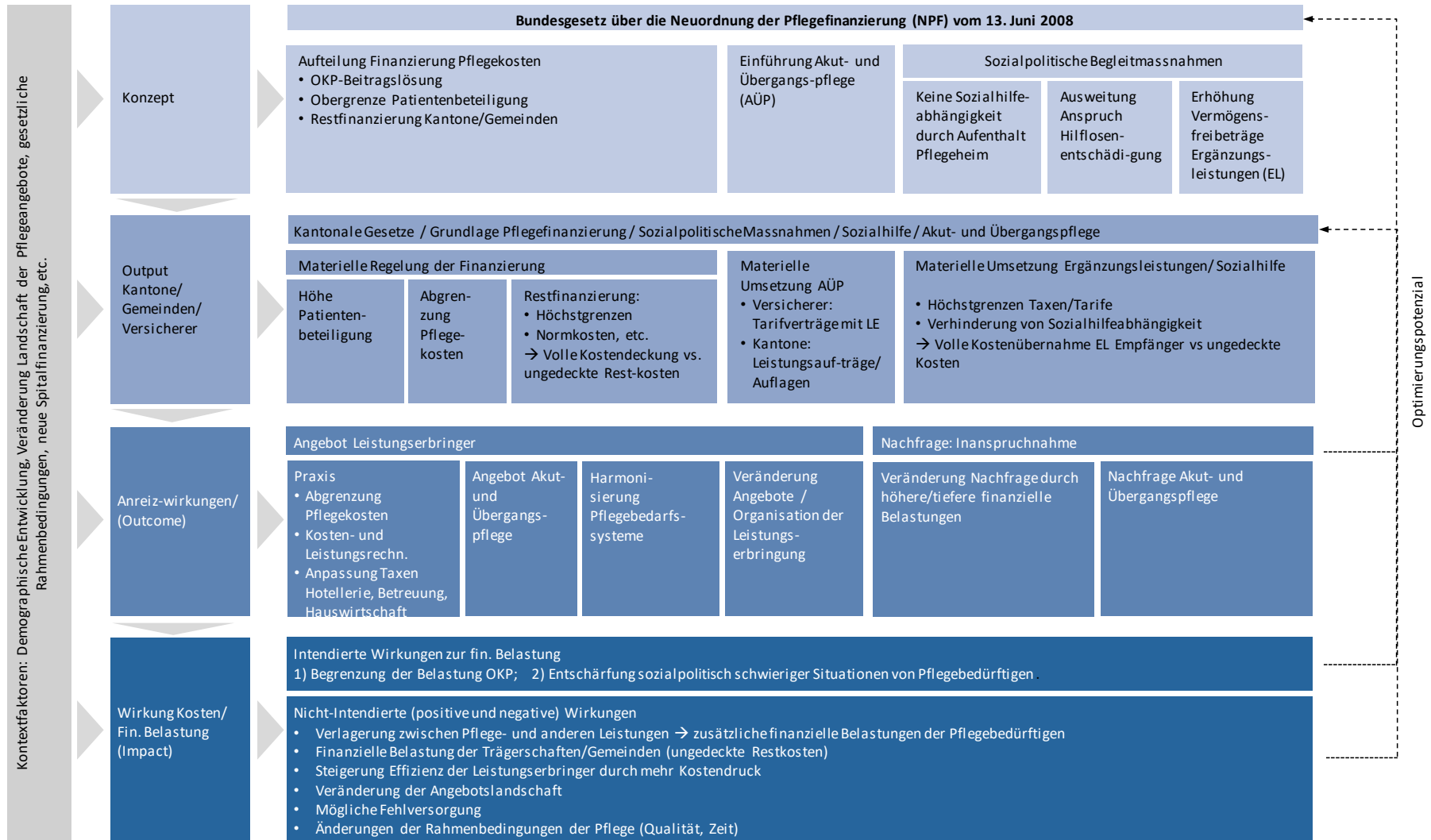
Die Evaluationsfragen werden anhand von Soll-Ist-Vergleiche, Vorher-Nachher-Vergleichen und Quervergleichen zwischen den Kantonen sowie anhand von Evaluationskriterien bewertet. Als Massstab für den Soll-Ist-Vergleich dienen die Ziele der Neuordnung der Pflegefinanzierung und Erwartungen der befragten Akteure. Im Hinblick auf mögliche nicht intendierte Wirkungen der Neuordnung werden zur Bewertung weitere gesundheits- und sozialpolitische Ziele wie z.B. die Ziele des KVGs herangezogen. Tabelle 3 im Anhang A1 zeigt die Bewertungsmethode der Fragestellungen mit evaluativem Charakter auf.

1.3. Wirkungsmodell

Von der Neuordnung der Pflegefinanzierung ergeben sich direkte Auswirkungen auf die Finanzierungsträger bzw. die finanzielle Belastung der OKP, der Pflegebedürftigen, der Kantone bzw. Gemeinden sowie der Sozialversicherungen (und damit auch des Bundes). Darüber hinaus dürften die von der Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgehenden Finanzierungsanreize auch das Angebot, die Inanspruchnahme und das Leistungsgeschehen und damit die Kosten der Pflege beeinflussen. Die Kosten der Pflege dürften sich wiederum auf die finanzielle Belastung auswirken. Des Weiteren werden die Pflegekosten und die finanziellen Belastungen auch von Kontextfaktoren wie dem demografischen Wandel oder der Revision der Spitalfinanzierung im Jahr 2012 beeinflusst.

Die folgende Grafik zeigt die postulierten Wirkungsmechanismen und untersuchten Gegenstände.

Abbildung 1: Wirkungsmodell

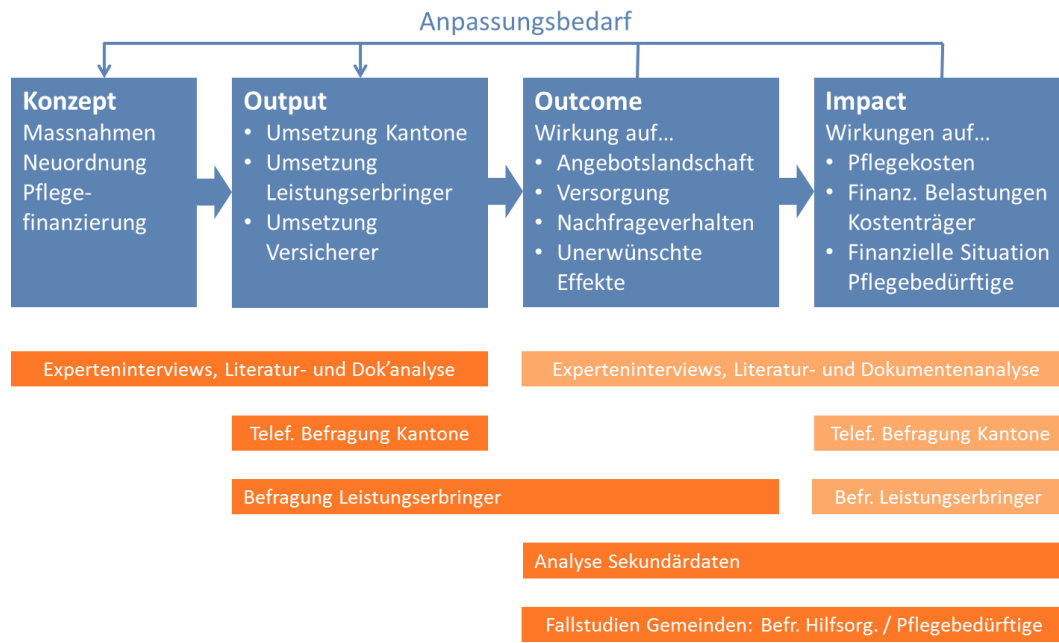


Grafik INFRAS.

1.4. Vorgehen

Der Evaluation liegt ein multimethodischer Ansatz zugrunde. Das methodische Vorgehen ist entlang der Evaluationsgegenstände Konzept, Output, Outcome und Impact in der folgenden Grafik abgebildet.

Abbildung 2: Methodisches Vorgehen



Eine dunklere/hellere Einfärbung bei den Methoden bedeutet, dass diese Methode stärker/schwächer zur Analyse der Evaluationsgegenstände beiträgt.
Grafik INFRAS.

Im Folgenden werden die Evaluationsmethoden kurz beschrieben. Weitere Details sind im Anhang zu finden.

Experteninterviews, Literatur- und Dokumentenanalyse

Im Rahmen der Experteninterviews wurden mit insgesamt 17 teils persönliche, teils telefonische Interviews mit Stakeholdern geführt (Interviewpartner, vgl. Tabelle 4 in Anhang A3.1.). Ergänzend zu den Experteninterviews wurden verschiedene Literatur und Dokumente (Publikationen zur NPF, politische Vorstösse, Positionspapiere und Stellungnahmen, Rechtsgrundlagen der Kantone etc.) ausgewertet.

Befragung der Kantone

Im Rahmen der telefonischen Befragung der Kantone wurden Informationen zu den Regelungen der Kantone zur Restfinanzierung, Patientenbeteiligung, Akut- und Übergangspflege sowie zu den EL erhoben. Die aus der Literatur verfügbaren Informationen zur Umsetzung des jeweiligen Kantons wurden zuvor erhoben und den Kantonen zur Validierung vorgelegt.

Befragung der Leistungserbringer

Die Pflegeheime und Spitex-Organisationen wurden im Rahmen einer breiten Onlinebefragung (Vollerhebung bei den rund 1'600 Pflegeheimen und 900 Spitex-Organisationen) zu den Themen Abgrenzung von Pflegekosten, Praxis der Kostenrechnung, Schwierigkeiten, Erfahrungen mit der Akut- und Übergangspflege sowie Auswirkungen der NPF befragt. Zur Vorbereitung der Onlinebefragung und Vertiefung einzelner Themen wurden mit insgesamt 4 kantonalen Verbänden (2 Pflegeheime, 1 Spitex, 1 Spitex und Pflegeheime) sowie 4 Leistungserbringern (2 Spitex, 2 Pflegeheime) aus den Kantonen LU, SG, ZH, NE, AG, VD qualitative telefonische Interviews geführt. Die standardisierte Onlinebefragung wurde als Vollerhebung bei den rund 1'600 Pflegeheimen und 900 Spitex-Organisationen durchgeführt. Der Rücklauf der Onlinebefragung ist mit 15% bei den Pflegeheimen und 17% bei den Spitex-Organisationen tief ausgefallen (vgl. Details zum Rücklauf im Anhang A3.2).

Zum Thema Akut- und Übergangspflege wurde durch das Büro BASS ergänzend eine Onlinebefragung bei 272 gelisteten Spitälern und Kliniken (ebenfalls Vollerhebung) durchgeführt (vgl. BASS 2017). Bei dieser Befragung konnte ein Rücklauf von 45% (absolut: 123) erzielt werden, wobei sich die Akutspitäler zu 41% (absolut: 71), die Psychiatrien zu 45% (absolut: 22) und die Rehabilitationskliniken zu 60% (absolut: 30) beteiligten (vgl. Anhang A3.2).

Fallstudien Gemeinden

Um die Wirkungen aus Sicht der Gemeinden, Anlaufstellen, Hilfsorganisationen und Pflegebedürftigen sowie Angehörigen zu erfassen und im Kontext unterschiedlicher Umsetzungsstrukturen von Kantonen und Gemeinden zu beleuchten und zu beurteilen, wurden Fallstudien durchgeführt. Für diese Fallstudien wurden 6 Gemeinden/Regionen ausgewählt (siehe Anhang A3.3). In diesen Regionen wurden insgesamt 5 Gemeindevertretende, 21 Vertreter von Anlaufstellen und Hilfsorganisationen (im folgenden Text als Patientenorganisationen bezeichnet) und 42 Pflegebedürftige bzw. deren Angehörigen telefonisch befragt (für Details zur Befragung vgl. Anhang A3.3).

Analyse von Sekundärdaten

Die Wirkungen auf die finanziellen Belastungen, die Kosten der Pflege, die Angebotslandschaft, die Inanspruchnahme wurden zudem anhand der verfügbaren Sekundärdaten untersucht. Dazu wurden aggregierte Daten auf kantonaler Ebene verschiedener öffentlicher Statistiken ausgewertet (siehe Anhang A3.4 für weitere Informationen). Die Daten wurden in einem ersten Schritt rein deskriptiv ausgewertet, d.h. die Entwicklung der einzelnen Parameter im Längsschnitt aufgezeigt. Um Hinweise auf einen möglichen Einfluss der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Entwicklung der Parameter zu identifizieren, wurden wo möglich, weitergehende ökonometrische Analysen mit dem sogenannten Differenzen-in-Differenzen-Ansatz durchgeführt (vgl. Anhang A3.4.2).

Grenzen der Evaluation

Mit den beschriebenen Evaluationsmethoden wurde versucht, die Analyse der Wirkungen der NPF auf möglichst effektiven Daten sowie den verschiedenen Perspektiven, insbesondere jene der betroffenen Akteure abzustützen. Dabei stösst die Evaluation methodisch an gewisse Grenzen:

- Die Sekundärdaten weisen teilweise Brüche in der Methodik auf und es fehlen zum Teil spezifische Daten zu den Pflegebedürftigen. Um die Entwicklungen der verschiedenen Parameter aufzuzeigen, mussten teilweise Annahmen getroffen werden und Unsicherheiten bei den Daten in Kauf genommen werden. Bei den Darstellungen der Datenauswertungen wird auf die Probleme mit den Daten jeweils hingewiesen.
- Die ökonomische Analyse, mit der die Wirkungen der NPF prinzipiell kausal nachgewiesen werden kann, weist gewisse Unsicherheiten auf. Sie basiert auf verschiedenen Kategorisierungen der kantonalen Umsetzung der NPF, welche nicht immer trennscharf erfolgen konnten.
- Zudem stellt der eher tiefe Rücklauf der Befragung der Pflegeheime und Spitex-Organisationen eine Grenze der Evaluation dar. So können die Ergebnisse der Onlinebefragung nicht auf die Gesamtheit der Leistungserbringer verallgemeinert werden, da ein Non-Response-Bias⁷ nicht ausgeschlossen werden kann. Im Vergleich dazu liegt die Teilnahmequote bei den Spitälern und Kliniken mit 45% deutlich höher. Der Non-Response-Bias dürfte bei dieser Leistungserbringerkategorie geringer sein. Der direkte Vergleich zwischen den verschiedenen Leistungserbringerkategorien kann aufgrund der unterschiedlichen Teilnahmequoten somit auch Verzerrungen aufweisen. Insgesamt geben die Ergebnisse der Onlinebefragung aus unserer Sicht zwar einen guten ersten Einblick in die Praxis der Leistungserbringer, sie können aber keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben.
- Die qualitativen Interviews mit Patientenorganisationen, Pflegebedürftigen und Angehörigen können schliesslich keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben, da es sich um Fallstudien handelt. Diese dienen so auch insbesondere dazu, auf möglichst umfassende Weise qualitative Hinweise auf die Situation der Pflegebedürftigen zu erhalten.

1.5. Gliederung des Berichts

Der vorliegende Entwurf des Schlussberichts ist folgendermassen aufgebaut:

- In Kapitel 2 wird die Umsetzung der Kantone in Bezug auf die Restfinanzierung und die sozialpolitischen Begleitmassnahmen sowie die Umsetzung der Akut- und Übergangspflege durch die Kantone und der Leistungserbringer beleuchtet. Zusätzlich enthält das Kapitel Ausführungen zur Praxis der Leistungserbringer bei der Abgrenzung von Pflegekosten. Je Unterkapitel werden die wichtigsten Ergebnisse in einem Fazit zusammengefasst.
- In Kapitel 3 und 4 werden die empirischen Ergebnisse in Bezug auf die zwei Hauptziele der NPF dargestellt. Je Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse in einem Fazit festgehalten.

⁷ Mit Non-Response-Bias sind Verzerrungen des Ergebnisses gemeint, die dadurch entstehen, dass Antwortende andere Antworten geben als diejenigen geben würden, die nicht geantwortet haben. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn vor allem Leistungserbringer geantwortet haben, die mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben oder eine explizite Haltung zur NPF haben und diese zum Ausdruck bringen möchten.

- Kapitel 5 enthält die Ergebnisse zu den weiteren Auswirkungen der Revision. Dabei werden die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand auf die Versorgung der Pflegebedürftigen sowie weitere Auswirkungen auf einzelne Akteure beleuchtet.
- In Kapitel 6 erfolgt eine Gesamtbeurteilung der Umsetzung, der Zielerreichung und der weiteren Auswirkungen der NPF aus Sicht der EvaluatorInnen aufgezeigt. Da das EDI auf der Basis der Ergebnisse den Handlungsbedarf ableiten und der Bundesrat Schlussfolgerungen ziehen wird, werden keine Empfehlungen formuliert.

2. Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung

2.1. Restfinanzierung

2.1.1. Gesetzliche Regelungen und Handlungsspielräume der Kantone

Regelungen auf Ebene Bundesgesetz

Mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die Beitragspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gesetzlich in Art. 25a KVG verankert (vgl. Kap. 1.1). Der Versicherte ist nicht mehr verpflichtet, die Vollkosten der versicherten Pflegeleistungen zu tragen. Er hat lediglich einen Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen zu erbringen⁸. Die Pflegeleistungen sind auf Verordnungsebene in Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 7 KLV) definiert. Die Beiträge für Pflegeleistungen werden bei selbständigen Pflegefachpersonen sowie Spitex-Organisationen nach drei Leistungskategorien⁹ gemäss Art. 7a KLV Abs. 1 und 2 abgestuft und bei Pflegeheimen nach Pflegebedarfsstufen gemäss Art. 7a KLV Abs. 3. Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zu übernehmenden Pflegekosten sind von der versicherten Person und dem Kanton bzw. den Gemeinden zu tragen, wobei der versicherten Person höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden dürfen. Die höchstzulässigen Patientenbeiträge machen für Pflegeleistungen, welche von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen oder einer Organisation für Krankenpflege erbracht werden, CHF 15.95 pro Tag¹⁰ bzw. CHF 5'825¹¹ pro Jahr aus. Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim beträgt der Patientenbeitrag CHF 21.60 pro Tag¹² bzw. CHF 7'884¹³ pro Jahr. Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG regeln die Kantone die Restfinanzierung.

Art. 25a Abs. 5 KVG verpflichtet den «Kanton» bzw. die «Kantone» zu regeln, wie die Restkosten finanziert werden, äussert sich aber nicht dazu, ob darunter der Wohnsitz- oder der Aufenthaltskanton der versicherten Person oder der Kanton zu verstehen ist, in welchem der anerkannte Leistungserbringer angesiedelt ist. Die Zuständigkeit für die ausserkantonale Pflege wurde indessen aufgrund einer parlamentarischen Initiative (14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung») beraten und ein Änderungsvorschlag des Art. 25a Abs. 5 KVG wurde durch die SGK-SR ausgearbeitet. Mit der vorgeschlagenen Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sollen die bisher kantonal unterschiedlichen Regeln wie folgt vereinheitlicht werden: Der Kanton, in dem jemand seinen Wohnsitz hat, muss auch dann für die Restkosten der Pflege aufkommen, wenn diese Person in einem anderen Kanton in ein Pflegeheim eintritt oder ambulant gepflegt wird. Mit dieser Lösung, die sich am Modell der Ergänzungsleistungen (EL) orientiert, will die Kommission Rechtssicherheit schaffen und eine kantonsübergreifende Pflegeheimplanung erleichtern. Die Klärung der Frage der Verantwortlichkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonaalem Pflegeheimaufenthalt wurde in einem Differenzbereinigungs-

⁸ Vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG.

⁹ Leistungskategorien: a: Abklärung, Beratung und Koordination; b: Untersuchung und Behandlung und c: Grundpflege.

¹⁰ 20 % von CHF 79.80 (siehe Art. 7a Abs. 1 lit. a KLV).

¹¹ CHF 79.80 * 365 Tage * 0.2.

¹² 20 % von CHF 108 (siehe Art. 7a Abs. 3 lit. I KLV).

¹³ CHF 108 * 365 Tage * 0.2.

prozess zwischen Stände- und Nationalrat ausgehandelt, bei dem es darum ging, ob der Herkunftskanton die Höhe der Restfinanzierung festsetzt oder ob die Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers verbindlich sind. Während der Nationalrat eine Lösung favorisierte, bei der die Regelungen des Standortkantons gelten, erachtete der Ständerat dies als einen zu starken Eingriff in die Kompetenzen der Kantone. Die Räte einigten sich in der Schlussabstimmung am 6.10.2017 auf eine Version, welche vorsieht, dass der Herkunftskanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons nur in dem Falle zu übernehmen hat, dass innerkantonal kein Pflegeheimplatz in der Nähe des Wohnorts der versicherten Person verfügbar ist. Festgehalten wird zudem, dass diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet sind.¹⁴

Handlungsspielräume der Kantone

Das Bundesrecht schreibt den Kantonen nicht vor, wie sie die Restfinanzierung umzusetzen haben. Die Umsetzungsfreiheit der Kantone betrifft neben der Regelung des zuständigen Gemeinwesens (Kanton und/oder Gemeinden) auch die Wahl der Finanzierungslösung und die Festlegung der Höchstgrenze der Beiträge der öffentlichen Hand an die Kosten für Pflege.¹⁵ In Bezug auf die Patientenbeteiligung sind die Kantone grundsätzlich frei, den Patientenbeitrag der versicherten Person zu subventionieren bzw. den Restfinanzierungsanteil um den Anteil des Patientenbeitrags zu erhöhen. Nach dem Grundsatz «ambulant vor stationär», welcher der gesetzgeberischen Stossrichtung der Neuordnung der Pflegefinanzierung entspricht¹⁶, ist der Kanton berechtigt, den Patientenbeitrag von versicherten Personen zu subventionieren, welche sich nicht in einem Pflegeheim aufhalten.

Die folgenden Kapitel zeigen den Stand der Umsetzung der Kantone zu diesen beiden Aspekten. Die Informationen basieren auf einer Befragung der Kantone (Sommer 2016) sowie einer ergänzenden Dokumentenanalyse.

2.1.2. Umsetzung der innerkantonalen Restfinanzierung

Die Kantone haben die Restfinanzierung der ungedeckten KVG-Pflegekosten mehrheitlich umgesetzt. Einzelne Kantone haben für bestimmte Leistungserbringertypen keine Restfinanzierung eingeführt. Dies betrifft die Kantone SO¹⁷ für die Spitex-Organisationen, AI und SO für selbständige Pflegefachpersonen, TI und GL für Pflegeheime ohne Leistungsvertrag und AR¹⁸, AI, FR, GE¹⁹, GL und TI für Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht. In Bezug auf die Art der Umsetzung der Restfinanzierung ist bei den Kantonen eine grosse Umsetzungsvielfalt in Bezug auf die folgenden Aspekte festzustellen.²⁰

¹⁴ Vorgeschlagene Änderung Art. 25 Abs. 5 KVG: vgl. Bundesblatt: <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2017/6243.pdf>

¹⁵ Vgl. BGE 142 V 94 E. 3.2.

¹⁶ Vgl. BGE 142 V 94 E. 5.1.

¹⁷ Im Kanton SO wurde die Revision des kant. Sozialgesetzes mit Einführung der NPF im Sommer 2017 in die Vernehmlassung gegeben (Frist bis 31.8.17). Eine Einführung der NPF ist damit auf den 1.1.2018 möglich.

¹⁸ Im Kanton AR wurde diese erst am 1.1.2017 eingeführt.

¹⁹ Das kantonale Reglement RSDom wurde kurzfristig im August 2016 ergänzt (Art. 18A und 18B), um eine Regelung für die NPF zu etablieren. Auf den 1.1.2018 soll ein Gesetz LSDom aktualisiert werden.

²⁰ Siehe Erläuternder Bericht der SGK-N vom 13. August 2012: Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen (online verfügbar) sowie BGE 138 II 191 = Pra 2012 Nr. 118 E. 6.3.2 (Berücksichtigung der Kosten des Pflegepersonals in der Höhe eines Deckungssatzes für die erforderliche Pflege von 90 bis 95 %) und BGE 142 V 94 E. 3.2.

- Zuständigkeit des restfinanzierungspflichtigen Gemeinwesens,
- Aufteilung der Restfinanzierung zwischen den Kantonen und Gemeinden,
- Höhe der Patientenbeteiligung,
- Finanzierungsart (z.B. Defizitgarantie, Bestimmung eines Kostenmaximums, Globalbudget, leistungsbezogene Abgeltung pro Pflegestunde) inklusive der Festlegung von Höchstgrenzen oder Normkosten der Beiträge der öffentlichen Hand an die Kosten für Pflegeleistungen,
- Auflagen hinsichtlich der Aufteilung der Lohnkosten auf die Bereiche Administration – Betreuung – Pflege und Höhe des auf den Kostenträger Pflege entfallenden Anteils der übrigen Betriebskosten (unter Einschluss der Rückstellungen),
- Leistungsvertragspflicht und Versorgungspflicht,
- sonstige fachliche, personelle, prozessuale Auflagen sowie Kontrollprozesse.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die verschiedenen Umsetzungslösungen. In Tabelle 17, Tabelle 18, Tabelle 20, Tabelle 21 und Tabelle 22 in Anhang A4 sind die Regelungen nach Kanton detailliert aufgeführt.

Tabelle 1: Ausgestaltung der Restfinanzierung in den Kantonen

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

*Veränderung zu dieser Regelung in den Kantonen BL und OW im Jahr 2016.

**Teilweise sieht der Kanton keine unterschiedliche Behandlung der Spitex-Organisationen mit und ohne Leistungsvertrag vor, den Gemeinden steht es jedoch frei, einzelnen Spitex-Organisationen höhere Kosten bspw. aufgrund von höheren Wegkosten zu entgelten.

***Die Angaben gelten für die Pflege durch Spitex-Organisationen. Für selbständige Pflegefachpersonen gelten mit einzelnen Ausnahmen fast immer die gleichen Regelungen wie bei Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht (vgl. weiter unten)

****20%/Ab höherer Stufe 20%/10% bezieht sich jeweils auf den höchsten vom BR festgelegten Pflegebeitrag (Letzterer beträgt CHF 108 bei der Pflege im Pflegeheim und CHF 79.80 bei der Pflege zu Hause).

Tabelle INFRAS. Quelle: Befragung der Kantone im Rahmen der Evaluation (Sommer 2016). Die Angaben bei den Patientenbeteiligungen weichen teilweise ab von einer neueren Erhebung von Spitex Schweiz (2017): https://www.spitex.ch/files/GGI0163/pflegefinanzierung___liste_patientenbeteiligung_2017.pdf.

2.1.2.1. Pflege im Pflegeheim

Zuständigkeiten und Aufteilung der Restfinanzierung

Die Regelungen der Restfinanzierung durch die Kantone und der Patientenbeteiligung wird mehrheitlich durch die Kantone bestimmt (vgl. Tabelle 17 im Anhang). In knapp einem Viertel der Kantone erfolgt die effektive Finanzierung gänzlich über den Kanton (AI, BE, GE, JU, NE und NW). Eine geteilte Finanzierung kennen zehn Kantone (BS²¹ FR, GR, SH, SO, SZ²², TG, TI, VD und VS). Die Art der Finanzierung bestimmen dabei die Kantone. Ebenfalls eine geteilte Finanzierung – in diesem Fall aber mit Festlegung der Finanzierungsart durch die Gemeinden oder durch beide Gemeinwesen – ist in UR²³ und ZH vorzufinden. In den Kantonen GL, LU, OW und ZG übernehmen die Gemeinden die gesamte Finanzierung und bestimmen auch die Finanzierungsart. In weiteren vier Kantonen erfolgt ebenfalls die gesamte Finanzierung durch die Gemeinden, wobei der Kanton die Finanzierungsart bestimmt (AG, AR, BL und SG).

Patientenbeteiligung

Die gängigste Praxis bei den Pflegeheimen ist, dass die Kantone die Patientenbeteiligung festlegen (so der Fall in 21 Kantonen). Von der Möglichkeit, die Patientenbeteiligung an die Gemeinden zu delegieren, machen bei den Pflegeheimen nur vier Kantone (GL, OW, SH und ZG) Gebrauch und in ZH sind die Gemeinden frei, eine tiefere Patientenbeteiligung als die vom Kanton Festgelegte zu erheben (vgl. Tabelle 17 im Anhang).

Fast alle Kantone resp. Gemeinden erheben im Bereich Pflegeheime die höchstmögliche Beteiligung der PatientInnen – 20% des Beitrags der OKP für die höchste Pflegebedarfsstufe bzw. CHF 21.60 pro Tag. In einzelnen Kantonen (GL, NE, SH, SO, TG, VD und ZH) wird bei tiefem Pflegebedarf noch keine oder eine geringere Patientenbeteiligung verlangt. VS schliesslich wendet seit 2015 ein vermögensabhängiges System an, wonach die maximale Patientenbeteiligung erst ab einem Vermögen von über CHF 500'000 zum Tragen kommt.²⁴ Insgesamt haben nur wenige Kantone die Patientenbeteiligung seit der Einführung der NPF angepasst. Lediglich GE und VD haben Erhöhungen vorgenommen. Weitere Kantone haben aufgrund der gestiegenen Normkosten die maximale Patientenbeteiligung auch auf die tieferen Pflegestufen angewendet (BL und TG).

Art der Restfinanzierung

Seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung existiert in allen Kantonen eine subjektorientierte Form der Finanzierung, d.h. eine personenbezogene finanzielle Unterstützung. Auch wenn einzelne Kantone bereits vor 2011 kantonale Normkosten oder individuelle Normkosten angewendet haben (bspw. GR oder TI), wurden vor Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung die Pflegeheime mehrheitlich durch eine Objektfinanzierung – also einen pauschalen Beitrag an die Betriebs- und/oder Investitionskosten –

²¹ BS als Stadtkanton stellt die angefallenen Restkosten der PatientInnen mit Wohnsitz in Riehen und Bettingen diesen Gemeinden in Rechnung.

²² In SZ erfolgt die Restfinanzierung für PatientInnen ohne EL durch die Gemeinden und für jene mit EL geteilt durch den Kanton und die Gemeinden.

²³ In UR erstattet der Kanton den Gemeinden einen Betrag zurück, der ca. 30% der Kosten entspricht.

²⁴ In VS wird bei einem Vermögen unter CHF 100'000 keine Patientenbeteiligung, zwischen CHF 100'000 und 200'000 CHF eine von 5% und zwischen 200'000 und 500'000 eine von 10% angewendet.

unterstützt. Die Finanzierungslösungen sind in den Kantonen folgendermassen ausgeprägt (für eine detailliertere Beschreibung der Finanzierungslösungen (vgl. Exkurs unterhalb der folgenden Aufzählungen):

- **Kantonale Normkosten oder Höchstgrenzen:** In 16 Kantonen werden die Restkosten mittels Normkosten oder Höchstgrenzen abgegolten. Dazu gehören alle Kantone der Nordwestschweiz²⁵ und der Ostschweiz mit Ausnahme von GL. Am häufigsten legen die Kantone die Normkosten basierend auf einem (gewichteten) Durchschnitt der effektiv ausgewiesenen Vollkosten fest.
- **Individuell angepasste Normkosten:** Fünf weitere Kantone (FR, GE, TI, NE und ZG) wenden für einzelne Pflegeheime oder Gruppen von Pflegeheimen individuell angepasste Normkosten an, wobei diese auf unterschiedliche Art bestimmt werden (vgl. Tabelle 17 und Tabelle 18 im Anhang A4.1).
- **Gemeindespezifische Finanzierung:** In den Kantonen GL, LU und ZH vereinbaren die Gemeinden in Leistungsverträgen die Beiträge. Die in diesen Leistungsverträgen definierte Art der Abgeltung der Restkosten kann pro Gemeinde stark variieren und meist sind die Kantone nicht über die Handhabung in den einzelnen Gemeinden informiert. Die gemeindespezifische Finanzierung kann von festgelegten Normkosten bis hin zu einer Defizitdeckung reichen.
- **Abgeltung der effektiv angefallenen Restkosten:** In den beiden kleineren Kantonen UR und OW finanzieren die Gemeinden zusammen mit dem Kanton schliesslich die effektiv angefallenen Restkosten.

Exkurs zu verschiedenen Finanzierungslösungen in den Kantonen

Die von den Kantonen angewandten Methoden zur Finanzierung der Restkosten wurden in folgende Kategorien eingeteilt:

- Erhalten alle Pflegeheime pro Bewohner eine vorgängig festgesetzte Tagespauschale, die zwar abhängig von der Pflegebedarfsstufe ist, aber für alle Pflegeheime gleich ist, bezeichnen wir diese als **kantonale Normkosten**. Fast identisch sind die **kantonalen Höchstgrenzen**. Auch hier sind die vom Kanton oder der Gemeinde maximal übernommenen Kosten für alle Pflegeheime gleich. Anders als bei den Normkosten erhalten Leistungserbringer, die die Leistung mit tieferen Kosten als den kantonalen Höchstgrenzen erbringen konnten, nur die effektiv angefallenen Kosten vergütet. Die kantonalen Normkosten bzw. kantonalen Höchstgrenzen setzen die Kantone (oder allenfalls die Gemeinden) entweder aufgrund von normativen Kriterien, durch Verhandlungen, durch Vergleiche mit kostengünstigen Pflegeheimen (ein sogenannter Benchmark) oder basierend auf den ausgewiesenen Kosten fest. Hierzu halten die Kantone die Pflegeheime oftmals an, ihre Kostenrechnung nach bestimmten Richtlinien zu erstellen.
- Den Fall, in dem die Kantone zwar die Pauschalen oder Höchstgrenzen im Vorhinein festsetzen, diese aber pro Pflegeheim oder allenfalls pro Pflegeheimgruppe anpassen, bezeichnen wir als **individuellen Normkosten oder Höchstgrenzen**.

²⁵ Die Definition der Regionen bezieht sich auf die sieben Grossregionen des BFS.

- Bei Kantonen, in denen die Art der Restfinanzierung durch die Gemeinden übernommen wird – und je Gemeinde unterschiedlich ausgestaltet sein kann – sprechen wir von **gemeindespezifischen Lösungen**.
- Schliesslich gibt es den Fall, bei dem die Kantone resp. Gemeinden die **effektiven Restkosten** pro Fall gänzlich übernehmen.

Die Art der Restfinanzierung hat einen Einfluss darauf, ob es zu ungedeckten Restkosten bei den Heimen kommt. Ausser bei der Abgeltung der effektiven Restkosten oder bei gewissen gemeindespezifischen Lösungen, besteht immer die Möglichkeit, dass die Leistungserbringer ihre Restkosten nicht decken können. In diesen Fällen müssen andere Finanzierungsquellen – beispielsweise die Trägerschaft selbst oder Stiftungen – für die restliche Finanzierung aufkommen. Gleichwohl schaffen die kantonal angesetzten Normkosten oder Höchstgrenzen die grössten Anreize für die Heime, möglichst wirtschaftlich zu handeln. Diese Anreize sind bei kantonalen Normkosten basierend auf einem wirtschaftlichen Benchmark am höchsten und bei einer Deckung der effektiven Restkosten gar nicht vorhanden.

Unterschiede in der Finanzierung von Leistungserbringern mit und ohne Leistungsvertrag

Die Kantone und Gemeinden haben teilweise unterschiedliche Regelungen in Bezug auf die Restfinanzierung für Pflegeheime mit und ohne Leistungsvertrag mit dem Kanton bzw. der Gemeinde vorgesehen. In zwei Kantonen (TI und GL) wird ohne Leistungsvertrag grundsätzlich keine Restfinanzierung geleistet. In SH und ZH legt der Kanton die Restfinanzierung für die Heime ohne Leistungsvertrag mit der Gemeinde fest. In LU müssen die Gemeinden den Pflegeheimen ohne Leistungsvertrag dieselben Restkosten vergüten wie sie dem Vertragspflegeheim bezahlen oder – sofern tiefer – deren ausgewiesenen Restkosten übernehmen.

Höhe der Restfinanzierung

Für die tiefste Pflegebedarfsstufe werden in der Mehrheit der Kantone mit Normkosten oder Höchstgrenzen noch keine Restkosten abgegolten. Für die höchste Pflegebedarfsstufe bewegen sich diese Normkosten oder Höchstgrenzen zwischen CHF 95.60 und CHF 169.25 pro Tag.²⁶ Durchschnittlich werden CHF 65.80²⁷ pro Tag entgolten (siehe Tabelle 18 im Anhang). Bei einer gemeindespezifischen Abgeltung bzw. einer Finanzierung durch individuelle Normkosten sind diese Werte nicht bekannt. Zusätzlich kennen einzelne Kantone (AG, JU, NW und TG) Zuschläge für Fälle mit stark erhöhtem Pflegebedarf. So wird bspw. ein Zuschlag für spezialisierte Leistungen wie Gerontopsychiatrie oder Demenzerkrankungen bezahlt. SH finanziert zudem einen höheren Normkostenbeitrag für die spezialisierte Langzeitpflege in Spitälern.

²⁶ Diese Angaben beziehen sich nur auf jene Kantone, die hier einen Wert angegeben haben.

²⁷ Angaben sind nicht von allen Kantonen verfügbar, auch wenn sie kantonale Normkosten abgelten.

2.1.2.2. Pflege zu Hause: Spitex-Organisationen

Zuständigkeiten

Im Vergleich zum Bereich Pflegeheime wird die Art der Restfinanzierung im Bereich der Pflege zu Hause häufiger durch die Gemeinden festgelegt. Die effektive Finanzierung übernehmen – wie im Bereich Pflegeheime – bei ca. einem Drittel der Kantone die Kantone alleine, bei ca. einem weiteren Drittel die Gemeinden und beim Rest die beiden Gemeinwesen zusammen.

Patientenbeteiligung

Die Patientenbeteiligung im Bereich der Pflege zu Hause wird in allen Kantonen durch dasselbe Gemeinwesen festgesetzt wie im Bereich der Pflegeheime. Nach dem Prinzip «ambulant vor stationär» wenden im Vergleich zum Bereich Pflegeheime jedoch mehr Kantone tiefere Patientenbeteiligungen an als die maximal Zulässige (20% des Beitrags für die höchste Pflegebedarfsstufe bzw. CHF 15.95/Tag) (vgl. Tabelle 20 im Anhang). So erheben 15 Kantone eine Patientenbeteiligung von 10% resp. 0%. In allen Kantonen der lateinischen Schweiz fällt die Patientenbeteiligung gänzlich weg mit der Ausnahme von GE, wo diese 10% beträgt. In acht Kantonen beteiligen sich die Patienten mit der maximal zulässigen Beteiligung. Dazu gehören alle Zentralschweizer Kantone mit Ausnahme von ZG und SZ. Zudem erheben einzelne Kantone (z.B. GE und FR) eine höhere Patientenbeteiligung für Spitex-Organisationen ohne Leistungsvertrag. Einzelne Kantone (JU, SG, SO) haben die zunächst tieferen Patientenbeteiligungen im Laufe der Jahre erhöht.

Gemäss Aussagen von Spitex Schweiz werden im Kanton SO den PatientInnen weitere Pauschalen in Rechnung gestellt. Der Kanton habe beispielsweise im Sommer 2017 beschlossen, eine Ausbildungspauschale für die Spitex von CHF 0.85 pro Stunde zu verlangen und plane, die bereits in einigen Gemeinden des Kantons Solothurn verlangte Wegpauschale²⁸ zu erhöhen.

Art der Restfinanzierung

In fast der Hälfte aller Kantone werden die Restkosten aller Spitex-Organisationen **mittels kantonaler Normkosten** oder **Höchstgrenzen** abgegolten und basierend auf ähnlichen Grundlagen wie im Bereich Pflegeheime. Die Kantone GE, NE und TI wenden auch hier **individuelle Normkosten** an, deren Festlegung gleich erfolgt wie im Bereich Pflegeheime. In FR übernehmen der Kanton und die Gemeinden in gemeinsamer Finanzierung²⁹ die **effektiv angefallenen Restkosten**. Die Restkosten der Spitex-Organisationen werden häufiger durch **gemeindespezifische Vereinbarungen** abgegolten als mittels Höchstgrenzen oder Normkosten. So kommt es bei der Pflege zu Hause in deutlich mehr Kantonen vor, dass die Gemeinden Leistungsverträge mit Spitex-Organisationen ausarbeiten (AG, AR, GL, LU, OW, SH, SZ, TG und ZH). Die Restkosten der Organisationen ohne LV werden dabei entweder mittels kantonaler Normkosten oder Höchstgrenzen (AG, OW, SH, SZ, TG und ZH) oder mit maximal demselben Beitrag wie beim Vertragsleistungserbringer (LU) oder gar nicht (vgl. nächsten Abschnitt) abgegolten. Der Kanton

²⁸ https://www.so.ch/fileadmin/internet/staatskanzlei/stk-regierungsdienste/pdf/Vernehmlassungen/VL-AE-Sozialgesetz_ambulante-Pflege.pdf

²⁹ Der Kanton übernimmt 30% der Pflegelohnkosten und die Gemeinden den Rest.

SO hat als einziger Kanton **keine Restfinanzierung** im Bereich der Pflege zu Hause festgelegt - weder bei Leistungserbringern mit noch ohne Leistungsvertrag. Eine Anpassung des Sozialgesetzes des Kantons SO, das eine Einführung der Restfinanzierung für die Hilfe und Pflege zuhause vorsieht, ist zurzeit in der Vernehmlassung.³⁰

Unterschiede zwischen Spitex-Organisationen mit und ohne Versorgungspflicht

In einzelnen Kantonen bestehen erhebliche Unterschiede bei der Restfinanzierung von Spitex-Organisationen mit und ohne Versorgungspflicht. Bei den Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht handelt es sich meist um öffentlich-rechtliche Spitex-Organisationen. In den Kantonen AR (bis 1.1.2017), AI, FR, GE³¹, GL und TI erhalten Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht keine Restfinanzierung. In diesen Kantonen sind die Leistungserbringer ohne gegenüber jenen mit Versorgungspflicht eindeutig benachteiligt, da sie eine geringere Vergütung erhalten. In einigen Kantonen ist die Restfinanzierung für die Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht tiefer, so bspw. in BE³², GR, UR, VS und ZG. Dies ist dadurch begründet, dass bspw. eine Versorgungspflicht oder die Aufrechterhaltung eines 24-Stunden Dienstes höhere Kosten für die Leistungserbringer verursachen.³³

Höhe der Restfinanzierung

Über die Höhe der abgegoltenen Restkosten in den einzelnen Kantonen können nur beschränkt Aussagen gemacht werden. Diese sind generell nur für Kantone, die kantonale Höchstgrenzen oder Normkosten anwenden, verfügbar. Der Durchschnitt der verfügbaren Angaben zeigt, dass für die Abklärung oder Beratung sowie die Behandlungspflege pro Stunde durchschnittlich CHF 21 als Restkosten vergütet werden und bei der Grundpflege CHF 16 (siehe Tabelle 21 im Anhang).

2.1.2.3. Pflege zu Hause: selbständige Pflegefachpersonen

Bei den selbständigen Pflegefachpersonen entsprechen die Restfinanzierung der Kantone und die Patientenbeteiligung in den meisten Fällen exakt oder grösstenteils derjenigen für Spitex-Organisationen ohne Leistungsvertrag. Es gibt nur wenige grössere Abweichungen: AI und SO kennen für die selbständigen Pflegefachpersonen keine Restfinanzierung (weitere Details siehe Anhang A4.1). Auch die Höhe der Patientenbeteiligung ist mit wenigen Ausnahmen identisch geregelt wie für die Spitex-Organisationen ohne Leistungsvertrag. Ausnahmen bilden AI und FR, wo die Patientenbeteiligung bei der Pflege durch selbständige Pflegefachpersonen auf CHF 0 gesetzt wurde und somit tiefer liegt als bei den Spitex-Organisationen ohne Leistungsvertrag. In GE und SH dürfen die selbständigen Pflegefachpersonen zudem die Patientenbeteiligung (bis zum gesetzlichen Maximum von 20%) selbst festlegen.

³⁰ Siehe dazu: https://www.so.ch/fileadmin/internet/staatskanzlei/stk-regierungsdienste/pdf/Vernehmlassungen/VL-AE-Sozialgesetz_ambulantePflege.pdf.

³¹ Im Kanton GE soll auf den 1.1.2018 das Gesetz LSDom aktualisiert werden, welches eine Regelung für die NPF etablieren soll.

³² In BE wird die Versorgungspflicht zusätzlich abgegolten und ist nicht Teil der Restfinanzierung. D.h. die Höhe der Restfinanzierung ist für alle Spitex-Organisationen eigentlich gleich.

³³ Dies wird aus einzelnen Rückmeldungen geschlossen. Die Gründe wurden nicht bei allen Kantonen im Detail erhoben.

2.1.3. Ausserkantonale Pflegeleistungen

Ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalt

Für den ausserkantonalen Heimaufenthalt verfügen die Kantone sowohl in Hinsicht auf die erhobene Patientenbeteiligung wie auch die abgegoltenen Restkosten Handlungsspielraum. Eine Übersicht über die Praxis der Kantone bei ausserkantonalem Heimaufenthalt ist im Anhang A4.1 zu finden.

Lediglich vier Kantone haben für den Aufenthalt in ausserkantonalen Pflegeheimen **formelle Vereinbarungen mit anderen Kantonen** getroffen. Dazu gehören JU, TI, UR und NW³⁴. In weiteren Kantonen ist es Sache der Heime bzw. Gemeinden, Vereinbarungen mit ausserkantonalen Gemeinden oder Heimen zu treffen (BS, ZG und ZH). Der einwohnermässig kleinere Kanton NW schaut ferner von Fall zu Fall, wie die Zuständigkeit mit anderen Kantonen aussieht.

Die **Patientenbeteiligung** fällt in der Mehrheit der Kantone bei einem Aufenthalt in einem ausserkantonalen Pflegeheim gleich aus wie innerkantonal. Nur drei Kantone (AI, FR und VD) passen die Patientenbeteiligung dem Standortkanton an.

Auch bei der **Übernahme der Restkosten** halten sich die meisten Kantone an die Regelung und die Finanzierungshöhe, die sie auch innerhalb ihres Kantons anwenden. 22 Kantone geben an, bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt max. dieselben Restkosten zu vergüten wie innerkantonal. Teilweise steht es den Gemeinden frei, weitere Kosten zu übernehmen. Zudem werden in einigen Kantonen Ausnahmen dieser Regelung erwähnt, bspw. bei Kapazitätsengpässen innerhalb des Kantons oder bei medizinisch induziertem Bedarf. Ausnahmen bilden die drei Kantone BS, FR und SZ, die bei ausserkantonalem Aufenthalt die vollen Restkosten übernehmen. In BS muss dafür der Bedarf³⁵ eines ausserkantonalen Aufenthalts vorgängig geprüft werden. Einen weiteren Spezialfall bildet der Kanton GE, der bei ausserkantonalem Heimaufenthalt keine Restkosten finanziert.

Genauso wie die Kantone gewisse Entscheidungsspielräume dazu haben, ob und welche Restkosten sie bzw. die Gemeinden bei ausserkantonalem Aufenthalt ihrer Bewohner übernehmen, können sie auch entscheiden, ob sie die anfallenden Restkosten in innerkantonalen Heimen von PatientInnen aus anderen Kantonen übernehmen. Hier lebt einzig GE das Prinzip, dass der Standortkanton des Heims die Restkosten zu übernehmen hat. Alle anderen Kantone orientieren sich im Bereich Pflegeheime am Herkunftsprinzip, d.h. dass der Wohnkanton vor Heimeintritt für die Restfinanzierung zuständig ist.

³⁴ JU berichtet von einer Vereinbarung mit den Westschweizer Kantonen und BE zur Regelung der Ergänzungsleistungen und zur Definition des Wohnsitzes, wobei diese Kantone keine formelle Vereinbarungen erwähnen. TI hat mit GR Vereinbarungen für den Aufenthalt seiner Bewohner im Misox vereinbart und UR und NW berichten von einer gegenseitigen Vereinbarung.

³⁵ Ein Bedarf gelte bspw. dann, wenn ein/e Pflegebedürftige/r in ein Heim in der Nähe von Verwandten eintreten möchte.

Pflege durch ausserkantonale Spitex-Organisationen (oder selbständige Pflegefachpersonen)

Die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch ausserkantonale Spitex-Organisationen oder gegebenenfalls ausserkantonale selbständige Pflegefachpersonen wird von den meisten Kantonen als nebensächliches Thema beschrieben. So bildet der erstere Fall, dass eine ausserkantonale Spitex-Organisation Pflegeleistungen innerhalb des Kantons vornimmt, prinzipiell keine Schwierigkeiten. Denn im Normalfall müssen die Spitex-Organisationen über eine Betriebsbewilligung bzw. einen Leistungsvertrag verfügen, um Leistungen im Kanton anbieten zu können.

Grössere Unklarheiten bestehen im zweiten Fall, bei der Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen bei einem Aufenthalt ausserhalb des Kantons.³⁶ Die Handhabung dessen ist in Tabelle 23 im Anhang zu finden. **Formelle Vereinbarungen** zwischen den Kantonen wurden kaum getroffen. Die **Patientenbeteiligung** wird ähnlich wie im Fall Pflegeheime meist gleich hoch angesetzt wie bei der Pflege innerhalb des Kantons. Ferner ist auch im Bereich der Pflege zu Hause die häufigste Praxis, maximal dieselben **Restkosten** wie innerkantonal zu übernehmen. So der Fall in etwas über der Hälfte der Kantone. Oftmals orientieren sich diese an den Restkosten, die den Spitex-Organisationen ohne Leistungsvertrag vergütet werden. Insgesamt gibt es bei der Pflege durch eine ausserkantonale Pflege zu Hause mehr Kantone, die die gesamten Restkosten des Standortkantons übernehmen, als im Bereich Pflegeheime. Dies ist der Fall in BL, BS, NW, UR und VD. Einzelne dieser Kantone berichten, diese Praxis sei aufgrund der wenigen ausserkantonalen Pflegefälle im Spitexbereich die einfachste Lösung. Vier Kantone (AI, GE, SO und TI) übernehmen bei der Pflege durch ausserkantonale Spitex-Organisationen keine Restkosten.³⁷ Im Gegenzug übernehmen die Kantone TI und GE die Restkosten bei Spitex-Leistungen für PatientInnen mit ausserkantonalem Wohnsitz innerhalb ihres Kantons.

Schwierigkeiten der Kantone

Gemäss den befragten Kantonen haben sich bei der Umsetzung der NPF Schwierigkeiten hinsichtlich der Finanzierung von ausserkantonalen Pflegeleistungen ergeben, wobei meist auf Pflegeheimaufenthalte Bezug genommen wird. Die 16 Kantone, welche in diesem Bereich Schwierigkeiten nennen, sehen diese in den ungeklärten Zuständigkeiten (Herkunftskanton oder Standortkanton) und in den Differenzen zwischen der Höhe der Finanzierung in den Kantonen. Dies habe zu grossen Unsicherheiten und Abklärungsbedarf bei den Kantonen geführt. Zwar seien die Zuständigkeiten nun in der Gesetzesvorlage³⁸ geklärt, die zweite Problematik bleibe aber bestehen: Wenn der Herkunftskanton nur maximal die in seinem Kanton geltenden Normkosten übernehme, resultieren bei höheren Tarifen im Standortkanton ungedeckte Restkosten. Zwei Kantone sind der Meinung, dass bei der Übernahme der Tarife das Standortprinzip gelten müsse. Zwei weitere Kantone plädieren für einheitliche Norm- oder Höchstarife für die Restfinanzierung in den Kantonen.

³⁶ Hinweis: Mit der neuen Regelung von Art. 25a Abs. 5 KVG bestehen diese Unklarheiten nicht mehr. Es gilt bei ausserkantonalen ambulanten Pflegeleistungen: Der Herkunftskanton ist für die Finanzierung nach den Regeln des Standortkantons zuständig.

³⁷ SO übernimmt im ambulanten Bereich auch innerkantonal keine Restkosten.

³⁸ Gesetzesänderung im Zusammenhang mit Pa.Iv. 14.417.

2.1.4. Abgrenzung von Pflegekosten

Die im Rahmen der NPF eingeführte Restfinanzierung hat zur Folge, dass die Leistungserbringer ihre Pflegekosten bzw. ihre Kosten für Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV³⁹ dem Kanton bzw. den Gemeinden ausweisen müssen, damit diese die Höhe der Restfinanzierung festlegen können.⁴⁰ Das erfordert von den Leistungserbringern, dass sie in ihrer Kostenrechnung die Pflegekosten von Nicht-Pflegekosten⁴¹ abgrenzen und Transparenz über die gemeinwirtschaftlichen Kosten sowie Vorhalte-Kosten (Versorgungspflicht) schaffen. Für die Pflegeheime ist dies seit dem 1. Januar 2009 als Vorgabe in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung (VKL) festgehalten.

Der Preisüberwacher hat darauf hingewiesen, dass die Leistungserbringer bei kantonalen Finanzierungssystemen mit tiefen Normkosten oder Höchstgrenzen einen Anreiz haben, KVG-Pflegekosten auf die voll durch die Pflegebedürftigen zu tragenden nicht KVG-pflichtigen Kosten (Betreuung und Hotellerie in Pflegeheimen und Hauswirtschaft bei der Pflege zu Hause) zu überwälzen. In einer eigenen Untersuchung hat er entsprechende Praxen bei Pflegeheimen festgestellt, was aus seiner Sicht eine Verletzung der Begrenzung des Patientenbeitrags darstellt (Preisüberwacher 2011).

Die Leistungserbringer haben bei der Kostenrechnung gewisse Ermessensspielräume. So existieren verschiedene Kostenarten wie z.B. Administration und Gebäudekosten welche nicht direkt zuordenbar sind und daher auf die verschiedenen Kostenträger (Pflege, Betreuung etc.) umgelegt werden müssen. Insbesondere auch die Personalkosten können nicht immer direkt den einzelnen Kostenträgern zugeordnet werden, weil das Pflegepersonal nicht nur Pflegeleistungen erbringt. Um die Kosten korrekt umzulegen, müsste somit eine Arbeitszeiterfassung erfolgen. Die Leistungserbringerverbände haben für die Abgrenzung der Pflegekosten Grundlagen und Empfehlungen erarbeitet. Inwiefern die Leistungserbringer sich auf die empfohlenen Methoden stützen, wurde im Rahmen der Befragung der Leistungserbringer erhoben. Im Folgenden sind die Ergebnisse aufgeführt.

Praxis der Leistungserbringer bei der Kostenrechnung

Die Befragung zeigt, dass die Leistungserbringer unterschiedlich präzise Methoden für die Abgrenzung der Pflegekosten anwenden. Die meisten befragten⁴² Pflegeheime (78%) und Spitex-Organisationen (74%) verwenden als **Grundlage** das Handbuch für die Kostenrechnung und Leistungsstatistik von CURAVIVA (für Pflegeheime) resp. das Finanzmanual von Spitex Schweiz. Nur eine Minderheit von jeweils 6% (bei Pflegeheimen und Spitex) stützen sich auf keine Grundlage ab. Dabei geben bei den Pflegeheimen vermehrt private, gemeinnützige Pflegeheime und bei den Spitex-Organisationen vermehrt erwerbswirtschaftliche Organisationen an, keine Grundlage zu verwenden.

Zur Abgrenzung der Personalkosten wenden Leistungserbringer einen sogenannten «Verteilschlüssel» an, anhand dessen sie die Personalkosten der KVG-Pflege und Nicht-KVG-Pflege zuordnen. Gemäss

³⁹ Im Folgenden werden für die Pflegekosten und Pflegeleistungen gemäss Definition des Art. 7 KLV vereinfacht die Begriffe Pflegekosten und Pflegeleistungen verwendet.

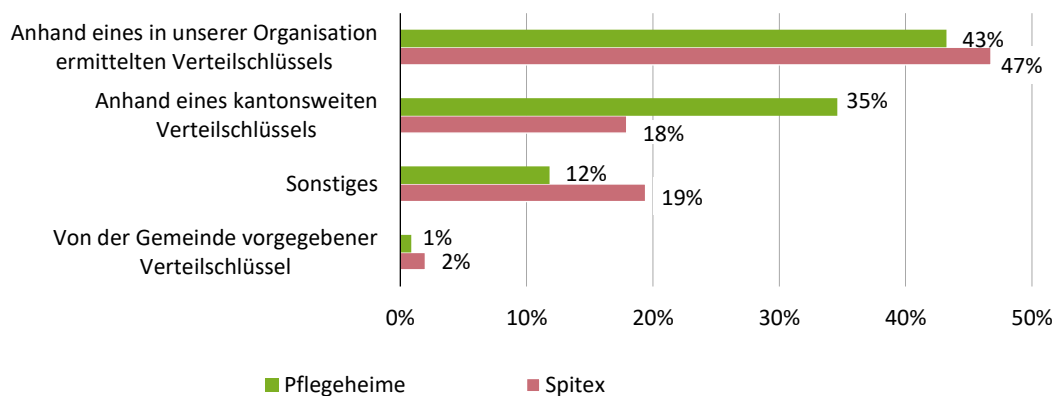
⁴⁰ Die Leistungserbringer sind auch gemäss KVG (Art. 50 i.V. mit Art. 49 Abs. 7) bzw. der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Art. 2 Abs. 1 Bst. e VKL) verpflichtet, eine Kostenrechnung zu führen.

⁴¹ Bei Pflegeheimen: Betreuung und Hotellerie; bei Spitex: hauswirtschaftliche und andere Leistungen

⁴² Im folgenden Bericht sind mit «Befragten» immer die Antwortenden gemeint. Die Prozentzahlen beziehen sich somit immer auf die Anzahl der Personen, die auf die Befragung geantwortet haben.

der Onlinebefragung verwendet die Mehrheit der befragten Pflegeheime und Spitex-Organisationen – insbesondere erwerbswirtschaftliche Leistungserbringer – einen intern ermittelten Verteilschlüssel (vgl. folgende Abbildung).

Abbildung 3: Methode zur Verteilung von nicht zuordenbaren Personalkosten



Frage: Wie legt Ihre Spitex-Organisation/Ihr Pflegeheim die Personalkosten für Leistungen im administrativen und organisatorischen Bereich (sogenannte Strukturzeiten oder nicht direkt klientenbezogene Leistungen) auf KVG-pflichtige Pflegeleistungen und nicht KVG-pflichtige Leistungen um?

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Leistungserbringer; Pflegeheime n=347, Spitex n=201

Die Festlegung des internen Verteilschlüssels erfolgt mit unterschiedlichen Methoden. Die Onlinebefragung zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der Pflegeheime und Spitex-Organisationen mit intern ermittelten Verteilschlüsseln Arbeitszeitanalysen verwenden, welche eine korrekte und genaue Abgrenzung der KVG-Pflegekosten erlauben. Rund ein Drittel der befragten Leistungserbringer mit intern ermittelten Verteilschlüsseln (Pflegeheime: 28%, n=42; Spitex-Organisationen: 34%, n=32) verwenden gröbere Methoden (z.B. basierend auf Personalmix oder groben Schätzungen).⁴³ Bei den Spitex-Organisationen zeigen sich hier Unterschiede zwischen gemeinnützigen und erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen. Insgesamt stützen sich die gemeinnützigen Spitex-Organisationen mit Träger Kanton/Gemeinde oder einem privaten gemeinnützigen Träger vermehrt auf genauere Methoden (Arbeitszeitmessungen) bei der Abgrenzung der Pflegekosten ab. Dies könnte aber auch mit der Organisationsgrösse zusammenhängen, da die befragten erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen mehrheitlich kleine Organisationen sind mit weniger als 100 KlientInnen pro Jahr.

In einzelnen Kantonen oder Gemeinden wird ein Verteilschlüssel vorgegeben. Dazu ist anzumerken, dass eine korrekte Abgrenzung der Pflegekosten prinzipiell auf einem individuellen Verteilschlüssel bzw. einer Arbeitszeitmessung erfolgen müsste. So stellen kantonsweite Verteilschlüssel auch aus Sicht eines Leistungserbringerverbands eine restriktive Vorgabe dar, da der Verteilschlüssel je nach durchschnittlichem Schweregrad in den Organisationen unterschiedlich sei. Leistungserbringer mit einem überdurchschnittlichen Schweregrad und überdurchschnittlich qualifiziertem Personal würden auf diese Weise benachteiligt.

⁴³ Die restlichen Organisationen gaben bei dieser Frage «weiss nicht» an.

Gemäss der Onlinebefragung zeigen sich beim Anteil der Personalkosten des Kostenträgers KVG-Pflege an den gesamten Personalkosten starke Unterschiede zwischen den Pflegeheimen. Im Jahr 2015 lag der Durchschnitt bei 62% und schwankte stark von 25% bis zu 99% mit einer Standardabweichung von 16 (n=217). Für die Spitex-Organisationen liegt der Mittelwert bei 68 % (n=124) mit einer Bandbreite von 21% bis 95% sowie einer Standardabweichung von 17.

Verwendung von Pflegebedarfserfassungssystemen

Das EDI hat im Rahmen der NPF (Art. 7a KLV) die Beiträge der OKP bei den Pflegeheimen nach 12 Pflegebedarfsstufen festgelegt. Bei den Spitex-Organisationen werden die Beiträge nach Zeit und Leistungsart festgelegt. Zur systematischen Ermittlung der Pflegebedarfsstufe bei den Pflegeheimen dienen Pflegebedarfserfassungssysteme, welche den Pflegebedarf in Minuten pro PatientIn erfassen und anhand eines Minutenwerts in die entsprechende Pflegebedarfsstufe überführen. Pflegeheime erfassen ihren Pflegebedarf mit verschiedenen Systemen. Dabei wurde festgestellt, dass die Systeme unterschiedliche Minutenwerte bei gleichem Pflegebedarf ausweisen. Das System Plaisir weist im Vergleich zu RAI und BESA einen höheren Pflegebedarf aus. Das kann zu unterschiedlichen Vergütungen von PatientInnen mit gleichem Pflegebedarf führen. Aus diesem Grund gab es Bestrebungen, die Pflegebedarfserfassungssysteme zu harmonisieren, welche in der Zwischenzeit zum Erliegen gekommen sind. Die auch bereits vor der NPF verwendeten Pflegebedarfssysteme sind BESA, Plaisir und RAI-RUG. Gemäss der Befragung nutzt die Mehrheit der Pflegeheime das Bedarfserfassungssystem BESA (56%), 38% nutzen RAI-RUG und 5% Plaisir. Das System Plaisir wird in den Kantonen Neuchâtel, Waadt, Genf und Jura verwendet. Im Hinblick auf die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist die Verwendung von Pflegebedarfserfassungssystemen insofern relevant, dass diese die Pflegekosten und den daraus entstehenden Finanzierungsbedarf beeinflussen. Darüber hinaus enthalten die Pflegebedarfserfassungssysteme Tätigkeitslisten, welche die Abgrenzung der Pflegeleistungen erleichtern. Bei der Befragung geben 19% der Pflegeheime an, dass sie ein Pflegebedarfserfassungssystem aufgrund der Neuordnung der NPF eingeführt haben.⁴⁴ Dies deutet darauf hin, dass die NPF zu einer systematischeren Erfassung des Pflegebedarfs beigetragen hat. Bei den Spitex-Organisationen verwenden 85% RAI Home-Care, 3% arbeiten ohne Pflegebedarfssystem. 26% haben das Pflegebedarfserfassungssystem aufgrund der NPF eingeführt. Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen, dass die Teilnahmequoten der Befragung bei den Pflegeheimen und der Spitex eher gering waren.

Vorgaben durch die Kantone

Die Kantone geben den Leistungserbringern teilweise Vorgaben bei der Abgrenzung der Pflegekosten und schreiben beispielsweise die Verwendung der Grundlagen der Leistungserbringerverbände vor. Die Befragung der Kantone zeigt, dass insgesamt etwas mehr als die Hälfte der Kantone Vorgaben dazu machen, wie die Pflegeheime und/oder Leistungserbringer der Pflege zu Hause ihre Kostenrechnungen zu erstellen haben. Grösstenteils beinhalten die Vorgaben, die Kostenrechnungen nach dem Handbuch von der Koordinationsgruppe Langzeitpflege (CURAVIVA und Senesuisse) resp. dem Finanzmanual von Spitex Schweiz zu erstellen. Diese Grundlagen der Verbände werden zudem oftmals an die kantonalen

⁴⁴ Gemäss Art. 9 Abs. 4 KLV war die Verwendung eines Pflegebedarfserfassungssystems bereits Pflicht.

Gegebenheiten angepasst. Vorgaben zur Abgrenzung der Pflegekosten innerhalb eines Kantons dienen vorwiegend dazu, dass die Kostenrechnungen vereinheitlicht und vergleichbar sind. Gerade bei der Festlegung der Normkosten bzw. Höchstgrenzen können einheitliche Kostenrechnungen die Transparenz erhöhen. Trotzdem scheint die Art der Restkostenfinanzierung keinen ersichtlichen Einfluss auf die Vereinheitlichung der Kostenrechnungen zu haben. So ist kein klarer Zusammenhang zwischen der Art der Restfinanzierung und den Vorgaben für die Kostenrechnungen festzustellen.

Teilweise machen die Kantone von der Möglichkeit Gebrauch, das durch die Leistungserbringer verwendete **Pflegebedarfserfassungssystem** vorzuschreiben. In den Kantonen SH, TG und SG ist beispielsweise explizit vorgeschrieben, dass die krankenversicherungsrechtliche Pflegebedarfsabklärung unter Zuhilfenahme des Abklärungsinstruments RAI Home-Care zu erfolgen hat. Mitunter, so etwa in den Kantonen BE und TG, wird in den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen für den Heimbereich auf die Abklärungsinstrumente RAI-RUG oder BESA hingewiesen.

Veränderungen durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Die Leistungserbringer mussten sich aufgrund der Restfinanzierung durch die Kantone in verschiedener Hinsicht anpassen. Die von den Kantonen festgelegten Tarife machten es notwendig, dass die Leistungserbringer teilweise ihre Kostenrechnungen umstellen mussten, die Taxenordnungen anpassen und die Patientenbeteiligung einführen müssen. Auch die Prozesse der Pflegekostenabrechnung mussten angepasst werden. Dadurch, dass die Kantone die Restfinanzierung an bestimmte Auflagen knüpfen, mussten insbesondere bis dato nicht subventionierte Leistungserbringer Investitionen tätigen, wie z.B. bestimmte elektronische Systeme für die Kostenrechnung. In der Onlinebefragung der Leistungserbringer zeigt sich so auch deutlich, dass die NPF Veränderungen bei der Praxis der Abgrenzung der Pflegekosten bewirkt hat. Etwas weniger als die Hälfte der Institutionen (Pflegeheime 45%, n=126; Spitex-Organisationen 39%, n=65) geben an, dass die die Kostenrechnung ausführlicher und transparenter erfolgt. Zudem führten ein Viertel der Pflegeheime (n=70) und ein Drittel der Spitex-Organisationen (n= 52) aufgrund der NPF ein neues System der Kostenrechnung ein. Insbesondere die Pflegeheime (16%) haben auch eine Arbeitszeitanalyse neu eingeführt. Bei rund 40% der Pflegeheime, respektive rund einem Drittel der Spitex-Organisationen, hat der Kanton oder die Gemeinde Vorgaben zur Erstellung der Kostenrechnung erlassen.

Schwierigkeiten der Leistungserbringer

Gemäss der Onlinebefragung ist für die grosse Mehrheit der Leistungserbringer klar, welche Leistungen als Pflegeleistungen zu erfassen sind und wie die Abgrenzung der Pflegekosten von Nicht-Pflegekosten zu erfolgen hat. Dennoch werden von den Leistungserbringern verschiedene Schwierigkeiten diesbezüglich genannt. Die Hauptproblematik sowohl bei den Pflegeheimen als auch bei den Spitex-Organisationen betrifft die unklare Leistungsabgrenzung, welche insbesondere zu Diskussionen mit den Versicherern führt. Unklare Leistungsabgrenzungen würden insbesondere in bestimmten Bereichen wie bei Demenz, der psychogeriatrischen Pflege oder Palliative Care vorkommen. Bei komplexen Fällen würden Leistungen, wie bspw. das Gedächtnistraining bei Demenz, in den Pflegebereich fallen, während diese

Leistung bei weniger komplexen Fällen zur Betreuung zu zählen ist. Der Leistungskatalog gemäss Art. 7 KLV gehe hier zu wenig ins Detail bzw. berücksichtige nicht die Komplexität der Fälle. Auch die Pflegebedarfserfassungssysteme würden dem zu wenig Rechnung tragen. In Bezug auf die Restfinanzierung durch die Kantone wird die Problematik der unklaren Leistungsabgrenzung etwas seltener genannt. Gemäss der Befragung der Kantone kommt es in einzelnen Kantonen ebenfalls zu Diskussionen mit den Leistungserbringern. Die Kantone haben in der Regel die Pflegeleistungen gemäss Art. 7 KLV nicht näher definiert. Als ein positives Beispiel wird diesbezüglich der Kanton Bern genannt, welcher Pflegeleistungen präzisiert habe, bei denen unklar sei, ob sie unter die in Art. 7 KLV aufgeführten Leistungen fallen würden (z.B. Wundspitex, Dossierführung).

Die Leistungserbringer sehen insbesondere Handlungsbedarf bei der Präzisierung von Pflegeleistungen und weiteren Leistungen, um diese besser abgrenzen zu können. So erwähnen die Leistungserbringer verschiedene Grundlagen (KLV, Pflegebedarfserfassungssysteme), bei denen die Tätigkeitslisten genauer definiert und erweitert werden sollten.

2.1.5. Beurteilung durch die Akteure⁴⁵

2.1.5.1. Umsetzung durch die Kantone

Im Folgenden werden die Aussagen der im Rahmen der explorativen Interviews befragten Akteure zusammengefasst aufgeführt. Zur Wahrung der Anonymität werden die Akteure nicht immer explizit genannt, da die Aussagen auf einzelne Interviewpartner zurückgeführt werden könnten. Handelt es sich um offizielle Haltungen des Akteurs, welche öffentlich publiziert sind, werden die Akteure in Ausnahmefällen genannt.

Die befragten Akteure sind geteilter Meinung zur Umsetzung der NPF durch die Kantone. Einige Akteure sind der Ansicht, dass die Kantone ihre Pflicht erfüllt hätten. Sie hätten die notwendigen gesetzlichen Grundlagen geschaffen und die Restfinanzierung mit einzelnen Verzögerungen und einer Ausnahme (Kanton SO) eingeführt. Aus Sicht der Krankenversicherer ist die Einführung der neuen OKP-Beiträge problemlos und kontrolliert abgelaufen. Die GDK erklärt, dass die NPF bei den Kantonen zum Teil grosse Anpassungen erforderte. Während bei vielen Kantonen vor der NPF eine Objektfinanzierung gegolten habe, habe neu ein personenbezogenes System (Subjektfinanzierung) aufgebaut werden müssen. Einzelne befragte Kantone berichten, dass die Umsetzung durch die Vielfalt der Finanzierer komplexer geworden sei.

Einige Akteure sehen die Umsetzung durch die Kantone noch als unzureichend und lückenhaft an:

- Einig sind sich alle Akteure darin, dass bei der Restfinanzierung von ausserkantonalen Leistungen eine Lücke bestehe, da die Zuständigkeiten im Bundesgesetz nicht geregelt seien. Einzelne Akteure sind der Ansicht, dass mit der vom Parlament verabschiedeten Änderung weiterhin Finanzierungslücken auftreten könnten bzw. bzw. die Wahlfreiheit der versicherten Person nicht gewährleistet sei (Senesuisse, H+).

⁴⁵ Im Folgenden nennen wir bei einzelnen Aussagen die Institution. Dabei ist immer gemeint, dass eine vertretende Person diese Sichtweise ausgedrückt hat und nicht die Institution selbst.

- Mehrere Akteure machen auch darauf aufmerksam, dass in einigen Kantonen keine Restfinanzierung für private Leistungserbringer und selbständige Pflegefachpersonen vorgesehen sei, was eine Verletzung der NPF darstelle.
- Aus Sicht des Preisüberwachers und der Leistungserbringerverbände haben einige Kantone den Spielraum, den ihnen der Art. 25a KVG zur Regelung Restfinanzierung einräumt, zu stark ausgenutzt. Sie würden die Restfinanzierung zwar regeln, aber nicht sicherstellen. Einige Kantone hätten die Restfinanzierung an ihre finanziellen Möglichkeiten geknüpft und nicht an die vollen Kosten der Leistungserbringer und beispielsweise zu tiefe Normkosten festgesetzt. Die Folge seien ungedeckte Restkosten, welche durch die Leistungserbringer getragen oder an die Pflegebedürftigen überwältigt würden. Andere Kantone hingegen hätten die Leistungserbringer bei der Berechnung der Restkosten einbezogen, so dass die Restkosten besser gedeckt seien. Insgesamt seien die Kriterien, nach denen die Restfinanzierung bemessen würde, bei vielen Kantonen jedoch zu wenig transparent.
- Aus Sicht der Verbände der privaten Anbieter ist es erfreulich, dass diese seit der NPF auch von der Finanzierung der öffentlichen Hand profitieren könne. Abgesehen davon, dass einige Kantone noch keine Restfinanzierung für private Anbieter vorsehen, würden die privaten Anbieter in einigen Kantonen noch benachteiligt (insbesondere bei Spitex-Organisationen). Die öffentlichen Organisationen würden häufig noch zusätzlich subventioniert, z.B. aufgrund eines Versorgungsauftrags. Die Subventionen seien aber häufig nicht transparent definiert. Der Verband ASPS weist zudem darauf hin, dass die in den Kantonen FR und GE geltenden höheren Patientenbeteiligungen für privat-erwerbsswirtschaftliche Spitex-Organisationen wettbewerbsrechtlich bedenklich seien.
- Die Gemeindeverbände erachten es als problematisch, dass einzelne Kantone die Restfinanzierung an die Gemeinden delegieren, ihnen aber keine Mitsprache einräumen oder die Gemeinden mit der Aufgabe überfordern. Andere Akteure merken an, dass die in einigen Kantonen zuständigen Gemeinden die Restfinanzierung sehr unterschiedlich handhaben (von Defizitdeckungen bis zu hart verhandelten Normkosten). Dies führe zu einer Ungleichbehandlung der Leistungserbringer und Leistungsbeziehenden innerhalb eines Kantons.
- Einzelne Akteure stellen fest, dass die Kantone die Patientenbeteiligungen unterschiedlich umgesetzt haben und insbesondere in der Pflege zu Hause teils tiefere Patientenbeteiligungen als die Maximalbeteiligung verlangen. Einige Akteure würdigen es, dass die Kantone offensichtlich den Grundsatz «ambulant vor stationär» zur Einsparung von Kosten verfolgen. Aus Sicht eines Pflegeheimverbandes werden die Pflegeheime jedoch benachteiligt, indem für die PatientInnen bei der Pflege zu Hause tiefere Patientenbeteiligungen gelten.

Handlungsbedarf

Ausgehend von den oben genannten Kritikpunkten an der kantonalen Umsetzung sehen die Akteure den folgenden Handlungsbedarf:

Ebene Gesetzgeber und Bund:

- Im Gesetz klarer formulieren, wie die Kantone die Restfinanzierung sicherstellen müssen. (Preisüberwacher, Leistungserbringerverbände).
- Restkosten im Gesetz klarer definieren, d.h. regeln, wie die Kosten der versicherten Pflegeleistungen zu bestimmen sind (Preisüberwacher).
- Schweizweit einheitliche Kriterien zur Berechnung und Bestimmung der Restkosten festlegen (H+).
- Zuständigkeit der Finanzierung von ausserkantonalen Pflegeleistungen regeln (alle).

Ebene Kantone:

- Restfinanzierung bei allen Leistungserbringertypen einführen (SBK).
- Restfinanzierung an den Vollkosten und Kostenrechnung der Leistungserbringer bemessen (SBK, Senesuisse).
- Einheitliche Restfinanzierung für öffentliche und private Leistungserbringer bzw. transparente Leistungsbeschreibung mit entsprechender Abgeltung bei Erfüllung weiterer Leistungen / Anforderungen (Association Spitex privée Suisse ASPS, Senesuisse).
- Vereinheitlichung der Verfahren und Standards, mit denen die Normkosten ermittelt werden (GDK).
- Vertretung der Gemeinden auf Kantonsebene einrichten und Gemeinden Mitsprache bei der Finanzierung gewähren (Gemeindeverband).
- Plattformen für einen regelmässigen Austausch mit allen Leistungserbringerverbänden zu Problemen und Lösungsansätzen zur Umsetzung der NPF (ASPS).

2.1.5.2. Umsetzung durch die Leistungserbringer

Aus Sicht des *Preisüberwachers* ist die Praxis der Leistungserbringer in Bezug auf die Abgrenzung der Pflegekosten noch nicht zufriedenstellend.⁴⁶ Er moniert, dass die Aufteilung auf die drei Kostenträger durch einige Pflegeheime nicht korrekt erfolge und eigentliche KVG-Pflegekosten auf die PatientInnen in Form von Betreuungs- und Hotelleriekosten überwältzt würden. Beim Preisüberwacher seien von PflegeheimbewohnerInnen bzw. deren Angehörigen Meldungen gemacht worden, dass den Pflegebedürftigen zu hohe Kosten in Rechnung gestellt würden. Bei Überprüfungen der Pflegeheime durch den Preisüberwacher sei festgestellt worden, dass die Pflegeheime ihren Ermessungsspielraum bei der Abgrenzung der Pflegekosten ausnutzen würden und eigentliche Pflegekosten als Betreuungs- oder Hotelleriekosten verrechnen (vgl. Preisüberwachung 2011). Auch sei festgestellt worden, dass die Betreuungskosten bei Personen in hohen Pflegebedarfsstufen plötzlich angestiegen seien. Grund für diese Praxis der Leistungserbringer sei, dass in vielen Kantonen die Restkosten nicht voll gedeckt seien und die Pflegeheime in Bezug auf die Pflegekosten unter finanziellen Druck geraten würden. Diese Problematik trete insbesondere in Kantonen auf, in denen die Restkosten nicht voll gedeckt werden. Die Kantone SO und BL hätten nach einem Gerichtsverfahren so auch ihre Normkosten anpassen müssen.

⁴⁶ Die anderen befragten Akteure gaben an, dass sie die Praxis der Leistungserbringer bei der Abgrenzung von Pflegekosten nicht beurteilen können.

Aus Sicht der *Leistungserbringerverbände* hat sich die Praxis bei der Erstellung der Kostenrechnung durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung verbessert. Früher hätten beispielsweise nicht alle Leistungserbringer die Kosten auf die Kostenträger umgelegt. Die Leistungserbringer hätten sich den Vorgaben der Kantone anpassen müssen. Dementsprechend hänge die Art und Qualität der Kostenrechnung auch von den kantonalen Vorgaben ab. Einzelne Leistungserbringerverbände räumen aber ein, dass die Leistungserbringer ihre Erhebung der Pflegekosten (z.B. durch Zeiterfassungen) noch verbessern und ihre Kostenrechnungen vereinheitlichen könnten. Teilweise sei den verantwortlichen Personen auf operativer und strategischer Ebene die Bedeutung einer korrekt geführten Kostenrechnung noch nicht klar. Die befragten Leistungserbringerverbände erwähnen teilweise auch das durch den Preisüberwacher angesprochene Problem, dass die Leistungserbringer durch zu tiefe Höchstsätze der Kantone ungedeckte Restkosten aufweisen. Zwei kantonale Pflegeheimverbände räumen ein, dass das Defizit teilweise über die Hotellerie und Betreuungskosten gedeckt würde bzw. die Gefahr dazu bestehe.

Schliesslich weisen verschiedene Akteure (Preisüberwacher, CURAVIVA, Santésuisse, Curafutura) auf ein Problem hin, das zwar im Zusammenhang mit der Praxis der Leistungserbringer bei der Abgrenzung von Pflegekosten steht, allerdings nicht aus der NPF resultiert. So erachten diese Akteure die Tatsache, dass verschiedene Pflegebedarfserfassungssysteme zugelassen sind und verwendet werden, als problematisch, da je nach System unterschiedliche Einstufungen resultieren würden. Dies führe zu einer Ungleichbehandlung bei der Finanzierung.

Handlungsbedarf

Damit die Leistungserbringer ihre Kostenrechnung verbessern und ihre Kosten transparenter ausweisen, sehen mehrere Stakeholder auch Handlungsbedarf bei den Kantonen. Nach Meinung der GDK sollten die Kantone zu den Verfahren und Instrumenten zur Abgrenzung der Pflegekosten Vorgaben machen und damit vergleichbare Kostenrechnungen sicherstellen. Idealerweise sollten die Kantone ihre Verfahren dazu vereinheitlichen. Auch ein Leistungserbringerverband ist der Ansicht, dass die Kostenrechnungen der Betriebe vergleichbar gemacht und die Restfinanzierung darauf abgestützt werden sollte.

Der Preisüberwacher und mehrere Leistungserbringerverbände fordern, dass die Kantone die Finanzierungslücken bei der Restfinanzierung schliessen sollten, um den Druck auf die Leistungserbringer zu senken.

Verschiedene Stakeholder sehen Handlungsbedarf bei der genaueren Definition der Pflegeleistungen. Der Preisüberwacher fordert, dass das Parlament eine Positivliste für die KVG-Pflegeleistungen definiert. Nach Ansicht einzelner Leistungserbringerverbände braucht es Finanzierungskonzepte und Präzisierungen auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe in den Bereichen, in denen Art. 7 der KLV mit Begriffen wie «aufwändige und komplexe Situationen» unpräzise sei (z.B. Gerontopsychiatrie, Palliative Care, Demenz).

In Bezug auf die unterschiedlichen Pflegebedarfserfassungssysteme bei den Pflegeheimen fordern die Versicherer und der Preisüberwacher eine Vereinheitlichung. Nach Meinung der Akteure müsste der Gesetzgeber hier aktiv werden, da das Projekt der Harmonisierung⁴⁷ gescheitert sei.

2.1.6. Zwischenfazit

Nachfolgend sind die wichtigsten Ergebnisse zur Umsetzung durch die Kantone und Leistungserbringer im Bereich der Restfinanzierung festgehalten. Die abschliessende Beurteilung zu diesem Punkt wird im Kapitel 6 vorgenommen.

Stand der Umsetzung der Restfinanzierung durch die Kantone

Den Kantonen stand bei der Umsetzung der Restfinanzierung ein weiter Ermessensspielraum zu, den sie aus Sicht der EvaluatorInnen stark ausgenutzt haben. So zeigen sich insbesondere bei den folgenden Aspekten der Restfinanzierung Unterschiede in der Umsetzung der Restfinanzierung zwischen den Kantonen:

- Einführung der Restfinanzierung für alle Leistungserbringertypen: Die meisten Kantone haben für alle Leistungserbringertypen im Kanton die Restfinanzierung eingeführt. Insgesamt acht Kantone leisten keine Restfinanzierung an einzelne Leistungserbringertypen: SO für die Spitex-Organisationen, AI und SO für selbständige Pflegefachpersonen, TI und GL für Pflegeheime ohne Leistungsvertrag und AR, AI, GL, FR, GE und TI für Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht.
- Zuständigkeit bei der Regelung der Restfinanzierung und Aufteilung der effektiven Restfinanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden: Für die Regelung der Restfinanzierung zuständig sind in den meisten Fällen die Kantone. Das zuständige Gemeinwesen trägt in den meisten Fällen auch die effektive Restfinanzierung, es gibt aber auch Kantone, bei denen sich dies unterscheidet. Die Regelungen sind vermutlich meist entweder historisch oder durch die bestehenden Verwaltungsstrukturen begründet. Zu Schwierigkeiten kommt es gemäss einzelnen Aussagen von Gemeindevertretern in Fällen, bei denen der Kanton die Restfinanzierung festlegt und die Gemeinden dies finanzieren – insbesondere, wenn die Gemeinden ungenügend einbezogen werden.
- Flexible Festlegung einer Patientenbeteiligung bis zum Maximum von 20% des höchsten OKP-Beitrags: Während im Bereich der Pflegeheime die meisten Kantone die höchstmögliche Patientenbeteiligung festgelegt, sind dies bei der Pflege zu Hause nur 11 Kantone. Die heterogene Umsetzung in diesem Bereich hängt aus Sicht der EvaluatorInnen mit der Gesundheitspolitik und der Versorgungslandschaft in den Kantonen zusammen. Einige Kantone verfolgen bewusst die Strategie «ambulant vor stationär» zur Begrenzung der Kosten und sehen daher eine tiefere Patientenbeteiligung im Bereich der Pflege zu Hause vor. Bei einzelnen Kantonen gelten für privaterwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen höhere Patientenbeteiligungen als für öffentlich-rechtlichen Spitex-Organisationen.

⁴⁷ In einem gemeinsamen Projekt der Leistungserbringerverbände, der Versicherer und der GDK unter dem Lead des BAG, sollten die drei Instrumente auf Basis einer Dreifacherhebung im Feld kalibriert werden. Dieses Projekt ist mangels Interesse einzelner Akteure gescheitert, was alle Akteure im März 2015 als Ergebnis festgehalten haben. Das BAG ist nun daran zu prüfen, inwieweit Mindestanforderungen an die Pflegebedarfserfassungssysteme definiert werden können, um die Vereinheitlichung weiter voran zu treiben.

- Finanzierungslösungen: Bei der Festlegung der Höhe der Restfinanzierung zeigen sich verschiedene Lösungen, die von der Abgeltung der effektiven Restkosten basierend auf den Vollkosten bis hin zu leistungsorientierten und kantonsweit festgelegten Normkosten reichen. Die Finanzierungslösungen lassen sich nach Lösungen mit mehr oder weniger Kostendruck auf die Leistungserbringer typologisieren. Eine Systematik nach Regionen oder Grösse des Kantons lässt sich dabei aber nicht erkennen. Vielmehr scheinen die Finanzierungslösungen von finanzpolitischen Zielen und von früheren Finanzierungslösungen abhängig zu sein. Zu beobachten ist, dass in einigen Kantonen für private bzw. erwerbswirtschaftliche Leistungserbringer – meist begründet durch fehlende Verpflichtungen zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen und oder einer Versorgungspflicht – tiefere Restkostenfinanzierungen gelten.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass die Umsetzung der Kantone teilweise zu Schwierigkeiten führen:

- Eine erste Problematik betrifft die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeleistungen. Die Befragung der Kantone zeigt, dass sich zwar relativ einheitliche Umsetzungslösungen bei den Kantonen finden und diese bereits meist das Prinzip des Herkunftskantons anwenden. Dennoch kommt es gemäss Aussagen der Kantone noch zu Finanzierungslücken aufgrund von Differenzen in der Höhe der durch die Kantone erstatteten Beiträge (Normkosten/Höchstgrenzen). Diese Problematik war Gegenstand eines durch das Parlament verabschiedeten Änderungsvorschlags der SGK-SR. Dieser legt neu fest, dass der Herkunftskanton für die Finanzierung zuständig ist und die pflegebedürftige Person in bestimmten Fällen eventuelle Mehrkosten selbst tragen muss, nämlich wenn die Person sich für einen ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt entschieden hat, obwohl in ihrem Herkunftskanton ein Pflegeheimplatz vorhanden gewesen wäre. Für die Versicherten bedeutet dies eine Einschränkung ihrer Wahlfreiheit, welche für die Pflegebedürftigen und Angehörigen problematisch sein kann, wenn beispielsweise die pflegebedürftige Person aus finanziellen Gründen nicht in der Nähe ihrer Angehörigen in ein Pflegeheim eintreten kann.
- Zu Schwierigkeiten bei den Leistungserbringern bzw. deren Trägern führen gemäss deren Aussagen Finanzierungslösungen der Kantone, welche ungedeckte Restkosten nach sich ziehen. Dies stellt sie vor das Problem, dass sie die ungedeckten Restkosten übernehmen müssen und Anreize haben, diese den PatientInnen über Hotellerie- und Betreuungstarife zu verrechnen. Der Preisüberwacher hat auf die bestehende systematische Verletzung der Begrenzung des Patientenbeitrages an den nicht von der OKP gedeckten KVG-Pflegekosten hingewiesen⁴⁸.
- Schliesslich sind auch die in einzelnen Kantonen geltenden höheren Patientenbeteiligungen für privaterwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen mit Problemen behaftet. Zum einen werden privaterwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen aus wettbewerblicher Sicht benachteiligt. Zum anderen besteht auch eine Ungleichbehandlung der Versicherten innerhalb eines Kantons abhängig vom Träger der Spitex-Organisation.

⁴⁸ Siehe dazu auch Urteile KGer BL 810 12 86 vom 12.06.2013 E. 5 und VersGer SG KV 2012/9 vom 17.12.2012 E. 1.4 und 3.

Umsetzung durch die Leistungserbringer

In der Onlinebefragung wurden die Leistungserbringer zu ihrer Praxis hinsichtlich der Abgrenzung der Pflegekosten befragt. Aufgrund der Ergebnisse lassen sich Unterschiede in der Abgrenzungsgenauigkeit bei der Kostenrechnung feststellen. So kommen beispielsweise unterschiedlich genaue Methoden bei der zeitlichen Erfassung der KVG-Pflegeleistungen und bei der Zuteilung von allgemeinen Kosten auf die Kostenträger KVG-Pflege sowie Betreuung und Hotellerie (für Pflegeheime) und Hauswirtschaft (für Spitex-Organisationen) zum Einsatz. Teils werden kantonsweite, teils individuelle, auf den effektiven Leistungen der Organisation ermittelte Verteilschlüssel verwendet. Die Mehrheit der Pflegeheime und der Spitex-Organisationen verwendet dabei den genaueren Verteilschlüssel, d.h. den individuell ermittelten Verteilschlüssel, wobei nur ein Teil dieser Institutionen diesen aufgrund von Arbeitszeitmessungen festlegt. Häufig werden auch grobe Schätzungen verwendet. Insgesamt deuten die Ergebnisse zu den Methoden bei der Kostenrechnung darauf hin, dass sich die Praxis zwar verbessert hat, die Abgrenzung von KVG-Pflegeleistungen jedoch teilweise wenig transparent ist.

Die Praxis der Leistungserbringer bei der Kostenrechnung scheint stark davon abhängig, ob die Kantone Vorgaben machen und ob die kantonalen Verbände Empfehlungen aussprechen bzw. Instrumente zur Verfügung stellen. Zudem zeigen sich bezüglich der Praxis bei der Abgrenzung von Pflegekosten Unterschiede zwischen gemeinnützigen und erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen.⁴⁹ Insgesamt stützen sich die gemeinnützigen Spitex-Organisationen mit Träger Kanton/Gemeinde oder einem privaten gemeinnützigen Träger tendenziell auf genauere Methoden bei der Abgrenzung der Pflegekosten ab. Dies könnte aber auch mit der Organisationsgrösse zusammenhängen, da die befragten erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen mehrheitlich kleine Organisationen sind mit weniger als 100 KlientInnen pro Jahr.

Schliesslich zeigen die Ergebnisse, dass den Leistungserbringern eine trennscharfe Abgrenzung der KVG-Pflegekosten teilweise auch durch Unklarheiten in Bezug auf Leistungsabgrenzungen erschwert wird. Dies betrifft Leistungen im Zusammenhang mit Demenz, Palliative Care oder der psychogeriatrischen Pflege, zu denen laut Aussagen der Leistungserbringer Präzisierungen im KLV-Leistungskatalog (Art. 7 KLV) und in den Tätigkeitslisten der Pflegebedarfserfassungssysteme fehlen.

2.2. Sozialpolitische Begleitmassnahmen

2.2.1. Gesetzliche Regelungen und Handlungsspielräume der Kantone

Anspruch auf Ergänzungsleistungen

Im Zusammenhang mit der Neugestaltung des Finanzausgleiches (NFA) erfolgte eine Neuregelung der EL, welche eine Verbundaufgabe von Bund und Kantonen darstellen. Der Bund leistet Beiträge an die Kantone für deren Aufwendungen an die EL. Er übernimmt einen Anteil von 5/8 der Existenzsicherung⁵⁰. Die

⁴⁹ Die selbständigen Pflegefachpersonen wurden nicht in die Onlinebefragung einbezogen, so dass zu allfälligen Unterschieden in der Umsetzung dieser Leistungserbringergruppe keine Aussagen gemacht werden können.

⁵⁰ Die Existenzsicherung entspricht bei den Personen zu Hause der ganzen jährlichen Ergänzungsleistung. Bei den Personen im Heim macht die Existenzsicherung nur einen Teil der jährlichen Ergänzungsleistung aus, da bei diesen noch Zusatzkosten aus dem Heimaufenthalt anfallen (Art. 13 Abs. 2 ELG).

Kantone finanzieren den Anteil von 3/8 der Existenzsicherung sowie die heimbedingten Mehrkosten für Personen im Pflegeheim. Die Kantone sind dabei seit 1998 berechtigt, für Personen, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital leben, die maximal anrechenbaren Aufenthaltskosten (Tagestaxe und Betrag für persönliche Auslagen)⁵¹ zu regeln.⁵² Zudem vergüten die Kantone die ungedeckten Krankheits- und Behinderungskosten⁵³, wozu auch Betreuungs- und Pflegekosten zählen.⁵⁴ Die EL für Personen im Pflegeheim wie auch die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten stellen eine «subsidiäre Pflegeversicherung» für erwachsene Personen dar, welche mit eigenen finanziellen Mitteln die durch Sozialversicherungsleistungen und Subventionen nicht gedeckten Pflegekosten nicht finanzieren können. Den Kantonen steht es in Bezug auf die Krankheits- und Behinderungskosten frei, weitere Leistungen oder höhere Beträge als die geltenden Höchstbeträge zu entrichten.

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden zum einen die Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf EL erhöht (Art. 11 ELG). Neu beträgt der Vermögensfreibetrag für Alleinstehende CHF 37'500 und für Ehepaare CHF 60'000. Die derzeit geplante ELG-Revision sieht nun allerdings wieder eine Senkung der Freibeträge vor.⁵⁵ Weiter wurde der zusätzliche Freibetrag für BewohnerInnen von selbstbewohntem Wohneigentum auf 112'500 angehoben. Eine Sonderregelung gilt neu für diejenigen Ehepaare, bei denen der eine Partner im Heim, der andere jedoch in der eigenen Liegenschaft lebt. Hier wurde die Vermögensfreigrenze auf 300'000 erhöht. Diese bundesgesetzliche Regelung ist abschliessend, weshalb die Kantone keine Ausführungsgesetzgebung dazu zu erlassen haben. Die Kantone sind lediglich befugt, den Vermögensverzehr von 1/10 bzw. 1/15 des angerechneten Vermögens abweichend festzulegen, sofern die versicherte Person in einem Heim oder Spital lebt.⁵⁶ Diese Befugnis steht ihnen seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs zu.

Sozialhilfeabhängigkeitsverbot aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts

Weiter haben die Kantone seit Inkrafttreten der NPF dafür zu sorgen, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird (Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG).

Anspruch auf Hilflosenentschädigung

Mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung von Bezüglern einer Altersrente ausgedehnt. Seit Inkrafttreten der Revision können

⁵¹ vgl. Art. 10 Abs. 2 ELG. Eine Zusammenstellung der anrechenbaren Heimkosten (Tagestaxen) und des anrechenbaren Betrages für persönliche Auslagen (Stand 2015) findet sich in den Mitteilungen an die AHV-Ausgleichskassen und EL-Durchführungsstellen Nr. 360 vom 15. Mai 2015 (online verfügbar unter <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:28/lang:deu> – Stand vom 25. September 2016).

⁵² vgl. Art. 10 Abs. 2 ELG.

⁵³ Kosten für zahnärztliche Behandlungen, Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen, Mehrkosten für eine lebensnotwendige Diät, Transport zur nächstgelegenen Behandlungsstelle, Kosten für Hilfsmittel, Beteiligung an den Kosten der Krankenkasse (Selbstbehalt und Franchise) bis zum Betrag von jährlich CHF 1'000 sowie ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren.

⁵⁴ vgl. Art. 14 ELG.

⁵⁵ vgl. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20160065>.

⁵⁶ Übersteigt das Vermögen einen bestimmten Freibetrag, wird vom übersteigenden Betrag ein Teil als Einnahmen angerechnet. Dieser Teil wird als Vermögensverzehr bezeichnet. Regulär beträgt er 1/10 bei Altersrenten, 1/15 bei Invaliden- und Hinterlassenenrenten. Bei einem Aufenthalt in einem Heim kann dieser - je nach kantonaler Regelung - bis zu 1/5 betragen.

neu auch Bezüger einer Altersrente, welche lediglich in leichtem Grade hilflos sind, einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung geltend machen.⁵⁷ Der Anspruch auf eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades entfällt jedoch bei einem Aufenthalt in einem Heim.⁵⁸ Die bundesgesetzliche Regelung ist abschliessend, weshalb im Zusammenhang mit der Ausdehnung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung kein Umsetzungsbedarf für die Kantone bestand.

2.2.2. Umsetzung durch die Kantone

Wie die obigen Ausführungen zeigen, haben die Kantone verschiedene Handlungsspielräume in Bezug auf die Vergütung der EL. Zudem legt die Gesetzesänderung nicht konkret fest, wie die Kantone das Sozialhilfeverbot umsetzen sollen. Insgesamt zeigt sich aber ein relativ homogenes Bild bei der Umsetzung der sozialpolitischen Massnahmen durch die Kantone. Tabelle 27 im Anhang liefert eine Übersicht.

Anrechenbare Taxe beim Heimaufenthalt

Gemäss der Befragung der Kantone haben fast alle Kantone die von der EL mitfinanzierten Pflegeheimtaxen begrenzt. Mit Ausnahme dreier Kantone (BL, GE und VD) haben alle einen Höchstwert vorgegeben. ZH hat zwar einen anrechenbaren Höchstwert festgelegt, allfällige Überschreitungen dessen werden jedoch unter Erfüllung bestimmter Voraussetzungen durch kantonale Zuschüsse finanziert. Die anrechenbaren Höchstwerte variieren stark zwischen den Kantonen, wobei ein direkter Vergleich dieser Höchstwerte schwierig ist. In einigen Kantonen kann nebst den anrechenbaren Höchsttaxen für die EL noch eine weitere Subventionierung der Pflegebedürftigen resp. der Heime stattfinden (so z.B. im Kanton TI), wodurch tiefere Hotellerie- oder Betreuungskosten für die Pflegebedürftigen resultieren.

Neben der Deckelung der mitfinanzierten Heimtaxen können die Kantone auch die Art der anrechenbaren Heimkosten einschränken. Der Normalfall unter den Kantonen ist, dass den Pflegebedürftigen alle Kosten – also jene für Betreuung, Hotellerie und für den Patientenanteil – angerechnet werden. Einzig in GE ist der Patientenanteil gemäss Auskünften des Kantons nicht anrechenbar.

Ansätze zur Berechnung des Vermögensverzehr

Darüber hinaus bestehen für die Kantone Handlungsspielräume beim berechneten Vermögensverzehr, also dem Teil des Vermögens abzüglich eines Freibetrags, der als Einnahme betrachtet wird. Abgesehen von wenigen Kantonen wenden alle für Personen mit einer Altersrente den maximal zulässigen Vermögensverzehr von 1/5 bei einem Heimaufenthalt an. Die wenigen Ausnahmen hiervon bilden die Kantone AG und BL. In diesen Kantonen beträgt der angerechnete Vermögensverzehr 1/10. Der Kanton GR wendet im ersten EL-Bezugsjahr den maximal zulässigen Vermögensverzehr von 1/5 an, ab dem zweiten Bezugsjahr gilt wieder der ordentliche Vermögensverzehr von 1/10⁵⁹.

⁵⁷ Vgl. Art. 43^{bis} Abs. 1 AHVG.

⁵⁸ Vgl. Art. 43^{bis} Abs. 1^{bis} AHVG.

⁵⁹ Siehe Mitteilungen an die AHV- Ausgleichskassen und EL- Durchführungsstellen Nr. 360 vom 15. Mai 2015 (online verfügbar unter <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:28/lang:deu> – zuletzt besucht am 25. September 2016).

Massnahmen zur Verhinderung einer Sozialhilfeabhängigkeit

Die Kantone haben teilweise explizite Massnahmen zur Verhinderung einer Sozialhilfeabhängigkeit aufgrund der NPF ergriffen: So legen einige Kantone die anrechenbare Pflegeheimtaxe in Abhängigkeit der Tarife der Leistungserbringer oder in Absprache mit ihnen fest (GR, NW, SG und SH). Drei Kantone (BL, GE und VD) verzichten auch ganz auf eine maximale anrechenbare Heimtaxe. Vier Kantone (AG, FR⁶⁰, NE, TI⁶¹ und ZH) wiederum halten sich die Möglichkeit offen, Zuschüsse zur EL auszubezahlen. Vier Kantone stellen durch andere Massnahmen sicher, dass die (Mehrheit der) Pflegeheime mit den geltenden Höchstgrenzen bezahlbar sind (AR, BE, JU, TG). Zehn Kantone haben keine expliziten Massnahmen umgesetzt, geben aber an, dass die anrechenbare Heimtaxe die Tarife decken würden und somit keine Sozialhilfefälle aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts auftreten würden.

Effektive Sozialhilfefälle: Den Kantonen sind denn auch wenige Fälle bekannt, in denen ein Heimaufenthalt zu einer Sozialhilfeabhängigkeit geführt hat. Neun Kantone gehen davon aus, dass es in der Regel keine solchen Fälle gibt (AR, BL, BS, GE, NE, OW, SG, SH und TG) oder solche Fälle klare Ausnahme darstellen (LU, SZ und VD). Einige andere Kantone berichten dennoch von solchen Fällen. Hauptsächlich würden diese dann auftreten, wenn Pflegebedürftige Vermögen verschenkt hätten und dadurch nicht die gesamte EL ausbezahlt würde (AG, AI, GL, GR, SO, UR, VD) oder wenn diese verschuldet seien (JU). NW berichtet zudem davon, dass dies bei einem Aufenthalt in einem ausserkantonalen Heim vorkommen könnte, da die anrechenbaren EL-Steuer nicht ausgereicht hätten. Schliesslich könne es in TI oder FR zu solchen Fällen kommen, wenn die Pflegebedürftigen keinen Anspruch auf den kantonal vorgesehenen Betreuungszuschlag⁶² haben, bspw. weil die Pflegebedürftigen ihren Wohnsitz noch nicht lange genug im Kanton hatten. Drei Kantone (BE, ZG und ZH) konnten diesbezüglich keine Beurteilung abgeben.

Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten⁶³

Bei der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten, welche auch Pflegebedürftige mit EL, die zu Hause gepflegt werden betrifft, hat kein Kanton aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung besondere Massnahmen ergriffen. Nur vereinzelte Kantone haben hierzu bereits vorher besondere Regelungen getroffen. Beispielsweise hat TI eingeführt, dass der Kanton weitere Kosten übernimmt, falls die EL für die Pflege zu Hause nicht ausreichen. Dadurch soll der Bereich der Pflege zu Hause weiter gefördert werden.

⁶⁰ In FR werden ergänzend zur EL «Betreuungssubventionen» ausgerichtet, welche die Gesamtkosten der Pflegebedürftigen je nach deren finanzieller Situation gänzlich decken.

⁶¹ In TI werden indirekt zusätzliche Kosten zur EL ausbezahlt, da die Beitragsberechnung der Patienten für die Hotellerie und die Betreuung vermögensabhängig ist.

⁶² In diesen Kantonen werden auch die Betreuung und die Hotellerie teilweise vom Kanton in Form eines Betreuungszuschlags übernommen.

⁶³ Dieser Punkt konnte bei den Kantonen nicht vollständig erhoben werden, da sich die Gesprächspartner hierzu oftmals nicht sicher waren. Die Aussagen gelten daher nicht für die Allgemeinheit der Kantone.

2.2.3. Beurteilung durch die Akteure

Sichtweise und Schwierigkeiten der Kantone

Gemäss GDK und BSV haben die Kantone die Systeme der EL angepasst. Hintergrund ist, dass die Kantone die ungedeckten Restkosten vorher über die EL abwickeln konnten. Da seit der NPF die Vergütung der Restkosten allen Pflegebedürftigen zusteht, haben die Kantone die Ausgaben für die Pflege aus der Berechnung der Ergänzungsleistung herausgenommen und die Höhe der EL neu festgelegt. Die Kantone nennen diesbezüglich aber keine Schwierigkeiten.

Beurteilung durch weitere Akteure

Zur Umsetzung von Massnahmen im Bereich der EL und der Sozialhilfe durch die Kantone äussern sich nur wenige Stakeholder. Gemäss dem BSV wurden im Bereich der EL durch die Kantone bereits Anpassungen durch die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) eingeleitet. Dieser Anpassungsbedarf habe sich durch die NPF bzw. die Auflage, dass die Kantone die heimbedingten Mehrkosten zu 100% zu tragen haben, noch akzentuiert. Die Kantone hätten die notwendigen Anpassungen bei den EL vorgenommen. Unterschiede seien bei den Höchstgrenzen der anrechenbaren Kosten festzustellen. Der Städteverband geht davon aus, dass die Verhinderung der Sozialhilfeabhängigkeit insgesamt durch die Regelung der NPF und die Umsetzung der Kantone gewährleistet ist. Teilweise würden die Gemeinden noch mit besonderen Massnahmen prekäre finanzielle Situationen von Betroffenen abfedern, z.B. durch die Erlassung des selbstfinanzierten Pflegebeitrags, Verrechnung tieferer Taxen, spezieller Beihilfen zur Verhinderung des Abrutschens in die Sozialhilfe. Die Häufigkeit solcher Fälle sei aber unbekannt.

2.2.4. Zwischenfazit

Nachfolgend sind die wichtigsten Ergebnisse zur Umsetzung durch die Kantone im Bereich der sozialpolitischen Begleitmassnahmen festgehalten. Die abschliessende Beurteilung zu diesem Punkt wird im Kapitel 6 vorgenommen.

Umsetzung von Massnahmen zur Einhaltung des Sozialhilfeverbots

Aufgrund der sozialpolitischen Begleitmassnahmen der NPF mussten die Kantone ihre Gesetzgebungen kaum anpassen. Sie müssen aufgrund der Anpassungen des Art. 10 Abs. 2 Bst. a ELG lediglich dafür sorgen, dass die festgesetzte, für die EL anrechenbare Tagestaxe die Tagestaxen der meisten im Kanton anerkannten Pflegeheime deckt, so dass keine Sozialhilfeabhängigkeit durch einen Pflegeheimaufenthalt entsteht. Die Befragung der Kantone deutet darauf hin, dass die Kantone die Vorgabe weitgehend erfüllen. Sie nutzen dazu insbesondere ihre bereits durch den NFA gegebenen Handlungsspielräume. Die Mehrheit der Kantone gibt an, dies über die Festlegung der Höhe der anrechenbaren Heimtaxen sicher zu stellen. Andere Kantone leisten weitere Zuschüsse, wenn die EL im Pflegeheim nicht ausreichen. Insgesamt 10 Kantone haben keine expliziten Massnahmen umgesetzt, um die Vorgabe zu erfüllen. Diese Kantone geben aber an, dass ihnen keine Sozialhilfefälle aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts bekannt sind.

Weitere sozialpolitische Massnahmen

Die Kantone haben die Möglichkeit, die Ansprüche von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen (durch einen tieferen Vermögensverzehr) und zu Hause (durch einen grosszügigeren Umgang mit den Krankheits- und Behinderungskosten) gegenüber den Regelungen auf Ebene Bundesgesetz auszuweiten. Die Befragung der Kantone deutet darauf hin, dass die Kantone aufgrund der NPF in den wenigsten Fällen diese Möglichkeiten nutzen. Drei Kantone erheben einen tieferen Ansatz als alle anderen Kantone bei der Berechnung des Vermögensverzehrs und nur wenige Kantone scheinen einen grosszügigeren Umgang mit den Krankheits- und Behinderungskosten zu verfolgen, um finanzielle Erleichterungen bei der Pflege zu Hause zu schaffen.

2.3. Akut- und Übergangspflege

2.3.1. Gesetzliche Regelungen und Handlungsspielräume

Mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die Akut- und Übergangspflege (im Folgenden als AÜP abgekürzt) eingeführt. Ein Grund war laut BAG die geplante Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Es wurde befürchtet, dass die Vergütung aufgrund der leistungsbezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) bei den Spitälern zu Anreizen führen, die PatientInnen zu frühzeitig zu entlassen. Die AÜP sollte diese potenziellen unerwünschten Wirkungen abfangen. Mit der AÜP sollen Pflegebedürftige nach einem Spitalaufenthalt soweit unterstützt werden, dass sie danach wieder zu jenem Zustand zurückkehren können, in dem sie sich vor dem Spitalaufenthalt befanden.⁶⁴ Die AÜP dauert längstens 14 Tage und muss von einem/r SpitalärztIn verschrieben werden. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt nach den Regeln der Spitalfinanzierung, wobei diese Pflegeleistungen im Anschluss an eine Spitalbehandlung erbracht werden, namentlich von Pflegefachpersonen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, Pflegeheimen sowie Spitälern und Kliniken, die dafür eingerichtet sind erbracht werden.⁶⁵ Als AÜP gelten dabei lediglich die gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV versicherten Pflegeleistungen, welche aufgrund der Bedarfsabklärung als notwendig erscheinen.⁶⁶ Nicht dazu gehören andere OKP-Leistungen wie z.B. ärztliche oder therapeutische Leistungen. Diese werden separat als ambulante Leistungen abgerechnet und vergütet. Der Wohnkanton ist verpflichtet, jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den kantonalen Anteil festzulegen, wobei dieser mindestens 55% beträgt.⁶⁷ Die Modalitäten der Vergütung des kantonalen Anteils werden zwischen den Leistungserbringern und dem Wohnkanton vereinbart.⁶⁸

⁶⁴ vgl. auch Kommentar des EDI zu den Änderungen der KLV.

⁶⁵ vgl. Art. 25a Abs. 2 KVG und Art. 7 Abs. 3 KLV.

⁶⁶ vgl. Art. 7 Abs. 3 KLV.

⁶⁷ vgl. Art. 7b Abs. 1 KLV.

⁶⁸ vgl. Art. 7b Abs. 2 KLV.

2.3.2. Umsetzung durch die Kantone

Die Kantone haben im Zusammenhang mit der Umsetzung der AÜP heterogene Ausführungsbestimmungen erlassen.⁶⁹ Eine Gruppe von wenigen Kantonen, beispielsweise beide Appenzeller Kantone, begnügt sich damit, die bundesrechtlichen Vorgaben, insbesondere den minimalen Kostenanteil von 55%, zu erwähnen. Die übrigen Kantone sehen das Bundesrecht ergänzende Vorschriften in Bezug auf die Umsetzung der AÜP vor, welche teilweise einschränkende und teilweise fördernde Charakter haben:

- *Erfordernis eines Leistungsauftrages oder einer Zusatzbewilligung:* Vereinzelt sehen die Kantone vor, dass die AÜP nur von anerkannten Leistungserbringern ausgeführt werden darf, welche über eine Zusatzbewilligung bzw. einen Leistungsauftrag des Kantons bzw. der Gemeinde verfügen. Mitunter wird zwar keine Zusatzbewilligung oder ein eigentlicher Leistungsauftrag verlangt, jedoch bestimmte organisatorische oder personelle Voraussetzungen oder eine besondere Pflegeplanung vorgeschrieben. Gemäss der Befragung der Kantone⁷⁰ dürfen in 17 Kantonen die Spitex-Organisationen, die Pflegeheime und die selbständigen Pflegefachpersonen die AÜP ausüben. In sieben Kantonen sind nur einzelne dieser Leistungserbringer berechtigt. In mindestens⁷¹ sechs Kantonen dürfen auch die Spitäler AÜP abrechnen.
- *Konkretisierung des Begriffs der AÜP:* Sechs Kantone haben die AÜP näher definiert. Oftmals lehnt sich diese Definition an die Empfehlungen der GDK aus dem Jahr 2009⁷². Zwei Kantone haben Definitionen für die AÜP erarbeitet, die über diese Empfehlungen hinausgehen, indem sie die Dauer der AÜP von 14 Tagen auf 28 Tage (TI) bzw. auf 60 Tage (SH) verlängert haben. In TI kann zudem die AÜP auch durch den Hausarzt verschrieben werden, d.h. es muss kein Spitalaufenthalt vorangegangen sein. Allerdings ist fraglich, ob der Kanton TI damit in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Bundesgesetzes (Art. 25a KVG) handelt.
- *Förderung der AÜP:* Einzelne Kantone haben in ihren rechtlichen Grundlagen Massnahmen zur Förderung der AÜP vorgesehen. Beispielsweise verpflichtet der Kanton SZ zwecks Förderung der AÜP die BewohnerInnen von Pflegeheimen dazu, die Leistungen der Akut- und Übergangspflege in der von ihnen bewohnten Einrichtung in Anspruch zu nehmen.

Zuständigkeit und Finanzierung

Gemäss der Befragung der Kantone haben die meisten Kantone die Zuständigkeit für die AÜP definiert (vgl. Tabelle 24 im Anhang A4.2 zu den Regelungen zur AÜP in den Kantonen). Einzig in den Kantonen VD⁷³ und VS wurden keine Zuständigkeiten definiert. In den meisten Fällen (18 Kantone) liegt die Zuständigkeit beim Kanton. Die Kosten für die AÜP – also mind. 55% der Kosten⁷⁴ – werden auch meistens (15 Kantone) durch den Kanton übernommen. In fünf Kantonen sind diese Kosten durch die Gemeinden zu tragen und in vier Kantonen teilen sich Kantone und Gemeinden die Kosten. Nur in ca. der Hälfte der

⁶⁹ Siehe dazu die Übersichtstabelle «Gesetzesgrundlagen» im Anhang A2.

⁷⁰ Siehe dazu Tabelle 24 der Ergebnisse der Befragung zur Akut- und Übergangspflege im Anhang.

⁷¹ Nur drei Kantonsvertreter (SH, SO, SZ) gaben dies an. Gemäss H+ dürfte dies aber noch in mindestens drei weiteren Kantonen der Fall sein (AG, BE und GR). In der Befragung der Spitäler und Kliniken haben Standorte aus 15 Kantonen angegeben, ein AÜP-Angebot zu haben: AG, AI, AR, BE, BS, FR, GR, NE, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZH.

⁷² Siehe dazu http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/aktuelles/empfehlungen/em_umsetzung_200910-d.pdf.

⁷³ Gemäss der Befragung der Spitäler und Kliniken (BASS 2017) existieren im Kanton VD allerdings Standorte mit einem AÜP-Angebot.

⁷⁴ Die restlichen max. 45% sind analog zur Spitalfinanzierung durch die Versicherer zu tragen.

Kantone wurde ein Tarif für die AÜP mit den Versicherern vereinbart. In einzelnen Kantonen, darunter BL und GL, übernehmen die Kantone die anfallenden Rechnungen gesamthaft, da sich für die wenigen Fälle gemäss Aussagen der Kantone der administrative Aufwand mit den Versicherern nicht lohne.

2.3.3. Umsetzung durch die Leistungserbringer

Angebot der AÜP

Die Befragung der Leistungserbringer zeigt, dass die AÜP insgesamt eher lückenhaft angeboten wird. Von den antwortenden Leistungserbringern geben 53% der Spitex-Organisationen, 22% der Pflegeheime, 24% der Akutspitäler, 17% der Rehabilitationskliniken und 14% der psychiatrischen Kliniken bei den Befragungen an, über ein Angebot zu verfügen.⁷⁵ Es ist darauf hinzuweisen, dass die Häufigkeiten je Leistungserbringerkategorie nicht direkt vergleichbar sind, weil die Teilnahmequoten in den Onlinebefragungen sehr unterschiedlich ausfallen. Insbesondere für Spitex-Organisationen und Pflegeheime ist ein Non-response-Bias wahrscheinlich (vgl. Kap. 1.4).

Gemäss der Befragung der Kantone bieten nur in wenigen Kantonen Pflegeheime, Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen die AÜP an.⁷⁶ Das Angebot der AÜP unterscheidet sich laut den antwortenden Spitex-Organisationen (80%) und Pflegeheimen (54%) mehrheitlich nicht vom regulären Angebot. 37% der Pflegeheime und 8% der Spitex-Organisationen geben an, besondere Leistungen anzubieten. Dabei handelt es sich am häufigsten um Ergo- und Physiotherapien. Vereinzelt genannt werden auch gezielte Vorbereitungsmaßnahmen für die Alltagsbewältigung. Hierzu ist anzumerken, dass nur Leistungen der KVG-Pflege gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV durch die AÜP vergütet werden. Vorbereitungsmaßnahmen für die Alltagsbewältigung könnten auch Betreuungsleistungen umfassen, welche nicht unter die Leistungspflicht der OKP fallen.

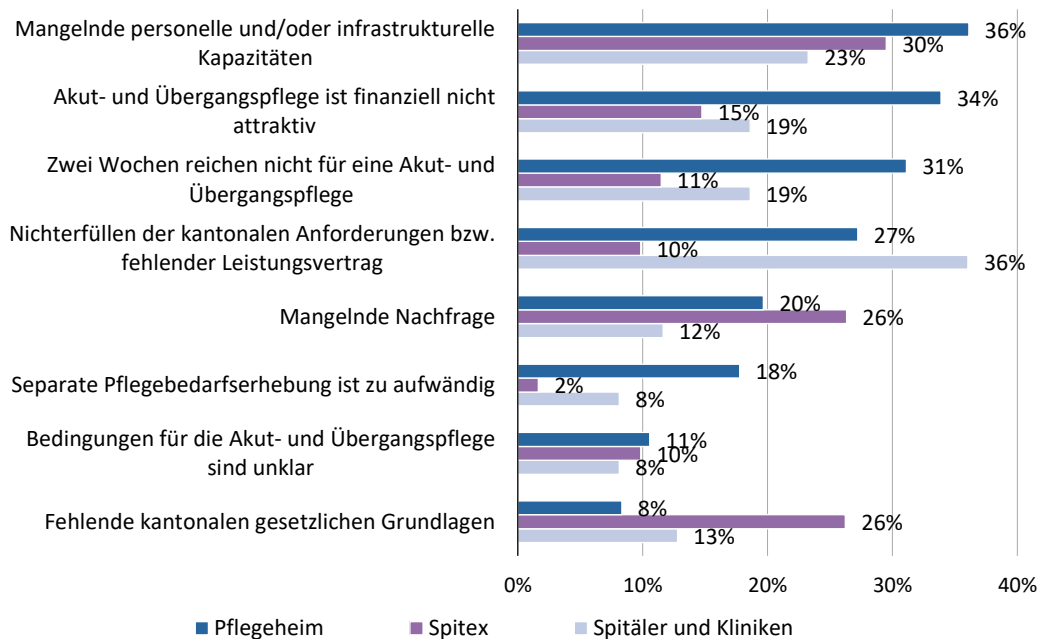
Die Gründe, weshalb die Leistungserbringer keine AÜP anbieten, sind vielschichtig und unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Leistungserbringern (vgl. Abbildung 4). Bei den Pflegeheimen und Spitex-Organisationen zeigt sich, dass einer der Hauptgründe für kein Angebot der AÜP die fehlenden personellen und/oder infrastrukturellen Kapazitäten sind (je über 30%). Bei den Spitälern spielt dieser Aspekt nur bei den psychiatrischen Kliniken eine vergleichbar wichtige Rolle (44%). Der am häufigsten genannte Grund bei den Spitälern und Kliniken (59%⁷⁷) ist hingegen, dass sie keine PatientInnen behandeln, die AÜP benötigen. Zudem erfüllen die Spitäler häufiger als die Pflegeheime und Spitex-Organisationen die kantonalen Vorgaben nicht und/oder verfügen nicht über einen Leistungsauftrag. Insbesondere bei den Pflegeheimen spielt auch eine Rolle, dass das Angebot finanziell für ihre Organisation nicht attraktiv sei. Während eine fehlende Nachfrage nach dem Instrument von den Spitex-Organisationen und Pflegeheimen in mindestens 20% der Fälle genannt wird, ist dies bei den Spitälern und Kliniken hingegen seltener der Fall.

⁷⁵ Bei den Spitälern und Kliniken geben 9 von 21 Institutionen an, dass die Akut- und Übergangspflege bereits vor 2011 eingeführt wurde. Es bleibt unklar, ob ein früher bestehendes Angebot mit der NPF unter anderem Titel weitergeführt wurde oder der Begriff der AÜP weiter gefasst wird (vgl. BASS 2017).

⁷⁶ Dies ist der Fall in AI, SH, SO, TI und ZH.

⁷⁷ Dieser Aspekt wurde nur bei der Befragung der Spitäler und Kliniken (BASS 2017) abgefragt (n=86) und erscheint daher nicht in der Abbildung.

Abbildung 4: Hindernisse für das Anbieten von AÜP



Frage: Weshalb bietet Ihre Spitex-Organisation/Ihr Pflegeheim/Ihr Spital/Ihre Klinik keine Akut- und Übergangspflege an?
 Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Leistungserbringer; Spitex-Organisationen n=61, Pflegeheime n=180, Spitäler und Kliniken: n=86.

2.3.4. Inanspruchnahme der AÜP

Die verfügbaren Daten sowie die Angaben der Leistungserbringer weisen auf eine bisher geringe Inanspruchnahme der AÜP hin. Bei den Pflegeheimen beträgt der Anteil der Kosten an den KVG-Pflegekosten gemäss SOMED-Statistik 0,7%. Auch bei den Spitex-Organisationen wurden laut Spitex-Statistik des BFS im Jahr 2015 mit 3'100 Stunden lediglich 0,1% der verrechneten Stunden für die AÜP aufgewendet.⁷⁸ Inwiefern Pflegeheime/Spitex-Organisationen dennoch solche Leistungen erbracht haben, diese aber unter der regulären Langzeitpflege oder Kurzzeitpflege verbuchen, geht aus den Daten nicht hervor. So handelt es sich bei den Leistungen der AÜP nicht um spezifische Leistungen und die Tarifpartner entscheiden letztendlich, unter welcher Finanzierungsart sie diese abrechnen. Für die Spitäler liegen keine belastbaren Daten zu Mengen und Kosten der AÜP vor.⁷⁹

In der Befragung der Leistungserbringer geben 40% der Spitex-Organisationen mit AÜP-Angebot an, dass die AÜP gar nicht und 57%, dass sie (eher) schwach nachgefragt wird. Bei den Pflegeheimen sind es 9% (gar nicht) und 52% ((eher) schwach). Bei den Spitälern und Kliniken mit AÜP-Angebot geben 64% eine (eher) schwache Nachfrage an. Während die Pflegeheime mehrheitlich einen zunehmenden Trend

⁷⁸ Die für die AÜP abgerechneten Kosten der Pflegeheime schwankten in den Jahren 2012-2015, während die Anzahl abgerechneter Stunden für die AÜP Stunden der Spitex im selben Zeitraum laufend anstiegen.

⁷⁹ Die AÜP kann in der medizinischen Statistik aufgrund der zu vielen Codierungsmöglichkeiten nicht abgegrenzt werden. In den Daten des Tarifpools sind die AÜP Leistungen teilweise enthalten. Die abgerechneten Mengen schwanken jedoch jährlich sehr stark – teilweise um das 150-fache. Aufgrund der starken Heterogenität lassen sich die Daten für die Auswertung nicht verwenden.

seit der Einführung wahrnehmen, beurteilen die Spitex-Organisationen sowie Spitäler und Kliniken diesen mehrheitlich als gleichbleibend.

Die antwortenden Institutionen mit AÜP-Angebot⁸⁰ nennen verschiedene Gründe für die eher schwache Nachfrage. Ein Grossteil der Spitex-Organisationen (71%) und teilweise die Pflegeheime (30%) sehen einen Grund bei den Spitälern, welche keine PatientInnen überweisen würden. Dies wird von den Spitälern und Kliniken teils bestätigt, welche angeben, dass das Angebot in der Ärzteschaft zu wenig bekannt sei (29%). Von den Pflegeheimen (25%) und Spitälern und Kliniken (19%) wird zudem häufig genannt, dass das Angebot für die KlientInnen nicht interessant sei. Weitere, nicht explizit abgefragte und vereinzelt genannte Gründe sind die kurze Dauer der AÜP sowie mangelnde Kenntnisse des Angebots bei den PatientInnen. Der durchschnittliche Anteil der PatientInnen der AÜP lag im Jahr 2015 bei den Spitex-Organisationen lediglich bei 4% (n=38); bei Pflegeheimen waren es knapp ein Fünftel der PatientInnen (n=53).⁸¹ Die Pflegeheime haben so auch mehrheitlich einen zunehmenden Trend seit der Einführung wahrgenommen. Die Spitex-Organisationen, Spitäler und Kliniken bezeichnen dagegen mehrheitlich den Trend als gleichbleibend.

Mit Ausnahme des Kantons TI berichten auch die Kantone von einer schwachen Nachfrage der AÜP im Kanton. Der Kanton TI ist so auch einer der wenigen Kantone, die die AÜP sowohl in Bezug auf die zeitliche Dauer als auch die Anspruchsberechtigung (Verschreibung durch Hausarzt möglich) erweitert haben.

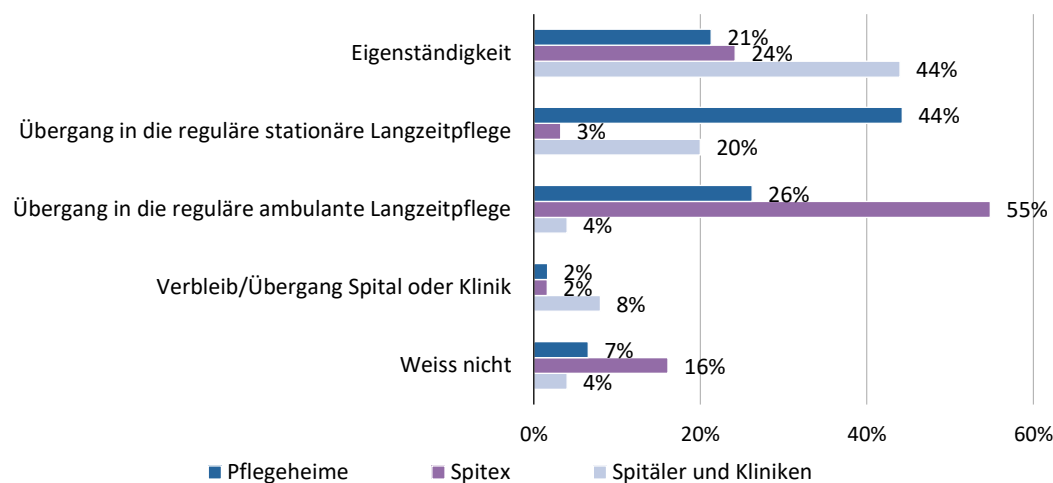
Anschlusslösungen nach der AÜP

Das Ziel der AÜP ist die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz, so dass die KlientInnen die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wiedererlangen und in die gewohnte Umgebung zurückkehren können. Die AÜP sollte eine dauerhafte Rückkehr nach Hause bzw. in das Setting, in dem die Personen vorher gepflegt wurden, ermöglichen und Rehospitalisationen verhindern. Die Ergebnisse der Befragungen der Leistungserbringer zeigen, dass bei je mindestens einem Fünftel der verschiedenen Leistungserbringer die Mehrheit der PatientInnen nach der AÜP wieder eigenständig werden, wobei dies bei den Spitälern am häufigsten der Fall ist⁸² (vgl. Abbildung 5). Die Mehrheit der KlientInnen der Pflegeheime und Spitex-Organisationen geht nach Ablauf der Frist in die reguläre Pflege bei der Organisation über, von der sie AÜP erhalten haben. Nicht bekannt ist bei diesen, ob und in welchem Setting sie vorher Pflege erhalten haben. Es kann daher nicht beurteilt werden, ob die PatientInnen wieder in ihre gewohnte Umgebung zurückgekehrt sind. Nur bei einer Minderheit der befragten Leistungserbringer werden die meisten KlientInnen nach Ablauf der zwei Wochen ins Spital oder in eine Rehabilitationsklinik eingewiesen.

⁸⁰ Spitex-Organisationen: n= 91, Pflegeheime: n=67, Spitäler und Kliniken: n=25.

⁸¹ Bei den Spitälern und Kliniken sind die Nennungen zu gering, um den Anteil zu bestimmen (vgl. BASS 2017).

⁸² Die Fallzahlen sind bei den Spitälern und Kliniken mit n=25 bei dieser Frage allerdings sehr gering und daher mit Vorsicht zu interpretieren (vgl. BASS 2017).

Abbildung 5: Anschlusslösung der PatientInnen nach der Akut- und Übergangspflege⁸³

Frage: Was passiert mit den KlientInnen der Akut- und Übergangspflege nach Ablauf der zwei Wochen? Die Mehrheit der KlientInnen...

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Leistungserbringer; Spitex-Organisationen n=62, Pflegeheim n=61, Spitäler und Kliniken n=25. Bei den Spitälern und Kliniken wurde zudem eine zusätzliche Kategorie «Sonstiges» abgefragt, welche 20% der Institutionen auswählten.

2.3.5. Beurteilung durch die Akteure

Beurteilung der Umsetzung

Die Mehrheit der befragten Stakeholder stellt fest, dass die AÜP bisher bei den Kantonen und bei den Leistungserbringern wenig umgesetzt wird. Laut GDK wird die AÜP in einigen Kantonen auch unter anderen Titeln und mit vom KVG abweichenden Regulierungen umgesetzt, so dass verschiedene Formen der Finanzierung greifen. Die befragten Leistungserbringerverbände berichten von tiefen Fallzahlen und/oder Platzzahlen der AÜP. Der Versichererverband Curafutura ist hingegen der Ansicht, dass die Zahl der Fälle der AÜP nicht unbedeutend und stark ansteigend sei.⁸⁴ Die Zahlen seien auch vor dem Hintergrund zu bewerten, dass nicht alle Kantone ein Angebot vorschreiben würden. Dieser Verband vermutet auch eine grosse Schattenzahl an Fällen, die nicht auf diese Weise abgerechnet würden. Auch der Verband Spitex Schweiz erwähnt, dass die AÜP zwar häufig von den Spitex-Organisationen geleistet, aber nicht als solche verrechnet würde.

Beurteilung des Instruments der AÜP und Handlungsbedarf

Die überwiegende Mehrheit der befragten *Stakeholder* äussert sich eher kritisch zum Instrument der AÜP und sieht in mehreren Punkten der Ausgestaltung Handlungsbedarf. Auch bei den Onlinebefragungen mit Pflegeheimen und Spitex-Organisationen bringen diese Kritik an dem Instrument der AÜP an

⁸³ Nicht erfasst wurde bei dieser Frage, welches die gewohnte Umgebung und Versorgungsform der PatientInnen vor dem Spitalaufenthalt war.

⁸⁴ Gemäss Curafutura betrug die Anzahl Fälle bei den Helsana-Versicherten im Jahr 2015 5x mehr Fälle als im Jahr 2012.

(Pflegeheime: 14 von insgesamt 135 und Spitex: 10 von insgesamt 75 offenen Nennungen zum Handlungsbedarf in Bezug auf die NPF). Die Spitäler und Kliniken wurden explizit gefragt, ob sich das Instrument aus ihrer Sicht bewähre, wobei die Institutionen, die sich dazu äusserten, dies zur Hälfte positiv und zur Hälfte negativ einschätzten.

Der von diesen Akteuren wahrgenommene Handlungsbedarf betrifft insbesondere die Dauer der AÜP, die Finanzierung, den administrativen Aufwand und die Abgrenzung der Leistungen der AÜP (vgl. folgende Ausführungen zu den einzelnen Punkten).

Dauer der AÜP

Die Mehrheit der befragten *Stakeholder* (alle befragten Leistungserbringerverbände sowie die GDK) sowie einige Leistungserbringer⁸⁵ erachten den Zeitraum von zwei Wochen zu kurz für die AÜP und das Angebot in dieser Ausgestaltung daher als wenig sinnvoll.⁸⁶ Die PatientInnen, insbesondere multimorbide, ältere PatientInnen, würden häufig eine längere Pflege benötigen, um wieder selbständig zu werden bzw. ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten zu erlangen, die sie vor dem Spitaleintritt hatten. Dies führe dazu, dass die AÜP für die PatientInnen unattraktiv sei und für Institutionen schwierig umzusetzen. Aus Sicht der beiden Spitex-Verbände sowie einzelner Spitäler/Kliniken würden die zuweisenden ÄrztInnen daher auch häufig direkt normale Pflege oder Rehabilitation verordnen, da für sie schwer abschätzbar sei, ob die Dauer ausreiche. PatientInnen mit bestimmten Krankheitsprofilen (z.B. Psychiatrie) sind gemäss einzelnen Kliniken gar faktisch vom Zugang zur AÜP ausgeschlossen.

Die genannten Akteure sehen daher Handlungsbedarf bei der Anpassung der Dauer der AÜP in der Gesetzgebung. Einzelne Akteure wünschen dabei eine generelle Flexibilisierung der Fristlänge nach Bedarf und Situation der PatientInnen, die meisten Akteure nennen verschiedene konkrete Fristen oder Mindestdauern (meiste Nennungen zwischen 4 und 12 Wochen).

Finanzierung

Aus Sicht der Pflegeheimverbände, des Verbands H+ und verschiedener stationärer Leistungserbringer⁸⁷ stellt die Finanzierung eine Schwierigkeit dar. Im Gegensatz zu einem Spital- oder Rehaaufenthalt würden bei der AÜP nur die Pflegeleistungen vergütet. Dadurch hätten die PatientInnen einen Anreiz, länger Spitalpflege zu beanspruchen anstatt das Angebot der AÜP zu nutzen. Die Finanzierungsbrüche seien den PatientInnen auch schwer zu vermitteln. Von Seiten der Spitäler und Kliniken wird angemerkt, dass sich eine Mehrzahl von PatientInnen die AÜP nicht leisten könne, da die Hotellerie- und Betreuungsleistungen nicht voll über das KVG abgerechnet werden könnten. Gemäss dem Verband H+ sind diese Finanzierungsregel sowie die kurze Dauer der Vergütung von zwei Wochen nicht sehr motivierend für die Spitäler, die AÜP anzubieten. Es gäbe bereits Anzeichen dafür, dass die Spitäler die AÜP

⁸⁵ 9 Pflegeheime und 3 Spitex-Organisationen, die in qualitativen, telefonischen Interviews befragt wurden und 26 Spitäler und Kliniken, die dazu in der Online-Befragung gefragt wurden.

⁸⁶ Gemäss H+ wurde die Forderung nach einer Verlängerung der AÜP seitens H+ bereits bei Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung geäussert (siehe z.B. «H+ präzisiert die Übergangspflege. Definition und Forderungen» vom 3.2.2011: http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Politik/Positionen/Aktuelle_H_Positionen/Uebergangspflege/H_Positionspapier_Uebergangspflege.pdf)

⁸⁷ 2 Pflegeheime, die in qualitativen, telefonischen Interviews befragt wurden und 23 Spitäler und Kliniken, die dazu in der Online-Befragung gefragt wurden.

zurückfahren. So bemängeln auch einzelne befragte Spitäler und Kliniken, dass sich die AÜP für sie finanziell nicht lohne, da die festgesetzten Tarife die Hotelleriekosten nicht deckten. Eine Rolle spiele auch, dass in gleichen Fällen oft alternativ geriatrische Pflege in Frage komme, die für ein Spital besser abgegolten werde, an sich aber teuer sei. Bei den Spitex-Organisationen stellt die Finanzierung gemäss den Verbänden hingegen weniger ein Hindernis dar. In einzelnen Fällen seien sogar höhere Tarife ausgehandelt worden, wodurch die AÜP dann attraktiver sei.

Vor dem Hintergrund der geäusserten Kritik fordern die Pflegeheimverbände sowie der Verband H+, den Einbezug der Hotellerie- und Betreuungskosten in die Finanzierung der AÜP sicher zu stellen.

Administrativer Aufwand

Aus Sicht von Spitex Schweiz hat die Umsetzung der AÜP bei den Spitex-Organisationen einen hohen zusätzlichen Aufwand durch das Aushandeln von Tarifen und die Definition von Prozessen bereitet. Einzelne Spitäler und Kliniken⁸⁸ beklagen das umständliche und langwierige Prozedere bei der Verordnung der AÜP.

Abgrenzung und Unklarheiten

Gemäss GDK könnte im Gesetz klarer definiert werden, welche Leistungen durch welche Akteure im Rahmen der AÜP erbracht werden sollten. Insbesondere die Abgrenzung zur geriatrischen Rehabilitation könnte klarer definiert werden. Auch von einzelnen Spitälern und Kliniken werden klarer definierte Rahmenbedingungen für das Anbieten der AÜP und eine bessere Differenzierung zu anderen Behandlungsrahmen verlangt – so auch insbesondere zur geriatrischen Rehabilitation. Einzelne Rehabilitationskliniken weisen auf die Gefahr hin, dass die AÜP zum Substitut der Rehabilitation genutzt werden und zu einer «Reha-light» mutieren könne. Der Verband H+ weist hingegen darauf hin, dass H+ die AÜP und die Abgrenzung zur Geriatrie und Rehabilitation klar definiert habe.⁸⁹

Die Spitex-Verbände vermuten als Grund für die geringe Nachfrage, dass die zuweisenden ÄrztInnen das Instrument zu wenig kennen bzw. es nicht genügend klar sei. Der Verband H+ entgegnet dem, dass die AÜP im ambulanten Setting gerade bei älteren, multimorbiden PatientInnen häufig auch nicht indiziert sei.

Aus den Äusserungen der Stakeholder geht allerdings auch hervor, dass diese die Grundidee bzw. das Ziel der AÜP nicht in Frage stellen. Einzelne Akteure erwähnen explizit, dass das Angebot einer Übergangslösung nach dem Spitalaufenthalt nötig sei. Der Verband H+ sieht die AÜP als eine wichtige Ergänzung zum Angebot der Akutspitäler. Es sei nicht relevant, dass die AÜP heute in unterschiedlicher Form erbracht würde. Zentral sei, dass das Angebot auf die individuellen Bedürfnisse und die Rekonvaleszenz der PatientInnen zugeschnitten sei.

⁸⁸ 9 Institutionen

⁸⁹ Positionspapier von H+: H+ präzisiert die Übergangspflege. Definition und Forderungen. Beschluss des H+ Vorstandes vom 3. Februar 2011: http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H__Politik/Positionen/Aktuelle_H__Positionen/Uebergangspflege/H__Positionspapier_%C3%9Cbergangspflege.pdf

Nichtsdestotrotz fordern die meisten Akteure, wie oben ausgeführt, grundlegende Anpassungen an der Ausgestaltung. Die GDK spricht sich gar für eine grundsätzliche Neukonzeption, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Steuerung und Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation aus. Der Verband Curafutura ist hingegen weitgehend positiv zur AÜP eingestellt und fordert, dass die AÜP zunächst vertieft analysiert werden solle, bevor Anpassungen an dem Instrument vorgenommen würden.

2.3.6. Zwischenfazit

Nachfolgend sind die wichtigsten Ergebnisse zur Umsetzung durch die Kantone und Leistungserbringer im Bereich der Akut- und Übergangspflege festgehalten. Die abschliessende Beurteilung zu diesem Punkt wird im Kapitel 6 vorgenommen.

- Bis auf zwei Kantone (VD und VS) haben alle Kantone die Voraussetzungen für die Umsetzung der AÜP geschaffen, d.h. die Zuständigkeiten und Finanzierung geklärt. Mehr als die Hälfte der Kantone legt darüber hinaus fest, welche Leistungserbringer die AÜP anbieten dürfen. Einzelne Kantone haben weitergehende Bestimmungen mit dem Ziel der Förderung der AÜP erlassen.
- Unter Berücksichtigung tiefer Antwortraten und eines wahrscheinlichen Non-Response-Bias bei der Onlinebefragung der Spitex-Organisationen und Pflegeheime ist davon auszugehen, dass in allen Leistungserbringer-Kategorien nur eine Minderheit Akut- und Übergangspflege anbietet. Von den antwortenden Leistungserbringern geben 53% der Spitex-Organisationen, 22% der Pflegeheime, 24% der Akutspitäler, 17% der Rehabilitationskliniken und 14% der psychiatrischen Kliniken an, dass sie ein AÜP-Angebot bereit stellen.
- Die verfügbaren Daten sowie die Angaben der Leistungserbringer deuten darauf hin, dass die Inanspruchnahme der AÜP bisher tief ist. Gründe für die tiefe Nachfrage sind laut Angaben der Leistungserbringer, dass die SpitalärztInnen wenige Überweisungen machen, die Bekanntheit bei den ÄrztInnen und PatientInnen zu dem Angebot tief, die Dauer von zwei Wochen zu kurz und das Angebot aufgrund der fehlenden Finanzierung der Hotelleriekosten für die PatientInnen nicht interessant sei.
- Die Informationen zum Angebot und der Nachfrage nach AÜP legen den Verdacht nahe, dass bei den Leistungserbringern zum Teil Unklarheiten in Bezug auf die AÜP bestehen. So gibt es Hinweise darauf, dass die Leistungserbringer zum Teil AÜP leisten, diese aber nicht als solche verrechnen. Darüber hinaus gibt ein kleiner Teil der Leistungserbringer als Grund für kein Angebot an, dass die Bedingungen für die Akut- und Übergangspflege unklar sind.
- Aus den erhobenen Informationen geht nicht abschliessend hervor, bei welchem Anteil der AÜP-KlientInnen das Ziel erreicht wird, die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu erlangen und in die gewohnte Umgebung zurückkehren zu können. Die Befragung der Leistungserbringer zeigt, dass das Ziel bei einem Teil der KlientInnen sicher erreicht wird. So gibt von allen antwortenden Leistungserbringern mit AÜP-Angebot rund ein Drittel an, dass die KlientInnen mehrheitlich wieder in die Eigenständigkeit übergehen. Für KlientInnen, die vorher bereits von der

Spitex oder im Pflegeheim betreut wurden, lässt sich aufgrund der Befragungsergebnisse nicht nachvollziehen, ob sie in ihre gewohnte Umgebung zurückgekehrt sind oder, ob eine andere Lösung gesucht werden musste, weil sie nicht ihre vorher vorhandenen Fähigkeiten wiedererlangt haben.

Die Ausgestaltung des Instruments der Akut- und Übergangspflege stösst bei den befragten Akteuren vielfach auf Kritik. Dies betrifft die Dauer der AÜP von zwei Wochen, die Art der Finanzierung bzw. die fehlende Finanzierung der Aufenthaltskosten, den mit der AÜP verbundenen administrativen Aufwand sowie Unklarheiten bei der Abgrenzung zur regulären und geriatrischen Pflege. Auch aus Sicht der EvaluatorInnen deuten die Befragungsergebnisse darauf hin, dass die konkrete Ausgestaltung der AÜP Elemente enthält, die Hindernisse für den Aufbau und die Nachfrage nach AÜP bilden.

3. Auswirkungen der NPF auf die OKP

Ziel der NPF ist es, eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP zu vermeiden, da diese vor der NPF zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernahm. Dies sollte durch die OKP-Beitragslösung erreicht werden. Mit dem in Franken festgelegten Beitrag (Art. 7a KLV) sollte der OKP-Anteil an den Pflegekosten begrenzt werden.

Das Ziel der Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP bezieht sich auf den *Anteil der OKP an den KVG-Pflegekosten* und nicht auf die absoluten Ausgaben der OKP. Letztere steigen aufgrund von anderen Faktoren wie die stärkere Inanspruchnahme oder eine Zunahme der Komplexität der entsprechenden Leistungen.

Hinweise dazu, ob dieses Ziel erreicht wurde, liefern Daten zur Entwicklung der Finanzierungsanteile der KVG-Pflegekosten. In diesem Kapitel erfolgt zusätzlich eine Analyse der Entwicklung der *absoluten* Belastung der OKP.

In einem ersten Schritt betrachten wir im Folgenden zunächst die Kostenentwicklung in der KVG-Pflege sowie die Finanzierungsanteile der OKP, der PatientInnen und der Kantone und Gemeinden. Im zweiten Schritt wird die Entwicklung der (pro Kopf-) Ausgaben der OKP aufgezeigt.

3.1. Entwicklung der Kosten und Finanzierungsanteile der KVG-Pflege

3.1.1. KVG-Pflegekosten

Hinweise zu den Daten

Die KVG-Pflegekosten werden vom BFS im Rahmen der SOMED-Statistik (für Pflegeheime) und der Spitex-Statistik (für Spitex und selbständige Pflegefachpersonen⁹⁰) erhoben. Daten zur Entwicklung der KVG-Gesamtkosten liegen für den Zeitraum vor- und nach der NPF vor. Daten zu den Kostenanteilen sind nur für die Zeit ab 2011 verfügbar. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Einführung der NPF die Verlässlichkeit der Kostendaten in Pflegeheimen und Spitex-Organisationen erhöht hat. In einigen Kantonen hat deren Einführung erstmals dazu geführt, dass diese Kosten detailliert ausgewiesen wurden, d.h. die öffentlichen Gelder wurden zunehmend leistungsbezogen bezahlt und statistisch erfasst.⁹¹

Im Folgenden zeigen wir bei jeder betrachteten Kostenart bzw. bei den Finanzierungsanteilen zum Einen die Entwicklung der Gesamtkosten bzw. -ausgaben. Um die Entwicklung bereinigt von Mengeneffekten zu zeigen, weisen wir zudem die Ausgaben pro pflegebedürftige Person aus. Um die Betrachtung pro pflegebedürftige Person über die gesamte betrachtete Periode vergleichbar zu machen, normieren wir diese Angaben zudem:

⁹⁰ Die selbständigen Pflegefachpersonen sind in der Spitex-Statistik enthalten. Diese müssen ihre Angaben aber nicht im gleichen Detaillierungsgrad erfassen, wie die Spitex-Organisationen.

⁹¹ Seither wurden öffentliche Gelder vermehrt leistungsbezogen für die Restfinanzierung der Leistungen nach KLV bezahlt und deswegen auch statistisch erfasst – davor ist dies oftmals in Form von Globalbeiträgen geschehen.

- Bei den Pflegeheimen betrachten wir die Kosten im Verhältnis zu einer pflegebedürftigen Person, die im Jahr während 365 Tagen im Pflegeheim wohnhaft war.⁹²
- Bei der Hilfe und Pflege zu Hause betrachten wir die Kosten im Verhältnis zu einer pflegebedürftigen Person, die während einer Stunde pro Woche die Hilfe und Pflege zu Hause in Anspruch nimmt.⁹³

Entwicklung der KVG-Pflegekosten

Im Jahr 2015 beliefen sich die totalen KVG-pflichtigen Pflegekosten für die Alterspflege, d.h. in Pflegeheimen und zu Hause, auf 5.2 Mia. CHF.⁹⁴ Die Daten zeigen, dass die *absoluten* KVG-pflichtigen Pflegekosten sowohl vor als auch nach der Einführung der NPF stetig angestiegen sind (Pflegeheime: von gut 2.8 Mia. CHF im Jahr 2006 auf knapp 4.0 Mia. CHF im Jahr 2015, durchschnittliches jährliches Wachstum von 4%; Hilfe und Pflege zu Hause: von knapp 600 Mio. CHF im Jahr 2010⁹⁵ auf rund 1.2 Mia. CHF im Jahr 2015, durchschnittliches jährliches Wachstum von 15%).

⁹² Dies wird anhand der durch die Pflegeheime geleisteten Beherbergungs- bzw. Betreuungstage berechnet. Während die Anzahl Beherbergungs- bzw. Betreuungstage im Jahr 2006 bei rund 30 Mio. lag, nahm diese seither kontinuierlich zu und lag im Jahr 2015 bei rund 33 Mio. Beherbergungs- bzw. Betreuungstagen. Diese rund 33 Mio. Beherbergungs- bzw. Betreuungstage im Jahr 2015 sind grösstenteils durch Langzeitaufenthalte entstanden (32.4 Mio. Beherbergungs- bzw. Betreuungstage). Die restlichen Beherbergungs- bzw. Betreuungstage wurden in der Kurzzeitpflege und in Tages- oder Nachtstrukturen geleistet. Die Angaben zur Anzahl geleisteter Beherbergungs- bzw. Betreuungstage stammen aus der Tabelle 3A der Standardtabellen der SOMED-Statistik, die jährlich durch das BFS aufbereitet werden.

⁹³ Im Jahr 2010 entsprach dies dem Durchschnitt. Zu diesem Zeitpunkt nahmen die KlientInnen der Hilfe und Pflege zu Hause deren pflegerischen Dienste während 53 Stunden pro Jahr bzw. rund einer Stunde pro Woche in Anspruch. Insgesamt hat sich die durchschnittliche Inanspruchnahme der Hilfe und Pflege zu Hause konstant erhöht: Von 46 Stunden pro Jahr im Jahr 2006 auf 54 Stunden im Jahr 2015.

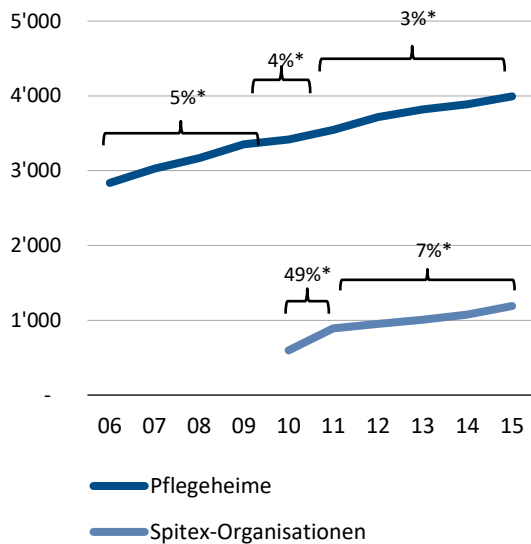
⁹⁴ Im vorliegenden Bericht zeigen wir nur punktuell für die Pflegeheime und die Hilfe und Pflege zu Hause kombinierte Werte. Solche Angaben werden für das aktuellste Jahr (da die Daten aus unterschiedlichen Statistiken mit teilweise verschiedenen Jahren stammen) und nur für die Ausgaben insgesamt (und nicht pro Person) gezeigt. Pro Person wäre eine gemeinsame Darstellung der Ausgaben verzerrend, da sich die KlientInnen der Spitex und die BewohnerInnen der Pflegeheime gerade in Bezug auf die Intensität der Pflege unterscheiden können. Es bleibt zu beachten, dass bei der gemeinsamen Darstellung der Zahlen die Pflegeheime aufgrund ihrer grösseren Gesamtkosten ein stärkeres Gewicht erhalten als jene für die Hilfe und Pflege zu Hause.

⁹⁵ Die Gesamtkosten der KVG-pflichtigen Pflege bei den Spitex-Organisationen zeigen wir erst ab dem Jahr 2010, da zuvor die privaten Spitex-Organisationen in der Statistik nicht erfasst wurden (siehe Tabelle 10: Verwendete Datenquellen in Anhang A3.4.1). Bei einer Gesamtbetrachtung (und nicht einer Betrachtung pro Person) würde ein Vergleich dieser Daten ein falsches Bild erzeugen.

Abbildung 6: Entwicklung der jährlichen KVG-pflichtigen Pflegekosten, 2006-2015

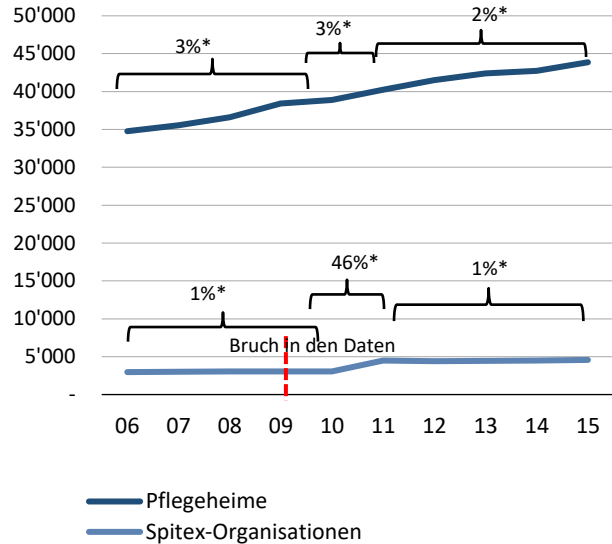
Total

Mio. CHF



Pro pflegebedürftige Person (PH: normiert auf 365 Beherbergungs- bzw. Betreuungstage/Jahr, Spitex: normiert auf 1 Pflegestunde/Woche)

Jährliche Kosten der KVG-pflichtigen Pflege



*Entspricht der jährlichen durchschnittlichen Wachstumsrate über die angegebene Zeit. Bei den Pflegeheimen entsprechen die dargestellten Kosten den Kosten gemäss Kostenträgerrechnung. Bei den Spitex-Organisationen entsprechen sie dem Ertrag aus den KLV-Leistungen.

Grafik INFRAS. Quelle: SOMED- und Spitex-Statistik des BFS

Die Betrachtung der KVG-pflichtigen Pflegekosten *pro Kopf*⁹⁶ (bzw. pro pflegebedürftige Person) zeigt ein ähnliches Bild: Die KVG-pflichtigen Pflegekosten pro Kopf nahmen bei den *Pflegeheimen* sowohl vor als auch nach dem Jahr 2011 stetig zu, wobei die Zunahme nach 2011 im Vergleich zu davor leicht abflachte (von CHF 34'800 im Jahr 2006 auf CHF 43'900 im Jahr 2015).

Bei der *Pflege zu Hause*⁹⁷ ist im Jahr 2011 ein klarer Anstieg zu erkennen, und zwar von CHF 3'100 im Jahr 2010 auf CHF 4'500 im Jahr 2011. Seit 2011 stiegen diese Kosten kaum an. Der Grund für den starken Anstieg der pro Kopf-Kosten im Jahr 2011 kann nicht abschliessend geklärt werden. Aus theoretischen Überlegungen heraus dürfte die NPF keinen derart grossen und sofortigen Einfluss auf die KVG-Pflegekosten gehabt haben, da die NPF lediglich die Beiträge zu den Kosten neu geregelt hat. Vielmehr dürfte die NPF Anreize zu einer Kostendämpfung gesetzt haben (vgl. dazu folgenden Abschnitt zum Einfluss der NPF). Es ist zu vermuten, dass der Kostenanstieg im Jahr 2011 auf einen statistischen Effekt zurückzuführen ist. So sind die Kantone mit der NPF zu subjektorientierten Finanzierungsformen übergegangen (vgl. Kap. 2.1.2.2). Die Beiträge der Kantone und Gemeinden wurden damit neu als Erträge (hier als Proxy für die Kosten verwendet) erfasst, während die vorher bezahlten Globalbeiträge unter einem anderen Posten erfasst wurden. Zusätzlich könnte der starke Anstieg im Jahr 2011 zum Teil auch

⁹⁶ Wenn im folgenden Bericht von Kosten pro Kopf/pflegebedürftige Person/BewohnerIn/KlientIn gesprochen wird, sind immer die normierten Kosten pro Kopf gemeint.

⁹⁷ Bei der Betrachtung pro KlientIn gehen wir davon aus, dass der Bruch in den Daten zwischen 2009 und 2010 weniger gravierend ist, da mit den Kosten der privaten Spitex-Organisationen auch deren KlientInnen neu in der Spitex-Statistik enthalten sind. Trotzdem ist der Vergleich der Daten vor und nach 2010 mit Unsicherheiten behaftet.

durch einen zweiten statistischen Effekt begründet sein, d.h. durch die seit 2010 schrittweise Einbindung der erwerbswirtschaftlichen Organisationen und des selbständigen Pflegefachpersonals in die Statistik (vgl. folgenden Exkurs). Da diese aber nur rund ein Fünftel der gesamten Pflegeleistungen erbringen, dürfte dies nicht den gesamten Anstieg erklären können. Die statistischen Effekte lassen sich mit den verfügbaren Daten leider nicht bereinigen.

Exkurs: Datenbruch Spitex-Statistik

Die seit 1997 durchgeführte Spitex-Statistik richtete sich zu Beginn an privatrechtliche gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Unternehmen, die Hilfe und Pflege zu Hause anbieten. Mit Revision der Spitex-Statistik im Jahr 2010 wurde die Erhebung auf private erwerbswirtschaftliche Unternehmen und selbständige Pflegefachpersonen in diesem Bereich erweitert. Diese machen rund ein Fünftel der gesamten Leistungen der Spitex-Organisationen aus.

Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich. Bei einer Betrachtung pro KlientIn gehen wir von geringeren Schwierigkeiten aus, da mit Einbezug der erwerbswirtschaftlichen Privatunternehmen bzw. Pflegefachpersonen auch deren Anzahl KlientInnen berücksichtigt wurden und die Daten somit gewissermassen normiert sind. Dennoch Auch die Entwicklungen in den Jahren 2010 bis 2015 sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Abdeckung der erwerbswirtschaftlichen Privatunternehmen und der selbständigen Pflegefachpersonen bei der Revision nicht vollständig war und sich diese seither laufend erhöht hat. Im Jahr 2011 (2010 nicht bekannt) betrug ihr Anteil an allen geleisteten Pflegestunden 17%; im Jahr 2015 waren es 23%. Die von diesem Datenbruch betroffenen Variablen sowie weitere Einschränkungen der Datenqualität sind in Anhang A3.4.1 in Tabelle 10 aufgeführt.

Kantonale Unterschiede

Bei den einzelnen Kantonen ist bei den *Pflegeheimen* nach 2011 ebenfalls mehrheitlich ein leicht abnehmendes Kostenwachstum der KVG-Pflegekosten pro Kopf zu beobachten: In 16 Kantonen fand nach 2011 ein kleineres Kostenwachstum statt als davor.⁹⁸ In neun Kantonen nahmen die KVG-pflichtigen Pflegekosten pro Kopf nach 2011 stärker zu⁹⁹, und in einem Kanton blieb diese Entwicklung gleich.¹⁰⁰ Auch unter den Kantonen, die die Übergangsfrist für die Einführung der Beiträge der Krankenversicherer nutzten, war das Kostenwachstum in drei von fünf Kantonen nach 2011 geringer als davor. Bei der *Hilfe und Pflege zu Hause* ist in knapp der Hälfte aller Kantone im Jahr 2011 eine starke Kostenzunahme von CHF 1'000 oder mehr zu beobachten.¹⁰¹ Auch unter den Kantonen, die die Übergangsfrist für die Einführung der Beiträge geltend gemacht haben, verbuchten zwei eine deutliche Zunahme der Kosten im Jahr 2011 und bei zwei Kantonen fand eine stetige Entwicklung statt.

⁹⁸16 Kantone: BE, BS,, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SO, TI, UR, VD, VS und ZG.

⁹⁹ In den Kantonen AG, AI, BL, GE, SG, SH, SZ, TG und ZH.

¹⁰⁰ Im Kanton AR.

¹⁰¹ So der Fall in den Kantonen BE, BS, GL, GR, JU, LU, NW, OW, UR, VD, ZG und ZH

Einfluss der NPF auf die Entwicklung der KVG-Pflegekosten

Die Gesetzesänderung sollte prinzipiell keinen direkten Einfluss auf die Gesamtausgaben für KVG-pflichtige Pflege bzw. für die Pflege insgesamt haben. Die Gesetzesänderung legte lediglich den Beitrag der Versicherer sowie den maximalen Beitrag der Pflegebedürftigen fest. Jedoch ist nicht auszuschliessen, dass die Vorgaben für die Kantone bzw. Gemeinden die Restfinanzierung zu regeln, die Kosten der KVG-Pflege mit ihren Finanzierungssystemen zur Restfinanzierung indirekt beeinflusst haben. Denkbar ist, dass die leistungsorientierte Abgeltung die Leistungserbringenden zu Kosteneinsparungen bei den KVG-pflichtigen Kosten zwingen, da ansonsten ungedeckte Restkosten vorliegen könnten.

Um diese indirekten möglichen Auswirkungen der Gesetzesänderung zu untersuchen, nutzen wir die Tatsache, dass die Kantone unterschiedliche Finanzierungslösungen aufgrund der NPF umgesetzt haben. Genauer gesagt kann man zwischen zwei Gruppen von Kantonen unterscheiden: Kantone, in denen ein Systemwechsel hin zu einem leistungsorientierten System, d.h. ein Übergang hin zu kantonalen Normkosten oder Höchstgrenzen, stattgefunden hat und Kantone, in denen es diesbezüglich keine Veränderung gab. Bei den Pflegeheimen haben 13 Kantone durch die NPF ein leistungsorientiertes System neu eingeführt, bei den Spitex-Organisationen waren es deren acht (siehe Tabelle 12, Tabelle 17 und Tabelle 20 in Anhang A4.1). Der Vergleich der unterschiedlichen Entwicklungen in den Ausgaben zwischen diesen Gruppen vor und nach der Einführung der NPF – mit dem sog. «Differenzen-in-Differenzen»-Ansatz (in der Folge als DiD abgekürzt) erlaubt, den Einfluss dieses Systemwechsels auf die Ausgaben zu bestimmen (siehe dazu den Exkurs zum DiD-Ansatz).

Die DiD Analyse weist keinen signifikanten Effekt auf, weder für die Hilfe und Pflege zu Hause noch für die Pflegeheime: In Kantonen, in denen ein Übergang zu einem leistungsorientierteren System stattgefunden hat, wurden die KVG-pflichtigen Pflegekosten pro pflegebedürftige Person im Vergleich zu den Kantonen ohne einen solchen Übergang nicht systematisch reduziert.¹⁰²

¹⁰² Bei der statistischen Analyse wurde die Hypothese, dass die Kostenentwicklung in beiden Gruppen von Kantonen gleich ist, geprüft. Diese Hypothese konnte nicht verworfen werden. Dies bedeutet, dass die Gruppenzugehörigkeit nicht zwingendermassen einen Einfluss auf die Kostenentwicklung ausgeübt hat. Möglicherweise ist auch keine systematische Änderung zwischen den Gruppen zu sehen, weil die Gruppeneinteilung nicht mit absoluter Genauigkeit erstellt werden konnte.

Exkurs: Difference in Difference-Analyse (DiD)

Eine beliebte Methode, um kausale Auswirkungen einer Gesetzesveränderung zu analysieren, ist die sogenannte Differenzen-in-Differenzen Analyse. Diese Methode bedient sich der Tatsache, dass es Unterschiede in der Entwicklung von Rahmenbedingungen über die Regionen hinweg gibt. Ein Vergleich der Regionen, in denen eine Anpassung der Rahmenbedingungen stattgefunden hat mit den Regionen, in denen die Rahmenbedingungen unverändert geblieben sind, erlaubt Rückschlüsse auf die kausalen Auswirkungen der Gesetzesänderung. In anderen Worten bedient man sich eines sogenannten Quasi-Experiments oder auch eines natürlichen Experiments, bei dem Regionen ohne Systemwechsel als Kontrollgruppe fungieren¹⁰³. Für die Analyse des Einflusses der NPF auf die Entwicklungen der Kosten, Inanspruchnahme, Angebot, etc. bedeutet dies konkret Folgendes: Der Vergleich der Entwicklungen in Kantonen, in denen Anpassungen der Rahmenbedingungen aufgrund der NPF stattgefunden haben und in Kantonen, in denen keine oder andere Anpassungen stattgefunden haben vor und nach der Einführung der NPF, erlaubt es, die Entwicklungen welche auf die NPF zurückzuführen sind, zu bestimmen.

Die betrachteten Ausgestaltungsmerkmale der NPF, die sich nur in gewissen Kantonen angepasst haben und einen Einfluss auf die Kostenstrukturen, das Angebot oder die Nachfrage haben könnten, sowie die darunterliegenden Hypothesen sind in Tabelle 11 in Anhang A3.4.2 aufgeführt.

3.1.2. Finanzierungsanteile

Hinweise zu den Daten

Die durch die Versicherer¹⁰⁴, die Pflegebedürftigen und Kantone/Gemeinden getragenen Anteile der KVG-Pflegekosten wurden für die Pflegeheime und die Hilfe und Pflege zu Hause erst ab dem Jahr 2011, mit Inkrafttreten der NPF, durch das BFS systematisch erhoben. Anhand der Daten kann daher kein Vergleich der Entwicklung vor und nach Einführung der NPF aufgezeigt werden. Zudem ist davon auszugehen, dass der nachfolgend dargestellte Anteil der öffentlichen Hand unterschätzt ist, da deren Anteil an den Restkosten und weiteren Subventionen und Beiträgen in den Statistiken nicht in allen Kantonen scharf abgegrenzt werden kann (siehe dazu Tabelle 10: Verwendete Datenquellen in Anhang A3).

Entwicklung der Finanzierungsanteile

Wie Abbildung 7 zeigt, wurden die rund CHF 4 Mia., die im Jahr 2015 schweizweit für die KVG-pflichtige *Pflege in Pflegeheimen* ausgegeben werden, zu ca. der Hälfte durch die Versicherer, einem Drittel durch die öffentliche Hand¹⁰⁵ und rund einem Sechstel durch die HeimbewohnerInnen selbst übernommen. Bei der *Pflege zu Hause* trugen schweizweit die Versicherer mit rund 70% der KVG-pflichtigen Pflegekosten einen höheren Anteil als bei den Pflegeheimen. Ein Viertel der Kosten wurde durch die öffentliche Hand – Restfinanzierung durch die Gemeinden und die Kantone – und 6% haben die KlientInnen

¹⁰³ D.h. man nimmt an, dass die Entwicklung bei der Gruppe mit Systemwechsel ohne einen solchen Wechsel gleich gewesen wäre, wie bei der Gruppe ohne.

¹⁰⁴ Diese Angaben beinhalten sowohl die Ausgaben der OKP als auch anderer Sozialversicherungen.

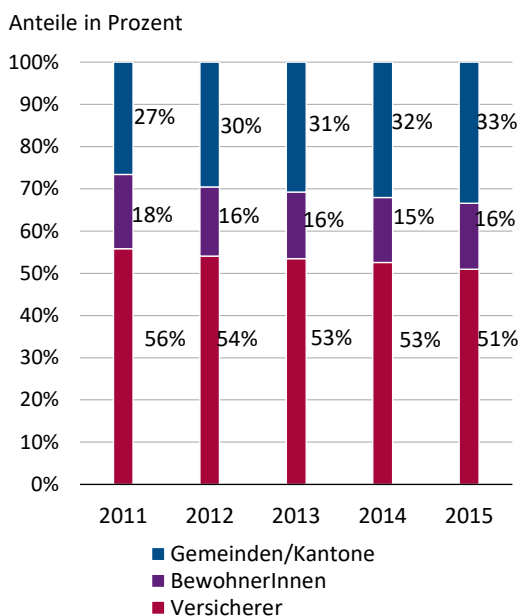
¹⁰⁵ Aus den Daten geht nicht hervor, welcher Anteil dieser Finanzierung vom Standortkanton bzw. einer Gemeinde des Standortkantons ist, und welcher Anteil von anderen Kantonen bzw. Gemeinden in anderen Kantonen getätigt wird. Dasselbe gilt für die Finanzierungsanteile der KVG-Pflegekosten bei den Spitex-Organisationen.

durch die Patientenbeteiligung selbst übernommen. Dazu ist anzumerken, dass der Anteil der Kantone und Gemeinden hier unterschätzt ist, da nicht alle Kantone und Gemeinden eine leistungsbezogene Finanzierung leisten.¹⁰⁶

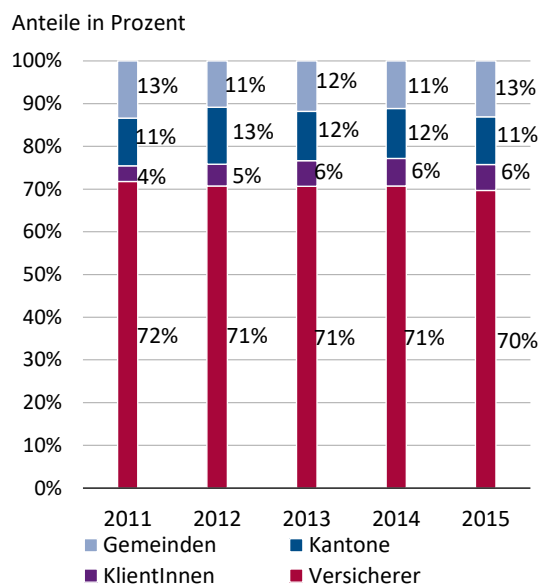
Seit 2011 fand bei den *Pflegeheimen* eine Verschiebung des Finanzierungsanteils der Versicherer und zu einem kleineren Anteil von den BewohnerInnen hin zu den Kantonen und Gemeinden statt. Bei der *Pflege zu Hause* haben sich die Finanzierungsanteile seit 2011 nur geringfügig verändert. Es fand zwischen 2011 und 2015 lediglich eine Verschiebung der Finanzierung um 2 Prozentpunkte von den Versicherern zu Lasten der KlientInnen statt. Die Ergebnisse zeigen insbesondere, dass die relative Belastung der OKP seit Einführung der NPF abgenommen hat, also das Ziel, der Vermeidung einer zusätzlichen relativen Belastung erreicht wurde. Auf die finanzielle Belastung der weiteren Akteure wird in den folgenden Kapiteln noch expliziter eingegangen.

Abbildung 7: Finanzierungsanteile der KVG-pflichtigen Pflege, Pflegeheime und Pflege zu Hause

Finanzierungsanteile Pflegeheim, 2011-2015



Finanzierungsanteile Pflege zu Hause, 2011-2015



Die Differenzierung der Pflgetaxen in Versicherer, Bewohner, Gemeinde/Kanton wurde erst 2011 eingeführt und 2011 noch nicht von allen Pflegeheimen korrekt erfasst. In den Kantonen ZH, BE, OW, SO, BS, SH und SG ergibt die Summe der Pflgetaxen der Versicherer, Bewohner, GD/Kanton im Jahr 2011 noch nicht das Total der Pflgetaxen. Dadurch könnte die Verteilung im Jahr 2011 mit Unsicherheiten behaftet sein.

Grafik INFRAS. Quelle: BAG, Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime.

¹⁰⁶ Vgl. Fussnote 8 in der Publikation des BFS «BFS Aktuell. 14 Gesundheit. Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2014: Zahlen und Trends»

Kantonale Unterschiede

Bei den *Pflegeheimen* entsprach die Aufteilung der Finanzierungsanteile in den meisten Kantonen in etwa auch der schweizweiten Aufteilung.¹⁰⁷ Bei der *Pflege zu Hause* hingegen zeigen sich im Vergleich zu den Pflegeheimen grössere Unterschiede. Zum einen variieren die Anteile der Versicherer und der Gemeinden bzw. Kantone im Jahr 2015 in den Kantonen stark. Bei den beiden Kantonen BL und SO, welche die Restfinanzierung erst im Jahr 2016 eingeführt hatten (BL) bzw. noch gar nicht (SO) beträgt auch der Anteil der öffentlichen Hand an den KVG-pflichtigen Pflegekosten 0%. Insgesamt widerspiegeln die Daten, ob die Gemeinden, der Kanton oder beide gemeinsam für die Finanzierung zuständig sind. Ferner liegt in zehn Kantonen¹⁰⁸ der von den PatientInnen getragene Anteil deutlich über dem schweizweiten Durchschnitt. Oftmals handelt es sich bei diesen Kantonen um jene mit einer Patientenbeteiligung von 20%.

3.2. Ausgabenbelastung der OKP

Im nächsten Schritt betrachten wir die absolute finanzielle Belastung der OKP anhand ihrer (Pro Kopf-) Bruttoausgaben¹⁰⁹. Diese kann anhand von Daten der SASIS AG aufgezeigt werden, welche Abrechnungsdaten der Krankenkassen sammelt.

Im Jahr 2015 beliefen sich die Ausgaben der OKP für die Alterspflege im Pflegeheim und zu Hause insgesamt auf CHF 2.6 Mia. In nachfolgenden Abschnitten führen wir aus, wie sich diese Ausgaben auf die Pflegeheime und die Hilfe und Pflege zu Hause aufteilen und wie diese sich entwickelt haben.

Pflegeheime

Die Betrachtung der OKP-Ausgaben *pro BewohnerIn* zeigt, dass die Ausgaben der Versicherer mit und seit 2011 stetig gesenkt werden konnten, und zwar zwischen 2011 und 2015 jährlich um durchschnittlich 0.5% (vgl. Abbildung 8). Im Jahr 2011 sind die OKP-Ausgaben pro BewohnerIn zurückgegangen. Dies kann damit erklärt werden, dass die mit der NPF fixierten Beiträge vermutlich nicht ganz kostenneutral (nämlich tiefer als kostenneutral) eingeführt wurden.¹¹⁰ In der Folge haben sich die OKP-Ausgaben pro Kopf in etwa konstant auf einem Niveau entwickelt bzw. sind in 2014 und 2015 sogar leicht gesunken. Trotz der stetigen Zunahmen an PflegeheimbewohnerInnen (siehe Anhang A6.1.2) wurden die Ausgaben der Versicherer pro HeimbewohnerIn so weit gesenkt, dass für die Versicherer ab dem Jahr 2011 für den Pflegeheimsektor auch absolut (d.h. nicht nur pro Kopf) keine Kostensteigerung mehr stattfand. Die Betrachtung der kantonalen Ebene zeigt, dass sich die OKP-Ausgaben pro HeimbewohnerIn ab 2011 in insgesamt 10 Kantonen¹¹¹ vermindert haben, und in drei weiteren Kantonen¹¹² konstant geblieben sind.¹¹³

¹⁰⁷ Ausnahmen bilden die Kantone GE und TI, bei denen der Anteil der Versicherer deutlich höher ist und dafür jener der öffentlichen Hand tiefer.

¹⁰⁸ Dies sind die Kantone AG, BL, GE, LU, NW, OW, SG, SH, SO und UR.

¹⁰⁹ Die Bruttoausgaben der OKP beinhalten auch die Kostenbeteiligung der PatientInnen. Dies betrifft die Kostenbeteiligung der PatientInnen an den Versicherungskosten und nicht die Patientenbeteiligung der Pflegebedürftigen.

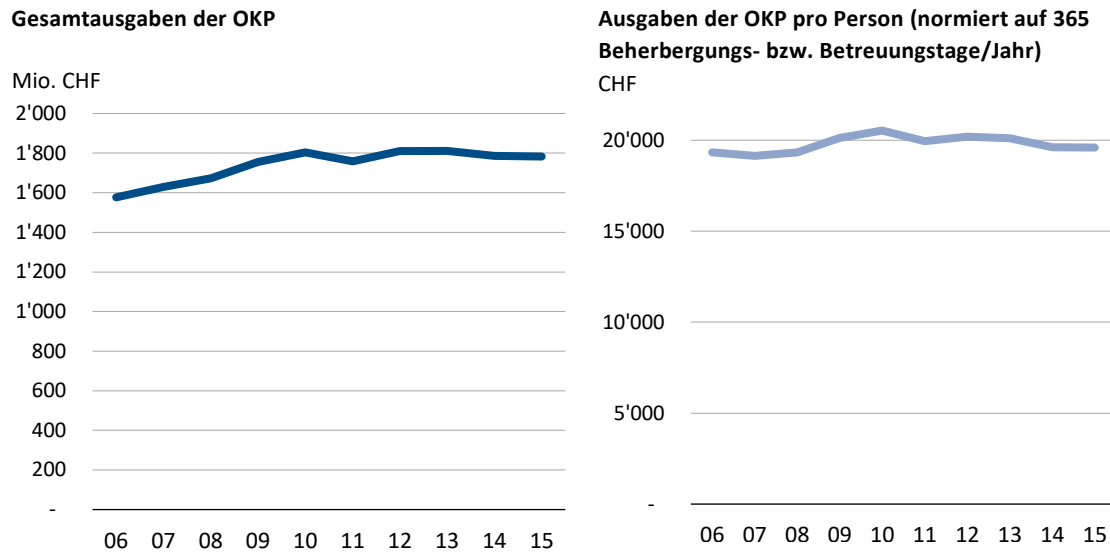
¹¹⁰ Gemäss BAG überprüft das BAG momentan, ob die festgelegten Beiträge der OKP für Pflege kostenneutral festgesetzt worden waren. Eine Vernehmlassung der Resultate ist für das Frühjahr 2018 vorgesehen.

¹¹¹ Dies sind die Kantone AR, BL, BS, FR, GR, OW, SZ, TG, ZG und ZH.

¹¹² In den Kantonen BE, JU und UR.

¹¹³ In den Kantonen AG, AI, GE, GL, LU, NE, NW, SG, SH, SO, TI, VD und VS sind die Ausgaben nach 2011 weiter angestiegen.

Abbildung 8: Entwicklung der jährlichen Bruttoleistungen der OKP in den Pflegeheimen, 2006-2015



Die Ausgaben der OKP und die Anzahl KlientInnen stammen aus unterschiedlichen Datenquellen (die Ausgaben der OKP aus der Datenbank der SASIS AG, die Anzahl KlientInnen aus der SOMED Statistik des BFS).

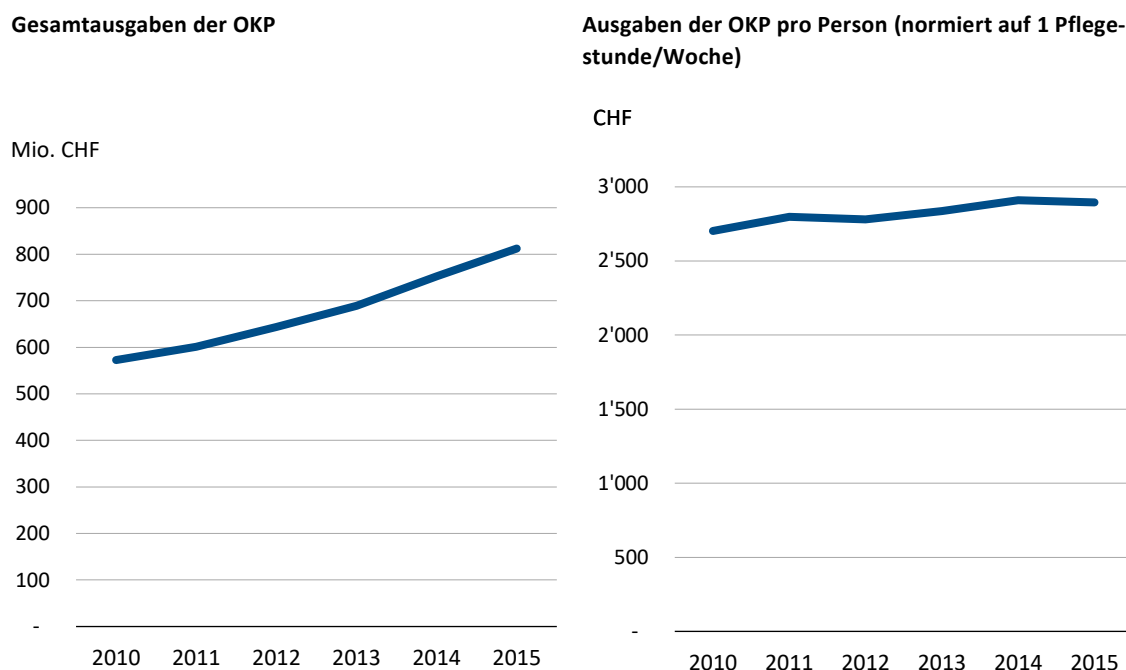
Grafik INFRAS. Quelle: Daten der SASIS-AG, aufbereitet durch das BAG und SOMED Statistik des BFS.

Spitex-Organisationen

Bei der Hilfe und Pflege zu Hause war das Ausgabenwachstum der Versicherer pro KlientIn hingegen mit Ausnahme des Jahres 2012 und 2015 konstant leicht zunehmend (vgl. Abbildung 9). Diese Entwicklung ist im Einklang mit der Entwicklung der KVG-Pflegekosten pro KlientIn. Des Weiteren ist festzustellen, dass sich der starke Anstieg der KVG-Pflegekosten pro Kopf im Jahr 2011 (vgl. Kap. 3.1) auch auf die OKP ausgewirkt hat. Zudem ist es möglich, dass die Beiträge der OKP nicht kostenneutral für die Versicherer eingeführt wurden – nämlich höher lagen als die vor 2011 geltenden durchschnittlichen Tarife.

Auch in den meisten Kantonen lagen die Ausgaben der OKP pro KlientIn im Jahr 2015 über denjenigen im Jahr 2011.¹¹⁴ Auch in allen anderen Kantonen nahmen die Ausgaben der OKP pro KlientIn der Hilfe und Pflege zu Hause zwischenzeitlich ab.

Abbildung 9: Entwicklung der jährlichen Bruttogleistungen der OKP für die Hilfe und Pflege zu Hause, 2010-2015



Die Ausgaben der OKP und die Anzahl KlientInnen stammen aus unterschiedlichen Datenquellen (die Ausgaben der OKP aus der Datenbank der SASIS AG, die Anzahl KlientInnen aus der Spitex-Statistik des BFS). Aufgrund des Bruchs in der Spitex-Statistik im Jahr 2010 berechnen wir die Kombination der beiden Statistiken, und zwar die Ausgaben der OKP pro Person, erst ab dem Jahr 2010.

Grafik INFRAS. Quelle: Daten der SASIS-AG, aufbereitet durch das BAG, und Spitex-Statistik des BFS.

3.3. Zielerreichung aus Sicht der Akteure

Die befragten Akteure sind einer Meinung, dass das Ziel der Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP durch die festgesetzten Beiträge erreicht sein dürfte.

Mehrere Akteure machen aber auf die damit verbundene Verschiebung der Finanzierungslast hin zu den Kantonen und Gemeinden aufmerksam, welche von diesen unterschiedlich bewertet wird (vgl. Kapitel 5.1).

¹¹⁴ Ausnahmen bildeten die Kantone AI, AR, NE, NW, OW, SZ, VD und VS, bei denen die Ausgaben pro KlientIn in diesem Zeitraum abnahmen.

3.4. Zwischenfazit

Im Folgenden sind wieder die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 3 zusammengefasst. Eine Beurteilung in Bezug auf die Zielerreichung erfolgt in Kapitel 6.

Auswirkungen auf die OKP

Die empirischen Daten zur Entwicklung der Finanzierungsanteile an den KVG-Pflegekosten zeigen, dass der Finanzierungsanteil der OKP seit Einführung der NPF nicht mehr zugenommen, sondern sogar gesunken ist (5 Prozentpunkte bei den Pflegeheimen; 2 Prozentpunkte bei der Hilfe und Pflege zu Hause). In beiden Sektoren wurde die OKP somit relativ entlastet.

Zudem zeigen die Daten zu den absoluten OKP-Ausgaben pro Kopf, dass die Einführung der NPF im Jahr 2011 im Sektor Pflegeheime auch in Bezug auf die pro-Kopf-Ausgaben eine Entlastung zur Folge hatte. In den Folgejahren blieben die pro-Kopf-Ausgaben durch die fixen Beiträge in etwa konstant bzw. sanken leicht. Der Grund für die leichte Ausgabenreduktion bleibt offen vor dem Hintergrund, dass die KVG-Pflegekosten gleichzeitig leicht stiegen. Ein möglicher Grund ist, dass vier Kantone die dreijährige Übergangsfrist genutzt haben und die Beiträge verzögert eingeführt haben.

Bei der Hilfe und Pflege zu Hause stiegen die OKP-Ausgaben pro KlientIn im Jahr der Einführung hingegen leicht an, was einerseits im Einklang steht mit einem Anstieg der KVG-Pflegekosten in diesem Jahr. Andererseits ist es möglich, dass die in dem Jahr eingeführten Beiträge der OKP nicht ganz kostenneutral, sondern im Unterschied zu den Pflegeheimen leicht höher als kostenneutral waren. In den Folgejahren sind die OKP-Ausgaben bei der Hilfe und Pflege zu Hause im Einklang mit den OKP-Pflegekosten leicht weiter angestiegen. Ein Grund für den Anstieg könnten komplexer werden Fälle im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause sein (vgl. z.B. Obsan 2015).

Einfluss der NPF auf die Entwicklung der KVG-Pflegekosten

Im Hinblick auf die weiteren Auswirkungen der NPF interessiert zudem, inwiefern die Revision die Entwicklung der KVG-Pflegekosten beeinflusst hat. Die Daten zeigen, dass die KVG-Pflegekosten ab dem Jahr der Einführung der NPF (2011-2015) bei den Pflegeheimen leicht schwächer und bei den Spitex-Organisationen gleich steigen wie vor der Revision. Aus Sicht der EvaluatorInnen ist denkbar, dass die NPF leicht kostendämmend wirkt, indem die Pflegeheime aufgrund von ungedeckten Restkosten betriebliche Optimierungen vorgenommen haben und/oder KVG-Pflegekosten auf Pflegebedürftige in Form von höheren Tarifen für nicht KVG-pflichtige Leistungen abgewälzt haben. So gibt in der Onlinebefragung eine Mehrheit der Pflegeheime an, dass die NPF zu einer höheren Professionalität in den organisatorischen Abläufen beigetragen habe und eine Reihe an Pflegeheimen Fusionen und Kooperationen aufgrund der NPF eingegangen ist (vgl. Kapitel 5.3). Die dazu durchgeführte statistische DiD-Analyse kann allerdings weder einen Zusammenhang zwischen leistungsorientierten Finanzierungsregimen der Kantone und einer Kosteneindämmung belegen noch widerlegen.

4. Auswirkungen auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen

In diesem Kapitel wird auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen im Allgemeinen und im Speziellen in Bezug auf das zweite Hauptziel der NPF sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen zu verbessern, eingegangen. Zunächst wird die heutige Situation der pflegebedürftigen Menschen beschrieben, anschliessend der Einfluss der NPF auf diese Situation analysiert.

Die finanzielle Belastung hängt nicht nur von den KVG-Pflegekosten, sondern auch von den nicht KVG-pflichtigen Kosten ab, welche vor allem von den Pflegebedürftigen getragen werden. Daher werden in diesem Kapitel auch die Entwicklung der Gesamtkosten der Pflege und deren Finanzierungsanteile aufgezeigt.

4.1. Situation heute

4.1.1. Finanzielle Belastung

Wie stark die Pflegebedürftigen finanziell durch die Pflege belastet werden, ist stark individuell und hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie bspw. der Unterstützung, die bereits durch das Umfeld geleistet werden kann, der bisherigen Wohnsituation, etc. Trotzdem gibt es Ausgaben, die klar aufgrund der Pflegebedürftigkeit neu entstehen und deren Grösse grob abgeschätzt werden kann.

Durch einen Pflegeheimaufenthalt fallen für die Pflegebedürftigen folgende Kosten an:

- die **Patientenbeteiligung** der Pflege (CHF 0 – CHF 7'884 jährlich¹¹⁵).
- die **Hotellerie- und Betreuungstaxen**. Diese können über die Pflegeheime und gewählten Zimmer hinweg stark variieren. Ausgehend von einem Tarif von CHF 170¹¹⁶ pro Tag, ergeben sich Kosten von rund CHF 60'000 pro Jahr. Dies entspricht annäherungsweise dem Median der höchsten durch die EL übernommenen Tarife¹¹⁷ und den Kosten der Hotellerie- und Betreuung in den betrachteten Fallstudienregionen¹¹⁸, wobei diese Kosten zwischen rund CHF 125 und CHF 260 variieren können.

Im ambulanten Pflegesetting werden folgende Kosten für die Pflegebedürftigen relevant:

- Wiederum die **Patientenbeteiligung** der Pflege (CHF 0 – CHF 5'825 jährlich¹¹⁹)
- Zudem ist anzunehmen, dass ab einem gewissen Pflegebedarf auch **Hilfe im Haushalt** (inkl. der Bereitstellung von Mahlzeiten) nötig wird, stark davon abhängig inwieweit diese durch das Umfeld

¹¹⁵ Dieser hängt von der erhobenen Patientenbeteiligung ab und liegt bei einer Patientenbeteiligung von 10% bei CHF 3'942 und bei 20% bei CHF 7'884 jährlich (Berechnung: CHF 108 * 365 Tage * 0.1 bzw. CHF 108 * 365 Tage * 0.2).

¹¹⁶ Mit einer angenommenen Aufteilung von CHF 40 für die Betreuung und CHF 130 für die Hotellerie.

¹¹⁷ Gemäss Befragung der Kantone.

¹¹⁸ Hierfür berufen wir uns einerseits auf die Aussagen der befragten Pflegebedürftigen und andererseits auf eine punktuelle Recherche der Taxordnungen einzelner Heime in diesen Gemeinden.

¹¹⁹ Auch dieser hängt von der erhobenen Patientenbeteiligung ab: Bei 10% beträgt diese CHF 2'913 und bei 20% CHF 5'825 (Berechnung: bzw. 79.80 * 365 * 0.1 bzw. CHF 79.80 * 365 Tage * 0.2).

übernommen werden kann. Ausgehend von beispielhaft ein bis drei Stunden Haushaltshilfe pro Woche fallen dadurch jährlich rund CHF 1'800 – CHF 5'500 an.¹²⁰ Ferner nehmen wir im Modell an, dass im ambulanten Pflegesetting ein **Entlastungsdienst** benötigt wird. Bei einer Inanspruchnahme von ein bis fünf Stunden pro Woche belaufen sich die Kosten auf rund CHF 1'600 – CHF 7'800 im Jahr.¹²¹

Ab einem gewissen Grad an Hilflosigkeit i.S. der IV können die Pflegebedürftigen eine Hilflosenentschädigung geltend machen. In der ambulanten Pflege ist dies seit der Einführung der NPF bereits bei einer «leichten» Hilflosigkeit möglich, in Heimen erst ab einer mittleren bzw. hohen Hilflosigkeit.¹²² Tabelle 28 in Anhang A5.1 zeigt beispielhafte Berechnungen der Belastung durch die Pflegekosten im Pflegeheim und bei der Pflege zu Hause für drei Typen – mit leichtem, mittlerem und hohem Pflegebedarf. Die beispielhaften Berechnungen zeigen, dass die finanzielle Belastung mit zunehmendem Pflegebedarf im Pflegeheim abnimmt, was am damit einhergehenden Hilflosigkeitsgrad liegt, der entsprechend entschädigt wird. Bei der Hilfe und Pflege zu Hause vermag die mit zunehmendem Pflegebedarf gewährte Hilflosenentschädigung die für die Beispielrechnung angenommenen Zusatzkosten des Entlastungsdienstes und des Haushaltsdienstes hingegen nicht kompensieren.

Finanzierbarkeit

Die mit der Pflege verbundenen Kosten sind für die Pflegebedürftigen mit ihrem Renteneinkommen und Vermögen teilweise schwer finanzierbar. Aus den Interviews mit den Patientenorganisationen und den Pflegebedürftigen/Angehörigen geht hervor, dass dies zum Teil eine hohe finanzielle und emotionale Belastung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen darstellt. So löst die drohende Abhängigkeit von EL gemäss mehreren InterviewpartnerInnen Existenzängste bei den Pflegebedürftigen und den Angehörigen aus. Des Weiteren nennen die InterviewpartnerInnen verschiedene besonders schwierige Situationen in Bezug auf die Finanzierung der Gesamtkosten der Pflege (für eine Zusammenfassung der Interviewaussagen vgl. Anhang A5):

- Emotional belastet sind vor allem Personen, die an der Schwelle zu den EL stehen. Die Interviews zeigen, dass die Betroffenen bei der Pflege zu Hause vielfach in bescheidenen Verhältnissen leben.
- Die finanzielle Belastung sei besonders hoch, wenn der Partner/die Partnerin einer pflegebedürftigen Person im Pflegeheim noch zu Hause wohne. So werden Fälle erwähnt, bei denen Personen, deren Partner in ein Pflegeheim eintritt, schnell zu EL-BezügerInnen würden.
- Viele Personen haben keine hohen Pensionskasseneinkünfte, sondern Vermögen in Form von Häusern oder Wohnungen. Besonders belastend sind gemäss Interviewaussagen Situationen, bei denen Haus- oder WohnungsbesitzerInnen ihr Wohneigentum verkaufen und die pflegebedürftige Person

¹²⁰ Für die Berechnung wird angenommen, dass die Haushaltshilfe CHF 35 pro Stunde kostet (Berechnung: CHF 35 * 52 Wochen * 1 Stunde bzw. CHF 35 * 52 Wochen * 3 Stunden)

¹²¹ Wir gehen davon aus, dass dieser zwischen ein und fünf Stunden pro Woche beansprucht wird und orientieren uns an einem Stundentarif von CHF 30 (Berechnung: CHF 30 * 52 Wochen * 1 Stunde bzw. CHF 30 * 52 * 5 Stunden).

¹²² Eine leichte Hilflosenentschädigung beträgt CHF 2'820 pro Jahr, eine mittlere CHF 7'056 und eine schwere Hilflosenentschädigung CHF 11'280 jährlich.

oder deren Angehörige (im Fall, dass die pflegebedürftige Person im Pflegeheim ist) in eine Mietwohnung ziehen müssten, da sie noch nicht ergänzungsleistungsberechtigt seien. Teilweise sei es auch schwierig, im angestammten Ort kurzfristig eine bezahlbare Wohnung zu finden.

4.1.2. Deckungslücken bei Bezug von EL

Reichen die eigenen finanziellen Mittel nicht aus, können pflegebedürftige Personen im AHV-Alter EL zur AHV beantragen:

- Bei einem Heimaufenthalt übernimmt die EL die Kosten für die Hotellerie und Betreuung bis zu einem durch die Gemeinde oder den Kanton festgelegten Maximaltarif (vgl. Tabelle 27 in Anhang A4.4). Zusätzlich können EL-BezügerInnen Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden. Diese betragen für HeimbewohnerInnen CHF 6'000 pro Jahr, wobei die Kantone höhere Beträge vorsehen können.
- Bei der Pflege zu Hause erhalten Pflegebedürftige EL in Abhängigkeit der Differenz ihrer Einnahmen und Ausgaben. Als Ausgaben werden Alleinstehenden Kosten für den allgemeinen Lebensbedarf von CHF 19'290 pro Jahr, ein maximaler Bruttomietzins von CHF 13'200 pro Jahr und die Krankenkassenprämien angerechnet. Zusätzlich erhalten die Pflegebedürftigen zu Hause ebenfalls Krankheits- und Behinderungskosten in der Höhe von max. CHF 25'000 pro Jahr (CHF 50'000 für Ehepaare) u.a. für die Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen. Die Kantone bzw. Gemeinden können auch hier höhere Beiträge vorsehen.

Im Jahr 2015 betrug die Anzahl der EL-EmpfängerInnen in Pflegeheimen gemäss EL-Registerdaten rund 48'000 (bzw. ca. 31% der PflegeheimbewohnerInnen). EL-EmpfängerInnen, die eine Alterspflege zu Hause in Anspruch nehmen, können in den Registerdaten nicht identifiziert werden.¹²³ BASS (2011) zeigen aber, dass der Kreis der Personen, die bei der Pflege zu Hause EL benötigen, bis in den Mittelstand hineinreicht.

Bei der Frage, ob sich alle Pflegebedürftigen – d.h. auch Personen, welche EL beziehen – die angemessene Pflege leisten können, geht aus den Interviews mit den Patientenorganisationen und Pflegebedürftigen hervor, dass dies bei der Pflege im Pflegeheim besser gegeben ist als bei der Pflege zu Hause (für eine Zusammenfassung der Interviewaussagen vgl. Anhang A5.2). Ausnahmen bei der Pflege im Pflegeheim bilden Fälle, bei denen die Pflegeheimtarife die von den EL gedeckten Maximaltarife übersteigen. Zudem wird gemäss Interviewaussagen der sogenannte Demenzzuschlag, welcher von den Pflegeheimen nach der Einführung der NPF eingeführt worden sei, nicht von den EL übernommen.¹²⁴ Einzelne befragte Personen erwähnen auch Fälle, bei denen die betroffenen Personen nicht in einem ausserkantonalen Heim in der Nähe der Angehörigen oder in einem Wunschkpflegeheim im selben Kanton

¹²³ Für die Anzahl EL-EmpfängerInnen in Pflegeheimen wird annähernd angenommen, dass alle EL-Personen über 65, deren Wohnsituation gemäss EL-Statistik mit «Heim» beschrieben wird, in einem Pflegeheim wohnen und nicht in einem Heim anderer Art (bspw. Institutionen für Menschen mit Behinderungen, Sucht- oder psychosozialen Problemen).

¹²⁴ Anmerkung der EvaluatorInnen: Ein Demenzzuschlag zu Lasten der BewohnerInnen ist nicht gesetzeskonform, wenn damit die Kostenbeteiligung der PatientInnen von CHF 21.60 übersteigt. Ein Kanton kann jedoch die Restfinanzierung aufgrund der Demenzdiagnose erhöhen, diese Erhöhung muss jedoch zu Lasten der Kantone bzw. Gemeinden gehen.

untergebracht werden konnten. Bei der Pflege zu Hause werden von den Interviewpartnern folgende Deckungslücken genannt:

- Hohe Betreuungskosten können bei einem intensiven Ausmass an Betreuung (z.B. bei Demenz) die von den EL gedeckten Kosten übersteigen.
- Die effektive Miete übersteigt teilweise die von den EL maximal gedeckten Mietkosten (CHF 13'200 pro Jahr; bei Ehepaaren CHF 15'000 pro Jahr).
- Die EL reichen bei einigen Personen nicht aus, um ausserordentliche Ausgaben, wie z.B. Heizkosten, Möbel, Hilfsmittel zu bezahlen.¹²⁵
- In Bezug auf die Hilfslosenentschädigung besteht das Problem, dass diese erst nach einem Jahr der Hilfsbedürftigkeit angemeldet werden können.
- Zudem sind Formulare bzw. Kriterien für die Hilfslosenentschädigung nicht auf Menschen mit Demenz zugeschnitten, so dass diese in Anfangsstadien nicht von der Hilfslosenentschädigung profitieren.
- Die EL greifen beim betreuten Wohnen zu wenig, weil die Kosten die Beiträge der EL übersteigen.

In den Fallstudienregionen wird unterschiedlich mit den Deckungslücken umgegangen. Für Deckungslücken im Bereich der Pflegeheime kann in der Stadt Luzern beispielsweise aufgrund der höheren Lebenshaltungskosten ein Antrag auf Zusatzleistungen der Sozialversicherungen (AHIZ) für die Übernahme der ungedeckten Kosten gestellt werden. Gemäss anderen Befragten im Kanton Luzern übernehmen die Gemeinden teilweise den Taxausgleich, zum Teil müssten die Betroffenen in ein Pflegeheim in einer günstigeren Region oder es werde Sozialhilfe beantragt. In den anderen Fallstudienregionen liegen die Tarife der Pflegeheime mehrheitlich nicht über dem maximalen EL-Tarif. Wenn dies doch der Fall sei, müsse mit den Gemeinden oder den Pflegeheimen selbst verhandelt werden. Die Gemeinden würden den Taxausgleich meist übernehmen.

Für die beschriebenen Deckungslücken im Bereich der Pflege zu Hause existieren in den verschiedenen Fallstudienregionen zum Teil finanzielle Unterstützungsleistungen oder sonstige Unterstützungsleistungen. Einige Gemeinden bieten eine Mitfinanzierung an Entlastungsdiensten der Spitex, der Pro Senectute oder anderen gemeinnützigen Organisationen wie z.B. dem Roten Kreuz. In Solothurn existiert gemäss einem Interviewpartner eine Stiftung, die finanzielle Hilfen an ambulant gepflegte Personen mit finanziellen Schwierigkeiten leistet. InterviewpartnerInnen aus ländlichen Regionen erwähnen, dass bei ihnen auch die Nachbarschaftshilfe noch stark greife. Laut einigen InterviewpartnerInnen bestehe in ihren Regionen auch ein gutes Netz an Freiwilligenorganisationen, die gratis Hilfeleistungen anbieten.

Personen knapp über der EL-Grenze

Gemäss einzelnen Interviewaussagen ist die finanzielle Situation von Personen, welche über ein Renteneinkommen verfügen, das knapp über der Grenze zur Berechtigung zu EL liegt, viel problematischer als bei Personen, die EL beziehen. Diese Personen könnten nicht von Vergünstigungen profitieren (wie

¹²⁵ Die Pro Senectute leistet in solchen Fällen beispielsweise finanzielle Unterstützungen, die durch den Bund mitfinanziert werden.

z.B. Erlass der Billag etc.) und hätten am Ende weniger Geld zur Verfügung als EL-BezügerInnen. Die Pro Senectute dürfe diesen Personen keine finanziellen Unterstützungsleistungen für ausserordentliche Ausgaben auszahlen, da sie vom Bund die Auflage hätte, nur Personen mit EL zu berücksichtigen.¹²⁶

Unwissen über Ansprüche auf Unterstützungsleistungen

Gemäss den geführten Interviews besteht bei Personen in schwierigen finanziellen Situationen teilweise Unwissen darüber, dass sie Anspruch auf finanzielle Unterstützungsleistungen wie z.B. die HE, EL, aber auch Leistungen von Zusatzversicherungen der Krankenversicherung haben. Mehrere Patientenorganisationen äussern, dass dies in Beratungsgesprächen zu Tage käme. Zum Teil hätten die Personen bereits seit längerer Zeit Anrecht gehabt. Von den ÄrztInnen und Spitälern würden die Personen nicht darauf aufmerksam gemacht.

4.1.3. Sozialhilfebezug

Aus den Interviews mit den Patientenorganisationen und Gemeindevertretern in den sechs Fallstudienregionen (vgl. Anhang A3.3) geht hervor, dass ein Sozialhilfebezug aufgrund von Pflegebedürftigkeit im AHV-Alter nur in einzelnen Ausnahmefällen vorkommt. Vielfach weisen die Befragten darauf hin, dass solche Fälle im IV-Alter (d.h. jünger als AHV-Alter von 64 bzw. 65 Jahren) viel häufiger vorkämen.

Bei den Ausnahmefällen handelt es sich um folgende Situationen (Reihenfolge nach Häufigkeit der Nennungen):

- Vorvererbung des Vermögens (in allen Fallstudienregionen genannt). Dieser Vermögensverzicht wird bei den EL als Einnahme angerechnet. Laut einem Gemeindevertreter sucht die Gemeinde in solchen Fällen auch das Gespräch mit den begünstigten Angehörigen. Diese hätten eine Verwandtenunterstützungspflicht.
- Sozialhilfe springt temporär ein, weil der Antrag für die EL oder Hilfenentschädigung zu lange dauerte (in zwei Fallstudienregionen genannt).
- Die Kosten für das *innerkantonale* Pflegeheim werden nicht komplett durch die EL gedeckt (in einer Fallstudienregion genannt).
- Die Kosten für das *ausserkantonale* Pflegeheim werden nicht vollständig durch die EL gedeckt (in einer Fallstudienregion genannt).
- Vorbezug der Pensionskasse (in einer Fallstudienregion genannt).
- Anhäufung von Schulden (in einer Fallstudienregion genannt).

4.2. Einfluss der Neuordnung der Pflegefinanzierung

In diesem Kapitel wird hergeleitet, ob und inwieweit die NPF die finanzielle Belastung sowie mögliche Deckungslücken und eine Sozialhilfeabhängigkeit auf Seiten der Pflegebedürftigen beeinflusst hat.

¹²⁶ Laut Aussagen des BSV darf die Pro Senectute auch in Fällen, in denen keine EL ausgerichtet wird, Leistungen erbringen. Wenn die ausserordentlichen Ausgaben höher sind als der Einnahmenüberschuss, darf die Pro Senectute im Unterschiedsbetrag Leistungen erbringen (falls das Vermögen der Person eine bestimmte Grenze nicht übersteigt).

Die finanzielle Be- oder Entlastung der Pflegebedürftigen durch die NPF hängt u.a. auch davon ab, inwiefern die NPF die Gesamtkosten der Pflege, d.h. die KVG-Pflegekosten sowie die nicht KVG-pflichtigen Kosten der Pflege, beeinflusst hat. In diesem Kapitel wird daher zunächst die Entwicklung Gesamtkosten der Pflege beschrieben. Anschliessend wird die Entwicklung der Finanzierungsanteile sowie des Anteils der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten aufgezeigt. Schliesslich geht dieses Kapitel auf die Situation der Personen in schwierigen finanziellen Verhältnissen ein.

4.2.1. Entwicklung der Gesamtkosten

Nachfolgend ist die Entwicklung der Gesamtkosten jeweils für die Pflegeheime und die Hilfe und Pflege zu Hause separat beschrieben. Im vorliegenden Kapitel steht die Belastung durch die gesamte Pflege, also nicht nur der KVG-pflichtigen Pflegeleistungen, im Vordergrund. Ein möglicher Effekt der NPF auf diese Gesamtkosten und deren Zusammensetzung aus unterschiedlichen Leistungen ist bei einer Betrachtung pro Kopf am besten ersichtlich.¹²⁷ Die Angaben stammen aus den beiden Statistiken des BFS: der SOMED¹²⁸ und der Spitex-Statistik¹²⁹ (siehe Tabelle 10 in Anhang A3.4).

Wie in Kapitel 3.1 dargestellt werden die pro-Kopf-Kosten mit einer fixierten Dauer der Inanspruchnahme pro Jahr normiert, um Verzerrungen in der Entwicklung auszuschalten. Weil die Pflegebedürftigen im Durchschnitt nicht ein ganzes Jahr im Pflegeheim beherbergt sind, bilden die normierten Kosten nicht die effektiven Kosten pro BewohnerIn ab, sondern die effektiven Kosten liegen tiefer. Bei Pflege zu Hause entspricht die fixierte Dauer der Inanspruchnahme pro Jahr jener aus dem Jahr 2010. Weil die durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme pro Jahr seither zugenommen hat, liegen die effektiven Kosten pro KlientIn heute höher.

Pflegeheime

Bei den Pflegeheimen betragen die normierten¹³⁰ Gesamtkosten pro BewohnerIn im Jahr 2015 rund CHF 106'600, wobei es im Jahr 2010 rund 154'000 PflegeheimbewohnerInnen gab (siehe Anhang A6.1.2). Diese setzen sich bei den Pflegeheimen zusammen aus den KVG-Pflegekosten, den Kosten für die Betreuung, die Pension/Hotellerie sowie restliche Kosten (ÄrztInnen- und Therapiekosten, Medikamente und Material der Mittel und Gegenständeliste (MiGEL)), wobei die KVG-Pflegekosten und die Pensionskosten je rund 40%, die Betreuungskosten 16% und die restlichen Kosten 3% ausmachen (Jahr 2015).

Insgesamt sind die Gesamtkosten pro BewohnerIn im ganzen Zeitraum von 2006 bis 2015 um 26% von CHF 84'500 im Jahr 2006 auf CHF 106'600 im Jahr 2015 gestiegen (vgl. Abbildung 10).¹³¹ Dabei ist zu beobachten, dass die Gesamtkosten pro Pflegebedürftiger vor der Einführung der NPF durchschnittlich

¹²⁷ Bei der Betrachtung der Gesamtkosten der Pflege absolut (und nicht pro Kopf) können auch Mengeneffekte enthalten sein, d.h. die absoluten Gesamtkosten der Pflege könnten sich auch aufgrund einer Zunahme oder Abnahme der Anzahl Pflegebedürftiger verändern.

¹²⁸ Bei den Pflegeheimen entsprechen die Kosten den Nettobetriebskosten II nach Abzügen verteilt auf die einzelnen Kostenträger. Die KVG-pflichtigen Pflegekosten sind als eigener Kostenträger verfügbar.

¹²⁹ Die Angaben der Spitex entsprechen dem Gesamtaufwand der Organisationen. Eine Kostenträgerermittlung ist in der Spitex-Statistik keine verfügbar. Als Annäherung an die Kosten der KVG-pflichtigen Pflege haben wir deshalb die Erträge für KVG-pflichtige Leistungen verwendet.

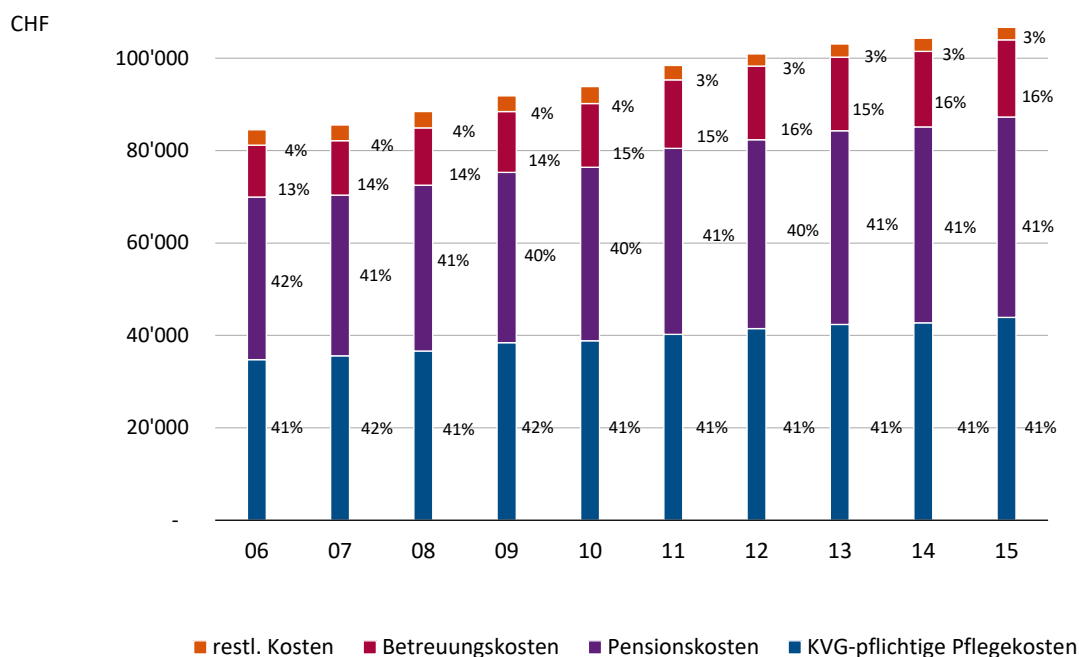
¹³⁰ Im Folgenden nicht mehr explizit als normierte Kosten betitelt. Es handelt sich aber bei allen pro-Kopf-Kosten um normierte Kosten.

¹³¹ Die absoluten Gesamtkosten der Pflege in Pflegeheimen sind im selben Zeitraum von CHF 6.9 Mia. um 41% auf CHF 9.7 Mia. angestiegen.

um 3% pro Jahr zunehmen, danach mit 2% jährlicher Zunahme etwas geringer zunehmen. Wie die folgende Abbildung zeigt, ist diese Kostenentwicklung geprägt durch ein kleineres Kostenwachstum der KVG-pflichtigen Pflege nach 2011. Die Hotelleriekosten stiegen mit Ausnahme des Jahres 2011 konstant an und die Betreuungskosten stiegen zunächst an, bevor sie wieder abflachten:

- Pensionskosten pro BewohnerIn: Von 2006-2010 durchschnittlicher jährlicher Anstieg von rund 2% pro Jahr; 2010-2011: 5%; 2011-2015: 2% pro Jahr.
- Betreuungskosten pro BewohnerIn: Von 2006-2010: 5% pro Jahr, 2010-2011: 5% pro Jahr, 2011-2015: 3% pro Jahr.

Abbildung 10: Entwicklung der Gesamtkosten pro BewohnerIn nach Kostenart in den Pflegeheimen (normiert auf 365 Beherbergungs- bzw. Betreuungstage/Jahr), 2006-2015



Quelle: SOMED-Statistik des BFS

Grafik INFRAS.

Der schweizweite Trend der Betreuungs- und Pensionskosten widerspiegelt sich je in gut der Hälfte der Kantone.¹³² Bei den Pensionskosten ist in den anderen Kantonen der starke Kostenzuwachs in den Jahren 2011/2012 nicht zu beobachten oder die Kosten sind auch nach 2012 stärker angestiegen als vor der NPF. Bei den Betreuungskosten ist bei den restlichen Kantonen kein markant höheres Kostenwachstum in den Jahren 2011 und 2012 zu beobachten.

¹³² Bei den Pensionskosten sind dies die Kantone BE, BS, FR, GE, GR, LU, SH, SZ, TG, VD und ZH. Bei den Betreuungskosten die Kantone AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GR, NE, OW, SZ, TG, UR und ZH.

Spitex-Organisationen und selbständige Pflegefachpersonen

Bei der Hilfe und Pflege zu Hause betragen die normierten Gesamtkosten pro KlientIn im Jahr 2015 CHF 8'300. Diese setzen sich zusammen aus den Kosten für die KVG-pflichtige Pflege, denjenigen für hauswirtschaftliche Leistungen, dem Mahlzeitendienst und den Kosten für weitere Leistungen (bspw. Fahrdienste, Notrufsysteme, Sozialdienste, etc.). Die jeweiligen Kostenanteile sind nicht bekannt, in der Statistik erhoben werden lediglich die Erträge für die verschiedenen Leistungen.¹³³ Diese betragen im Jahr 2015 79% für die KVG-pflichtigen Pflegekosten, 16% für die hauswirtschaftlichen Leistungen, 3% für den Mahlzeitendienst und 2% für die weiteren Leistungen. Die Ertragsanteile können aus den folgenden Gründen nur als grober Proxy für die Kostenanteile verwendet werden:

- Bei Deckungslücken der KVG-pflichtigen Pflegekosten bzw. bei einer allfälligen Quersubventionierung der Leistungen durch die Leistungserbringer entsprechen die Einnahmen nicht den Kosten.
- Ferner liefert auch die Statistik gewisse Einschränkungen, da nicht alle Leistungserbringer den Beitrag der öffentlichen Hand der Kostenbeteiligung für die KVG-pflichtige Pflege und weitere Direktzahlung unterteilen können.

Auch bei der Hilfe und Pflege zu Hause fand im Jahr 2011 ein Kostenanstieg pro KlientIn statt.¹³⁴ Im Vergleich zu den Pflegeheimen fand nach 2011 nicht nur eine Abflachung des Kostenwachstums statt, die Gesamtkosten pro KlientIn blieben sogar konstant bzw. nahmen leicht ab. Pro KlientIn beliefen sich die Gesamtkosten im Jahr 2006 auf CHF 8'500 und im Jahr 2015 auf CHF 8'300 (vgl. folgende Abbildung). Dabei betrug die durchschnittliche jährliche Kostenentwicklung zwischen 2006 und 2009¹³⁵ 2% und zwischen 2011 und 2015 -1%. Ähnlich war auch die Entwicklung in vielen Kantonen: In knapp mehr als der Hälfte der Kantone war das Kostenwachstum nach 2011 tiefer als davor.¹³⁶

Während die Kosten der KVG-Pflege, wie in Kapitel 3.1 beschrieben, im Jahr 2011 sprunghaft und später moderat angestiegen sind, haben sich die Einnahmen der nicht KVG-pflichtigen Leistungen (Einnahmen als grober Proxy für die Kosten) folgendermassen entwickelt:

- Die Einnahmen aus **Hauswirtschaftsleistungen pro KlientIn** sind schweizweit seit dem Jahr 2008 um 17% von CHF 845 auf CHF 905 angestiegen. Die Zunahme verlief jedoch nicht stetig zwischen 2008 und 2015, sondern war von leichten Schwankungen geprägt.
- Die Einnahmen aus dem **Mahlzeitendienst pro KlientIn** sind zwischen 2011 und 2015 stetig gesunken. Dies kann gemäss Spitex Schweiz und dem ASPS damit begründet werden, dass zahlreiche Spitex-Organisationen mit Leistungsvertrag diese Leistungen nicht mehr anbieten, bspw. da sie sich auf ihren Kernauftrag konzentrieren, um die Kosteneffizienz zu steigern oder weil andere Anbieter hierfür in den Markt eingetreten sind.

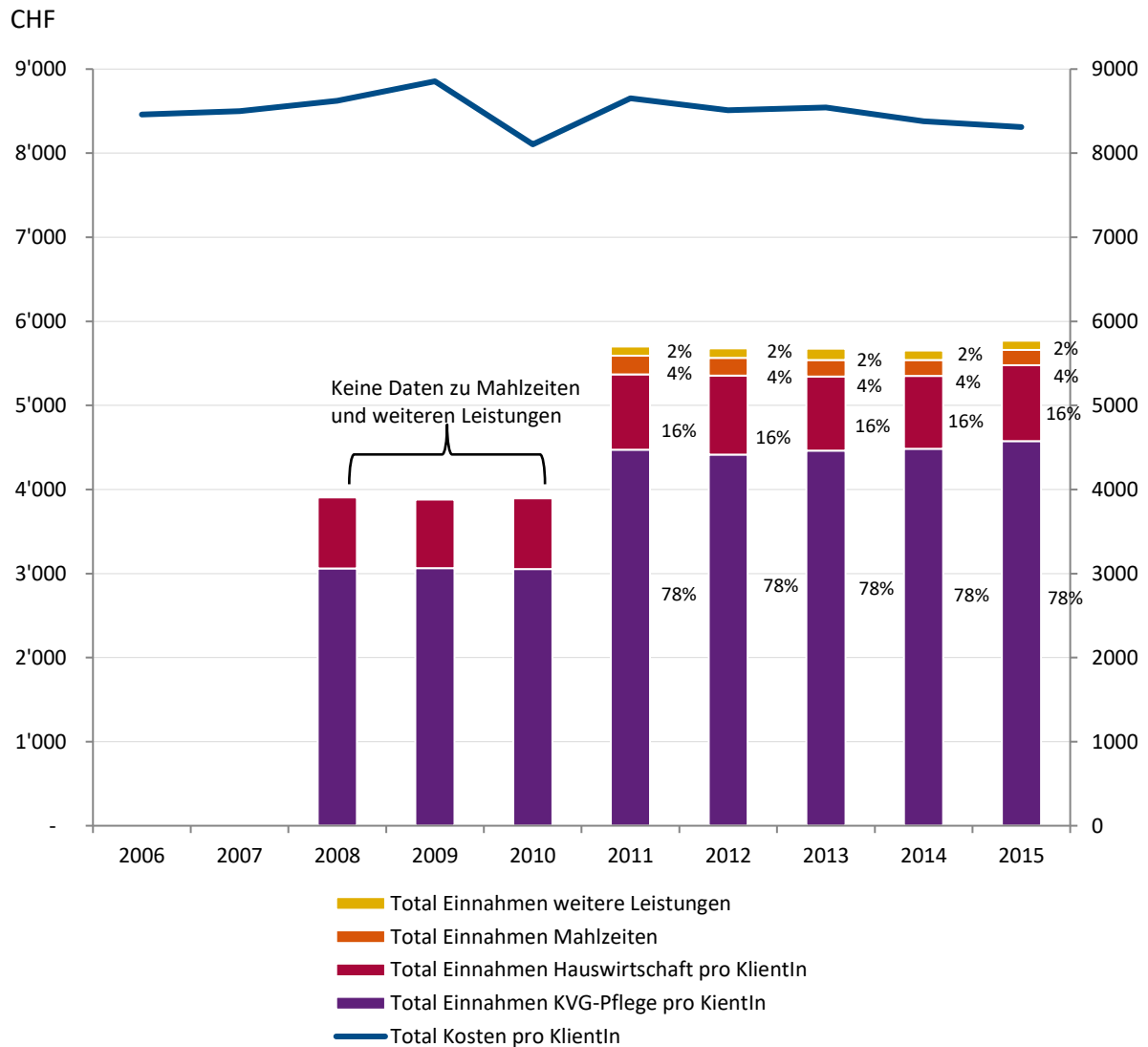
¹³³ Da keine exakte Kostenträgerrechnung vorliegt, kann die Aufteilung dieser Kosten auf die einzelnen Leistungen nur annähernd ermittelt werden, indem betrachtet wird, für welche Leistungen die Spitex-Organisationen Einnahmen erhalten haben. Die Aufteilung der Einnahmen nach KLV-Pflege und hauswirtschaftlichen Leistungen ist erst ab dem Jahr 2008 verfügbar. Ab der Erhebung im Jahr 2011 wurden ferner noch die Einnahmen aus dem Mahlzeitendienst und aus weiteren Leistungen in der Spitex-Statistik erhoben.

¹³⁴ Es gilt zu beachten, dass die Angaben zu den Gesamtkosten pro KlientIn ab dem Jahr 2010 neu auch Angaben der selbständigen Pflegefachpersonen und privaten Spitex-Organisationen beinhalten. Zudem dürfte zum Teil auch der in Kap. 3.1.1 erwähnte statistische Effekt eine Rolle für den Kostenanstieg gespielt haben.

¹³⁵ Aufgrund des Bruchs in den Spitex-Daten im Jahr 2010 (siehe Tabelle 10 in Anhang A3.4.1), haben wir die Entwicklung im Jahr 2010 nicht mit den anderen Jahren verglichen.

¹³⁶ Höher war dies in den Kantonen AI, AR, BL, BS, FR, GL, NW, SG, TI, ZG und ZH.

Abbildung 11: Entwicklung der Gesamtkosten pro KlientIn und Aufteilung der Einnahmen nach Kostenart in den Spitex-Organisationen (normiert auf 1 Pflegestunde/Woche), 2006-2015



In der Spitex-Statistik wird die Anzahl KlientInnen für die unterschiedlichen Leistungen unterschieden. D.h. es wird angegeben, wie viele KlientInnen welche Leistungen in Anspruch nehmen. Somit unterscheidet sich die Zahl der KlientInnen je nach Leistung. Für eine vergleichbare Basis haben wir die Kosten pro KlientIn der Langzeitpflege berechnet. D.h. wir haben bspw. auch die Einnahmen aus der Hauswirtschaft durch die Anzahl KlientInnen der Langzeitpflege geteilt. Bruch in den Daten 2010.

Grafik INFRAS. Quelle: Spitex-Statistik des BFS

4.2.2. Entwicklung der Finanzierungsanteile

Die Finanzierungsanteile der Akteure an den Gesamtkosten werden durch das BFS für die Jahre 2008 bis 2014 ausgewiesen. Im Folgenden werden diese separat für Pflegeheime und Spitex-Organisationen¹³⁷ beschrieben. Da diese Daten nicht auf kantonaler Ebene vorliegen, können keine Aussagen über kantonale Unterschiede gemacht werden.

¹³⁷ Diese Angaben liegen nur für die Spitex-Organisationen und nicht den ganzen Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause vor.

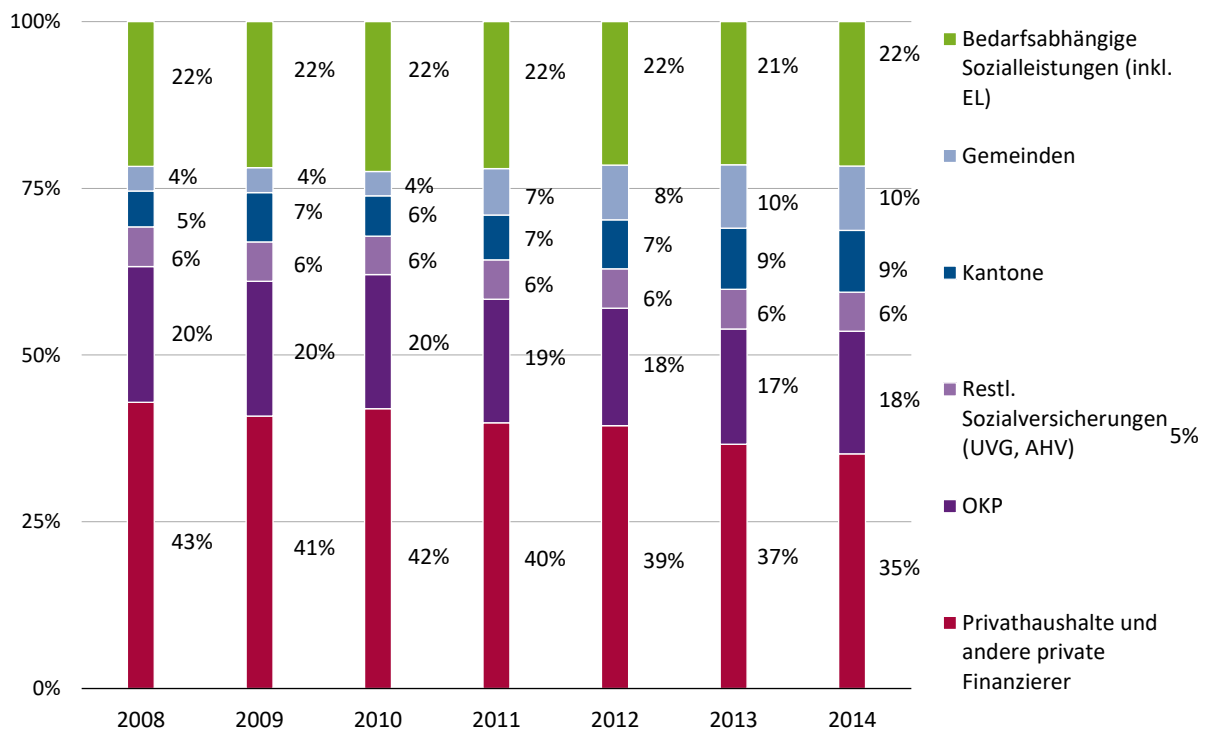
Pflegeheime

Im Jahr 2014¹³⁸ sind die privaten Haushalte für knapp ein Drittel der Gesamtkosten der Pflegeheime aufgekommen. Je rund ein weiteres Fünftel der Kosten wurde durch die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden mittels Restkostenfinanzierung und allfälligen Subventionen je zu ca. 10%), durch die Sozialversicherer (zum grössten Anteil durch die OKP-Krankenversicherer) sowie durch bedarfsabhängige Sozialleistungen (meist EL zur AHV) geleistet.

Die Entwicklung (vgl. folgende Abbildung) zeigt, dass sich die Finanzierungsanteile im Jahr 2011 von den Privathaushalten und den Sozialversicherungen (insbesondere OKP) hin zu der öffentlichen Hand verschoben haben, wobei die Ausgaben der Gemeinden geringfügig leichter angestiegen sind als diejenigen der Kantone. Ab dem Jahr 2011 hat sich die Zunahme des Anteils der öffentlichen Hand fortgesetzt, was sich auf eine relative Entlastung bei den Pflegebedürftigen ausgewirkt hat (Abnahme um 5 Prozentpunkte in den Jahren 2011 bis 2014). Der Anteil der Kosten, der über die EL übernommen wurde, blieb indes über die gesamte betrachtete Periode in etwa gleich.

Abbildung 12: Entwicklung der Finanzierungsanteile der Gesamtkosten der Pflegeheime, 2008 bis 2014

Anteile in Prozent



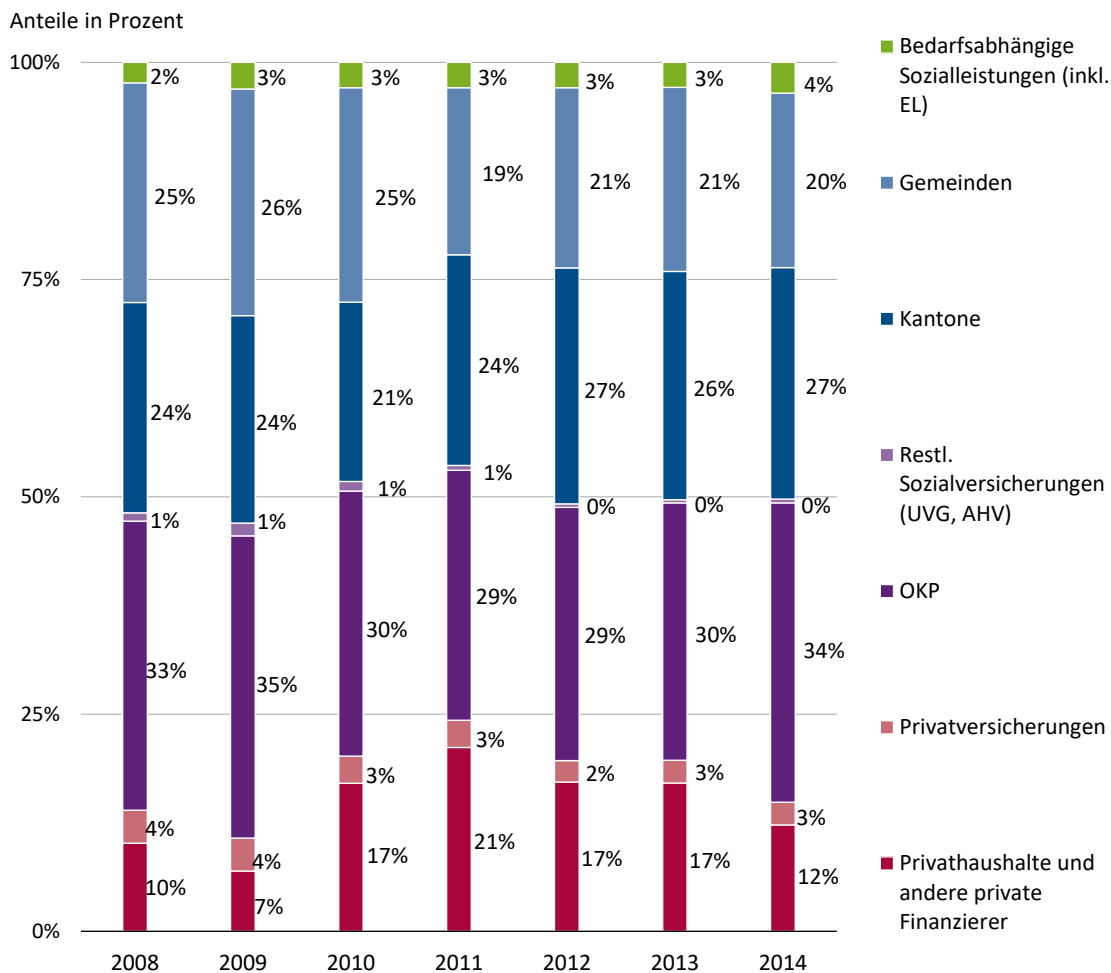
Grafik INFRAS. Quelle: Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS.

Bei der Spitex ist die Finanzierung im Vergleich zu den Pflegeheimen anders verteilt: Die Belastung der privaten Haushalte fällt mit 10% der Gesamtkosten geringer aus als bei den Pflegeheimen (dort liegt

¹³⁸ Die Statistik zu den Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens liegt für die Jahre 2008 bis 2014 vor.

diese bei rund 40%). Ein Drittel der Gesamtkosten der Spitex-Organisationen wurde durch die Versicherer gedeckt. Die öffentliche Hand übernahm bei den Spitex-Organisationen mit knapp der Hälfte der Kosten im Jahr 2014 den grössten Anteil (und somit einen grösseren Anteil als bei den Pflegeheimen), wobei der Beitrag der Kantone etwas höher war als derjenige der Gemeinden (27% im Vergleich zu 20%). Dafür sind die Ausgaben der EL für die ambulante Alterspflege sehr gering - bei den Pflegeheimen finanziert die öffentliche Hand durch die EL einen beträchtlichen Anteil an den Gesamtkosten. Die Finanzierungsanteile der Gesamtkosten der Spitex waren zu Beginn der betrachteten Periode im Jahr 2008 ähnlich ausgeprägt wie im Jahr 2014. Dazwischen fand jedoch in den Jahren 2010 und 2011 eine Verlagerung der Finanzierung von der öffentlichen Hand und den Versicherern an die privaten Haushalte statt. Der Anstieg im Jahr 2010 dürfte auf den Einbezug der privaten Spitex-Organisationen in die Statistik zurückzuführen sein. Den deutlich höchsten Anteil haben die Privathaushalte im Jahr 2011, dem Jahr der Einführung der NPF, übernommen.

Abbildung 13: Entwicklung der Finanzierungsanteile der Gesamtkosten der Spitex-Organisationen, 2008 bis 2014



Grafik INFRAS. Quelle: Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS.

Über beide Sektoren betrachtet, also die Pflegeheime und die Spitex-Organisationen zusammen, waren im Jahr 2014 die Finanzierungsanteile relativ ähnlich wie diejenige der Pflegeheime¹³⁹: Je rund ein Viertel der Gesamtkosten der Alterspflege werden durch die öffentliche Hand bzw. Sozialversicherer übernommen, knapp 20% und gut 30% durch die bedarfsabhängigen Leistungen bzw. die Privathaushalte.

4.2.3. Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen

Den Einfluss der NPF auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen (und deren Angehörigen) einzuschätzen ist schwierig. Erstens sind die verfügbaren Daten zu diesem Punkt teilweise nicht konsistent über einen längeren Zeitraum. Zweitens bestanden vor der NPF sehr unterschiedliche Tarife und unterschiedliche Formen der Finanzierung in den Kantonen und Gemeinden. Dennoch lassen sich aus den Daten und Interviews mit Patientenorganisationen und Pflegebedürftigen gewisse Hinweise generieren. Im Folgenden wird je für die Pflegeheime und die Pflege zu Hause zunächst die Entwicklung der finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen beschrieben und im Anschluss der Einfluss der NPF darauf analysiert.

¹³⁹ Dies ist durch dadurch begründet, dass der Gesamtkosten der Pflegeheime ca. 4.5 Mal höher sind als diejenigen der Spitex-Organisationen und diese somit die Gesamtanteile stark mitprägen.

Pflegebedarfsstufen höher und in tieferen Pflegebedarfsstufen tiefer als nach der NPF gewesen.

Durchschnittlich habe die Belastung der Pflegebedürftigen aber abgenommen, da die Kosten in den höheren Pflegebedarfsstufen höher ausfielen. Aufgrund dieser Hinweise gehen wir davon aus, dass stark pflegebedürftige Personen in Pflegeheimen durch die NPF bei den KVG-Pflegekosten insgesamt entlastet und umgekehrt Pflegebedürftigen in tiefen Pflegebedarfsstufen zusätzlich belastet wurden.

- *Nicht-KVG-pflichtige Pflegekosten:* Die nicht KVG-pflichtigen Kosten machen den Grossteil der finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen aus. Von Seiten des Preisüberwachers wird vermutet, dass die Leistungserbringer aufgrund des Kostendrucks KVG-pflichtige Pflegekosten auf die Pflegebedürftigen bzw. die öffentliche Hand in Form von höheren Tarifen für die Betreuung und Pension überwälzt haben könnten (vgl. Kapitel 2.1.4).

Um diese Annahme zu überprüfen, wurde eine kausale Analyse durchgeführt. Mit ihr wurde getestet, ob Kantone, in denen ein Übergang zu einem leistungsorientierten Finanzierungssystem mit der NPF stattgefunden hat, einen stärkeren Anstieg bei den Pensions- und Betreuungskosten verzeichnen.

Die Ergebnisse zeigen keinen signifikanten Effekt der Art der Finanzierung auf die Kostenentwicklung der Hotellerie und der Betreuung. Es ist aber anzumerken, dass ein Einfluss der NPF auf diese Entwicklung dadurch nicht ausgeschlossen werden kann, da die Einteilung der Kantone in Kantone mit starkem, schwachem oder keinem Übergang zu einem leistungsorientierten System mit Unsicherheiten behaftet ist. So gibt es aus der Onlinebefragung der Pflegeheime Hinweise darauf, dass ungedeckte Restkosten der KVG-Pflege seit der NPF zugenommen haben und diese ganz oder teilweise auf die Pflegebedürftigen abgewälzt werden. Rund ein Fünftel der Pflegeheime mit ungedeckten Restkosten gibt an, diese ganz oder teilweise den KlientInnen zu verrechnen. Zudem geben die Pflegeheime in der Befragung an, seit der NPF die Tarife von nicht KVG-pflichtigen Leistungen tendenziell erhöht zu haben (vgl. Anhang A7). Wie in Kap. 4.2.1 aufgezeigt, sind die durchschnittlichen Pensionskosten pro BewohnerIn seit Einführung der NPF zwar insgesamt leicht stärker angestiegen als in den Jahren vorher, die Betreuungskosten aber leicht weniger stark. Zusammenfassen kann aus unserer Sicht nicht ausgeschlossen werden, dass die NPF in den ersten zwei Jahren seit Inkrafttreten zu einer steigenden Belastung pro Kopf bei den nicht-KVG-pflichtigen Kosten geführt hat. Der Effekt ist gemäss den verfügbaren Daten aber eher klein.

Aufgrund der Ausgabenentwicklung gehen wir wie erwähnt davon aus, dass die NPF bei den PflegeheimbewohnerInnen insgesamt zu einer relativen Entlastung geführt hat – auch wenn Kostenüberwälzungen auf den Bereich der Hotellerie und Betreuung nicht ausgeschlossen werden können. Insgesamt überwiegt aber die Entlastung im Bereich der KVG-Pflegekosten: Mit der NPF wurde der Patientenanteil an den KVG-Pflegekosten klar geregelt und auf 20% des höchsten OKP-Beitrags fixiert wurde während dieser vorher – trotz Tarifschutz – insbesondere bei BewohnerInnen in höheren Pflegebedarfsstufen höher lag.

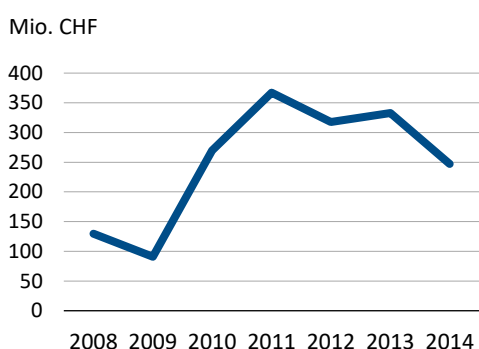
Pflege zu Hause

Entwicklung der finanziellen Belastung

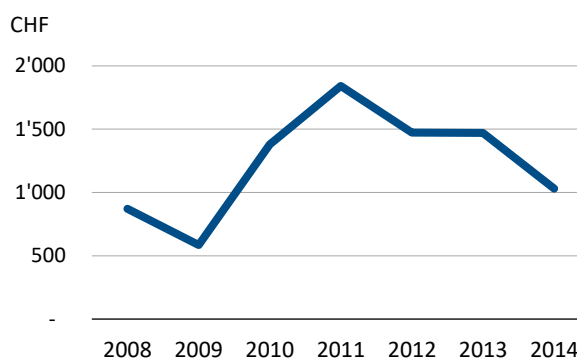
Bei der Betrachtung der Belastung der Pflegebedürftigen bei der Pflege zu Hause widerspiegelt sich die leichte Verschiebung der finanziellen Belastung hin zu den privaten Haushalten v.a. in den Jahren 2010 und 2011 (vgl. Abbildung 15), wobei der Anstieg von 2009 auf 2010 mit Vorsicht zu interpretieren ist, da die Statistik hier einen Bruch aufweist. Im Jahr 2011, welches mit jährlich CHF 1'800 die höchste Belastung pro KlientIn aufweist, haben die KlientInnen durchschnittlich fast drei Mal so viel ausgegeben wie in den Jahren 2008/2009. In den Folgejahren (nach 2011) wurden die Pflegebedürftigen zu Hause wieder finanziell entlastet.

Abbildung 15: Entwicklung der Ausgaben privater Haushalte für die Gesamtkosten der Spitex-Organisationen (Pflege und andere Leistungen), 2008-2014

Gesamtausgaben privater Haushalte pro Jahr



Durchschnittliche Ausgaben pro KlientIn pro Jahr (normiert auf 1 Pflegestunde/Woche)



Grafik INFRAS. Quelle: Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS, Spitex-Statistik des BFS.

Einfluss der NPF auf die Entwicklung

Abbildung 15 zeigt, dass die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen *im Jahr der Einführung der NPF* angestiegen ist. Dies dürfte zumindest teilweise auf die NPF zurückzuführen sein:

- **KVG-Pflegekosten:** Die Einführung der Patientenbeteiligung an den KVG-Pflegekosten dürfte insgesamt zu einer höheren Belastung der Pflegebedürftigen geführt haben. So galten im Bereich der Pflege zu Hause vor der NPF im Gegensatz zu den Pflegeheimen keine Patientenbeteiligungen für die Pflegebedürftigen bzw. der Tarifschutz wurde hier konsequenter eingehalten. Die nicht durch die Krankenversicherung gedeckten Kosten wurden durch die Kantone und Gemeinden via Defizitdeckung der Spitex-Organisationen bezahlt. Somit ist es – auch gemäss mehreren Interviewpartnern – bei den KVG-Pflegekosten im ambulanten Bereich insgesamt zu einer Zusatzbelastung (von max. CHF 5'821,75 im Jahr 2011) gekommen. Die Höhe der Zusatzbelastung ist abhängig von den in den Kantonen geltenden Patientenbeteiligungen (vgl. Kapitel 2.1.2).
- **Nicht KVG-pflichtige Kosten:** Die finanzielle Mehrbelastung der Pflegebedürftigen zu Hause durch nicht KVG-pflichtige Kosten ist weniger stark ausgeprägt als bei den Pflegeheimen. Wie in Kapitel

4.2.1 ausgeführt, sind die Einnahmen¹⁴⁰ für hauswirtschaftliche Leistungen in den Jahren 2008-2015 um 17% von CHF 845 auf CHF 905 angestiegen, wobei keine Auffälligkeiten im Jahr 2011 zu erkennen sind. Auch die statistische Analyse zeigt keinen Zusammenhang zwischen einem durch die NPF induzierten Kostendruck und dem Anstieg der nicht KVG-pflichtigen Pflegekosten. Gemäss der Befragung der Leistungserbringer werden bei den Spitex-Organisationen ungedeckten Pflegekosten auch seltener auf KlientInnen überwältigt als bei den Pflegeheimen (vgl. Anhang A7). Zudem haben die Spitex-Organisationen die Tarife für hauswirtschaftliche Leistungen gemäss eigenen Angaben zwar eher erhöht, jedoch seltener als die Pflegeheime (vgl. Anhang A7).

Die NPF dürfte sich bei Pflegebedürftigen mit geringem und hohem Pflegebedarf unterschiedlich ausgewirkt haben. So wurden mit der NPF neu Personen mit leichtem Hilfsbedarf mit einer Hilflosenentschädigung von CHF 2'820 pro Jahr entlastet. In Kantonen, in denen der Kanton die gesamte Patientenbeteiligung übernimmt, dürfte die Neuregelung daher zu einer Entlastung für Personen mit leichtem Hilfsbedarf geführt haben. Die Daten zu den Finanzierungsanteilen zeigen jedoch, dass die AHV (über die die Hilflosenentschädigung finanziert wird) nur einen geringen Anteil ausmacht. Auch aus der Befragung Pflegebedürftiger und Angehöriger geht hervor, dass nur knapp die Hälfte der befragten Pflegebedürftigen bei Pflege zu Hause eine Hilflosenentschädigung bezieht (vgl. auch Anhang A5.2).

Nach 2011 hat die durchschnittliche Belastung der Pflegebedürftigen pro Kopf bei der Pflege zu Hause wieder abgenommen. Es bleibt dabei unklar, inwiefern diese Entwicklung auf die NPF zurückgeführt werden kann. Eine mögliche Erklärung ist, dass die mit der NPF gesprochene Hilflosenentschädigung leichten Grades erst im Laufe der Zeit vermehrt zum Tragen kommt, da gemäss Interviewaussagen viele Personen Unkenntnis über diese Finanzierungsmöglichkeit haben. Allerdings ist der Anteil der AHV-Ausgaben an den Gesamtkosten vernachlässigbar klein. Vielmehr scheinen auch im Bereich der Pflege zu Hause die Kantone und Gemeinden vermehrt Beiträge an die Leistungserbringer zu leisten (vgl. Kap. 5.1.1). Unklar ist, was die Gründe hierfür sind und inwiefern dies durch die NPF induziert ist.

Sicht der befragten Personen

Die befragten Leistungserbringer sind in der Onlinebefragung mehrheitlich der Ansicht, dass die NPF (eher) zu einer erhöhten finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen geführt hat (vgl. Abbildung 22 im Anhang A5.2.) Dabei ist diese Meinung bei den Spitex-Organisationen stärker verbreitet als bei den Pflegeheimen. Die befragten Gemeindevertreter und Patientenorganisationen können den Einfluss der NPF auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen nur schwer einschätzen. Einzelne Interviewpartner vermuten eine erhöhte Belastung, die aber nicht (nur) auf die NPF zurückzuführen sei. Aus der Befragung der Pflegebedürftigen und Angehörigen lassen sich wenige Hinweise generieren. Jene zwei befragten Personen, die bereits vor 2011 KVG-Leistungen bezogen, bemerkten eine Erhöhung der Gesamtkosten bei der Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen.

¹⁴⁰ Wie in Tabelle 10 geschildert, verwenden wir als Annäherung an die Kostenstruktur die Art der Einnahmen bei den Spitex-Organisationen.

Einfluss der Spitalfinanzierung

Einzelne Patientenorganisationen weisen auf die Auswirkung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung im Jahr 2012 hin, welche zu einer höheren finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen geführt habe. Einzelne Befragte führen aus, dass die Spitalaufenthalte immer kürzer würden und die Pflege vermehrt ambulant gelöst würde. Dies ziehe nach sich, dass den Pflegebedürftigen mehr Kosten durch die ambulante Pflege (Patientenbeitrag) sowie z.B. Transportkosten entstünden. Im Falle von vorübergehender stationärer AÜP müssten die PatientInnen zudem die Hotelleriekosten zahlen.

4.2.4. Personen in schwierigen finanziellen Situationen

Im Folgenden wird auf die Situation der Personen in schwierigen finanziellen Situationen näher eingegangen. Dabei hat erstens die in Kap. 4.2.3 beschriebene Auswirkung der NPF auf die durchschnittliche finanzielle Belastung auch Konsequenzen für Personen in schwierigen finanziellen Situationen. Das heisst, Pflegebedürftige im *Pflegeheim*, die – mit Ausnahme von Personen mit tiefem Pflegebedarf – eher entlastet wurden, haben durch die NPF weniger Ausgaben und haben dadurch einen langsameren Vermögensschwund. Dadurch dürften weniger Personen auf EL angewiesen sein. Bei der *Pflege zu Hause* hatte die Einführung der Patientenbeteiligung (zumindest im Jahr 2011) höhere Ausgaben zur Folge, so dass bei diesen das Vermögen schneller aufgebraucht wird und neu mehr Personen auf EL angewiesen waren.

Zweitens wurden mit der EL sozialpolitische Begleitmassnahmen eingeführt, die speziell auf Personen in schwierigen finanziellen Situationen ausgerichtet waren: Die Erhöhung der Vermögensfreigrenze bei Personen *im Pflegeheim* (Alleinstehende: auf CHF 37'500; Ehepaare: auf CHF 60'000) hat dazu geführt, dass mehr Personen mit einem tiefen Renteneinkommen und einem verbleibenden Vermögen EL-berechtigt wurden. Zudem erhalten EL-BezügerInnen mit Vermögen durch die Erhöhung der Vermögensfreigrenze mehr EL, solange noch Vermögen vorhanden ist (da der berechnete Vermögensverzehr und damit ihre Einnahmen tiefer sind). Bei der *Pflege zu Hause* hat die Einführung der Hilflosenentschädigung bei Hilfsbedarf leichten Grades dazu geführt, dass diese Personen mit CHF 2'820 pro Jahr finanziell entlastet wurden. Diese Massnahme betraf allerdings nicht nur Personen in finanziell schwierigen Situationen.

In den verfügbaren Daten zur Anzahl der EL-BezügerInnen und der Ausgaben der EL für Pflegebedürftige in Heimen zeigen sich keine Auffälligkeiten aufgrund der NPF (vgl. Kap. 5.1). Die befragten Patientenorganisationen und Gemeindevertreter haben mehrheitlich im Bereich der *Pflege im Pflegeheim* kaum Veränderungen bei der Situation der Personen in schwierigen finanziellen Situationen durch die NPF festgestellt. Einige Personen sind der Ansicht, dass durch die neue Regelung mehr Personen EL erhalten, konnten es aber aufgrund der Dauer ihrer Berufstätigkeit nur bedingt selber feststellen.¹⁴¹ Ein-

¹⁴¹ Ein Teil der Befragten, war zum Zeitpunkt der NPF noch nicht in der Tätigkeit ihrer heutigen Funktion tätig.

zelle Befragte bemerken, dass die gewährten EL-Beiträge in einigen Fällen durch die NPF erhöht wurden, so dass es zu einer Verbesserung der finanziellen Situation gekommen sein dürfte. Auch diese Befragten konnten keinen konkreten Fall benennen.

Laut mehreren befragten Akteuren wurde die NPF im Bereich der *Pflege zu Hause* für einen Teil der Personen in schwierigen finanziellen Situationen eher finanziell spürbar, indem der Kreis der Berechtigten der Hilflosenentschädigung auf Personen mit leichtem Hilflosigkeitsgrad ausgeweitet wurde. Mehrere Patientenorganisationen berichten, dass sie mehr Anfragen erhalten hätten, ob und wie sie die Hilflosenentschädigung in Anspruch nehmen können, wobei viele Personen auch darauf aufmerksam gemacht werden müssten.

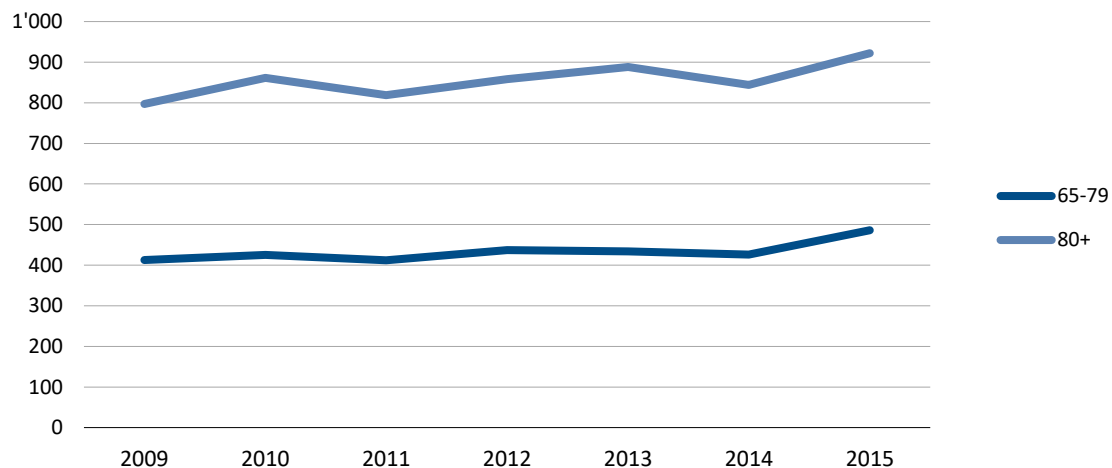
Sozialhilfeabhängigkeit

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl der Sozialhilfefälle von Personen, die in Heimen leben, wobei es sich bei einem kleinen Teil dieser Personen auch um Behindertenheime handelt. Die Zahlen werden nach Altersgruppe dargestellt.¹⁴²

Im Jahr 2015 haben insgesamt rund 1'400 der im Heim lebenden Personen über 65 Jahren Sozialhilfe bezogen. Dies entspricht 0.9% der PflegeheimbewohnerInnen.

Auch wenn die Zahlen diesbezüglich mit Unsicherheiten behaftet sind, deutet die Entwicklung der Sozialhilfebeziehenden in Heimen nicht darauf hin, dass die Anzahl der Sozialhilfebeziehenden mit der NPF zurückgegangen ist.

Abbildung 16: Anzahl Sozialhilfebeziehende über 65 in Heimen, 2009-2015



Grafik INFRAS. Quelle: Sozialhilfestatistik des BFS

Auch die im Rahmen der Fallstudien befragten Akteure gehen mehrheitlich davon aus, dass sich die Situation in Bezug auf die Sozialhilfeabhängigkeit nicht wesentlich durch die NPF verändert hat. In vier

¹⁴² Die Art der Heime ist in der Sozialhilfestatistik nicht differenziert.

Fallstudienregionen bemerken einzelne Akteure, dass ein Sozialhilfebezug aufgrund eines Heimaufenthalts vor der NPF auch nur in Einzelfällen vorgekommen sei. In zwei Fallstudienregionen (SO, ZH) vermuten hingegen einzelne Personen einen tendenziellen Rückgang von Sozialhilfefällen. In Affoltern am Albis seien beispielsweise die EL-Tarife leicht angehoben worden, damit der Heimaufenthalt finanziert werden könne.

4.3. Zielerreichung und Handlungsbedarf aus Sicht der Akteure

Zielerreichung

Sicht der befragten Akteure

Die befragten Akteure sind hinsichtlich des zweiten Hauptziels der NPF geteilter Meinung. Die Leistungserbringerverbände sind der Ansicht, dass die Pflegebedürftigen insgesamt stärker belastet wurden, weil die Kantone die Restfinanzierung teilweise nicht vollständig sicherstellen, die AÜP Finanzierungslücken aufweise und die interkantonale Restfinanzierung ungenügend geregelt sei. Laut dem Preisüberwacher ist die Begrenzung der Eigenbeteiligung der HeimbewohnerInnen nicht sichergestellt, da die Pflegeheime Pflegekosten unter dem Titel der Betreuungs- und Hotelleriekosten den BewohnerInnen direkt verrechneten (vgl. auch Rosenkranz und Meierhans 2013 und Preisüberwachung 2011). Zwei Akteure stellen in Frage, ob mit der Begrenzung des Patientenbeitrags nicht «über das Ziel hinausgeschossen» worden sei. Es handle sich dabei um ein «Breitbandantibiotikum», welches alle Pflegebedürftigen unabhängig von ihrer Einkommens- und Vermögenssituation entlaste. Einige befragte Stakeholder gehen davon aus, dass das Ziel durch die Regelung der Restfinanzierung, die Begrenzung des Patientenbeitrags und die sozialen Begleitmassnahmen weitgehend erreicht sein sollte. Ein weiterer Akteur ist der Ansicht, dass die Erhöhung der Vermögensfreigrenzen bei den EL weniger die Pflegebedürftigen, sondern deren Angehörige entlaste und somit eher eine «Erbenschutzmassnahme» sei. Die Verhinderung von Sozialhilfefällen aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts dürfte aus Sicht mehrerer Akteure weitgehend erreicht werden.

Sicht der Patientenorganisationen und Gemeindevertreter

Die befragten Patientenorganisationen und Gemeindevertreter sind geteilter Ansicht darüber, ob das Ziel der Verbesserung der sozialpolitisch schwierigen Situationen von Pflegebedürftigen erreicht wurde. Einige Befragte sehen das Ziel generell als erreicht an, da es nur in Einzelfällen Sozialhilfefälle gäbe. Ein anderer Teil der Befragten ist der Meinung, dass sich durch die Massnahmen grundsätzlich nicht viel verändert hätte für Pflegebedürftige in finanziell schwierigen Verhältnissen. Einzelne Befragte gehen zwar von leichten finanziellen Entlastungen im Bereich der Pflegeheime durch die Erhöhung der Freibeträge sowie teilweisen Anpassungen der Höhe der anrechenbaren Heimtaxe in den Gemeinden aus, erachten die Relevanz für die Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen aber als nicht sehr hoch. Zwei Befragte äussern sich kritisch zu der Regelung der NPF. Eine Person ist der Ansicht, dass die Regelung vor allem die Erben begünstige und zulasten der Steuerzahler ginge. Die zweite Person bemerkt,

dass nur EL-Bezüger mit Vermögen durch die Erhöhung der Freibeträge begünstigt würden, aber keine Personen ohne Vermögen, die knapp über der EL-Grenze seien. Eine weitere Person ist der Meinung, dass die Hilflosenentschädigung bei stationärem Aufenthalt seit der Einführung der NPF keinen Sinn mehr mache. So hätten Personen mit Anrecht auf Hilflosenentschädigung gleich viele Ausgaben im Pflegeheim wie Personen ohne Anrecht, so dass erstere noch an der Hilflosenentschädigung «verdienen» würden¹⁴³.

Im ambulanten Bereich wird die Zielerreichung durch die befragten Akteure aufgrund der Einführung der Hilflosenentschädigung bei leichtem Hilfsbedarf etwas positiver eingeschätzt. Einzelne Personen merken aber auch hier kritisch an, dass durch diese Regelung nicht nur Personen in schwierigen Situationen begünstigt würden, sondern auch vermögende Personen, da die Hilflosenentschädigung unabhängig vom Einkommen gewährt wird. Eine befragte Person bemerkt zudem, dass die Hilflosenentschädigung bei leichtem Grad an Hilfsbedürftigkeit in der Invalidenversicherung bereits bestanden hätte, so dass lediglich ein Ungleichgewicht behoben worden sei.

Mehrere Patientenorganisationen heben schliesslich positiv hervor, dass durch die NPF das System der Finanzierung für die Pflegebedürftigen insgesamt etwas klarer geworden sei, was die Beratung vereinfache. Es sei vermittelbar und für die Pflegebedürftigen besser annehmbar, dass bei höherer Pflegebedarfsstufe der Kantonsbeitrag und der Krankenkassenbeitrag steige, aber für den Pflegebedürftigen die Pflegekosten gleichblieben.

Handlungsbedarf

Sicht der Betroffenen

Bei den Interviews mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen wurden diese gefragt, was sich aus ihrer Sicht bei der Finanzierung der Pflege ändern sollte: Viele befragte Pflegebedürftige und Angehörige würden sich eine finanzielle Entlastung wünschen, z.B. durch höhere Ansätze der HE, höhere Vermögensfreigrenzen bei den EL, eine niedrigere Patientenbeteiligung bei ambulanten Pflegeleistungen, oder indem die Krankenkassen einen höheren Anteil der Kosten im Alters-/Pflegeheim übernehmen würden. Gleichzeitig ist den InterviewpartnerInnen aber auch bewusst, dass das die Kosten des Gesundheitswesens „explodieren“ liesse und eine Kostenreduktion kaum möglich sein wird. Weiter wünschen sich mehrere befragte Personen, dass das System vereinfacht wird und sie besser über ihre Möglichkeiten (z.B. EL-Grenzen) informiert werden.

Pflegende Angehörige zu Hause wünschen sich eine bessere Entschädigung für ihren Arbeitsaufwand und gleichzeitig flexiblere Möglichkeiten zur Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen, z.B. in Form eines persönlichen Beitrages für die Pflege, der von den Betroffenen individuell verwendet werden kann.

¹⁴³ Hinweis: Bei EL-BezügerInnen wird die Hilflosenentschädigung als Einnahme angerechnet, so dass bei dieser Personengruppe keine Vorteile entstehen.

Sicht der Patientenorganisationen

Die Patientenorganisationen sehen folgenden konkreten Handlungsbedarf, um das Ziel der Verbesserung der sozialpolitisch schwierigen Situationen von Pflegebedürftigen zu erreichen:

- Mehrere Befragte sind der Meinung, dass die Beratung der Pflegebedürftigen über die Möglichkeiten der Finanzierung besser sichergestellt und unter den verschiedenen Akteuren in den Gemeinden koordiniert werden sollte. Beispielsweise sollte aus Sicht einer Person durch die Gemeinden sichergestellt sein, dass die Gemeinden über eine Altersbeauftragte verfügen.
- Mehrfach wird auch Bedarf geäussert, dass die Krankenversicherungen im ambulanten Bereich mehr Leistungen übernehmen, beispielsweise Transportkosten, das Case-Management oder Beratungsdienste in Spitälern.
- Darüber hinaus sollten nach Meinung einiger Patientenorganisationen Betreuungsleistungen von Entlastungsdiensten und von Angehörigen besser finanziert werden. Es wird diesbezüglich nicht ausgeführt, wen die Patientenorganisationen in der Verantwortung sehen. Eine befragte Person fordert eine Erhöhung der Hilflosenentschädigung im ambulanten Bereich, um insbesondere die Betreuung besser finanzieren zu können. Vereinzelt wird die Anpassung der Formulare der Hilflosenentschädigung angesprochen, welche auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen abgestimmt werden sollten.
- Schliesslich fordern einzelne Befragte, die Höchstgrenzen der anrechenbaren Heimtaxe für die EL zu erhöhen.

4.4. Zwischenfazit

Nachfolgend sind die wichtigsten Ergebnisse aus Kapitel 4 zusammengefasst. Eine Beurteilung im Hinblick auf die Zielerreichung erfolgt in Kapitel 6.

Die NPF hat sich bei der Pflege im Pflegeheim und der Pflege zu Hause unterschiedlich auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen ausgewirkt. Die verschiedenen Auswirkungen werden daher im Folgenden separat ausgeführt:

Pflege im Pflegeheim

- Bei der Pflege im Pflegeheim kann aufgrund der empirischen Ergebnisse im Verhältnis zu den Pflegekosten von einer leicht abnehmenden finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen durch die NPF ausgegangen werden. Die Daten deuten dabei darauf hin, dass die finanzielle Belastung bei der KVG-Pflege zurückgegangen ist, bei der Betreuung konstant geblieben und bei Hotellerie (zunächst) angestiegen sind. Bei der Entwicklung handelt es sich um eine Durchschnittsbetrachtung. So dürfte es bei Pflegebedürftigen mit tiefem Pflegebedarf insgesamt zu Mehrbelastungen gekommen sein, da die Pflegebedürftigen vorher zum Teil tiefere Beiträge an die KVG-Pflegekosten geleistet haben als die mit der NPF festgelegten Beiträge.
- Die sozialpolitische Begleitmassnahme der NPF (Erhöhung der Vermögensfreigrenze für den Anspruch auf EL) dürfte aus Sicht der EvaluatorInnen dazu geführt haben, dass mehr Pflegebedürftige

mit wenig Einkommen aber vorhandenem Vermögen die Kriterien für den Bezug von EL erfüllen und EL beziehen können. Pflegebedürftige mit Vermögen, die bereits EL bezogen haben, dürften zudem höhere EL-Beiträge erhalten haben. Für diese Gruppe an Pflegebedürftigen (und deren Angehörigen) stellt die Massnahme aus Sicht der EvaluatorInnen somit eine finanzielle Erleichterung dar, da ihr Vermögen weniger stark angetastet wird. Zudem dürfte das Risiko einer EL-Abhängigkeit von Angehörigen, deren Partner in ein Pflegeheim kommt, reduziert worden sein. Mangels verfügbarer Daten zu Pflegebedürftigen und Angehörigen in Pflegeheimen konnten die Effekte aus der Erhöhung der Vermögensfreigrenzen der EL nicht nachvollzogen werden.

- Aufgrund der Befragungen von Patientenorganisationen und Pflegebedürftigen lassen sich einzelne Deckungslücken bei der Finanzierung der Gesamtkosten der Pflege von EL-BezügerInnen feststellen. Diese betreffen erstens den Demenzzuschlag, welcher gemäss Interviewaussagen teilweise nicht von den EL übernommen wird. Zweitens können EL-EmpfängerInnen teilweise nicht in einem ihrer Situation angemessenen Pflegeheim (z.B. in der Nähe des angestammten Wohnorts oder der Angehörigen) untergebracht werden, wenn die Tarife die von der EL angerechneten Höchsttaxen überschreiten.
- Schliesslich ist aufgrund von eigenen Modellberechnungen ein Ungleichgewicht bei der finanziellen Belastung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen nach Grad des Pflegebedarfs festzustellen. So sinkt die finanzielle Belastung mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Dies hängt damit zusammen, dass bei einer Hilfsbedürftigkeit mittleren und hohen Grades eine Hilfslosenentschädigung ausgezahlt wird.

Pflege zu Hause

- Bei der Pflege zu Hause deuten die verfügbaren Daten hingegen darauf hin, dass es durch die NPF (zunächst) eher zu einer finanziellen Mehrbelastung gekommen ist. Diese resultiert aus Sicht der EvaluatorInnen insbesondere aus den mit der NPF neu eingeführten Patientenbeiträgen zu den KVG-Pflegekosten. Dabei handelt es sich wiederum um eine Durchschnittsbetrachtung. So dürften durch die Einführung der Hilfslosenentschädigung leichten Grades Pflegebedürftige mit leichtem Hilfsbedarf insgesamt finanziell entlastet worden sein. Die Daten zeigen, dass die durchschnittliche finanzielle Mehrbelastung der Pflegebedürftigen nach 2011 aufgrund von Mehrausgaben der Kantone und Gemeinden wieder stetig gesunken ist und sich im Jahr 2014 etwa wieder auf dem Niveau von 2010 befand. Aus den empirischen Ergebnissen wird nicht klar, inwiefern die NPF zu der in den letzten Jahren abnehmenden Entlastung beiträgt bzw. dafür ursächlich ist.
- Deckungslücken scheinen gemäss Interviewaussagen bei der Pflege zu Hause häufiger vorzukommen als bei der Pflege im Heim. Das bedeutet, dass die EL und andere bedarfsabhängige Leistungen die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten nicht voll decken. Dies führt gemäss den Befragten insbesondere auch zu einer hohen Belastung von Angehörigen und/oder dem Entscheid, in ein Pflegeheim einzutreten. Inwieweit Deckungslücken vorkommen, hängt aus Sicht der EvaluatorInnen meist von der Situation vor Ort bzw. in der Gemeinde ab, d.h. von der Höhe der Mieten in der Region, dem Ausmass der Mitfinanzierung der Gemeinden an die Betreuung und Hauswirtschaft bzw.

Entlastung von Angehörigen oder dem Vorhandensein und dem Engagement von Angehörigen und/oder von Netzwerken der Freiwilligenarbeit und Nachbarschaftshilfe ab.

- Schliesslich sind auch bei der Pflege zu Hause noch weitere Schwierigkeiten von Personen in schwierigen finanziellen Verhältnissen festzustellen. Dies betrifft gemäss Interviewaussagen folgende Situationen:
 - Personen, die ein Renteneinkommen knapp über der EL-Grenze beziehen und nicht (mehr) über ein Vermögen verfügen, befinden sich laut InterviewpartnerInnen in finanziell schwierigeren Situationen als EL-EmpfängerInnen.
 - Bei Pflegebedürftigen mit Demenz greift die Hilflosenentschädigung laut InterviewpartnerInnen erst relativ spät, da die Kriterien zu wenig an das Krankheitsbild Demenz angepasst sind.
 - Formen des betreuten Wohnens werden gemäss Interviewaussagen zum Teil nicht durch die EL abgedeckt, da die Tarife die durch die EL maximal angerechneten Mietkosten übersteigen.

Sozialhilfeabhängigkeit

- Heute beziehen insgesamt rund 1'400 Personen über 65 Jahren, die in Heimen leben Sozialhilfe, wobei sich darunter Personen in Behindertenheimen befinden könnten. Dies entspricht 0.9% der PflegeheimbewohnerInnen. Diese Anzahl hat seit Einführung der NPF eher zugenommen. Inwiefern die NPF dazu beigetragen hat, eine Sozialhilfeabhängigkeit aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts zu vermeiden, lässt sich aufgrund der verfügbaren Daten nicht definitiv zu beurteilen.
- Aus Sicht der EvaluatorInnen kann bei dieser Grössenordnung eher von Einzelfällen gesprochen werden. Auch aus den Befragungen der Kantone, Gemeinden und Patientenorganisationen geht hervor, dass es sich bei den SozialhilfeempfängerInnen um verschiedene «Ausnahmefälle» handelt, wie z.B. Personen, die die Rente ihrer zweiten Säule vorbezogen haben oder Personen in ausser- und innerkantonalen Pflegeheimen mit höheren Tarifen als der EL-Höchstgrenze des eigenen Kantons. Darüber hinaus springen gemäss Interviews mit GemeindevertreterInnen in solchen Fällen auch teilweise die Gemeinden mit finanziellen Zuschüssen ein.

5. Weitere Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Dieses Kapitel beschreibt die weiteren Auswirkungen der NPF, wobei auf die finanziellen Auswirkungen auf die öffentliche Hand, die Versorgung der Pflegebedürftigen und Auswirkungen auf die Leistungserbringer eingegangen wird.

5.1. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentliche Hand

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln angesprochen, haben die Massnahmen der NPF insbesondere eine zusätzliche finanzielle Belastung der öffentlichen Hand zur Folge:

- Die Vorgabe, dass die Kantone die Restfinanzierung regeln müssen, hat neu dazu geführt, dass Kantone und Gemeinden sich an den KVG-pflichtigen Kosten beteiligen müssen. Vor 2011 hatten die Kantone bzw. Gemeinden vorwiegend Beiträge an Investitionen oder an die gesamten Betriebskosten gesprochen (Objektfinanzierung).
- Die Erhöhung des Vermögensfreibetrags bei den EL hat eine Ausweitung des Kreises der EL-BezügerInnen und erhöhte Beiträge für EL-BezügerInnen mit Vermögen zur Folge. Bei den EL-BezügerInnen ergibt sich aber auch ein gegenteiliger Effekt, nämlich, dass durch die mit der NPF eingeführte Restfinanzierung weniger Personen EL benötigen. Der Effekt auf die EL ist somit a priori unklar. Die finanzielle Belastung durch die EL fällt zum grossen Teil bei den Kantonen und Gemeinden an, wobei auch der Bund einen Teil übernimmt.
- Auch die Ausweitung des Kreises der EmpfängerInnen von Hilflosenentschädigung bei der Pflege zu Hause (Pflegebedürftige mit leichtem Grad an Hilfsbedürftigkeit) belastet die öffentliche Hand zusätzlich. Die Hilflosenentschädigung wird durch die AHV finanziert, wobei der Bund auch Beiträge an die AHV leistet.
- Die Vorgabe, dass ein Heimaufenthalt nicht zu einer Sozialhilfebedürftigkeit führen darf, dürfte zu tieferen Ausgaben der Gemeinden für die Sozialhilfe führen. Im Gegenzug dürfte dies aber die Ergänzungsleistungen stärker belasten, da die Kantone die Verhinderung einer Sozialhilfeabhängigkeit zumeist über die an die EL anrechenbaren Höchsttaxen bei den Pflegeheimen regeln (vgl. Kapitel 2.2.2). Die Evaluation der Umsetzung zeigt allerdings, dass die Kantone zumeist bereits vor der NPF Massnahmen zur Verhinderung von Sozialhilfeabhängigkeit implementiert hatten und es kaum Hinweise darauf gibt, dass sich die Sozialhilfefälle aufgrund der NPF reduziert haben (vgl. Kap. 2.2.2 und 4.2.4).

Im Folgenden wird detaillierter auf die finanzielle Belastung der einzelnen Akteure der öffentlichen Hand und den Einfluss der NPF auf diese Entwicklungen eingegangen.

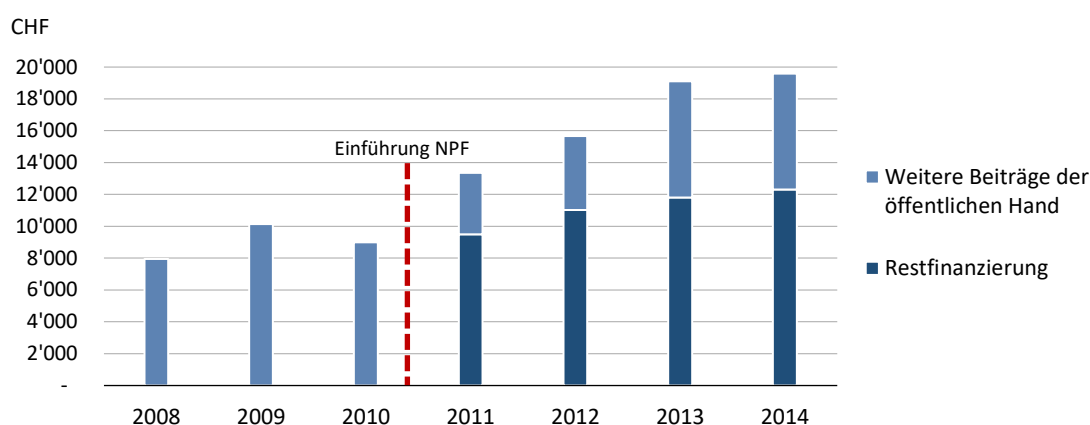
Beiträge der Kantone und Gemeinden an die Gesamtausgaben

Wie Abbildung 17 zeigt, haben sich die (normierten) Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden bei *Pflegeheimen* pro BewohnerIn von CHF 8'000 im Jahr 2008 auf CHF 19'600 im Jahr 2014 mehr als verdoppelt. Absolut betrachtet (d.h. inklusive der Mengenentwicklung) sind diese Ausgaben von CHF 0.7 Mia. im Jahr 2008 auf CHF 1.8 Mia. im Jahr 2014 gestiegen. Mit Einführung der Restfinanzierung im Jahr

2011 sind die Pro-Kopf-Ausgaben um fast 50% von CHF 9'000 im Jahr 2010 auf CHF 13'400 im Jahr 2011 gestiegen. Ab 2011 haben sich die Pro-Kopf-Ausgaben bis 2013 nochmals um 15-20% jährlich erhöht – dies obwohl die KVG-Pflegekosten sowie die Gesamtkosten der Pflege pro HeimbewohnerIn seit 2011 mit rund 2% Zuwachs jährlich weniger stark zugenommen haben. Es zeigt sich hier also deutlich, dass seit der NPF auch bei der Betrachtung pro Kopf eine zunehmende Verschiebung der Finanzierungslast zu Lasten der Kantone und Gemeinden stattgefunden hat.

Auch aus den folgenden Abbildungen wird ersichtlich, dass die Restfinanzierung der Kantone und Gemeinden die vorher geleisteten Investitionsbeiträge und Betriebskostenbeiträge (Objektfinanzierungen) teilweise ersetzt haben, d.h. die Kantone und Gemeinden übernahmen vor der NPF bereits indirekt einen Teil der KVG-Pflegekosten.

Abbildung 17: Ausgaben der Kantone und Gemeinden pro PflegeheimbewohnerIn (normiert auf 365 Beherbergungs- bzw. Betreuungstage/Jahr), 2008-2014



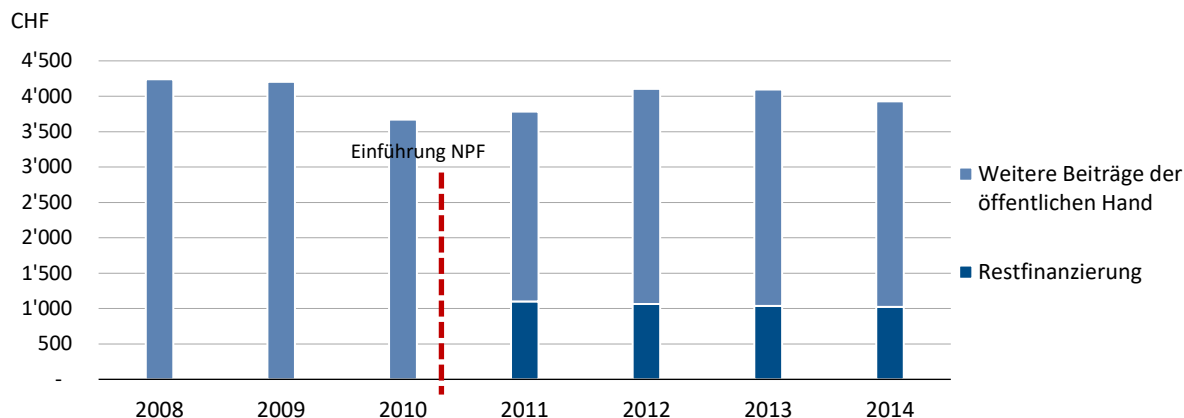
Vorliegende Grafik wurde durch einen Zusammenschluss von zwei unterschiedlichen Quellen erstellt (Restkosten, Anzahl Beherbergungs- bzw. Betreuungstage und KlientInnen aus der SOMED-Statistik, die Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden aus der Statistik zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens).

Grafik INFRAS. Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS, SOMED-Statistik des BFS und BAG, Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime.

Bei den *Spitex-Organisationen* kam es insgesamt zu einer leichten Ausgabenentlastung der Kantone und Gemeinden pro Kopf um 7% von (normiert) CHF 4'200 im Jahr 2008 auf CHF 3'900 im Jahr 2014, wobei die Ausgaben der Kantone und Gemeinden in den Jahren 2010 und 2011 deutlich geringer ausfielen. Absolut betrachtet ist für die Kantone und Gemeinden zwischen 2008 und 2014 eine Kostensteigerung von 50%, von CHF 631 Mio. auf CHF 943 Mio. zu beobachten.

Im Gegensatz zum Bereich der Pflegeheime haben sich mit der Einführung der Restfinanzierung im Jahr 2011 die Pro-Kopf-Ausgaben für die Pflege zu Hause nur geringfügig verändert. Dies hängt damit zusammen, dass sich durch die Patientenbeiträge zunächst eine höhere Belastung der Pflegebedürftigen ergeben hat und die Restfinanzierung weniger hoch ausgefallen ist. Ab 2011 hat der Anteil der Kantone und Gemeinden wieder zugenommen, was zum Teil durch die steigenden KVG-Kosten pro Kopf bei gleichzeitig fixierten OKP- und daran gekoppelten Patientenbeiträgen zu erklären ist. Zum Teil haben die Kantone die finanziellen Beiträge an die Spitex-Organisationen auch erhöht und damit Pflegebedürftige entlastet (vgl. Kapitel 4.2.3).

Abbildung 18: Ausgaben der Kantone und Gemeinden pro Spitex-KlientIn (normiert auf 1 Pflegestunde/Woche), 2008-2014



Vorliegende Grafik wurde durch einen Zusammenzug von zwei unterschiedlichen Quellen erstellt (Restkosten und KlientInnen aus Spitex-Statistik, die Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden aus der Statistik zur den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens).

Grafik INFRAS. Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS, Spitex-Statistik des BFS

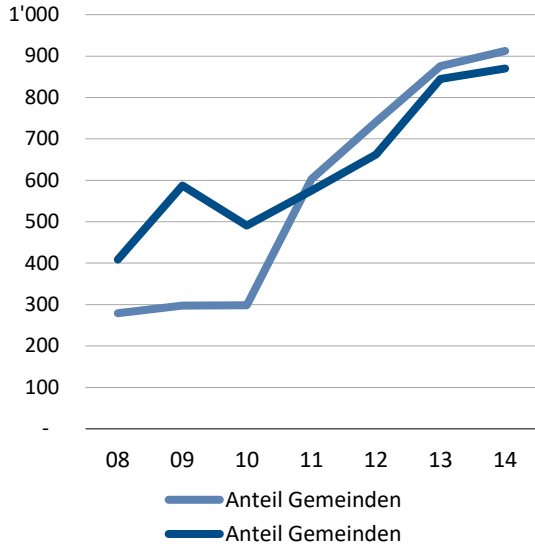
Bei der separaten Betrachtung der Ausgaben der Kantone und Gemeinden (für die Restfinanzierung und weitere Beiträge) zeigt sich, dass sich bei den *Pflegeheimen* die Ausgaben der Kantone zwischen 2008 und 2014 ca. verdoppelt haben (absolut von CHF 410 Mio. auf CHF 870 Mio.). Die Ausgaben der Gemeinden haben sich sogar mehr als verdreifacht (absolut von CHF 280 Mio. auf CHF 910 Mio.). Bei der *Hilfe und Pflege zu Hause* sind die Ausgaben der Kantone hingegen zwischen 2008 und 2014 hingegen stärker angestiegen als bei den Gemeinden (Kantone von CHF 310 Mio. auf CHF 540 Mio.; Gemeinden von CHF 320 Mio. auf CHF 410 Mio.)

Die Betrachtung der Entwicklung der Ausgaben von Kantonen und Gemeinden (vgl. Abbildung 19) verdeutlicht, dass ab dem Jahr der Einführung der NPF eine Lastenverschiebung zwischen den Kantonen und Gemeinden stattgefunden hat. Bei den *Pflegeheimen* sind die Gemeinden seit Einführung der NPF als Finanzierungsträger wichtiger geworden und beteiligen sich seither etwa gleich stark an der Finanzierung wie die Kantone. Bei der *Hilfe und Pflege zu Hause* zeigt sich ab Einführung der NPF hingegen, dass sich die Kantone seither stärker an der Finanzierung beteiligen, während die Kosten vorher von beiden etwa im gleichen Umfang getragen wurden. Insgesamt hat seit der NPF im Jahr 2011 in der gesamten Alterspflege eine Lastenverschiebung von den Kantonen hin zu den Gemeinden stattgefunden. So haben die Gemeinden im Durchschnitt in den Jahren 2008-2010 CHF 640 Mio. für die Alterspflege ausgegeben. In den Jahren 2011-2014 lag dieser Wert bei CHF 1'170 Mio., also durchschnittlich rund CHF 520 Mio. höher pro Jahr. Die Kantone hingegen haben in der Periode vor der Einführung der NPF zwischen 2008 und 2010 durchschnittlich CHF 810 Mio. ausgegeben. Diese durchschnittlichen Ausgaben haben sich seither um CHF 420 Mio. und somit um weniger als bei den Gemeinden auf CHF 1'230 Mio. CHF erhöht¹⁴⁴.

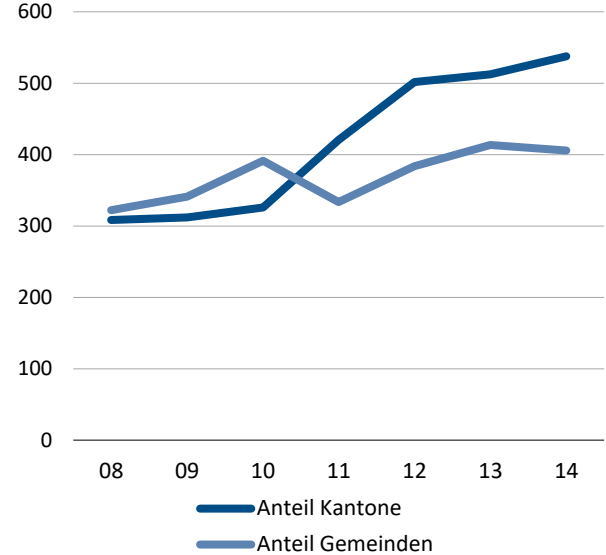
¹⁴⁴ Die hauptsächliche Lastenverschiebung hat bei den Alters- und Pflegeheimen stattgefunden. Dort haben die Gemeinden zusammen durchschnittlich CHF 490 Mio. CHF seit der Einführung der NPF mehr übernommen als vor der Einführung. Bei den Kantonen waren dies

Abbildung 19: Ausgaben der öffentlichen Hand nach Finanzierungsträger und Anteil an den Ausgaben der öffentlichen Hand, 2008-2014

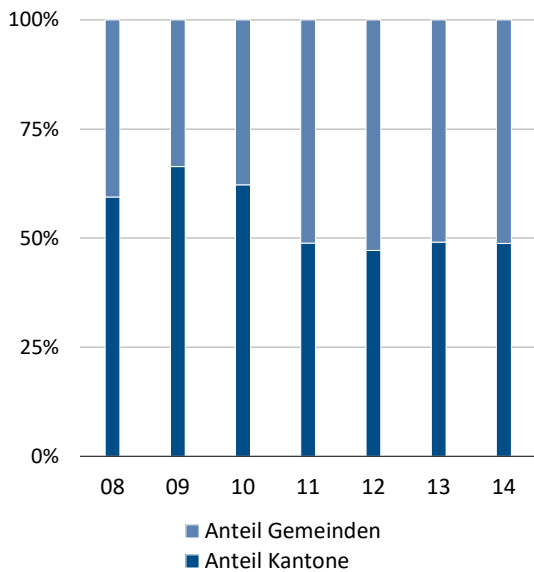
Pflegeheime
Mio. CHF



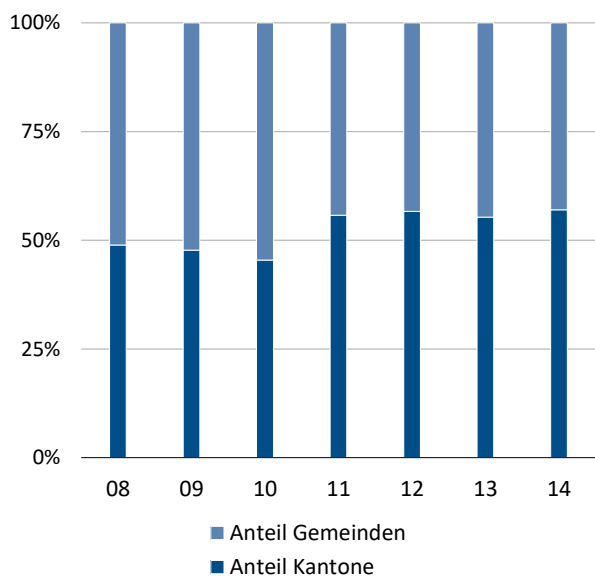
Spitex-Organisationen
Mio. CHF



Pflegeheime - Ausgabenanteile



Spitex - Ausgabenanteile



Grafik INFRAS. Quelle: Aufbereitung von Daten der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) durch das BFS.

In den Kantonen ist über die betrachtete Zeit eine grosse Heterogenität zu beobachten, wobei die unterschiedliche Handhabung in Bezug auf die bei der Restfinanzierung getroffene Finanzungsverantwortung zwischen Kanton und Gemeinden in einzelnen Kantonen erkennbar ist.¹⁴⁵

CHF 240 Mio. Dafür haben die Kantone seit der Einführung der NPF durchschnittlich rund CHF 180 Mio. jährlich mehr für die Hilfe und Pflege zu Hause ausgegeben als in der Periode davor. Bei den Gemeinden lag diese durchschnittliche Kostensteigerung bei CHF 30 Mio.

¹⁴⁵ Wie die einzelnen Kantone die Restkostenfinanzierung zwischen Kanton und Gemeinden aufteilen, wird in Kapitel 2.1.2 und im Anhang A4.1 erläutert.

Indirekte Beiträge des Bundes an die Alterspflege

Der Bund leistet an die Alterspflege ausschliesslich indirekte finanzielle Beiträge. Diese erfolgen v.a. über die Ergänzungsleistungen und die Hilflosenentschädigung.¹⁴⁶ Die verfügbaren Daten lassen eine exakte Bezifferung der Beiträge des Bundes an die Alterspflege jedoch nicht zu.

- Prinzipiell übernimmt der Bund 5/8 der Ausgaben der EL. Bei der *Hilfe und Pflege zu Hause* hat der Bund im Jahr 2014 CHF 26 Mio. an die Ausgaben der EL beigetragen. Im Jahr 2008 lagen diese Ausgaben noch bei CHF 11 Mio.. Bei den *Pflegeheimen* beträgt der Anteil des Bundes nicht immer 5/8 der Ausgaben der EL, sondern er kann auch darunter liegen, da der Bund diesen Anteil lediglich nur von den Ausgaben übernimmt, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem Heimaufenthalt stehen. Somit kann der Anteil des Bundes an die Ausgaben der EL für die Pflegeheime nicht genau beziffert werden. Die Ausgaben der EL für die Pflegeheime sind jedoch insgesamt deutlich höher als für die Hilfe und Pflege zu Hause (vgl. nächsten Abschnitt).
- Auch über die Hilflosenentschädigung der AHV leistet der Bund indirekte Beiträge an die Alterspflege. Die gesamten Ausgaben der AHV für die Hilflosenentschädigung beliefen sich im Jahr 2016 auf CHF 571 Mio. Der Bund zahlte davon im Jahr 2016 rund ein Fünftel. Seit Einführung der NPF kann bei der Hilfe und Pflege zu Hause auch eine Hilflosenentschädigung leichten Grades in Anspruch genommen werden kann (vgl. Kap. 2.2.1). Dadurch wurde der Bund bzw. die AHV zusätzlich belastet. Das genaue Ausmass der zusätzlichen Belastung kann nicht eruiert werden, da die Ausgaben nicht nach Grad der Hilflosigkeit vorliegen. In den Gesamtausgaben ist aber im Jahr 2011 ein Sprung von 8% (von CHF 469 Mio auf CHF 508 Mio.) festzustellen, während in den Folgejahren der Anstieg geringer ausfällt (durchschnittlich um 3% pro Jahr). Zahlen zu der Anzahl der BezügerInnen einer Hilflosenentschädigung bei leichter Hilflosigkeit zeigen so auch, dass sich die Anzahl von 2010 auf 2011 mehr als verdoppelt hat (von rund 4'000 auf rund 9'000 BezügerInnen).

Bedarfsabhängige Leistungen und Ergänzungsleistungen

Wie bereits erwähnt, ist der Finanzierungsanteil der bedarfsorientierten Sozialleistungen (d.h. EL und weitere kantonal geregelte Alters- und Pflegehilfen) bei den Pflegeheimen und Spitex-Organisationen zwischen 2008 und 2014 in etwa konstant geblieben. Aufgrund der Einführung der NPF ist somit trotz Einführung der sozialpolitischen Massnahmen (Vermögensfreigrenze und Auflage der Vermeidung einer Sozialhilfeabhängigkeit aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts) keine Trendwende zu erkennen. Es ist aber möglich, dass sich hier gegenläufige Effekte aufgehoben haben. So wurden gemäss Interviewausagen vor der NPF in einzelnen Kantonen und Gemeinden (je nach Höhe der Beiträge an die Pflegeheime) die nicht durch die OKP gedeckten KVG-Pflegekosten vermehrt durch die Pflegebedürftigen finanziert. In Fällen, wo die finanziellen Mittel nicht ausreichten, wurde dies über die EL gedeckt. Mit Einführung der Restfinanzierung dürften sich diese Ausgaben reduziert haben.

Absolut sind die Ausgaben der *EL im Pflegeheim* von CHF 1'290 Mio. im Jahr 2008 auf CHF 1'620 Mio. im Jahr 2014 um 25% gestiegen, wobei der jährliche Anstieg nach 2011 etwas geringer war als vor

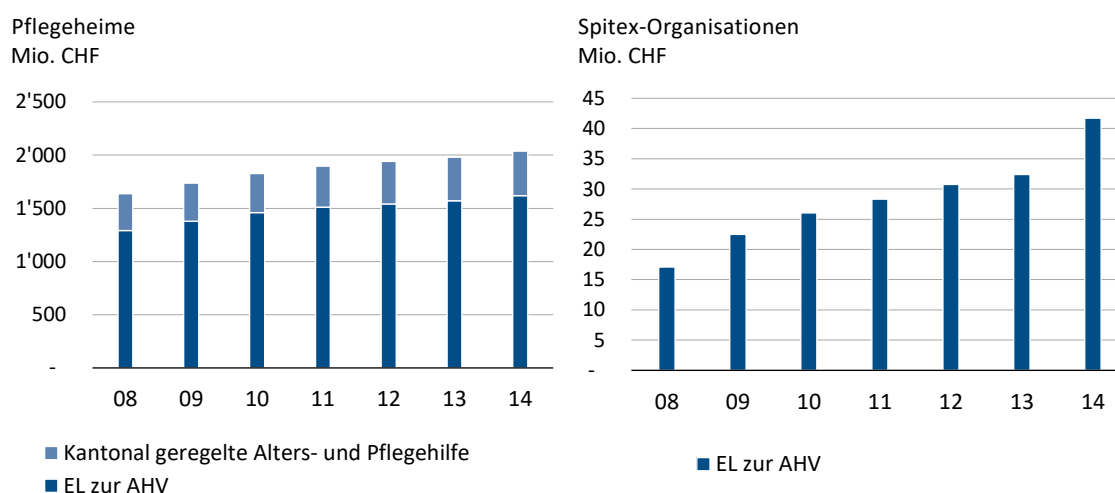
¹⁴⁶ Zudem fliessen über die individuelle Prämienverbilligungen nebst Beiträgen der Kantone Beiträge des Bundes via die OKP in die Alterspflege mit ein.

2011. Die Anzahl der EL-BezügerInnen ist im gleichen Zeitraum um 15% angestiegen, wobei ab dem Jahr 2010 ein tieferes Wachstum zu beobachten ist. Gleichzeitig haben sich aber auch die Ausgaben pro EL-BezügerIn im Heim erhöht (von CHF 31'200 im Jahr 2008 auf 36'400 im Jahr 2015), wobei die Zunahme vor 2011 höher war als danach. Die Kosten, die die HeimbewohnerInnen bei der EL geltend machen können, sind vorwiegend die Betreuungs- und Hotelleriekosten. So macht sich die in Kapitel 4.2.1 dargestellte Kostensteigerung dieser beiden Kostenkategorien bzw. deren Plafonierung ab dem Jahr 2012 auch bei den Ausgaben der EL bemerkbar.

Pro Kanton können die Ausgaben für die EL annäherungsweise über die EL Registerdaten bestimmt werden. Ein langsamerer Anstieg der Ausgaben der EL in Heimen nach 2011, im Vergleich zu davor, ist auch in rund zwei Dritteln der Kantone zu beobachten.¹⁴⁷

Die im Vergleich deutlich geringeren Ausgaben der EL für *Spitex-KlientInnen* haben sich zwischen 2008 und 2014 mehr als verdoppelt: von CHF 17 Mio. auf CHF 42 Mio. Am stärksten nahmen diese Kosten jedoch zwischen 2008 und 2009 sowie zwischen 2013 und 2014 zu: Zum Zeitpunkt der Einführung der NPF ist keine auffällige Ausgabensteigerung zu beobachten.

Abbildung 20: Ausgaben für bedarfsorientierte Sozialleistungen, 2008-2014



Grafik INFRAS. Quelle: Aufbereitung von Daten der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) durch das BFS.

Werden die bedarfsabhängigen Leistungen in Bezug auf die Gesamtzahl der PflegeheimbewohnerInnen bzw. der Spitex-KlientInnen (und nicht nur der effektiven BezügerInnen) gesetzt, zeigt sich dasselbe Bild wie bereits in Kapitel 4.2.2, in dem die Finanzierungsanteile der Gesamtkosten der Pflege aufgezeigt wurden. Die bedarfsabhängigen Ausgaben pro PflegeheimbewohnerIn sind ab dem Jahr 2011 kaum mehr angestiegen (und bei rund CHF 22'000 verblieben). Pro Spitex-KlientIn sind diese Ausgaben zwischen 2008 und 2014 von CHF 200 auf CHF 300 gestiegen, die stärkste Zunahme fand jedoch zwischen 2013 und 2014 statt.

¹⁴⁷ AG, BE, BL, FR, GE, GR, NW, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG, ZH

Sozialhilfe

Die finanzielle Belastung der Gemeinden durch sozialpolitische Begleitmassnahmen kann nicht eindeutig bestimmt werden.¹⁴⁸ Die Anzahl sozialhilfebeziehender Personen in Pflegeheimen hat jedoch nicht abgenommen (vgl. Kapitel 4.2.4). Aufgrund der Datenlage ist jedoch unklar, welchen Einfluss die NPF auf diese Entwicklung hatte.

Beurteilung durch die befragten Stakeholder

Die befragten Stakeholder sind sich darin einig, dass die Kantone und Gemeinden durch die NPF einer finanziellen Mehrbelastung ausgesetzt wurden und eine – politisch gewollte – Verschiebung der Last auf die steuerfinanzierte öffentliche Hand stattgefunden hat. Die finanzielle Mehrbelastung der Kantone ist gemäss einzelnen Akteuren davon abhängig, wie stark sie sich bereits vorher an den ungedeckten Pflegekosten beteiligt haben und inwieweit sie die Finanzierung an die Gemeinden delegiert haben.

Die befragten Kantone sowie die Gemeindeverbände bestätigen, dass die NPF bei Kantonen und Gemeinden zu einer finanziellen Mehrbelastung geführt habe. Dabei beklagt eine grosse Mehrheit der Kantone, dass die Beiträge der OKP fixiert wurden und damit mittel- und langfristig die Mehrbelastung der öffentlichen Hand zunehme. Gemäss einzelnen befragten Kantonen hat die NPF auch zu einem administrativen Mehraufwand geführt indem neu Tarife festgelegt werden mussten, mit zusätzlichen Leistungserbringern Beziehungen gepflegt, mehr Kontrollen und Überprüfungen der Leistungserbringer nötig sind und vermehrte Rechtsfälle auftreten würden.

Der Gemeindeverband sowie der Städteverband stellen fest, dass die Gemeinden in 10 Kantonen die gesamte Kostenlast der Restfinanzierung tragen müssen. Wenn die Kantone die Restfinanzierung begrenzen, müssten ausserdem die Gemeinden als Träger der Organisationen die ungedeckten Restkosten übernehmen. Ausserdem müssten die Gemeinden mit sozialen Zulagen oder letztlich der Sozialhilfe für die Finanzierung aufkommen, wenn die Kantone die EL begrenzen. Der Gemeindeverband beklagt diesbezüglich, dass die Gemeinden zu wenig Mitsprache bei den Kantonen haben. Laut den beiden Verbänden wird die Mehrbelastung der Gemeinden mittel- bis längerfristig zu Steuererhöhungen führen. Zudem bestehe durch die Mehrbelastung auch unmittelbar die Gefahr der Verdrängung anderer Gemeindeaufgaben.

Zwischenfazit

Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse zu den finanziellen Auswirkungen der öffentlichen Hand aufgeführt.

Auswirkungen auf die Ausgaben der Kantone und Gemeinden

Die NPF hatte deutliche Auswirkungen auf die finanzielle Belastung der Kantone und Gemeinden:

¹⁴⁸ Die Daten der Sozialhilfestatistik sind für die spezifische Gruppe der Sozialhilfebeziehenden in Alters- und Pflegeheimen mit methodischen Schwierigkeiten in Bezug auf die Vergleichbarkeit verbunden. Diese Unterschiede verunmöglichen die Interpretation der Angaben auch auf aggregierter Ebene.

- Eine hohe finanzielle Zusatzbelastung hat sich insbesondere im Bereich der *Pflegeheime* durch die Einführung der Restfinanzierung ergeben. Dabei haben die Gemeinden tendenziell einen stärkeren Ausgabenanstieg erfahren als die Kantone.
- Im Bereich der *Pflege zu Hause* zeigt sich durch die Restfinanzierung hingegen eine weniger starke Mehrbelastung für die Kantone und Gemeinden. Dies ist aus Sicht der EvaluatorInnen mit dem Patientenbeitrag zu erklären, den die Pflegebedürftigen seit der Einführung der NPF neu zu entrichten haben. Im Gegensatz zur Pflege im Pflegeheim hatten Pflegebedürftige bei der Pflege zu Hause vor der NPF keine Beiträge an die KVG-Pflegekosten geleistet.
- Sowohl im Bereich der Pflegeheime als auch der Pflege zu Hause zeigt sich ab Einführung der NPF eine deutliche Zunahme der Pro-Kopf Ausgaben der Kantone und Gemeinden. Bei den Spitex-Organisationen ist dies aus Sicht der EvaluatorInnen eine Folge der ansteigenden Gesamtkosten der Pflege pro Kopf, die aufgrund der Fixierung der OKP-Beiträge, nach Abzug der Patientenbeiträge, voll zu Lasten der Kantone und Gemeinden gehen. Zudem haben die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht. Die Gründe hierfür gehen aus der Evaluation nicht hervor.

Auswirkungen auf die Ausgaben der EL

Keine bzw. kaum ersichtliche Auswirkungen hatte die NPF auf die Ausgaben der EL, welche vom Bund, den Kantonen und Gemeinden getragen wird. Aus Sicht der EvaluatorInnen wäre aus zu erwarten gewesen, dass erstens die Erhöhung der Vermögensfreigrenzen und zweitens die angestrebte Verringerung von SozialhilfeempfängerInnen in Pflegeheimen zu einer Erhöhung der Anzahl der EL-BezügerInnen geführt hat. Auf der anderen Seite dürfte sich in einigen Kantonen auch die Anzahl der EL-BezügerInnen mit Einführung der Restfinanzierung reduziert haben, indem vor der NPF in einigen Kantonen die Pflegebedürftigen höhere Kosten zu tragen hatten, dafür aber auch häufiger EL bezogen wurden. Es ist daher möglich, dass sich diese beiden Effekte aufheben.

Auswirkungen auf die Sozialhilfe und die AHV (Hilflosenentschädigung)

Die Anzahl der SozialhilfeempfängerInnen im Heimen ist seit der Einführung der NPF entgegen den Erwartungen tendenziell leicht angestiegen. Somit ist es nicht zu einer finanziellen Entlastung der Gemeinden bei der Sozialhilfe gekommen.

Das Ausmass der finanziellen Belastung der AHV durch die Einführung der Hilflosenentschädigung leichten Grades bei der Pflege zu Hause lässt sich aus den publizierten Daten der AHV-Statistik nur grob abschätzen und dürfte im Bereich von rund CHF 20-30 Mio. liegen.

5.2. Auswirkungen auf die Versorgung der Pflegebedürftigen

Im Folgenden sind die Auswirkungen der NPF auf die Versorgung der Pflegebedürftigen beschrieben. Dazu werden die wichtigsten Ergebnisse aus den Datenanalysen und Interviews mit Patientenorganisationen, Pflegebedürftigen und Angehörigen stark zusammengefasst. Ausführlichere Informationen zu den einzelnen Aspekten der Versorgung der Pflegebedürftigen sind im Anhang A6 festgehalten.

Inanspruchnahme

Bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zeigt sich gemäss verfügbaren Daten ein genereller Trend hin zur Pflege zu Hause.¹⁴⁹ Die Anzahl der KlientInnen der Pflege zu Hause hat von 2010-2015 um 30% (von rund 195'000 KlientInnen auf rund 255'000) zugenommen, während die Anzahl PflegeheimbewohnerInnen im selben Zeitraum lediglich um 11% stieg (von 139'000 auf 154'000). Auch beim Vergleich der Entwicklung der Beherbergungstage im Pflegeheim und der Pflegestunden bei der Pflege zu Hause, zeigt sich eine solche Differenz.¹⁵⁰

Ein Hauptgrund für diesen Trend dürfte der stark verbreitete Wunsch von Pflegebedürftigen sein, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben. So geht aus den Interviews mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen und den Patientenorganisationen hervor, dass dieser Wunsch sowie das verfügbare soziale bzw. familiäre Umfeld der Pflegebedürftigen Hauptfaktoren sind, die die Wahl des Settings (Pflegeheime oder Pflege zu Hause) beeinflussen.¹⁵¹ Die Interviews deuten aber auch darauf hin, dass die Finanzierung bei der Wahl des Versorgungssettings durchaus eine Rolle spielt.

Vor diesem Hintergrund ist es denkbar, dass die NPF die Inanspruchnahme beeinflusst hat. Die Ergebnisse zur finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen (vgl. Kapitel 4) zeigen, dass die NPF tendenziell finanzielle Anreize setzt für die Pflege im Pflegeheim bei höherem Pflegebedarf und für die Pflege zu Hause bei tieferem Pflegebedarf. Auch für EL-BezügerInnen ist die Finanzierbarkeit bei höherem Pflegebedarf in Pflegeheimen besser gegeben. Daneben setzt auch die durch die Kantone und Gemeinden festgelegte Höhe der Patientenbeteiligung finanzielle Anreize. So zeigen sich bei den Kantonen mit unterschiedlicher Höhe der Patientenbeteiligung auch unterschiedliche Entwicklungen bei der Inanspruchnahme. Die hierzu durchgeführte DiD-Analyse weist auf einen Zusammenhang zwischen der Höhe des Patientenbeitrags (Pflege zu Hause) und der in Anspruch genommenen Stunden durch die Hilfe und Pflege zu Hause hin – nicht jedoch auf einen Zusammenhang zwischen der Patientenbeteiligung und der Anzahl der KlientInnen im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause und der Pflegeheime. Somit ist festzuhalten, dass die NPF finanzielle Anreize für eine vermehrte Inanspruchnahme der Pflege zu Hause bei tieferem Pflegebedarf und der Pflege im Pflegeheim bei höherem Pflegebedarf setzt, es aber unklar bleibt, ob diese Anreize die Inanspruchnahme beeinflusst haben.

¹⁴⁹ vgl. Ausführungen zur Entwicklung der Inanspruchnahme im Anhang A6.1

¹⁵⁰ Aus Sicht der GDK ist der Anstieg bei der Pflege zu Hause vermutlich auch durch eine Verlagerung vom Spital zur Pflege zu Hause zustande gekommen.

¹⁵¹ Eine detailliertere Zusammenfassung der Interviewaussagen zu den Einflussfaktoren der Inanspruchnahme befindet sich in Anhang A6.1.1

Leistungsangebot

Die Angebotslandschaft der Pflege ist in den letzten Jahren¹⁵² insbesondere durch eine überproportionale Zunahme an ambulanten Leistungserbringern gekennzeichnet,¹⁵³ was mit dem Trend der zunehmenden Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen einhergeht. Auch aus der Onlinebefragung der Leistungserbringer geht hervor, dass insbesondere die Spitex ihr Leistungsangebot im Bereich der KVG-Pflege ausgebaut hat. Die NPF könnte aus unserer Sicht zu diesem Trend beigetragen haben, indem die Kantone und Gemeinden seit der NPF auch die Restfinanzierung von privaten Anbietern zu übernehmen haben und der Markt für diese somit attraktiver wird. Die zu diesem Aspekt durchgeführte DiD-Analyse bestätigt aber nicht, dass in Kantonen, bei denen öffentliche und private Spitex-Organisationen bei der Restfinanzierung gleichbehandelt werden, eine stärkere Zunahme an Spitex-Organisationen erfahren haben. Es ist aber aus unserer Sicht auch plausibel anzunehmen, dass das Angebot vielmehr durch die demographische Entwicklung und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen determiniert wird.

Hinweise auf Fehlversorgung/Unterversorgung

Die Interviews mit den Pflegebedürftigen, Angehörigen und Patientenorganisationen deuten darauf hin, dass es in einzelnen Fällen heute zu Unter- und Fehlversorgungen kommt, im Sinne, dass die Pflegebedürftigen nicht diejenige Versorgung erhalten, die aufgrund ihrer Situation angemessen wäre. Zusammengefasst werden von den Interviewpartnern Situationen genannt,¹⁵⁴ bei denen sich Pflegebedürftige und Angehörige zu spät erstmals professionelle Hilfe holen, so dass es vielfach zu einem Notfall im Spital mit anschliessendem direkten Eintritt in ein Pflegeheim käme. Darüber hinaus wird von Fällen berichtet, bei denen Pflegebedürftige in geringerem Ausmass Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, als eigentlich notwendig wäre. Zudem gibt es gemäss den Interviews auch häufig Fälle, bei denen Betreuungs- und Entlastungsangebote von Angehörigen zu wenig in Anspruch genommen werden, so dass diese häufig überfordert werden. Die Gründe für diese Situationen sind vielfach finanzieller Natur. Zudem werden aber auch fehlende oder mangelhafte Informationen über Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten, Hemmungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen und das Fehlen von (bezahlbaren) Betreuungs- und Entlastungsangeboten genannt. Vereinzelt, aber seltener scheinen aufgrund der Interviews Situationen vorzukommen, bei denen es durch ein mangelndes Pflegeangebot zu einer Unterversorgung kommt (Wartelisten in Heimen, kein 24-h-Notruf bei der Spitex).

Inwieweit die NPF zu mehr oder weniger Situationen von Unter-/Fehlversorgung geführt hat, lässt sich nicht abschliessend klären. Der festgestellte Zusammenhang zwischen der Höhe des Patientenbeitrags mit der Anzahl der in Anspruch genommene Pflegestunden (vgl. Abschnitt Inanspruchnahme in diesem Kapitel und Anhang A6.1) könnte aber ein Hinweis darauf sein, dass Pflegebedürftige ihre Pflegeleistungen aufgrund des Patientenbeitrags reduzieren.

¹⁵² Die Daten lassen eine Beobachtung ab dem Jahr 2010 zu.

¹⁵³ vgl. detailliertere Ausführungen zur Entwicklung des Leistungsangebots (Datenanalysen und Befragung Leistungserbringer) im Anhang A6.1.2.

¹⁵⁴ Für eine detailliertere Zusammenfassung der Interviewaussagen vgl. Anhang A6.3.

Rahmenbedingungen/Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen

Die befragten Patientenorganisationen, Pflegebedürftigen und Angehörigen äussern teilweise einen negativen Eindruck zur heutigen Situation bei den Rahmenbedingungen der Versorgung der Pflegebedürftigen.¹⁵⁵ Der grösste Kritikpunkt betrifft klar die wenige Zeit, die dem Personal für die Pflegebedürftigen zur Verfügung steht. Mehrfach wird erwähnt, dass das Pflegepersonal v.a. aufgrund der Vorgaben und Kontrollen der Krankenversicherer, einem grossen Druck ausgesetzt sei. Sie würden teilweise die Uhr abstellen, um den Pflegebedürftigen noch etwas mehr Zeit widmen zu können. Auch die Mehrheit der Leistungserbringer ist der Ansicht, dass sich dies verschlechtert habe. Denkbar ist, dass die NPF dies teilweise negativ beeinflusst hat, da sowohl bei den Pflegeheimen als auch bei den Spitex-Organisationen der Kostendruck durch Einführung von Normkosten zugenommen hat. Eindeutig belegen lässt sich dies aber nicht. Weitere Kritikpunkte betreffen viele Personalwechsel und damit eine mangelnde Kontinuität insbesondere bei der Spitex. Hingegen fallen die einzelnen Rückmeldungen zur Qualifikation des Pflegepersonals mehrheitlich positiv aus. Einzelne Patientenorganisationen sind der Ansicht, dass das Pflegepersonal besser qualifiziert sei. Die NPF könnte hierauf einen positiven Einfluss gehabt haben. So haben die Kantone im Zuge der Restkostenfinanzierung die Anforderungen an die Leistungserbringer teilweise auch in Bezug auf die Qualifikationen erhöht.

Handlungsbedarf aus Sicht der betroffenen Akteure

Sicht der Betroffenen

- InterviewpartnerInnen aus ambulanten Versorgungsarrangements sehen vor allem einen Handlungsbedarf im Hinblick auf weitere Angebote, die die Versorgung zu Hause erleichtern könnten. In den Interviews zeigt sich ein starker Wunsch nach mehr Entlastung für pflegende Angehörige, vor allem in Form von bezahlbaren Unterstützungsangeboten. Auch eine bessere finanzielle Entschädigung von pflegenden Angehörigen wurde von den Befragten gewünscht, ebenso wie bezahlbare, von den Krankenversicherungen anerkannte, Lösungen für die Pflege/Betreuung, ausserhalb der bisher üblichen Spitex-Organisationen (z.B. die Anstellung einer Betreuungsperson aus dem Ausland). Gemäss InterviewpartnerInnen, sollten Spitex-Organisationen längere und flexiblere Präsenzzeiten anbieten (v.a. in ländlichen Gebieten) und sich besser mit anderen Leistungserbringern vernetzen. Ausserdem besteht Bedarf nach einem Pool für einen zusätzlichen Betreuungsdienst, der auch kurzfristig zur Verfügung stehen kann. Schlussendlich wünschen sich InterviewpartnerInnen auch klare Informationen zu ambulanten Versorgungs- und Finanzierungsmöglichkeiten.
- In stationären Versorgungssituationen äusserten die Befragten vor allem einen Bedarf nach mehr Information und Unterstützung in administrativen Belangen. Ein Angehöriger schlägt vor, die bürokratische Hürde zur Beantragung von EL zu verringern, indem Gemeinden oder Pflegeheime aktiv ihre Unterstützung anbieten. Weiter sollte die Personalsituation und die Informationsweitergabe zwischen Gesundheitsfachpersonen in Pflegeheimen verbessert werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können. Einen weiteren Handlungsbedarf sehen mehrere Befragte im Hinblick auf die sozialen Kontakte unter den BewohnerInnen. Laut Angaben der Befragten, waren die

¹⁵⁵ Für detailliertere Interviewaussagen vgl. Anhang A7.

BewohnerInnen häufig einsam. Zwei Befragte wünschten sich daher, dass die sozialen Kontakte zwischen den BewohnerInnen gefördert werden, z.B. durch gezielte Aktivitäten und einer besseren Durchmischung der BewohnerInnen einer Abteilung. Eine Angehörige äusserte ausserdem den Wunsch nach mehr Austausch mit anderen Angehörigen (z.B. in Form von Selbsthilfegruppen).

Sicht der Patientenorganisationen

Die Patientenorganisationen äussern ähnlichen Handlungsbedarf wie die Pflegebedürftigen und Angehörigen. Die erwähnten Themen betreffen im Bereich der Pflege zu Hause mehr Öffentlichkeitsarbeit, um auf Angebote wie z.B. Entlastungsdienste aufmerksam zu machen, die Förderung von niederschweligen Hilfsangeboten in der Freiwilligenarbeit sowie mehr Beratung und finanzielle Unterstützung für pflegende Angehörige.

Darüber hinaus sehen insbesondere Patientenorganisationen einer Fallstudiengemeinde Lücken bei bezahlbaren Formen von betreutem Wohnen/Wohnen mit Dienstleistungen. Als nicht optimal wird diesbezüglich bezeichnet, dass der Eintritt in eine betreute Wohnform einen Wohnsitzwechsel ermöglichen, so dass Gemeinden mit einem solchen Angebot «bestraft» würden.

5.3. Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Aus der Befragung der Leistungserbringer geht hervor, dass die NPF bei einem Grossteil zu einem erhöhten Kostendruck führte und zudem Veränderungen und Anpassungen in den betrieblichen und pflegerischen Prozessen erforderte. Im Folgenden sind die Ergebnisse zu den Auswirkungen auf die Leistungserbringer stark zusammengefasst. Weitere Ergebnisse aus der Onlinebefragung der Leistungserbringer sind im Anhang A7 zu finden.

Ungedeckte Restkosten und Kostendruck

Die Frage, ob die Neuordnung der Pflegefinanzierung zu einem höheren Kostendruck geführt habe, bejahten 63% der Spitex-Organisationen und 70% der Pflegeheime. So wiesen bei den Spitex-Organisationen die Hälfte zwischen 2011 und 2015 entweder jedes Jahr (24%) oder teilweise (28%) ungedeckte Restkosten aus, wobei dies überdurchschnittlich häufig von Spitex-Organisationen mit privaten Trägern angegeben wird. Dabei zeichnet sich keine klare Entwicklung ab: Je ein Drittel der Spitex-Organisationen gaben an, dass die ungedeckten Restkosten zugenommen bzw. abgenommen haben, bei einem Viertel blieben sie zwischen 2011 bis 2015 unverändert. Auch bei den Pflegeheimen sind es rund die Hälfte der Betriebe, die entweder jedes Jahr (27%) oder teilweise (24%) ungedeckte Restkosten auswiesen. Hier sind es überdurchschnittlich häufig die öffentlichen und privaten gemeinnützigen Pflegeheime, die dies angeben. Entgegen den Spitex-Organisationen haben sich die ungedeckten Restkosten bei den Pflegeheimen zwischen 2011 und 2015 mehrheitlich erhöht (57% der Pflegeheime geben dies an).

Auf die Frage, wie mögliche ungedeckte Restkosten der KVG-Pflege gedeckt werden, machen die Leistungserbringer folgende Angaben¹⁵⁶: Bei den Spitex-Organisationen werden die ungedeckten Restkosten hauptsächlich von deren Trägerschaften übernommen (80%). Lediglich 1% bzw. 5% stellt die Kosten den KlientInnen voll oder teilweise in Rechnung. Tendenziell häufiger übernommen werden die ungedeckten Kosten von Spitex-Organisationen mit privaten Trägern, insbesondere von den gemeinnützigen Trägern. Bei den Pflegeheimen werden die ungedeckten Restkosten zu zwei Dritteln von den Trägern des Pflegeheimes übernommen, wobei hier die öffentlichen Pflegeheime die Kosten häufiger übernehmen. Häufiger als bei den Spitex-Organisationen wurden die ungedeckten Restkosten an die KlientInnen in Form von höheren Beiträgen (8%) oder einer Mischform der Finanzierung über den Träger und die KlientInnen (12%) weitergegeben. Sechs (von 136) Pflegeheimen geben explizit an, dass sie über die Pensions- oder Betreuungstaxe Quersubventionierungen tätigen.

Anteil der KVG-Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten

Gemäss Angaben der Leistungserbringer hat der Anteil der KVG-Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten seit dem Jahr 2010 bei rund der Hälfte der Leistungserbringer (54% der Spitex-Organisationen; 44% der Pflegeheime) im Trend zugenommen; lediglich bei einer Minderheit ist er gesunken (12% der Pflegeheime; 7% der Spitex-Organisationen). Als Hauptgrund sehen die Leistungserbringer hierfür eine erhöhte Komplexität der Fälle. Aber auch vermehrte Auflagen der Kantone (z.B. an die Qualität), Verlagerungen des Leistungsangebots (weniger hauswirtschaftliche Leistungen) sowie ein erhöhter administrativer Aufwand durch den Nachweis von Leistungen bei den Krankenversicherern (nur Spitex) werden als Gründe angeführt.

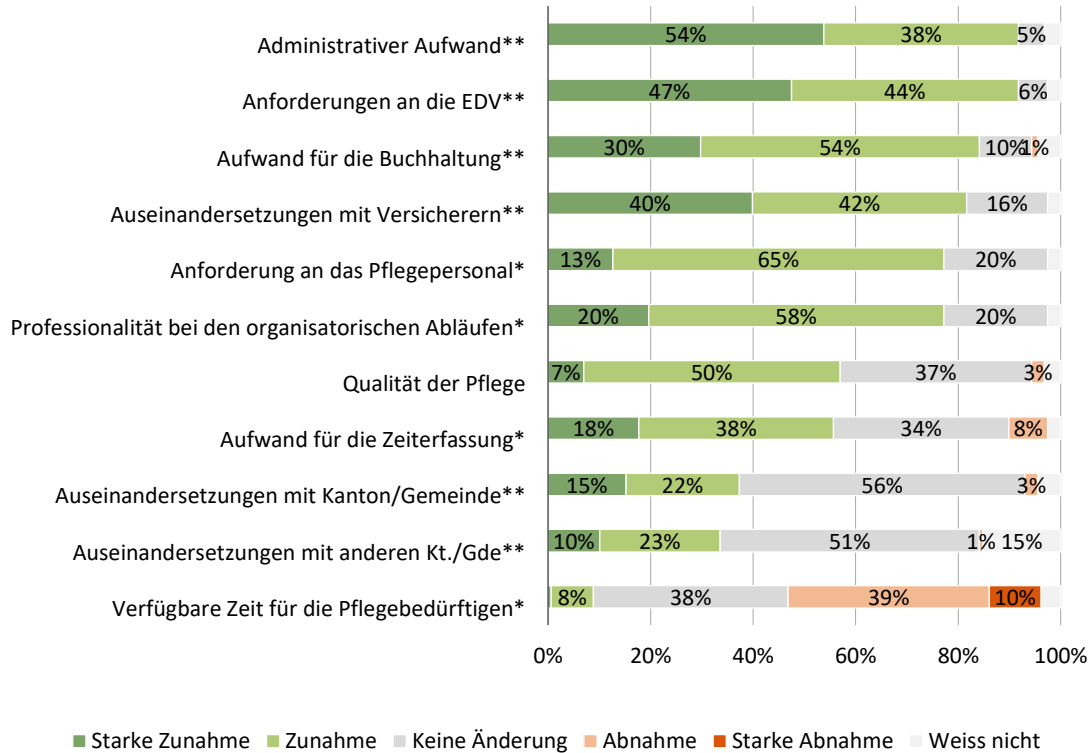
Auswirkungen auf die betrieblichen Strukturen und Prozesse

Gemäss den befragten Leistungserbringern hat die NPF in der eigenen Institution insbesondere zu einem erhöhten administrativen sowie buchhalterischen Aufwand und erhöhte Anforderungen an die EDV geführt (vgl. Abbildung 21). Darüber hinaus haben laut den befragten Institutionen die Auseinandersetzungen über die Kostenübernahme mit den Versicherern (Spitex und Pflegeheime) und mit dem Kanton/der Gemeinde oder anderen Kantonen/Gemeinden (v.a. Pflegeheime) sowie die Anforderungen an das Pflegepersonal zugenommen. Teilweise hat die NPF gemäss den Befragten auch zu weniger verfügbarer Zeit für Pflegebedürftige und einem höheren Aufwand für die Zeiterfassung geführt. Zudem geht aus den Befragungen hervor, dass die NPF teilweise auch zu einer höheren Professionalität in den organisatorischen Abläufen beigetragen hat. Als weitere Auswirkungen der NPF nennen die Spitex-Organisationen in einer offenen Frage relativ häufig Fusionen (15 von 157 Nennungen) um z.B. Synergien in der Administration sowie Kooperationen/Zusammenarbeitsverträge mit anderen Leistungserbringern im Gesundheits- und Sozialwesen (11 von 157 Nennungen) zu nutzen. Auch die Pflegeheime haben vereinzelt mit Fusionen (5 von 258) und Kooperationen (6 von 258) reagiert. Vereinzelt kam es bei den Pflegeheimen auch zu Veränderungen in den Besitzstrukturen, z.B. einer Umwandlung in eine private Organisation oder Ausgliederung aus der Gemeindeverwaltung in eine gemeinnützige Organisation.

¹⁵⁶ Es ist zu berücksichtigen, dass bei dieser Fragestellung strategische Antworten der Leistungserbringer möglich sind.

Folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse exemplarisch für die Spitex-Organisationen. Die Ergebnisse zu den Pflegeheimen sind im Anhang A7 zu finden.

Abbildung 21: Spitex-Organisationen: Entwicklung einzelner Aspekte seit dem Jahr 2010



Frage: Wie haben sich folgende Aspekte in Ihrer Spitex-Organisation seit dem Jahr 2010 entwickelt? Folgefrage: Welchen Einfluss hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Entwicklung?

Legende: ** = Rund und über 80% der Befragten gaben einen (eher) starken Einfluss der NPF auf diesen Aspekt in der Folgefrage an.

* = Zwischen 60% und 80% der Befragten gaben einen (eher) starken Einfluss der NPF auf diesen Aspekt in der Folgefrage an.

Auseinandersetzungen mit den Versicherern, dem Kanton/Gemeinde, anderen Kantonen/Gemeinden betreffen Auseinandersetzungen über die Kostenübernahme.

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung Spitex-Organisationen; n=158

Ungleichbehandlung von Leistungserbringern

Die NPF hat insbesondere auch Veränderungen für privat-erwerbswirtschaftliche Leistungserbringer mit sich gebracht. Während Kantone und Gemeinden vor der NPF vor allem Beiträge an öffentliche und gemeinnützige Leistungserbringer geleistet haben, erhalten seit der NPF privat-erwerbswirtschaftliche Leistungserbringer neu Beiträge der Kantone und Gemeinden in Form der Restfinanzierung. Wie in Kap. 2.1.2 ausgeführt, liegt die Restfinanzierung bei den privat-erwerbswirtschaftlichen Leistungserbringern zum Teil tiefer, weil diese nicht über einen Leistungsauftrag mit dem Kanton/der Gemeinde verfügen. Wie in Kap. 2.1.2 ausgeführt, erfolgt die Abgrenzung der Kosten auch bei den gemeinwirtschaftlichen Kosten und den mit der Versorgungspflicht verbundenen Kosten nicht immer transparent.

6. Gesamtbeurteilung

Im Folgenden nehmen wir eine Gesamtbeurteilung der Umsetzung, Zielerreichung und weiteren Auswirkungen der NPF vor. Diese orientiert sich an den drei übergeordneten Evaluationsfragen:

1. Wie ist der Stand der Umsetzung durch die Kantone, Gemeinden und Leistungserbringer insgesamt zu beurteilen? Wo bestehen Lücken?
2. Inwieweit wurden die beiden Ziele der Revision erfüllt?
3. Welche weiteren, insbesondere finanziellen Wirkungen hat die Revision ausgelöst? Welche Nebeneffekte der Neuordnung der Pflegefinanzierung lassen sich feststellen?

Im Anschluss werden die aus Sicht der EvaluatorInnen wichtigsten Problembereiche im Zusammenhang mit der NPF ausgeführt. Da das EDI auf der Basis der Ergebnisse den Handlungsbedarf ableiten und der Bundesrat Schlussfolgerungen ziehen wird, werden keine Empfehlungen formuliert.

6.1. Beurteilung Stand der Umsetzung der NPF

Übergeordnete Evaluationsfrage 1: Wie ist der Stand der Umsetzung durch die Kantone, Gemeinden und Leistungserbringer insgesamt zu beurteilen? Wo bestehen Lücken?

Die Beurteilung des Stands der Umsetzung umfasst die Bereiche (1) Restfinanzierung, (2) sozialpolitische Begleitmassnahmen und (3) Akut- und Übergangspflege. Diese drei Bereiche sind im Folgenden nacheinander ausgeführt. Die Beurteilung erfolgt nach Massgabe von drei Kriterien:

- Vollständigkeit der Umsetzung,
- Konformität mit dem revidierten Bundesgesetz und
- Zweckmässigkeit der Umsetzung für die Erreichung der Ziele der Revision herangezogen.

6.1.1. Restfinanzierung

Vollständigkeit der Umsetzung durch die Kantone

Gemäss NPF haben die Kantone die Restfinanzierung zu regeln. Die vorliegende Erhebung zur gesetzlichen und materiellen Umsetzung der NPF durch die Kantone zeigt, dass die Kantone diese Vorgabe zwar weitgehend, aber nicht vollständig erfüllt haben. So haben alle Kantone die Zuständigkeiten und Form der Restfinanzierung sowie die Höhe der Patientenbeteiligung durch entsprechende Pflegefinanzierungsgesetze, Ausführungsbestimmungen zum KVG oder Verordnungen geregelt. Allerdings weisen einzelne Kantone bei der Umsetzung noch Lücken auf. Dies betrifft die Restfinanzierung für einzelne Leistungserbringertypen, zu denen einzelne Kantone aktuell keine Regelung erlassen haben und somit an diese keine Restfinanzierung leisten. Dabei handelt es sich um folgende sechs Kantone: SO für die Spitex-Organisationen, AI und SO für selbständige Pflegefachpersonen, TI und GL für Pflegeheime ohne Leistungsvertrag und AI, GL, FR, GE und TI für Spitex-Organisationen ohne Versorgungspflicht. Aus Sicht

der EvaluatorInnen sind diese Lücken nicht konform mit der gesetzlichen Vorgabe aus der NPF. Darüber hinaus ist anzumerken, dass gemäss Hinweisen aus Interviews seit der NPF in einzelnen Kantonen¹⁵⁷ Pauschalen eingeführt wurden, welche den PatientInnen zusätzlich zur Patientenbeteiligung verrechnet werden (z.B. Ausbildungspauschale im Bereich der Pflege und Betreuung zu Hause oder Demenzzuschlag im Bereich der Pflegeheime). Diese Praxis verstösst aus Sicht der EvaluatorInnen gegen die in Art. 25a KVG festgelegte maximale Kostenbeteiligung, sofern mit den Pauschalen KVG-Pflegeleistungen verbunden sind.

Zweckmässigkeit der Umsetzung durch die Kantone

Den Kantonen stand bei der Art und Weise der Umsetzung der Restfinanzierung ein grosser Ermessensspielraum zu, indem die NPF nicht festlegt, wie die Kantone die Restfinanzierung zu regeln haben. Wie die Erhebung bei den Kantonen zeigt, haben die Kantone in der Folge die Restfinanzierung unterschiedlich umgesetzt in Bezug auf die Zuständigkeiten, die Art der Restfinanzierung und die Höhe der Patientenbeteiligungen.

Aus unserer Sicht sind nicht alle Umsetzungslösungen gleichermaßen zweckmässig, um die Ziele der NPF zu erreichen.

- **Art der Restfinanzierung:** Die Kantone setzen zur Restfinanzierung verschiedene Methoden ein. Diese reichen von vorher definierten Normkosten oder Höchstgrenzen pro Pflegebedarfsstufe (bei der Pflege im Pflegeheim) bzw. pro Leistungskategorie (bei der Pflege zu Hause) bis hin zur Abgeltung der effektiven Restkosten. Normkosten und Höchstgrenzen sind jedoch nur begrenzt zweckmässig, um die Ziele der NPF zu erreichen, weil sie je nach Ausgestaltung ungedeckte Restkosten nach sich ziehen können. Ungedeckte Restkosten liefern Anreize für die Leistungserbringer, diese auf die PatientInnen in Form von höheren Tarifen bei nicht KVG-pflichtigen Leistungen zu überwälzen, namentlich bei der Betreuung, Hotellerie und Hauswirtschaft. Werden Kosten über nicht KVG-pflichtigen Leistungen auf Pflegebedürftige überwält, kann dies dem Ziel der NPF zuwiderlaufen, die Ausgabenlast der Pflegebedürftigen zu begrenzen und finanziell schwierige Situationen von Pflegebedürftigen zu entschärfen. Aus diesem Grund sind aus unserer Sicht Normkosten und Höchstgrenzen besonders kritisch zu beurteilen, wenn sie durch die Kantone pauschal für alle Leistungserbringer und nicht angepasst an strukturelle Gegebenheiten der einzelnen Leistungserbringer (z.B. durchschnittlicher Pflegebedarf, Ausstattung, Infrastrukturen, spezielle Dienstleistungen etc.) festgelegt werden. Aus unserer Sicht sind Normkosten und Höchstgrenzen aber nicht per se negativ zu beurteilen, wenn sie sachgerecht bemessen sind. Sie stellen für die Kantone auch ein Instrument dar, Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Leistungserbringer zu setzen. Im Bereich der Pflegeheime haben zehn Kantone¹⁵⁸ und

¹⁵⁷ In welchen Kantonen dies der Fall ist, wurde nicht flächendeckend erhoben. Daher werden hier die Kantone, in denen dies gemäss Hinweisen der Fall ist, nicht benannt.

¹⁵⁸ AR, FR, GE, GR, NE, SG, TI, UR, ZG, ZH.

im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause sechs Kantone¹⁵⁹ Normkosten und Höchstgrenzen umgesetzt, die nach Massgabe der Kostenstrukturen der Leistungserbringer sachgerecht¹⁶⁰ bemessen sein dürften, so dass sie bei wirtschaftlichem Verhalten keine Restkosten hinterlassen. Fragwürdig ist aufgrund der angewandten Methode hingegen die Festlegung der Normkosten und Höchstgrenzen bei 12 Kantonen¹⁶¹ im Bereich der Pflegeheime und 11 Kantonen¹⁶² im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause. Kein Risiko ungedeckter Restkosten besteht bei Finanzierungslösungen, bei denen die Kantone die effektiven Restkosten abgelten. Diese Praxis verfolgen nur sehr wenige Kantone¹⁶³. Bei den restlichen Kantonen ist die Finanzierung auf Gemeindeebene geregelt, wo die Art der Restfinanzierung variieren kann.

- Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeleistungen: Die Zuständigkeit bei ausserkantonalen Pflegeleistungen haben die Kantone ziemlich einheitlich geregelt. So wenden die meisten Kantone das Herkunftsprinzip an und richten sich bei der Höhe der Restfinanzierung an die Höhe, die innerhalb ihres eigenen Kantons (Herkunftskantons) gilt. Diese Regelung hat sich aus unserer Sicht jedoch nicht bewährt, weil bei unterschiedlichen Restfinanzierungen zwischen den Kantonen Finanzierungslücken entstehen. Dabei berichten die Kantone zum einen von Umsetzungsschwierigkeiten. Wie die Fallstudien zeigen, führen die Finanzierungslücken in Einzelfällen dazu, dass EL-Bezüger nicht in ein ausserkantonaies Pflegeheim gehen können oder sozialhilfeabhängig werden. Somit erweisen sich die kantonalen Umsetzungen als wenig zielführend, da sie zu sozialpolitisch schwierigen Situationen führen können, die durch die NPF verhindert werden sollen. Die SGK-SR hat diese Problematik aufgegriffen und am 06.10.2017 eine Änderung zu Art. 25a Abs. 5 KVG beschlossen. Die Gesetzesänderung regelt aus Sicht der EvaluatorInnen zwar klar, welcher Kanton zuständig ist und wer im Fall von Finanzierungslücken diese zu tragen hat. Das Problem, dass EL-BezügerInnen aus finanziellen Gründen unter Umständen nicht in ein ausserkantonaies Pflegeheim eintreten können, bleibt jedoch weiter bestehen.
- Unterschiedliche Patientenbeteiligungen für Leistungserbringer mit und ohne Leistungsvertrag/Versorgungspflicht: Aus der Befragung der Kantone geht hervor, dass einige Kantone für Leistungserbringer mit Leistungsvertrag bzw. Versorgungspflicht eine höhere Restfinanzierung und/oder einen tieferen Patientenbeitrag vorsehen.¹⁶⁴ Meist handelt es sich dabei um öffentlich-rechtliche Leistungserbringer. Die Kantone rechtfertigen die höhere Restfinanzierung häufig durch die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen wie einem 24-h-Notruf oder einer Versorgungspflicht auch bei längeren Wegzeiten. Aus unserer Sicht ist dies gerechtfertigt, wenn die Mehrkosten im Hinblick auf die KVG-pflichtigen Leistungen transparent nachvollzogen werden können. Hingegen sind die unterschiedlichen Patientenbeiträge aus unserer Sicht unbegründet. Sie stellen eine Wettbewerbsverzerrung dar,

¹⁵⁹ GE, GR, NE, SG, TI, ZH.

¹⁶⁰ Diese Kantone wenden entweder individuelle Normkosten/Höchstgrenzen an oder verfolgen einen Benchmark-Ansatz, bei dem sie die Kosten der verschiedenen Leistungserbringer im Kanton genauer analysieren.

¹⁶¹ AG, AI, BE, BL, BS, JU, NW, SH, SO, TG, VD, VS.

¹⁶² AI, BE, BL, BS, JU, NW, SZ, UR, VD, VS, ZG.

¹⁶³ OW und UR bei den Pflegeheimen und FR bei der Hilfe und Pflege zu Hause.

¹⁶⁴ Dies ist v.a. bei den Spitex-Organisationen der Fall. Höhere Restfinanzierung z.B. in BE, GR, UR, VS und ZG. Höhere Patientenbeteiligung z.B. GE und FR. Bei den Pflegeheimen legt in zwei Kantonen (SH, ZH) der Kanton (gemeinsam mit den Gemeinden) die Restkosten fest, während die Gemeinden für die Restkosten der Pflegeheime mit Leistungsvertrag zuständig sind. Inwiefern die Restkostenfinanzierung sich unterscheidet, ist in diesen Fällen nicht bekannt.

was dem KVG-Ziel der wirtschaftlichen Leistungserbringung widerspricht und nicht im Sinne des Gesetzgebers sein dürfte.

Fazit: Aus unserer Sicht bestehen derzeit bei den Kantonen zum Teil Umsetzungslösungen, die wenig zweckmässig sind, um die Finanzierungslast der Pflegebedürftigen zu begrenzen, um eine wirtschaftliche Leistungserbringung sicher zu stellen und um sozialpolitisch schwierige Situationen zu vermeiden. Umgekehrt ausgedrückt eignen sich im Hinblick auf die Zielerreichung der NPF aus unserer Sicht folgende Umsetzungslösungen:

- Restfinanzierungsformen, die sich an den individuellen Gegebenheiten der Leistungserbringer orientieren und keine ungerechtfertigten ungedeckten Restkosten hinterlassen, d.h. sachgerecht festgelegte Normkosten oder Höchstgrenzen, die gleichzeitig Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten der Leistungserbringer setzen.
- Restfinanzierungsformen, welche die gleiche Patientenbeteiligung für alle Leistungserbringertypen festlegen.
- Zuständigkeit des Herkunftskantons bei der Restfinanzierung von ausserkantonalen Pflegeleistungen und nach Massgabe der im Standortkanton geltenden Regelungen, damit keine Finanzierungslücken entstehen.

Gesetzeskonformität der Umsetzung durch die Leistungserbringer

Für die Leistungserbringer hatte die Einführung der Restfinanzierung die Konsequenz, dass sie ihre Pflegekosten transparent ausweisen und konsequenter von den nicht KVG-pflichtigen Leistungen abgrenzen müssen. Nur durch eine sachlich korrekte Abgrenzung kann aus unserer Sicht sichergestellt werden, dass den Pflegebedürftigen entsprechend den Vorgaben der NPF von den KVG-Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten OKP-Beitrages verrechnet werden und nicht weitere KVG-Pflegekosten in Form von Betreuungs-, Hotellerie- oder Hauswirtschaftskosten auf die Pflegebedürftigen überwält werden.

Aus der Befragung geht hervor, dass die Leistungserbringer ihre Praxis bei der Kostenrechnung seit der Einführung der NPF verbessert haben. Dennoch bestehen aus unserer Sicht immer noch Defizite bei der Kostenrechnung bei der Mehrheit der Leistungserbringer. Aus Angaben der befragten Leistungserbringer gibt es Hinweise darauf, dass insbesondere Pflegeheime teilweise KVG-Pflegekosten auf Pflegebedürftige überwälzen, was nicht gesetzeskonform ist. So führt erst eine Minderheit der Pflegeheime und Spitex-Organisationen Arbeitszeitanalysen durch, die notwendig sind, um die KVG-Pflegekosten transparent und korrekt abzugrenzen. Darüber hinaus gibt in der Befragung rund ein Fünftel der Pflegeheime mit ungedeckten Restkosten an, diese ganz oder teilweise an die BewohnerInnen weiter zu geben.

Indessen geht aus der Evaluation auch hervor, dass die Leistungserbringer in gewissen Bereichen Schwierigkeiten haben, KVG-Pflegeleistungen von anderen Leistungen abzugrenzen. Dies betrifft bei-

spielsweise die Bereiche Demenz, Palliative Care oder Gerontopsychiatrie. Die Grundlagen zur Abgrenzung, d.h. der KLV-Leistungskatalog sowie die Tätigkeitslisten der Pflegebedarfserfassungssysteme gehen gemäss den Leistungserbringern zu wenig ins Detail.

6.1.2. Sozialpolitische Begleitmassnahmen

Vollständigkeit und Zweckmässigkeit der Umsetzung durch die Kantone

In Bezug auf die sozialpolitischen Begleitmassnahmen standen die Kantone in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass keine Sozialhilfeabhängigkeit durch einen Pflegeheimaufenthalt entsteht. Aus Sicht der EvaluatorInnen ist diese Auflage in insgesamt 16 Kantonen erfüllt. Diese Kantone stellen dies explizit durch zweckmässige Massnahmen sicher. Bei diesen Massnahmen handelt es sich beispielsweise um den Verzicht von Höchstgrenzen der an die EL anrechenbaren Heimtaxen oder um die Anpassung der Höchstgrenzen an die geltenden Heimtaxen im Kanton. Bei den übrigen zehn Kantonen¹⁶⁵ kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob sie die Auflage erfüllen, da sie dazu über keine expliziten Regelungen verfügen. Die verfügbaren Zahlen zeigen, dass die Sozialhilfefälle in Heimen tendenziell leicht angestiegen sind, aber eher Einzelfälle darstellen (2015: 0.9% der PflegeheimbewohnerInnen). Aus den Fallstudien geht zudem hervor, dass es sich in den meisten Einzelfällen um begründete Ausnahmefälle handelt, beispielsweise bei einem Vermögensverzicht oder Pensionskassenvorbezug. Dennoch zeigen die Fallstudien, dass auch Einzelfälle existieren, bei denen die Taxen der Pflegeheime in der näheren Region der Pflegebedürftigen die im Kanton geltenden Höchstgrenzen überschreiten und die Sozialhilfe einspringen muss. Das Bundesgericht hat dazu beschlossen, dass das Sozialhilfeabhängigkeitsverbot nicht verletzt ist, wenn die versicherte Person eine hinreichende Wahlmöglichkeit unter den kantonalen Pflegeheimen hat.¹⁶⁶ Im Rahmen der Evaluation konnte dies nicht detaillierter überprüft werden. Es lässt sich somit nicht ausschliessen, dass bei den zehn übrigen Kantonen die Umsetzung der NPF in Bezug auf die sozialpolitischen Begleitmassnahmen lückenhaft ist.

6.1.3. Akut- und Übergangspflege

Vollständigkeit der Umsetzung durch die Kantone

Die Befragung zeigt, dass die Kantone die Zuständigkeiten für die Umsetzung und Finanzierung der AÜP mit Ausnahme von zwei Kantonen (VD und VS) geklärt haben. Von den beiden Ausnahmen abgesehen haben die Kantone aus Sicht der EvaluatorInnen ihre Pflicht erfüllt, indem sie die Mindestvoraussetzung geschaffen haben, damit die Leistungserbringer ein entsprechendes Angebot bereitstellen.

Allerdings schränken die Kantone den Aufbau von Angeboten durch Zulassungsregeln und Anforderungen teilweise ein. Es ist möglich, dass dies durch Wirtschaftlichkeits- und/oder Qualitätsüberlegungen begründet ist. Dies konnte jedoch im Rahmen der Evaluation nicht genauer geprüft werden. Hingegen zeigt die Befragung, dass die Kantone sehr vereinzelt auch explizite Regelungen zur Förderung der

¹⁶⁵ AI, BS, GE, GL, LU, OW, SO, UR, VS, ZG.

¹⁶⁶ vgl. BGE 138 II 191 = Pra 2012 Nr. 118 E. 5.5.3.

Akut- und Übergangspflege eingeführt haben – beispielsweise die Ausweitung der Dauer der AÜP über die vorgesehenen 14 Tage hinaus oder die konkretere Definition der Akut- und Übergangspflege. Solche Regelungen erachten wir im Sinne des Ziels, ein dem Bedarf entsprechendes AÜP-Angebot aufzubauen, als zweckmässig – dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die reguläre Dauer der Akut- und Übergangspflege von den Leistungserbringern und weiteren Akteuren als zu kurz beurteilt wird und bei den Leistungserbringern Unklarheiten darüber bestehen, wie die Akut- und Übergangspflege von anderen Angeboten abzugrenzen ist (vgl. dazu Zweckmässigkeit der Konzeption der AÜP).

Vollständigkeit der Umsetzung durch die Leistungserbringer

Die AÜP wurde eingeführt, um in der Schweiz ein Angebot und eine adäquate Finanzierung für Situationen zu schaffen, in denen PatientInnen nach einem Spitalaufenthalt noch nicht wieder ihre Fähigkeiten erlangt haben, um in ihre gewohnte Umgebung zurück zu kehren. Es galt den Betroffenen einen Übergang anzubieten, der sowohl ihren körperlichen oder psychischen Bedürfnissen als auch ihrer Rekonvaleszenz entspricht. Im Zusammenhang mit der Revision der Spitalfinanzierung wurde befürchtet, dass die Vergütung aufgrund der leistungsbezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) bei den Spitälern zu Anreizen führen, die PatientInnen zu frühzeitig zu entlassen. Die AÜP sollte diese potenziellen unerwünschten Wirkungen abfangen.

Ob das heute bestehende Angebot an AÜP ausreichend ist, um den (potenziellen) Bedarf nach der AÜP zu decken, lässt sich aufgrund der Ergebnisse der Evaluation nicht abschliessend beurteilen. Die Befragung der Leistungserbringer zeigt, dass das Angebot der AÜP derzeit noch lückenhaft ist. Von den antwortenden Leistungserbringern haben rund die Hälfte der Spitex-Organisationen, ein Viertel der Pflegeheime und Akutspitäler sowie ein Fünftel der Reha-Kliniken ein Angebot der AÜP aufgebaut. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere bei den Pflegeheimen und Spitex-Organisationen das Angebot effektiv geringer sein dürfte, da die Teilnahmequoten in der Befragung gering waren und von einem Non-Response-Bias auszugehen ist.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auch, dass die Nachfrage nach der AÜP momentan (noch) gering ist. So gibt ein Grossteil der Leistungserbringer mit einem entsprechenden Angebot an, kaum oder keine AÜP-Fälle zu haben. Auch die verfügbaren Daten zeigen eine geringe Inanspruchnahme auf. Zudem finden bisherige Untersuchungen im Rahmen der Evaluation der Spitalfinanzierung keine eindeutigen Hinweise darauf, dass es zu verfrühten Entlassungen gekommen ist (vgl. Obsan 2017).

Die Ergebnisse legen aber auch den Verdacht nahe, dass die geringe Inanspruchnahme erstens dadurch begründet ist, dass die SpitalärztInnen die AÜP zu wenig kennen und wenige Überweisungen tätigen. Zweitens hemmen aus Sicht der EvaluatorInnen auch ungünstige Rahmenbedingungen bzw. die Konzeption der AÜP die potenzielle Nachfrage. So haben die Pflegebedürftigen aufgrund der fehlenden Finanzierung der Hotelleriekosten bei der AÜP wenig Anreize, die AÜP in Anspruch zu nehmen. Zudem dürfte auch die teilweise nicht ausreichende Dauer der AÜP die Inanspruchnahme hemmen. Prinzipiell dürfte aus Sicht der EvaluatorInnen somit der effektive Bedarf nach einer Übergangslösung nach dem Spitalaufenthalt grösser sein als dies die momentane Inanspruchnahme suggeriert. Der tatsächliche Bedarf müsste unseres Erachtens noch vertiefter analysiert werden.

Zweckmässigkeit der Konzeption der AÜP

Unter der (nicht bestätigten) Annahme, dass ein weiterer Bedarf für die AÜP gegeben ist, erachten wir die heutige Form der Ausgestaltung der AÜP für beschränkt zweckmässig, ein bedarfsgerechtes Angebot zu gewährleisten. Die Angaben der befragten Akteure zeigen unseres Erachtens, dass die Form der Ausgestaltung in der NPF den Aufbau und die Inanspruchnahme der AÜP behindert. Erstens erachten die Leistungserbringer (insbesondere Pflegeheime) das Angebot der AÜP teilweise als wenig finanziell attraktiv für ihre Organisation. Zweitens bestehen bei den Leistungserbringern teilweise Unklarheiten über die Bedingungen der AÜP und die Abgrenzung zur regulären bzw. geriatrischen Pflege und Rehabilitation. Wie oben ausgeführt hemmen drittens die Art der Finanzierung und Dauer von zwei Wochen die Nachfrage nach AÜP.

Die auf zwei Wochen fixierte Dauer der AÜP ist unseres Erachtens auch in Bezug auf die Zielerreichung der AÜP in Frage zu stellen. Die Dauer ist laut den befragten Akteuren in vielen Fällen nicht ausreichend, dass die PatientInnen nach einem Spitalaufenthalt ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten wiedererlangen und in die gewohnte Umgebung zurückkehren können. Mangels verfügbarer Daten lässt sich nicht genau bestimmen, inwieweit dieses Ziel erreicht wird.¹⁶⁷ Erste Hinweise, dass dies zumindest bei einem Teil der KlientInnen erreicht wird, geben die Befragungen der Leistungserbringer. Bei diesen gibt rund ein Drittel der Leistungserbringer an, dass ihre AÜP-KlientInnen nach der Frist von zwei Wochen mehrheitlich wieder in die Eigenständigkeit übergehen. Die Zielerreichung der AÜP müsste aus Sicht der EvaluatorInnen noch vertiefter analysiert werden.

6.2. Beurteilung der Zielerreichung der NPF

Übergeordnete Evaluationsfrage 2: Inwieweit wurden die beiden Ziele der Revision erfüllt?

Die Beurteilung der Zielerreichung umfasst die folgenden zwei Hauptziele der NPF:

- Erstens soll eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP vermieden werden.
- Zweitens soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden.

Zur Beurteilung der Zielerreichung wird das Kriterium der Wirksamkeit bzw. des Zielerreichungsgrads herangezogen.

Vermeidung einer zusätzlichen Belastung der OKP

Das erste Hauptziel der NPF besteht darin, eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP zu vermeiden. Hintergrund für diese Zielsetzung war, dass die OKP vor der NPF zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernommen hatte. Wie die «Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung» zu verstehen ist, hat der Gesetzgeber nicht genau definiert. In unserer Interpretation ist sie so zu verstehen, dass die Belastung der OKP relativ zur Entwicklung der KVG-Kosten *pro Pflegebedürftige/r* nicht zunehmen

¹⁶⁷ Die Frage der Zielerreichung der AÜP war nicht Gegenstand der Evaluationsfragen.

soll. Dieses erste Hauptziel konnte in diesem Sinn vollständig erreicht werden. So ist der Finanzierungsanteil der OKP ab dem Jahr 2011 sogar gesunken: bei den Pflegeheimen um 5 Prozentpunkte von 56% auf 51% und bei der Pflege zu Hause um 2 Prozentpunkte von 72% auf 70%. Dies ist mit insgesamt steigenden KVG-Pflegekosten pro Kopf bei gleichzeitig fixen Beiträgen der OKP erklären.

Verhinderung sozialpolitisch schwieriger Situationen pflegebedürftiger Personen

Das zweite Hauptziel der NPF betrifft die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen, welche durch die NPF verbessert werden sollte. Weil sich pflegebedürftige Personen in den öffentlichen Statistiken nicht identifizieren lassen, lässt sich dies anhand eines Vorher/Nachher-Vergleichs von Daten nur grob beantworten. Aus diesem Grund wurden Pflegebedürftige und Angehörige sowie Patientenorganisationen zur aktuellen Situation der Pflegebedürftigen befragt.

Basierend auf den verfügbaren Informationen ist aus Sicht der EvaluatorInnen das zweite Hauptziel der NPF teilweise erfüllt:

- **Finanzielle Belastung insgesamt:** Als positiver Befund ist im Zusammenhang mit dem zweiten Hauptziel festzuhalten, dass die NPF bei Pflegebedürftigen *in Pflegeheimen* tendenziell zu einer tieferen finanziellen Belastung beigetragen hat, auch wenn mögliche Kostenüberwälzungen auf die Pflegebedürftigen nicht ausgeschlossen werden können. Dies dürfte sich entlastend für Personen in schwierigen finanziellen Situationen ausgewirkt haben. Bei der *Pflege zu Hause* hingegen ist das Gegenteil der Fall: Hier hat die neu eingeführte Patientenbeteiligung die Pflegebedürftigen zunächst zusätzlich belastet, wobei die Belastung in den Jahren nach 2011 wieder zurückgegangen ist.
- **Deckungslücken bei der Pflege zu Hause:** Mit Deckungslücken ist gemeint, dass sich Pflegebedürftige ihren Pflegebedarf und den weiteren nötigen Lebensunterhalt nicht mehr leisten können. Die Befragung der Patientenorganisationen und Pflegebedürftigen zeigt, dass solche Deckungslücken v.a. bei der Pflege zu Hause noch bestehen. Die Hilflosenentschädigung dürfte hier zwar zu einer Entschärfung beigetragen haben – dies aber nur bei Personen mit leichtem Grad an Hilfsbedürftigkeit. Zudem zeigt die Evaluation, dass der Kreis der Personen, die diese in Anspruch genommen haben, aufgrund der Kriterien und/oder mangelnder Information über diese Unterstützung, eher klein ist. Eine prekäre Gruppe sind gemäss den Befragungen Pflegebedürftige zu Hause ohne Vermögen, die ein Renteneinkommen knapp über der EL-Grenze beziehen. Auch in diesen Fällen kompensieren häufig Angehörige die Deckungslücken mit ihrer Betreuungsarbeit, die teilweise über ihre Belastungsgrenze der Angehörigen hinausgeht. Schliesslich zeigt die Evaluation bei Pflegebedürftigen mit Demenz eine weitere prekäre Gruppe. Bei zu Hause gepflegten Personen mit Demenz greift gemäss Interviewausagen die Hilflosenentschädigung erst relativ spät.
- **Deckungslücken im Pflegeheim:** In Bezug auf die Pflegebedürftigen im Pflegeheim geht aus den Befragungen hervor, dass ihr Pflegebedarf und täglicher Lebensunterhalt mit den EL in der Regel abgedeckt ist. Die NPF hat aus Sicht der EvaluatorInnen mit der Anhebung der Vermögensfreibeträge zu einer Entschärfung von schwierigen Situationen geführt. So zeigte sich in den Interviews mit Pflegebedürftigen, dass der drohende Hausverkauf und der Vermögensschwund insbesondere für vorhandene PartnerInnen zu Hause eine finanziell und emotional sehr belastende Situation darstellt.

Schwierigkeiten treten gemäss den Befragungen noch bei Personen mit Demenz auf. Die Pflegeheime hätten in den letzten Jahren vermehrt einen Demenzzuschlag eingeführt, der nicht durch die EL abgedeckt werde.

- Sozialhilfeabhängigkeit: Wie in Kap. 6.1. ausgeführt, zeigen die empirischen Ergebnisse, dass die Vorgabe der NPF, ein Pflegeheimaufenthalt soll nicht zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führen, grossmehrheitlich erfüllt ist. Es bestehen aber noch Einzelfälle, bei denen zum Teil fraglich ist, ob die Sozialhilfeabhängigkeit gerechtfertigt ist. Zudem nimmt die Zahl der SozialhilfeempfängerInnen in Heimen leicht zu, es handelt sich aber immer noch um Einzelfälle.

6.3. Beurteilung der weiteren Auswirkungen der NPF

Übergeordnete Evaluationsfrage 3: Welche weiteren, insbesondere finanziellen Wirkungen hat die Revision ausgelöst? Welche Nebeneffekte der Neuordnung der Pflegefinanzierung lassen sich feststellen?

Im Folgenden werden die weiteren Auswirkungen der NPF auf verschiedene Akteure und auf weitere Aspekte des Gesundheitssystems (Qualität der Versorgung, Kosten) aufgeführt und beurteilt. Grundlage für die Beurteilung ist die Konformität mit den Zielen des KVG (Zugangsgerechtigkeit, Versorgungssicherheit, Wirtschaftlichkeit) und mit weiteren gesellschaftspolitischen Zielen.

Neben den Wirkungen auf die beiden Hauptzielsetzungen wirkte sich die NPF auf weitere Aspekte und auf betroffene Akteure aus. Diese im Rahmen der Evaluation identifizierten Nebeneffekte sind im Folgenden aufgeführt:

Finanzielle Mehrbelastung von Kantonen und Gemeinden

Die Daten zu den finanziellen Ausgaben zeigen klar, dass Kantone und Gemeinden durch die NPF finanziell deutlich stärker belastet wurden. Zwischen 2008 und 2014 sind die Ausgaben der Kantone und Gemeinden für die Pflege insgesamt um etwas mehr als 100% angestiegen, wobei ein sprunghafter Anstieg im Jahr der Einführung der NPF zu beobachten ist. Dies ist aus Sicht der EvaluatorInnen insbesondere auf die neu eingeführte Restfinanzierung zurückzuführen. Der Anstieg der finanziellen Belastung von Kantonen und Gemeinden könnte teilweise auch darauf zurückzuführen sein, dass der finanzielle Anteil der öffentlichen Hand unter dem vorherigen Finanzierungsregime unterschätzt wurde. Mit der NPF erfolgt die Finanzierung leistungsbezogener und die öffentliche Hand weist ihre Ausgaben für die Pflege transparenter aus.

Die Mehrbelastung fällt bei den Pflegeheimen stärker aus als bei der Pflege zu Hause. Sowohl bei der Pflege zu Hause als auch bei den Pflegeheimen hat die finanzielle Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden nach 2011 weiter zugenommen. Dies hängt mit den fixierten OKP- und Patientenbeiträgen bei steigenden KVG-Pflegekosten pro Kopf zusammen.

Aus unserer Sicht ist die Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden im Grundsatz eine vom Gesetzgeber erwartete und damit prinzipiell politisch gewollte Folge der NPF. Dabei hat die Einführung der Restfinanzierung insbesondere die Gemeinden getroffen und zu einer Verschiebung der Finanzierungslast von den Kantonen zu den Gemeinden geführt. Während die Gemeinden nach 2011 rund CHF 520 Mio. mehr finanzieren als vor 2011, beträgt die Mehrbelastung bei den Kantonen rund CHF 420 Mio. Aus Sicht der EvaluatorInnen dürfte diese Verschiebung nicht nur aus den von den Kantonen (und Gemeinden) explizit festgelegten Zuständigkeiten bei der Finanzierung resultieren. Sie dürfte auch eine Folge von ungedeckten Restkosten sein, welche gemäss den Resultaten der Befragung der Leistungserbringer häufig durch die Gemeinden als Träger der Pflegeheime gedeckt werden.

Finanzielle Belastung der subsidiären Sozialversicherungen und der Sozialhilfe

Die Ergebnisse der Evaluation deuten darauf hin, dass die NPF kaum spürbare Effekte auf die finanzielle Belastung der subsidiären Sozialversicherungen und die Sozialhilfe gehabt haben dürfte:

- In Bezug auf die Ausgabenlast der EL war auf der einen Seite aufgrund der Erhöhung der Vermögensfreigrenzen und der angestrebten Verhinderung von Sozialhilfefällen in Pflegeheimen eine erhöhte Ausgabenlast der EL zu erwarten gewesen. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen aber, dass die Ausgabenlast der PflegeheimbewohnerInnen durch die NPF gesunken ist, was die Zahl der EL-EmpfängerInnen gleichzeitig reduziert haben dürfte. Die Daten zu den EL-Ausgaben zeigen so auch keine Auffälligkeiten im Jahr der Einführung der NPF. Allenfalls könnte die NPF dazu beigetragen haben, dass die EL-Ausgaben seit 2011 leicht weniger angestiegen sind als vorher.
- Inwiefern die Sozialhilfe finanziell be- oder entlastet wurde, lässt sich nicht abschliessend bestimmen. Da SozialhilfeempfängerInnen im Pflegeheim sehr selten sind (vgl. Kap. 6.1.2), gehen wir davon aus, dass sich die Ausgaben der Sozialhilfe durch die NPF kaum merklich verändert haben.
- Durch die Einführung der Hilflosenentschädigung leichten Grades kam es zu einer finanziellen Mehrbelastung der AHV und damit auch des Bundes aufgrund seines ausgabenprozentualen Bundesbeitrags an die AHV. Das der finanziellen Mehrbelastung der AHV lässt sich grob auf CHF 20-30 Mio schätzen, wovon der Bund rund ein Fünftel¹⁶⁸ trägt.

Wirkung auf die Versorgung der Pflegebedürftigen

Die Befunde der Evaluation geben Hinweise darauf, dass durch die NPF die Pflege zu Hause vermehrt zu spät oder zu wenig in Anspruch genommen wird. Gemäss Befragung von Patientenorganisationen und Pflegebedürftigen/Angehörigen sind die mit der Pflege verbundenen Kosten ein mitentscheidender Faktor für die Art und das Ausmass der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Aufgrund der Kosten und/oder des Unwissens über die Finanzierungsmöglichkeiten nehmen Pflegebedürftige und deren Angehörige gemäss Interviewaussagen professionelle Hilfe zum Teil zu spät, verzögert oder in geringerem Masse in Anspruch. Wie auch aus den Interviews hervorgeht, führt dies im Bereich der Pflege zu Hause teilweise nicht nur bei den Pflegebedürftigen zu vermeidbaren Spital- und/oder verfrühten Heimaufenthalten, sondern auch bei den Angehörigen zu einer grossen Belastung und zu kritischen Situationen.

¹⁶⁸ vgl. AHV-Statistik: 2016: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/ahv/statistik.html>

Aufgrund der durchgeführten statistischen Analysen ist davon auszugehen, dass die Einführung des Patientenbeitrags diese Situation eher verschärft hat.

Hinsichtlich des bestehenden Angebots zeigen sich aus den Befragungen hingegen kaum Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung. Wenn überhaupt, dürfte die NPF die Angebotssituation in die positive Richtung beeinflusst haben. Einzig bei (bezahlbaren) Entlastungsmöglichkeiten in der Betreuung (Tages- und Nachtstrukturen, Entlastungsdienste etc.) scheint es teilweise einen Mehrbedarf zu geben. Ob die Gemeinden solche Angebote bzw. deren Subventionierung aufgrund der finanziellen Mehrbelastung durch die NPF eher zurückgefahren oder zur Vermeidung von EL-Fällen erweitert haben, bleibt indessen unklar. Je nachdem, wie in den Kantonen die Finanzierungslast bei der Restfinanzierung und den EL zwischen dem Kanton und den Gemeinden verteilt ist, ergeben sich für die Gemeinden unterschiedliche Anreize, diese zu subventionieren.

Des Weiteren geben die Befragungen von Patientenorganisationen und Pflegebedürftigen Hinweise darauf, dass die NPF bei den Leistungserbringern u.a. zu ungünstigeren Rahmenbedingungen der Pflege beigetragen hat, indem das Pflegepersonal weniger Zeit für die Pflegebedürftigen zur Verfügung hat. Dies könnte aus Sicht der EvaluatorInnen eine Folge aus den ungedeckten Restkosten sein. Es ist möglich, dass die Leistungserbringer die ungedeckten Kosten durch Einsparungen bei der Zeit an den Pflegebedürftigen kompensieren. Darüber hinaus dürfte auch dazu beigetragen haben, dass der administrative Aufwand gemäss Angaben der Pflegeheime und Spitex-Organisationen mit der NPF zugenommen hat.

Eine weitere Auswirkung der NPF auf die Versorgung der Pflegebedürftigen betrifft die Wahlfreiheit bei der Form der Versorgung durch Personen mit eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten. So gibt es wie erwähnt Hinweise darauf, dass EL-BezügerInnen die mit der Pflege verbundenen Kosten in Pflegeheimen besser finanzieren können als bei der Pflege zu Hause und bei intermediären Angeboten (betreutes Wohnen). Zwar hat die Einführung der Hilflosenentschädigung bei Hilflosigkeit leichten Grades dieses Ungleichgewicht zum Teil reduziert, das Ungleichgewicht scheint aber immer noch zu bestehen. Aus unserer Sicht hätten die Kantone und Gemeinden prinzipiell ein finanzielles Interesse, EL-Fälle im Pflegeheim zu vermeiden. Die Kantone haben die Möglichkeiten, dies über die Festlegung der Patientenbeiträge, die Anhebung der Höchstgrenzen der Krankheits- und Behinderungskosten sowie die Ausdehnung der zu vergütenden Leistungen im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause¹⁶⁹ zu steuern. Bei der Festlegung der Patientenbeiträge nutzen die Kantone auch mehrheitlich diese Spielräume aus. Hingegen werden gemäss der Befragung der Kantone die Spielräume bei den Krankheits- und Behinderungskosten weniger genutzt.

Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Aus Sicht der EvaluatorInnen zeigen die Ergebnisse der Evaluation, dass die NPF für die Leistungserbringer je nach Professionalisierungsgrad vor der Einführung der NPF zum Teil starke Konsequenzen für ihre Betriebsführung und Kostenrechnung hatte. Wie erwähnt erhielten die Leistungserbringer von den Kantonen und Krankenversicherern vermehrt die Auflage, ihre Kosten transparent auszuweisen. Die hat zu

¹⁶⁹ vgl. Art. 14 Absatz 1 Buchstabe b ELG.

professionelleren Kostenrechnungen und effizienteren Betriebsstrukturen und -prozessen geführt. Aus Sicht der EvaluatorInnen stellt dies eine positive und notwendige Entwicklung dar, um Kostenüberwälzungen auf Pflegebedürftige zu vermeiden. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse der Evaluation auch, dass die Abgrenzung von KVG-Pflegekosten den Leistungserbringern in einzelnen Leistungsbereichen (z.B.: im Bereich Demenz, psychogeriatrische Pflege oder Palliative Care) Schwierigkeiten bereitet, weil der KLV-Leistungskatalog sowie die Pflegebedarfserfassungssysteme in diesen Bereichen zu wenig ins Detail gingen. Schliesslich geht aus der Evaluation hervor, dass die NPF auch negative Auswirkungen auf die Leistungserbringer hatte und bereits vorher bestehende Schwierigkeiten akzentuiert hat. So äussert eine grosse Mehrheit der befragten Heime und Spitex-Organisationen, dass der administrative Aufwand und die Diskussionen mit Versicherern über Kostenübernahmen seither zugenommen hätten. Dies steigert aus Sicht der EvaluatorInnen den Kostendruck und birgt zusätzlich zu den teilweise bestehenden ungedeckten Restkosten die Gefahr, dass die Leistungserbringer ihre Kosten auf Pflegebedürftige überwälzen und/oder weniger Zeit für die PatientInnen aufwenden können.

Wirkung auf die Kostenentwicklung

Schliesslich ist als indirekter Nebeneffekt der NPF denkbar, dass sie sich kostendämpfend auf die *Gesamtkosten der Pflege* (pro Kopf) ausgewirkt hat, indem die Kantone vermehrt zu leistungsorientierten Formen der Restkostenfinanzierung übergegangen sind und damit vermehrt Kostendruck aufgebaut haben. Es konnte jedoch kein statistischer Zusammenhang zwischen der Kostenentwicklung und der Form der Restkostenfinanzierung gefunden werden. Für einen kostendämpfenden Einfluss der NPF sprechen aber die erwähnte Professionalisierung der Leistungserbringer sowie durch die NPF ausgelöste Fusionen und Kooperationen mit anderen Leistungserbringern. Der zunehmende Kostendruck ist aus unserer Sicht allerdings nicht nur positiv zu beurteilen. Er kann über Kostenüberwälzungen teilweise auch zu einer finanziellen Mehrbelastung der Pflegebedürftigen und ungünstigeren Rahmenbedingungen bei der Pflege führen (weniger verfügbare Zeit der Pflegebedürftigen). Somit besteht hinsichtlich der Finanzierungslösungen der Kantone auch ein Trade-off zwischen Effizienz und Qualität.

Auch die Wahl der Versorgungsform beeinflusst die Gesamtkosten der Pflege. Aus einer Vollkostenperspektive betrachtet, bietet die Pflege zu Hause Kostenvorteile bei Fällen von leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit, die Pflegeheime hingegen bei mittlerer bis hoher Pflegebedürftigkeit (vgl. z.B. BASS 2011 oder Cosandey 2016). Die NPF hat aus unserer Sicht aus der Vollkostenperspektive heraus betrachtet tendenziell die richtigen Anreize gesetzt, indem sie die finanzielle Belastung bei leichtem Schweregrad für die Pflege zu Hause gesenkt und für die Pflege im Pflegeheim erhöht hat. Diese Anreize dürften v.a. bei Personen in schwierigen finanziellen Situationen spielen, da andere Gründe die finanziellen Aspekte oft überwiegen können. Inwiefern sich die Anreize letztlich positiv oder negativ auf die Gesamtkosten der Pflege ausgewirkt haben, lässt sich nicht abschliessend beurteilen, da hierzu Informationen über die Anzahl und den Typ (Pflegebedürftigkeit) der Pflegebedürftigen fehlen, die sich aufgrund der Kosten für einen Aufenthalt im Pflegeheim entscheiden.

6.4. Bestehende Problembereiche

Ausgehend von der Beurteilung fassen wir hier die **aus unserer Sicht** wichtigsten bestehenden Problembereiche zusammen:

Ungenügende Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden

Ein erster Problembereich stellt unseres Erachtens die ungenügende Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden dar. Wie in Kap. 6.1.1 ausgeführt, führen die Finanzierungsregimes in den Kantonen und Gemeinden je nach Ausgestaltung zu ungedeckten Restkosten. Die Evaluation zeigt, dass ungedeckte Restkosten auf verschiedenen Ebenen zu Problemen führen:

- Die ungedeckten Restkosten belasten die Leistungserbringer. Sie werden entweder der Trägerin der Organisation angelastet, welche häufig die Gemeinde ist, oder sie werden den Pflegebedürftigen in Form von nicht KVG-pflichtigen Pflegekosten überwältigt. Die Evaluation gibt Hinweise darauf, dass letztere Praxis durchaus vorkommt, insbesondere bei den Pflegeheimen. Kostenüberwälzungen auf die Pflegebedürftigen verstossen gegen die im Art. 25a KVG definierte maximale Patientenbeteiligung und stehen im Widerspruch zu dem Ziel der NPF, Pflegebedürftige in schwierigen finanziellen Situationen zu entlasten.
- Die seit der NPF zwar verbesserten, aber zum Teil immer noch unzureichenden Kostenrechnungspraxen der Leistungserbringer erschweren es, Kostenüberwälzungen auf Pflegebedürftige zu verhindern. Die Leistungserbringer sehen sich indessen nicht nur mit einem erhöhten administrativen Aufwand, sondern auch mit Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von bestimmten Leistungen konfrontiert, bei denen aus Sicht der Leistungserbringer aus der KLV nicht klar hervorgeht, welchem Kostenträger sie zugerechnet werden müssen (KVG-Pflege oder andere Kostenträger).
- Des Weiteren gibt die Evaluation Hinweise darauf, dass die Leistungserbringer aufgrund des Kostendrucks weniger Zeit für die Pflegebedürftigen aufwenden.
- Schliesslich ziehen ungenügende Restfinanzierungen eines Kantons gegenüber einem anderen Kanton Finanzierungslücken bei ausserkantonalen Pflegeleistungen nach sich. In bestimmten Fällen müssen die Pflegebedürftigen die Kostendifferenz selber tragen. Aus Sicht der EvaluatorInnen schränkt dies Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen ein oder kann zu einer Sozialhilfeabhängigkeit führen.

Die Ursache der aufgeführten Problematiken sind aus Sicht der EvaluatorInnen auch auf Stufe Gesetzgebung zu suchen. So gibt die NPF lediglich vor, *dass*, aber nicht *wie* die Kantone die Restfinanzierung zu regeln haben. In Bezug auf die ausserkantonale Restfinanzierung regelte die NPF die Finanzierungsverantwortung bei abweichenden Regelungen der Restfinanzierung zwischen den Kantonen nicht abschliessend. Die eidgenössischen Räte haben sich zwar am 06.10.2017 auf eine abschliessende Regelung geeinigt. Diese löst aus Sicht der EvaluatorInnen aber nicht das Problem der eingeschränkten Wahlfreiheit bei ausserkantonalen Heimaufenthalten.

Verbleibende Deckungslücken bei der Finanzierung von Pflegeleistungen

Die NPF hat aus Sicht der EvaluatorInnen nur zum Teil zu einer Verbesserung der sozialpolitisch schwierigen Situationen von Pflegebedürftigen beigetragen. Insbesondere bei der Pflege zu Hause wurden Pflegebedürftige zusätzlich belastet bzw. nur punktuell (bei leichter Hilfsbedürftigkeit) entlastet. Zudem sind noch Finanzierungsprobleme bei einzelnen Gruppen auszumachen (z.B. Demenzkranke, Pflegebedürftige ohne Vermögen knapp über der EL-Grenze). Vor dem Hintergrund, dass heute noch Deckungslücken bestehen und die NPF nur punktuell Personen in schwierigen finanziellen Situationen entlastet hat, ist aus Sicht der EvaluatorInnen zu hinterfragen, ob die sozialpolitischen Massnahmen genügend weit gehen und hinreichend zielführend sind. So wären insbesondere bei der Pflege zu Hause auch Massnahmen denkbar, welche sich enger auf Personen in schwierigen finanziellen Situationen beziehen.

Mehrbelastung von Kantonen und Gemeinden

Die Einführung der Restfinanzierung hat eine Umverteilung der Finanzierungslast vom Pro-Kopf-Prämienystem auf Kantone und Gemeinden zur Folge und damit eine stärker staatsfinanzierte und einkommensabhängigere Finanzierung der Pflegekosten. Aus unserer Sicht entspricht dies dem Willen des Gesetzgebers. Kommt es zu steigenden Pro-Kopf-Kosten, müssen die zusätzlichen Kosten aufgrund der fixierten OKP-Beiträge durch die Kantone und Gemeinden übernommen werden. Es ist aus unserer Sicht kritisch zu hinterfragen, ob auch die daraus resultierende Mehrbelastung dem Willen des Gesetzgebers entspricht.

Geringe Nutzung der Akut- und Übergangspflege

Die Evaluation zeigt, dass die Akut- und Übergangspflege derzeit noch wenig in Anspruch genommen wird und das Angebot lückenhaft ist. Aus Sicht der EvaluatorInnen ist einerseits unklar, wie hoch der tatsächliche Bedarf nach der AÜP ist. Andererseits ist in Frage zu stellen, ob die Rahmenbedingungen zweckmässig ausgestaltet sind, damit in allen Kantonen ein dem Bedarf entsprechendes Angebot aufgebaut und die AÜP als solche in Anspruch genommen und abgerechnet wird. Diskussionsbedarf scheint insbesondere bei der Dauer der Vergütung zu bestehen, aber auch beim Einbezug der Aufenthaltskosten (Hotellerie und Betreuung) in der Finanzierung.

Anhang

A1. Detaillierte Evaluationsfragen und Bewertungsmethodik

Tabelle 2: Detaillierte Evaluationsfragen

<p>Evaluationsfragen zur Umsetzung durch die Kantone</p>
<p>Gesetzliche Anpassungen auf kantonaler Ebene:</p> <p>1. Welche gesetzlichen Anpassungen bzw. Rechtssetzungsaktivitäten sind auf kantonaler Ebene zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung (Regelung der Restfinanzierung) erfolgt? Mittels welcher Erlasse wird die Pflegefinanzierung auf kantonaler Ebene geregelt?</p> <p>Materielle Regelung der inner- und ausserkantonalen Restfinanzierung auf kantonaler Ebene:</p> <p>2. Wie wurde die Restfinanzierung durch die Kantone materiell geregelt? Betrachtung pro Kanton:</p> <p>a) Wie gestaltet sich grundsätzlich die Aufteilung und Höhe der Finanzierung zwischen Kanton, Gemeinden und Pflegebedürftigen? Anhand welcher Kriterien wurde der %-Satz der Patientenbeteiligung festgelegt?</p> <p>b) Wie werden die von der öffentlichen Hand (Kantone und Gemeinden) übernommenen Pflegekosten definiert und auf welchen Grundlagen wird die Restfinanzierung festgelegt? Werden die Vollkosten anerkannt und bezahlt oder sind Normkosten festgelegt? Wer definiert auf welche Weise die Höhe der Normkosten?</p> <p>c) Gibt es bezüglich der Regelung der Restfinanzierung Unterschiede zwischen den betroffenen Leistungserbringern (Pflegeheime, Spitex-Dienste, selbstständige Pflegende; gemeinnützig, erwerbswirtschaftlich; öffentlich, privat, <i>mit und ohne Versorgungspflicht</i>)?</p> <p>3. Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen bezüglich der Aspekte a-c jeweils zwischen den Kantonen? Lassen sich bestimmte Modelle kantonaler Regelungen identifizieren?</p> <p>4. In welcher Form und wie (inhaltlich) wurde in den einzelnen Kantonen die Restfinanzierung ausserkantonomer Pflegeheimaufenthalte und ausserkantonomer Spitex-Leistungen geregelt?</p> <p>Umsetzung der Akut- und Übergangspflege</p> <p>5. Wie wurde die AÜP in den Kantonen umgesetzt? Wer ist für die Finanzierung zuständig (Kanton/Gemeinden) und welche kantonalen Tarife gelten? Welche Zulassungsregelungen bestehen, <i>welche Leistungserbringertypen sind beauftragt? Werden die Leistungen der AÜP näher definiert/abgegrenzt?</i> Wie schätzen die Kantone und Leistungserbringer die Relevanz der AÜP in der Versorgungskette ein? Inwieweit die AÜP durch die <i>verschiedenen</i> Leistungserbringer (<i>Spitex, Pflegeheime, Spitäler, andere</i>) umgesetzt?</p> <p>Kantonale Regelung der EL</p> <p>6. Wie sind in den einzelnen Kantonen die Vergütung von Pflegekosten durch die EL und die Anspruchsberechtigung auf entsprechende Leistungen geregelt?</p>
<p>Umsetzung durch die Leistungserbringer</p> <p>Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen</p> <p>7. Wie nehmen die Leistungserbringer bei der Leistungserfassung die Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen (stationäre Pflege: Hotellerie, Betreuung etc.; ambulante Pflege; hauswirtschaftliche und andere Leistungen) konkret vor?</p> <p>a) Welche Konzepte, Modelle, Verfahren und Datengrundlagen kommen dabei zur Anwendung? Auf welcher Grundlage erfolgt die Zuordnung, Bemessung und Finanzierung der Kosten für Pension und Betreuung (Pflegeheim) bzw. hauswirtschaftliche und allfällige andere Leistungen?</p> <p>b) Wo stellen sich diesbezüglich Probleme für die Leistungserbringer?</p> <p>c) Gibt es Best-Practice-Beispiele zur Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen?</p> <p>d) Inwiefern ist die Praxis der Leistungserbringer bei Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen abhängig vom verwendeten Pflegebedarfserfassungssystem?</p> <p>e) Inwiefern ist die Praxis der Leistungserbringer bei Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen abhängig von der jeweiligen kantonalen Regelung der Pflegefinanzierung?</p>
<p>Fazitfragen zur Umsetzung</p> <p>Gesamtbeurteilung Stand der Umsetzung</p> <p>8. Wie ist der Stand der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung insgesamt zu beurteilen?</p>

- a) Wo bestehen Lücken? Worauf lassen sich diese Lücken zurückführen?
- b) In welcher Hinsicht bestehen bezüglich der Art und Weise der Umsetzung Unterschiede zwischen den Kantonen? Wie lassen sich diese Unterschiede erklären?
- c) In welcher Hinsicht bestehen Unterschiede bezüglich der Art und Weise der Umsetzung durch die Pflegeheime? Wie lassen sich diese Unterschiede erklären?
- d) In welcher Hinsicht bestehen Unterschiede bezüglich der Art und Weise der Umsetzung durch gemeinnützige und erwerbswirtschaftliche Spitex-Dienste sowie selbstständige Pflegefachpersonen? Wie lassen sich diese Unterschiede erklären?

Schwierigkeiten bei der Umsetzung

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

Evaluationsfragen zu den Wirkungen

Finanzielle Auswirkungen

Entwicklung der Pflegekosten

10. Wie haben sich die Gesamtkosten für Pflege (insgesamt; ambulant/stationär; pro Leistungserbringerkategorie (Spital, Pflegeheim, Spitex, selbstständige Pflegefachpersonen, evtl. Spitäler) und *unterschieden nach AÜP und Langzeitpflege*) seit 2008 entwickelt?

Entwicklung der Finanzierungsanteile

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

Finanzielle Belastung der OKP

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

Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen

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

Verlagerung zwischen Pflege- und anderen Leistungen

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

Finanzielle Belastung der öffentlichen Hand

15. Wie haben sich die Ausgaben der öffentlichen Hand (Bund resp. Sozialversicherungen, Kantone und Gemeinden; öffentliche Beiträge an ambulante und stationäre Leistungserbringer; EL, HE der AHV, Sozialhilfe,

weitere kantonale oder kommunale Beiträge an Pflegebedürftige) für die Finanzierung der Pflege seit 2008 entwickelt? Welchen Einfluss hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Ausgaben?

Sozialpolitische Wirksamkeit

Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen

16. Wie wirksam sind die sozialpolitischen Massnahmen? Tragen die auf Bundes- und Kantonebene getroffenen Regelungen dazu bei, sozialpolitisch schwierige Situationen (Sozialhilfebezug) für Pflegebedürftige zu verhindern? Wenn ja, gilt dies für alle pflegebedürftigen Personen unabhängig vom Grad ihrer Pflegebedürftigkeit oder von ihrer Vermögenssituation? Welche Unterschiede bestehen diesbezüglich zwischen den Kantonen?

a) Gibt es Deckungslücken (d.h. die Eigenmittel der Pflegebedürftigen sowie primäre resp. subsidiäre Sozialversicherungsleistungen reichen nicht aus, um die Pflegekosten zu decken)? Wenn ja, lassen sich die betroffenen Personengruppen spezifisch charakterisieren? Nach welchen Merkmalen? Wie wird mit allfälligen Deckungslücken umgegangen?

b) Wie viele Personen wurden aufgrund von Pflegebedarf sozialhilfeabhängig?

c) Wie hat sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Vermögenssituation pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen ausgewirkt? Können sich alle pflegebedürftigen Personen die ihrem Bedarf angemessene Pflege leisten? In welchem Umfang wurden pflegebedürftige Personen hinsichtlich des Patientenbeitrags durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung finanziell entlastet?

Wirkungen auf Angebot und Inanspruchnahme von Leistungen

Allgemeine Auswirkungen auf Leistungserbringer

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

Auswirkungen auf Angebot an Pflegeleistungen

18. Wie hat sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Struktur des Angebots an Pflegeleistungen (ambulant, stationär, AÜP, teilstationäre Angebote) ausgewirkt? Inwiefern hat sich das Angebot quantitativ und qualitativ verändert? Welche Leistungen werden im Rahmen der AÜP erbracht?

a) Hinsichtlich der vorhandenen Anbieter von ambulanter und stationärer Pflege: Haben ambulante oder stationäre Leistungserbringer aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung ihre Tätigkeit aufgegeben? Sind aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung neue Anbieter von Pflegeleistungen entstanden?

b) Hinsichtlich der unterschiedlichen von den verschiedenen Institutionen angebotenen Pflegeleistungen: Haben die Anbieter ihr Leistungsangebot aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung angepasst? Falls ja, wie und aus welchen Gründen? Sind aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung neue Angebote von Pflegeleistungen entstanden, vorhandene Angebote weggefallen? Ein besonderer Fokus ist dabei auf die AÜP zu legen: Haben Leistungserbringer entsprechende Leistungen aufgegeben, abgebaut, weitergeführt, ausgebaut oder neu aufgenommen?

Auswirkungen auf Inanspruchnahme an Pflegeleistungen

19. Wie hat sich die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (ambulant, stationär, AÜP) ausgewirkt? Inwiefern hat sich das Nachfrageverhalten pflegebedürftiger Personen quantitativ und qualitativ verändert? Wie hat sich die Inanspruchnahme der AÜP entwickelt?

a) Haben sich die (finanziellen) Möglichkeiten, Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung verändert?

b) Inwiefern hat sich aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung das Nachfrageverhalten verändert (z.B. Betreuung durch Angehörige, Betreuungsfirmen und -organisationen oder Care-MigrantInnen anstelle von/ ergänzend zu professioneller Pflege, Inanspruchnahme von AÜP anstelle von Rehabilitationsmedizin, frühere oder spätere Inanspruchnahme von Pflegeleistungen; (längere) Inanspruchnahme von ambulanter Pflege statt Eintritt in ein Pflegeheim, Inanspruchnahme von betreutem Wohnen, Eintritt ins Pflegeheim wegen ungenügend gedeckter Mietkosten, etc.)?

Relevante Faktoren beim Entscheid über die Versorgung

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

Fehlversorgung

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

Rahmenbedingungen der Pflege

22. Inwiefern haben sich die Rahmenbedingungen verändert, unter denen das Pflegepersonal ambulante oder stationäre Pflege leistet, z.B.

- a) verfügbare Zeit für die pflegebedürftigen Menschen (und ihre Angehörigen)
- b) alltägliche Pflegeprozesse, Arbeitsorganisation, *administrativer Aufwand*
- c) Qualifikation der Pflegenden
- d) Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer und Pflegepersonal, Qualitätssicherungssysteme
- e) etc.

Fazitfragen zu den Wirkungen**Auswirkungen insgesamt**

23. Welche Auswirkungen hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung insgesamt

- a) auf die verschiedenen Leistungserbringer,
- b) auf die OKP,
- c) auf die Kantone und Gemeinden,
- d) auf die subsidiären Sozialversicherungen (EL, HE) und die Sozialhilfe,
- e) auf die pflegebedürftigen Personen (und ihre Angehörigen)?

Nebeneffekte

24. Welche Nebeneffekte der Neuordnung der Pflegefinanzierung lassen sich feststellen? Welche Massnahmen wurden dazu allenfalls seitens der Kantone/Gemeinden und Leistungserbringer ergriffen?

Zielerreichung insgesamt

25. Wie ist die Zielerreichung der Neuordnung der Pflegefinanzierung insgesamt zu beurteilen? Welche Ziele wurden erreicht, welche nicht? In welchem Umfang jeweils? Falls nicht, weshalb nicht?

- a) Wie sind die finanziellen Anreize, die durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung gesetzt wurden, bezüglich der Erreichung der Reformziele zu beurteilen?

Vergleich der kantonalen Finanzierungsregimes

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

Weiterführende Fragen

27. Welcher Handlungs- und Anpassungsbedarf ergibt sich aus den Ergebnissen zur Umsetzung und den Wirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung?

Tabelle 3: Bewertungsmethodik

Evaluationsgegenstand	Bewertungskriterien	Vergleich	Datengrundlagen	Bewertungsmaassstab
Umsetzung durch die Kantone und Leistungserbringer/ Handlungsbedarf Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konformität (mit revidiertem Bundesgesetz) ▪ Vollständigkeit ▪ Zweckmässigkeit Umsetzung für Erreichung Ziele der Revision 	Soll-Ist	Inhalte kantonale Gesetze und materielle Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfüllung Vorgaben Bundesgesetz ▪ Ziele der Neuordnung der Pflegefinanzierung
Intendierte finanzielle Wirkungen OKP	Wirksamkeit (Zielerreichungsgrad)	Quervergleich Vorher-Nachher-Vergleich Soll-Ist-Vergleich	Daten: Entwicklung OKP-Pflegekosten kantonal	Ziel der NPF: Begrenzung zusätzliche Belastung OKP -> Anstieg OKP-Anteil im Vergleich zu Anstieg Pflegekosten total <=0
Intendierte Wirkungen: Verhinderung sozialpolitisch schwierige Situationen (Deckungslücken/Sozialhilfeabhängigkeit)	Wirksamkeit (Zielerreichungsgrad)	Quervergleich Vorher-Nachher-Vergleich Soll-Ist-Vergleich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daten: Entwicklung Sozialhilfebezug, Bezug EL, Bezug Hilflosenentschädigung ▪ Interviews: Einschätzung Befragte zur Veränderung der Situation (Betroffene, Anlaufstellen, Leistungserbringer) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel der NPF: Verhinderung sozialpolitisch schwierige Situation - > Abnahme sozialpolitisch schwieriger Situationen gemäss Daten ▪ Qualitative Bewertung und Gewichtung der Interviewaussagen.
Nebeneffekte	Zielerreichung	Soll-Ist	Synthese qualitative und quantitative empirische Ergebnisse	Beurteilung EvaluatorenInnen vor Hintergrund Konformität mit Zielen KVG: Zugangsgerechtigkeit, Versorgungssicherheit, Wirtschaftlichkeit und weiteren gesellschaftspolitischen Zielen.
Handlungs- und Anpassungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevanz (Akut- und Übergangspflege) ▪ Zweckmässig Gesetzes- /Bundesvorgaben für Erreichung Ziele der Revision ▪ Klarheit Gesetz ▪ Wirksamkeit 	Soll-Ist Vorher-Nachher-Vergleich	Synthese aus quantitativen und qualitativen Ergebnissen zu Wirkungen (inkl. nicht intendierte Wirkungen).	Beurteilung EvaluatorenInnen vor Hintergrund Zielen der NPF, Zielen des KVG, weiteren gesellschaftspolitischen Zielen.

Tabelle INFRAS.

A2. Gesetzesgrundlagen der Kantone

Kanton	Gesetzesgrundlagen zur Restfinanzierung
AG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegegesetz (PflG) vom 26. Juni 2007 (in Kraft seit 01.01.2016) (301.200) ▪ Pflegeverordnung (PflV) vom 21. November 2012 (301.215) (in Kraft seit 01.01.2016) ▪ Kantonale Tarifordnung für Leistungserbringer der Pflege zu Hause ohne Leistungsvereinbarung mit Gemeinde (gültig ab 1. Januar 2016) ▪ Merkblatt / Vorgaben: Umsetzung und Präzisierungen der Handbücher «Kosten- und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime» sowie Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime» vom 20. September 2016 ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/pflegefinanzierung/pflegefinanzierung_2.jsp
AI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 26. April 1998 (800.000) (in Kraft seit 29.04.2012) ▪ Verordnung zum Gesundheitsgesetz vom 27. März 2000 (800.010) (in Kraft seit 01.12.2014) ▪ Ständekommissionsbeschluss über die Pflegefinanzierung vom 30. November 2010 (800.011) (in Kraft seit 1. Januar 2011)
AR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 25. November 2007 (811.1) (in Kraft seit 01.01.2015) ▪ Verordnung über die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Spitex-Verordnung) vom 11. Dezember 2007 (811.11) (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Vorläufige Verordnung über die Pflegefinanzierung vom 22. Juni 2010 (812.115) (in Kraft seit 01.01.2011)
BE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG) vom 11.06.2001 (860.1) (in Kraft seit 01.01.2002) ▪ Verordnung über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV) vom 24.10.2001 (860.111) (in Kraft seit 01.01.2002) ▪ Weitergehende Informationen (online verfügbar): <ul style="list-style-type: none"> – Berechnung der Investitionskosten für Pflegeheime im Kanton Bern (gültig ab 1. Januar 2016) – Allgemeine Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag 2016 betreffend Pflegeleistungen in der Hilfe und Pflege zu Hause vom 16. November 2015 – Information zur Umsetzung der Pflegefinanzierung 2016 bei ausserkantonalen Heimen mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Bern vom 27. November 2015 – Information zur Pflegefinanzierung und Festlegung der Kostenobergrenzen 2016 vom 27. November 2015
BL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. Februar 2008 (in Kraft seit 01.01.2015) ▪ Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) vom 25. März 1996 (362) (in Kraft seit 17.05.1984) ▪ Gesetz über die Nachzahlung von Pflegebeiträgen für das Jahr 2011 vom 25.06.2015 (363) (in Kraft seit 01.09.2015) ▪ Verordnung über die Finanzierung von Pflegeleistungen vom 22. Februar 2011 (362.14) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Weitergehende Informationen (online verfügbar): <ul style="list-style-type: none"> – Vorgaben zur Erstellung der Kostenrechnung in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Basel-Landschaft vom 24. März 2014
BS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. September 2011 (in Kraft seit 10.05.2015) ▪ Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) vom 25. November 2008 (834.410) (in Kraft seit 01.01.2009) ▪ Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2012 bis 2016 vom 15.12.2011 (329.500) (in Kraft seit 15.12.2011) ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – http://www.asb.bs.ch/alter-behinderung/pflegefinanzierung.html
FR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 9. Dezember 2010 (820.6) (in Kraft seit 01.01.2011)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verordnung über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 25. Januar 2011 (820.61) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause (HPfHG) vom 8. September 2005 (in Kraft seit 01.01.2014) ▪ Reglement über die Hilfe und Pflege zu Hause (HPfIR) vom 10. Januar 2006 (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Gesetz vom 23. März 2000 über Pflegeheime für Betagte (PflHG) (834.2.1) (in Kraft seit 01.01.2002) ▪ Verordnung vom 3. Dezember 2012 über die Pflgetarife 2013 in den Pflegeheimen (820.68) (in Kraft seit 01.01.2013) ▪ Verordnung vom 3. Dezember 2013 über die Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfs (834.2.12) (in Kraft seit 01.01.2015)
GE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi sur la santé (LS) du 7 avril 2006 (K 1 03) (in Kraft seit 14.05.2016) ▪ Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom) du 26 juin 2008 (in Kraft seit 01.01.2012) ▪ Loi sur l'Institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (LIMAD) du 18 mars 2011 (in Kraft seit 01.09.2014) ▪ Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) du 29 mai 1997 (J 3 05) (in Kraft seit 19.12.2015) ▪ Loi sur l'intégration des personnes handicapées (LIPH) du 16 mai 2003 (in Kraft seit 01.01.2016) ▪ Loi sur les établissements publics médicaux (LEPM) du 19 septembre 1980 (K 2 05) (in Kraft seit 01.07.2016) ▪ Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPa) du 4 décembre 2009 (J 7 20) (in Kraft seit 14.05.2016) ▪ Règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (RSDom) du 16 décembre 2009 (in Kraft seit 03.08.2016) ▪ Règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RaLAMal) du 15 décembre 1997 (in Kraft seit 01.07.2016) ▪ Règlement fixant le tarif-cadre des prestations fournies par les infirmières et infirmiers indépendants de la Coopérative de soins infirmiers (CSI) et de la section genevoise de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) en matière de soins aigus et de transition (RTCISAT) du 10 janvier 2013 (in Kraft seit 01.01.2012) ▪ Règlement d'exécution de la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle (RIASI) du 25 juillet 2007 (in Kraft seit 14.05.2016) ▪ Règlement sur les institutions de santé (RISanté) du 22 août 2006 (in Kraft seit 31.08.2016)
GL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 6. Mai 2007 (VIII A/1/1) (in Kraft seit 01.07.2008) ▪ Verordnung über die ambulante Langzeit- und Gesundheitspflege (Spitexverordnung; SpitexV) vom 22. Dezember 2010 (VIII A/1/3) (in Kraft seit 01.01.1997)
GR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz) vom 2. Dezember 1979 (506.000) (in Kraft seit 01.01.1980) ▪ Verordnung zum Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Verordnung zum Krankenpflegegesetz) vom 11. Dezember 2007 (506.060) (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – http://www.gr.ch/DE/institutionen/verwaltung/djsg/ga/aktuelles/pflegefinanzierung/Seiten/NeuePflegefinanzierung.aspx
JU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi sur le financement des soins du 16 juin 2010 (832.11) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Ordonnance sur le financement des soins du 7 décembre 2010 (832.111) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Loi sanitaire du 14 décembre 1990 (810.01) (in Kraft seit 01.07.1993) ▪ Loi sur l'organisation gériatologique du 16 juin 2010 (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Ordonnance concernant la Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile du 8 mai 2001 (810.31) (in Kraft seit 01.01.2001) ▪ Ordonnance sur l'organisation gériatologique du 14 décembre 2010 (8110.31) (in Kraft seit 01.01.2001) ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – https://www.jura.ch/DES/SSA/Etablissements-pour-personnes-agees/Organisation-gerontologique-et-financement-des-soins.html
LU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13. September 2005 (800) (in Kraft seit 01.01.2006)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über die Finanzierung der Pflegeleistungen der Krankenversicherung (Pflegefinanzierungsgesetz, PFG) vom 13. September 2010 (867) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Verordnung zum Pflegefinanzierungsgesetz (Pflegefinanzierungsverordnung, PFV) vom 30. November 2010 (867a) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – Evaluation der Kosten der Pflegefinanzierung und der Spitalfinanzierung vom 5. Januar 2016 (http://www.lu.ch/downloads/lu/kr/botschaften/2015-2019/b_025.pdf) – Pflegefinanzierung der Stadt Luzern (http://www.stadtluern.ch/de/politik/verwaltung/unterinstanzen/?amt_id=11009)
NE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi de santé (LS) du 6 février 1995 (800.1) (in Kraft seit 01.01.1996) ▪ Loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS) du 28 septembre 2010 (832.30) (in Kraft seit 23.06.1972) ▪ Règlement provisoire d'exécution de la loi sur le financement des établissements médico-sociaux du 19 décembre 2012 (832.300) (in Kraft seit 01.01.2013) ▪ Arrêté fixant pour l'année 2016 les tarifs des soins de longue durée au sens de l'article 25a LAMal dispensés par les organisations de soins à domicile et par les infirmières indépendantes du 4 février 2015 (821.121.33) (in Kraft seit 01.01.2012) ▪ Arrêté fixant la liste des établissements médico-sociaux (EMS) du canton de Neuchâtel admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins du 19 décembre 2012 (832.33) (in Kraft seit 01.01.2004) ▪ Directive concernant la participation au prix de pension des adultes en institutions sociales (DIPPAIS) du 16 décembre 2013 (820.222) (in Kraft seit 01.01.2008)
NW	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (Gesundheitsgesetz, GesG) vom 30. Mai 2007 (711.1) (in Kraft seit 01.03.2009) ▪ Verordnung zur Pflegefinanzierung (Pflegefinanzierungsverordnung, PFV) vom 21. Dezember 2010 (742.112) (in Kraft seit 01.01.2011)
OW	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 3. Dezember 2015 (810.1) (in Kraft seit 01.02.2016) ▪ Ausführungsbestimmungen über die Beiträge des Kantons an die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause vom 4. März 2008 (830.711) (in Kraft seit 01.01.2008)
SG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 28. Juni 1979 (311.1) (in Kraft seit 01.07.1980) ▪ Gesetz über die Pflegefinanzierung vom 13. Februar 2011 (331.2) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Verordnung über die Pflegefinanzierung vom 14. Dezember 2010 (331.21) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – http://www.spitex.sg/Downloads/PAmQq/
SH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. Mai 2012 (810.100) (in Kraft seit 01.01.2013) ▪ Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPG) vom 2. Juli 2007 (813.500) (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPV) vom 10. Februar 2009 (813.501) (in Kraft seit 01.04.2009) ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – http://www.schaffhausen.ch/news/6AD9397F-CC9F-4395-AAF77D3E8BCC8CAF.htm
SO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialgesetz (SG) vom 31. Januar 2007 (831.1) (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Sozialverordnung (SV) vom 29. Oktober 2007 (831.2) (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – http://www.so.ch/online-schalter/downloadcenter – http://www.spitexso.ch/Das-ist-Spitex/Tarife/Pz30N/
SZ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 16. Oktober 2002 (571.110) (in Kraft seit 01.01.2004) ▪ Pflegefinanzierungsverordnung vom 3. November 2010 (361.511) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Kantonsratsbeschluss betreffend die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 20. Mai 2010 ▪ Weitergehende Informationen: <ul style="list-style-type: none"> – http://www.sz.ch/xml_1/internet/de/application/d5/d937/d368/d26574/p26579.cfm
TG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) vom 3. Dezember 2014 (810.1) (in Kraft seit 01.09.2015) ▪ Gesetz über die Krankenversicherung vom 25. Oktober 1995 (832.1) (in Kraft seit 01.01.1996) ▪ Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 20. Dezember 2011

	<p>(832.10) (in Kraft seit 01.01.2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitergehende Informationen: – http://www.gesundheit.tg.ch/xml_61/internet/de/application/d13617/d13577/f13579.cfm – http://www.aktg.ch/dynamic/page.asp?seiid=157
TI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010 (6.4.5.5) ▪ Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) del 30 novembre 2010 (6.4.5.1) ▪ Regolamento della Commissione consultiva dei Comuni in base alla legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) del 30 novembre 2010 e alla legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010 del 22 ottobre 2013 (6.4.5.5.5) ▪ Weitergehende Informationen: – http://www4.ti.ch/dss/dasf/uacd/ufficio/
UR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GG) vom 1. Juni 2008 (30.2111) (in Kraft seit 27.09.1970) ▪ Gesetz über die Langzeitpflege vom 26. September 2010 (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Verordnung über die Patientenbeteiligung und den Kantonsbeitrag in der Langzeitpflege vom 16. Juni 2010 (20.2332) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Weitergehende Informationen: – http://www.ur.ch/de/verwaltung/dienstleistungen/welcome.php?dienst_id=3525
VD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi sur la santé publique (LSP) du 29 mai 1985 (800.01) (in Kraft seit 01.01.1986) ▪ Loi sur les réseaux de soins (LRS) du 30 janvier 2007 (810.02) (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD) du 6 octobre 2009 (801.11) (in Kraft seit 01.01.2010) ▪ Loi sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS) du 24 avril 2012 (810.04) (in Kraft seit 01.05.2012) ▪ Règlement d'application de la loi du 6 octobre 2009 sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (RLAVASAD) du 11 novembre 2009 (801.11.1) (in Kraft seit 01.01.2010) ▪ Règlement fixant les conditions d'exploitation des organisations de soins à domicile (RESD) du 8 janvier 2001 (801.15.1) (in Kraft seit 08.01.2001) ▪ Règlement précisant les conditions à remplir par les établissements sanitaires privés pour être reconnus d'intérêt public au sens de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (RCLPFES) du 8 octobre 2008 (810.01.3) (in Kraft seit 01.01.2010) ▪ Weitergehende Informationen: – http://www.vd.ch/themes/sante/organisation/bases-legales/ – http://www.vd.ch/themes/sante/organisation/reseaux-de-soins/
VS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008 (800.1) (in Kraft seit 01.12.1996) ▪ Gesetz über die Langzeitpflege vom 14. September 2011 (805.1) (in Kraft seit 01.09.2009) ▪ Verordnung über die Planung und die Finanzierung der Langzeitpflege vom 15. Oktober 2014 (805.10) (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Beschluss betreffend die Festsetzung der fakturierbaren Kosten und der Restbeiträge der öffentlichen Hand für die Alters- und Pflegeheime, die Wartebetten in den Spitälern, die Tages- und Nachtpflegestrukturen, die Sozialmedizinischen Zentren, die selbständigen Pflegefachpersonen, für die Walliser Diabetes-Gesellschaft und die Lungenliga Wallis als Organisationen für Krankenpflege zu Hause sowie die private Organisationen für Krankenpflege zu Hause vom 2. Dezember 2015 (805.100) (in Kraft seit 01.01.2012) ▪ Weitergehende Informationen: – https://www.vs.ch/de/web/ssp/langzeitpflege
ZG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsgesetz; GesG) vom 30. Oktober 2008 (821.1) (in Kraft seit 01.03.2009) ▪ Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege (Langzeitpflege-Verordnung, LpfV) vom 1. Juni 2004 (826.113) (in Kraft seit 05.06.2004)
ZH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 2. April 2007 (810.1) (in Kraft seit 01.07.2008) ▪ Pflegegesetz vom 27. September 2010 (855.1) (in Kraft seit 01.01.2012) ▪ Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010 (855.11) (in Kraft seit 01.07.2013) ▪ Weitergehende Informationen:

– http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/langzeitpflege_spitexversorgung.html

Kanton	Gesetzesgrundlagen zu den Ergänzungsleistungen
AG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Kanton Aargau (Ergänzungsleistungsgesetz Aargau, ELG-AG) vom 26. Juni 2007 (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV-AG) vom 17. November 2010 (in Kraft seit 01.01.2011)
AI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (GEL) vom 27. April 2008 (in Kraft seit 27.04.2008) ▪ Standeskommissionsbeschluss zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (GEL) vom 13. Mai 2008 (in Kraft seit 01.01.2008)
AR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 24. September 2007 (in Kraft seit 06.06.1966) ▪ Verordnung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 11. Dezember 2007 (in Kraft seit 01.01.1971)
BE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG) vom 27.11.2008 (in Kraft seit 01.07.1990) ▪ Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG) vom 16.09.2009 (in Kraft seit 01.07.1990)
BL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV vom 15.02.1973 (in Kraft seit 01.01.1973) ▪ Verordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV vom 18.12.2007 (in Kraft seit 01.04.1999)
BS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie über die Ausrichtung von kantonalen Beihilfen (EG/ELG) vom 11. November 1987 (in Kraft seit 01.01.1988) ▪ Verordnung betreffend Ergänzungsleistungen und kantonale Beihilfen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (VELG) vom 12. Dezember 1989 (in Kraft seit 01.01.1990) ▪ Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (KBV) vom 18. Dezember 2007 (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Vertrag zwischen der Einwohnergemeinde Riehen und der Einwohnergemeinde Bettingen betreffend Leistungserbringungen im Bereich Ergänzungsleistungen und Beihilfen sowie Pflegeberatung vom 19. Januar 2016 (in Kraft seit 01.07.2002) ▪ Vertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und der Einwohnergemeinde Riehen betreffend die Aufgabenteilung im Bereich Ergänzungsleistungen und Beihilfen bei Personen mit Wohnsitz in Riehen oder Bettingen vom 19. Oktober 2012 (in Kraft seit 01.01.2013) ▪ Reglement über die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen und kommunalen Beihilfen zur Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung (Beihilfenreglement) vom 26. August 2003 (in Kraft seit 01.01.2003)
FR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 16. November 1965 (in Kraft seit 01.01.1966) ▪ Ausführungsverordnung zum Gesetz vom 16. November 1965 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, abgeändert durch das Gesetz vom 11. November 1970 vom 19. März 1971 (in Kraft seit 01.01.1971)
GE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi sur les prestations complémentaires cantonales (LPCC) du 25 octobre 1968 (in Kraft seit 01.01.1969) ▪ Loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (LPFC) du 14 octobre 1965 (in Kraft seit 01.01.1966) ▪ Règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC) du 15 décembre 2010 (in Kraft seit 01.01.2011)
GL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Mai 2007 (in Kraft seit 01.07.1966) ▪ Verordnung über den Vollzug des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Ergänzungsleistungsverordnung, ELV) vom 27. November 2007 (in Kraft seit 01.07.1966)
GR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen) vom 18. April 2007 (in Kraft seit 01.01.1966) ▪ Ausführungsbestimmungen zum kantonalen Gesetz über Ergänzungsleistungen (ABzKELG) vom 27. November 2007 (in Kraft seit 01.01.1971)
JU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi portant introduction à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LiLPC) du 9 décembre 1998 (in Kraft seit 01.01.1999)

	<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 23 novembre 2010 (in Kraft seit 01.01.1998)
LU	<ul style="list-style-type: none"> Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 10. September 2007 (in Kraft seit 01.01.1988) Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 30. November 2007 (in Kraft seit 01.01.2008) Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen vom 3. Dezember 2010 (in Kraft seit 01.01.2011)
NE	<ul style="list-style-type: none"> Loi d'introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LCPC) du 6 novembre 2007 (in Kraft seit 01.02.2000) Règlement d'exécution de la loi d'introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RLCPC) (in Kraft seit 01.01.2001) Règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (RFMPC) du 22 décembre 2010 (in Kraft seit 01.01.2011) Arrêté désignant l'organe compétent conformément au règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires du 27 novembre 2013 (in Kraft seit 01.01.2005) Arrêté fixant le système d'évaluation du degré d'autonomie déterminant pour le calcul des prestations complémentaires du 13 décembre 2006 (in Kraft seit 01.01.2007)
NW	<ul style="list-style-type: none"> Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Ergänzungsleistungsgesetz, kELG) vom 24. Oktober 2007 (in Kraft seit 01.01.1999) Vollzugsverordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonale Ergänzungsleistungsverordnung, kELV) vom 21. Dezember 2010 (in Kraft seit 01.01.2011) Verordnung zur Begrenzung der anrechenbaren Pflegeheimkosten im Bereich der Ergänzungsleistungen für das Jahr 2016 vom 1. Dezember 2015 (in Kraft seit 01.01.2011)
OW	<ul style="list-style-type: none"> Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 25. Oktober 2007 (in Kraft seit 01.01.1966) Ausführungsbestimmungen über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen vom 6. Dezember 2010 (in Kraft seit 01.07.2005)
SG	<ul style="list-style-type: none"> Ergänzungsleistungsgesetz vom 22. September 1991 (in Kraft seit 01.01.1992) Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen vom 11. Dezember 2007 (in Kraft seit 01.01.2008)
SH	<ul style="list-style-type: none"> Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV vom 4. Juni 2007 (in Kraft seit 01.01.1999) Verordnung über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV vom 27. November 2007 (in Kraft seit 01.01.1999)
SO	<ul style="list-style-type: none"> Sozialgesetz (SG) vom 31. Januar 2007 (in Kraft seit 15.10.2007) Sozialverordnung (SV) vom 29. Oktober 2007 (in Kraft seit 01.01.2008) Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL) vom 18. Januar 2011 (in Kraft seit 01.01.2011)
SZ	<ul style="list-style-type: none"> Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 28. März 2007 (in Kraft seit 01.01.1966) Vollzugsverordnung zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 11. Dezember 2007 (in Kraft seit 01.01.1971)
TG	<ul style="list-style-type: none"> Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 25. April 2007 (in Kraft seit 01.01.1972) Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 11. Dezember 2007 (in Kraft seit 01.01.2008)
TI	<ul style="list-style-type: none"> Decreto esecutivo concernente la legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS e all'AI (LPC) del 18 novembre 2015 (in Kraft seit 01.01.2006) Legge di applicazione della legge federale del 6 ottobre 2006 concernente le prestazioni complementari all'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LaLPC) del 23 ottobre 2007 (in Kraft seit 01.01.1998) Regolamento della legge di applicazione della legge federale 6 ottobre 2006 concernente le prestazioni complementari all'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (Reg. LaLPC) del 19 dicembre 2007 (in Kraft seit 27.08.1998)
UR	<ul style="list-style-type: none"> Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 25. November 2007 (in Kraft seit 01.01.1966) Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV vom 24. September 2007 (in Kraft seit 01.01.2008)

VD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei Ergänzungsleistungen vom 26. Oktober 2010 (in Kraft seit 01.01.2011) ▪ Loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LVPC) du 13 novembre 2007 (in Kraft seit 01.01.1966) ▪ Loi sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont (LPCFam) du 23 novembre 2010 (in Kraft seit 01.10.2011) ▪ Règlement d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RLVPC) du 9 janvier 2008 (in Kraft seit 01.01.1971) ▪ Règlement d'application de la loi du 23 novembre 2010 sur les prestations complémentaires cantonales pour familles et les prestations cantonales de la rente-pont (RLPCFam) du 17 août 2011 (in Kraft seit 01.10.2011)
VS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (AGELG) vom 29. September 1998 (in Kraft seit 01.01.1999) ▪ Règlement über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELR) vom 9. Dezember 1998 (in Kraft seit 01.01.1999) ▪ Règlement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL) vom 27. Februar 2008 (in Kraft seit 01.01.2008)
ZG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG) vom 8. Mai 2008 (in Kraft seit 01.01.1999) ▪ Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) vom 18. Dezember 2007 (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (Anhang: Liste der Hilfsmittel, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräte (§ 19 Abs. 1) (ELKV) vom 18. Dezember 2007 (in Kraft seit 01.01.2008) ▪ Verordnung über die maximal anrechenbaren Kosten für Tagestaxen bei den Ergänzungsleistungen vom 15. März 2011 (in Kraft seit 01.01.2008)
ZH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusatzleistungsgesetz (ZLG) vom 7. Februar 1971 (in Kraft seit 01.01.1971) ▪ Zusatzleistungsverordnung (ZLV) vom 5. März 2008 (in Kraft seit 01.01.1998) ▪ Kantonales Sozialamt ZH vom 27. März 2013 – Weisungen des Kantonalen Sozialamtes zum Vollzug der Zusatzleistungen zur AHV/IV

A3. Details zum methodischen Vorgehen

A3.1. Befragte Stakeholder

Tabelle 4: Explorative Interviews Evaluation Pflegefinanzierung

Organisation	Name	Funktion
BAG Sektionen Tarife und Leistungserbringer I und II	Bruno Fuhrer und Vincent Koch	Sektionsleiter Sektionsleiter
BSV Geschäftsfeld AHV, berufliche Vorsorge und EL	Mario Christoffel	Leiter Bereich Leistungen AHV/EO/EL
Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen	Andreas Dummermuth	Präsident und Ressort Kommunikation
Preisüberwachung	Manuel Jung	Leiter Fachbereich Gesundheit
GDK	Stefan Leutwyler	Stv. Zentralsekretär
Schweizerischer Gemeindeverband	Claudia Hametner	Leiterin Politikbereiche Bildung und Gesundheit
Schweizerischer Städteverband	Marius Beerli	Leiter Kommunikation und Gesellschaftspolitik
CURAVIVA	Daniel Domeisen	Fachbereich Menschen im Alter, Ressortleiter BWL/Recht
Senesuisse	Christian Streit	Geschäftsführer
Spitex Schweiz	Silvia Marti	Stv. Zentralsekretärin, Leiterin Politik und Grundlagen
ASPS	Markus Reck	Direktor SPITEX für Stadt und Land
SBK	Helena Zaugg	Präsidentin
H+	Stefan Berger	Projektleiter Geschäftsbereich Politik
Santésuisse	Markus Gnägi	Leiter a.i. Abteilung Grundlagen
Curafutura	Annette Jamieson	
Schweizerischer Seniorenrat	Hans Rudolf Schönenberg	Präsident Arbeitsgruppe „Gesundheit im Alter“
Pro Senectute	Gebündelte Rückmeldung mehrerer Verbandsmitglieder (schriftlich)	

A3.2. Befragung der Leistungserbringer

Rücklauf der Onlinebefragung der Pflegeheime und Spitex-Organisationen

Die Onlinebefragung haben insgesamt 234 Pflegeheime und 149 Spitex-Organisationen komplett ausgefüllt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 15% bei den Pflegeheimen und 17% bei den Spitex-Organisationen. Der Rücklauf ist damit trotz Erinnerungsschreiben eher tief ausgefallen. Grund hierfür ist vermutlich, dass aufgrund der komplexen Fragestellungen der Evaluation der Fragebogen auch anspruchsvolle Fragen beinhaltete. Bei einigen Fragen mussten die Leistungserbringer zum Teil vermutlich auch auf ihre Kostenrechnungen zurückgreifen, was ihren Aufwand erhöhte. So ist eine Reihe von Leistungserbringern bei Fragen zur Abgrenzung der KVG-Pflegekosten aus dem Fragebogen ausgestiegen. Leistungserbringer, die die Befragung abgebrochen haben, wurden bei den vorgängigen Fragen in den Auswertungen berücksichtigt, um bei diesen Fragen auf eine grössere Fallzahl abstützen zu können.

Die Stichprobe der Befragten verhält sich in Bezug auf die Grösse und die Trägerschaft in etwa repräsentativ zur Grundgesamtheit:

Tabelle 5: Grundgesamtheit und antwortende Spitex-Organisationen

Merkmal		Grundgesamtheit	Anteil antwortende Institutionen
Trägerschaft	Anteil gemeinwirtschaftlich	73%	63%
	Anteil privatwirtschaftlich	27%	37%
Grösse	durchschn. Anzahl KlientInnen pro Jahr	279	315

Quelle: Spitex-Statistik BFS 2014; Zahlen ohne selbständige Pflegefachpersonen
Tabelle INFRAS.

Tabelle 6: Grundgesamtheit und antwortende Pflegeheime

Merkmal		Grundgesamtheit	Anteil antwortende Institutionen
Trägerschaft	Anteil öffentlich-rechtliche PH	29%	31%
	Anteil privat-subventionierte PH	30%	47%
	Anteil erwerbswirtschaftliche PH	41%	22%
Grösse	durchschn. Anzahl KlientInnen pro Jahr	96	100

Quelle: SOMED-Statistik BFS 2014
Tabelle INFRAS.

Rücklauf der Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken zum Thema Akut- und Übergangspflege

Zum Thema Akut- und Übergangspflege wurde durch das Büro BASS ergänzend eine Onlinebefragung durchgeführt (vgl. BASS 2017). Zur Befragung eingeladen wurden die 272 auf der Mitgliederliste des Verbands H+ oder auf der Spitalliste des BAG verzeichnete Institutionen, die teilweise über mehrere Standorte verfügen. Bei der Befragung konnte ein Rücklauf von 45% (absolut: 123 Spitäler und Kliniken mit insgesamt 177 Standorten) erzielt werden. Auf die verschiedenen Typen Spitäler und Kliniken teilt sich der Rücklauf folgendermassen auf:

- Akutspitäler: Grundgesamtheit: 173, antwortende Institutionen: 71 (41%), Anzahl Standorte der Antwortenden: 108
- Psychiatrien: Grundgesamtheit: 49, antwortende Institutionen: 22 (45%), Anzahl Standorte der Antwortenden: 32
- Rehabilitationskliniken: Grundgesamtheit: 48, antwortende Institutionen: 30 (60%), Anzahl Standorte der Antwortenden: 37

Onlinefragebogen Pflegeheime und Spitex-Organisationen (Exemplarisch für Spitex-Organisationen)¹⁷⁰

<p>Vielen Dank, dass Sie an dieser Umfrage teilnehmen! Die folgende Befragung beinhaltet Fragen zu Ihrer Organisation sowie zu den Themen Praxis bei der Abgrenzung von Pflegekosten und -leistungen, Umsetzung der Akut- und Übergangspflege, Auswirkungen auf die Organisation und das Leistungsangebot, mögliche Schwierigkeiten der Leistungserbringer und Verbesserungsbedarf. Diese Umfrage wird im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit durchgeführt. Die Umfrage dauert rund 30 Minuten. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an das BAG weitergeleitet.</p>	
Fragen	Antwortmöglichkeiten
Bitte wählen Sie Ihre bevorzugte Sprache aus:	Deutsch / Französisch / Italienisch
Für welche Spitex-Organisation füllen Sie die Umfrage aus?	Name Spitex-Organisation: [Offene Antwort]
In welchem Kanton ist Ihre Spitex-Organisation tätig? Falls Sie in mehreren Kantonen tätig sind, wählen Sie bitte einen Kanton aus, auf den Sie Ihre folgenden Antworten beziehen. (Zum Beispiel dort, wo Ihre Organisation am stärksten aktiv ist.)	AG / AI / AR / BE / BL / BS / FR / GE / GL / GR / JU / LU / NE / NW / OW / SG / SH / SO / SZ / TG / TI / UR / VD / VS / ZG / ZH
Welches ist die Postleitzahl der Gemeinde, in der Ihre Spitex-Organisation Ihren Sitz hat?	Postleitzahl: [Offene Antwort (nur vier Zahlen möglich)]
Wie viele KlientInnen (inkl. KlientInnen Hauswirtschaft und Betreuung) hatte Ihre Spitex-Organisation im Jahr 2015 ungefähr?	Total Anzahl KlientInnen 2015: Offene Antwort
Verfügt Ihre Organisation über ein intermediäres bzw. teilstationäres Angebot?	<ul style="list-style-type: none"> > Ja, betreute Wohnungen mit Pflegeangebot > Ja, stationäre Tages- und/oder Nachtstrukturen mit Pflegeangebot > Ja, sonstiges: [!FELD!] > Nein > Weiss nicht
Wer ist der Träger Ihrer Spitex-Organisation?	<ul style="list-style-type: none"> > Kanton > Gemeinde > Private, gemeinnützige Trägerschaft (z.B. Stiftung) > Private, erwerbswirtschaftliche Trägerschaft > Weiss nicht
Verfügt Ihre Spitex-Organisation über einen Leistungsvertrag mit der Gemeinde bzw. dem Kanton? [FILTER: bedingte Frage, falls 7 "private Stiftung" oder "privates Unternehmen"]	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Nein > Weiss nicht
Welche Auflagen wurden Ihrer Spitex-Organisation durch die Gemeinde/den Kanton gemacht? [FILTER: bedingte Frage, falls 7 "Kanton" oder "Gemeinde" oder falls 6.1 "Ja"]	<ul style="list-style-type: none"> > Versorgungspflicht > Qualitätsvorgaben > Bereitschaftsdienst > 24-Stundendienst > Anforderung an die Qualifikation des Pflegepersonals > sonstige: [!FELD!] > Keine Auflagen > Weiss nicht

¹⁷⁰ Die Befragung der Spitäler und Kliniken umfasste die gleichen Fragen zur Akut- und Übergangspflege dieses Fragebogens. Die Fragen wurden lediglich leicht modifiziert (vgl. BASS 2017).

Welches Pflegebedarfserfassungssystem verwendet Ihre Spitex-Organisation?	<ul style="list-style-type: none"> > RAI Home-Care > Sonstiges: [!FELD!] > Kein Pflegebedarfserfassungssystem > Weiss nicht
Hat Ihre Spitex-Organisation dieses Pflegebedarfserfassungssystem aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung eingeführt? [FILTER: bedingte Frage, falls 8 "RAI Home-Care" oder "Sonstiges"]	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Nein > Weiss nicht
Welches war die durchschnittliche KVG-Pflegedauer pro KlientIn in Ihrer Spitex-Organisation im Jahr 2015? Erläuterungen: 1) Diese ergibt sich aus der total Anzahl KVG-Pflegestunden geteilt durch die total Anzahl KlientInnen der KVG-Pflege. 2) Mit KVG-Pflege sind die Pflegeleistungen gemeint, welche der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden können. Bitte geben Sie nur die durchschnittliche Dauer an, um die KVG-pflichtige Pflege zu leisten.	Durchschnittliche Anzahl Stunden KVG-Pflege pro KlientIn im Jahr 2015: [!FELD!]
Auf welche Grundlage stützt sich Ihre Spitex-Organisation bei der Erstellung der Kosten- und Leistungsrechnung?	<ul style="list-style-type: none"> > Auf das Finanzmanual des Spitexverbands Schweiz > Auf ein anderes vom kantonalen Verband anerkanntes oder empfohlenes System: [!FELD!] > Auf das System eines privaten Anbieters: [!FELD!] > Auf ein eigenes System: [!FELD] / > Auf keine bestimmte Grundlage
Wird die Verwendung dieser Grundlage vom Kanton oder der Gemeinde vorgeschrieben? [FILTER: bedingte Frage, falls 10 "Auf das Finanzmanual des Spitexverbands Schweiz" oder "Auf ein anderes vom kantonalen Verband anerkanntes oder empfohlenes System" oder "Auf das System eines privaten Anbieters"]	<ul style="list-style-type: none"> > Ja, vom Kanton > Ja, von der Gemeinde > Nein > Weiss nicht
Ist für Ihre Spitex-Organisation und die Mitarbeitenden die Abgrenzung der Pflegeleistungen in der Praxis klar? (Gemeint ist, welche Leistungen den KVG-pflichtigen Leistungen zugeordnet werden können)	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Eher ja > Eher nein > Nein > Weiss nicht
Welche eventuellen Schwierigkeiten stellen sich in Ihrer Spitex-Organisation bei der Abgrenzung der KVG-pflichtigen Pflegeleistungen gegenüber den anderen Leistungen? Besteht aus Ihrer Sicht Handlungsbedarf, um die Abgrenzung richtig vornehmen zu können?	[Offene Antwort] (2 Fragen mit 2 offenen Feldern)
Nun haben wir einige Fragen zur Art der Kosten- und Leistungsrechnung Ihrer Organisation, bei denen Sie evtl. teilweise auf Ihre Kostenrechnung im Jahr 2015 zurückgreifen müssen.	
Wie legt Ihre Spitex-Organisation die Personalkosten für Leistungen im administrativen und organisatorischen Bereich (Strukturzeiten/nicht direkt klientenbezogene Leistungen) auf KVG-pflichtige Pflegeleistungen und nicht KVG-pflichtige Leistungen um?	<ul style="list-style-type: none"> > Anhand eines kantonsweiten Verteilschlüssels > Von der Gemeinde vorgegebener Verteilschlüssel > Anhand eines in unserer Organisation ermittelten Verteilschlüssels > Sonstiges: [!FELD!] > Weiss nicht

<p>Auf welcher Grundlage wurde der Verteilschlüssel in Ihrer Spitex-Organisation festgelegt? [FILTER: bedingte Frage, falls 13 "Anhand eines in unserer Organisation ermittelten Verteilschlüssels"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Durch die permanente klientenspezifische Erfassung der Leistungen > Basierend auf einer Arbeitszeitanalyse in einem befristeten Zeitraum (bspw. mit einem Gerät im Minuten-Takt, anhand eines Wochenprofils o.ä.) > Basierend auf dem Personalmix (Anteil der Personalkosten des Pflegepersonals an den gesamten Personalkosten) > Grobe Schätzung unserer Organisation > Sonstiges: [!FELD!] > Weiss nicht
<p>Wie erfolgt die Arbeitszeitanalyse in Ihrer Spitex-Organisation? [FILTER: bedingte Frage, falls 13.1 "Arbeitszeitanalyse in einem befristeten Zeitraum"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Laufende klientenspezifische Erfassung der einzelnen Tätigkeiten z.B. im 5 Minuten-Takt in diesem befristeten Zeitraum > Durch Schätzungen der Pflegenden am Ende des Tages und Erstellung eines Wochenprofils > Sonstiges: [!FELD!] > Weiss nicht
<p>In welchen periodischen Abständen wird die Arbeitszeitanalyse durchgeführt? [FILTER: bedingte Frage, falls 13.1 "Arbeitszeitanalyse in einem befristeten Zeitraum"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Monatlich > Quartalsweise > Halbjährlich > Jährlich > Alle 2-3 Jahre > Seltener als alle 2-3 Jahre > Anderer zeitlicher Abstand: [!FELD!]
<p>Wie hoch war der Anteil der Personalkosten, welcher der KVG-Pflege zugeteilt wurde, an allen Personalkosten im Jahr 2015? (Verteilschlüssel der Personalkosten)? Bitte beziehen Sie sich nur auf die Personalkosten und keine weitere Kostenart. Mit allen Personalkosten sind alle klientenbezogenen und nicht klientenbezogenen Personalkosten (inkl. Sozialleistungen) gemeint.</p>	<p>Anteil der Personalkosten für KVG-pflichtigen Leistungen in Prozent: [!FELD!] %</p>
<p>Wie hat sich der Anteil der Personalkosten für KVG-pflichtige Leistungen (Verteilschlüssel der Personalkosten) im Vergleich seit dem Jahr 2010 verändert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Der Anteil hat im Trend zugenommen > Der Anteil hat im Trend abgenommen > Der Anteil ist in etwa unverändert geblieben > Weiss nicht
<p>Wie werden nicht direkt zuordenbare Infrastruktur- und Betriebskosten (Hilfskostenstellen, wie z.B. Gebäude, Verwaltung, Hausdienst) in Ihrer Spitex-Organisation auf KVG-Pflegekosten und andere Kosten verteilt? (Diese Kosten werden auch als Umlagen bezeichnet)</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Gemäss Anteil der geleisteten Pflegestunden > Gemäss dem Anteil der Personalkosten KVG-Pflege > Vom Kanton vorgegebener Umlageschlüssel > Von der Gemeinde vorgegebener Umlageschlüssel > Grobe Schätzung unserer Organisation > Andere Methode, und zwar: [!FELD!] > Weiss nicht
<p>Wie hoch war der Anteil der KVG-pflichtigen Pflegekosten in Ihrer Spitex-Organisation im Jahr 2015 an den gesamten Betriebskosten? Bitte beziehen Sie sich auf alle Kostenarten.</p>	<p>Anteil der KVG-pflichtigen Pflegekosten in Prozent: [!FELD!] %</p>
<p>Wie hat sich der Anteil der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten im Vergleich zum Jahr 2010 verändert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Der Anteil hat im Trend zugenommen > Der Anteil hat im Trend abgenommen > Der Anteil ist in etwa unverändert geblieben > Weiss nicht

<p>Weshalb hat der Anteil der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten seit dem Jahr 2010 zugenommen? [FILTER: bedingte Frage, falls 18 "Der Anteil hat zugenommen"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Die Fälle sind komplexer geworden > Unsere Spitex-Organisation hat ihr Angebot stärker auf andere Leistungen ausgerichtet > Der Pflegebedarf wird seither anders erfasst > Sonstige Gründe: [!FELD!]
<p>Weshalb hat der Anteil der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten seit dem Jahr 2010 abgenommen? [FILTER: bedingte Frage, falls 18 "Der Anteil hat abgenommen"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Die Fälle sind weniger komplex geworden > Unsere Spitex-Organisation hat ihr Angebot stärker auf andere Leistungen ausgerichtet > Der Pflegebedarf wird seither anders erfasst > Sonstige Gründe: [!FELD!]
<p>Inwiefern hat sich die Praxis bei der Erstellung der Kostenrechnung durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung verändert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Der Kanton / die Gemeinde hat neu Vorgaben gemacht > Es wurde ein neues System der Kostenrechnung eingeführt > Die Kostenrechnung erfolgt ausführlicher / transparenter > Es wurde eine Arbeitszeitanalyse neu eingeführt > Sonstige Änderung: [!FELD!] > Die Praxis hat sich nicht verändert
<p>Ist für Ihre Spitex-Organisation die Abgrenzung der Pflegekosten/Kostenrechnung in der Praxis klar? (Gemeint ist, wie und welche nicht direkt zuordenbaren Kosten den KVG-Pflegekosten bei der Kostenrechnung zugeteilt werden sollen.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Eher ja > Eher nein > Nein > Weiss nicht
<p>Welche eventuellen Schwierigkeiten stellen sich Ihrer Spitex-Organisation bei der Abgrenzung der Pflegekosten gegenüber den anderen Leistungen? Besteht aus Ihrer Sicht Handlungsbedarf, um die Abgrenzung richtig vornehmen zu können?</p>	<p>[Offene Antwort] (2 Fragen mit 2 offenen Feldern)</p>
<p>Auf welcher Basis wird die Restkostenfinanzierung der Pflegekosten durch Ihren Kanton bzw. Ihre Gemeinde festgelegt? Mit Restkosten sind die Vollkosten der KVG-Pflege abzüglich des Krankenversicherungsbeitrags und der Patientenbeteiligung gemeint. Falls Ihre Spitex-Organisation in mehreren Kantonen bzw. Gemeinden tätig ist, beziehen Sie sich bei Ihrer Antwort bitte auf den Kanton bzw. die Gemeinde des Sitzes Ihrer Organisation. [FILTER: bedingte Frage, falls Sitz Organisation eines Kantons, in dem die Gemeinden Zuständig sind für die Restkostenfinanzierung]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Basierend auf unseren effektiven Vollkosten (z.B. Defizitgarantie, oder Restkosten pro Stunde je Pflegekategorie) > Durch Normkosten oder Höchstgrenzen der Tarife je Pflegekategorie (Abklärung und Beratung, Grundpflege, Behandlungspflege) > Durch ein Globalbudget > Sonstiges, und zwar: [!FELD!] > Weiss nicht
<p>Muss Ihre Spitex-Organisation die Kostenrechnung dem Kanton / der Gemeinde vorlegen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Nein > Weiss nicht
<p>Hat Ihre Spitex-Organisation in den Jahren 2011 bis 2015 ungedeckte Restkosten ausgewiesen? (Damit sind die nicht durch die Beiträge der Krankenversicherung, des Patientenanteils und der Restkostenfinanzierung des Kantons / der Gemeinde gedeckten Vollkosten der KVG-Pflege gemeint.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja, jedes Jahr > Ja, teilweise > Nein, nie > Weiss nicht
<p>Wie haben sich die ungedeckten Restkosten seit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 in Ihrer Spitex-Organisation entwickelt? [FILTER: bedingte Frage, falls 24 "ja"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Die ungedeckten Restkosten haben im Trend zugenommen > Die ungedeckten Restkosten haben im Trend abgenommen > Die ungedeckten Restkosten sind in etwa unverändert

	<ul style="list-style-type: none"> geblieben > Weiss nicht
<p>Wer hat diese ungedeckten Restkosten übernommen? [FILTER: bedingte Frage, falls 24 "ja"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Der Träger unserer Spitex-Organisation (Stiftung / privates Unternehmen / Gemeinde/Kanton) > Die ungedeckten Restkosten werden den KlientInnen in Rechnung gestellt > Eine Mischung der oben genannten Möglichkeiten > Weiss nicht
<p>Hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung zu einem höheren Kostendruck auf Ihre Spitex-Organisation geführt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Eher ja > Eher nein > Nein > Weiss nicht
<p>Hat Ihre Spitex-Organisation die Tarife der Pflege und der anderen Leistungen seit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung (2011) angepasst? > Pflegeleistungen > Hauswirtschafts- und Sozialbetreuungsleistungen > Mahlzeitendienst > Sonstige Leistungen [!FELD!]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Stark gesenkt > Leicht gesenkt > Nicht verändert > Leicht erhöht > Stark erhöht > Weiss nicht
<p>Nimmt Ihre Spitex-Organisation KlientInnen aus anderen Kantonen auf?</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Nein > Weiss nicht
<p>Wie hoch war der Anteil der ausserkantonalen KlientInnen im Jahr 2015? [FILTER: bedingte Frage, falls 27 "Ja".]</p>	<p>Anteil der ausserkantonalen KlientInnen in Prozent: [Offene Antwort] (%)</p>
<p>Wie hat sich der Anteil der ausserkantonalen KlientInnen seit dem Jahr 2010 verändert? [FILTER: bedingte Frage, falls 27 "Ja".]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Der Anteil hat im Trend zugenommen > Der Anteil hat im Trend abgenommen > Der Anteil ist in etwa unverändert > Weiss nicht
<p>Wie rechnet Ihre Spitex-Organisation die Restkosten der Pflege bei KlientInnen aus anderen Kantonen ab? Mit Restkosten sind die Vollkosten der KVG-Pflege abzüglich des Krankenversicherungsbeitrags und der Patientenbeteiligung gemeint. [FILTER: bedingte Frage, wenn 27 "ja".]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Die effektiven Restkosten werden dem anderen Kanton/der Gemeinde im anderen Kanton in Rechnung gestellt > Die Restkosten werden dem anderen Kanton gemäss Regelung für innerkantonale KlientInnen in Rechnung gestellt > Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an die KlientInnen > Sonstige: [!FELD!] > Weiss nicht
<p>Werden die Kosten durch den anderen Kanton/die Gemeinde im anderen Kanton vollständig übernommen? [FILTER: bedingte Frage, falls 27.3 "Die effektiven Restkosten werden dem anderen Kanton in Rechnung gestellt" oder "Die Restkosten gemäss innerkantonomer Finanzierung werden dem anderen Kanton in Rechnung gestellt"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Nein > Von Kanton zu Kanton bzw. Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich > Weiss nicht
<p>Erhalten die KlientInnen die Restkosten vom anderen Kanton/der Gemeinde im anderen Kanton vollständig zurückerstattet? [FILTER: bedingte Frage, falls 27.3 "Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an die KlientInnen"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja > Nein > Von Kanton zu Kanton bzw. Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich > Weiss nicht

<p>Gibt es Schwierigkeiten bei der Abrechnung der Restkosten bei KlientInnen aus anderen Gemeinden? Filterfrage: bedingte Frage, falls Träger = Gemeinde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja, unsere Gemeinde übernimmt einen grösseren Betrag der Restkosten der Pflege als andere Gemeinden > Ja, von den anderen Gemeinden werden aufwendigere administrative Prozesse verlangt > Ja, Sonstige: [!FELD!] > Nein, es bestehen keine Schwierigkeiten > Unsere Spitex-Organisation betreut nur KlientInnen aus der eigenen Gemeinde
<p>Wie haben sich folgende Aspekte in Ihrer Spitex-Organisation seit dem Jahr 2010 entwickelt?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Administrativer Aufwand > Professionalität bei den organisatorischen Abläufen > Anforderungen an die EDV > Aufwand für die Buchhaltung > Aufwand für die Zeiterfassung > Verfügbare Zeit für die Pflegebedürftigen > Anforderung an das Pflegepersonal > Qualität der Pflege > Auseinandersetzungen mit Versicherern betreffend die Kostenübernahmen > Auseinandersetzungen mit dem Kanton / der Gemeinde betreffend die Kostenübernahmen > Auseinandersetzungen mit anderen Kantonen / anderen Gemeinden betreffend die Kostenübernahmen 	<ul style="list-style-type: none"> > Starke Zunahme > Zunahme > Keine Änderung > Abnahme > Starke Abnahme > Weiss nicht
<p>Welchen Einfluss hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Entwicklung? > Aspekte von oben</p> <p>FILTER: Nur Antwortmöglichkeiten, bei denen angegeben starke Zunahme, Zunahme, Abnahme, starke Abnahme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> stark eher stark keinen Einfluss eher schwach schwach
<p>Wie hat sich das Leistungsangebot Ihrer Spitex-Organisation seit dem Jahr 2010 entwickelt?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Pflegeleistungen > Hauswirtschafts- und Sozialbetreuungsleistungen > Mahlzeitendienst > Teilstationäre/intermediäre Angebote > Sonstige Leistungen: [!FELD!] 	<ul style="list-style-type: none"> > Stark abgebaut > Leicht abgebaut > Nicht verändert > Leicht ausgebaut > Stark ausgebaut > Weiss nicht > Nicht zutreffend
<p>Welchen Einfluss hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Entwicklung? > Aspekte von oben</p> <p>FILTER: Nur Antwortmöglichkeiten, bei denen angegeben starke Zunahme, Zunahme, Abnahme, starke Abnahme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> stark eher stark keinen Einfluss eher schwach schwach
<p>Hatte die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung noch weitere Auswirkungen auf Ihre Spitex-Organisation (bspw. Fusionen oder eingegangene Kooperationen)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja, und zwar: [!FELD!] > Nein > Weiss nicht
<p>Nun ist Ihre Einschätzung zu den generellen Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Pflegebedürftigen gefragt (unabhängig von den Wirkungen in Ihrer eigenen Organisation) :</p> <p>Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in der Schweiz ausgewirkt? Die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen hat sich....</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Stark erhöht > Erhöht > Nicht verändert > Verringert > Stark verringert

<p>Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Versorgung der Pflegebedürftigen in der Schweiz ausgewirkt bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Qualität der Versorgung bei den Leistungserbringern > Verfügbare Zeit des Pflegepersonals für die Pflegebedürftigen > Bedarfsgerechte Pflege für die Pflegebedürftigen > Finanzierbarkeit der Pflege für die Pflegebedürftigen > Zugang zur Versorgung > Sonstiges: 	<ul style="list-style-type: none"> > Stark verbessert > Verbessert > Gleichgeblieben Kein Einfluss der Neuordnung der Pflegefinanzierung > Verschlechtert > Stark verschlechtert > weiss nicht
<p>In welcher Hinsicht hat sich die Versorgung verbessert?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Das Pflegepersonal bei den Leistungserbringern hat mehr Zeit für die Pflegebedürftigen > Die Pflegebedürftigen können sich wieder mehr Pflege leisten > Die Pflegebedürftigen erhalten die Pflege, die ihrem Bedarf entspricht > Die Qualität der Versorgung bei den Leistungserbringern hat zugenommen > Sonstiges: [!FELD!] > Weiss nicht <p>[FILTER: bedingte Frage, falls 33 "Stark verbessert" oder "verbessert"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Trifft zu > Trifft eher zu > Trifft eher nicht zu > Trifft nicht zu > Weiss nicht
<p>In welcher Hinsicht hat sich die Versorgung verschlechtert?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Das Pflegepersonal bei den Leistungserbringern hat weniger Zeit für die Pflegebedürftigen > Die Pflegebedürftigen können sich weniger Pflege leisten > Die Pflegebedürftigen erhalten nicht die Pflege, die ihrem Bedarf entspricht > Die Qualität der Versorgung bei den Leistungserbringern hat abgenommen > Sonstiges: [!FELD!] > Weiss nicht <p>[FILTER: bedingte Frage, falls 33 "Stark verschlechtert oder verschlechtert"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Trifft zu > Trifft eher zu > Trifft eher nicht zu > Trifft nicht zu > Weiss nicht
<p>Bietet Ihre Spitex- Organisation die Akut- und Übergangspflege an? Bitte diese Frage unabhängig davon beantworten, ob die Akut- und Übergangspflege auch genutzt wird</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Ja, das Angebot ist bereits etabliert vorhanden > Ja, wir sind in der Aufbauphase > Nein > Weiss nicht
<p>Weshalb bietet Ihre Spitex- Organisation keine Akut- und Übergangspflege an?</p> <p>[FILTER: bedingte Frage, falls 34 "Nein"]</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Es gibt keine kantonalen gesetzlichen Grundlagen hierfür > Unsere Spitex- Organisation erfüllt die kantonalen Anforderungen dazu nicht bzw. unsere Spitex- Organisation hat keinen Leistungsvertrag mit dem Kanton > Die Akut- und Übergangspflege ist für unsere Spitex- Organisation finanziell nicht attraktiv > Wir haben keine personellen und/oder infrastrukturellen Kapazitäten hierfür > Für unsere Spitex-Organisation ist die separate Pflegebedarferhebung zu aufwendig > Zwei Wochen reichen nicht für eine Akut- und Übergangspflege > Für unsere Spitex- Organisation sind die Bedingungen für die Akut- und Übergangspflege nicht klar > Es gibt keine Nachfrage > Andere Gründe, und zwar: [!FELD!] > Weiss nicht

In welchem Jahr wurde das Angebot der Akut- und Übergangspflege in Ihrer Organisation eingeführt? [FILTER: bedingte Frage, wenn 34 "Ja, das Angebot ist bereits etabliert" oder "Ja, wir sind in der Aufbauphase"]	Jahr: [!FELD!]
Welcher Stundentarif gilt für die Akut- und Übergangspflege in Ihrer Spitex- Organisation? [FILTER: bedingte Frage, wenn 34 "Ja, das Angebot ist bereits etabliert" oder "Ja, wir sind in der Aufbauphase"]	Stundentarif: [Offene Antwort (nur vier Zahlen möglich)]
Sind in diesem Tarif weitere Leistungen (bspw. Arzt, Therapien, Medikamente, MiGel) enthalten? [FILTER: bedingte Frage, wenn 34 "Ja, das Angebot ist bereits etabliert" oder "Ja, wir sind in der Aufbauphase"]	> Ja > Nein > Weiss nicht
Bietet Ihre Spitex- Organisation im Rahmen der Akut- und Übergangspflege besondere Leistungen an, die sich von Ihrem regulären Angebot unterscheiden? Bspw. Angebote zur Erhöhung der Selbstpflegekompetenz? [FILTER: bedingte Frage, wenn 34 "Ja, das Angebot ist bereits etabliert" oder "Ja, wir sind in der Aufbauphase"]	> Ja, und zwar: [!FELD!] > Nein > Weiss nicht
Was passiert mit den KlientInnen der Akut- und Übergangspflege nach Ablauf der zwei Wochen? Die Mehrheit der KlientInnen... [FILTER: bedingte Frage, falls 34 "Ja, das Angebot ist bereits etabliert" oder "Ja, wir sind in der Aufbauphase"] Frage nach 34.7 mit FILTER wie bei 34.8 und 34.9.	> ist wieder eigenständig > geht in die reguläre stationäre Langzeitpflege über > geht in die reguläre ambulante oder teilstationäre Langzeitpflege über > geht in ein Spital oder eine Rehabilitationsklinik > weiss nicht
Wie stark wird die Akut- und Übergangspflege in Ihrer Spitex- Organisation nachgefragt? [FILTER: bedingte Frage, falls 34 "Ja, das Angebot ist bereits etabliert" oder "Ja, wir sind in der Aufbauphase"] Frage vor 34.6 stellen	> Stark > Eher stark > Eher schwach > Schwach > Wird gar nicht nachgefragt > Weiss nicht
Wie viele KlientInnen hat Ihre Spitex-Organisation im Jahr 2015 im Rahmen der Akut- und Übergangspflege betreut? [FILTER: bedingte Frage, falls 34.7 Stark, Eher stark, Eher schwach oder Schwach]	Anzahl: [Offene Antwort]
Wie hat sich die Anzahl der KlientInnen der Akut- und Übergangspflege seit der Einführung in Ihrer Organisation verändert? [FILTER: bedingte Frage, falls 34.7 Stark, Eher stark, Eher schwach oder Schwach]	> Der Anteil hat im Trend zugenommen > Der Anteil hat im Trend abgenommen > Der Anteil ist in etwa unverändert geblieben > Weiss nicht
Aus welchem Grund wird die Akut- und Übergangspflege in Ihrer Spitex-Organisation wenig nachgefragt? [FILTER: bedingte Frage, falls 34 .7 Eher Schwach oder Schwach oder Gar nicht.	> Die Spitäler machen keine Überweisungen > Das Angebot ist für die KlientInnen nicht interessant > Sonstige Gründe: [!FELD!] > Weiss nicht
Haben Sie weitere Bemerkungen bezüglich der Neuordnung der Pflegefinanzierung? Sehen Sie Verbesserungsbedarf?	[Offene Antwort]
<p>Sie sind am Ende des Fragebogens angelangt. Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Unterstützung! Mit der Taste „Zurück“ können Sie nochmals in der Umfrage zurückblättern. Mit der Taste „Abschicken“ werden Ihre Umfragedaten abgeschickt.</p>	

A3.3. Fallstudien in den Gemeinden/Regionen

Auswahl der Fallstudien

Zur Befragung von Gemeindevertretenden, Patientenorganisationen und Pflegebedürftigen wurden insgesamt 6 Gemeinden als Fallstudienregionen ausgewählt. Die Auswahl erfolgte auf Basis von verschiedenen Auswahlkriterien, namentlich der Art der Umsetzung der NPF im Kanton in Bezug auf die Restfinanzierung, den Kostendruck und die Vermeidung von Sozialhilfefällen sowie weitere Kriterien wie Sprachregion, Grösse und Umfeld der Gemeinde etc. Es wurden die folgenden Fallstudienregionen ausgewählt:

Tabelle 7: Ausgewählte Gemeinden/Regionen

Kanton	Gemeinde	Bevölkerung (Stand 2016)	Stadt/Agglomeration/Land
BE	Bern-Stadt	141'660	Stadt
SO	Solothurn	16'795	Stadt
LU	Reiden	7'151	Land
NE	Neuchâtel	33'668	Stadt
VD	Nyon	20'047	Agglomeration
ZH	Affoltern am Albis	11'868	Agglomeration

Interviewpartner im Rahmen der Fallstudienregionen

Tabelle 8: Interviews im Rahmen der Fallstudien

Fallstudie	GemeindevertreterInnen	Gespräche mit VertreterInnen von PatientInnenorganisationen/Leistungserbringer	Gespräche mit Pflegebedürftigen
Bern (BE)	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alzheimervereinigung ▪ Krebsliga ▪ Case-Management Spital Lindenhof ▪ Rheumatologieabteilung Inselspital 	1
Solothurn (SO)	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotes Kreuz ▪ Sozialberatung Bürgerspital ▪ Krebsliga ▪ Pro Senectute 	13
Reiden (LU)	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsstelle Demenz ▪ Pro Senectute ▪ Sozial- und Austrittsberatung Spital Luzern 	9
Neuchâtel (NE)	¹	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Croix Rouge ▪ Pro Senectute 	9
Nyon (VD)	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avasad ▪ Espace proches ▪ Association de proches aidantes ▪ PROXY 	4
Affoltern am Albis (ZH)	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berufsbeistandschaft des Sozialdienstes Bezirk 6 Affoltern ▪ Beratungsstelle für Alters- und Gesundheitsfragen ▪ Sozialdiakonischer Dienst ▪ Pflegedienstleitung/Bettendisposition Langzeitpflege Spital Affoltern 	

¹ Die Stadt NE hat auf ein Gespräch verzichtet.

Befragung Pflegebedürftige und Angehörige

Die Befragungen von Pflegebedürftigen und Angehörigen liefert Hinweise auf die sozialpolitische Wirksamkeit der NPF. Auch wenn keine repräsentative Befragung geleistet werden kann, ermöglicht der direkte Einbezug der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die finanzielle Seite der Pflegebedürftigkeit aus Nutzersicht besser zu beleuchten. Die Befragung liefert wichtige Informationen über Motive, Entscheidungs- und Nachfrageverhalten, von denen letztlich auch Rückschlüsse auf die Auswirkungen der Pflegefinanzierung gezogen werden können. Ausserdem lassen sich Hinweise auf mögliche Fehlversorgungen und Veränderungen der Rahmenbedingungen der Pflege gewinnen.

Vorgehen

Die Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen orientiert sich an den ausgewählten Fallstudien (vgl. Kapitel A5.2). Zur Rekrutierung von Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen wurden

- Leistungserbringer (Spitex-Organisationen und Alters-/Pflegeheime) und Patienten-/ Hilfsorganisationen in den Fallstudienregionen angeschrieben und um ihre Mithilfe bei der Rekrutierung gebeten. Durch die direkte Weitergabe eines Informationsblattes an Pflegebedürftige oder deren Angehörige konnte die Mehrzahl der Gesprächspartner rekrutiert werden.

- persönliche Kontakte (berufliches und privates Netzwerk) des Evaluationsteams mittels dem Informationsblatt für Pflegebedürftige auf die Befragung aufmerksam gemacht und um ihre Unterstützung bei der Rekrutierung gebeten.
- InterviewpartnerInnen nach Durchführung der Befragung gefragt, ob sie weitere pflegebedürftige Personen oder deren Angehörige in der Region kennen, die ebenfalls befragt werden könnten (Rekrutierung via Schneeballsystem).

Insgesamt wurden 90 Leistungserbringer und 56 Patienten-/Hilfsorganisationen in den 6 Fallstudienregionen angeschrieben. Von diesen erklärten sich 23 Leistungserbringer und 20 Patienten-/Hilfsorganisationen bereit, uns bei der Rekrutierung zu unterstützen. Da auf Gemeindeebene wenig Bereitschaft zur Unterstützung bestand wurden die Regionen ausgeweitet und Anfragen auf kantonaler Ebene verschickt. Zusätzlich wurden die Anfragen auch über das Netzwerk Langzeitpflege des SBK und dem Newsletter der kantonalen Behindertenkonferenz Bern verschickt.

Ablauf der Befragungen

Interessierte Personen meldeten sich mit einem Antworttalon direkt bei den EvaluatorInnen. Es wurden leitfadengestützte, telefonische Interviews mit pflegebedürftigen Personen oder deren Angehörigen durchgeführt. Die Befragungen fanden im Zeitraum von April – Juni 2017 statt. Sie wurden auf Tonband aufgenommen, protokolliert und die Protokolle inhaltsanalytisch ausgewertet.

Charakteristika der Befragten

Insgesamt konnten 42 Pflegebedürftige bzw. Angehörige in den Fallstudienregionen/-kantonen befragt werden. Details zur Stichprobe sind in untenstehender Tabelle beschrieben:

Tabelle 9: Beschreibung Stichprobe der Befragung Pflegebedürftige/Angehörige

	Anzahl Personen (%)
Gesamtzahl Interviews	42
▪ Kanton NE	▪ 9 (21%)
▪ Kanton VD	▪ 4 (10%)
▪ Kanton ZH	▪ 6 (14%)
▪ Kanton LU	▪ 9 (21%)
▪ Kanton BE	▪ 1 (2%) ¹⁷¹
▪ Kanton SO	▪ 13 (31%)
Pflege im Alters-/Pflegeheim	21 (50%)
▪ HE	▪ 8 (38%)
▪ EL	▪ 12 (57%)
▪ Sozialhilfe	▪ 1 (5%)
Pflege zu Hause	21 (50%)
▪ Davon alleinlebend	▪ 12 (57%)
▪ HE	▪ 10 (48%)
▪ EL	▪ 4 (19%)
▪ Sozialhilfe	▪ 0
Herkunft Schweiz	42 (100%)
Höchster Schulabschluss	
▪ obligatorische Schule	▪ 16 (38%)
▪ Berufslehre	▪ 11 (26%)
▪ Matura/Berufsmatura	▪ 2 (5%)
▪ höhere Berufsausbildung	▪ 1 (2%)
▪ Universität/Fachhochschule	▪ 3 (7%)
▪ fehlend	▪ 9 (21%)
Haushaltseinkommen pro Monat in CHF (Einzelhaushalt / Paarhaushalt)	
▪ Unter 2.900,- / Unter 4.900,-	▪ 11 (26%)
▪ 2.900-3.600,- / 4.900-6.400,-	▪ 6 (14%)
▪ 3.601-4.600,- / 6.401-7.800,-	▪ 6 (14%)
▪ 4.601-6.300,- / 7.801-10.400,-	▪ 7 (17%)
▪ Über 6.300,- / über 10.400,-	▪ 3 (7%)
▪ fehlend	▪ 9 (21%)

Tabelle Careum. Quelle: Befragung Pflegebedürftige/Angehörige

Obwohl die Stichprobe nicht repräsentativ ist, verdeutlicht Tabelle 9, dass die Befragungen eine Vielfalt an Lebenssituationen abdecken konnte (im Hinblick auf Lebensform, Bildungshintergrund, Einkommensverhältnisse). Neben einer grossen Anzahl Personen, die ihren Pflege- und Betreuungsbedarf mithilfe ihres Einkommens oder von ihrem Vermögen decken können, sind auch Personen in schwierigen finanziellen Situationen befragt worden (mit EL oder an der Schwelle zu EL sowohl in Pflege-/Altersheim, als auch zu Hause).

Aufgrund geringer Kooperationsbereitschaft und Unterstützung von Leistungserbringern sind einige Fallstudienregionen in der Stichprobe unterrepräsentiert. Dies betrifft vor allem die Region Bern. Im Kanton ZH wurden ausschliesslich Personen aus dem Bezirk Affoltern am Albis befragt. In allen anderen Fallstudienkantonen wurden Personen aus mehreren Bezirken befragt.

¹⁷¹ Trotz Anfrage von 18 Leistungserbringern in der Region hat sich nur eine Person zur Verfügung gestellt.

A3.4. Daten und Datenanalyse

A3.4.1. Datenquellen

Für die vorliegende Analyse haben wir Variablen aus den folgenden Sekundärdatenquellen ausgewertet:

Tabelle 10: Verwendete Datenquellen

Variable	Erhebungsteil der Statistik	Periode	Bemerkung
SOMED-Statistik des BFS			
Kostendaten	Kostenrechnung	2006-2015	
▪ Gesamtkosten		(AÜP 2011-	
▪ KVG-pflichtige Kosten		2015)	
▪ Kosten Pension			
▪ Kosten Betreuung			
▪ Kosten AÜP			
Total und pro BewohnerIn			
Pflegeheime: Finanzierungsanteile der KVG-pflichtigen Pflege	Kostenrechnung (aufbereitet durch das BAG)	2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung Differenzierung der Pflorgetaxen 2011, 2011 noch nicht von allen Pflegeheimen korrekt erfasst (ZH, BE, OW, SO, BS, SH und SG). Hier kann nicht abschliessend zwischen Beiträgen für die Restfinanzierung und weiteren Beiträgen und Subventionen unterschieden werden. ▪ Kantons- bzw. Gemeindeanteile können nicht dem bezahlenden Kanton/der bezahlenden Gemeinde zugeordnet werden. D.h. ob die Finanzierung durch den Standortkanton bzw. eine Gemeinde des Standortkantons oder ausserkantonale erfolgt, ist nicht klar.
Anzahl Institutionen	Allgemeine Variablen	2006-2015	-
Anzahl Beherbergungsplätze (Kurzzeit und Langzeit)	Erhebung zur Anzahl Plätze	2006-2015	-
Anzahl VZÄ	Personalerhebung	2006-2015	-
BewohnerInnen nach Beherbergungstyp	KlientInnenerhebung	2006-2015	Kumulative Anzahl BewohnerInnen während des ganzen Jahres
Anzahl Betreuungstage (Kurzzeit, Langzeit und AÜP)	KlientInnenerhebung SOMED-Statistik	2006-2015 (AÜP 2011-2015)	-

Spitex-Statistik des BFS

Einnahmen	Ertragsrechnung	2010-2015 (total)	<ul style="list-style-type: none"> Ab 2010 beinhaltet die Statistik nicht nur wie davor die privatrechtlichen gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen, sondern neu auch die privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen und die selbstständigen Pflegefachpersonen. Dies führt zu einem Bruch der Daten zwischen den Jahren 2009 und 2010. Zudem hat sich die Abdeckung der erwerbswirtschaftlichen Organisationen laufend verbessert. Die selbstständigen Pflegefachpersonen der Kantone ZH und GE haben an der Erhebung 2010 nicht teilgenommen. Gesamtzahlen zeigen wir deshalb nur ab dem Jahr 2010 mit der Unschärfe der noch nicht vollständigen Abdeckung der erwerbswirtschaftlichen Organisationen. Bei der Betrachtung pro KlientIn gehen wir davon aus, dass der Bruch weniger gravierend ist, da diese pro KlientIn normiert sind. Einnahmen: Ab 2011 haben die Gemeinde/Kantone zwar vermehrt eine leistungsbezogene Finanzierung geleistet, aber noch nicht alle. In einzelnen Kantonen kann daher nicht zwischen Beiträgen an die Pflegekassen gemäss Restfinanzierung und restlichen Beiträgen und Subventionen unterschieden werden.
<ul style="list-style-type: none"> KLV-Pflege Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen Mahlzeitendienst Weitere Leistungen 		2006-2015 (pro KlientIn)	
Total und pro KlientIn			
Verrechnete Stunden	KlientInnenerhebung Spitex-Statistik	2010-2015 (AÜP 2011-2015)	
KVG-pflichtige Pflege Hauswirtschafts- und Sozialbetreuung AÜP			
Spitex-Organisationen: Anzahl Institutionen	Allgemeine Variablen	2010-2015	
Spitex-Organisationen: Anzahl VZÄ	Personalerhebung	2010-2015	
Spitex-Organisationen: KlientInnen der KVG-pflichtigen Pflege	KlientInnenerhebung Spitex-Statistik	2006-2015	<ul style="list-style-type: none"> Oben genannte Punkte. Kumulative Anzahl KlientInnen des ganzen Jahres.
Finanzierungsanteile der KVG-pflichtigen Pflege	Ertragsrechnung Spitex-Statistik	2011-2015	<ul style="list-style-type: none"> Oben genannte Punkte zur Spitex-Statistik Wie bei den Pflegeheimen: Unklar, welcher Kanton bzw. Gemeinde die Finanzierung tätigt.

Daten des SASIS AG

Bruttoausgaben OKP (inkl. Kostenbeteiligung Versicherung)	Datenpool (aufbereitet durch das BAG)	Pflegeheime	Zur Berechnung der Belastung der OKP pro Person haben wir die Bruttoausgaben der OKP durch die Anzahl BewohnerInnen/KlientInnen der KVG-Leistungen der SO-MED bzw. Spitex-Statistik geteilt.
Total und pro KlientIn, für Pflegeheime und Spitex		2006-2015 Spitex 2010-2015	

Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS

Finanzierungsanteile der Gesamtkosten der Pflege		Pflegeheime und Spitex	Schätzung BFS
Anteile der		2008-2014	
<ul style="list-style-type: none"> Privathaushalte Kantone und Gemeinden Bedarfsabhängige Sozialleistungen 			

Daten der ESTV aufbereitet durch das BFS

Ausgaben der Gemeinden/Kantone für Pflegeheime/Spitex-Organisationen		2008-2014	-
--	--	-----------	---

Sozialhilfestatistik des BFS

Anzahl Sozialhilfebezieher in Heimen	Sozialhilfestatistik des BFS	2009-2015	Kumulative Betrachtung pro Jahr.
--------------------------------------	------------------------------	-----------	----------------------------------

EL-Registerdaten des BSV

Anzahl und Ausgaben für EL- EmpfängerInnen in Pflege- heimen	2008-2015	Annahme, dass Personen mit Wohnsituation im Heim und älter als 65 in Pflegeheimen leben.
--	-----------	---

A3.4.2. Difference in Difference Ansatz

Für den DiD Ansatz, der den Einfluss verschiedener Umsetzungsaspekte der NPF auf die Entwicklung der Kosten, die Inanspruchnahme und das Angebot testet, müssen folgende Annahmen gelten:

- Es liegen Beobachtungen über die Zeit vor.
- Die zu analysierenden Einheiten (im vorliegenden Falle Kantone) lassen sich in Gruppen einteilen, wobei in der einen Gruppe aufgrund der Ausgestaltung der NPF Änderungen stattfinden und in der anderen Gruppe nicht.
- Die Gruppeneinteilung erfolgt exogen, d.h. die Einteilung selbst wird unabhängig von der Entwicklung der zu analysierenden Grösse vorgenommen.

Ferner nehmen wir für diesen Ansatz an, dass sich die zu analysierenden Grössen in der Gruppe mit Veränderung ohne die NPF gleich entwickelt hätten wie in der Gruppe ohne Veränderung. Dabei können sich die Ausgangsmittelwerte der beiden Gruppen durchaus unterscheiden (Kugler et al. 2014).

Der kausale Effekt kann dadurch gemessen werden, in dem die Differenz des Ergebnisses vor und nach der Behandlung in der Gruppe ohne Änderung von der gleichen Differenz in der Gruppe mit Veränderung abgezogen wird. Diese Differenz der Differenzen bildet eine Schätzung der kausalen Wirkung des betrachteten Effekts. Die Schätzung dieser Wirkung wird anhand einer Regressionsanalyse durchgeführt (vgl. z.B. Angrist et al. 2009; Europäische Kommission 2012).

In der Analyse haben wir den Effekt der folgenden Ausgestaltungsmerkmale basierend auf den geschilderten Hypothesen untersucht:

Tabelle 11: Für die DiD-Analyse verwendeten Ausgestaltungsmerkmale

Merkmals	Hypothese
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einfluss eines Übergangs zu einem leistungsorientierten Finanzierungsmodell¹ auf die Kosten (KVG-Kosten und andere Kostenarten). ▪ Einfluss eines Übergangs zu einem leistungsorientierten Finanzierungsmodell auf das Angebot (Anzahl Institutionen, Pflegebetten, Vollzeitäquivalente (VZÄ)). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Je leistungsorientierter das Finanzierungssystem, desto eher werden knappe Restkostenbeiträge gesprochen. Dadurch sind die Leistungserbringende angehalten, die KVG-Pflege kostengünstiger zu gestalten. Möglicherweise werden Kosten der KVG-pflichtigen Kosten auch auf andere Kostenarten überwält. ▪ In Kantonen mit stark leistungsorientiertem Finanzierungssystem ist der Markt für die Alterspflege weniger attraktiv.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einfluss der Einführung der durch den Bundesrat festgelegten Beiträge auf die Ausgaben der Versicherer. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die vom Bundesrat festgelegten Beiträge regeln den Finanzierungsanteil der OKP. Zum Zeitpunkt der Einführung dieser Beiträge sollten die Ausgaben der Versicherer deshalb limitiert werden.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einfluss der Gleichbehandlung der privaten und öffentlichen Spitex auf das Angebot (Anzahl Spitex-Organisationen und VZÄ). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei einer Gleichbehandlung der privaten Anbieter ist der Markt für die Alterspflege für diese attraktiver, weshalb diese vermehrt in den Markt eintreten.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einfluss der Höhe der Patientenbeteiligung auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (Anzahl KlientInnen, Anzahl Pflegestunden). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In Kantonen, in denen die Patientenbeteiligung für die Spitex tiefer ist als für die Pflegeheime ist die Pflege durch die Spitex attraktiver.

¹ Unter einem Übergang zu einem leistungsorientierten Finanzierungsmodell verstehen wir eine Veränderung des Finanzierungsregimes von Defizitdeckungen oder Globalbudgets hin zu Höchstgrenzen oder Normkosten.

Tabelle INFRAS.

Zur Untersuchung des Einflusses dieser Ausgestaltungsmerkmale haben wir die Kantone in folgende Gruppen eingeteilt:

Tabelle 12: Einteilung der Kantone für die DiD-Analyse

Gruppe	Pflegeheime	Spitex-Organisationen
Änderung Finanzierungsregime		
G1: Änderung	AG, AI, AR, BE, BL, BS, JU, NW, SG, SZ, TG, VD, VS	AI, BE, BS, JU, SG, UR, VD, VS
G2: Eher Änderung	FR, GE, NE, ZG	GE, NE
G3: Keine Änderung	GL, GR, LU, OW, SH, SO, TI, UR, ZH	AG, AR, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SH, SZ, TG, TI, ZG, ZH, SO ¹ , BL ¹
Zeitpunkt der Einführung		
G1: 2011	AG, AI, AR, BL, BS, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SH, SZ, TI, UR, VD, ZG	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SH, SZ, TI, UR, VD, ZG
G2: 2012	TG	TG
G3: Sukzessive bis 2014	BE, FR, VS, ZH	BE, VS, ZH
Gleichbehandlung privater und öffentlicher Spitex-Organisationen		
G1: Ungleichbehandlung vorher/nachher	-	AG, AI, AR, BL ² , FR, GE, GL, GR, OW, SH, SO, SZ, TG, VS, ZH
G2: Vorher ungleich, danach gleich	-	LU, NE, NW, SG, TI
G3: unklar	-	BE, BS, JU, UR, VD, ZG
Gleiche oder unterschiedliche Patientenbeteiligung		
Patientenbeteiligung Spitex < Pflegeheim	AI; AR; BE ³ , BL; BS; FR; GE; GL ³ GR; JU; NE; SZ; TG; TI; VD; VS ³ , ZH	
Patientenbeteiligung Spitex = Pflegeheim	AG, LU, NW, OW, SG ⁴ , SH, SO, UR, ZG	

¹ In SO hat keine Änderung stattgefunden, da die Restkosten nicht eingeführt wurden. In BL wurden diese eingeführt, aber nicht im Zeitraum, in dem Daten vorliegen. ² Ab 2016 fand in BL eine Gleichbehandlung statt. ³ BE und GL einkommensabhängig bei Spitex, VS einkommensabhängig in Pflegeheim. ⁴ Bis 2014 war die Patientenbeteiligung für die ambulante Pflege in SG tiefer als für die Pflegeheime.

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Die Ergebnisse der DiD-Analyse sind in folgender Tabelle dargestellt. Dabei bezieht sich der Koeffizient von «post» auf die Veränderung über die Zeit (Trend) in den Kontrollkantonen, der Koeffizient von «reform» auf den Unterschied zwischen den Kantonen, welche eine Veränderung vornehmen im Gegensatz zu denen, die es nicht tun, und der Koeffizient «did» sagt aus, inwieweit sich die Veränderung in diesen Kantonen auf die Entwicklung von Interesse ausgewirkt hat.

Tabelle 13: Ergebnisse DiD Kostenschätzung

	kost_pflege_so- med_k	kost_hotel_so- med_k	kost_betr_so- med_k		einn_pflege_sp- itex_k	einn_hausw_spi- tex_k
post ¹	3,361** (1,416)	3,037** (1,238)	1,782*** (646.2)	post ¹	2,034*** (245.4)	307.0*** (83.81)
reform_som ¹	3,516*** (1,241)	1,423 (1,085)	1,157** (566.2)	reform_spi ¹	605.8** (306.7)	-15.58 (104.8)
did_som ¹	-767.4 (1,753)	-122.0 (1,533)	686.3 (799.9)	did_spi ¹	-622.1 (388.0)	-7.716 (132.5)
Constants	21,253*** (1,001)	21,277*** (875.7)	6,215*** (456.9)	Constants	2,535*** (194.0)	1,207*** (66.26)
Observations	259	259	259	Observations	200	200
R-squared	0.089	0.071	0.162	R-squared	0.320	0.101

¹ Hier dargestellt sind die Ergebnisse der Schätzung des Einflusses des Übergangs zu einem leistungsorientierten System, bei der wir die Kantone, in denen «keine Änderung» stattgefunden hat, auch berücksichtigt haben. Wir haben die Analyse auch strenger durchgeführt, in der wir diese Kantone nicht berücksichtigt haben. Wie im vorliegenden Fall sind diese Ergebnisse auch nicht signifikant.

* Signifikant auf dem 10% Signifikanzniveau, ** signifikant auf dem 5% Signifikanzniveau, *** Signifikant auf dem 1% Signifikanzniveau.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene DiD-Analyse

Tabelle 14: Ergebnisse DiD Belastung OKP

	ausg_okp_somed_k		ausg_okp_spitex_k
_lswitch_so_1	-934.4 (814.0)	_lswitch_sp_1	48.09 (287.3)
_lswitch_so_2	258.2 (780.4)	_lswitch_sp_2	485.4* (271.4)
Jahresvariablen	Ja	Jahresvariablen	Ja
Kantonsvariablen	Ja	Kantonsvariablen	Ja
Constant	10,487*** (436.1)	Constant	1.000e+07*** (111.8)
Observations	260	Observations	416
R-squared	0.852	R-squared	1.000 ¹

¹ Ein R² von 1 weist auf Multikollinearität hin, weshalb die Belastbarkeit des Ergebnisses dieser Regression anzuzweifeln ist. Im Haupttext kommunizieren wir dieses Ergebnis deshalb nicht weiter.

* Signifikant auf dem 10% Signifikanzniveau, ** signifikant auf dem 5% Signifikanzniveau, *** Signifikant auf dem 1% Signifikanzniveau.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene DiD-Analyse

Tabelle 15: Ergebnisse DiD Angebotslandschaft

	inst_spi- tex	vz_spi- tex_t		inst_spi- tex	vz_spi- tex_t		inst_so- med	vz_so- med_t	platz_so- med
post	3.693	74.76	post ¹	5.491	77.72	post ¹	0.937	548.0	259.8
	(4.753)	(203.9)		(5.133)	(218.4)		(12.38)	(716.3)	(693.8)
re- form_glei ch	-1.948	126.2	re- form_spi ¹	-7.194	413.5	re- form_som ¹	5.179	-197.6	-406.6
	(1.764)	(123.6)		(4.537)	(315.2)		(8.558)	(626.4)	(479.7)
did_gleich	3.827	24.18	did_spi ¹	4.367	48.68	did_som ¹	1.217	-135.0	10.83
	(3.155)	(135.4)		(8.116)	(345.3)		(15.31)	(885.9)	(858.1)
Constant	28.59***	491.6***	Constants	28.98***	444.3**	Constants	55.60***	2,996***	3,638***
	(2.657)	(186.2)		(2.870)	(199.4)		(6.920)	(506.5)	(387.9)
Observati- ons	416	156	Observati- ons	400	150	Observati- ons	416	260	416
R-squared	0.012	0.055	R-squared	0.015	0.081	R-squared	0.002	0.006	0.004

¹ Hier dargestellt sind die Ergebnisse der Schätzung des Einflusses des Übergangs zu einem leistungsorientierten System, bei der wir die Kantone, in denen «eher eine Änderung» stattgefunden hat, auch berücksichtigt haben. Wir haben die Analyse auch strenger durchgeführt, in der wir diese Kantone nicht berücksichtigt haben. Wie im vorliegenden Fall sind diese Ergebnisse auch nicht signifikant.

* Signifikant auf dem 10% Signifikanzniveau, ** signifikant auf dem 5% Signifikanzniveau, *** Signifikant auf dem 1% Signifikanzniveau.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene DiD-Analyse

Tabelle 16: Ergebnisse DiD Inanspruchnahme

	klient_somed	tage_somed	klient_spitex	stund_kvg_spitex
post	402.9	66,440	1,518	100,534
	(1,176)	(212,036)	(1,168)	(62,964)
reform_bet	1,221***	240,319***	1,507***	74,035***
	(415.7)	(59,266)	(326.4)	(17,599)
did_bet	-2.318	16,964	801.2	63,652**
	(587.8)	(106,018)	(583.9)	(31,482)
Constant	3,364***	795,354***	3,546***	150,641***
	(831.3)	(118,532)	(652.8)	(35,198)
Observations	260	416	416	416
R-squared	0.064	0.058	0.123	0.145

* Signifikant auf dem 10% Signifikanzniveau, ** signifikant auf dem 5% Signifikanzniveau, *** Signifikant auf dem 1% Signifikanzniveau.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene DiD-Analyse

A4. Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung

A4.1. Restfinanzierung

Tabelle 17: Merkmale der innerkantonalen Restfinanzierung der Pflegeheime (Stand Herbst 2016)

Kanton	Zuständigkeit für Patientenbeteiligung	Höhe der Patientenbeteiligung	Zuständigkeit für die Festlegung der Finanzierung	Aufteilung der Restkostenfinanzierung	Finanzierungsart
AG*	Kt	20%	Kt	Gde 100%	Kt. Normkosten
AI	Kt	20%	Kt	Kt 100%	Kt. Normkosten
AR	Kt	20%	Kt	Gde 100 %	Kt. Höchstgrenzen
BE	Kt	20%	Kt	Kt 100 %	Kt. Normkosten
BL	Kt	20%	Kt	Gde 100 %	Kt. Normkosten plus Investitionszuschlag
BS	Kt	20%	Kt	Kt 100%	De jure Höchstgrenzen; de facto Kt. Normkosten**
FR*	Kt	20%	Kt	Kt 45%; Gde 55%	Individuelle Normkosten/Höchstgrenzen
GE	Kt	20%	Kt	Kt 100%	Individuelle Normkosten/Höchstgrenzen
GL	Gde	ab Stufe 4: 20%	Gde (mit kantonaler Genehmigungspflicht)	Gde 100 %	Gemeindespezifisch
GR	Kt	20%	Kt	Kt 75 %, Gde 25 %	Kt. Normkosten
JU*	Kt	20%	Kt	Kt 100%	Kt. Normkosten
LU*	Kt	20%	Gde	Gde 100 %	Gemeindespezifisch
NE	Kt	ab Stufe 4: 20%	Kt	Kt 100%	Individuelle Normkosten/Höchstgrenzen
NW	Kt	20%	Kt	Kt 100%	Kt. Normkosten
OW	Gde	20%	Gde	Gde 100 %	Abg. effektive Restkosten
SG*	Kt	20%	Kt	Gde 100 %	Kt. Höchstgrenzen
SH	Gde	ab Stufe 3: 20%	Kt	Kt 50%; Gde 50%	Kt. Normkosten
SO*	Kt	ab Stufe 3: 20%	Kt (In Absprache mit Gemeinden)	Kt 50%; Gde 50%	Kt. Normkosten
SZ	Kt	20%	Kt	Kt/Gde	Kt. Höchstgrenzen
TG	Kt	ab Stufe 2: 20%	Kt	Kt 50%; Gde 50%	Kt. Normkosten
TI	Kt	20%	Kt	Kt 20%; Gde 80%	Individuelle Normkosten/Höchstgrenzen
UR	Kt	20%	Gde	Kt. 30%; Gde 70%	Abg. effektive Restkosten
VD	Kt	10%	Kt	Kt 65%; Gde 35%	Kt. Normkosten
VS*	Kt	Vermögensabhängig	Kt	Kt 70%; Gde 30%	Kt. Normkosten
ZG	Gde	10%	Gde	Gde 100 %	Individuelle Normkosten/Höchstgrenzen
ZH*	Kt + Gde	max. 20%***	Kt für LE ohne LV; Gde für LE mit LV	Gde 100 %	Gemeindespezifisch

* = Kantone mit einem speziellen «Pflegefinanzierungsgesetz» ** In BS werden zwar Höchstgrenzen gesetzt, da kaum ein LE aber tiefere Kosten abrechnet, sind diese de facto Normkosten. *** D.h. es wird 20% des Rechnungsbetrags bis zu max. CHF 21.20 verrechnet. Legende: LE = Leistungserbringer, LV = Leistungsvertrag

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 18: Festlegung der Restfinanzierung bei den Pflegeheimen (Stand Herbst 2016)

Kanton	Grundlage für Normkosten/Höchstgrenzen	Höhe der Normkosten/Höchstgrenzen	Restkostenfinanzierung abhängig von LV?
AG	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	CHF 0-105.80/h (CHF 61.40/h).	Nein
AI	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	CHF 67.20/h	Nein
AR	Benchmark gem. KoRe	CHF 3.60-148.80	Nein
BE	Normative Kriterien	CHF 63.30/h	Nein
BL	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	CHF 68.25/h	Nein
BS	Normative Kriterien	CHF 0-113.80/h	Nein
FR	-	LE spezifisch	Nein
GE	Benchmark gem. KoRe	LE spezifisch	Nein
GL	-	Gde spezifisch	Ja, ohne LV grundsätzlich keine Restfinanzierung
GR	Benchmark gem. KoRe	CHF 67.20/h	Nein
JU	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	CHF 0-71.60/h	Nein
LU	-	Gde spezifisch	Ja, ohne LV Übernahme der ausgewiesenen Restkosten, maximal aber die Kosten der Vertragsleistungserbringer
NE	Normative Kriterien	CHF 0.80-95.60/h	Nein; abhängig von Arbeitsverträgen
NW	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	0-140.40/h (CHF 70/h)	Nein
OW	-	Gde spezifisch	Nein
SG	Benchmark gem. KoRe	CHF 3 - 146/h*	Nein
SH	Normative Kriterien angewandt auf die Kostenrechnung der EL mit LV der Gden.	CHF 69/h	Ja, ohne LV mit Gde legt Kanton die Restkosten fest.
SO	Politischer Entscheid*	CHF 0 -108/h	Nein
SZ	**	**	**
TG	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	Restkosten: CHF 0 - 164.10/h	Nein, gilt für alle Pflegeheime auf Pflegeheimliste
TI	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	LE spezifisch	Ja, ohne LV grundsätzlich keine Restfinanzierung
UR	-	LE-spezifisch; Durchschnittswerte CHF 0 - 143.10/h	Nein
VD	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	CHF 21.95 - 169.25/h	Nein
VS	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	CHF 4.50 - 122.50/h	Nein
ZG	-	LE spezifisch	Nein
ZH	Benchmark gem. KoRe	Gde spezifisch	Ja, ohne LV kant. Normkosten CHF 76.14/h

*Diese Werte wurden durch die AutorInnen um die Patientenbeteiligung und den OKP Beitrag korrigiert. ** Angaben zur Art der Festlegung der Höchsttaxen fehlen beim Kanton SZ.

Legende: LE = Leistungserbringer, LV = Leistungsvertrag, KoRe = Kostenrechnung

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 19: Ausserkantonale Restfinanzierung im Bereich Pflegeheime (Stand Herbst 2016)

Kanton	Höhe der Patientenbeteiligung	Finanzierungsart
AG	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
AI	Analog Standortkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal; Ausnahme bei med. induziertem Bedarf.
AR	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
BE	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
BL	Analog innerkantonal	Gde. müssen mind. den innerkantonalen Betrag übernehmen, höhere Beiträge auf kommunale Entscheidung hin möglich.
BS	Analog innerkantonal	Gem. Finanzierung des Standortkantons; sofern Kt. Bedarf anerkennt.
FR	Analog Standortkanton	Gem. Finanzierung des Standortkantons; jedoch ohne Betreuungszuschlag.
GE	keine Finanzierung	Keine Finanzierung.
GL	Analog innerkantonal	Gde. müssen bei fehlender innerkant. Kapazität Finanzierung des Standortkantons übernehmen. Ansonsten kann die Finanzierung auf die Höhe der in der Gde. festgelegten Restfinanzierung festgelegt werden.
GR	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal; Ausnahmen möglich.
JU	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
LU	Analog innerkantonal	Gde muss die ausgewiesenen Restkosten übernehmen; max. aber die Restkosten des Vertragsleistungserbringers. Ausnahme bei med. induziertem Bedarf oder Kapazitätsengpässen.
NE	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
NW	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal; Ausnahmen nach Betrachtung der Fälle möglich.
OW	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal; Ausnahme bei med. induziertem Bedarf; zeitlich beschränkt.
SG	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal; Ausnahme bei med. induziertem Bedarf.
SH	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
SO	Keine Regelung	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
SZ	Analog innerkantonal	Volle Restkostenübernahme.
TG	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal; einzelne Gemeinden sichern sich Plätze in ausserkant. Heimen und finanzieren bis zu den Restkosten des Standortkantons.
TI	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal; Einteilung der ausserkant. PH gemäss innerkant. Finanzierung.
UR	Analog innerkantonal	Gde kann effektive Kosten übernehmen oder nur bis zur Höhe innerkant. Finanzierung; Entscheid von Fall zu Fall.
VD	Analog Standortkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
VS	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal.
ZG	Analog innerkantonal	Keine Regelung; Empfehlung: Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal, Ausnahme bei med. induziertem Bedarf.
ZH	Analog innerkantonal	Max. mit Höhe Finanzierung innerkantonal; Ausnahme bei Kapazitätsengpässen.

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 20: Innerkantonale Finanzierung der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Stand Herbst 2016)

Kanton	Zust. Pat. Beteiligung	Höhe Pat. beteiligung LE mit LV	Patientenbeteiligung LE ohne LV	Zuständigkeit für die Festlegung der Finanzierung	Aufteilung der Restfinanzierung	Finanzierungsart
AG*	Kt	20%	gleiche	Kt für LE ohne LV; Gde für LE mit LV	Gde: 100%	Gemeindespezifisch
AI	Kt	max. 10%**	gleiche	Kt	Kt: 100%	Kant. Normkosten
AR	Kt	10%	gleiche	Gde	Gde 100%	Gemeindespezifisch
BE	Kt	Einkommensabhängig	gleiche	Kt	Kt: 100%	Kant. Normkosten
BL	Kt	10%	gleiche	Kt	Gde: 100%	seit 2016: Kant. Normkosten. Davor: Gemeindespezifisch
BS	Kt	10%	gleiche	Kt	Kanton 100% ***	De jure Höchstgrenzen; de facto Kt. Normkosten ****
FR*	Kt	0%	höhere	Kt	Kt und Gde	Effektive Restkosten/Defizitdeckung
GE	Kt	10%	Meist höhere	Kt	Kt: 100%	Ind. Normkosten/Höchstgrenzen
GL	Gde	Gde. -spezifisch	Gemeindespezifisch	Gde	Gde: 100%	Gemeindespezifisch
GR	Kt	10%	gleiche	Kt	Gde: 45%, Kt: 55%	Kant. Normkosten
JU*	Kt	0%	gleiche	Kt	Kt: 100%	Kant. Höchstgrenzen
LU*	Kt	20%	gleiche	Gde	Gde: 100%	Gemeindespezifisch
NE	Kt	0%	gleiche	Kt	Kt 100%	Ind. Normkosten/Höchstgrenzen
NW	Kt	20%	gleiche	Kt	Kt: 100%	Kant. Normkosten
OW	Gde	20%	gleiche	Gde	Kt und Gde	Gemeindespezifisch
SG*	Kt	max. 20%**	gleiche	Kt	Gde: 100%	Kant. Höchstgrenzen
SH	Gde	20%	-	Kt für LE ohne LV; Gde für LE mit LV	Kt 50%; Gde 50%	Gemeindespezifisch
SO*	Kt	20%	gleiche	Niemand	-	keine Restkosten
SZ	Kt	10%	gleiche	Kt für LE ohne LV; Gde für LE mit LV	Gde: 100%	Gemeindespezifisch
TG	Kt	10%	gleiche	Gde	Gde: 100%	Gemeindespezifisch
TI	Kt	0%	gleiche	Kt	Gde: 80%, Kt: 20%	Ind. Normkosten/Höchstgrenzen
UR	Kt	20%	gleiche	Kt	Kt: 100%	Kant. Normkosten
VD	Kt	0%	gleiche	Kt	Kt 100%	Kant. Normkosten
VS*	Kt	0%	gleiche	Kt	Kt 70%; Gde 30%	Kant. Normkosten
ZG	Gde	10%	gleiche	Gde	Gde: 100%	Kant. Normkosten
ZH*	Kt + Gde	max. 10%**	gleiche	Kt für LE ohne LV; Gde für LE mit LV	Gde 100%	Gemeindespezifisch

*= Kantone mit einem speziellen «Pflegefinanzierungsgesetz». ** max. 10% bzw. max. 20% bedeutet, es wird 10% bzw. 20% des Rechnungsbetrags bis zu max. CHF 8 bzw. CHF 15.95 verrechnet. ***In BS müssen die Gemeinden Riehen und Bettingen die Restkosten ihrer Bewohner übernehmen. ****In BS werden zwar Höchstgrenzen gesetzt, da kaum ein LE aber tiefere Kosten abrechnet, sind diese de facto Normkosten. Legende: LE = Leistungserbringer, LV = Leistungsvertrag.

Tabelle INFRAS. Quelle: Befragung der Kantone im Rahmen der Evaluation. Die Angaben bei den Patientenbeteiligungen weichen teilweise ab von einer neueren Erhebung von Spitex Schweiz (2017): https://www.spitex.ch/files/GGI0163/pflegefinanzierung___liste_patientenbeteiligung_2017.pdf.

Tabelle 21: Festlegung der Restfinanzierung bei den Spitex-Organisationen (Stand Herbst 2016)

Kanton	Grundlage für Normkosten/Höchstgrenzen	Höhe der Normkosten/Höchstgrenzen*	Restfinanzierung ohne Leistungsvertrag****
AG	-	-	Ja, ohne LV kant. Normkosten.
AI	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	39.20/50.20/28.50***	Ja, ohne LV keine Restfinanzierung.
AR	-	-	Ja, ohne LV keine Restfinanzierung.
BE	Politischer Entscheid aufgrund von Verhandlungen	0-15.95**(Wegkosten, Dossierführung zusätzlich abgegolten)	Ja, ohne LV keine Zusatzpauschale.
BL	Seit 2016: (Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	1. h. 3/22.80/2.20; 2. h 0/14.80/0***	Nein (seit 2016)
BS	Politischer Entscheid	1. h; 8.20/16.60/6.80; 2. h. 0/17.40/0***	Nein
FR	-	-	Ja, ohne LV keine Restfinanzierung.
GE	-	-	Ja, ohne LV keine Restfinanzierung.
GL	-	-	Ja, ohne LV keine Restfinanzierung.
GR	Benchmark gem. KoRe		Ja, ohne LV keine GWL; NK 85% der LE mit LV.
JU	Politischer Entscheid	23.40/21.80/16.20	Nein
LU			Ja, ohne LV werden die ausgewiesenen Restkosten übernommen, maximal aber die Kosten der Vertragsleistungserbringer.
NE	Normative Kriterien	27.60/27.70/23.30	Nein; abhängig von GAV
NW	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	30.25/17.65/17.45	Nein
OW		-	Ja, bis Ende 2015 ohne LV keine Restfinanzierung; ab 2016 Restfinanzierung auch ohne LV, Höhe in Verhandlung.
SG	Benchmark gem. KoRe	5.30/12.25/0***	Nein; aber kommunaler Entscheid, einzelnen Spitex höhere Kosten als kant. Höchstgrenzen zu entgelten, bspw. bei hohen Wegkosten.
SH		-	Ja, ohne LV Festlegung Restkosten durch Kt.
SO		-	Keine Restfinanzierung.
SZ	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	-	Ja, ohne LV kant. Normkosten.
TG		-	Ja, ohne LV Restfinanzierung gem. Empfehlung Verband TG Gemeinden; GWL nicht zwingend vergütet
TI	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	Leistungserbringerspezifisch	Ja, ohne LV keine Restfinanzierung.
UR	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	7.20/23.40/0***	Ja, ohne LV keine Finanzierung der GWL.
VD	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	35.90/29.40/24.60	Ja, bei «In-House» Spitex keine Restkosten.
VS	(Gew.) Durchschn. Vollkosten gem. eff. KoRe	30.20/29.60/15.40	Ja, ohne LV tiefere Restkosten.
ZG	Verhandlungen	-	Ja, ohne LV tiefere Restkosten.
ZH	Benchmark gem. KoRe	Gde spezifisch (Kt. NK vorhanden)	Ja, ohne LV kantonale Höchstgrenzen.

*Sofern drei Zahlen angegeben sind, beschreiben diese die Restkosten für Abklärung und Untersuchung/Behandlungspflege/Grundpflege ** Diese Angaben gelten für die Restkosten der Pflege. *** Diese Werte wurden durch die AutorInnen geändert, da die Vermutung nahe lag, dass die von den Kantonen genannten Kosten die Patientenbeteiligung und die OKP-Beiträge beinhaltet. **** Versorgungspflicht nicht berücksichtigt.

Legende: eff. KoRe = effektive Kostenrechnung, LE = Leistungserbringer, LV = Leistungsvertrag, GWL = Gemeinwirtschaftliche Leistungen, NK = Normkosten, gew. = gewichtet

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 22: Restfinanzierung für selbständige Pflegefachpersonen (Stand Herbst 2016)

Kanton	Patientenbeteiligung analog zu Spitex?	Restfinanzierung analog zu Spitex ohne LV?	Falls nein: Abweichungen?
AG	ja	ja, grösstenteils	Restfinanzierung dieselbe, aber 5% tiefer
AI	nein; bei PFP 0%	keine Restfinanzierung	
AR	ja	Bis Ende 2016: nein; danach: ja	Berufsverband trifft (Kollektiv-)Vereinbarungen über Tarif mit Gemeinden
BE	ja	ja, grösstenteils	Restkostenfinanzierung. Dieselbe, aber keine Pauschale für Einsatzorganisation
BL	ja	ja	
BS	ja	Ja	
FR	nein; bei PFP 0%	Ja	
GE	nein; können Patientenbeteiligung selbst bis max. 20% festlegen	ja, grösstenteils	Sie müssen Teil der Kooperative CSI sein.
GL	ja	Ja	Restkostenfinanzierung. Nur mit LV; sofern PFP über LV verfügt, gleiche Fin. Wie Spitex
GR	ja	Ja	
JU	ja	Ja	
LU	ja	Ja	
NE	ja	Ja	
NW	ja	Ja	
OW	ja	Ja	
SG	ja	ja, grösstenteils	Falls Gemeinde Rahmenvertrag des Vereins selbst. PFP unterzeichnet hat gilt dieser Tarif; ansonsten kant. Normkosten
SH	nein; keine Vorgaben	Ja	
SO	ja	keine Restfinanzierung	
SZ	ja	ja	Ausgestaltung analog zu Spitex-Organisationen ohne LV, aber höhere Höchstwerte.
TG	ja	Ja	
TI	ja	Ja	
UR	ja	Ja	
VD	ja	ja, grösstenteils	Normkosten etwas anders (30.20/24.60/15.40)
VS	ja	Nein	Normkosten in Verhandlung mit Verband selbst. PFP festgelegt
ZG	ja	Ja	
ZH	ja	ja, grösstenteils	Mit LV: gleich wie Spitex mit LV; ohne LV: Normkosten etwas anders

Legende: PFP = Pflegefachpersonen, LE = Leistungserbringer, LV = Leistungsvertrag

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 23: Ausserkantonale Restfinanzierung im Bereich der Pflege zu Hause (Stand Herbst 2016)

Kanton	Höhe der Patientenbeteiligung	Finanzierungsart
AG	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung LE ohne LV innerkanton
AI	Analog Standortkanton	Keine Restfinanzierung (ausser mit LV, dann max. mit Höhe innerkanton)
AR	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
BE	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
BL	Analog Standortkanton	Gem. Finanzierung Standortkanton
BS	Analog innerkanton	Gem. Finanzierung Standortkanton
FR	Analog innerkanton für LE ohne LV	Volle Restkostenübernahme bis zum Ansatz innerkanton
GE	Keine Finanzierung	Keine Restfinanzierung
GL	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
GR	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
JU	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
LU	Analog innerkanton	Gde muss die ausgewiesenen Restkosten übernehmen; max. aber die Restkosten des Vertragsleistungserbringers. Ausnahme bei med. induziertem Bedarf oder Kapazitätsengpässen.
NE	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
NW	Analog innerkanton	In Ferienfällen: Übernahme volle Restkosten
OW	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
SG	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
SH	Analog innerkanton	Einzelne Regelungen zw. LE und Gde, wenige Fälle
SO	Keine Regelung	Keine Restfinanzierung
SZ	Analog innerkanton	Übernahme der im Kanton des LE geltenden Normkosten
TG	Analog innerkanton	Bis jetzt nicht vorgekommen. PatientInnen müssten Antrag für die Finanzierung stellen; Gemeinden müssten rechtsmittelfähigen Beschluss fällen.
TI	Keine Finanzierung bei Beanspruchung von Spitex-Leistungen in anderem Kanton	Keine Finanzierung
UR	Analog innerkanton	Volle Restkostenübernahme; zeitliche Begrenzung
VD	Analog innerkanton	Volle Restkostenübernahme
VS	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton
ZG	Keine Regelung	Keine Regelung
ZH	Analog innerkanton	Max. mit Höhe Finanzierung innerkanton

Legende: LE = Leistungserbringer, LV = Leistungsvertrag

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen (Sommer 2016)

A4.2. Akut- und Übergangspflege

Tabelle 24: Umsetzung der Akut- und Übergangspflege in den Kantonen (Stand Herbst 2016)

Kan- ton	Zustän- digkeit	Kant. Defi- nition	Berechtigte LE				LE, die die Akut und Übergangspflege umsetzen
			Spi- nition text	P F P	PH	An- dere	
AG	Kt	Nein	x	x	x		Pflegeheime (9 davon)
AI	Kt	Ja	x mit LV			x	Spitex, Krebsliga SG
AR	Kt	Ja	x	x	x*		Spitex; in Pflegeheim konnte noch keine Vereinbarung getroffen werden.
BE	Kt	Nein	x		x		Pflegeheime
BL	Kt	Nein	x	x	x		Nur gemeinnützige Spitex.
BS	LE	Nein	x	x	x		Nur eine Spitex
FR	Kt	Ja	x	x	x		Keine
GE	Kt	Nein	x	x	x		Private Spitex des Verbands Citex (wenige Fälle).
GL	Kt	Nein	x	x	x		Spitex
GR	Kt/Gde	Nein	x	x	x		Sehr wenige Pflegeheime
JU	Kt	Nein	x		x		Keine
LU	Gde	Nein	x	x	x **		Hat sich nicht richtig etabliert; nur geringe Kosten, die abgerechnet wurden.
NE	Kt		x	x	x		Keine
NW	Kt	Nein	x	x	x		Nur ein Pflegeheim, Spitex bietet keine AÜP
OW	Kt	Nein	x		x		Keiner der LE der Langzeitpflege; Kurhaus, dass diese Lücke bereits gefüllt hat.
SG	Gde	Nein	x	x	x	x	Vorwiegend Heime. Pflege zu Hause: Gesamthaft wenig Fälle, aber Anzahl steigend.
SH	Kt	Ja	x			x	Spitex mit LV, kantonale Spitäler
SO	Kt	Nein				x	Solothurner Spitäler
SZ	Kt	Nein	x	x	x	x	Spital Schwyz, Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen mit LV der Gemeinden
TG	Kt	Ja	x	x	x		12 Spitex als einzelne Organisationen und 7 in Kooperation gemäss angepassten Konzepten auf Grundlage des Musterkonzeptes des Spitex Verbandes Thurgau. 2 Pflegeheime mit eigenen Konzepten.
TI	Kt	Ja			x.		Zu 90% ausgelastet.
UR	Kt	Nein	x	x	x		Nur ein Pflegeheim, das dem Spital angegliedert ist.
VD	-	-					Keine
VS	Kt	Nein					Keine
ZG	Gde	Nein	x	x	x		Ein Pflegeheim und kantonale Spitex
ZH	Gde	Nein	x	x	x		Alle

*Die Pflegeheime in AR dürfen nur die Akut- und Übergangspflege ausführen, wenn sie auch alle 12 Pflegebedarfsstufen bewirtschaften können. ** In der Praxis könnten die selbständigen Pflegefachpersonen in LU kaum alle Bedingungen erfüllen. Dazu gehört bspw. die Aufrechterhaltung eines 24-Stunden Dienstes.

Legende: PHP = Selbständige Pflegefachpersonen, PH= Pflegeheim, LE= Leistungserbringer, LV= Leistungsvertrag, AÜP = Akut- und Übergangspflege,

Gemäss H+ dürfen auch mindestens in den Kantonen AG, BE, GE, GR und TG Spitäler die AÜP ausüben.

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

Tabelle 25: Finanzierung der Akut- und Übergangspflege (Stand Herbst 2016)

Kanton	Finanzierung	Festgelegte Pauschalen	
		Pflege in Pflegeheimen	Pflege zu Hause
AG	45% OKP / 55% Kanton	CHF 168.00/Tag (exkl. med. NL)	2016: CHF 122.20/h; 2017: CHF 124.40/h
AI	45% OKP / 55% Kanton	-	-
AR	45% OKP / 55% Kanton	-	Tarif ausgehandelt (Gesprächspartner wusste Tarif nicht auswendig)
BE	45% OKP / 55% Kanton	CHF 133.00/Tag	CHF 126/Stunde
BL	45% OKP / 55% Kanton		Auf Rechnung**
BS	45% OKP, 55% Gemeinden (Basel-Stadt, Riehen, Bettingen)	ca. CHF 120/Tag	-
FR	45% OKP / 55% Kanton, wobei davon 55% von den Gemeinden übernommen wird.	-	-
GE	45% OKP / 55% Kanton	-	Gleicher Tarif wie zur Bestimmung der Restfinanzierung; Einziger Unterschied: Andere Finanzierungsanteile
GL	45% OKP / 55% Kanton	-	Auf Rechnung
GR	Gleich wie Pflegefinanzierung; d.h. Pflegeheime: 75% Kanton, 25% Gemeinde; Pflege zu Hause: 45% Gemeinde; 55% Kanton	Gleich wie reguläre Langzeitpflege, gemäss BESA Einstufung.	CHF 100/Stunde
JU	45% OKP / 55% Kanton	-	-
LU	45% OKP / 55% Gemeinden	keine Angabe	keine Angabe
NE	45% OKP / 55% Kanton	-	.
NW	45% OKP / 55% Kanton	CHF 168.00/Tag	-
OW	47% OKP / 53% Kanton (ab 2017: 45% OKP, 55% Kanton)	-	-
SG	45% OKP / 55% Gemeinden	CHF 128.00/Tag	Tarifvertrag zwischen Spitex-Verband und Krankenversicherern: Max. zwei Stunden pro Tag können abgerechnet werden. Genaue Höhe aber unklar.
SH	kein vertraglicher Finanzierungsschlüssel, die faktischen Restkosten zu Lasten Kanton + Gemeinden liegen über dem bundesrechtlichen Normwert von 55 %; Bei Spitex mit LV: Gemeinde übernimmt Kosten zu 50%; bei Pflegeheimen übernimmt dies der Kanton zu 100%.	Kein Tarif im Sinn vom KVG	Kein Tarif im Sinn vom KVG
SO	45% OKP / 55% Kanton	Seit 1.1.2015 gilt für soH / tarifsuisse ag eine Tagespauschale von 168.-, für soH / HSK eine Tagespauschale von 178.-	
SZ	45% OKP / 55% Kanton	CHF 92.40/Tag	CHF 138/CHF 113 / CHF 95 pro Stunde
TG			Tarifsuisse: 112.70 ; 101.75; 89.75/ pro Stunde Helsana: dito Sanitas: dito
	45% OKP / 55% Kanton	CHF 134.00/Tag	

Kanton	Finanzierung	Festgelegte Pauschalen	
		Pflege in Pflegeheimen	Pflege zu Hause
TI	CHF 125 pro Tag von der Versicherung bezahlt, 50 CHF durch PatientInnen übernommen. *	-	Kanton
UR	45% OKP / 55% Kanton	CHF 168.00/Tag	-
VD	-	-	-
VS	-	-	-
ZG	45% OKP / 55% Gemeinden	Nein, Pauschale pro KLV Stunde	Nein, Pauschale pro KLV Stunde
ZH	45% OKP / 55% Gemeinden	CHF 168.00/Tag	Abklärung und Beratung: Fr. 121.22/Std. Untersuchung und Behandlung: Fr. 119.24/Std. Massnahmen der Grundpflege: Fr. 105.60/Std.

*In TI, wo die Akut- und Übergangspflege auf 28 Tage verlängert wurde, gilt während der ersten 14 Tage der Tarif, der mit den Versicherern ausgehandelt wurde. Finanzierer sind Kanton und Versicherer. Während der zweiten 14 Tage gilt der reguläre Tarif der Pflegebedarfsstufe 12 und die Finanzierung gilt analog zur Pflegeheimfinanzierung. ** Auf Rechnung bedeutet, dass die Kantone aufgrund der geringen Beträge die Kosten gesamthaft decken.

Legende: OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen (Sommer 2016)

A4.3. Kantonale Vorgaben zur Abgrenzung der Pflegekosten

Tabelle 26: Vorgaben der Kantone zur Abgrenzung der Pflegekosten (Stand Herbst 2016)

Kanton	Vorgabe Pflegeheime	Welche?	Vorgabe Pflege zu Hause	Welche?
AG	Ja	Handbuch Curaviva (inkl. eigene Ergänzungen/Präzisierungen)	Ja	Finanzmanual Spitex Schweiz
AI	Nein	Pflegeheime benutzen Handbuch Curaviva, jedoch keine Pflicht	Nein	-
AR	Ja	Richtlinien, die sich an Handbuch Curaviva orientieren (seit 2015)	Ja	Finanzmanual Spitex Schweiz
BE	Nein	-	Nein	-
BL	Nein	Gde in Arbeitsgruppe Empfehlungen basierend auf Handbuch Curaviva formuliert.	Nein	-
BS	Ja	Handbuch Curaviva	Nein	-
FR	Ja	Verordnung RF834.21.2: Vorgabe zum Pflegepersonalbestand für Pflege und Betreuung	Nein	-
GE	Nein	Pflegeheime benutzen Handbuch Curaviva, jedoch keine Pflicht	Nein	-
GL	Ja	Richtlinien zur Rechnungslegung und -führung grösstenteils basierend auf Handbuch Curaviva; Vorgabe zur Aufteilung der restlichen Kosten auf Kostenträger basierend auf Arbeitszeitanalyse.	Ja	Finanzmanual Spitex Schweiz (für LE mit LV)
GR	Ja	Handbuch Curaviva	Ja	Finanzmanual Spitex Schweiz
JU	Ja	Handbuch Curaviva	Nein	-
LU	Nein	Gesetzesentwurf; falls angenommen ab 2017 Handbuch Curaviva.	Nein	-
NE	Nein	-	Nein	-
NW	Ja	KoRe nach einem vom Kanton vorgegebenen Manual, welches sich an Handbuch Curaviva anlehnt. Prüfung durch Treuhandfirma.	Nein	-
OW	Nein	-	Nein	-
SG	Ja	Kostenrechnung nach Handbuch Curaviva. Zusätzlich Empfehlung zur Aufteilung der Personalkosten und Empfehlung, Arbeitszeitanalyse durchzuführen.	Nein	-
SH	Nein	Pflegeheime benutzen Handbuch Curaviva, jedoch keine Pflicht	Nein	-
SO	Nein	-	Nein	-
SZ	Ja	Erstellung einer vom Kanton anerkannten Kostenrechnung	Nein	-
TG	Ja	Leistungserfassung und Kostenrechnung basierend auf dem Handbuch Curaviva Schweiz; Anzuwendender Verteilschlüssel gemäss «Merkblatt zu den Verteilschlüsseln»	Ja	Leistungserfassung und Kostenrechnung nach Finanzmanual Spitex Schweiz.
TI	Ja	Kostenrechnung nach System aus Romandie, angepasst auf kantonale Begebenheiten	Ja	Finanzmanual Spitex Schweiz (angepasst auf kantonale Begebenheiten).
UR	Nein	-	Nein	-
VD	Nein	-	Nein	-

Kanton	Vorgabe Pflegeheime	Welche?	Vorgabe Pflege zu Hause	Welche?
VS	Ja	Kantonale Vorgaben basierend auf Handbuch Curaviva	Ja	Kantonale Vorgaben basierend auf Finanzmanual Spitex Schweiz.
ZG	Ja	Kostenrechnung mit TaxTool	Nein	-
ZH	Ja	VKL-Regelungen für Spitäler auch für Pflegeheime verbindlich erklärt (insb. Art. 10 und 10a VKL), Leistungserfassung tatsächlich geleistete Pflegeminuten (nicht Pflegebedarf). Kostensätze mit Normwerten oder Werten pro Pflegebedarfsstufe unzulässig.	Ja	Finanzmanual Spitex Schweiz 3. überarbeitete Auflage 2011. + Leistungserfassung der tatsächlich erbrachten Stunden (nicht nur verrechnete) sowie Kostensätze gestützt auf geleistete Stunden (nicht verrechnete).

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen (Sommer 2016)

A4.4. Sozialpolitische Begleitmassnahmen

Tabelle 27: Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts (Stand Herbst 2016)

Kan- ton	Höchst- grenze bei EL festge- setzt	Höchstwert	Patientenbeitrag, Hotel- lerie und Betreuung zu EL anrechenbar?	Angerechneter Ver- mögensverzehr	Massnahme zur Vermeidung Sozial- hilfeabhängigkeit aufgrund vom PH Aufenthalt
AG	Ja	182	Ja	10%	Zuschüsse möglich
AI	Ja	n.a.*	Ja	20%	Nein
AR	Ja	206.6 (per 2015 angepasst)	Ja	20%	Höchstgrenzen/Taxen abgestimmt
BE	Ja	183 (abgestuft)	Ja	20%	Höchstgrenzen/Taxen abgestimmt
BL	Nein	-	Ja	10%	Nicht nötig*****
BS	Ja	202 (abgestuft)	Ja	20%	Nein
FR	Ja	160	Ja	20%	Zuschüsse möglich
GE	Nein	-	Nein, Patientenbeteili- gung nicht	20%	Nicht nötig*****
GL	Ja	146.6	Ja	20%	Gde spezifisch
GR	Ja		Ja	20% , ab. 2.Jahr 10%	Höchstgrenzen/Taxen abgestimmt
JU	Ja	154	Ja	20%	Höchstgrenzen/Taxen abgestimmt
LU	Ja	162	Ja	20%	Nein
NE	Ja	144	Nein, keine Betreuungs- leistungen	20%	Zuschüsse möglich
NW	Ja	196	Ja	20%	Höchstgrenzen/Taxen abgestimmt
OW	Ja	264	Ja	20%	Nein
SG	Ja	180	Ja	20%	Höchstgrenzen/Taxen abgestimmt
SH	Ja	177 (abgestuft)	Ja	20%	Höchstgrenzen/Taxen abgestimmt
SO	Ja	195 (ab 3. Stufe)	Ja	20%	Nein
SZ	Ja	Taxen gemäss Bewilligung übernommen	n.a.*****	20%	Überprüfung ob Fälle existieren
TG	Ja	165	Ja	20%	Höchstgrenzen/Taxen abgestimmt
TI	Ja	84	Höchstwert 84.- deckt nur einen Teil der Hotel- leriekosten.****	20%	Zuschüsse möglich
UR	Ja	162	Ja	20%	Gde spezifisch
VD	Nein	-	Ja	20%	Nicht nötig*****
VS	Ja	125	Ja	20%	Nein
ZG	Ja	196 (abgestuft). Änderung ab 2017.	Ja	20%	Gde spezifisch
ZH	Ja	255**	Ja	20%	Zuschüsse möglich

*Der Kantonsvertreter hat auf das Gesetz verwiesen, wobei der Höchstbetrag für die AutorInnen nicht ersichtlich war. **Bei Bedarf weitere kantonale Zuschüsse möglich. **** Bei Bewohnern mit EL werden keine Kosten über CHF 84 berechnet (ca. 50% der Heimbewohner erhalten EL). Beitragsberechnung der Patienten für Hotellerie und Betreuung ist vermögensabhängig. Erst wenn der Tarif für die Hotellerie in einem Pflegeheim die durchschnittlichen Kosten von CHF 130 pro Tag in so einem Fall übersteigen, werden EL Bezü-
gern diese Kosten in Rechnung gestellt. *****Da die anrechenbaren Taxen bei der EL nicht begrenzt sind, sind keine weiteren Massnah-
men nötig. ***** Hierzu liegen keine Angaben vor.
Legende: PH = Pflegeheim.

Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage bei den Kantonen

A5. Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen

A5.1. Beispielhafte Berechnung

Tabelle 28: Beispielhafte jährliche Zusatzbelastung der Pflegebedürftigen durch die Pflege

In Pflegeheimen					
Typ	Patientenbeteiligung Pflege	Hotellerietaxen	Betreuungstaxen	HE	Total Belastung
Typ 1	7'884	47'400	14'600	-	69'884
Typ 2	7'884	47'400	14'600	-7'100	62'884
Typ 3	7'884	47'400	14'600	-11'300	58'884
Pflege zu Hause					
Typ	Patientenbeteiligung Pflege	Haushaltsdienst	Entlastungsdienst	HE	Total Belastung
Typ 1	5'825	1'800	1'600	-2'800	6'425
Typ 2	5'825	3'600	3'100	-7'100	5'425
Typ 3	5'825	5'500	7'800	-11'300	7'825

In den beispielhaften Berechnungen lebt der oder die Pflegebedürftige in einem Kanton, der sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine Patientenbeteiligung von 20% erheben.

Typ 1: Pflegebedarfsstufe 4 gepflegt, erhält eine leichte Hilflofenentschädigung und nimmt im ambulanten Fall sowohl den Haushalts- als auch den Entlastungsdienst während einer Stunde pro Woche in Anspruch.

Typ 2: Pflegebedarfsstufe 6, erhält eine mittlere Hilflofenentschädigung und nimmt im ambulanten Fall den Haushaltsdienst und den Entlastungsdienst während zwei Stunden pro Woche in Anspruch.

Typ 3: Pflegebedarfsstufe 12, erhält eine schwere Hilflofenentschädigung und nimmt im ambulanten Fall pro Woche drei Stunden des Haushaltsdienstes und fünf des Entlastungsdienstes in Anspruch.

Tabelle INFRAS. Quelle: Eigene Berechnung

Bei der Pflege zu Hause müssen ferner die Miet- und Lebensunterhaltskosten besprochen werden. Dies ist u.a. stark abhängig von den Mietkosten. Die Haushaltsbudgeterhebung des BFS¹⁷² zeigt, dass in der Altersgruppe der über 65-Jährigen durchschnittlich rund CHF 35'000 jährlich ausgegeben werden.

Das vorgestellte Rechenbeispiel geht von einer Patientenbeteiligung von 20% sowohl bei der Pflege im Pflegeheim als auch durch die Hilfe und Pflege zu Hause aus. Bei den Pflegeheimen entspricht eine solche Patientenbeteiligung in den meisten Kantonen der Realität. Eine Patientenbeteiligung von 10% in den Heimen reduziert die oben dargestellte Belastung für die Pflege in Pflegeheimen um CHF 3'900. Somit würden die beispielhaft betrachteten Typen zwischen CHF 54'800 und CHF 66'000 jährlich bezahlen. Für Hilfe und Pflege zu Hause hingegen erheben viele Kantone eine tiefere Patientenbeteiligung als 20% (siehe Tabelle 21 und Tabelle 18). Beträgt diese 10%, reduziert sich die Belastung der PatientInnen um CHF 2'900.

¹⁷² Siehe dazu <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/erhebungen/habe.asset-detail.8141.html>. Ausgaben für Reisen und alkoholische Getränke wurden nicht mitgezählt.

A5.2. Aussagen der befragten Akteure

Ergänzend zu den beispielhaften Berechnungen verdeutlichen die Befragungen von Pflegebedürftigen und Angehörigen die finanzielle Belastung der Betroffenen (vgl. Tabelle 29). Die von den Pflegebedürftigen und Angehörigen genannten Kosten für die Versorgung im Pflegeheim sind durchschnittlich höher, als die Kosten, die auf der Modellberechnung basieren. Die Unterschiede lassen sich durch die variierenden Hotellerie-/Betreuungstaxen, die Ausstattung der Zimmer (ev. Einzelzimmerzuschlag) und den zusätzlichen Aufwand, der während dem Heimaufenthalt entsteht (z.B. Kosten für Pflege-/Hygienematerialien, Coiffure), begründen. Die Kosten der Pflege zu Hause liegen, gemäss Angaben von Pflegebedürftigen und Angehörigen, unter den Kosten der Modellberechnungen. Die Unterschiede lassen sich durch eine grosse Variabilität der beanspruchten Leistungen erklären und durch kantonale Unterschiede in der Höhe der Patientenbeteiligung.

Tabelle 29: Gesamtkosten der Pflege laut Angaben der Pflegebedürftigen/Angehörigen (ohne Abzug der HE)

	Gesamtkosten der Pflege (in CHF / Jahr)
Pflegeheime (n=21)	
Min-Max	49'970-208'100,-
Durchschnitt	80'420,-
Median	68'100,-
Vermögen angetastet*; n (%)	13 (62%)
Sinkt durchschnittlich um CHF / Jahr (Min-Max)	26'610,- (1'000-60'000,-)**
Pflege zu Hause (n=21)	
Min-Max	450-42'000,-
Durchschnitt	8'150,-
Median	5'570,-
Vermögen angetastet*; n (%)	5 (24%)
Sinkt durchschnittlich um CHF / Jahr (Min-Max)	17'520,-***

* laufende Einnahmen decken Lebenserhaltungskosten nicht; **n=10; ***n=1

Tabelle INFRAS. Quelle: Befragung Pflegebedürftige/Angehörige

Interviewaussagen zur finanziellen und emotionalen Belastung durch die Kosten der Pflege

Sicht der Patientenorganisationen

Mehrere Interviewpartner, welche Pflegebedürftige und Angehörige beraten, berichten, dass viele Ihrer KlientInnen die Kosten des Pflegeheims oder die einer intensiven ambulanten Pflege und Betreuung nicht mit ihrem Renteneinkommen (und der HE) decken können. Häufig müsse daher das Vermögen – falls vorhanden – angetastet werden und früher oder später EL beantragt werden. Viele Personen hätten keine hohen Pensionskasseneinkünfte, sondern Vermögen in Form von Häusern. Dies wird besonders in ländlichen Fallstudienregionen berichtet, wo der Hausbesitz und geringe Pensionskassenguthaben verbreitet seien. Mehrmals genannt wird die besonders hohe finanzielle Belastung, wenn der Partner/die Partnerin einer pflegebedürftigen Person, die im Pflegeheim wohnt, noch zu Hause wohne. Die Interviewpartner erwähnen Fälle, bei denen Personen, deren PartnerIn in ein Pflegeheim eintritt, schnell zu ErgänzungsleistungsbezügerInnen würden.

Die drohende Abhängigkeit von EL löst gemäss mehreren InterviewpartnerInnen Existenzängste bei den Pflegebedürftigen und den Angehörigen aus. Viele Personen machen sich gemäss mehreren InterviewpartnerInnen auch Sorgen, wenn Sie hören, wie hoch die Kosten für ein Pflegeheim seien. Sie merken, dass Ihre finanziellen Möglichkeiten nicht ausreichen bzw. das Vermögen schneller aufgebraucht würde als geplant. Besonders belastend seien Situationen, bei denen Hausbesitzer ihr Haus verkaufen und die pflegebedürftige Person oder deren Angehörige (wenn die pflegebedürftige Person im Pflegeheim ist) in eine Mietwohnung ziehen müssten, da sie noch nicht ergänzungsleistungsberechtigt seien. Eine befragte Person berichtet, dass es teilweise sehr schwierig sei, im angestammten Ort, kurzfristig eine bezahlbare Wohnung zu finden. Einige Interviewpartner berichten auch, dass die hohen Kosten für die Pflege und Betreuung im Alter Frust bei den älteren Personen auslösen.

Sicht der Pflegebedürftigen/Angehörigen

Die Interviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen ermöglichen einen vertieften Blick auf die von den Patientenorganisationen bereits aufgeworfenen Themen. Bei 18 der 42 befragten Personen reichen die eigenen Einnahmen (aus z.B. AHV, Pensionskasse, HE, EL) nicht aus, um die Kosten für die Pflege und Betreuung zu decken. 13 dieser 18 Personen leben in Alters- oder Pflegeheimen. In allen Fällen muss das Vermögen angetastet werden. Bei der Mehrzahl der Befragten (die noch keine EL erhalten) stösst dies auf Verständnis, wird vereinzelt aber auch als schwierig empfunden. Solche emotional schwierigen Situationen treten vor allem dann auf, wenn die InterviewpartnerInnen unzufrieden sind mit der Versorgung, und gleichzeitig das Vermögen schnell verbraucht wird.

Finanziell schwierige Situationen zeigten sich nicht nur bei Pflegebedürftigen in der stationären Pflege, sondern auch bei Befragten kurz vor einem Heimeintritt oder in der häuslichen Versorgung. In einem Fall wurde die Pensionskasse des verstorbenen Ehepartners ausbezahlt, um die Kosten für das Alter-/Pflegeheim bis zum Verkauf des Einfamilienhauses überbrücken zu können. Die Kosten für die ambulante Versorgung konnten zwar bei 75% der Befragten durch die Einnahmen der Betroffenen gedeckt werden, es zeigte sich jedoch, dass viele der Befragten in sehr bescheidenen Verhältnissen leben und die Finanzen genau eingeteilt werden müssen. Einzelne verdeutlichten dies mit Aussagen wie z.B. «das Geld muss einfach reichen». Solche Situationen können potenziell zu Fehl- oder Unterversorgung der Betroffenen führen.

Die Interviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen verdeutlichten die emotionale Belastung von Personen, die an der Schwelle zu den EL stehen. Dies war der Fall, wenn die InterviewpartnerInnen kein oder kaum Vermögen, aber noch ein Eigenheim besaßen, das sie nicht verkaufen wollten. Schwierig waren solche Situationen vor allem für jene Befragte, die in einer Partnerschaft lebten, wobei ein Lebenspartner auf die Pflege und Betreuung des anderen angewiesen war. Emotional schwierige Situationen wurden aber auch von alleinlebenden Personen an der Schwelle zur EL beschrieben. Ein Beispiel verdeutlicht dies besonders: Die pflegebedürftige Person ist im Rollstuhl und auf Hilfe angewiesen. Tägliche Unterstützung leistet die Spitex und eine Angestellte, die in derselben Wohnung wohnt und schwarz für die pflegebedürftige arbeitet. Die pflegebedürftige Person hätte Anspruch auf EL, müsste dafür aber ihre Wohnung aufgeben. Zusätzlich belastend ist, dass die Angestellte sich zukünftig bei den

obligatorischen Sozialversicherungen anmelden möchte. Die dadurch entstehenden finanziellen Mehrbelastungen würden die Möglichkeiten der pflegebedürftigen Personen übersteigen.

Interviewaussagen zu Deckungslücken beim Bezug von Ergänzungsleistungen

Sicht der Patientenorganisationen

Bei der Frage, ob sich alle Pflegebedürftigen eine angemessene Pflege leisten können, sind die befragten Patientenorganisationen und Gemeindevertreter mehrheitlich der Ansicht, dass dies bei Pflegeheimen – mit einzelnen Ausnahmen – der Fall sei. Die EL würden die Kosten für die Pflege, Betreuung, Pension und den Lebensunterhalt decken. Als Ausnahmen, wo die EL nicht genügend greifen, werden Fälle genannt, bei denen die Pflegeheimtarife die von der EL gedeckten Maximaltarife übersteigen (u.a. auch bei ausserkantonalen Pflegeheimen). Dies ist beispielsweise im Kanton Luzern der Fall, wo es ein starkes Stadt-Land-Gefälle bei den Pflegeheimtarifen gäbe und der maximal anrechenbare Tarif der EL auf dem Niveau der günstigeren Tarife auf dem Land liege. Im Fall von Demenz kommt gemäss verschiedenen Befragten häufig noch der von einigen Pflegeheimen eingeführte Demenzzuschlag hinzu, der nicht von den EL übernommen würde. Eine Person berichtet auch, dass gewisse Pflegeheime Pflegebedürftige ablehnen, wenn abzusehen ist, dass das Vermögen nicht für 2-3 Jahre reicht.

Im Bereich der *Pflege zu Hause* sind die befragten Personen dagegen mehrheitlich der Ansicht, dass die Unterstützungsleistungen (EL und HE) nicht immer ausreichen, um die Kosten der Pflege, Betreuung und des weiteren Lebensunterhalts zu decken. Die InterviewpartnerInnen erwähnen Fälle, bei denen die betroffene Person früher einen Pflegeheimaufenthalt in Betracht ziehen müsste, weil die EL im Pflegeheim mehr Kosten übernehmen als bei der Pflege und Betreuung zu Hause. Dies ist laut mehreren Interviewpartnern der Fall, wenn die effektive Miete, die von den EL maximal gedeckten Mietkosten (CHF 13'200 pro Jahr; bei Ehepaaren CHF 15'000 pro Jahr) übersteigen. Vermehrt berichtet wird dies beispielsweise im Kanton Zürich (Bezirk Affoltern am Albis). Ein weiterer häufig genannter Fall, bei dem die EL (und weitere finanzielle Unterstützungsleistungen) zu wenig greifen, ist das betreute Wohnen. Beispielsweise im Kanton Bern könne das betreute Wohnen nicht als Hotellerie/Betreuungskosten über die EL abgerechnet werden, sondern dies würde wie das Wohnen zu Hause behandelt und übersteige dann die von den EL übernommenen Kosten. In Bezug auf die Hilfslosenentschädigung besteht gemäss einzelnen Befragten das Problem, dass diese erst nach einem Jahr der Hilfsbedürftigkeit angemeldet werden können. Zudem weisen mehrere Interviewpartner darauf hin, dass die Formulare bzw. Kriterien für die Hilfslosenentschädigung nicht auf Menschen mit Demenz zugeschnitten seien und diese in Anfangsstadien daher häufiger nicht von der Hilfslosenentschädigung profitieren.

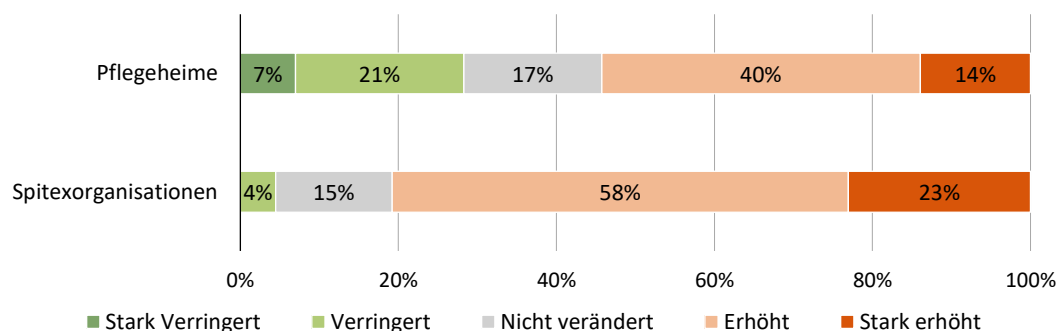
Die befragten Personen thematisieren zudem häufig hohe Betreuungskosten, welche bei einem intensiven Ausmass an Betreuung (z.B. bei Demenz) die von den EL gedeckten Kosten übersteigen könnten. Schliesslich erwähnen einzelne Organisationen, dass die EL bei einigen Personen nicht ausreichen, um ausserordentliche Ausgaben, wie z.B. Heizkosten, Möbel, Hilfsmittel zu bezahlen. Die Pro Senectute leistet in solchen Fällen finanzielle Unterstützungen, die durch den Bund mitfinanziert werden.

Sicht der Pflegebedürftigen und Angehörigen

InterviewpartnerInnen, die bereits EL beanspruchen, können mit ihren Einnahmen aus der AHV und EL (und zum Teil HE) die Kosten der Versorgung mehrheitlich decken. Drei, im Alters-Pflegeheim lebende, Personen gaben an, dass sie trotz der EL, Teile ihres Vermögens verwenden müssten (83,- – 700,- im Monat). Emotional belastend war diese Situation für die Betroffenen jedoch nicht, da noch etwas Vermögen vorhanden war bzw. bei sinkendem Vermögen eine regelmässige Anpassung der Ergänzungsleistungen beantragt wird. Als schwierig und administrativ aufwändig wurde der regelmässige Wechsel der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem von der EL ausgezahlten Pauschalbetrag für die Krankenkassenprämien.¹⁷³ InterviewpartnerInnen müssen daher abwägen, ob ein Krankenkassenwechsel stattfinden oder ob der Restbetrag vom vorhandenen Vermögen gedeckt werden kann oder soll. Ausserdem können auch bei EL-BezügerInnen Kosten für spezielle Belange (Hilfsmittel, Medikamente, die auch von der Krankenversicherung nicht übernommen werden) anfallen, die nicht von den EL gedeckt werden.

Sicht Leistungserbringer zum Einfluss NPF auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen

Abbildung 22: Veränderung der finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen durch die NPF



Frage: Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in der Schweiz ausgewirkt? Die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen hat sich ...

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Leistungserbringer: Spitex-Organisationen: n=156, fehlend: 0; Pflegeheime: n=258, fehlend: 0.

A6. Auswirkungen der NPF auf die Versorgung der Pflegebedürftigen

A6.1. Inanspruchnahme

A6.1.1. Interviewaussagen zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

Einflussfaktoren für die erstmalige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen

Aus der Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen geht hervor, dass die erste Inanspruchnahme von Pflegeleistungen meist durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und/oder eine zunehmende Belastung der Angehörigen ausgelöst wird. So kam es in den meisten Fällen im Zuge einer akuten Verschlechterung (z.B. Sturz, Unfall, Infektion) auch zu mindestens einer Hospitalisation.

¹⁷³ Die EL vergütet Pauschalbeträge für die obligatorische Krankenversicherung, die jährlich durch den Bund für jeden Kanton einzeln festgelegt werden. Vgl. <https://www.ahv-iv.ch/p/5.01.d>.

In einigen Fällen hat eine stetige Verschlechterung des Zustandes zur Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen geführt. Ausserdem spielt die Belastung von (pflegenden) Angehörigen eine entscheidende Rolle. Diese steht vor allem im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Überforderung, dem gesundheitlichen Zustand der Angehörigen (Erkrankungen, Alter), oder anderen Verpflichtungen, denen sie nachgehen müssen (z.B. Versorgung von minderjährigen oder unterstützungsbedürftigen Kindern, Haus, Garten). Von den pflegenden Angehörigen wird aber auch der Wunsch nach einer Absicherung, für den Fall dass sie die Pflegebedürftigen nicht mehr unterstützen können, als Grund dafür geäussert, dass Pflege zu Hause in Anspruch genommen wird.

Häufig sind es Fachpersonen, die die befragten Betroffenen oder Angehörigen z.B. während eines Krankenhausaufenthaltes oder einer Untersuchung, auf den Bedarf oder die Möglichkeit hinweisen, Leistungen zu beanspruchen. Die abschliessende Entscheidung eines Heimeintrittes oder Beanspruchung von ambulanten Leistungen wird meist unter Berücksichtigung der Wünsche der Pflegebedürftigen getroffen.

Einflussfaktoren für die Wahl des Settings

Die Interviews mit den Patientenorganisationen sowie mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen zeigen klar auf, dass die Entscheidung welche Art von Unterstützung beansprucht wird, stark von einem deutlichen Wunsch nach dem Verbleib in der Häuslichkeit geprägt ist. Einzelne Patientenorganisationen bemerken, dass viele Personen grosse Vorbehalte gegenüber Heimen hätten und diese häufig einen schlechten Ruf hätten («Heim als Horrorvorstellung»). Auch aus den Interviews mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen geht hervor, dass ein Eintritt ins Alters-/Pflegeheim erst in Erwägung gezogen wird, wenn die gesundheitliche Situation oder ein (fehlendes) Unterstützungsnetz einen Verbleib zu Hause nicht mehr möglich macht. Meist wurden bei den befragten Fällen vor der stationären Pflege auch schon ambulante Angebote beansprucht. Einem Heimeintritt gingen bei den befragten Pflegebedürftigen häufig akute Ereignisse (z.B. Sturz) voraus, die einen oder mehrere Spitaleintritte zur Folge hatten.

Die Form der Pflege und Betreuung hängt auch stark vom sozialen bzw. familiären Umfeld der Pflegebedürftigen ab. Einige Interviewpartner äussern, dass auf dem Land und bei Ausländern die familiären Strukturen noch stärker greifen. Die Angehörigen würden in der Regel die Betroffenen auch so lange wie möglich zu Hause pflegen und hätten ein schlechtes Gewissen, die Betroffenen ins Heim zu „geben“. Bei der Befragung der Pflegebedürftigen und Angehörigen zeigte sich, dass Veränderungen im gewohnten sozialen Unterstützungsnetz (z.B. durch Tod des Partners oder Eintritt der Bezugsperson ins Pflegeheim) oder die zunehmende Belastung von Angehörigen einen starken Einfluss auf die Entscheidung für einen Heimeintritt hatten. Teilweise erfolgte die Wahl, in ein Pflegeheim zu gehen, aber auf eigenen Wunsch. So nannten die InterviewpartnerInnen das Gefühl, nicht ausreichend Pflege zu bekommen oder die soziale Isolation, die häufig mit dem Alleinleben in Verbindung steht, als beeinflussende Faktoren.

Rolle des Angebots:

Zudem scheint auch das Angebot in der jeweiligen Gemeinde die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu beeinflussen. In den Fallstudienregionen berichten die befragten Patientenorganisationen und Gemeindevertreter grundsätzlich von gut ausgebauten ambulanten und stationären Strukturen. So sei im ambulanten Bereich die Spitex gut ausgebaut und es seien vermehrt neue Anbieter auf den Markt gekommen. Zwei Regionen berichten von einem starken Ausbau von intermediären Strukturen (Tagesstrukturen); in anderen Regionen bestehen laut den Befragten gute Entlastungsdienste. Dennoch scheint es auch noch einzelne Lücken und eingeschränkte Verfügbarkeiten von Heimplätzen zu geben. Bei den befragten Pflegebedürftigen musste in einem Fall die Betroffene 1 Jahr auf einen Heimplatz warten und in einem Fall wurde der Heimeintritt durch einen zufällig freiwerdenden Heimplatz spontan entschieden. Gemäss einem Sozialdienst eines Spitals ist auch häufig eine Zwischenlösung nötig, bis die Betroffenen in ein geeignetes Pflegeheim gehen können. Eine Patientenorganisation berichtet zudem, dass teilweise kein Heimplatz in der Nähe der Angehörigen frei sei, so dass die Angehörigen die Pflegebedürftigen dann lieber zu Hause behalten möchten. In Bezug auf die Pflege zu Hause weiss eine Patientenorganisation von Fällen zu berichten, in denen das ambulante Angebot aus Sicht der Angehörigen nicht genügend ausgebaut war (z.B. Sicherheit eines Notrufs, organisiertes Essen), so dass die Entscheidung fiel, in ein Pflegeheim einzutreten.

Rolle der Finanzierung

Auch finanzielle Aspekte scheinen für die Entscheidung, in welchem Setting die Pflege und Betreuung stattfindet, teilweise eine Rolle zu spielen. So berichten die Patientenorganisationen, dass die Pflegebedürftigen und Angehörigen auch aus finanziellen Gründen häufig die ambulante Pflege bevorzugen würden, da bei wenig intensiver Pflege ein Pflegeheim teurer käme. Berichtet wird von Fällen, in denen der drohende Verkauf des Eigenheims aufgrund von hohen Heimkosten die Angehörigen eher dazu bewegen hätten, die Pflege zu Hause zu bevorzugen.

Bei komplexen, pflegeintensiven Fällen stellt gemäss mehreren Patientenorganisationen aber auch häufig ein Pflegeheim die kostengünstigere Wahl dar. Mehrere Patientenorganisationen stellen so auch fest, dass sich einige Pflegebedürftige und Angehörige ab einem gewissen Grad an Pflegebedürftigkeit die Pflege zu Hause nicht mehr leisten können. Vielfach wird hier das Beispiel Demenz angeführt. Vermögendere Personen können laut mehreren Patientenorganisationen den Pflegeheimaufenthalt länger hinauszögern – beispielsweise durch das Engagement einer 24h-Betreuung zu Hause, der intensiven Inanspruchnahme von Entlastungsdiensten oder durch intermediäre Pflegeformen wie z.B. das betreute Wohnen oder Tages- und Nachtstrukturen. Weniger vermögende Personen kämen hingegen schneller in ein Pflegeheim.

Mehrere Patientenorganisationen weisen auch darauf hin, dass in Fällen, in denen eine intensive Pflege und Betreuung nötig ist, der Aufenthalt im Pflegeheim besser durch die EL abgedeckt sei als die Pflege zu Hause oder in einer betreuten Wohnform. Eine Patientenorganisation weiss zu berichten, dass beispielsweise die Kosten des Mahlzeitendienstes nicht voll durch die EL gedeckt würden. Auch hauswirtschaftliche Leistungen werden nur teilweise (mit Arztzeugnis) von den EL übernommen. Eine

Patientenorganisation ist der Ansicht, dass die Schwelle bei der Hilflosenentschädigung und dem Assistenzbeitrag/Betreuungsgutschriften für die Angehörigen zu hoch angesetzt sei und die finanzielle Entlastung bei der Betreuung zu Hause zu wenig gewährleistet sei. Laut einem Gemeindevertreter setzt die Gemeinde ab einem bestimmten Grad Grenzen bei der Kostenübernahme der Pflege und Betreuung zu Hause.

Als weitere Beispiele, bei denen sich Pflegebedürftige teilweise das gewünschte Pflegesetting nicht leisten können, nennen die Patientenorganisationen ausserkantonale Pflegeheime sowie private, und «luxuriösere» Residenzen, welche EL-Höchstgrenzen häufig überschreiten würden.

Auch unter den befragten Pflegebedürftigen und Angehörigen waren vereinzelt Fälle, bei denen die Kosten beim Abwägen zwischen Pflege zu Hause oder im Pflegeheim eine Rolle spielten. Ein Beispiel: Eine pflegende Angehörige bemerkte, dass sie ihren an Demenz erkrankten Ehemann, der nur noch portugiesisch und spanisch spricht, nicht in ein Schweizer Pflegeheim geben könne. Der Betroffene könne sich dort nicht mit dem Personal verständigen und zeitgleich würden die hohen Kosten sie dazu zwingen, ihr Eigenheim zu verkaufen. Aufgrund der Sprachbarriere hatte sie bereits Pflegepersonen aus dem Ausland engagiert und wägt ab, ob eine Betreuung im Ausland eine bessere Lösung darstellen würde.

In anderen Fällen äussern die Befragten, dass die Finanzierung eine untergeordnete Rolle spielte. Begründet wurde dies damit, dass keine andere Möglichkeit für die Inanspruchnahme bestand oder dass genügend Vermögen für einen Heimeintritt vorhanden war (z.B. durch den Verkauf von Liegenschaften oder, dass auch die Kinder finanzielle Unterstützung geleistet hätten). Gemäss den Aussagen der Pflegebedürftigen und Angehörigen, scheinen die Kosten bei der Entscheidung, welches Alters-/Pflegeheim beansprucht wird, eine Rolle zu spielen. Den Befragten war wichtig, dass das Pflegeheim die offiziellen Tarife verrechnet und dass Transparenz bei den Kosten besteht (z.B. im Hinblick auf Preis-/Leistungsverhältnis oder die regelmässige Anpassung der Pflegebedarfsstufe).

A6.1.2. Entwicklung der Inanspruchnahme

Anhand der verfügbaren Angaben der Spitex-Statistik und SOMED können aggregierte Angaben zum Nachfrageverhalten seitens der KlientInnen gemacht werden, wobei wiederum für die Pflegeheime die Entwicklung auf vergleichbaren Daten zwischen 2006 und 2015 aufgezeigt werden kann, bei der Hilfe und Pflege zu Hause zwischen 2010 und 2015.

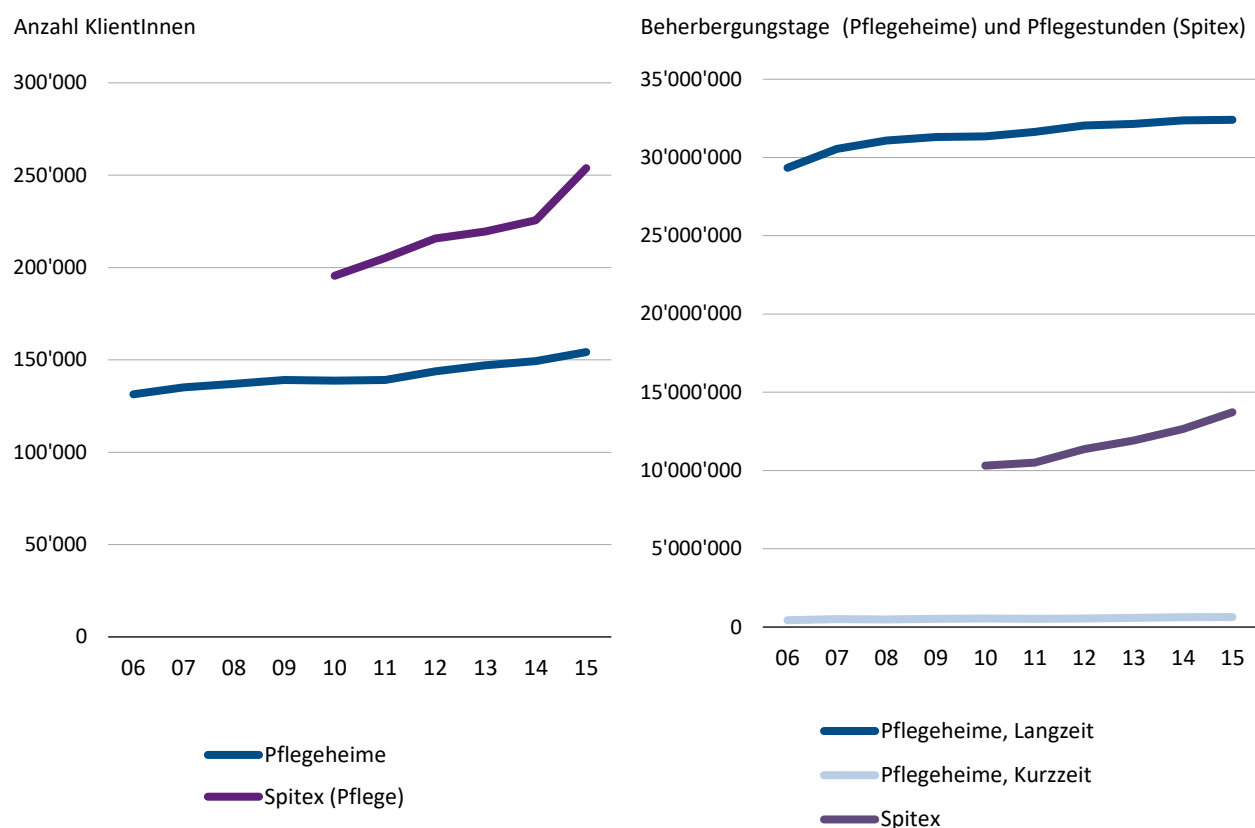
Insgesamt fand eine Zunahme der Anzahl *PflegeheimbewohnerInnen* um 17% zwischen 2006 und 2015 auf 154'000 BewohnerInnen statt. Diese Entwicklung kann grob in drei Perioden aufgeteilt werden: die Jahre 2006 bis 2009, in denen die Anzahl relativ stetig mit durchschnittlich 2% jährlich stieg, die Jahre 2009-2011, in denen keine Zunahme stattfand, und die Jahre nach der Einführung der NPF, in denen die Anzahl BewohnerInnen in ähnlichem Ausmass zunahm wie vor 2009. Auch in ca. der Hälfte der Kantone¹⁷⁴ nahmen die Anzahl KlientInnen kurz vor Einführung der NPF weniger stark zu als davor und danach.

Im Jahr 2015 haben diese BewohnerInnen insgesamt rund 33 Mio. Beherbergungstage in Anspruch genommen, was rund 3 Mio. mehr waren als im Jahr 2006 (+11%), wobei im Jahr 2011 in den meisten

174 AG, AR, BE, BL, GR, JU, OW, SG, SO, TG, UR, VD und ZH

Kantonen eine ähnliche Zunahme stattfand wie davor und danach¹⁷⁵. 98% der Beherbergungstage wurden im Langzeitbereich und die restlichen 2% im Kurzzeitbereich nachgefragt. Seit dem Jahr 2012 können zudem Aussagen über die Entwicklung der Anzahl in Anspruch genommener Tage in Tages- oder Nachtstrukturen gemacht werden. Zwischen 2012 und 2015 ist deren Anzahl von 115'000 um 55% auf 179'000 Beherbergungstage/-nächte gestiegen.

Abbildung 23: Entwicklung der Nachfrage in Pflegeheimen bzw. für Hilfe und Pflege zu Hause



Grafik INFRAS. Quelle: SOMED- und Spitex-Statistik des BFS

Im Vergleich zur Anzahl PflegeheimbewohnerInnen hat die Anzahl *der KlientInnen der Hilfe und Pflege zu Hause* in einem kürzeren Zeitraum – den Jahren 2010 bis 2015 – deutlich stärker zugenommen als die Anzahl PflegeheimbewohnerInnen, von 196'000 KlientInnen im Jahr 2010 um 30% auf 254'000 KlientInnen im Jahr 2015, wobei jährlich eine Zunahme stattfand, die grösste davon im Jahr 2015. In 8 Kantonen¹⁷⁶ nahm diese Anzahl jedoch nicht zu. Zudem war die Zunahme nicht in allen Kantonen konstant.¹⁷⁷ Mit den verfügbaren Daten ist kein Vergleich mit der Entwicklung bis zum Jahr 2010 möglich.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Ausnahmen bilden die Kantone AR, GL, SH und NW.

¹⁷⁶ AI, AR, GL, GR, SG, SH, UR und ZG

¹⁷⁷ Dies war in den Kantonen AG, FR, GE, JU, NE, TI und VS nicht der Fall.

¹⁷⁸ Da bis im Jahr 2010 die privaten Spitex-Organisationen nicht in der Grundgesamtheit enthalten sind, würde ein Vergleich der Zeitperioden vor und nach 2010 ein verfälschtes Bild ergeben.

Es ist jedoch ersichtlich, dass sich die Entwicklung im Jahr 2011 nicht merklich von jener danach unterscheidet. Für die Jahre nach Einführung der NPF zeigen die Daten der Spitex-Statistik ferner, welche Leistungen nachgefragt werden.¹⁷⁹ Am meisten Zuwachs an KlientInnen verzeichnete dabei die Langzeitpflege im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause.

Schweizweit nahm auch die Anzahl nachgefragter *Pflegestunden* durch die Hilfe und Pflege zu Hause in einem ähnlichen Ausmass wie die Gesamtzahl der KlientInnen zu: Um 33% von 10.3 Mio. im Jahr 2010 auf 13.7 Mio. im Jahr 2015, wobei der Anstieg im Jahr 2012 und folgend stärker war als im Jahr 2011. In 16 Kantonen war es gar so, dass die Anzahl nachgefragter Pflegestunden im Jahr 2011 tiefer lag als im Jahr 2010, bevor danach eine Trendwende hin zu mehr nachgefragten Pflegestunden stattfand.¹⁸⁰

A6.2. Leistungsangebot

A6.2.1. Zahlen zur Entwicklung des Leistungsangebots

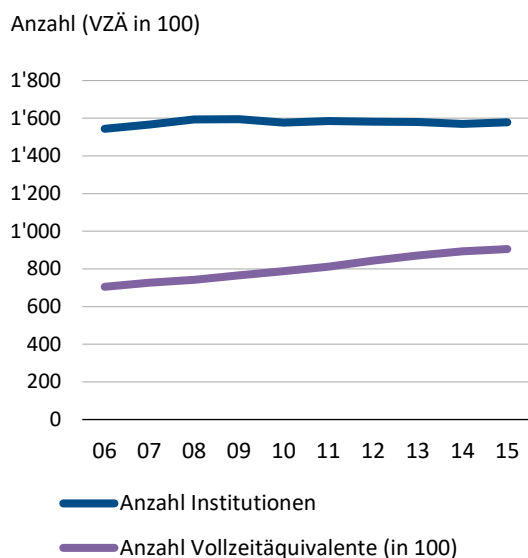
Nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl Institutionen (inkl. Altersheime) und die Anzahl Mitarbeitende in den Pflegeheimen und Spitex-Organisationen gemessen in Vollzeitstellen (in 100). Für die Pflegeheime können diese Angaben zwischen 2006 und 2015 betrachtet werden, für die Spitex-Organisationen erst ab dem Jahr 2010.

¹⁷⁹ Dies in der Grafik dargestellte Anzahl KlientInnen bezieht sich nur auf die KlientInnen der Langzeitpflege.

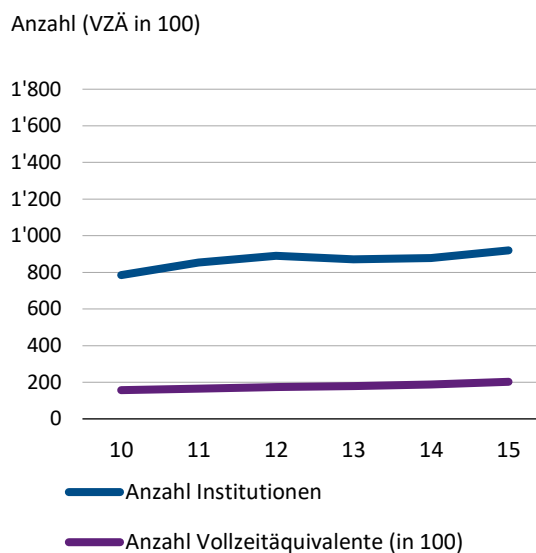
¹⁸⁰ Dies war in den Kantonen AR, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, OW, SH, SZ, TG, UR, VD, VS und ZG der Fall. Teilweise fand in einzelner dieser Kantone auch danach noch zwischenzeitlich eine Abnahme der nachgefragten Spitex-Stunden statt.

Abbildung 24: Entwicklung der Anzahl Institutionen und der Beschäftigten der Pflegeheime und Spitex-Organisationen, 2006-2015

Pflegeheime



Spitex-Organisationen



Grafik INFRAS. Quelle: SOMED und Spitex-Statistik des BFS

In Bezug auf die Anzahl Leistungserbringer und die Beschäftigten lassen sich folgende Entwicklungen festhalten:

Anzahl Leistungserbringer:

- Die Anzahl der Pflegeheime hat sich mit Einführung der NPF nicht auffällig verändert. Insgesamt lag deren Anzahl 2015 mit 1'578 Institutionen 2% über dem Stand im Jahr 2006 und zwischenzeitlich fanden kleinere Schwankungen statt. Auch in den Kantonen fand, ausser in deren zwei, um 2011 keine besondere Zu- oder Abnahme der Anzahl Institutionen statt.¹⁸¹
- Im Jahr 2015 lag die Anzahl Spitex-Organisationen mit 920 Organisationen 17% über dem Stand im Jahr 2010. Die Zunahme erfolgte v.a. zwischen 2010 und 2012 und somit ein Jahr vor und nach der Einführung der NPF. Eine solche Zunahme ist auch in fast allen Kantonen zu erkennen.¹⁸²

Beschäftigte in den Pflegeheimen (Anzahl Vollzeitäquivalente VZÄ):

- Über den Zeitraum 2006 bis 2015 hat die Anzahl der in *Pflegeheimen* arbeitenden VZÄ eindeutig zugenommen, wobei die Zunahme konstant war und sich im Jahr 2011 kaum von den restlichen Jahren

¹⁸¹ Dies sind die Kantone GE und VS.

¹⁸² Mit der Ausnahme von AR, SO und TI. Zu beachten gilt, dass die Abdeckung der erwerbswirtschaftlichen privaten Spitex-Organisation in der Statistik ab 2010 laufend zugenommen hat.

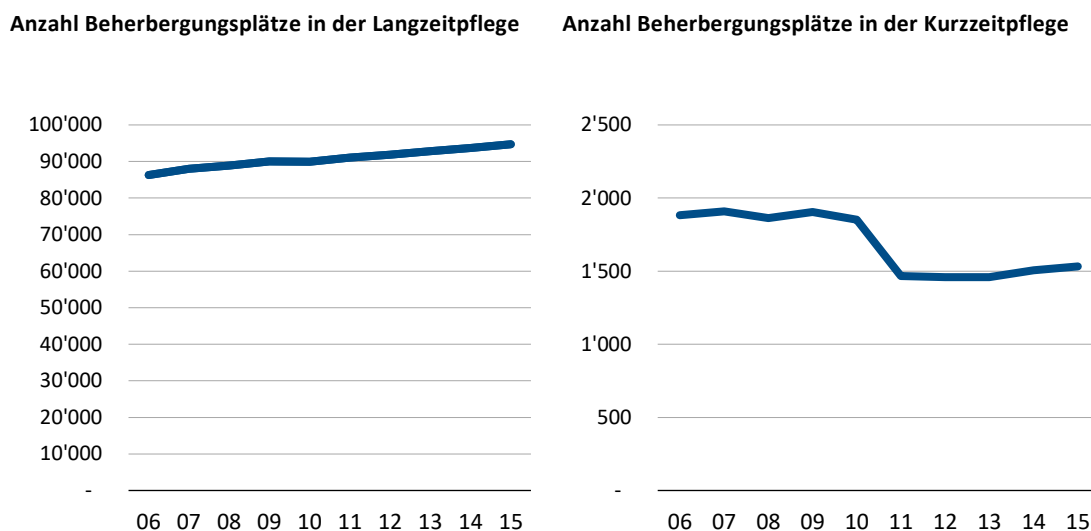
unterscheidet. Insgesamt sind die Anzahl VZÄ in Pflegeheimen um 28% von 70'500 auf 90'500 angestiegen. So stetig wie die schweizweite Zunahme war diese nur in wenigen Kantonen¹⁸³, in den anderen Kantonen fand auch eine zeitweilige Abnahme statt. Auch im Verhältnis zur Anzahl KlientInnen hat die Anzahl VZÄ seit 2006 zugenommen: Im Jahr 2006 kamen auf eine Vollzeitstelle im Pflegeheim 1.9 BewohnerInnen. Im Jahr 2016 waren es deren 1.7. Die Rund 90'000 VZÄ beinhalten alle vollzeitäquivalent Beschäftigten in den Pflegeheimen. Davon ist rund die Hälfte Gesundheitspersonal (Obsan 2016). Unter dem Gesundheitspersonal verzeichneten gemäss Bestandsaufnahme des Obsan die Personengruppe mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II Niveau seit dem Jahr 2010 den stärksten Zuwachs.

- Auch die VZÄ in den *Spitex-Organisationen* sind im Zeitraum von 2010 bis 2015 relativ konstant angestiegen (von 15'700 auf 20'200) ohne besondere Entwicklung im Jahr 2011, sowohl gesamtschweizerisch als auch in den meisten Kantonen.¹⁸⁴ 85% der vollzeitäquivalenten Stellen in den Spitex-Organisationen sind durch Pflegefachpersonen besetzt. Gemäss Obsan (2016) hat sich die Zusammensetzung des Pflegefachpersonals nach Ausbildungsstufe zwischen 2011 und 2014 nicht verändert.

Anzahl Beherbergungsplätze (nur für Alters- und Pflegeheime zutreffend)

Für die Pflegeheime ist ferner das Platzangebot für die Lang- und Kurzzeitpflege aus der SOMED-Statistik ersichtlich:

Abbildung 25: Entwicklung der Anzahl Beherbergungsplätze der Pflegeheime, 2006-2015



Grafik INFRAS. Quelle: SOMED Statistik des BFS

¹⁸³ Eine stetige Zunahme hat in den Kantonen AG, SZ, VD und ZH stattgefunden.

¹⁸⁴ Nicht-stetig verlief die Zunahme in AI, BS, GL, GR, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, ZH, wobei meistens nur in einem Jahr eine Reduktion stattfand. Lediglich in SH und OW fand über mehrere Jahre auch eine Abnahme statt.

Bei der Entwicklung der in den Pflegeheimen angebotenen Plätze zeigt sich ein Unterschied zwischen Lang- und Kurzzeitplätzen. Bei den Langzeitplätzen fand ein relativ konstantes kleines jährliches Wachstum von weniger als 2% statt, wobei auch das Jahr 2011 keine spezielle Entwicklung aufzeigt. Vergleichbar ist die Entwicklung auch in den Kantonen. Bei den Kurzzeitplätzen hingegen fand zwischen 2006 und 2015 eine Verringerung statt: um 19% von 1'880 auf 1'530. Dabei hat die grösste Verringerung der Kurzzeitplätze im Jahr 2011 stattgefunden. Obwohl diese Entwicklung in den einzelnen Kantonen Schwankungen ausgesetzt war, fand in ca. einem Drittel der Kantone auch im Jahr 2011 ein beträchtlich grösserer Rückgang der Anzahl Kurzzeitplätze statt als in den vorangehenden oder nachfolgenden Jahren.¹⁸⁵ Dies könnte daran liegen, dass gewisse Plätze eigens für die AÜP umgewandelt wurden. Im Jahr 2011 wurden 290 Plätze für diesen Zweck bereitgestellt, im Jahr 2015 waren es 322.

A6.2.2. Angaben der Leistungserbringer

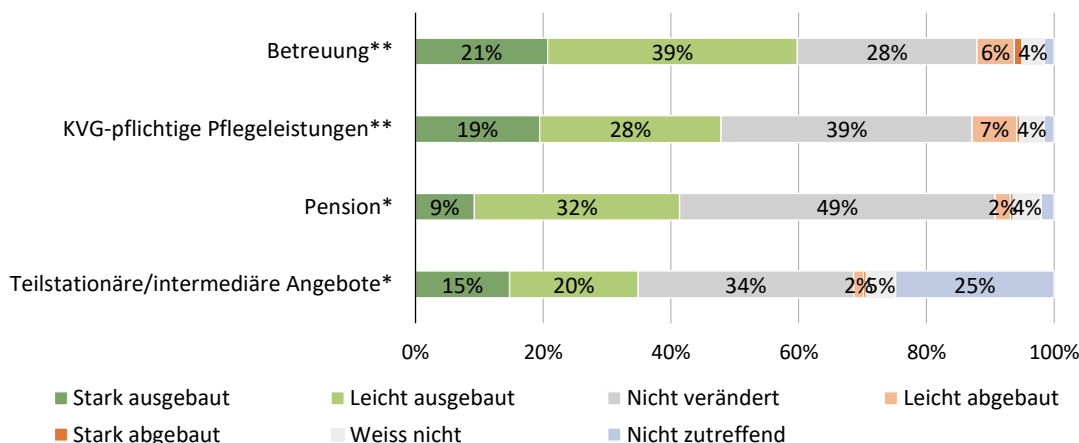
Bei der Befragung der Leistungserbringer zeigt sich, dass die Pflegeheime und Spitex-Organisationen ihr Leistungsangebot seit der NPF insgesamt ausgebaut haben. Dies betrifft einerseits die KVG-pflichtigen Leistungen, bei denen insbesondere die Spitex-Organisationen (64%) ihr Angebot leicht oder stark ausgebaut haben (Pflegeheime: 47%). Jeweils weniger als 10% der Institutionen geben an, das Angebot abgebaut zu haben. Mehr als die Hälfte der Institutionen führen diese Entwicklung jeweils auf die NPF zurück. So haben 60% der Pflegeheime ihr Betreuungsangebot und rund 40% ihr Hotellerieangebot sowie knapp die Hälfte die KVG-pflichtigen Leistungen leicht oder gar stark ausgebaut. Diese Veränderungen führen insgesamt mehr als die Hälfte der Pflegeheime auf die NPF zurück.

Auch die nicht KVG-pflichtigen Leistungen haben gemäss Angaben der Institutionen seit der NPF einen Ausbau erfahren, der bei den Pflegeheimen ausgeprägter ausfällt (PH: Betreuung: 60%, Pension: 41%; Spitex-Organisationen: Hauswirtschafts- und Sozialbetreuungsleistungen: 25%, Mahlzeitendienst: 14%). Ein Drittel der Spitex-Organisationen hat dagegen auch seine Hauswirtschafts- und Sozialbetreuungsleistungen abgebaut.

Darüber hinaus geht aus den Befragungen hervor, dass insbesondere die Pflegeheime teilstationäre Angebote aufgebaut haben (Pflegeheime: 35%, Spitex: 7%). Nachfolgend sind die Ergebnisse exemplarisch für die Pflegeheime aufgeführt.

¹⁸⁵ Dies war in den Kantonen BE, GE, OW, SG, SH, TG, TI, VD und ZH der Fall.

Abbildung 26: Pflegeheime: Entwicklung des Leistungsangebots und Einfluss der NPF



Frage: Kombination aus zwei Fragen: Wie hat sich das Leistungsangebot Ihrer Spitex-Organisation seit dem Jahr 2010 entwickelt? Welchen Einfluss hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Entwicklung?

Legende: ** = Zwischen 50% und 75% der Befragten gaben einen (eher) starken Einfluss der NPF auf diese Entwicklung an. * = Zwischen 25% und 50% der Befragten gaben einen (eher) starken Einfluss der NPF auf diese Entwicklung an.

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Pflegeheime n=258, je nach Item unterschiedlich viele fehlend.

A6.3. Hinweise auf Fehlversorgung/Unterversorgung: Aussagen der Interviewpartner

Zu späte Erstinanspruchnahme von Hilfe

Mehrere Patientenorganisationen äussern, dass sich die Pflegebedürftigen und Angehörigen teilweise zu spät erstmalig professionelle Hilfe holen. Es käme dadurch zum Teil zu Notfalleinsätzen im Spital und anschliessend zu einem direkten Eintritt in ein Pflegeheim. Bei der Befragung der Pflegebedürftigen zeigten sich solche Fälle von später Inanspruchnahme: In einem Fall kam es zu einem Wohnungsbrand aufgrund des Verhaltens der pflegebedürftigen Person und in einem weiteren verdeutlichte erst eine Hospitalisierung des Betroffenen, die Notwendigkeit von Unterstützungsleistungen.

Ein Grund für eine (zu) späte Inanspruchnahme scheinen gemäss Aussagen von Patientenorganisationen die mit der Pflege verbundenen Kosten zu sein. Mehrfach erwähnt werden hier diesbezüglich die nicht durch die Krankenversicherung gedeckten Betreuungskosten. Weil sich einige Pflegebedürftige und Angehörige keine Betreuung leisten wollten oder könnten, würden die Angehörigen selbst häufig die Betreuung übernehmen. Diese seien zum Teil so stark belastet oder nicht sensibilisiert genug, dass sie nicht merkten, dass die pflegebedürftige Person professionelle Hilfe benötigt.

Ein weiterer Grund kann aber auch fehlende oder mangelhafte Informationen über Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten sein. Die Befragungen zeigen, dass viel spezifisches Wissen notwendig ist, um alle finanziellen Unterstützungsleistungen auszuschöpfen zu können. Laut den Patientenorganisationen, würden einige Personen keine Beratungsdienste in Anspruch nehmen, weil sie die Kosten scheuen. Ein befragter Sozialdienst eines Spitals merkt in dem Zusammenhang an, dass es schwieriger

geworden sei, Beratungsleistungen über die Krankenversicherung abzurechnen. Mehrere Patientenorganisationen äussern, dass es sehr wichtig sei, die Pflegebedürftigen und Angehörigen über die Kosten und die Finanzierungsmöglichkeiten gut zu informieren. Auch sie berichten von Fällen, die zu spät Hilfe in Anspruch genommen haben, da sie nicht genügend über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informiert waren.

Neben den Kosten sind laut mehreren Patientenorganisationen aber auch andere Gründe für die späte Inanspruchnahme angeführt, namentlich Hemmungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen, Pflege in Anspruch zu nehmen oder der Unwille, fremde Personen in den Haushalt zu lassen. So wurde auch bei mehreren Fällen der befragten Pflegebedürftigen deutlich, dass ein früherer Einbezug von Dienstleistungen nicht möglich gewesen wäre, da die Pflegebedürftigen diese nicht akzeptiert hätten. Schliesslich seien ältere Personen und deren Angehörige auch oft nicht gut über die verschiedenen Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten informiert und würden sich erst damit auseinandersetzen „wenn es schon brennt“.

Verzögerung von notwendigen Heimeintritten

Einzelne Patientenorganisationen äussern auch den Eindruck, dass die Pflegebedürftigen und Angehörigen teilweise den notwendigen Heimeintritt aufgrund der hohen Kosten oder individuellen Wünsche hinauszögern. Der Heimeintritt folge dann häufig nach einer Schleife über einen Spitalaufenthalt. Solche Fälle, bei denen der Heimeintritt hinausgezögert wird, werden aber seltener erwähnt als die zu späte erstmalige Inanspruchnahme von professioneller Hilfe. Auch aus den Interviews mit Pflegebedürftigen und Angehörigen geht hervor, dass der Zeitpunkt des Heimeintritts in den meisten Fällen als gut empfunden wurde. Nur vereinzelt zeigte sich, dass, trotz professioneller Hilfe, der Heimeintritt zu spät stattgefunden hatte (z.B. erst nach Erkrankung oder Tod von wichtigen pflegenden Angehörigen).

Fehlende Angebote

Einzelne Patientenorganisationen erwähnen, dass Unterversorgung teilweise auch aufgrund von fehlenden Angeboten entstehen würde. Beispielsweise führt eine Patientenorganisation aus, dass nicht in allen Gemeinden ein Notruf installiert sei. Die Gemeinden hätten diese aufgrund der Restkostenfinanzierung eingeschränkt. Angehörige müssen einspringen. Laut Aussagen von Pflegebedürftigen und Angehörigen fehlen aber auch (bezahlbare) Angebote zur Betreuung von (meist demenzerkrankten) Personen. Zudem scheint es in einzelnen Gemeinden Wartefristen für Heimeintritte zu geben. Dies wird im Interview mit einer pflegebedürftigen Person erwähnt. Der fast 1 Jahr später als geplante Heimeintritt wurde rückblickend aber nicht als zu spät eingeschätzt.

Zu geringe Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen

Einzelne Organisationen äussern die Befürchtung, dass die im Rahmen der NPF eingeführte Patientenbeteiligung zu einer reduzierten Inanspruchnahme geführt haben könnten. Dies zeigt sich beispielhaft durch die Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Eine alleinlebende Pflegebedürftige bemerkt, dass sie gerne wöchentlich mithilfe der Spitex duschen würde, aber dass sie sich diese Leistung nur alle 2 Wochen leisten könne. Auch weitere Personen achten stark auf die anfallenden Kosten und planen die Einsätze der Spitex genau, um zu hohe Kosten zu vermeiden. Dabei handelt es sich um Personen mit wenigen finanziellen Mitteln, die keine EL beziehen. Zusätzlich spielen bei der Pflege zu Hause auch die bewilligten Stunden von der Krankenkasse eine grosse Rolle bei der Inanspruchnahme. Nicht selten bemerkten Pflegebedürftige und Angehörige, dass die Stunden zu knapp berechnet werden und sie dadurch nicht die Pflege erhalten, die sie nötig hätten. Ein Sozialdienst eines Spitals hat zudem den Verdacht, dass die Dauer von Kurzaufenthalten in Pflegeheimen aufgrund der selbst zu tragenden Hotellerie- und Betreuungskosten kürzer als nötig gehalten wird.

Situation der Angehörigen

Neben Fällen von Unter- und Fehlversorgung der Pflegebedürftigen äussern sich die befragten Patientenorganisationen vielfach zu kritischen Situationen der Angehörigen. Diese hätten häufig (auch aufgrund der Kosten) Hemmungen, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen und würden den Aufwand für die Betreuung zu Hause unterschätzen. Insbesondere bei Demenz sei die Gefahr von Überforderung gross. Einige Angehörige wollten und könnten sich zum Teil keinen Entlastungsdienst oder andere Entlastungsmöglichkeiten wie Tages- und Nachtstrukturen oder Ferienbetten leisten. Auch bei den Befragungen von Pflegebedürftigen und Angehörigen wurde dies deutlich. Ein befragter Entlastungsdienst führt aus: «Viele Angehörige entschliessen sich dann doch, keine Entlastung in Anspruch zu nehmen, da sie es sich nicht leisten können/wollen bzw. existenzielle Ängste haben. Ein Tagesstättenplatz kostet CHF 125 pro Woche, dann kommt noch die Spitex 2-3 Mal pro Woche, das kostet auch noch CHF 15.95 Selbstbehalt pro Tag. Da wird dann häufig erst Hilfe geholt, wenn die Angehörigen gar nicht mehr können.»

Eine Patientenorganisation berichtet auch, dass nicht überall das gleiche Angebot an Entlastungsmöglichkeiten vorhanden sei. So geht aus den Interviews mit den Gemeindevertretern hervor, dass die Gemeinden unterschiedliche und zum Teil weitergehende finanzielle Entlastungsmöglichkeiten bei der Betreuung zu Hause bieten. So werden in einzelnen Gemeinden beispielsweise die Besuchsdienste teilweise durch die EL bezahlt und/oder die Gemeinde leistet eine Mitfinanzierung am Entlastungsdienst mit tieferen Stundenansätzen. In einigen Gemeinden bestehen laut Interviewaussagen auch sehr gute Netzwerke an Freiwilligenarbeit oder Nachbarschaftshilfe, welche ebenfalls (finanzielle) Entlastung bieten können. Die verschiedenen Angebote werden allerdings laut Interviewaussagen von den Betroffenen nicht immer wahrgenommen. Dies wird auch durch die Befragungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen bestätigt.

Rahmenbedingungen/Qualität der Pflege

Die Patientenorganisationen äussern aufgrund ihrer Gespräche mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen teilweise einen negativen Eindruck zur heutigen Situation bei den Rahmenbedingungen der Versorgung der Pflegebedürftigen. Der grösste Kritikpunkt betrifft in allen Fallstudienregionen klar die wenige Zeit, die dem Personal für die Pflegebedürftigen zur Verfügung steht. Es gäbe bei Spitex-Einsätzen keine Zeit für Gespräche mit den Pflegebedürftigen, der soziale Aspekt bei der Versorgung käme zu kurz und in den Pflegeheimen würden die Bewohner wenig aktiviert. Mehrfach wird erwähnt, dass das Pflegepersonal v.a. aufgrund der Vorgaben und Kontrollen der Krankenversicherer, einem grossen Druck ausgesetzt sei. Sie würden teilweise die Uhr abstellen, um den Pflegebedürftigen noch etwas mehr Zeit widmen zu können. Mehrere Patientenorganisationen haben den Eindruck, dass sich diese Situation über die Zeit verschlechtert hätte. Einen klaren Zusammenhang mit der NPF sehen aber nur einzelne Befragte. So äussern zwei Patientenorganisationen, dass mit der NPF bzw. den Normkosten der Kostendruck zugenommen habe und damit die Personalschlüssel angepasst worden seien.

Einige Patientenorganisationen stellen auch viele Personalwechsel und damit eine mangelnde Kontinuität insbesondere bei der Spitex fest. Hingegen fallen die einzelnen Rückmeldungen zur Qualifikation des Pflegepersonals mehrheitlich positiv aus. Einzelne Patientenorganisationen sind der Ansicht, dass diese eher zugenommen habe. Zwei Organisationen führen dies auf die gestiegenen Anforderungen der Kantone zurück. Eine Organisation erwähnt, dass in den letzten Jahren ein Konkurrenzkampf um fachliches Know-how und Flexibilität (z.B. Angebot einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung) entstanden sei. Nur eine Patientenorganisation weiss über schlecht ausgebildetes Personal (z.B. kein diplomiertes Personal in der Nacht) in einzelnen Heimen zu berichten.

Grundsätzlich sind fast alle befragten Angehörige und Pflegebedürftige zufrieden mit ihrer Versorgung bzw. wollen sich nicht beschweren. Drei Aussagen deuten jedoch auf personelle Engpässe in Alters-/Pflegeheimen hin (Kanton ZH, NE und FR), die zu einer Unzufriedenheit bei Pflegebedürftigen und Angehörigen führte. Die Befragten bemerkten, dass das Betreuungspersonal nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen achtet, keine Zeit für Gespräche bleibt, ein geregelter Ablauf nicht beibehalten werden kann und lange Wartezeiten (z.B. während dem Toilettengang) erduldet werden müssen. Im ambulanten Sektor schätzen die InterviewpartnerInnen die Leistungen der Spitex meist sehr und beurteilen das Preis-Leistungsverhältnis als angemessen. Eine Angehörige beklagte sich über eine unzureichende Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen ihr und der Spitex-Organisation, was die Organisation der Pflege erschwert.

Auch die Pflegeheime und Spitex-Organisationen wurden dazu befragt, wie sich aus Ihrer Sicht die NPF auf die Versorgung der Pflegebedürftigen in der Schweiz ausgewirkt hat. Sie äusserten sich wie folgt zu den folgenden Aspekten:

- **Verfügbare Zeit des Pflegepersonals für die Pflegebedürftigen:** Die Mehrheit der befragten Spitex-Organisationen und Pflegeheime geben an, dass sich die verfügbare Zeit durch die NPF verschlechtert habe (PH: 57% verschlechtert, 10% stark verschlechtert; Spitex: 49% verschlechtert, 5% stark verschlechtert).
- **Bedarfsgerechte Pflege für die Pflegebedürftigen:** In diesem Punkt sehen etwas mehr als die Hälfte der befragten Leistungserbringer hingegen keinen Einfluss der NPF. Die anderen Leistungserbringer sehen je ca. hälftig eine Verbesserung und eine Verschlechterung, wobei die Beurteilung bei den Pflegeheimen etwas negativer ausfällt.
- **Qualität der Versorgung bei den Leistungserbringern:** Auf die Qualität der Versorgung hatte die NPF aus Sicht von rund der Hälfte der befragten Leistungserbringer keinen Einfluss (PH: 58%, Spitex: 46%). Die restlichen Leistungserbringer sind mehrheitlich der Ansicht, dass sich die Qualität verbessert habe.
- **Zugang zur Versorgung:** Auch beim Zugang zur Versorgung sehen die meisten befragten Leistungserbringer keinen Einfluss der NPF und jene, die einen Einfluss beobachteten, geben mehrheitlich an, dass sich der Zugang verbessert habe.

A7. Auswirkungen der NPF auf die Leistungserbringer

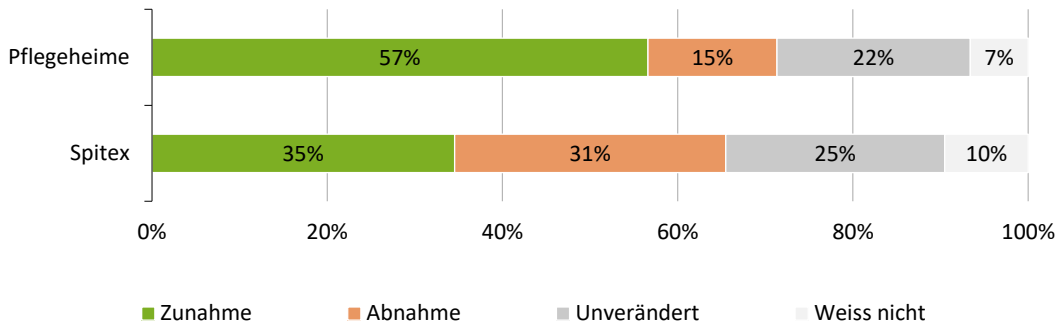
Ungedeckte Restkosten und Kostendruck

Die Hälfte der befragten Spitex-Organisationen wiesen zwischen 2011 und 2015 entweder jedes Jahr (24%) oder teilweise (28%) ungedeckte Restkosten aus, wobei dies überdurchschnittlich häufig von Spitex-Organisationen mit privaten Trägern angegeben wird. Auch bei den Pflegeheimen sind es rund die Hälfte der Betriebe, die entweder jedes Jahr (27%) oder teilweise (24%) ungedeckte Restkosten ausweisen. Hier sind es überdurchschnittlich häufig die öffentlichen und privaten gemeinnützigen Pflegeheime, die dies angeben. Die Frage, ob die Neuordnung der Pflegefinanzierung zu einem höheren Kostendruck geführt habe, bejahten 63% der Spitex-Organisationen und 70% der Pflegeheime. CURAVIVA geht davon aus, dass bei den Pflegeheimen insgesamt ein Fehlbetrag von CHF 300 Mio. entstanden ist. Dadurch bestehe die Gefahr, dass die Pflegeheime Querfinanzierungen über die Hotellerie- und Betreuungstaxen vornähmen.

Die ungedeckten Restkosten werden bei den Spitex-Organisationen gemäss der Onlinebefragung hauptsächlich von deren Trägerschaften übernommen (80%). Lediglich 1% bzw. 5% mit ungedeckten Restkosten stellt diese den KlientInnen voll oder teilweise in Rechnung. Tendenziell häufiger übernommen werden die ungedeckten Kosten von Spitex-Organisationen mit privaten Trägern, insbesondere von den gemeinnützigen Trägern. Bei den Pflegeheimen wurden die ungedeckten Restkosten zu zwei Drittel von den Trägern des Pflegeheimes übernommen, wobei hier die öffentlichen Pflegeheime die Kosten häufiger übernehmen als Pflegeheime mit privatem Träger. 8% finanzieren die ungedeckten Restkosten durch höhere Beiträge an die KlientInnen. 12% gaben eine Mischform der Finanzierung durch die Träger und Klientinnen an. 15% der befragten Pflegeheime finanzieren die Restkosten weder durch die Träger noch durch die Klienten. Diese geben mehrheitlich an, dass sie Reserven beanspruchen. Sechs Pflegeheime geben an, dass sie über die Pensions- oder Betreuungstaxe Quersubventionierungen machen.

Bei der Entwicklung der ungedeckten Restkosten zeigen sich Unterschiede zwischen Pflegeheime und Spitex-Organisationen. Während bei einer Mehrheit der Pflegeheime (57%) die ungedeckten Restkosten zugenommen haben, sind es bei den Spitex-Organisationen je ein Drittel, die angeben, dass die ungedeckten Restkosten zugenommen bzw. abgenommen haben. Sowohl bei den Pflegeheimen als auch bei den Spitex-Organisationen blieben die ungedeckten Restkosten bei einem Viertel der Fälle über die Jahre 2011 bis 2015 unverändert.

Abbildung 27: Entwicklung der ungedeckten KVG-Restkosten



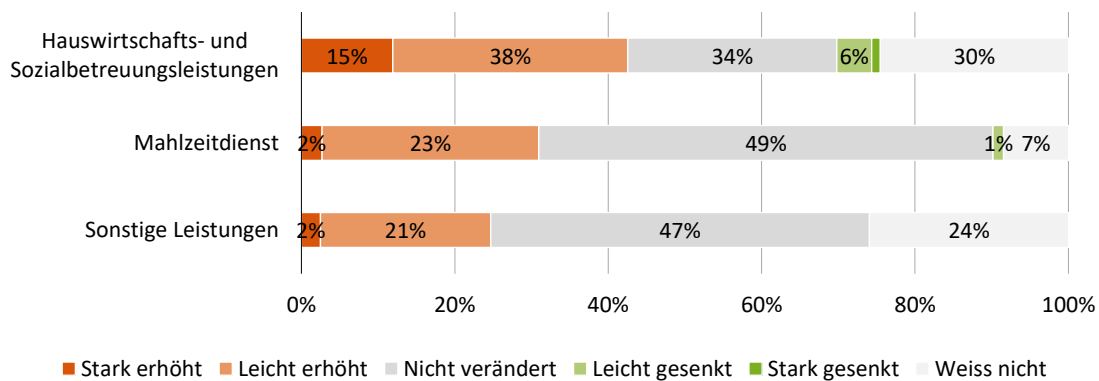
Frage: Wie haben sich die ungedeckten KVG-Restkosten seit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 in Ihrer Spitex-Organisation / Ihrem Pflegeheim entwickelt?

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung Leistungserbringer; Pflegeheim n=136, Spitex n=84

Tarifanpassungen seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Wie in Abbildung 28 und Abbildung 29 ersichtlich, haben die Pflegeheime und Spitex-Organisationen seit der NPF die Tarife von nicht KVG-pflichtigen Leistungen tendenziell erhöht. Am stärksten ausgeprägt ist die Tarifierhöhung bei den Pflegeheimen in den Bereichen Betreuung und Pension.

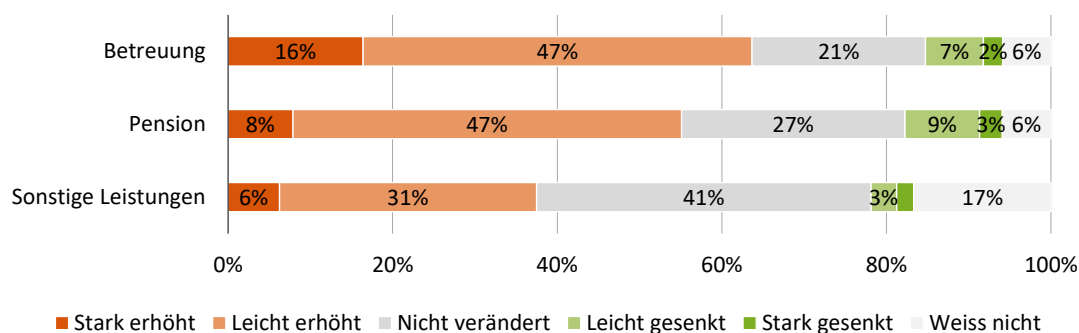
Abbildung 28: Spitex: Tarif-Anpassungen



Frage: Hat Ihre Spitex-Organisation die Tarife der Pflege und der anderen Leistungen seit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung (2011) angepasst?

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung Spitex, 43≤n≤143, je nach Item unterschiedlich viele fehlend.

Abbildung 29: Pflegeheime: Tarif-Anpassungen



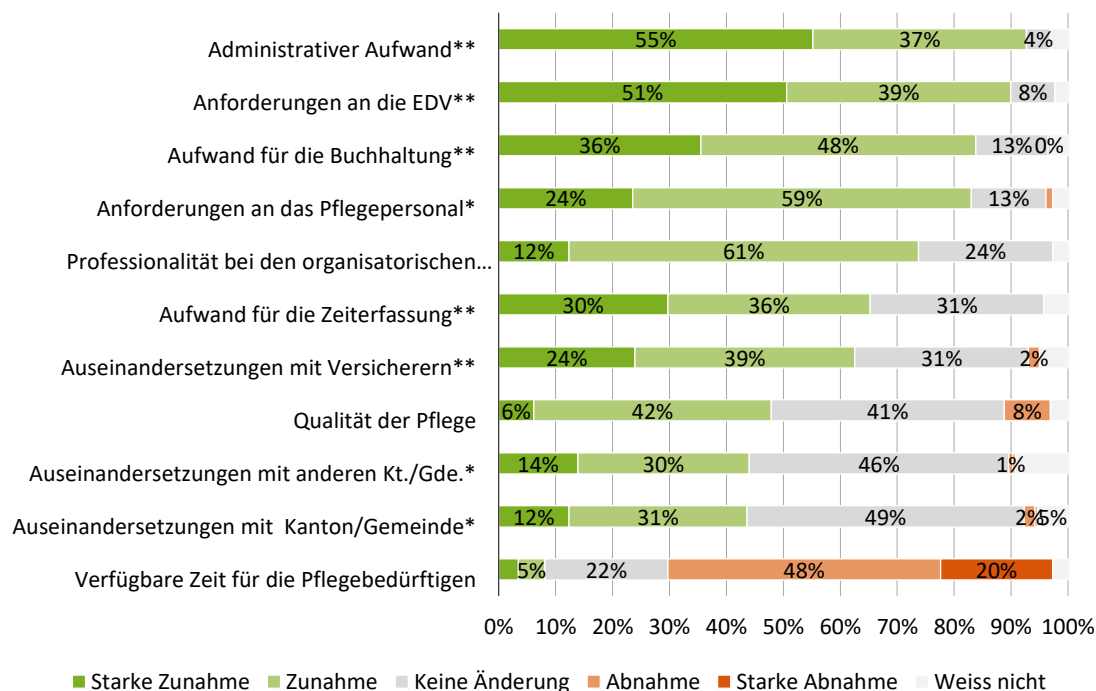
Frage: Hat Ihr Pflegeheim die Tarife der Pflege und der anderen Leistungen seit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung (2011) angepasst?

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung Pflegeheime; 96 ≤ n ≤ 256, je nach Item unterschiedlich viele fehlend.

Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf die Pflegeheime

Die Auswirkungen der NPF auf die in Kap. 5.3 genannten Aspekte sind bei den Pflegeheimen sehr ähnlich ausgeprägt wie bei den Spitex-Organisationen. Es zeigt sich in der Reihenfolge der Ausprägungen nahezu die gleiche Reihenfolge und der gleiche Anteil der Nennungen (vgl. folgende Abbildung). Einzig die Zunahme bei der Auseinandersetzung mit den Versicherern ist leicht weniger ausgeprägt und die Zunahme beim Aufwand für die Zeiterfassung leicht stärker ausgeprägt. Ausserdem ist laut Angaben der Pflegeheime die Abnahme bei der verfügbaren Zeit gegenüber den Spitex-Organisationen etwas stärker ausgeprägt. Der Einfluss der NPF auf diese Entwicklungen wird ebenfalls ähnlich eingeschätzt wie bei den Spitex-Organisationen. Erwartungsgemäss wird der Einfluss der NPF auf die Auseinandersetzungen mit anderen Kantonen und Gemeinden aber als höher eingestuft als bei den Spitex-Organisationen.

Abbildung 30: Pflegeheime: Entwicklung einzelner Aspekte seit dem Jahr 2010



Frage: Wie haben sich folgende Aspekte in Ihrem Pflegeheim seit dem Jahr 2010 entwickelt? Folgefrage: Welchen Einfluss hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Entwicklung?

Legende: ** = Rund und über 80% der Befragten gaben einen (eher) starken Einfluss der NPF auf diesen Aspekt in der Folgefrage an. * = Zwischen 60% und 80% der Befragten gaben einen (eher) starken Einfluss der NPF auf diesen Aspekt in der Folgefrage an. Auseinandersetzungen mit den Versicherern, dem Kanton/Gemeinde, anderen Kantonen/Gemeinden betreffen Auseinandersetzungen über die Kostenübernahme.

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung Pflegeheime; n=259

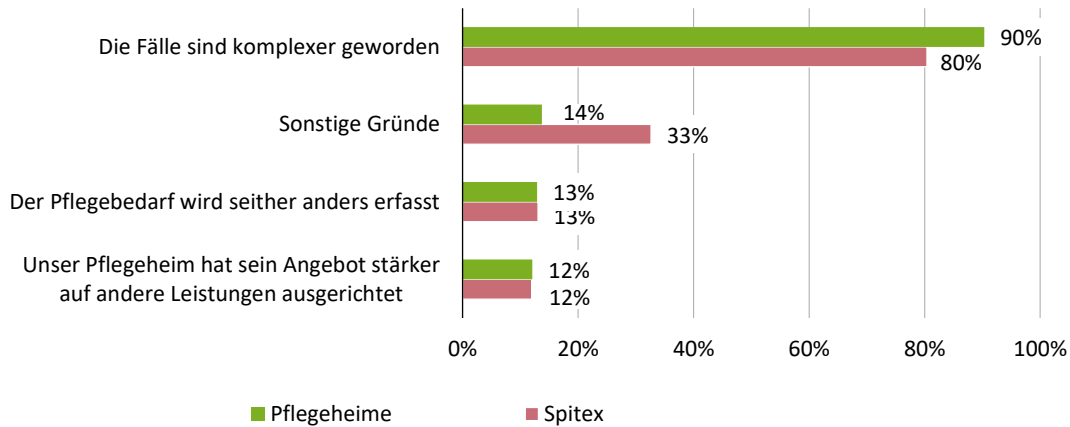
Entwicklung des Anteils der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten

Gemäss den befragten Spitex-Organisationen lag der Anteil der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten im Jahr 2015 bei 61%, wobei die Angaben eine grosse Bandbreite ausweisen. Für Pflegeheime ergibt sich ein durchschnittlicher Wert von 43% (kleine Fallzahlen; n=42). Der Anteil der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten hat seit dem Jahr 2010 bei rund der Hälfte der Leistungserbringer (54% Spitex-Organisationen; 44% Pflegeheime) im Trend zugenommen. Lediglich bei einer Minderheit der Leistungserbringer ist der Anteil gesunken (12 % Pflegeheime; 7% Spitex-Organisationen). Für 18% der Pflegeheime und 12% der Spitex-Organisationen blieb der Anteil in den Jahren seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung unverändert.

90% der Pflegeheime und 80 % der Spitex-Organisationen sehen als Hauptgrund für die Zunahme des Anteils der KVG-pflichtigen Pflegekosten eine erhöhte Komplexität der Fälle (vgl. folgende Abbildung). Andere genannte Aspekte, welche zu einer Zunahme des Anteils der KVG-pflichtigen Pflegekosten führten, sind bei den Pflegeheimen vor allem vermehrte Auflagen der Kantone (z.B. an die Qualität). Bei den Spitex-Organisationen sind es eine Verlagerung des Leistungsangebots (weniger hauswirt-

schaftliche Leistungen), eine Zunahme an KlientInnen bei gleichbleibendem Personal, strengere Qualitätsanforderungen der Kantone und ein erhöhter administrativer Aufwand durch den Nachweis von Leistungen bei den Krankenversicherern.

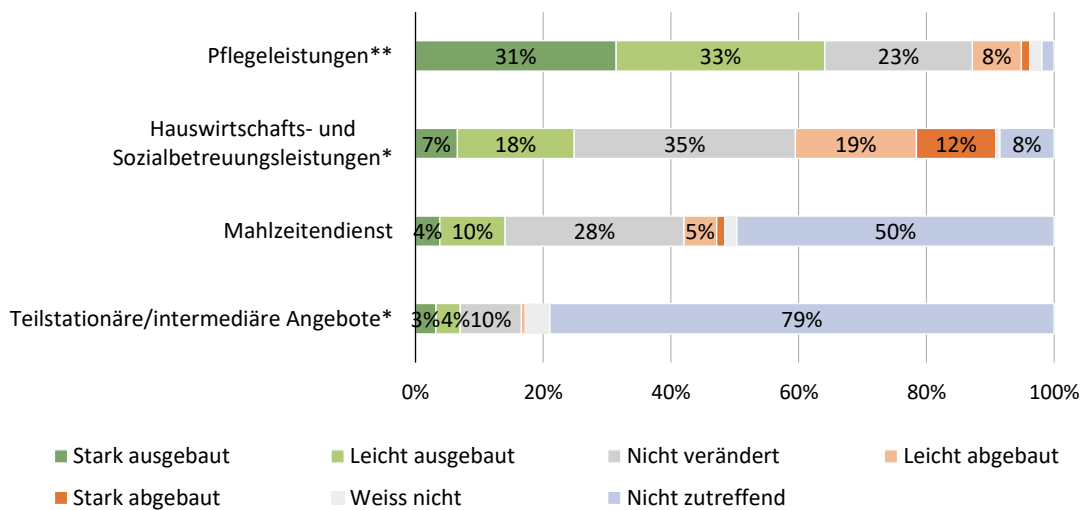
Abbildung 31: Gründe für die Zunahme des Anteils der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten



Frage: Weshalb hat der Anteil der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten seit dem Jahr 2010 zugenommen?

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung Leistungserbringer; Pflegeheim n= 124, Spitex n=92

Abbildung 32: Entwicklungen des Leistungsangebots und Einfluss der NPF bei der Spitex



Frage: Kombination aus zwei Fragen: Wie hat sich das Leistungsangebot Ihrer Spitex-Organisation seit dem Jahr 2010 entwickelt? Welchen Einfluss hatte die Neuordnung der Pflegefinanzierung auf diese Entwicklung?

Legende: ** = Bei Frage, welchen Einfluss die NPF auf diese Entwicklung hatte, gaben zwischen 50% und 75% der Befragten einen (eher) starken Einfluss an. * = Zwischen 25% und 50% der Befragten gaben bei dieser Frage einen (eher) starken Einfluss der NPF auf diese Entwicklung an.

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Spitex-Organisationen. n=157, je nach Item unterschiedlich viele fehlend.

Abkürzungsverzeichnis

AHV: Alters- und Hinterlassenenversicherung

ASPS: Association Spitex privée Suisse: Verband der privaten Spitex-Organisationen

AÜP: Akut- und Übergangspflege

BAG: Bundesamt für Gesundheit

BFS: Bundesamt für Statistik

BSV: Bundesamt für Sozialversicherungen

DiD: Difference in Difference Analyse

EL: Ergänzungsleistungen

GDK: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren

H+: Nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen

HE: Hilflosenentschädigung

IV: Invalidenversicherung

KLV: Krankenpflege-Leistungsverordnung

KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung

LE: Leistungserbringer

LV: Leistungsvertrag

MiGeL: Mittel -und Gegenständeliste

MV: Militärversicherung

NFA: Neugestaltung des Finanzausgleichs

NPF: Neuordnung der Pflegefinanzierung

OKP: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

SBK: Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachpersonen

UV: Unfallversicherung

VZÄ: Vollzeitäquivalente

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell _____	13
Abbildung 2: Methodisches Vorgehen _____	14
Abbildung 3: Methode zur Verteilung von nicht zuordenbaren Personalkosten _____	30
Abbildung 4: Hindernisse für das Anbieten von AÜP _____	47
Abbildung 5: Anschlusslösung der PatientInnen nach der Akut- und Übergangspflege _____	49
Abbildung 6: Entwicklung der jährlichen KVG-pflichtigen Pflegekosten, 2006-2015 _____	56
Abbildung 7: Finanzierungsanteile der KVG-pflichtigen Pflege, Pflegeheime und Pflege zu Hause	60
Abbildung 8: Entwicklung der jährlichen Bruttoleistungen der OKP in den Pflegeheimen, 2006-2015 _____	62
Abbildung 9: Entwicklung der jährlichen Bruttoleistungen der OKP für die Hilfe und Pflege zu Hause, 2010-2015 _____	63
Abbildung 10: Entwicklung der Gesamtkosten pro BewohnerIn nach Kostenart in den Pflegeheimen (normiert auf 365 Beherbergungs- bzw. Betreuungstage/Jahr), 2006-2015 _____	71
Abbildung 11: Entwicklung der Gesamtkosten pro KlientIn und Aufteilung der Einnahmen nach Kostenart in den Spitex-Organisationen (normiert auf 1 Pflegestunde/Woche), 2006-2015	73
Abbildung 12: Entwicklung der Finanzierungsanteile der Gesamtkosten der Pflegeheime, 2008 bis 2014 _____	74
Abbildung 13: Entwicklung der Finanzierungsanteile der Gesamtkosten der Spitex-Organisationen, 2008 bis 2014 _____	75
Abbildung 14: Entwicklung der Ausgaben privater Haushalte für die Gesamtkosten in Pflegeheimen, 2008-2014 _____	77
Abbildung 15: Entwicklung der Ausgaben privater Haushalte für die Gesamtkosten der Spitex- Organisationen (Pflege und andere Leistungen), 2008-2014 _____	79
Abbildung 16: Anzahl Sozialhilfebeziehende über 65 in Heimen, 2009-2015 _____	82
Abbildung 17: Ausgaben der Kantone und Gemeinden pro PflegeheimbewohnerIn (normiert auf 365 Beherbergungs- bzw. Betreuungstage/Jahr), 2008-2014 _____	89
Abbildung 18: Ausgaben der Kantone und Gemeinden pro Spitex-KlientIn (normiert auf 1 Pflegestunde/Woche), 2008-2014 _____	90
Abbildung 19: Ausgaben der öffentlichen Hand nach Finanzierungsträger und Anteil an den Ausgaben der öffentlichen Hand, 2008-2014 _____	91
Abbildung 20: Ausgaben für bedarfsorientierte Sozialleistungen, 2008-2014 _____	93
Abbildung 21: Spitex-Organisationen: Entwicklung einzelner Aspekte seit dem Jahr 2010 _____	101
Abbildung 22: Veränderung der finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen durch die NPF _	167
Abbildung 23: Entwicklung der Nachfrage in Pflegeheimen bzw. für Hilfe und Pflege zu Hause	171
Abbildung 24: Entwicklung der Anzahl Institutionen und der Beschäftigten der Pflegeheime und Spitex-Organisationen, 2006-2015 _____	173
Abbildung 25: Entwicklung der Anzahl Beherbergungsplätze der Pflegeheime, 2006-2015 _____	174

Abbildung 26: Pflegeheime: Entwicklung des Leistungsangebots und Einfluss der NPF _____	176
Abbildung 27: Entwicklung der ungedeckten KVG-Restkosten _____	182
Abbildung 28: Spitex: Tarif-Anpassungen _____	182
Abbildung 29: Pflegeheime: Tarif-Anpassungen _____	183
Abbildung 30: Pflegeheime: Entwicklung einzelner Aspekte seit dem Jahr 2010 _____	184
Abbildung 31: Gründe für die Zunahme des Anteils der KVG-pflichtigen Pflegekosten an den gesamten Betriebskosten _____	185
Abbildung 32: Entwicklungen des Leistungsangebots und Einfluss der NPF bei der Spitex _____	185

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgestaltung der Restfinanzierung in den Kantonen _____	21
Tabelle 2: Detaillierte Evaluationsfragen _____	116
Tabelle 3: Bewertungsmethodik _____	120
Tabelle 4: Explorative Interviews Evaluation Pflegefinanzierung _____	129
Tabelle 5: Grundgesamtheit und antwortende Spitex-Organisationen _____	130
Tabelle 6: Grundgesamtheit und antwortende Pflegeheime _____	130
Tabelle 7: Ausgewählte Gemeinden/Regionen _____	139
Tabelle 8: Interviews im Rahmen der Fallstudien _____	140
Tabelle 9: Beschreibung Stichprobe der Befragung Pflegebedürftige/Angehörige _____	142
Tabelle 10: Verwendete Datenquellen _____	143
Tabelle 11: Für die DiD-Analyse verwendeten Ausgestaltungsmerkmale _____	146
Tabelle 12: Einteilung der Kantone für die DiD-Analyse _____	147
Tabelle 13: Ergebnisse DiD Kostenschätzung _____	148
Tabelle 14: Ergebnisse DiD Belastung OKP _____	148
Tabelle 15: Ergebnisse DiD Angebotslandschaft _____	149
Tabelle 16: Ergebnisse DiD Inanspruchnahme _____	149
Tabelle 17: Merkmale der innerkantonalen Restfinanzierung der Pflegeheime (Stand Herbst 2016) _____	150
Tabelle 18: Festlegung der Restfinanzierung bei den Pflegeheimen (Stand Herbst 2016) _____	151
Tabelle 19: Ausserkantonale Restfinanzierung im Bereich Pflegeheime (Stand Herbst 2016) _____	152
Tabelle 20: Innerkantonale Finanzierung der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Stand Herbst 2016) _____	153
Tabelle 21: Festlegung der Restfinanzierung bei den Spitex-Organisationen (Stand Herbst 2016) _____	154
Tabelle 22: Restfinanzierung für selbständige Pflegefachpersonen (Stand Herbst 2016) _____	155
Tabelle 23: Ausserkantonale Restfinanzierung im Bereich der Pflege zu Hause (Stand Herbst 2016) _____	156
Tabelle 24: Umsetzung der Akut- und Übergangspflege in den Kantonen (Stand Herbst 2016)	157
Tabelle 25: Finanzierung der Akut- und Übergangspflege (Stand Herbst 2016) _____	158
Tabelle 26: Vorgaben der Kantone zur Abgrenzung der Pflegekosten (Stand Herbst 2016) _____	160
Tabelle 27: Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit aufgrund eines Pflegeheimaufenthalts (Stand Herbst 2016) _____	162
Tabelle 28: Beispielhafte jährliche Zusatzbelastung der Pflegebedürftigen durch die Pflege _____	163
Tabelle 29: Gesamtkosten der Pflege laut Angaben der Pflegebedürftigen/Angehörigen (ohne Abzug der HE) _____	164

Literatur

- Angrist, J. D., Pischke, J. S. (2009). Mostly harmless econometrics: An empiricist's companion. Princeton University Press.
- BAG (2011a). SGK-N 10-09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Bericht vom 26. April 2011. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen.
- BAG (2011b). SGK-S 10.09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 28. Juli 2011. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen – Ergänzende Fragen.
- BAG (2012). SGK-N 10-09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 13. August 2012. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen.
- BAG (2013). SGK-N 10-09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 3. Oktober 2013. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen.
- BASS (2017). Spitalbefragung zur Akut- und Übergangspflege im Rahmen der Evaluation zur Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht im Auftrag des BAG. (unveröffentlicht)
- BASS (2011). Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz.
- Bundesrat (2016). Bestandaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3604 Fehr Jacqueline vom 15. Juni 2012; 14.3912 Eder vom 25. September 2014 und 14.4165 Lehmann vom 11. Dezember 2014.
- Bundesrat (2005). Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, BBl 2005 2033-2094
- Cosandey (2016). Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Kantonsmonitoring 7, avenir suisse.
- CURAVIVA (2013). Neuregelung der Pflegefinanzierung nach Kanton. Stand 2013.
- CURAVIVA (2015). Neuregelung der Pflegefinanzierung nach Kanton. Stand 2015.
- Europäische Kommission (2012). Entwicklung und Beauftragung von kontrafaktischen Wirkungsanalysen. Ein praktischer Leitfaden für ESF Verwaltungsbehörden.
- Feh Widmer A., Rüfli C. (2015). Konzept zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht. Bern, 21. Januar 2015.
- GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; 2009). Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung. (47.61 vom 22.10.2009).
- Kugler, F., Schwerdt, G., Wössmann, L (2014). Ökonometrische Methoden zur Evaluierung kausaler Effekte der Wirtschaftspolitik. IZA Standpunkte Nr. 69.
- Landolt H. (2014). Erste Erfahrungen mit der neuen Pflegefinanzierung. In: Kieser U., Lendfers M. (Hrsg.). Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2014. Zürich: Dike.

- National Caregiver Alliance (2012). Selected Caregiver Assessment Measures: A Resource Inventory for Practitioners, Section: Perceived Challenges - Financial strain.
- Obsan (2017). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009-2015. Obsan Bulletin 2/2017.
- Obsan (2016a). Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030. Obsan Bericht 71, Neuchâtel.
- Obsan (2016b). Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evaluation 2006 – 2013. Obsan Rapport 69, Neuchâtel.
- Obsan (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013. Obsan Rapport 67, Neuchâtel.
- Oesch T., Künzi K (2015). Strategien der Kantone im Bereich der Langzeitpflege. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Preisüberwachung (2011). Probleme bei neuer Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Handlungsbedarf. Bern: Preisüberwachung.
- Rosenkranz, R.; Meierhans, S. 2013: Defizite bei der Umsetzung der Pflegekostengrenze. In: Pflegerecht – Pflegewissenschaft. Stämpfli Verlag. Online abrufbar unter: <https://www.curaviva.ch/files/8Z9TDPT/Umsetzung-Pflegekostengrenze-Pflegerecht-2-13.pdf>
- Reck M. (2015). Spitex – zwischen Staat und Markt. Hogrefe, Bern.
- Ryter E., Barben M-L. (2015). Care-Arbeit unter Druck: Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum. Bern: Manifestgruppe der GrossmütterRevolution.
- SBK (2015). Pflegevollkosten nach Kantonen. Stand: 1.10.2015.
- Spitex Verband Schweiz (2012). Pflegefinanzierung in den Kantonen - Ambulante Pflege. Stand Mai 2012.