

14. Mai 1998

**Empfehlungen zum Vollzug des KVG
im Bereich der Pflegeheime und der Spitex-Dienste**

*Von der Kommission "Vollzug Krankenversicherung" verabschiedet
und vom Vorstand der SDK mit Aenderungen genehmigt*

	Seite
Teil A: Einleitung	2
Teil B: Prioritäre Themen	4
1. Leistungsumfang und Finanzierung	4
2. Integrierte Planung für Heime und Spitex	5
3. Zulassungsvorschriften und Leistungsauftrag	6
4. Erfassung des Pflegebedarfs	8
Teil C: Weitere Themen	10
1. Kostenstellenrechnung	10
2. Statistik	11
3. Qualität	12
4. Controlling	12

TEIL A: EINLEITUNG

(A1) Die Kommission "Vollzug Krankenversicherung" der SDK hat den Entwurf der Empfehlungen, der sich auf die Vorschläge ihrer Arbeitsgruppe "Spitex/Pflegeheime"¹ stützte, am 15. September 1997 zur Vernehmlassung verabschiedet. Die Kantone haben bis zum 31. Oktober in ihren Stellungnahmen Kommentare generell und zu einzelnen Empfehlungen bzw. Aussagen im Text abgegeben. Diese wurden vom Sekretariat der SDK zusammengestellt und von der Arbeitsgruppe "Spitex/Pflegeheime" zum vorliegenden Papier kondensiert.

(A2) In ihren Stellungnahmen befürworteten die Kantone die Konzentration der Empfehlungen auf die Kapitel 3 (Leistungen) und 4 (Leistungserbringer) des KVG und die entsprechenden Artikel der Verordnungen über die Krankenversicherung.

(A3) Die Planungsbestimmungen des KVG zielen darauf ab, eine quantitativ und qualitativ ausreichende stationäre und ambulante pflegerische Versorgung sicherzustellen, die gleichzeitig möglichst wirtschaftlich und wirksam sein soll. Zu diesem Zweck regeln sie die Verantwortung der Kantone. Die Aufgabenteilung innerhalb der Kantone, insbesondere zwischen dem Kanton und den Gemeinden, wird dadurch nicht tangiert. Diese unterscheidet sich von Kanton zu Kanton, wobei jedoch zwei Grundtendenzen erkennbar sind: In der einen, mehrheitlich durch die Suisse Romande, aber auch z.B. Basel-Stadt vertretenen Gruppe, übernimmt der Kanton sowohl für die stationären wie für die ambulanten Leistungen eine aktive Planungs- und Führungsrolle; die andere Gruppe, zu der die meisten Deutschschweizer Kantone und bisher der Tessin gezählt werden können, delegiert den Langzeitbereich mehr oder weniger weitgehend an die Gemeinden.

(A4) Auch in bezug auf die Finanzierung haben die Kantone unterschiedliche Regelungen getroffen. In den letzten Jahren sind verschiedene von ihnen im stationären Langzeitbereich von der Objekt- zur Subjektfinanzierung übergegangen. In diesem Fall tragen grundsätzlich die pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner die über die Beiträge der Krankenversicherung hinausgehenden Kosten selbst. Sofern sie dazu nicht in der Lage sind, erhalten sie einkommensabhängig über die Ergänzungsleistungen hinaus Beiträge an die Finanzierung ihres Heimaufenthaltes.

(A5) Auf den 1. Januar 1998 wurden sowohl an der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) wie an der Krankenpflege-Leistungsverordnung verschiedene Aenderungen beschlossen, die für den Bereich Spitex/Pflegeheime wichtig sind. Sie betreffen insbesondere die Tarife, die Bedarfsklärung und den Leistungsumfang und sind in der Vernehmlassung jeweils von den Kantonen und der SDK kommentiert worden.

(A6) Auf Intervention der SDK und verschiedener Kantone wurde der mit Aenderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 3. Juli 1997 neu geschaffene Absatz 3 zu Artikel 7 durch Entscheid des Eidgenössischen Departements des Innern vom 18.12.1997 modifiziert. Er lautet jetzt: "Allgemeine Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Kosten der Leistungen nicht angerechnet." Der zweite Satz der Version vom 3.7.1997, "Sie dürfen weder der Versicherung noch den versicherten Personen in Rechnung gestellt werden", wurde gestrichen mit der Begründung, dass damit der krankenversicherungs-rechtliche Tarifschutz nicht in Frage gestellt werde.

¹ Zusammensetzung der Arbeitsgruppe: Walter Bachmann (LU, Vorsitz), Daniel Conne (NE), Hansjörg Dürst (GL), Jan Guillaume (BE), Marcel Hofer (VD), Urs Roth (BS), Catherine Schaffner (VD), Ernst Schätti (BE), Hansruedi Schönenberg (ZH), Pierre de Herdt (SDK), Günther Latzel (Brains, externer Berater)

(A7) Damit verringert sich zwar die Gefahr, dass Kantone mit Subjektfinanzierung in Konflikt mit den Bestimmungen zum Tarifschutz geraten, aber sie besteht nach wie vor, insbesondere wenn

der Bund auf dem Verordnungsweg Rahmentarife festlegt, die zur Deckung der Vollkosten nicht ausreichen.

(A8) Diese einleitenden Kommentare sollen genügen, um darauf hinzuweisen, dass das KVG, was die Leistungen und ihre Finanzierung betrifft, Unklarheiten und sogar Widersprüche enthält. Diese mit punktuellen Korrekturen aufzuheben, wird - wie das Beispiel mit Artikel 7 Abs. 3 KLV zeigt - nicht gelingen und kann vielmehr zu neuer Verwirrung Anlass geben.

(A9) Die im vorliegenden Dokument zusammengestellten Empfehlungen sind thematisch gegliedert, wobei die als prioritär erachteten Probleme im ersten Teil zusammengefasst sind. Obwohl eine ganzheitliche Auffassung angestrebt wird, werden verschiedentlich separate Empfehlungen für die Bereiche Pflegeheime und ambulante Dienste formuliert. Dies ist zum einen die Folge der z.T. unterschiedlichen Begrifflichkeit, zum andern steht noch offen, ob es wirklich sinnvoll ist, die beiden Bereiche finanziell gleichzusetzen. Lediglich Art. 50 KVG schreibt vor, dass stationär und ambulant die gleichen Leistungen vergütet werden. Sonst werden im Gesetz die beiden Bereiche unterschieden.

(A10) Noch stärker als im Akutbereich ist im Langzeitbereich darauf hinzuweisen, dass mit diesen Empfehlungen lediglich erste Schritte in einem langfristigen Planungs- und Harmonisierungsprozess eingeleitet werden. Die Kantone und Gemeinden haben in den letzten Jahren wesentliche Verbesserungen für Langzeitpatientinnen und -Patienten erreicht. Die gute Versorgung unseres Landes mit stationären und ambulanten Langzeit-Pflegediensten - trotz sehr stark dezentralisierter Verantwortung - mahnt zu vorsichtigem, schrittweisem Planen mit dauernder, sorgfältiger Evaluation.

TEIL B: PRIORITÄRE THEMEN

1. Leistungsumfang und Finanzierung

(B1) Nach KVG Art. 24ff übernehmen die Krankenversicherer abgesehen von Franchise und Selbstbehalt 100% der anrechenbaren Kosten. Die Verlagerung der Pflegefinanzierung von den Kantonen und Gemeinden auf die Krankenversicherer war vom Gesetzgeber beabsichtigt und sollte mit einem Beitrag von 650 Millionen Franken abgegolten werden. Es zeigt sich, dass die damaligen Berechnungen viel zu tief lagen, und dass mit einem doppelt bis dreimal so hohen Aufwand der Krankenversicherer gerechnet werden muss.

(B2) Die Krankenversicherer fordern eine Korrektur in dem Sinn, dass sie ihre Leistungen auf eine Teilfinanzierung beschränken wollen. Eine Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten über Franchise und Selbstbehalt hinaus ist im Gesetz nicht vorgesehen (vgl. Art. 64 Kostenbeteiligung), ebensowenig wie eine Mitfinanzierung durch die Kantone oder Gemeinden. Im Rahmen einer vom BSV im Frühling 1997 einberufenen Arbeitsgruppe fanden Verhandlungen zwischen Vertretungen aller betroffenen Kreise statt, um angemessene Lösungen zu suchen. Die Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe, die ihre Arbeit im Sommer 1997 abschloss, flossen teilweise in die Verordnungsänderungen ein, die am 3. Juli 1997 (Änderung der Artikel 7 bis 9 KLV), am 17. September 1997 (Änderung der Artikel 9, 51, 52 und 59 KVV), am 18. September 1997 (Einführung eines neuen Artikels 9a KLV) und am 18. Dezember 1997 (Anpassung des Artikels 7.3 KLV) erlassen worden sind. Die wichtigsten Änderungen betreffend die Finanzierung der von den Pflegeheimen und Spitex-Diensten angebotenen Leistungen sind:

- die Festlegung von Rahmentarifen durch das EDI für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung
- die vorgängige Pflegebedarfsabklärung sowie die Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen
- die Einrichtung eines Kontroll- und Schlichtungsverfahrens für die Spitex-Leistungen (Kontrollschwelle von 60 Pflegestunden pro Quartal).

(B3) Die Kantone nehmen zu diesen Verordnungsänderungen folgende Haltung ein:

?? Der **in Artikel 44 KVG festgelegte Tarifschutz** soll sich strikte auf die tatsächlich von der Krankenversicherung versicherten Leistungen beschränken. Die Differenz zwischen den tatsächlichen Kosten und dem Tarif der Krankenversicherung darf nicht einfach den Leistungserbringern oder der öffentlichen Hand überbürdet werden. Für jene Kantone, welche auf die Subjektfinanzierung umgestellt haben, wäre die Rückkehr zu einer generalisierten Subventionierung als unwirtschaftlich und unsozial.

?? Der Grundsatz, dass **die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Pflegekosten voll deckt**, muss beibehalten und mittelfristig verwirklicht werden. Abweichungen gegenüber diesem Grundsatz sind nur vorübergehend akzeptabel. Die allfällige Suche nach neuen dauerhaften Lösungen muss dem Prinzip der Kostenneutralität für die Kantone folgen.

(B4) Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) und die SDK haben zur Einrichtung des gemäss Artikel 8a KLV vorgesehenen "gemeinsamen Kontroll- und Schlichtungsverfahrens" zur Überprüfung der Bedarfsabklärung und zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen Vorbehalte angemeldet. Zwischen den Vertragsparteien sind Lösungen zu vereinbaren, welche eine effiziente Überprüfung der Bedarfsabklärungen erlauben,

ohne allzu schwerfällige neue Verfahren und Strukturen zu schaffen.²

Empfehlung 1

Für die Pflege zu Hause akzeptieren die Kantone vorläufig den Orientierungswert von 60 Stunden pro Quartal als Kontrollschwelle. Da er aufgrund bisheriger Erfahrung höher liegen müsste, wenn unnötige Verwaltungskosten vermieden werden sollen, soll dieser Wert überprüft werden. Zu diesem Zweck erarbeiten die Kantone gemeinsam mit den Spitex-Organisationen und den Versicherern die nötigen Daten, um ihn definitiv festzulegen.

2. Integrierte Planung für Heime und Spitex

(B5) Ambulante und stationäre Pflege und Hilfe sind kommunizierende Systeme. Die Nachfrage nach stationären Plätzen hängt u.a. vom Ausbau der ambulanten Dienste ab. Sowohl die Bedarfsgerechtigkeit - der Nutzen für die Klientinnen und Klienten - als auch die Forderung nach Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes verlangen eine enge Zusammenarbeit von stationären und ambulanten Diensten, deren Angebote nach der Idee der Balance of care zu optimieren sind. Viele Gemeinden sind zu klein, um wirtschaftlich optimale Einheiten zu bilden, weshalb es sich empfiehlt, überkommunale Planungsregionen zu schaffen. Dies kann durch kantonale Planung oder durch den Zusammenschluss einzelner Gemeinden in Zweckverbänden erfolgen, wie dies z.T. heute schon im stationären Bereich der Fall ist.

(B6) In den Kantonen besteht keine einheitliche Praxis in der Koordination und Entwicklungsplanung der beiden Bereiche, und das KVG verpflichtet die Kantone nur im stationären Bereich zur Planung. Je nach Zuständigkeit überlässt es deshalb die folgende Empfehlung den einzelnen Kantonen, auf welcher Ebene sie für die Angebotsoptimierung sorgen wollen.

Empfehlung 2

Die Kantone sorgen durch eigene Planungsmassnahmen oder entsprechende Delegation an die Gemeinden für eine bedarfsgerechte Optimierung des Angebots von ambulanten und stationären Diensten.

² Ein an die Vorsteherin des EDI adressiertes gemeinsames Schreiben des Präsidenten des KSK und des Zentralsekretärs der SDK vom 19.12.1997, vor allem aber ein Rundschreiben des KSK vom 18.12.1997 an die kantonalen Krankenkassenverbände, wurden als zu negativ eingeschätzt. Die Haltung des KSK und der SDK wurde inzwischen in einem neuen, an die kantonalen Krankenkassenverbände und Gesundheitsdepartemente adressierten Rundschreiben vom 20.4.1998 präzisiert.

3. Zulassungsvorschriften und Leistungsauftrag

Definitionen

(B7) Die Aenderung von Artikel 51 Bst b-e der Verordnung über die Krankenversicherung vom 17. September 1997 hat insofern eine Klärung gebracht, als der Begriff "Leistungsauftrag" daraus entfernt wurde. Damit ist einerseits klar, dass Organisationen, die Krankenpflege und Hilfe zu Hause anbieten wollen, keinen Auftrag der öffentlichen Hand, d.h. je nach kantonaler Regelung des Kantons und/oder der Gemeinden, benötigen. Andererseits bleibt Bst. a dieses Artikels unverändert, der bestimmt, dass die Organisationen "nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sind". Somit verlangt der neue Begriff "Tätigkeitsbereich", der den "Leistungsauftrag" ersetzt, seinerseits nach einer Definition oder mindestens nach Kriterien, aufgrund derer festgestellt werden kann, ob eine Organisation zuzulassen ist.

(B8) Für die Pflegeheime bleibt der Begriff "Leistungsauftrag" in Art. 39 KVG erhalten. Er entspricht nicht dem sonst üblichen Begriff des Leistungsauftrags im Sinne einer Leistungsvereinbarung bzw. eines Vertrages oder Kontraktes zwischen einem Auftraggeber (Kanton, Gemeinde) und einem Leistungserbringer über eine konkret umschriebene Leistung (Art, Umfang, Menge, Qualität, geographische Reichweite, Preis usw.).

Empfehlung 3

Die Kantone vereinbaren eine eindeutige Sprachregelung für die im KVG verwendeten Begriffe:

Zulassung (nach KVG):

Institutionen oder Organisationen, die die kumulativ geltenden Kriterien a - e von Art. 39 KVG für die Pflegeheime und a - e von Art. 51 KVV für die ambulanten Dienste erfüllen, sind nach KVG berechtigt, KLV-Leistungen über die Krankenversicherung abzurechnen.³

Leistungsauftrag (nach KVG):

Aufnahme von Heimen in die kantonale Pflegeheimliste, bzw. für ambulante Dienste in analoge kantonale Instrumente. Der Kanton anerkennt auf diese Weise, dass die (oder bestimmte) Leistungen einer Institution oder Organisation einem Bedarf entsprechen. Damit erhält die Institution bzw. Organisation das Recht, Leistungen über die soziale Krankenversicherung abzurechnen.⁴

Weder aus der Zulassung noch aus dem Leistungsauftrag nach KVG ergibt sich eine Subventionsberechtigung. Diese beruht je nach Kanton auf speziellen Gesetzen bzw. Vereinbarungen.

³ "Zulassung nach der Gesetzgebung des Kantons" (vgl. Art 51 KVV alinea a) bedeutet demgegenüber je nach kantonaler Regelung Unterschiedliches, z.B: gesundheitspolizeiliche Zulassung, Zulassung gemäss Planung, Subventionsberechtigung u.a.

⁴ vgl. Empfehlungen der SDK zur Spitalplanung vom 12.3.1997 Teil C: Spitalliste und Pflegeheimliste. Um Missverständnisse zu vermeiden, hat die "Arbeitsgruppe Spitex und Pflegeheime" auch für die Pflegeheime vorgeschlagen, den Begriff "Leistungsauftrag" im KVG durch "Leistungsbeschreibung" oder durch eine Umschreibung des Tätigkeitsbereichs zu ersetzen.

Harmonisierung

(B9) Zulassungsvorschriften dienen der Sicherung der Mindestqualität, die zur Finanzierung von Leistungen durch die Krankenversicherungen bzw. die öffentliche Hand berechtigt. Es ist offensichtlich, dass mit Zulassungsvorschriften, die sich von Kanton zu Kanton unterscheiden, die Gleichwertigkeit nicht zu erreichen ist. Diesem Aspekt steht die Tatsache gegenüber, dass sich die Langzeitpflege trotz unterschiedlicher Strukturen in den Kantonen in den letzten Jahren stark entwickelt hat. Daraus ergibt sich, dass der Rahmen sowie die Mindestnormen gesamtschweizerisch festgelegt werden sollen, während die Kantone über das Verfahren bestimmen und es ihnen überlassen bleiben soll, über die Mindestnormen hinauszugehen.

(B10) Zulassungsvorschriften werden nur für die Pflege sowie für ärztliche und therapeutische Leistungen und nicht auch für die Hotel- oder (im ambulanten Bereich) hauswirtschaftliche Leistungen benötigt. Dazu reichen die im KVG enthaltenen Bestimmungen aus: insb. Art. 39 (Spitäler und andere Einrichtungen), Art. 50 (Tarifverträge mit Pflegeheimen), Art. 56 (Wirtschaftlichkeit der Leistungen) und Art. 58 (Qualitätssicherung), sowie Art. 51 KVV für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Es besteht jedoch durchaus ein Interesse, eine gewisse Gleichwertigkeit auch in den nicht durch das KVG geregelten Bereichen anzustreben.

Empfehlung 4

Die Kantone harmonisieren ihre Zulassungsvorschriften auf schweizerischer Ebene.

(B11) Die ambulanten Dienste bieten grössere Schwierigkeit bei der Formulierung und Durchsetzung von Zulassungsvorschriften als die Pflegeheime. Der Grund liegt in der Heterogenität der Spitex-Dienste, selbst wenn man sich auf die pflegerischen Leistungen beschränkt. Zur Zeit gibt es keinerlei einheitliche Praxis ausser der beruflichen Mindestqualifikation.

Empfehlung 5

Die Kantone klären gemeinsam mit dem Spitex-Verband Schweiz den Begriff "Tätigkeitsbereich" bzw. die Mindestnormen, die eine Organisation gemäss den Kriterien b-e von Art. 51 KVV erfüllen muss, um nach KVG zugelassen zu werden.

(B12) Im Gegensatz zu den Heimen sieht das KVG im ambulanten Bereich keine Planung vor, sondern will einen Markt etablieren. Planung und Markt müssen nicht in einem Gegensatz zueinander stehen. Beide sind Instrumente, um das übergeordnete Ziel zu erreichen, nämlich den Klientinnen und Klienten bedarfsgerechte Leistungen zu wirtschaftlichen Bedingungen zu sichern. Darin besteht der Versorgungsauftrag der Kantone, der ganz ohne Planung nicht einlösbar ist. Das KVG bestätigt diese Annahme, denn es fordert zwar den Markt, bestimmt aber gleichzeitig, dass

Auf jeden Fall entspricht der Begriff "Leistungsauftrag" im KVG nicht dem sonst üblichen Begriff des Leistungsauftrags im Sinne einer Leistungsvereinbarung bzw. eines Vertrages oder Kontraktes zwischen einem Auftraggeber (Kanton, Gemeinde) und einem Leistungserbringer über eine konkret umschriebene Leistung (Art, Umfang, Menge, Qualität, geographische Reichweite, Preis usw.).

Spitex-Organisationen "zugelassen" werden müssen. Die Kantone können ihren Auftrag selber erfüllen oder ihn delegieren. Sie sollten auf jeden Fall dafür sorgen, dass mit den nach KVG

zugelassenen stationären Institutionen und ambulanten Organisationen auf operativer Ebene Vereinbarungen (Kontrakte, Verträge) über konkret umschriebene Leistungen (Art, Umfang, Menge, Qualität, geographische Reichweite, Preis usw.) und deren Abgeltung abgeschlossen werden. Ausserdem sind geeignete Formen zu finden, um private Firmen oder einzelne Krankenschwestern/-pfleger, die in der ambulanten Pflege tätig sind, in die Angebotsoptimierung einzubeziehen.

(B13) In einem reinen Marktsystem wären viele der im Schnitt sehr alten, pflege- und hilfebedürftigen Menschen überfordert bzw. den Anbietern ausgeliefert. Menge und Qualität der Leistungen würden jedenfalls kaum wie in anderen (echten) Märkten von Angebot und Nachfrage reguliert. Aus diesem Grund sollte der Aufbau eines Case Managements geprüft werden, das die ambulant oder stationär pflegebedürftigen Menschen bei ihrer Wahl eines oder mehrerer Anbieter unterstützt und dank guter Marktübersicht dafür sorgt, dass Angebote, die sich durch Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit auszeichnen, bevorzugt werden.

4. Erfassung des Pflegebedarfs

(B14) Die Erfassung des Pflegebedarfs, die mit der Aenderung der KLV vom 3. Juli 1997 obligatorisch geworden ist, hat zwei Aspekte: Einerseits einen qualitativen als Voraussetzung für die Bedarfsgerechtigkeit des Angebots; andererseits einen planerischen, denn der Pflegebedarf ist eine entscheidende Grösse für die Planung im Gesundheitswesen. Im Langzeitbereich ist seine Erfassung zugleich einfacher und schwieriger als im akuten Bereich. Einfacher, weil das Leistungsspektrum schmäler ist (was sich in Zukunft mit der gerontomedizinischen Entwicklung durchaus ändern kann); schwieriger, weil beim grössten Teil der Patient/innen eine Multimorbidität vorliegt, die je nach Ausprägung, aber auch abhängig vom sozialen Umfeld, einen sehr unterschiedlichen Pflegebedarf nach sich ziehen kann.

(B15) Bisher ist bei der Planung kaum vom Pflegebedarf (soins requis) ausgegangen worden, weil die geeigneten Instrumente zu seiner Erfassung fehlten. Erfasst werden mit Instrumenten wie BAK oder BESA die Leistungen, die erbracht wurden (soins donnés). Im Zusammenhang mit der Leistungsverrechnung sind diese Daten tatsächlich von Bedeutung. Aber als Planungsgrundlage eignen sie sich weniger, weil sich die Situation und das Leistungsangebot von Heim zu Heim derart unterscheiden, dass Vergleiche zwischen verschiedenen Institutionen praktisch nicht möglich sind.

(B16) Dies gibt Anlass für einen Systemwechsel. Allerdings ist kaum vorstellbar, dass sich die ganze Schweiz auf ein Instrument einigen kann. Anzustreben ist jedoch mindestens, dass in allen Kantonen vom gleichen Grundsystem (Bedarfserfassung) ausgegangen wird. In der Suisse Romande ist das Instrument Plaisir⁵ mit Erfolg getestet worden und wird nun von den Kantonen Genève, Jura, Neuchâtel und Vaud generell eingesetzt. Neben dem Plaisir genügen auch andere erprobte Instrumente den Anforderungen, insbesondere RAI-RUG⁶ und der Bedarfsplan für Spitex-Basis-Dienste des Kantons Zürich. Weitere Instrumente können hinzukommen, aber sie müssen gewisse Mindestforderungen erfüllen. Wichtig ist in jedem Fall, dass sie auf dem Bedarf aufbauen und die zu erbringenden Leistungen daraus ableiten. Damit bilden sie auch die Grundlage für das Controlling und eignen sich für überinstitutionelle Vergleiche. Sofern sie dadurch nicht zu schwerfällig werden, ist darauf hinzuwirken, dass kompatible Instrumente für den ambulanten wie für den stationären Bereich eingesetzt werden.

⁵ vgl. CRASS: Projet CHORUS - test de la méthode PLAISIR

⁶ vgl. Brant E. Fries et al., Resident Assessment Instrument, RAI, Edition en français par ME-Ti SA, Carouge

Empfehlung 6

Die Kantone wechseln in den kommenden Jahren generell von der Feststellung der erbrachten Leistungen zur Erfassung der benötigten Leistungen bzw. des Pflegebedarfs.

(B17) Ein wichtiger Zweck von Bedarfserhebungen ist die Erstellung von Mengengerüsten, die einerseits sichern, dass die nötigen Pflegeleistungen erbracht werden, die andererseits aber auch dafür sorgen, dass es nicht zu einer unerwünschten Mengenausweitung kommt. In der Anwendung der Mengengerüste ergeben sich Unterschiede zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich:

- Im Pflegeheim können Patient/innen-Kategorien gebildet werden, die sich am Bedarf orientieren, denen ein bestimmter Pflegeaufwand zugeordnet wird, aufgrund dessen sich die Kosten berechnen lassen. Unter Fachleuten unbestritten ist, dass für eine wirklich bedarfsgerechte Leistungszuordnung und -berechnung im Pflegeheim mindestens 8, d.h. deutlich mehr als die bisher bei uns üblichen drei oder vier Kategorien nötig sind. Die genannten Systeme Plaisir und RAI-RUG entsprechen diesen Anforderungen.
- Im Gegensatz zum Heim ist die Situation im ambulanten Bereich bei fast jeder einzelnen betreuten Person unterschiedlich. Die Bedingungen des Umfeldes (Wohnsituation, Familie, Angehörige, usw.) spielen insbesondere eine entscheidende Rolle für die Art und Menge der bedarfsgerechten Grundpflege. Deshalb ist es nicht möglich, die Betreuten im ambulanten Bereich in "Pflegekategorien" einzuteilen, wenn die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein sollen. Als Alternative bietet sich die Einzelleistungsverrechnung an, die allerdings sehr kompliziert und kaum steuerbar ist, oder als bessere Variante eine Kombination von Zeitbudget und Zeittarif.

Empfehlung 7

Angesichts der kantonalen Unterschiede sollten die Kantone mittelfristig die Entwicklung in zwei Richtungen vorantreiben:

- ?? Im stationären Bereich ist eine bessere Differenzierung der Pflegestufen anzustreben.
- ?? Im stationären und im ambulanten Bereich sollen die Systeme gesamtschweizerisch kompatibel sein. Falls die Kantone sich für unterschiedliche Systeme entscheiden, erarbeiten sie Kriterien, die die Bedarfsklärungs-Instrumente erfüllen müssen, um anerkannt zu werden.

TEIL C: WEITERE THEMEN

1. Kostenstellenrechnung

(C1) Unabhängig davon, wer die Kosten trägt, wird eine Kostenstellenrechnung benötigt, die alle und die vollen Kosten erfasst, sie transparent gliedert, und die auf die Bedarfsplanung abgestimmt ist. Die Grundlagenarbeiten dafür liegen nun vor, und es stehen verschiedene Modelle zur Auswahl. Anzustreben ist ein Konzept, mit dessen Hilfe für alle stationären und ambulanten Institutionen vergleichbare Daten erarbeitet werden können.

Empfehlung 8

Die Kantone einigen sich im ambulanten Bereich auf ein Modell der Kostenstellenrechnung, das auf die Instrumente der Bedarfsplanung abgestimmt ist, und das den Vorschriften des Bundes Rechnung trägt.

(C2) Rechtlich beruht die Empfehlung, das gleiche Grundmodell der Kostenstellenrechnung für stationäre und ambulante Dienste zu benützen, auf Art. 50 KVG, der vorsieht, dass die gleichen Leistungen in Pflegeheimen wie bei ambulanter Krankenpflege vergütet werden. Inhaltlich will diese Empfehlung erreichen, dass für alle stationären und ambulanten Institutionen vergleichbare Daten erarbeitet werden, und dass für die wichtigsten Konten die gleichen Bezeichnungen und Berechnungen benützt werden.

(C3) Ohne Einigung der Kantone auf ein Modell oder mindestens auf einzelne, untereinander kompatible Modelle, ist davon auszugehen, dass das BSV ein Kostenstellenrechnungs-Modell im Sinne einer Ersatzvornahme vorgeben wird.

(C4) Der aktuelle Stand des Rechnungswesens ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich. In der ambulanten Pflege variiert er oft sogar zwischen den einzelnen Spitex-Diensten und ist im allgemeinen sehr entwicklungsbedürftig. Aus diesem Grund wird ein stufenweises Vorgehen vorgeschlagen, um Empfehlung 9 umzusetzen.

Empfehlung 9

Die Kantone verlangen von den Leistungserbringern als Voraussetzung für die Zulassung mindestens die Uebernahme des "Grundmodells einer Kostenrechnung/Betriebsabrechnungsbogens (BAB) für stationäre Alterseinrichtungen der Aktivkonferenz Pflegeheime von H+".

(C5) Das "Grundmodell" ist das weitest verbreitete Modell der Kostenstellenrechnung; es handelt sich um eine Minimalversion. Betriebe, die bereits jetzt die ausgebaute H+-Kostenstellenrechnung benützen, sollen dies selbstverständlich auch in Zukunft tun. Pflegeheime und Spitex-Dienste, die

eine andere Kostenstellenrechnung einsetzen, können diese weiterführen, allerdings in einer mit der Kostenstellenrechnung der "Aktivkonferenz Pflegeheime von H+" kompatibeln Form.

Empfehlung 10

Die Kantone fördern die Integration des H+Modells der Kostenstellenrechnung und der Ergebnisse des Groupe de travail "Aide et soins à domicile - Statistiques" GRSP/GRAS, sodass ein Modell entsteht, das für den stationären und ambulanten Pflegebereich gleichermaßen anwendbar ist.

2. Statistik

(C6) Der Mangel an verlässlichen Daten braucht nicht betont zu werden. Ziel muss deshalb sein, kurzfristig die Datenerhebungen der Kantone, des Bundes und der Krankenkassen im Bereich der "Sozialmedizinischen Institutionen" anzugleichen. Mittelfristig sollen aktuelle, verlässliche, vergleichbare Daten im ambulanten und stationären Sektor zur Verfügung stehen. Dabei sind die bestehenden Grundlagen gemäss den Anforderungen des KVG auszubauen.

Empfehlung 11

Die Kantone übernehmen für die Pflegeheime die "Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens" des Bundesamtes für Statistik und für den ambulanten Bereich den Spitex-Grunddatensatz GDS des Bundesamtes für Sozialversicherung.

Als nächster Entwicklungsschritt ist die für die Umsetzung des KVG zentrale Verknüpfung zwischen Daten über Klientinnen/Klienten, Leistungen und Kosten anzustreben.

(C7) Das BFS-Projekt ist bereits so weit fortgeschritten, dass kaum noch grundlegende Aenderungen eingeführt werden können. Deshalb muss in den nächsten Jahren, bis eine integrierte Statistik vorliegt, versucht werden, die gesuchten Informationen durch Verbindungen der vorhandenen Statistiken mit den Daten der Kostenstellenrechnung bzw. der Administrativerhebung des BSV über die Rechnungen der Krankenversicherer zu erarbeiten.

(C8) Die kantonalen Spitex-Verantwortlichen und das BSV haben sich auf den Grunddatensatz geeinigt, der ab 1997 obligatorisch von allen Spitex-Trägerschaften benützt werden muss, wenn sie Bundesgelder aus Art. 101bis AHVG beanspruchen wollen. Ausserdem haben die Kantone grundsätzlich zugestimmt, den Grunddatensatz auch für die anderen (insb. öffentlichen) Träger einzusetzen bzw. ihre eigenen Erhebungen darauf aufzubauen. Die Kombination dieser Daten mit den Leistungsdaten der Krankenversicherungen ist vorgesehen. Die Spitex-Statistik befindet sich noch in ihren Anfängen. In den nächsten Jahren müssen Verbesserungen sowohl beim Grunddatensatz als auch in der Praxis der Spitex-Dienste (vom Ausfüllen der Fragebogen bis zur Auswertung) erreicht werden.

3. Qualität

(C9) Im Bereich der Qualitätssicherung und -förderung sind sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich auf verschiedenen Ebenen viele Aktivitäten im Gange, die z.T. bedeutend weiter reichen als die im gemeinsamen Brief des Spitex Verbandes Schweiz und des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer vom 4. Juni 1997 für die Jahre 1997 -1999 vorgesehenen Schritte. Die SDK befürwortet - wie der Spitex Verband Schweiz und das Konkordat - ein schrittweises Vorgehen, möchte jedoch die Institutionen und Organisationen nicht bis zum Jahr 2000 bremsen, bis Qualitätssicherungssysteme thematisiert werden dürfen.

(C10) Verschiedene Instrumente bzw. Systeme kommen für die Qualitätssicherung in Frage. Die Wahl eines einzigen, für die ganze Schweiz anzuwendenden Qualitätssicherungssystems erscheint kaum durchsetzbar. Um dennoch den Anforderungen des KVG zu entsprechen, müssen wenigstens die Kriterien bekannt sein, nach denen die Qualität einer Institution beurteilt wird.

Empfehlung 12

Die Kantone bestärken die in Art. 58 KVG verankerte Verpflichtung zur systematischen Qualitätssicherung. Sie einigen sich mit den Leistungserbringern und den Versicherern auf die Uebernahme bzw. Entwicklung (möglichst weniger) geeigneter Qualitätssicherungs- und -förderungsinstrumente sowie auf Kriterien, die ein solches Instrument erfüllen muss, damit es anerkannt wird.

4. Controlling

(C11) Die kantonale Ebene hat sich auf das strategische Controlling zu beschränken (Erfüllung des Versorgungsauftrags, balance of care, usw.). Auf operativer Ebene würde ein zentrales Instrument den einzelnen Trägern nicht gerecht und liefe Gefahr, neben dem Klient/innen-Nutzen vorbei zu steuern. Dennoch sollen die Indikatoren gemeinsam festgelegt werden, damit die Bedingungen für die Leistungserbringer klar und gleichwertig sind und damit Quervergleiche möglich werden. Angesichts der Vielzahl heterogener Leistungserbringer können nur wenige und einfache Instrumente eingesetzt werden, wenn der Aufwand für das Controlling in einem günstigen Verhältnis zum Ertrag stehen soll.

Empfehlung 13

Die Kantone beschränken ihr Controlling auf die strategische Ebene. Sie einigen sich untereinander über die Indikatoren, die sie als Steuerungsinformationen benutzen wollen.

(C12) Viele Spitex-Dienste, aber auch Pflegeheime und die Trägerschaften sind bewusstseinsmässig und organisatorisch noch nicht für ein eigentliches Controlling bereit. Deshalb sollten die

Kantone den Institutionen und Organisationen während einer Uebergangsphase einen Vertrauensvorschuss (Contrat de confiance) gewähren. Dies erspart unnötigen und von den Kantonen auch kaum leistbaren Aufwand.

Empfehlung 14

Die Kantone unterstützen die Institutionen und Organisationen der stationären und ambulanten Pflege bzw. ihre Trägerschaften beim Aufbau der operativen Controlling-Instrumente. Sie legen Mindestanforderungen fest, die auch die überkantonalen Indikatoren einschliessen, um die Vergleichbarkeit soweit wie möglich zu gewährleisten.

Empfehlung 15

Während einer Uebergangsphase konzentrieren die Kantone ihr Controlling auf die sog. "Critical Cases". Damit tragen sie mit vertretbarem Aufwand vorerst dazu bei, dass Leistungserbringer, die übermarchen, zur Rechenschaft gezogen werden können. Gleichzeitig fördern sie das Verständnis für das Controlling auf der operativen Ebene.
