

---

**KVG**

## **Vollzugsdefizite bei der Langzeitbehandlung im Pflegeheim**

---

ANALYSE  
VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE  
HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

18. Februar 2005  
von Martin Brönnimann und Markus Saurer

**Brönnimann Heimsoft AG**  
Könizstrasse 178 · 3097 Bern-Liebefeld  
[www.heimsoft.ch](http://www.heimsoft.ch)



**Markus Saurer Industrieökonomie**  
Wiesenstrasse 4 · 3612 Steffisburg  
[www.industrieoekonomie.ch](http://www.industrieoekonomie.ch)

**Markus Saurer Industrieökonomie**

## Zusammenfassung

(1) Das Ziel „Kostendämpfung“ des 1996 in Kraft gesetzten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wird nicht erreicht. Als Gründe hierfür wurden in einer Wirkungsanalyse **Defizite im Gesetzesvollzug** durch die zuständigen Behörden sowie mangelnde Effizienz- und Wettbewerbsanreize der Leistungserbringer geortet.

(2) Soweit die Anreizprobleme auf regulierungsökonomische Konstruktionsfehler im Gesetz zurückzuführen sind, ist es zwar richtig, dass an einer Gesetzesrevision gearbeitet wird, doch ist diese aus sozial- und gesellschaftspolitischen Gründen heftig umstritten und kommt kaum voran.

(3) Umso unverständlicher ist es, dass Defizite im Vollzug des geltenden KVG durch den Bundesrat und andere Vollzugsbehörden nicht fortlaufend eliminiert werden.

(4) Dies gilt auch für die Langzeitpflege in Spitälern und Pflegeheimen. Hier herrschen seit Jahren Zustände, welche die Ziele und Vorgaben des KVG regelrecht hintertreiben und zudem den Verfassungsgrundsätzen Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) und Schutz vor Willkür (Art. 9 BV) zuwiderlaufen.

(5) Den scheinbar banalen betriebswirtschaftlichen Funktionen Kostenrechnung, Pflegebedarfsermittlung und Leistungsabgeltung kommt im Vollzug des KVG in der Langzeitpflege eine Schlüsselrolle zu. Es wird gezeigt, dass

- viele Heime keine Kostenrechnung führen, die den gesetzlichen Anforderungen entspricht;
- der alters- und krankheitsbedingte Pflegebedarf nicht auf Grund der effektiv erbrachten Pflegeleistungen ermittelt, sondern nur mit Hilfe von Planungsinstrumenten im Voraus geschätzt wird;
- die von santésuisse vorgeschriebenen Instrumente der Pflegebedarfsermittlung (RAI/RUG, BESA und PLAISIR) einen enormen subjektiven Ermessensspielraum beinhalten und der Manipulation Tür und Tor offen lassen;
- offensichtlich willkürliche Ergebnisse der Pflegebedarfsermittlung Grundlage zur Leistungsabgeltung der Krankenkassen und anderer Kostenträger sind und sich daraus unzulässige Ungleichbehandlungen von Heimbewohnern ergeben.

(6) Der Vollzug des KVG betreffend Kostenrechnung, Pflegebedarfsermittlung und Leistungsabgeltung verletzt in der Langzeitpflege zumindest die folgenden Bestimmungen des KVG:

- Art. 32 Abs. 1 und Abs. 2: Ob die Leistungen wirtschaftlich sind, kann nicht ermittelt und periodisch überprüft werden.
- Art. 34: Die Leistungserbringer sind nicht in der Lage, die erbrachten Leistungen detailliert, verständlich und nachprüfbar in Rechnung zu stellen. (Während die Tarife ohne weiteres prüfbar sind, weil vorgegeben, trifft dies für die Mengen und die Qualität der erbrachten Leistungen nicht zu.
- Art. 44 Abs. 1: Ob der Tarifschutz eingehalten oder verletzt wird, kann niemand beurteilen.
- Art. 49 Abs. 6: Eine veritable Kostenstellenrechnung wird von den wenigsten Pflegeheimen geführt.
- Art. 49 Abs. 7: Betriebsvergleiche (Benchmarking) werden nicht durchgeführt oder sind infolge mangelnder Rechnungsdaten nicht richtig machbar.

(7) Die von den zuständigen Behörden (EDI, Bundesrat) tolerierte exklusive Zulassung weniger Instrumente der Pflegebedarfsermittlung durch *santésuisse* kommt einem Verstoß gegen das Kartellgesetz gleich (Art. 5 und/oder Art. 7 KG).

(8) Durch diese exklusive Zulassung wird der Wettbewerb im Markt für Instrumente der Pflegebedarfsermittlung ausgeschaltet und der Wettbewerb im Bereich von anderen Managementinstrumenten für Pflegeheime erheblich beeinträchtigt.

(9) Diese Wettbewerbswirkungen haben nicht zuletzt zur Folge, dass die Innovation im Bereich der effizienzorientierten Führung von Spitälern und Pflegeheimen unterminiert wird.

(10) Mit der laufenden Gesetzesrevision wird sich an den hier analysierten Vollzugsdefiziten nichts ändern, da diese gar nicht Gegenstand der Revision sind. Allerdings sind in der Langzeitpflege Änderungen vorgeschlagen, mit denen der Stellenwert der Kosten- und Leistungsrechnung in Spitälern und Pflegeheimen noch markant steigen wird. Umso dringlicher sind Vollzugskorrekturen somit auch im Hinblick auf die KVG-Revision.

## Inhalt

Zusammenfassung .....	2
1 Einleitung .....	6
2 Analyse .....	7
2.1 Akteure in der Langzeitpflege .....	7
2.2 Gesetzliche Vorgaben .....	8
2.2.1 Objekt- und Subjektfinanzierung (duales System) .....	8
2.2.2 Leistungen und Leistungsentgelte .....	10
2.2.3 Wirtschaftlichkeit und Kosten .....	12
2.2.4 Bedarfsabklärung und Pflegestufen .....	14
2.3 Praxis .....	17
2.3.1 Ungenügende Kosten- und Leistungsrechnungen .....	17
2.3.2 Willkürliche Einstufung .....	17
2.4 Rechtliche und ökonomische Implikationen .....	18
2.4.1 Rechtsverletzungen .....	18
2.4.2 Verzerre ökonomische Anreize .....	19
2.4.3 Wettbewerbsverzerrungen bei Lieferanten .....	21
3 Verbesserungsvorschläge und Forderungen .....	22
4 Handlungsmöglichkeiten .....	23
Anhang .....	25
A1 Die KVG-Revision im Überblick .....	25
A2 Die KVG-Revision kommentiert .....	27
A2.1 Wirkungsanalyse .....	27
A2.2 Revisionsvorschläge der Experten .....	28
A2.3 Revisionsentwürfe des Bundesrates .....	29
A2.4 Stand der Reform .....	30

---

A2.5	Zur Neuordnung der Pflegefinanzierung .....	31
A3	Quellen.....	32
A3.1	Revisionspaket Teil 1 .....	32
A3.2	Revisionspaket Teil 2.....	32
A3.3	Neuordnung Pflegeversicherung.....	32
A3.4	Weitere Quellen .....	32

## 1 Einleitung

Ziele des 1996 in Kraft gesetzten KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10) sind die Stärkung der Solidarität

*Art. 6 VKL: „Als Langzeitbehandlung nach den Artikeln 49 Absatz 3 und 50 des Gesetzes [KVG] gelten Aufenthalte im Spital oder im Pflegeheim, ohne dass nach medizinischer Indikation eine Behandlung und Pflege oder eine medizinische Rehabilitation im Spital erforderlich ist.“*

unter den Versicherten, die Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung sowie die Dämpfung der Kostenentwicklung.<sup>1</sup> An diesen Zielen sind auch die Krankenpflege zu Hause (Spitex) und die Langzeitbehandlung oder Langzeitpflege<sup>2</sup> im Pflegeheim, die zur Schliessung einer Lücke in der Grundversicherung ebenfalls 1996 in das KVG aufgenommen worden waren, zu messen.

In den Jahren 1997 bis 2001 haben unabhängige Experten die Wirkungen des KVG analysiert:<sup>3</sup> Solidarität und Versorgung haben sich in der Tat verbessert, doch ist die Kostenentwicklung keineswegs spürbar gebremst worden. Bei Medikamenten, in der ambulanten Behandlung, bei Spitex-Diensten und in Pflegeheimen war sogar ein massives Ausgabenwachstum zu verzeichnen. Als Gründe für die Verfehlung des Kostenziels werden Defizite im Gesetzesvollzug sowie grundsätzlich mangelnde Effizienz- und Wettbewerbsanreize der Leistungserbringer angegeben. Ärzte, Spitäler und Heime haben sich im Rahmen des revidierten KVG offenbar kaum spürbar kompetitiver verhalten als vorher. Mittlerweile ist jedoch kaum mehr bestritten, dass nur wirksamer Wettbewerb die Effizienzgewinne generieren kann, die zur Kostenstabilisierung bei gleicher oder gar gesteigerter Leistung absolut unabdingbar sind. Dieser Erkenntnis muss bei der Handhabung bestehender und der Schaffung neuer Regeln im Gesundheitswesen Rechnung getragen werden.

Vorliegender Bericht konzentriert sich auf Probleme Kostenrechnung, der Pflegebedarfsermittlung und der Leistungsabgeltung bei der Langzeitpflege im Pflegeheim sowie auf Wettbewerbsverzerrungen und Ineffizienzen, die sich daraus ergeben. Im Rahmen des geltenden Rechts können erhebliche Verbesserungen realisiert werden. Diese sollten gute Realisierungschancen haben, weil sie auch im Hinblick auf die laufende Gesetzesrevision nötig und sinnvoll sind.

In Abschnitt 2 werden nach einer Einführung in Strukturen und Rahmenbedingungen der Langzeitpflege Probleme betreffend der Erfassung von Kosten und Leistungen, deren Bewertung und Tarifierung dargestellt. Abschnitt 3 beinhaltet eine Diskussion von Verbesserungsvorschlägen und Forderungen zum zielkonformen Vollzug des KVG in diesen Problembereichen. In Abschnitt 4 werden Handlungsmöglichkeiten zur Initiierung und Umsetzung von Verbesserungen skizziert. Eine Zusammenfassung des Berichts ist vorangestellt, während im Anhang die laufende KVG-Revision im Überblick dargestellt (A1) und kommentiert (A2) wird, soweit dies für die Zwecke des vorliegenden Berichts nötig erscheint.

---

<sup>1</sup> Aus sozial- und gesellschaftspolitischer Perspektive soll die „Zweiklassenmedizin“ vermieden werden.

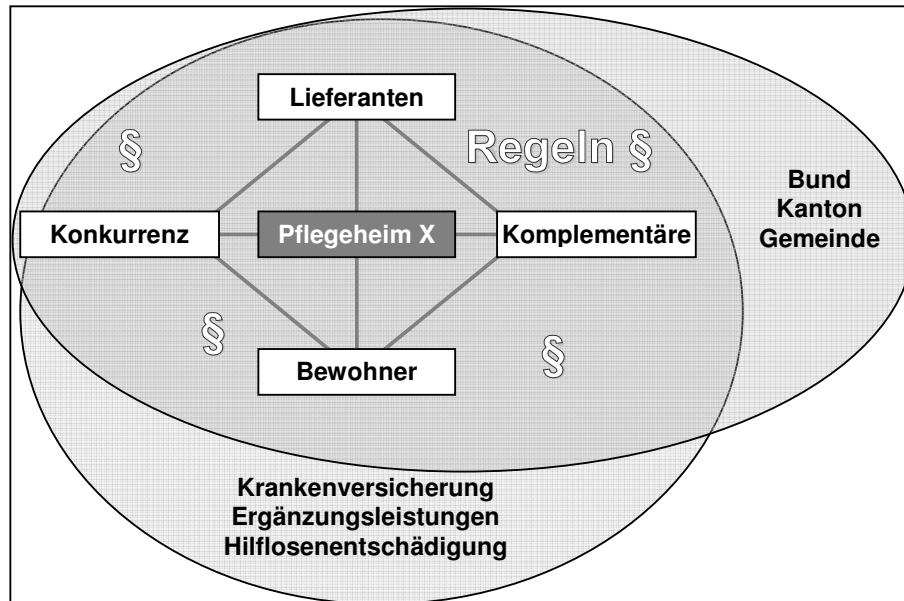
<sup>2</sup> In der Praxis hat sich der Begriff Langzeitpflege etabliert.

<sup>3</sup> Eine Zusammenfassung der Wirkungsanalyse findet sich in Abschnitt A2.1.

## 2 Analyse

### 2.1 Akteure in der Langzeitpflege

Abbildung 1: Netz der Werte aus der Sicht eines Heims<sup>4</sup>



X steht in strategisch interaktiver Beziehung zu Lieferanten, Konkurrenten, Komplementären und Bewohnern.<sup>5</sup> Konkurrenz bieten direkt - wenn überhaupt - andere Pflegeheime oder Pflegeabteilungen von Spitälern im relevanten räumlichen Markt sowie indirekt die Krankenpflege zu Hause (Spitex). Komplementäre sind z.B. Ärzte, Apotheker und weitere Leistungserbringer, die vom Pflegeheim oder von den Patienten bei Bedarf beigezogen werden. Die Beziehungen der Akteure werden durch deren strategische Pläne und diese wiederum durch staatliche Regulierungen sowie private Abreden (Kartelle) beeinflusst.

Bund, Kanton und Gemeinden und deren Regulierungsbehörden sowie Verbände (v.a. santésuisse und Curaviva) sind in erster Linie Regelgeber und „Schiedsrichter“; im Gesundheitswesen sind aber diese Institutionen oft auch als eigentliche „Mitspieler“ im Markt aktiv. Krankenversicherungen und andere Sozialversicherungen (AHV, IV, EL) müssen auf Grund von Gesetzen und vertraglichen Bindungen mit Bewohnern, Leistungserbringern und anderen Akteuren grosse Teile der Pflegekosten tragen.

Diese Darstellung widerspiegelt eine systemische, spieltheoretisch fundierte Sicht. Wenn Gesetze wie das KVG ihre Ziele nicht oder nicht effizient erreichen, beruht dies meistens darauf, dass beim Erlass von Gesetzen und Verordnungen die Zusammenhänge in dem zu regulierenden System nicht richtig erfasst und erst recht nicht mit der nötigen Voraussicht (Antizipation der Reaktionen der Betroffenen) evaluiert worden sind.<sup>6</sup> Mit neuen Regeln verändert sich aber stets das ganze System; die Akteure passen sich den neuen Bedingungen -

<sup>4</sup> Vgl. Brandenburger/Nalebuff (1998), 23. Im vorliegenden Fall gilt diese Darstellung ebenso für ein repräsentatives privates Heim sowie für die Gesamtheit der öffentlichen und/oder privaten Pflegeheime. Vgl.

<sup>5</sup> Lieferanten und Kunden in der Wertschöpfungskette (vertikal) sowie Konkurrenten und Komplementäre (horizontal) sind die wichtigsten relevanten Akteure aus der Sicht einer Firma oder Branche. In den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens kommen Bund, Kanton und Gemeinde sowie Krankenversicherungen und weitere Akteure hinzu.

<sup>6</sup> Vgl. Wirkungsanalyse im Anhang A2.1.

oft auf unerwartete Weise - an, so dass die Regeln letztlich andere Wirkungen entfalten als zuvor angenommen worden war.<sup>7</sup> Das KVG hat seine Ziele seit Inkraftsetzung im Jahr 1996 in der Tat nicht oder zumindest nicht effizient erreicht, wie eine Evaluation durch Experten ergeben hat.

Im Gesundheitswesen wird neben polizeirechtlichen Schutzmassnahmen aus Gründen der Umverteilung und der Effizienz in den Markt eingegriffen, um unerwünschte oder ineffiziente Marktergebnisse zu vermeiden (Solidarität, Versorgungssicherung, Kosten). Sehr oft resultieren aber gerade aus der Regulierung gegen effektives oder vermeintliches Marktversagen ineffiziente oder unerwünschte Ergebnisse, es kommt zum Staatsversagen. Gegenstand der nachfolgenden Analyse ist Staatsversagen in der Langzeitpflege.<sup>8</sup>

## 2.2 Gesetzliche Vorgaben

### 2.2.1 Objekt- und Subjektfinanzierung (duales System)

Die *Objektfinanzierung* besteht aus Investitionsbeiträgen und anderen Subventionen inklusive Defizitdeckungsbeiträgen der öffentlichen Hand an das Heim. Private Pflegeheime, die in der Schweiz rund einen Drittel Marktanteil haben, müssen in der Regel ohne solche Zuschüsse auskommen.<sup>9</sup> Die *Subjektfinanzierung* setzt sich dagegen aus leistungs- bzw. bewohnerbezogenen Zahlungen der Bewohner, der Krankenversicherungen und anderer sozialer Institutionen zusammen. Soziale Institutionen weisen eine Versicherungskomponente auf, die von den Versicherten über Prämien finanziert wird. Hinzu kommen je nach Institution mehr oder weniger Umverteilungskomponenten, bei denen es zu Quersubventionierungen zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten sowie Reicheren und Ärmern kommt.

Die öffentlich-rechtlichen Heime werden aus Gemeindemitteln und kantonalen Subventionen für Investitionen in Bauten und Einrichtungen errichtet und mit Defizitgarantie betrieben.<sup>10</sup> Es fallen Anlagekosten und Betriebskosten an, die über Leistungsentgelte der Bewohner und deren Krankenversicherung sowie durch Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung zu decken sind (ein Teil der Anlagekosten wird zum Vornherein von der öffentlichen Hand getragen). Kanton und Gemeinde bestimmen die Heimtarife (oder wesentliche Teile davon) und tragen die Betriebsdefizite, die sich aus zu niedrigen Tarifen, Unterbelegung und anderen betrieblichen Ineffizienzen ergeben.

---

<sup>7</sup> In der Ökonomie spricht man von Spiel und Spielregeln und untersucht die strategischen Interaktionen zwischen den Spielern (Akteuren) mit Hilfe der Spieltheorie. Vgl. Dixit/Nalebuff (1995) und Brandenburger/Nalebuff (1998).

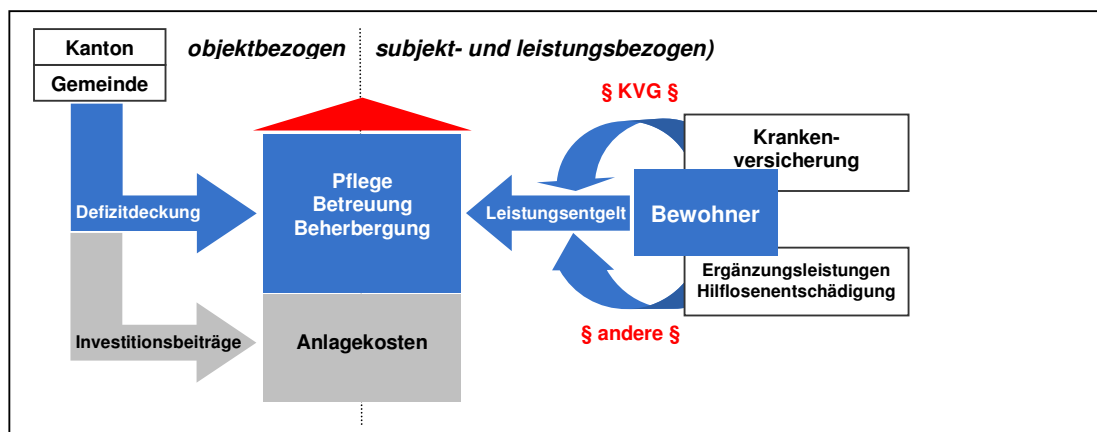
<sup>8</sup> Aufenthalte im Spital oder Pflegeheim, ohne dass nach medizinischer Indikation eine Behandlung und Pflege oder eine medizinische Rehabilitation im Spital erforderlich ist, gelten als Langzeitbehandlung (Art. 49 Abs. 3 KVG und Art. 6 VKL).

<sup>9</sup> Vgl. Bundesamt für Statistik BFS (2005).

<sup>10</sup> Im Jahr 2004 waren im Kanton Bern beispielsweise rund 9'000 (72%) Bewohner in öffentlichen und rund 3'500 (28%) in privaten Heimen untergebracht. Die Marktanteile dürften in den anderen Kantonen ähnlich sein, spielen aber für die vorliegende Analyse keine Rolle.

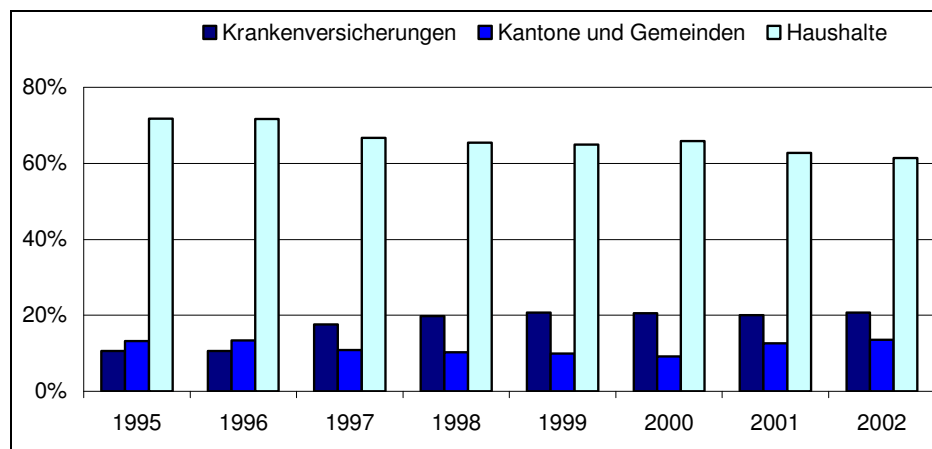


Abbildung 2: Duale Finanzierung des Pflegeheims<sup>11</sup>



Die Mischung von Objekt- und Subjektfinanzierung ist mit Anreizproblemen, Wettbewerbsverzerrungen und Effizienzschäden verbunden und aus diesem Gründen auch Gegenstand der laufenden KVG-Revision.<sup>12</sup> In der Wirkungsanalyse wird die Ansicht vertreten, die Akteure hätten ihren KVG-Handlungsspielraum nicht für Effizienzsteigerungen (Kostensenkungen und Leistungsverbesserungen) ausgenutzt. Tatsächlich waren öffentliche Spitäler und Heime in den letzten Jahren offenbar in erster Linie bestrebt, Kosten von den Bewohnern und der Standortgemeinde des Heims möglichst fernzuhalten und diese stattdessen auf die Krankenversicherer umzulenken. Die folgenden Abbildungen geben einen Überblick über diese Entwicklung und die Grössenverhältnisse.

Abbildung 3 Finanzierungsanteile Pflegeheime und Spitex

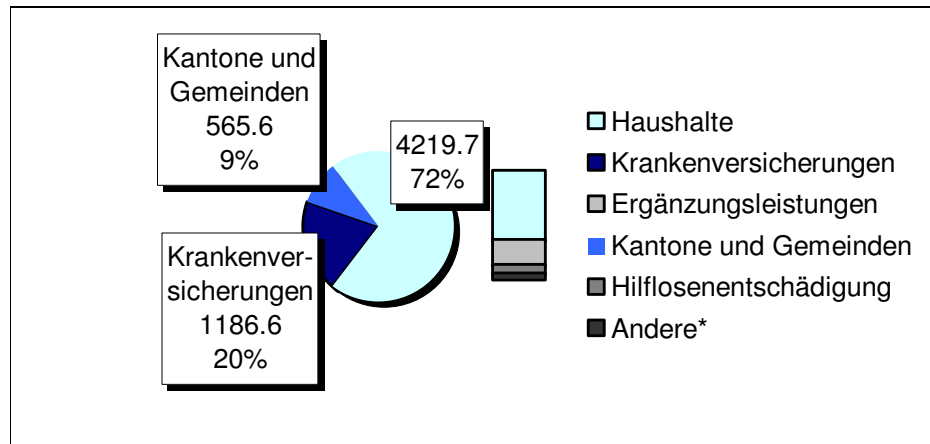


Der Anteil der Krankenkassen versteht sich netto, d.h. abzüglich Prämien, Selbstbehalte und Franchisen der Bewohner, die den Haushalten zuzurechnen sind. Leistungen von AHV, IV und EL sind ebenfalls bei den Haushalten berücksichtigt.  
 Quelle: Botschaft vom 16. Februar 2004 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, 28.

<sup>11</sup> In Anlehnung an eine Darstellung von economiesuisse (2005) zur dualen Spitalfinanzierung. Erläuterungen zur dualen und monistischen Spitalfinanzierung finden sich im Anhang (A2).

<sup>12</sup> Die Notwendigkeit des Übergangs zur monistischen Finanzierung wird derzeit leider nur für Spitäler diskutiert, kaum für Pflegeheime, obwohl sich dort die Problematik genau gleich stellt. Vgl. A2.1, A2.2 und A2.3.

Abbildung 4 Finanzierungsanteile Pflegeheime im Jahr 2002 (Mio. CHF und %)



Anteil der Krankensicherungen wiederum netto. Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung und andere Finanzquellen (Sozialhilfe, Spenden und Legate sowie Militärversicherung) sind im Rechteck separat dargestellt und werden im Kreis den Haushalten zugeschlagen.

Quelle: Botschaft vom 16. Februar 2004 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, 19.

Der Anteil der Krankenpflegeversicherungen hat sich von 1996 bis 2002 nahezu verdoppelt, der Anteil der öffentlichen Hand hat sich zunächst verringert und dann wieder auf das ursprüngliche Niveau zurückentwickelt, während der Beitrag der Bewohner gesunken ist.<sup>13</sup> Gründe hierfür sind Vollzugsdefizite und Anreizprobleme in den Rahmenbedingungen und letztlich mangelnder Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Folgendes Zitat aus der Wirkungsanalyse weist die Richtung, die nicht nur mit der KVG-Revision, sondern soweit möglich auch im Rahmen des Vollzugs bereits geltender Gesetze einzuschlagen ist:

*„Die Leistungserbringer optimieren wie die übrigen Akteure des Gesundheitswesens in erster Linie ihren eigenen Nutzen und handeln dementsprechend.“<sup>14</sup>*

Daraus folgt, dass die Rahmenbedingungen so gesetzt und umgesetzt werden müssen, dass die gesamtwirtschaftlichen und gesellschaftlichen Ziele des Gesundheitswesens trotz eigen-nützigen Verhaltens der Akteure erreicht werden.

## 2.2.2 Leistungen und Leistungsentgelte

Langzeitpflegebedürftigkeit ist kein eigenständiges versicherungsrechtliches Risiko, sondern wird über mehrere Sozialversicherungen geregelt - und dies wird auch in Zukunft so bleiben.<sup>15</sup> Zu unterscheiden ist in alters- und krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit.<sup>16</sup> Die Krankenversicherung hat nach dem Grundsatz in Art. 25 KVG nur die Kosten der Leistungen

<sup>13</sup> Vgl. Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung.

<sup>14</sup> BSV 2001, 107 (Zitat). Vgl. zudem Infras (2004) und Vernehmlassungsvorlage des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung (Kapitel 2 „Probleme und Herausforderungen im Pflegebereich“, 19 ff.).

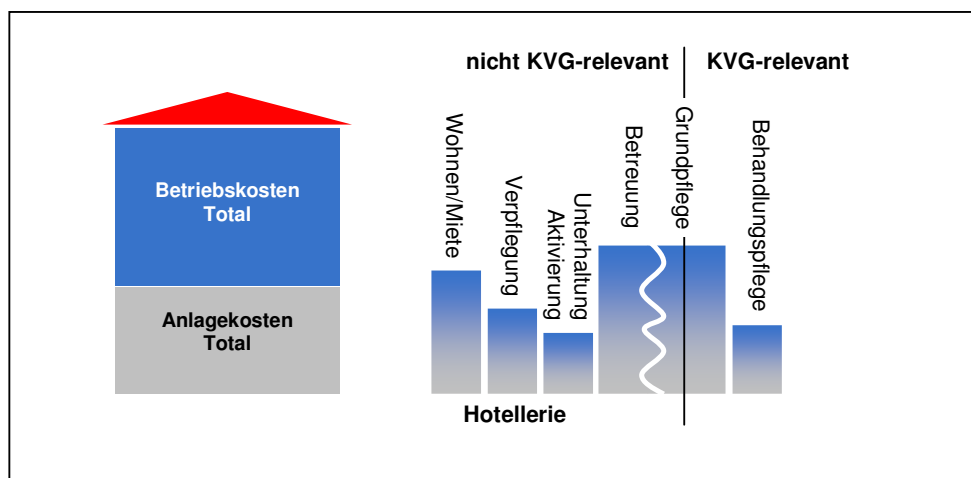
<sup>15</sup> Vgl. Vernehmlassungsvorlage des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung, 19, sowie Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung.

<sup>16</sup> Es gibt auch unfall- und invaliditätsbedingte Pflege, diese werden hier aber nicht in Betracht gezogen. An der Grundproblematik ändert sich dadurch nichts.

für Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen zu übernehmen. Im Pflegeheim hat sie für dieselben Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege oder bei der Krankenpflege zu Hause aufzukommen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG sowie Art. 50 KVG). Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und altersbedingte Pflege sind somit von der Krankenversicherung nicht zu vergüten.<sup>17</sup>

Gemäss Art. 7 Abs. 1 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KLV (SR 832.112.31) sind die Krankenversicherer zur Übernahme der Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die aufgrund einer Bedarfsabklärung (gem. Art. 7 Abs. 2 und 8a KLV) auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden, verpflichtet. In Art. 7 Abs. 2 KLV wird konkreter umschrieben, welche Leistungen von der Krankenversicherung übernommen werden müssen. Darunter fallen auch Massnahmen der allgemeinen Grundpflege sowie der psychiatrischen und der psychogeriatrischen Grundpflege. Des Weiteren ist geregelt, welche therapeutischen und pflegerischen Hilfsmittel von welcher Sozialeinrichtung zu tragen sind.<sup>18</sup> Die Mittel und Gegenstände, die von den Krankenversicherungen zu tragen sind, sind in einer Liste im Anhang zur KLV aufgeführt.

Abbildung 5 Leistungen des Pflegeheims



In der Praxis ist die Unterscheidung in KVG-relevante und nicht KVG-relevante Leistungen allerdings nicht so messerscharf vorzunehmen, wie in Abbildung 5. So kann beispielsweise eine umsichtige Betreuung zur Folge haben, dass Grund- und Behandlungspflege reduziert erfolgen können. Oder es könnte eine gute psychogeriatrische Grundpflege erlauben, auf einige nicht KVG-pflichtigen Betreuungsmassnahmen zu verzichten. Die grössten Zuordnungsprobleme (Überschneidungen) dürften sich zwischen einer krankheitsbedingten und einer nicht-krankheitsbedingten Grundpflege ergeben.<sup>19</sup>

<sup>17</sup> Vgl. Vernehmlassungsvorlage des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung, 5.

<sup>18</sup> Da diese Hilfsmittel von den Leistungserbringern zu Marktpreisen erworben und weitergegeben werden, ergeben sich her weniger Abgrenzungs- und Bewertungsprobleme als bei den Grund- und Behandlungspflegeleistungen.

<sup>19</sup> Dies ist mit ein Grund dafür, dass der Bundesrat vorschlägt, nur mehr die Behandlungspflege der Krankenversicherung zu belasten; an die Grundpflege soll sie nur noch einen fixen Beitrag entrichten. Vgl. A2.5.

In mikroökonomischer Hinsicht fällt neben therapeutisch-medizinischen Unterscheidungsproblemen zusätzlich in Betracht, dass die Leistungen in Verbundproduktion (auch Kuppelproduktion) erfolgen. Gebäude und Anlagen und Pflegepersonal werden zugleich für KVG-relevante und -nichtrelevante Leistungen benötigt. Dies führt selbst dort zu Abgrenzungsproblemen in der Kostenrechnung, wo sich therapeutisch-medizinisch keine solchen ergeben würden. In der Grafik wird mit grauer Farbe für Anlagekosten und blau für Betriebskosten angedeutet, dass Behandlungs- und Grundpflege auch für gewisse Anlage- und Betriebskosten kausal sind. Der Ausschluss von allgemeinen Infrastruktur- und Betriebskosten der Leistungserbringer bei der Ermittlung der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV ist somit durchaus problematisch.

Die diversen Abgrenzungsprobleme wurden bisher so „gelöst“, dass sie von den meisten Heimen schlicht umgangen wurden. In Tat und Wahrheit führen die meisten Heime gar keine Kostenrechnung, wie sie das Gesetz vorschreibt.

### 2.2.3 Wirtschaftlichkeit und Kosten

#### KVG

Art. 32 Abs. 1	Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
Art. 32 Abs. 2	Die Wirtschaftlichkeit ist periodisch zu überprüfen.
Art. 34	Die Krankenversicherer dürfen nur Kosten für Leistungen übernehmen, für die sie dazu gesetzlich verpflichtet sind.
Art. 42 Abs. 3	Die Leistungserbringer müssen die erbrachten Leistungen detailliert, verständlich und damit nachprüfbar in Rechnung stellen.
Art. 44 Abs. 1	(Tarifschutz) Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Vorbehalten die Regelungen betreffend Mittel und Gegenstände). Das heisst auch, dass für Leistungen, die von den Krankenversicherern nach den geltenden Tarifen abgegolten werden, nicht noch andere zusätzlich belastet werden dürfen (keine Doppelspurigkeiten).
Art. 46 Art. 47	In diesen Artikeln ist geregelt, welche Bedingungen Tarifverträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern bzw. deren Verbänden erfüllen müssen, damit sie zulässig sind. Kantonal gültige Tarifverträge sind durch die zuständige Kantonsregierung, landesweit gültige Tarifverträge durch den Bundesrat zu genehmigen. Kommt zwischen den Vertragsparteien keine Einigung zustande, dann setzt die zuständige Kantonsregierung die Tarife fest.
Art. 49 Abs. 6	Die Spitäler ermitteln ihre Kosten und erfassen ihre Leistungen nach einheitlicher Methode; sie führen hiezu eine Kostenstellenrechnung und eine Leistungsstatistik.
Art. 49 Abs. 7	Kantonsregierung (wenn nötig der Bundesrat) ordnen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an. Ergeben die Vergleiche erhebliche Abweichungen, dann können die Krankenversicherungen ihre Verträge mit dem Spital kündigen und der Genehmigungsbehörde beantragen, die Tarife auf das richtige Mass zurückzuführen.
Art. 50	Hier wird festgehalten, dass Art. 49 Abs. 6 und 7 im Pflegeheimbereich sinngemäss anwendbar sind. Art. 50 sieht zudem die Möglichkeit pauschaler Vergütungen vor, allerdings dürfen nur die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause vergütet werden.
Art. 54 Art. 55	Zur Eindämmung des Kostenanstiegs (für die Versicherer) können die Versicherer beim Kanton eine Globalbudgetierung für Spitäler und Pflegeheime beantragen - als befristete Massnahme. Falls die Kosten je versicherte Person und Jahr doppelt so stark ansteigen wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, können die zuständigen Behörden (Bund oder Kanton) Preise bestimmen oder Preiserhöhungen untersagen.

Bei Inkraftsetzung dieser Regeln verfügte die grosse Mehrheit der (meist öffentlichen) Pflegeheime nicht über die nötigen Instrumente der Kosten- und Leistungsrechnung, um diesen Anforderungen auch nur annähernd genügen zu können. Nach zweijährigem „Hickhack“ zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern sowie Behörden, begleitet von Gerichtsfällen und exorbitanten Kostensteigerungen im KVG-relevanten Bereich<sup>20</sup> hat das EDI per Anfang 1998 die KLV mit Art. 9a „Kostentransparenz und Tariflimiten“ bzw. mit dem so genannten „Rahmentarif“ wie folgt ergänzt:

**KLV**

Art. 9 Abs. 4 <b>ab 1996</b>	Für die Leistungen der Pflegeheime sind zwischen den Vertragspartnern (Leistungserbringer und Krankenversicherer) oder durch die zuständigen Behörden Tarife festzusetzen, die nach dem Pflegebedarf (bei mindestens vier Stufen) abzustufen sind.
<b>ab 1998</b>	<p><b>Art. 9a<sup>26</sup> Kostentransparenz und Tariflimiten</b></p> <p><sup>1</sup> Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b nicht über mit den Versicherern gemeinsam erarbeitete Kostenberechnungsgrundlagen verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Stunde nicht überschritten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in einfachen und stabilen Situationen: 30–47 Franken;</li> <li>b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c in instabilen und komplexen Situationen sowie für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 45–68 Franken;</li> <li>c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 50–73 Franken.<sup>27</sup></li> </ul> <p><sup>2</sup> Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art. 49 Abs. 6 und 50 KVG<sup>28</sup>) verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Tag nicht überschritten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. für die erste Pflegebedarfsstufe: 10–20 Franken</li> <li>b. für die zweite Pflegebedarfsstufe: 15–40 Franken</li> <li>c. für die dritte Pflegebedarfsstufe: 30–65 Franken</li> <li>d. für die vierte Pflegebedarfsstufe: 40–80 Franken.<sup>29</sup></li> </ul> <p><sup>3</sup> Artikel 44 KVG ist anwendbar.</p>

Wenn es auch verständlich erscheint, dass per 1998 - erst zwei Jahre nach Inkraftsetzung des KVG - diese „Notbremse“ gezogen werden musste, weil sich die potenziellen Vertragspartner und zuständigen Behörden in dieser komplexen Materie noch nicht geeinigt hatten, dann gilt dies heute - neun Jahre nach Inkraftsetzung KVG! - nicht mehr. Trotzdem hat das Parlament am 8. Oktober 2004 in Bezug auf die Pflegeheime nichts weiter als die Fortsetzung dieses Rahmentarifs für die Jahre 2005 und 2006 beschlossen.<sup>21</sup>

***Die (meisten) Pflegeheime verfügen noch nicht über die gesetzlich vorgeschriebenen Kosten- und Leistungsrechnungen. Neun Jahre nach seiner Inkraftsetzung ist das KVG in diesem entscheidenden Bereich noch immer nicht richtig umgesetzt worden. Die laufenden Revisionsarbeiten haben für diese Problematik noch keine Lösung vorgesehen.***

<sup>20</sup> Vgl. den sprunghaften Anstieg des Anteils der Krankenversicherungen in Abbildung 3. Von 1996 bis 1997 sind die Ausgaben der Krankenversicherer für Spitex- und Heim-Pflegeleistungen um über 35 Prozent, von 1997 bis 1998 noch einmal um über 21 Prozent angestiegen. Vgl. hierzu Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, 25 ff.

<sup>21</sup> Zudem wird dieser Problematik in der laufenden Reform der Pflegefinanzierung nicht die geringste Beachtung geschenkt. Allerdings bietet das geltende KVG bereits die Grundlagen, um auf dem Verordnungswege die dringend notwendigen Verbesserungen durchzusetzen.

Es versteht sich, dass damit die gesetzlichen Anforderungen der Wirtschaftlichkeit bzw. der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht richtig erfüllt werden können. In ökonomischer Hinsicht sind eingefrorene Tarife zudem gefährlich, wenn nicht auch die Mengen der zu erbringenden Leistungen unter Kontrolle gebracht werden.

#### 2.2.4 Bedarfsabklärung und Pflegestufen

Wie dargelegt, richtet sich die Abrechnung von KVG-relevanten Leistungen im Pflegeheim nach Tarifen, die in mindestens vier Pflegebedarfsstufen zu differenzieren sind und den Rahmentarif nicht überschreiten dürfen. Während die Tarife also zumindest objektiv - seien sie nun richtig oder falsch - gegeben und somit leicht zu kontrollieren sind, ist dies bei den Pflegebedarfsstufen (Art, Menge, Qualität) nicht der Fall - im Gegenteil, Fehlbeurteilungen und Manipulationen sind Tür und Tor offen!<sup>22</sup>

Die Pflegebedarfsabklärung erfolgt durch die Ermittlung von Pflegebedarfsstufen, die durch einen Arzt oder eine Ärztin als ärztliche Anordnung/als ärztlicher Auftrag zu bestätigen sind (Art. 8 Abs. 4 KLV). Diese Anordnung oder dieser Auftrag erfolgt im Voraus (ex ante) und befristet auf maximal sechs Monate (Art. 8 Abs. 6 lit. b). Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der Unfallversicherung wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt der Auftrag oder die Anordnung des Arztes oder der Ärztin bezogen auf die betreffenden Leistungen unbefristet, kann aber bei Bedarf einer Revision unterzogen werden (Art.7 Abs. 6bis KLV).

Gegen Ende der 1980er Jahre wurde gesamtschweizerisch eine Methode zur Abschätzung des Pflegebedarfs und zur Planung der Pflege eingeführt. Heute wird in der Deutschschweiz BESA („Bewohner-Einstufungs- und Abrechnungssystem“) des Heimverbandes Curaviva und RAI/RUG (Resident Assessment Instrument / Ressource Utilization Groups)“ der Firma Q-Sys AG eingesetzt.<sup>23</sup>

RAI wurde Anfangs 1990er Jahre von der Q-Sys AG aus den USA „importiert“ und für die Schweiz nutzbar gemacht. Das Instrument wird gratis abgegeben, während Q-Sys Einführung und Schulung in Rechnung stellt.<sup>24</sup> RAI besteht aus einem umfangreichen Fragebogen betreffend Kommunikations- und Denkfähigkeit des Bewohners, Stimmungslage und Verhalten, Krankheiten, Behandlungen, Medikamente. Dieser Fragebogen wird beim Eintritt des Bewohners in das Pflegeheim ausgefüllt und danach alle sechs Monate aktualisiert. RAI ist als Planungsinstrument konzipiert, um den Pflegeaufwand der nächsten Monate systematisch abzuschätzen. RAI wird mit RUG ergänzt, indem der Pflegebedarf mit den nötigen Pflege-massnahmen kombiniert wird. Je nachdem, welche und wie viel Pflege ein Bewohner (voraussichtlich) benötigt, kann das Heim der Krankenversicherung mehr oder weniger verrechnen.

BESA weist graduelle Unterschiede zu RAI/RUG auf, ist aber grundsätzlich ebenso ein Planungsinstrument, das den Pflegebedarf aufgrund von Fragen für die kommende Zeit ermittelt und mittels Aufwandcharakteristika in Pflegestufen und Pflegekosten umrechnet.

Da sich Leistungserbringer und Krankenversicherungen einzeln oder auf Verbandsebene auf Abrechnungssysteme einigen müssen und die zuständigen Behörden (Bund oder Kantone)

<sup>22</sup> In Abschnitt 2.4 wird auf die Frage der Anreize zur Manipulation eingegangen.

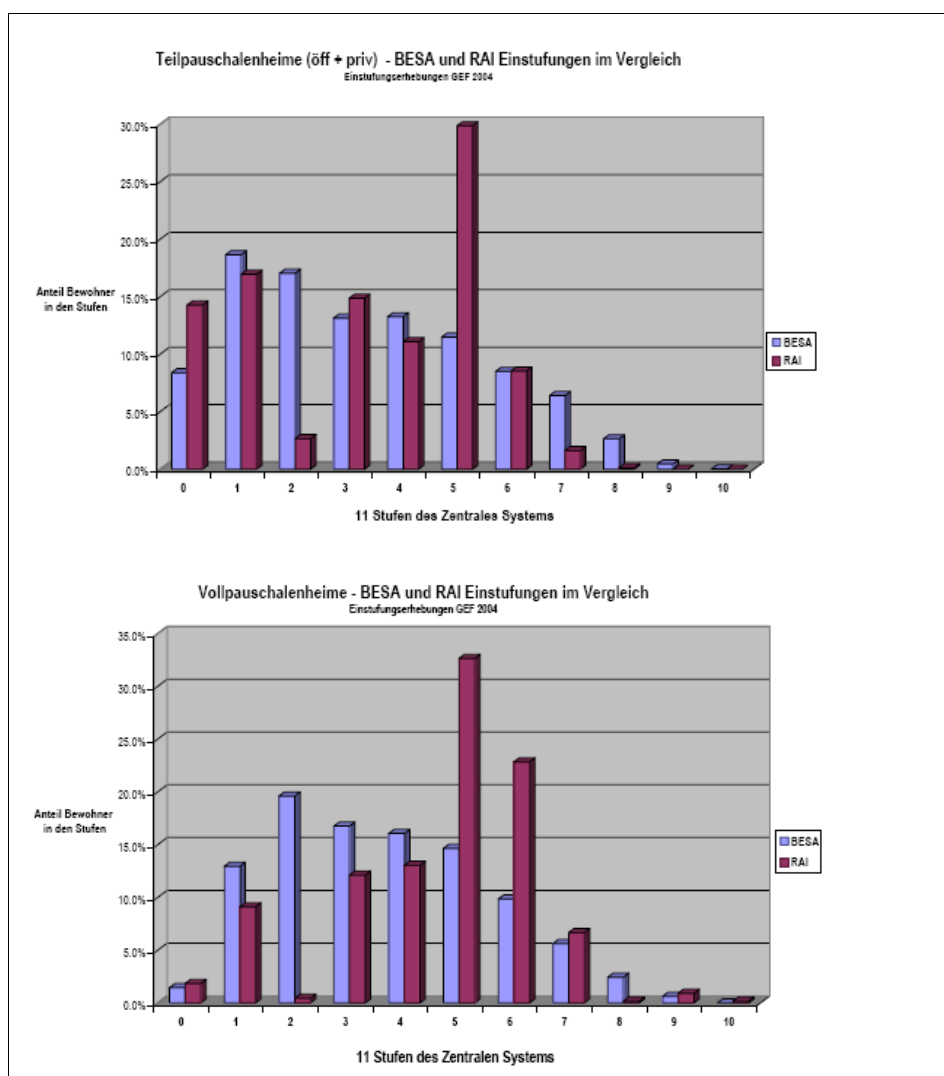
<sup>23</sup> Vornehmlich in der Romandie kommt ein System namens „Plaisir“ zum Einsatz. Dieses wird hier nicht diskutiert, doch bringt es exakt dieselben Probleme mit sich wie BESA und RAI/RUG.

<sup>24</sup> Vgl. Anderegg (2001) sowie Q-Sys AG (2004).

Tarife genehmigen oder - wie mit dem Rahmentarif - sogar bestimmen müssen, ist die Wahl von RAI/RUG oder BESA in den meisten Deutschweizer Kantonen verbindlich vorgeschrieben. Im Kanton Bern wurde auf den 1. Januar 2003 ein Tarifsysteem mit 11 Pflegestufen eingeführt. Im Kanton Zürich kommen derzeit fünf Pflegestufen zur Anwendung.

Für eine grundsätzliche Betrachtung ist indessen nicht relevant, wie feingliedrig RAI/RUG oder BESA aufgefächert und von den Kantonen über die vier Stufen des Rahmentarifs „gelegt“ werden. Zur Illustration der Problematik genügt vielmehr ein Blick auf die völlig unterschiedlichen Einstufungsergebnisse dieser Systeme, die der Kanton Bern kürzlich für das Jahr 2004 zusammengestellt hat:

Abbildung 6 BESA und RAI/RUG im Vergleich: Teilpauschaleneime (Kt. Bern)



Quelle: Auswertung Einstufungserhebungen 2004, GEF, Kanton Bern

Die vorstehenden Abbildungen zeigen die Einstufungen von über 7'000 Bewohnern und Bewohnerinnen in Heimen mit Teilpauschale sowie über 5'000 Bewohnern und Bewohnerinnen

in Heimen mit Vollpauschale im Kanton Bern.<sup>25</sup> Tabelle 1 zeigt auf, wie sich die Bewohner und Bewohnerinnen auf öffentliche (72%) und private (28%) Heime sowie auf Teil- und Vollpauschalen-Pflegeheime verteilen. Zudem ist angegeben, wie sich der Gebrauch von BESA und RAI/RUG auf die verschiedenen Heime verteilt (rund 2/3 BESA und 1/3 RAI/RUG).

Tabelle 1 Bewohner (Bew.) und Einstufungssysteme 2004 im Kanton Bern

Heime	Bew.		Bew.	Einstufung	Bew.	Einstufung	Bew.	
72%	8'993	Teil	3870	BESA	3'137			
				RAI/RUG	733			
		Voll	5123	BESA	2'409	BESA	5'546	62%
				RAI/RUG	2'714	RAI/RUG	3'447	38%
öffentl.	8'993							
privat	3'494							
28%		Teil	3486	BESA	2'685	BESA	2'693	77%
				RAI/RUG	801	RAI/RUG	801	22%
		Voll	8	BESA	8	BESA	8'239	66%
				RAI/RUG	0	RAI/RUG	4'248	34%
Total	12'487		12'487		12'487		12'487	

Quelle: : Eigene Zusammenstellung nach Auswertung Einstufungserhebungen 2004, GEF, Kanton Bern

Unter diesen Gegebenheiten wäre zu vermuten, dass sich die Pflegebedürftigen der verschiedenen Stufen in etwa gleichförmig und stetig - wenn auch keineswegs mit gleichen Anteilen - auf die verschiedenen Heimtypen verteilen würden. Dies scheint für die BESA-Einstufungen der Fall zu sein, während die RAI/RUG Daten erheblich davon abweichen und zum Teil geradezu diametral entgegengesetzte Einstufungen ergeben. Die heutigen Pflegeheime haben sich zwar einerseits aus den Altersheimen der Gemeinden und andererseits aus den Krankenheimen der Kantone entwickelt und letztere setzen eher RAI/RUG, erstere eher BESA ein. Doch selbst wenn die schwerer pflegebedürftigen Bewohner und Bewohnerinnen sehr stark in den ehemaligen Krankenheimen konzentriert wären, würde dies niemals die grossen Unstetigkeiten in der Bewertung erklären, wie sie aus Abbildung 6 hervorgehen.

*Die derzeit eingesetzten Systeme der Bedarfsabklärung und der Einteilung der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegestufen sind an sich Instrumente der ex ante Arbeitsplanung und Arbeitsvorbereitung. Als Abrechnungsinstrumente sind sie kaum kontrollierbar und liefern offenbar sehr divergierende Ergebnisse. Die Ergebnisse von RAI/RUG sind zudem sehr unstetig und dementsprechend unplausibel.*

<sup>25</sup> Bei der Teilpauschale sind Kosten für Arzt und Arzneimittel ausgeschlossen, bei der Vollpauschale sind sie eingeschlossen.



## 2.3 Praxis

### 2.3.1 Ungenügende Kosten- und Leistungsrechnungen

Es gibt Pflegeheime, die ihre Kosten im Griff haben und diese auch mit einer modernen, den „Regeln der Kunst“ entsprechenden Kosten- und Leistungsrechnung transparent machen können bzw. könnten. Für die grosse Masse der Pflegeheime trifft dies jedoch nicht zu. Dabei schreibt das KVG die Einführung von transparenten Kosten- und Leistungsrechnungen seit 1996 vor. 1998 wurde die KLV mit dem Rahmentarif ergänzt, der solange zur Anwendung gelangen sollte,

„bis die Leistungserbringer im Pflegebereich die Transparenzinstrumente eingeführt haben, welche als Grundlage für die Bestimmung der Kosten und Leistungen der stationären, teilstationären, ambulanten und Langzeitbehandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dienen“<sup>26</sup>

Über sechseinhalb Jahre später - im Oktober 2004 - hat das Parlament im Rahmen der laufenden KVG-Revision die Fortsetzung der Rahmentarif-Politik bis zur Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung beschlossen, weil nach wie vor keine genügenden Kosten- und Leistungsrechnungen vorhanden seien. Die in der Zwischenzeit per 1. Januar 2003 in Kraft gesetzte Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104) wird also offenbar auch nicht vollzogen, und das Parlament scheint dies noch auf Jahre hinaus tolerieren zu wollen.

Mit Blick auf die duale Finanzierung der Pflegeheime ist zudem zu beachten, dass durch fehlende adäquaten Kosten- und Leistungsrechnungen nicht nur die verbindlichen Ziele des KVG, sondern auch die Interessen der übrigen Finanzierungsträger (Bewohner, Gemeinde, Kanton, Sozialinstitutionen) missachtet werden.

Alles in allem besteht in der Kosten- und Leistungsrechnung in der Praxis seit neun Jahren ein eklatantes Vollzugsdefizit und es werden keine ernsthaften Massnahmen in die Wege geleitet, um dieses zu beseitigen.<sup>27</sup> Auch der Preisüberwacher, der für administrierte Preise oder bei nicht-wirksamen Marktmechanismen durchaus zuständig wäre, ist bis dato untätig geblieben. Auf eine Anfrage des Kantons Solothurn über die Zulässigkeit von Heimtaxen hat er im Jahr 2003 ohne weitere Konsequenzen vorgeschlagen, Heime ohne adäquate Kostenrechnung (bzw. Kostenbelege) mit einen „Transparenzabzug“ zu bestrafen (für einen solchen willkürlichen Abzug dürfte es ohnehin keine gesetzliche Grundlage geben). Ordentliche Verfahren nach Preisüberwachungsgesetz wurden dagegen keine durchgeführt.

### 2.3.2 Willkürliche Einstufung

Aus der Gesamtbetrachtung für den Kanton Bern (Abbildung 6) ist auf willkürliche Ergebnisse zumindest bei RAI/RUG zu schliessen. In die selbe Richtung weisen nachfolgende Beispiele:

- Im Kanton Zürich betragen die Leistungen der Krankenversicherungen beim Einsatz von RAI/RUG zwischen 8 und 170 Franken je Tag, beim Einsatz von BESA werden dagegen zwischen 20 und 70

<sup>26</sup> Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, 25.

<sup>27</sup> Aus politisch-ökonomischen Erwägungen lässt sich diese Untätigkeit durchaus plausibel erklären. Vgl. 2.4.

Franken entrichtet. Bewohner, die innerhalb des Kantons das Heim wechseln, erhalten sehr unterschiedliche KVG-Beiträge.

- Ebenfalls in Zürich haben Angehörige festgestellt, dass ihrer pflegebedürftigen Mutter 100 Franken mehr an die Pflegekosten bezahlt worden wären, wenn das betreffende Heim RAI/RUG statt BESA eingesetzt hätte.
- Im Kanton Bern werden die Ergebnisse der Systeme RAI/RUG und BESA in ein zentrales System mit zeitunabhängigen Tarifstufen übertragen, was allerdings unterschiedlichste Einstufungen bisher nicht verhindern konnte.
- Angehörige werden bei der Anmeldung ihres pflegebedürftigen Vaters in ein Heim A oder ein Heim B vor folgende Auswahl gestellt:

Kosten	zu Lasten	Heim A Fr./Tag	Heim B Fr./Tag
Miete	Bewohner	20.00	-
Miete	Gemeinde		20.00
Pensionskosten	Gemeinde		63.00
Pension Einz Zimmer	Bewohner	80.00	185.00
Pflegekosten (schwere Pf.)	Bewohner abzgl. Versicherungsbeiträge	180.00	170.00
Hilflosenentschädigung	Bund	-27.00	+27.00
<b>Vollkosten</b>		<b>253.00</b>	<b>465.00</b>

Dieses Beispiel lässt vermuten, dass Ineffizienzen des Heims B in Verletzung des Tarifschutzes gemäss Art. 44 KVG in die Pensionskosten integriert werden. Zudem lässt es abschätzen, in welchen Grössenordnungen sich die pekuniären Auswirkungen des Staatsversagens im Bereich der Langzeitpflege bewegen dürften!

- Gemäss Beobachter Nr. 1/2004 weigerte sich ein Bewohner eines Altersheims mit Hinweis auf den Tarifschutz, die Pflegekosten zu zahlen. Das Heim wagte den Rechtsweg indessen nicht und verzichtete so auf rund 20'000 Franken für Pflegeaufwendungen.

Das letzte Beispiel ist nicht zuletzt Ausfluss davon, dass die Rahmentarife die Pflegekosten zu nur rund 50 Prozent decken. Aus diesem Grund fordert Curaviva seit langem die Aufhebung des Tarifschutzes und die Anhebung der Rahmentarife. In diesem Zusammenhang ist es allerdings umso unverständlicher, dass die Pflegeheime bzw. Curaviva sowie auch die Krankenversicherungen nicht eine Verbesserung der Kosten- und Leistungsrechnung der Pflegeheime anstreben oder fordern. Diese wichtigsten Akteure haben offenbar zu wenig Anreize zu Systemverbesserungen in dieser Richtung und damit auch zu mehr Transparenz von Kosten und Leistungen (vgl. nachfolgend Abschnitt 2.4).

## 2.4 Rechtliche und ökonomische Implikationen

### 2.4.1 Rechtsverletzungen

Vorstehend wurde festgehalten, dass im Pflegeheim die verschiedenen, verbundenen Leistungen der alters- und krankheitsbedingten Pflege kostenmässig oft kaum separierbar sind und in Verletzung der Vorgaben des KVG seit nunmehr schon neun Jahren (!) denn auch nicht anhand einer adäquaten Kosten- und Leistungsrechnung separiert werden.

Zwei Jahre nach Inkraftsetzung des KVG wurde stattdessen ein nach Pflegestufen differenzierter fixer Rahmentarif vorgegeben, der von den Vertragspartnern (Pflegeheime, Gemeinde und Kanton einerseits und Bewohner sowie Krankenversicherer andererseits) zwar in weitere Abstufungen differenziert werden kann aber ansonsten zwingend einzuhalten ist. Im Herbst 2004 wurde dieser Rahmentarif für mindestens zwei Jahre verlängert. Dies, obwohl in der Zwischenzeit - auf Anfang 2003 - die bundesrätliche Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) in Kraft gesetzt wurde.

Anstelle konkreter, tatsächlich erbrachter Pflegeleistungen (gemäss KVG und KLV) werden anhand von mehr oder weniger objektiven Beurteilungsinstrumenten Pflegestufen ermittelt. Die dazu vorwiegend eingesetzten Systeme BESA und RAI/RUG sind indessen von Grund auf ex ante Planungsinstrumente; sie beinhalten auch erhebliche subjektive Ermessensspielräume und bieten dementsprechend Potenzial für Fehleinschätzungen oder gar Manipulationen. Sie führen nachweisbar in vergleichbaren Anwendungen zu verschiedenen Ergebnissen und leisten damit Willkür und Diskriminierung Vorschub.

Der aktuelle Vollzug des KVG verletzt insbesondere die folgenden Bestimmungen des KVG:

- Art. 32 Abs. 1 und Abs. 2: Ob die Leistungen wirtschaftlich sind, kann nicht ermittelt und periodisch überprüft werden.
- Art. 34: Die Leistungserbringer sind nicht in der Lage, die erbrachten Leistungen detailliert, verständlich und nachprüfbar in Rechnung zu stellen. (Während die Tarife ohne weiteres prüfbar sind, weil vorgegeben, trifft dies für die Mengen und die Qualität der erbrachten Leistungen nicht zu.
- Art. 44 Abs. 1: Ob der Tarifschutz eingehalten oder verletzt wird, kann niemand beurteilen.
- Art. 49 Abs. 6: Eine veritable Kostenstellenrechnung wird von den wenigsten Pflegeheimen geführt.
- Art. 49 Abs. 7: Betriebsvergleiche (Benchmarking) werden nicht durchgeführt oder sind infolge mangelnder Rechnungsdaten nicht richtig machbar.

Des Weiteren stehen die beschriebenen KVG-Vollzugsdefizite - angesichts ihrer langen Dauer stellt sich ernsthaft die Frage, ob nicht sogar von Vollzugsverweigerung durch die zuständigen Behörden (v.a. EDI und BAG) gesprochen werden sollte - im Widerspruch zur Bundesverfassung: In dem Masse, wie die angewendeten Beurteilungssysteme BESA oder RAI/RUG willkürliche Ergebnisse zeitigen, verletzen sie den Grundsatz der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) sowie den Schutz vor Willkür und Wahrung von Treu und Glauben (Art. 9 BV).

#### 2.4.2 Verzerre ökonomische Anreize

In der Wirkungsanalyse wird unter anderem bemängelt, dass sich die wichtigsten Akteure, die Pflegeheime und die Krankenversicherer, weniger kompetitiv verhalten als im Vorfeld des Erlasses des KVG angenommen wurde. Es trifft aus verschiedenen Gründen zu, dass im Bereich der Langzeitpflege bei den Krankenversicherern und bei den Leistungserbringern kaum wirksamer Wettbewerb herrscht, somit kann auch nicht erwartet werden, dass sich die Akteure kompetitiv verhalten. Der Marktzugang ist in beiden Märkten keineswegs frei, es herrschen Vertragszwänge und Obligationen, Risiken und Chancen werden über weite Bereiche ausgeglichen, die Tätigkeiten sind durch und durch reguliert usw. Auf diese viel

diskutierten Punkte im Gesundheitswesen muss hier nicht eingegangen werden.<sup>28</sup> Vielmehr soll die Frage kurz angegangen werden, warum bis dato weder Versicherer noch Leistungserbringer Anreize zum Einsatz verbesserter Kostenrechnungsinstrumente oder besserer Beurteilungssysteme hatten.

Bei den (öffentlichen) Pflegeheimen hängt dies mit der dualen Finanzierung und der Defizitdeckung zusammen. Besseres Wirtschaften wird unter diesen Umständen nicht belohnt, wie dies in einer gewinnorientierten Privatfirma im Wettbewerb der Fall wäre. Aus diesem Grund setzt sich die Heimleitung nicht unbedingt für mehr Effizienz, sondern für die Interessen der Belegschaft, der Bewohner, der Gemeinde, eventuell des Kantons und sicher erst zuletzt für die anonyme Krankenversicherung ein. In dieser Reihenfolge sind auch Lob oder Tadel zu gewärtigen. Dies zeigt sich auch am Verlauf der Kostenanteile nach der Einführung des KVG. Die Heime setzten alles daran, möglichst viele Kosten auf die (anonymen) Versicherer abzuwälzen. Aus diesem Grund musste auch die „Notbremse“ Rahmentarif gezogen werden.

Der Rahmentarif ist indessen nur beschränkt wirksam, wenn die Einstufung der Bewohner „manipuliert“, d.h. die Menge der KVG-pflichtigen Pflege hoch angesetzt werden kann. Es ist dies das übliche Problem im Gesundheitswesen, dass sich die Leistungserbringer hier ihre Nachfrage über weite Bereiche selber generieren können.

Die meisten (öffentlichen) Pflegeheime sind kaum einer harten direkten Konkurrenz ausgesetzt. Die aktuellen und die zukünftigen Bewohner sind nicht mobil, sondern wollen in ihrer gewohnten Umgebung gepflegt werden. Zudem bezahlen die Gepflegten einen grossen Teil ihrer Pflegekosten nicht selber und sind auch von daher eher preisunelastisch. Mit einer transparenten Kostenrechnung und mehr leistungsorientierten Verträgen zwischen Versicherern und Pflegeheimen würde dieser fehlende Wettbewerb ersetzt durch Leistungsvergleiche, wie sie im KVG ja sogar vorgeschrieben wären. Aus diesem Grund haben ineffiziente Pflegeheime ein grosses Interesse die vorherrschende Intransparenz aufrechtzuerhalten. Auch effiziente (öffentliche) Pflegeheime haben kein grosses Interesse an Transparenz, riskieren sie doch, dass ihnen die öffentlichen Geldgeber Gemeinde und Kanton die Effizienzgewinne über gekürzte Subventionen entziehen.

Eine besondere Rolle spielen die privaten Pflegeheime, die ohne Subventionen von Gemeinde und Kanton auskommen müssen, die also sozusagen monistisch über subjektbezogene Leistungen finanziert sind. Auch sie haben an sich kein Interesse, dass der Druck auf die öffentlichen Heime gesteigert wird, weil damit auch der Preis-Leistungsdruck für die Privaten ansteigen würde.

In der Wirkungsanalyse wurden neben hohen Kosten und Mengenausweitungen allerdings auch Qualitätsmängel gerügt, im Pflegeheimbereich zumal im Hinblick auf präventive Massnahmen. Auch hier gehen vom aktuellen System bzw. von den Vollzugsdefiziten im KVG verzerrte - ja perverse - Anreize aus. Die KVG-relevanten Pflegemassnahmen enthalten kaum präventive Massnahmen. Das ist systemimmanent, weil eben nur krankheitsbedingte Grund- und Behandlungspflegemassnahmen über die Krankenversicherungen abgegolten

---

<sup>28</sup> Immerhin ist festzuhalten, dass nur wirksamer Wettbewerb auch kompetitives Verhalten der Akteure nach sich ziehen kann. Mit dem KVG 1996 ist wirksamer Wettbewerb nur in wenigen Bereichen wirklich ermöglicht worden. Die grössten Hemmnisse für wirksamen Wettbewerb sind die duale Finanzierung von Leistungserbringern sowie der immer noch weit verbreitete Kontrahierungszwang. Diese Punkte werden indessen in der laufenden KVG-Revision immer noch nicht entschieden angegangen.

werden. Pflegeheime, die grossen Wert auf Aktivierung und Betreuung legen, und damit gewissen psychischen und anderen Krankheiten vorbeugen verlieren somit an KVG-Ertragspotenzial und riskieren nur eine Zunahme der Belastung der anderen Finanzgeber, die ihren persönlichen Interessen wiederum näher stehen als die anonymen Krankenversicherer.

Bei der Inkraftsetzung des KVG hat man aber auch weniger auf den direkten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und mehr auf den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern gesetzt. Es scheint aber, dass diese auch im Bereich der Langzeitpflege kaum wirksam Druck auf die Leistungserbringer ausüben können. Ebenso wenig Druck haben die Versicherer bis heute im Bereich eines besseren KVG-Vollzugs etwa zur Einführung von Kosten- und Leistungsrechnungen oder zu den Betriebsvergleichen nach Gesetz ausgeübt. Auch dies lässt sich auf mangelnde Anreize zurückführen. Die Langzeitpflege gehört zum obligatorischen Versicherungsbereich, in welchem sich die Versicherer wegen eingebauter sozialer Ausgleichsmechanismen kaum im Wettbewerb profilieren können (darauf wird übrigens auch in der Wirkungsanalyse hingewiesen). Erhöhter Druck auf die Leistungserbringer würde letztlich sogar auf die Krankenversicherer zurückwirken. Dagegen können diese nach wie vor Ineffizienzen im obligatorischen Leistungsbereich in Form höherer Prämien an die Versicherten weitergeben.

Aus diesem kurzen Abriss folgt, dass unter den vorherrschenden Rahmenbedingungen die am meisten interessierten Akteure, die Pflegeheime sowie die Versicherer gar kein grosses Interesse an einer raschen Beseitigung der KVG-Vollzugsdefizite haben. Mit der politischen Ökonomie lässt sich daher auch zeigen, dass die Beseitigung dieser Defizite unter diesen Umständen auch nicht rasch zu erwarten ist. Im politischen Prozess setzen sich die am meisten Interessierten kleinen homogenen Gruppen (die Versicherer/santésuisse und die Heime/Curaviva) gegenüber der inhomogenen Öffentlichkeit durch.<sup>29</sup> Dies ist besonders bei der Frage nach den möglichen Handlungsalternativen zu berücksichtigen (vgl. Abschnitt 4).

#### 2.4.3 Wettbewerbsverzerrungen bei Lieferanten

Ein nur scheinbar geringfügiges Problem ergibt sich auch aus der behördlich verordneten Wahl zwischen den zwei etablierten Einstufungssystemen BESA und RAI/RUG (in der Romandie kommt noch „Plaisir“ hinzu). Damit wird es Drittanbietern nahezu verunmöglich, neue Lösungen der Einstufung und auch der Kosten- und Leistungsrechnung zu entwickeln und bei den Heimen mit Erfolg abzusetzen. Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren wird zu Gunsten der etablierten Systeme ausgeschaltet.

Dies ist angesichts der Komplexität der Separierung von Kosten und Leistungen im Bereich der Langzeitpflege mit Sicherheit ein weit gravierenderes Problem als man zunächst annehmen könnte.

---

<sup>29</sup> In diesem politisch-ökonomischen Zusammenhang erscheint übrigens auch die Rolle, die den Vertragspartnern betreffend die Bestimmung von Pflegebedarfsstufen und Pfelegetarifen per Verordnung zugewiesen wird als überaus problematisch. Sie kommt sozusagen einer per Verordnung erlaubten - wenn nicht geförderten - Kartellbildung gleich.

### 3 Verbesserungsvorschläge und Forderungen

Für die Kosten- und Leistungsrechnung und für die adäquate Einstufung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern in Pflegebedarfsgruppen könnte man eine ganze Menge von Verbesserungsvorschlägen aus der modernen Betriebswirtschaftslehre und ganz besonders auch aus der Industrieökonomie herleiten. Doch vorläufig geht es angesichts der skizzierten Probleme erst einmal darum zu fordern, dass dem KVG endlich Achtung verschafft wird. Die konkreten Forderungen ergeben sich aus der vorstehenden Analyse, dass sie hier nur stichwortartig in Erinnerung zu rufen sind.

Ein Blick auf die laufenden KVG-Revisionsarbeiten - insbesondere auch auf die geplante Neuordnung der Pflegefinanzierung - zeigt, dass folgenden Forderungen mit der Revision keineswegs automatisch erfüllt werden. Im Gegenteil, je mehr es gelingt, Wettbewerbselemente mit der Reform zu stärken, desto wichtiger werden Kostenrechnung und Leistungserfassung - nicht nur zum besseren Vollzug der verbleibenden Regulierungen, sondern gerade auch für die Akteure selber, damit diese den Wettbewerb überhaupt mit Erfolg führen können. Die besten Managementinformationssysteme werden im Wettbewerb und nicht im Monopol benötigt.

#### 1. Forderung:

**Die VKL ist unverzüglich umzusetzen.**

#### 2. Forderung:

**Gegenüber den Zahlenden der Leistungsentgelte (Bewohner, Krankenversicherer, andere Sozialversicherungen) sind unverzüglich transparente, detaillierte, KVG-konforme Rechnungen durchzusetzen. Dabei ist auf effektiv erbrachte Leistungen und nicht auf Planleistungen abzustellen.**

#### 3. Forderung:

**Der Markt für Einstufungssysteme im Pflegebereich ist unverzüglich dem Wettbewerb zu öffnen.**

## 4 Handlungsmöglichkeiten

Folgende Adressaten kommen für die formulierten Forderungen oder Teile davon in Frage. Gerügt werden Gesetzes-Vollzugsdefizite und nicht das KVG. Somit sind weder das Stimmvolk noch das Parlament gefordert - letzteres, d.h. generell die Politiker könnten aber zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Geschäftskontrolle bzw. der **parlamentarischen Aufsicht** zum Handeln aufgerufen werden. Dieser Aufruf müsste durch Öffentlichkeitsarbeit (Presse) flankiert werden.

Eine weitere Möglichkeit auf politischer Ebene tätig zu werden, ist die Suche nach Parteien oder einzelnen Parlamentariern, die den Bundesrat über **parlamentarische Vorstösse** zum Handeln zwingen könnten. Auch diese Handlungsalternative müsste mit Öffentlichkeitsarbeit flankiert werden.

Sodann könnten interessierte Kreise eine **Eingabe an den Bundesrat** machen - flankiert durch Öffentlichkeitsarbeit. Kaum sinnvoll erscheint dagegen eine Eingabe an Kantone, obwohl diese im Gesundheitswesen eine Schlüsselrolle spielen. Indessen ist nicht ausgeschlossen, Kantone für die vorstehenden Forderungen zu gewinnen. Die politische Erfahrung in der Schweiz lehrt, dass mit Kantonen fast alles, ohne sie jedoch fast nichts bewegt werden kann.

Es ist auch möglich auf Verwaltungsebene aktiv zu werden. Zunächst gibt es verschiedene Möglichkeiten, im Rahmen des KVG-Vollzugs **Beschwerden** einzureichen. Diese Möglichkeiten sind kompliziert und müssen weiter ausgelotet werden. Im Unterschied zu den politischen Aktionslinien ist Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen einer Beschwerde behutsam zu planen.

Nicht sinnvoll ist es, Beschwerden auf unterer Verwaltungsstufe führen zu wollen, weil ja die Vollzugsbehörden EDI, BAG, ev. auch kantonale Behörden durch die Beschwerde belastet werden müssen.

Besondere Rollen fallen den Behörden Wettbewerbskommission und Preisüberwacher zu. Die **Wettbewerbskommission** kann direkt in Märkten interventionieren, sofern es keine Vorschriften gibt, die Wettbewerb dort zum vornherein ausschliessen. In diesen wettbewerblichen Ausnahmebereichen kann die Wettbewerbskommission nur Empfehlung zur Schaffung oder Handhabung wirtschaftsrechtlicher Vorschriften erlassen.

Durch die Allgemeinverbindlichkeitserklärung von BESA oder RAI/RUG wird in der Tat der Wettbewerb auf dem Beschaffungsmarkt für Einstufungssysteme beseitigt. Eventuell könnte gezeigt werden, dass dadurch auch der Wettbewerb auf dem Markt für Kosten- und Leistungsrechnungssysteme erheblich beeinträchtigt wird. In diesen Fällen könnte die Wettbewerbskommission auch gegen die Urheber (Behörden und Unternehmen) verfügen, da es keine Vorschriften gibt, die den Wettbewerb auf diesen Märkten ausschliessen.

Die Wettbewerbskommission kann auch flankierend zu den erwähnten anderen Vorstössen mit der Problematik angegangen werden. Sie entscheidet allerdings selber, ob und in welcher Form sie tätig werden will. In diesem Sinne sollte eine Aktion via Wettbewerbskommission mit Öffentlichkeitsarbeit unterstützt werden.

Der **Preisüberwacher** ist dort zuständig, wo es um regulierte Preise geht oder dort, wo erwiesenermassen der Wettbewerbs nicht genügend wirksam ist. Somit dürfte an der Zuständigkeit des Preisüberwachers in diversen Bereichen des Gesundheitswesens nicht stark zu zweifeln sein. Im Bereich der Langzeitpflege herrscht kaum wirksamer Wettbewerb, also dürfte der Preisüberwacher hier zuständig sein. Allerdings besteht seine Aufgabe darin, gegen missbräuchliche Preise oder Preiserhöhungen vorzugehen. Auch seine Kompetenz zur Abgabe von Empfehlungen an Behörden beschränkt sich eigentlich auf Empfehlungen an preissetzende - oder preisgenehmigende Behörden im Fall eines Preismissbrauchs. Aus diesen Gründen kommt der Preisüberwacher für Konzeptfragen weniger in Frage.



## Anhang

### A1 Die KVG-Revision im Überblick<sup>30</sup>

#### Teil 1

---

#### 1A Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung, Versichertenkarte, Rechnungslegung der Versicherer

- Gesamtstrategie/Ziele: KVG optimieren, kostendämpfende Elemente stärken.
- Risikoausgleich um fünf Jahre verlängern.
- Pflegetarife nach Anpassung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen bis Inkrafttreten Neuregelung der Pflegefinanzierung einfrieren, spätestens bis Ende 2006.
- Dringliches Bundesgesetz vom Juni 2002 über die kantonalen Spitalbeiträge bis zur Einführung einer Neuregelung der Spitalfinanzierung verlängern.
- Rechtliche Grundlage für die Einführung einer Versichertenkarte schaffen.
- Gesetzesbestimmungen für die Rechnungslegung der Krankenversicherer erweitern.

#### 1B Vertragsfreiheit

- Zulassungsstopp für Ärzte aufheben, Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich einführen.
- Kantone sollen innerhalb vom Bund definierter Bandbreite den Krankenversicherern die Mindestzahl von Leistungserbringern vorschreiben, welche für eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung unter Vertrag zu nehmen sind.

#### 1C Prämienverbilligung

- Prämien von Familien verbilligen, Kantonen differenziertes Sozialziel vorgeben.
- Für Haushalte mit und ohne Kinder sollen Kantone je vier Einkommenskategorien und Höchstehinkommen für Anspruch auf Prämienverbilligung festlegen.
- Die Bundesmittel für die Prämienverbilligung sollen erhöht werden.

#### 1D Kostenbeteiligung

- Selbstbehalt von 10 auf 20 Prozent erhöhen, Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Jährlicher Maximalbetrag bleibt 700 Franken.
- Auf Verordnungsstufe wurden per 1. 1. 2005 bereits in Kraft gesetzt:
- Die höchste Franchise beträgt neu 2500 Franken.
- Innerhalb dieser Grenze dürfen Versicherer wählbare Franchisen selber bestimmen.

---

<sup>30</sup> Gekürzte Version der Zusammenstellung von Interpharma: <http://www.interpharma.ch/de/429.asp>

---

**Teil 2** (Soll per 1. Januar 2006 in Kraft treten.)

---

**2A Wechsel zur dual fixen Spitalfinanzierung**

- Wechsel von der heutigen Objekt- zur Leistungsfinanzierung. Nicht die anrechenbaren Gesamtkosten eines Spitals als Betrieb, sondern die effektiv erbrachten Leistungen sollen finanziert werden.
- Die Leistungen der öffentlichen Spitäler sollen - unter Einbezug der Investitionskosten - je zur Hälfte durch Kantone und Krankenversicherer entschädigt werden. Dies gilt auch für private Spitäler, welche in die kantonale Planung aufgenommen worden sind.

**2B Förderung von Managed Care**

- Definition und Verankerung von Versicherungsmodellen mit integrierten Versorgungsnetzen im Gesetz. Umfeld, das der Ausbreitung der Managed-Care-Modelle förderlich ist, ohne den Versicherern solche Modelle vorzuschreiben.
- Verknüpfung des Modells mit einem Versorgungsziel (umfassende Betreuung in guter Qualität).
- Innerhalb der Behandlungskette können zur Erreichung dieses Ziels die bestehenden Pflichtleistungen der Grundversicherung durch Zusatzleistungen ergänzt werden.
- Im Bereich der Medikamente soll im Gesetz verankert werden, dass bei Verschreibung eines Wirkstoffs (an Stelle eines Produktes), bei gleicher Eignung ein preisgünstiges Medikament abgegeben werden muss.

---

**Teil 3**

---

**Neuordnung der Pflegefinanzierung**

Heute übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich auch im Pflegeheim sowie im Rahmen der Spitex die vollen Kosten von Pflegemassnahmen. Die in der Praxis nicht vollständig mögliche Abgrenzung zwischen krankheitsbedingtem und altersbedingtem Pflegebedarf hat tendenziell dazu geführt, dass die Krankenversicherung immer mehr Kosten für Pflegeleistungen übernimmt. Um diese Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen, wurden 1998 Rahmentarife für Pflegeleistungen eingeführt. Diese gelten solange, bis die gesetzlichen Vorgaben zur Kostentransparenz von den Leistungserbringern erfüllt sind.

**Vorschlag des Bundesrates zur Neuordnung**

Der Bundesrat hat zwei Modelle zur Neuordnung der Pflegefinanzierung in Vernehmlassung geschickt und am 16. Februar 2005 in seiner Botschaft ein Kompromissmodell vorgeschlagen:

Grundidee des Modells ist, dass die Krankenversicherung die Kosten für jene medizinischen Massnahmen voll vergütet, welche ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung einer Krankheit verfolgen (also nur Behandlungspflege), während an die auf die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse ausgerichtete Grundpflege ein Beitrag entrichtet wird.

Eine Abweichung von der dualen Finanzierung ist in diesem Vorschlag nicht vorgesehen.

## A2 Die KVG-Revision kommentiert

Mit dem 1996 in Kraft gesetzten KVG wurde die Krankenversicherung reformiert. Hauptziele der Reform waren die Stärkung der **Solidarität** unter den Versicherten, die Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden medizinischen **Versorgung** und die Dämpfung der **Kostenentwicklung**<sup>31</sup> (an diesen Zielen ist auch die vorliegende Arbeit zu orientieren). Im Sinne der Schliessung einer Lücke in der Grundversicherung wurde die Krankenpflege zu Hause (Spitex) und im Pflegeheim in das KVG aufgenommen.<sup>32</sup>

### A2.1 Wirkungsanalyse

In den Jahren 1997 bis 2001 wurden die Wirkungen des KVG einer eingehenden Evaluation durch Experten unterzogen. Die Ergebnisse finden sich in einem Synthesebericht wie folgt zusammengefasst:

- Das **Solidaritätsziel** sei im Wesentlichen erreicht worden, allerdings bestehe neben Vollzugsdefiziten ein Problem darin, dass verschiedene Solidaritätsmassnahmen die Effizianzanreize von Versicherten, Versicherern und Leistungserbringern beeinträchtigten.
- Die Sicherstellung der **Versorgung** habe grosse Fortschritte erzielt, wobei insbesondere die Pflege zu Hause (Spitex) sowie in Pflegeheimen zu erwähnen sei. Die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) habe indessen den Kostenfolgen ihrer Entscheidungen zu wenig Beachtung geschenkt. Ferner sei die Qualitätssicherung unterentwickelt.
- Nicht erfüllt habe das KVG die Dämpfung der **Kostenentwicklung**. Vielmehr sei bei den Medikamenten, in der ambulanten Behandlung sowie in Pflegeheimen und bei den Spitex-Dienstleistungen das Ausgabenwachstum besonders gross gewesen.

Offenbar weisen die Wirkungen in die richtige Richtung, doch kann die Effizienz des Systems noch stark gesteigert werden. Im Synthesebericht ist Folgendes nachzulesen:<sup>33</sup>

*„Das KVG setzt Erwartungen in das Verhalten der Akteure. Wie die verfügbaren Untersuchungen [...] zeigen, haben diese ihre Rolle aber nur zum Teil wahrgenommen.“*

*„Die Leistungserbringer blieben dem Wettbewerb wenig ausgesetzt.“*

*„Auch ist deren Entwicklung stark von den Kantonen beeinflusst, welche in einem Interessenkonflikt zwischen ihrer Funktion als Spitalbetreiber und als Tarifgenehmigungsbehörde stehen.“*

*„Mit dem KVG wurden die Versicherer aufgefordert, sich verstärkt wettbewerblig zu verhalten und sich von ‚Verwaltern‘ zu ‚Unternehmern‘ zu entwickeln.“*

*„Erst am Anfang steht auch die strukturierte Qualitätssicherung durch Versicherer und Leistungserbringer.“*

---

<sup>31</sup> Die Stärkung der Solidarität entspricht schwergewichtig einem Ziel der sozialen Umverteilung. Sicherstellung der Versorgung und Dämpfung der Kostenentwicklung sind dagegen vorwiegend effizienzorientierte Ziele. Im politischen Prozess kommt es sehr häufig zu fehlerhaften, nicht-zielführenden Regulierungen (Staatsversagen), weil Effizienz- und Verteilungsziele nicht richtig auseinander gehalten werden und weil die getroffenen Massnahmen mehreren Zielen dienen sollen. (Letzteres ist nicht auf effiziente Weise möglich, wie Nobelpreisträger Jan Tinbergen nachgewiesen hat; die Tinbergen-Regel besagt, dass effiziente Regulierungen mindestens so vieler Massnahmen wie Ziele bedürfen.)

<sup>32</sup> Vgl. insbesondere Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG.

<sup>33</sup> BSV (2001), X und XI.

*„Die verfügbaren Studien machen aber auch deutlich, dass das KVG verschiedene problematische Anreize setzt, die dazu führen, dass die marktwirtschaftliche Steuerung nicht ausreichend funktioniert, um die Kostenentwicklung einzudämmen“.*

Die Heimpflege trägt zu diesen Mängeln ebenso bei wie andere Leistungsbereiche. Hinterfragt man diese Zitate aus dem Synthesebericht ökonomisch, dann ortet man allerdings nur ein einziges, fundamentales Problem: das KVG bietet zu wenig Effizianzanreize. Die Akteure werden die Effizienz nur dann steigern, wenn sie selber auch davon profitieren können (Chance, Gewinnpotenzial) oder sie bei Ineffizienz mit negativen Konsequenzen rechnen müssen (Risiko, Verlustpotenzial). Dabei bezieht sich Effizienz keineswegs nur auf eine möglichst kostengünstige Leistungserstellung, sondern auf das gesamte Preis-Leistungsverhältnis und dessen Entwicklung über die Zeit.<sup>34</sup> Qualitätsmängel widerspiegeln letztlich auch Effizienzprobleme bzw. mangelnde Effizianzanreize. Die Einführung wirksamen Wettbewerbs zwischen Versicherern und zwischen Leistungserbringern figuriert richtigerweise nicht im Ziel-, jedoch im Massnahmenkatalog des geltenden KVG. Wettbewerb ist Garant für Effizianzanreize, muss aber dort, wo er nicht wirksam ist bzw. nicht wirksam sein kann mit Regulierungen inklusive strenger Kontrollen und Sanktionen ersetzt werden.

Die Feststellung, die Versicherer seien mit dem KVG aufgefordert worden, sich verstärkt wettbewerbslich zu verhalten [und hätten dies zu wenig getan], zeugt weniger von einem Mangel bei den Versicherern und mehr von mangelndem Ökonomieverständnis im Synthesebericht. Viele - wenn nicht die meisten - strategischen Interaktionen der Akteure in Märkten haben direkt oder indirekt gerade zum Ziel, den Wettbewerb auszuschalten oder einzudämmen. Eine Regulierung, die auf kompetitives Verhalten hofft, statt dieses durch geeignete Regeln zur dominanten Strategie der Akteure werden lässt, wird die nötigen Effizianzanreize nicht oder nicht in genügendem Ausmass erzeugen. Dieser Erkenntnis muss bei den Revisionsvorhaben ebenso Rechnung getragen werden wie bei Vorschlägen zur besseren Handhabung bestehender Gesetze und Verordnungen.

## A2.2 Revisionsvorschläge der Experten

Die Experten haben Verbesserungen in neun Bereichen vorgeschlagen.<sup>35</sup> Für die Pflegeheime von Bedeutung sind Spitalfinanzierung und -planung, Kontrahierungszwang, Qualitätssicherung und Versicherteninformation.

Die **duale Spitalfinanzierung** über Subventionen und Leistungsentgelte führt zu Wettbewerbsverzerrungen und Fehlanreizen. Aus diesem Grund sollte zu einem monistischen System übergegangen werden, bei dem die Leistungserbringer nur mehr über Leistungsentgelte der Patienten bzw. der Krankenversicherungen finanziert würden.<sup>36</sup> Pflegeheime und Spitexdienste werden im Synthesebericht in diesem Zusammenhang kaum erwähnt, obwohl auch hier die mehrseitige Finanzierungen zu Ineffizienzen führt. Betreffend **Spitalplanung** werden die Verbesserung von Verfahren sowie vermehrter Einfluss des Bundes zu Gunsten integrierter Versorgungsangebote und koordinierter Spezialitäten- und Spitzenmedizin gefordert.

<sup>34</sup> In der Ökonomie wird unterschieden in allokativen, produktiven und dynamischen Effizienz. Es geht sozusagen darum, jederzeit das Richtige richtig zu tun.

<sup>35</sup> BSV (2001), XI ff; die neun Bereiche sind: Managed Care, Spitalfinanzierung, Kontrahierungszwang, Risikoausgleich, Prämienverbilligung, Leistungen (Prioritäten), Qualitätssicherung, Information der Versicherten und Spitalplanung.

<sup>36</sup> Die Kantone müssen sich nicht aus dem Gesundheitswesen zurückziehen, jedoch ihre Beiträge zur sozialen Umverteilung an die Versicherer zu Gunsten der Versicherten ausrichten.

Dies ist ökonomisch indessen problematisch, weil diese Forderung losgelöst von der Spitalfinanzierung gestellt wird. Mit einer richtig konzipierten monistischen Finanzierung sollte diese Zentralisierung und Koordination des Baus und des Betriebs von Spitälern und anderer Einrichtungen (inklusive Pflegeheime) gar nicht mehr nötig sein. Es ist zu befürchten, dass staatliche Planungsinterventionen dem Wettbewerb zwischen Leistungserbringern zuwiderlaufen könnten.

Die aktuelle Pflicht der Versicherer, mit sämtlichen zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen - der **Kontrahierungszwang** - führt unter Leistungserbringern wie auch unter Krankenversicherern zu Wettbewerbsbeeinträchtigungen. Dies gilt auch für die Langzeitpflege, zumal dort, wo tatsächlich Konkurrenz zwischen Pflegeheimen bestehen könnte (z.B. in Agglomerationen mit grosser Nachfrage und zahlreichen Heimen).

Im Bereich der **Qualitätssicherung** wird vom Bund eine aktivere Rolle gefordert. Qualitätsverbesserungen bedürfen aber keineswegs zwingend einer aktiveren Kontrolle der öffentlichen Hand. Auch hier scheinen die Experten den untersuchten Problembereich nicht mit den veränderten Möglichkeiten der monistischen Finanzierung verbunden zu haben. Dem Umstand, dass Wettbewerb Garant für Qualität sein könnte, wird nicht Rechnung getragen. Dasselbe gilt für die staatliche Regulierung der **Information** von Versicherten; Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und zwischen Versicherern, wie er als Folge der monistischen Finanzierung und der Aufhebung des Kontrahierungszwangs entstehen könnte, würde die Informationsprobleme beseitigen.

Alles in allem sind diese Problemkreise auch für die Pflegeheime von Relevanz, doch scheinen die Forderungen der Experten nicht in allen Teilen mit der eingangs skizzierten systemischen, antizipativen Sicht kompatibel zu sein. Insbesondere ist nicht reflektiert, dass bei markt- und damit effizienzanzreizkompatiblen Leistungsentgelten sowie bei Aufhebung von Kontrahierungszwängen weitere Massnahmen obsolet oder gar kontraproduktiv werden könnten.

### A2.3 Revisionsentwürfe des Bundesrates

Vorliegendes Papier konzentriert sich zwar auf akute Probleme der geltenden Gesetze und ihres Vollzugs im Bereich der Pflegeheime, doch sollte die Suche nach Argumenten und Lösungen nicht losgelöst von den Revisionsvorschlägen des Bundesrates erfolgen.<sup>37</sup> In der Wintersession 2003 ist eine umfassende KVG-Revision im Parlament gescheitert. Der Bundesrat hat danach entschieden, die einzelnen Revisionspunkte in eine Gesamtstrategie einzubetten, sie jedoch dem Parlament in zwei Paketen mit separaten Botschaften zum Entscheid vorzulegen. Dazu kommt eine Vorlage zur Pflegefinanzierung.<sup>38</sup>

Die Revisionspakete (1, 2, Pflegefinanzierung) enthalten folgende Botschaften:<sup>39</sup>

- 1A Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pfliegerarife, Spitalfinanzierung (kurzfristig),

---

<sup>37</sup> Sonst droht mit dem Hinweis auf die kommende Revision ein Zuwarten selbst für Probleme, die mit den Vorschlägen des Bundesrates gar nicht gelöst würden. Und schliesslich spielt auch der Faktor Zeit eine Rolle. Anstehende grosse Gesetzesrevisionen dürfen kein Vorwand dafür sein, bestehende Ineffizienzen und Ungerechtigkeiten nach Möglichkeit nicht fortlaufend zu beseitigen. Die Beurteilung dieser Gefahren erfordert zumindest eine grobe Erwägung der Revisionsentwürfe in den für die Pflegeheime bedeutsamen Punkten.

<sup>38</sup> Für den Stand der Revision vgl. <http://www.parlament.ch/do-kvg2>.

<sup>39</sup> Vgl. Quellen, Abschnitt AA3

- Versichertenkarte, Rechnungslegung der Versicherer
- 1B Vertragsfreiheit
- 1C Prämienverbilligung
- 1D Kostenbeteiligung
- 2A Spitalfinanzierung
- 2B Managed Care
- Neuordnung der Pflegefinanzierung

In der Gesamtstrategie formuliert der Bundesrat das Ziel, das System KVG zu optimieren und kostendämpfende Elemente zu stärken. Wichtige Inhalte der Reform werden nachfolgend zusammen mit dem Stand der Dinge skizziert.<sup>40</sup>

#### A2.4 Stand der Reform

Das Parlament hat in der Herbstsession 2004 erst einen Teil des ersten Paketes verabschiedet (Referendumsfrist bis 27. 1. 2005): der Risikoausgleich wird um fünf, das dringliche Bundesgesetzes zur Spitalfinanzierung und der Ärzte-Zulassungsstopps werden um drei Jahre verlängert. Die **Rahmentarife für die Pflege in Heimen und Spitex** werden angepasst, eingefroren und bis zum Inkrafttreten einer umfassenden Gesetzesrevision der Pflegefinanzierung grundsätzlich weitergeführt. Weiter wurde die rechtliche Grundlage für die Einführung einer Versichertenkarte geschaffen.

Der Ständerat befasste sich während der Herbstsession 2004 zusätzlich mit der "Kostenbeteiligung" (1D) und stimmte der Erhöhung des Selbstbehaltes zu. Die Beratungen zu den übrigen Vorlagen des ersten Paketes sind noch im Gange. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) hat die Debatte zur Vertragsfreiheit (1B) auf Anfang 2005 verschoben.

Die Prämienverbilligung (1C) hat die SGK-S im November 2004 beraten. Nachdem dem Widerstand der Kantone, schlug die SGK-S eine Variante zum Bundesrat vor. Die Kantone sollen verpflichtet werden, bei Familien mit unteren und mittleren Einkommen die Prämien von Kindern bis 18 Jahren und von jungen Erwachsenen in Ausbildung bis 25 Jahren um mindestens 50 Prozent zu verbilligen (die Kantone wären jedoch frei in der Festsetzung der Einkommensgrenzen). Der Bund soll seine Subventionen an die Kantone von derzeit 2,3 Milliarden Franken 2006 und 2007 um je 100 Millionen erhöhen. Unabhängig davon ist eine jährliche Steigerung von 1,5 Prozent vorgesehen. Der Bund trägt die Prämienverbilligung weiterhin zu zwei Dritteln. Das vorgeschlagene Modell wurde vom Ständerat gutgeheissen. Der Nationalrat wird das Geschäft in der Frühjahrsession 2005 behandeln.

Die Vernehmlassungsfrist zum zweiten Revisionspaket (2A, 2B) endete am 12. Juli 2004. Der Bundesrat hat die dazugehörigen Botschaften am 15. September 2004 dem Parlament vorgelegt. Die vorbereitende ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit behandelte die beiden Geschäfte im Oktober 2004, kritisierte die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und des stationären Sektors und beauftragte die Verwaltung, die Vorlage zu überarbeiten. Beim Aufbau von Managed-Care-Modellen für die SGK-S für ein Anreizsystem ein und wies auch diese Vorlage zur Überarbeitung zurück.

---

<sup>40</sup> Für eine detaillierte Übersicht über die Inhalte vgl. Abschnitt AA1 (Anhang 1).

Schliesslich ist die Vernehmlassungsfrist zur Neuordnung der Pflegefinanzierung am 24. September 2004 abgelaufen. Frühestens Ende Januar 2005 will der Bundesrat dem Parlament die dazugehörige Botschaft vorlegen.

#### A2.5 Zur Neuordnung der Pflegefinanzierung

Der Bundesrat hat am 16. Februar 2005 seinen Vorschlag zur Neuordnung der Pflegefinanzierung bekannt gegeben.<sup>41</sup> Die Krankenversicherung soll nur noch die Kosten für jene medizinischen Massnahmen voll vergüten, welche ein therapeutisches oder palliatives<sup>42</sup> Ziel zur Behandlung einer Krankheit verfolgen - also die Behandlungspflege. An die auf die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse ausgerichtete Grundpflege soll dagegen nur noch ein pauschaler Beitrag entrichtet werden. Auf Verordnungsstufe wird eine Neudefinition der Grund- und der Behandlungspflege in Art. 7 KLV vorzunehmen sein.<sup>43</sup> Des Weiteren dürfte der Vergütungsbeitrag an die Grundpflege auf Stufe Departementsverordnung (KLV) festgelegt werden, die Rede ist von einem

*„absoluten Frankenbetrag (je Tag oder Stunde), allenfalls differenziert nach Pflegebedarfsstufen“.*

Schliesslich ist eine Überprüfung der Bedarfsabklärungen und Kontrollverfahren unumgänglich, d.h. mit Anpassungen der in Art. 8 und 8a KLV stipulierten Mechanismen ist zu rechnen. Anpassungen werden auch in anderen Sozialversicherungen (AHV und Ergänzungsleistungen) nötig sein, was aber für die Problemstellung des vorliegenden Berichts nicht von Belang ist.

Zusammenfassend beinhaltet der bundesrätliche Vorschlag nicht grundsätzliche, sondern nur graduelle Änderungen. Die duale Finanzierung wird nicht angetastet. Abgrenzungsprobleme in der Kosten- und Leistungsrechnung werden durch diese Neuordnung nicht gelöst, wenn auch die Grenze verschoben wird.

---

<sup>41</sup> Vgl. Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBl 2005 ... erscheint demnächst).

<sup>42</sup> Palliativ entspricht in etwa dem Wort „lindernd“.

<sup>43</sup> Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, Ziffer 3.1.2.

## A3 Quellen

### A3.1 Revisionspaket Teil 1

Botschaften vom 26. Mai 2004 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung:

- Strategie und dringliche Punkte (BBI 2004 4259);
- Vertragsfreiheit (BBI 2004 4293);
- Prämienverbilligung (BBI 2004 4327);  
(inkl. Botschaft zum Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge)
- Kostenbeteiligung (BBI 2004 4361).

### A3.2 Revisionspaket Teil 2

Botschaften vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung:

- Spitalfinanzierung (BBI 2004 5551);
- Managed Care (BBI 2004 5599).

### A3.3 Neuordnung Pflegeversicherung

Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBI 2005 ... erscheint demnächst).

Vernehmlassungsvorlage des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung (Erläuternder Bericht), ohne Datum; die Vernehmlassung wurde am 23. Juni 2004 eröffnet und dauerte bis zum 14. September 2004.

### A3.4 Weitere Quellen

Anderegg, S. (2001): „Die Pflege wird berechenbarer“, Tages Anzeiger vom 7. August 2001.

Brandenburger, A. M. / Nalebuff, B. J. (1998): „Co-opetition“, Currency Paperback, Doubleday, N.Y.

Bundesamt für Sozialversicherung (BSV 2001): „Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz, Synthesebericht“, Bern.

Bundesamt für Statistik BFS (2005): „Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Bern, Februar 2005.

Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (BBI 2004 5505).

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; Gesamtstrategie und Risikoausgleich; BBI 2004 5479).

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; Pflēgetarife; BBI 2004 5505).

Bundesrat (1994): „Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994, Erläuterungen des Bundesrates“.

Dixit, A. K. / Nalebuff, B. J. (1995): „Spieltheorie für Einsteiger“, Schäffer-Poeschel, Stuttgart.

economiesuisse (2005), „Spitalfinanzierung - dringlicher Reformbedarf“, Dossierpolitik Nr. 1 vom 10. Januar 2005.

Infras (2004): „Finanzierung der Pflege, Teilprojekt 3. KVG-Revision, Zusammenfassung“, BSV, Bern.

Kanton Bern/GEF (2004): „Einstufungserhebungen 2004 Kanton Bern“.

Q-Sys AG (2004): „Rai hat seine Hausaufgaben gemacht - jetzt Einführung im 2005 planen“, Brief von Q-Sys an alle Zürcher Heime/Insitutionen im Alters- und Pflegeheimbereich, welche RAI noch nicht eingeführt haben, St. Gallen, 7. Dezember 2003.



santésuisse (2003): „Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung“.

Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104).

Curaviva (2004): „Tarifschutz für Pflegeheime muss aufgehoben werden“, Pressemitteilung vom 29. April 2004 auf [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch).