

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

## **Muddling-Through in der Langzeitpflege?**

Herausforderungen und Lösungs-  
ansätze für eine bessere Koordination  
zentraler Finanzierungsfragen

Jonas Willisegger und Hannes Blatter

[www.hslu.ch/oegm](http://www.hslu.ch/oegm)

# Inhaltsverzeichnis

Management Summary	3
1. Ausgangslage	4
2. «Muddling-Through» als theoretisches Steuerungskonzept	6
3. Koordinationsbedarf als Problemstellung	7
4. Einschätzungen zu Koordinationsbedarf und Machbarkeit	8
5. Fazit und Schlussfolgerungen	10
6. Literatur	12
7. Anhang: Interviewleitfaden	13
8. Autorenportraits	15

# Management Summary

Grundsätzlich ist die heutige Pflegefinanzierung im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und in den entsprechenden Ausführungsbestimmungen geregelt. Diese Regelungen reichen aber nicht aus, um die Finanzierungsfragen, die sich den Leistungserbringern und Kostenträgern im Alltag stellen, im Detail zu lösen. Es besteht keine Plattform oder Institution zur Lösungsfindung bei operativen Fragen zu Kosten- bzw. Tarifstrukturen und zur Finanzierung komplexer Pflegefälle in der Schweiz.

Der vorliegende Arbeitsbericht fokussiert auf die institutionelle Dimension und untersucht die Frage nach dem nationalen Koordinationsbedarf im Bereich der Finanzierung der Langzeitpflege. Auf der Basis von Einschätzungen relevanter Akteure, die im Rahmen von vier leitfadengestützten Interviews zwischen Mai und Juni 2019 erhoben wurden, skizziert und beurteilt dieser Beitrag vier mögliche Lösungsansätze. Sie sollen einen Beitrag zur aktuellen politischen Debatte über die allfällige Koordination und die damit verbundenen Governance-Ansätze<sup>1</sup> der Schweizer Pflegefinanzierung liefern.

<sup>1</sup> Der Governance-Begriff wird in diesem Beitrag verstanden als «die Organisation der Willensbildung zu, Entscheidungsfindung über und Erfüllung von öffentlichen Aufgaben» (Schedler 2007).

# 1. Ausgangslage

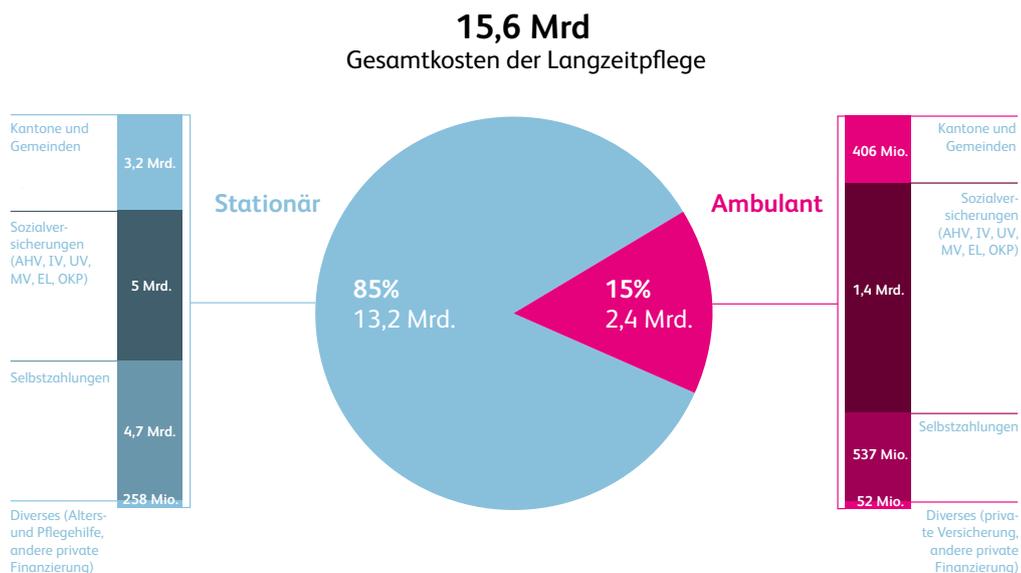
Das qualitativ hochstehende Schweizer Gesundheitswesen wird von Jahr zu Jahr teurer. Dass sich die Schweizerinnen und Schweizer ihre Gesundheit immer mehr kosten lassen, wird hierzulande seit Jahren intensiv diskutiert. Neben der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation spielt auch die Pflege und Betreuung von kranken und alten Menschen eine wesentliche Rolle bei der Kostenentwicklung. Die Kosten der Langzeitpflege nehmen gar stärker zu als diejenigen des gesamten Gesundheitswesens. Sie sind von 1995 bis 2016 mit einer Wachstumsrate von 4,1 Prozent von 6,8 Milliarden auf 15,6 Milliarden Franken angestiegen (Eling 2019, S. 4) und erreichen damit einen BIP-Anteil von 2,4 Prozent (Bundesamt für Statistik 2018).

Abbildung 1 verdeutlicht das Mengengerüst der Pflegefinanzierung und zeigt auf, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich diverse Kostenträger auf allen drei Staatsebenen, im öffentlichen und privaten Sektor in unterschiedlichem Ausmass beteiligt sind.

Die wachsende Zahl betagter und pflegebedürftiger Menschen, die Bedürfnisse betagter Menschen an

ihre Lebensqualität, der medizinische Fortschritt, die langfristigen Veränderungen der Familienstrukturen und der damit verbundenen tendenziell sinkenden Bereitschaft zur freiwilligen Pflege von Angehörigen führen zu grossen Herausforderungen bei der Pflegefinanzierung. Hinzu kommt eine starke Zunahme komplexer und chronischer Pflegefälle. Mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum führen neben der Überalterung der Gesellschaft zu einer Zunahme nicht übertragbarer Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes, Arthrose oder Krebs (Interpharma 2019).

Der Bund reagiert auf diese Entwicklungen mit strategischen Grundlagenpapieren und Aktivitäten wie der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2015 (Bundesamt für Gesundheit / Gesundheitsdirektorenkonferenz 2012) oder der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 (Bundesamt für Gesundheit / Gesundheitsdirektorenkonferenz 2016). Die Umsetzung solcher Strategien kann den Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung verbessern, die Behandlungsqualität der Betroffenen erhöhen und parallel dazu – durch geschicktes Schnittstellen-Management<sup>2</sup> entlang des Behandlungsprozesses – die Kosten senken.



Eigene Darstellung in Anlehnung an Eling (2019)

Abbildung 1: Finanzierung der Langzeitpflege in der Schweiz im Jahr 2018

<sup>2</sup> Siehe auch Projekt «Koordinierte Versorgung»: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html> (27.11.2019).

Gleichzeitig steigen damit aber auch die bisher nicht finanzierten Aufwände für Beratung und Koordination komplexer Fälle. Die drängenden operativen Finanzierungs- und Organisationsfragen sind damit noch nicht gelöst und müssen mit nachhaltigen Reformen auf institutioneller Ebene angegangen werden.

Eine erste Herausforderung ist bereits die präzise Verwendung der Begrifflichkeiten im komplexen Feld der spitalexternen ambulanten und stationären Pflege, die in den öffentlichen Diskussionen nicht immer einheitlich verwendet werden. Im vorliegenden Artikel wird unter Langzeitpflege die Pflege und Betreuung von Menschen (insbesondere chronisch Kranke) über einen längeren Zeitraum verstanden. Von der Langzeitpflege unterscheidet das KVG die Akut- und Übergangspflege, die kurativ darauf abzielt, erkrankte Menschen innerhalb und ausserhalb von Spitälern so zu pflegen und zu betreuen, dass diese möglichst schnell wieder genesen. Die vorliegende Analyse fokussiert auf die Finanzierung sämtlicher stationärer und ambulanter Leistungen der Langzeit- und Akutpflege ausserhalb von Spitälern.

Grundsätzlich ist die heutige Pflegefinanzierung in Artikel 25a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und in den vom Bundesrat und eidgenössischen Departement des Innern (EDI) erlassenen Ausführungsbestimmungen geregelt.<sup>3</sup> Diese Regelungen reichen aber nicht aus, um die operativen Finanzierungsfragen, die sich den Leistungserbringern und Kostenträgern im Alltag stellen, im Detail zu lösen (Curaviva Schweiz 2019). Bei der Pflegefinanzierung legt der Bund seit 2011 den Beitrag der Krankenversicherung an die Pflegekosten der Spitex und Heime fest. Dieser Beitrag wird differenziert nach der individuell erhobenen Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen im stationären Bereich (im ambulanten Bereich gibt es einen Zeittarif). Die maximale Eigenbelastung der Patientinnen und Patienten darf 20 Prozent nicht übersteigen. Die Kantone regeln anschliessend die Restfinanzierung für alle zugelassenen Leistungserbringer und delegieren die Verantwortung teilweise an ihre Gemeinden (Wächter / Kessler 2019).

Auf Basis dieser Ausgangslage untersucht der vorliegende Beitrag die Frage nach dem nationalen Koordinationsbedarf im Bereich der Finanzierung der Langzeitpflege im Sinne eines Diskussionsbeitrags zur aktuellen politischen Debatte. Um diese Frage zu beantworten, bedarf es der Einschätzung relevanter Akteure im Feld zum Handlungsbedarf und zur politischen Umsetzbarkeit verschiedener Lösungsansätze. Dazu wurden zwischen Mai und Juni 2019 leitfadengestützte Interviews mit folgenden Expertinnen und Experten durchgeführt:

- Kathrin Huber, stv. Generalsekretärin der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- Marianne Pfister, Geschäftsführerin Spitex Schweiz
- Daniel Höchli, Direktor CURAVIVA Schweiz
- Pius Zängerle, Direktor Curafutura

Mit dieser Interviewauswahl konnten relevante Akteure im Feld befragt werden. Für eine breitere Abstützung der Analyse müssten aber noch weitere Akteure wie der Krankenversicherungsverband Santé-suisse, der Verband der privaten Spitex ASPS oder der Verband privater Alters- und Pflegeeinrichtungen senesuisse einbezogen werden.

<sup>3</sup> Zur Pflegefinanzierung im weiteren Sinne (inkl. Betreuung) gehören auch die Hilflosenentschädigung (AHVG) und die Ergänzungsleistungen (ELG). Im vorliegenden Artikel wird jedoch vom Koordinationsbedarf bei der Pflege (KLV) ausgegangen und die Annahme getroffen, dass sich mehr Klarheit in der Pflegefinanzierung auch auf die Betreuung auswirken dürfte.

## 2. «Muddling-Through» als theoretisches Steuerungskonzept

Das oben beschriebene dezentral organisierte und komplexe Finanzierungsregime ist mit hohen Transaktionskosten verbunden. Die Entschädigung der Pflegeleistungen ist dadurch gekennzeichnet, dass keine Kostentransparenz auf übergeordneter Ebene existiert, die als Referenzrahmen und Entscheidungsgrundlage für Kostenträger und Leistungserbringer dienen könnte. Anstelle einer übergeordneten Koordination zentraler Finanzierungsfragen ist die Steuerung hier geprägt von dezentralen Abstimmungsprozessen, die insbesondere auf Kantons- und Gemeindeebene wechselseitig zwischen den beteiligten Akteuren erfolgen.

Diese Steuerungskonzeption, die auf eine umfassende Gesamtplanung verzichtet und stattdessen wenig koordiniert in Subsystemen ohne Eskalationsregeln und Sanktionskonzepte erfolgt, wird in der Organisationstheorie auch «Muddling-Through» genannt (Lindblom 1959). Sie geht von der Erkenntnis aus, dass das ganzheitliche Verständnis sozialer Systeme und damit die Steuerungsfähigkeit der Verantwortungsträger begrenzt ist, weil diese oftmals zu wenig über die komplexen Wirkungszusammenhänge wissen und deshalb kaum fähig sind, zentralisierte Gesamtpläne ohne unerwünschten Nebenwirkungen effektiv und effizient umzusetzen (Mayntz/Scharpf 1995). Kritiker halten diesem Ansatz allerdings entgegen, dass dieser die bestehenden Machtverhältnisse in den Aushandlungsprozessen festigt, statt diese mit einer ausgewogenen Governance aufzubrechen und für gleich lange Spiesse zu sorgen. Damit können zwar kurzfristige Erfolge erzielt werden. Nachhaltige und innovative Lösungen zur Optimierung von Gesamtsystemen stehen beim «Muddling-through» jedoch definitiv nicht im Fokus (Klicker 2008).

Einen solchen «Gesamtplan» stellt aus theoretischer Sicht das KVG dar. Gemäss Artikel 43 und 46 ff. KVG sind grundsätzlich Tarifverträge nötig, um operative Fragen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu regeln. Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung, die seit 2008 in Kraft ist, gibt es die nationale Institution der SwissDRG AG, welche sich um die Weiterentwicklung landesweit gültiger Tarifstrukturen kümmert (Willisegger/Blatter 2017).

Bei der Pflegefinanzierung sieht die Situation aufgrund der erwähnten Festlegung der Krankenkassenbeiträge durch den Bundesrat anders aus. Die Krankenversicherer sitzen nicht am Verhandlungstisch, schliessen keine Leistungsverträge mit individuellen Leistungserbringern ab und üben somit kaum Einfluss oder Druck auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität von Pflegeleistungen aus. Zwar sind in den – kantonal weitgehend einheitlichen – Administrativverträgen zwischen den Kantonen bzw. Gemeinden und Leistungserbringern Qualitätsanforderungen enthalten, darunter die Forderung einer Mindestqualifikation des Personals für gewisse Leistungsgruppen. Zum Teil führen die Krankenversicherer auch eigene Audits oder Befragungen durch. Doch es besteht keine Plattform oder Institution zur Lösungsfindung bei operativen Fragen zu Kosten- bzw. Tarifstrukturen und zur Finanzierung komplexer Pflegefälle in der Schweiz. Deshalb erfolgt die Lösungsfindung oftmals über ad hoc gebildete Gremien oder den Rechtsweg, wie auch das bundesrichterliche Urteil zur Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) im Herbst 2017 gezeigt hat, wonach die Kosten für Pflegematerial wie Pflaster, Tupfer oder Einlagen, welches vom Pflegepersonal und nicht in Selbstanwendung durch den Patienten eingesetzt wird, von den Krankenkassen nicht separat abgegolten wird, sondern in ihren Beiträgen an die Pflegekosten bereits enthalten ist (Einkaufsgemeinschaft HSK 2017).

### 3. Koordinationsbedarf als Problemstellung

Die beschriebene Ausgangslage führt grundsätzlich zur Frage, ob die Schweizer Pflegefinanzierung wie bisher in Anlehnung an den «Muddling-Through»-Ansatz dezentral und mit minimaler Gesamtkoordination erfolgen soll oder ob inzwischen doch ein erhöhter Koordinationsbedarf notwendig geworden ist und falls ja, wie eine solche Koordination auszugestalten wäre. Die vorliegende Analyse fokussiert somit auf die institutionelle Dimension einer möglichen Koordination der Pflegefinanzierung auf nationaler Ebene. Für das institutionelle Setting einer verstärkten Steuerung und Gesamtkoordination gibt es grundsätzlich verschiedene Varianten, die von einer losen Selbststeuerung der betroffenen Akteure mit punktuellen Eingriffen durch den Staat bis zu einem fest installierten nationalen Koordinationsorgan mit klaren Weisungsbefugnissen reichen.

Während sich die Frage nach zusätzlichem Koordinationsbedarf aus der aktuellen Ausgangslage in der Pflegefinanzierung ableitet, dürfte sich der Handlungsdruck im Kontext einer allfälligen künftigen einheitlichen Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens deutlich verschärfen. Eine aktuelle Vorlage der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) sieht vor, dass künftig Krankenversicherer und Kantone die ambulanten und stationären Leistungen einheitlich finanzieren sollen. Diese einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (kurz EFAS) muss in der Analyse des nationalen Koordinationsbedarfs zwingend berücksichtigt werden, denn der Bun-

desrat steht einem Einbezug der Pflegeleistungen zuhause und im Pflegeheim in eine einheitliche Finanzierung positiv gegenüber, sofern die dazu notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden (Bundesamt für Gesundheit 2019a). Die Kantone fordern den Einbezug der Langzeitpflege gar als Voraussetzung für ihre Zustimmung zu einer Neuordnung der Finanzierung.

Der Pflegeheimverband Curaviva Schweiz plädiert für ein nationales Gremium oder eine nationale Organisation zur Klärung offener Fragen und zur Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung. Diesem Gremium sollten die Kantone (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK) sowie die nationalen Verbände der Krankenversicherer und die nationalen Dachverbände der ambulanten und stationären Leistungserbringer angehören. Abbildung 2 listet Themen auf, die gemäss einem internen Papier von Curaviva Schweiz (Curaviva Schweiz 2019) und den Experteninterviews, die im Rahmen der vorliegenden Analyse durchgeführt wurden, von einem solchen nationalen Gremium geklärt werden könnten.

Themen	Aufgaben
<b>Katalog der Pflegeleistungen</b>	Erarbeitung eines offiziell gültigen Leistungskatalogs, welcher klar festlegt, welche Tätigkeiten genau unter die Pflegeleistungen im Sinne von Gesetz und Verordnung fallen (z.B. Koordinationsleistungen, Notfalldienste oder Wegzeiten in der ambulanten Pflege).
<b>Pflegebedarfserfassung</b>	Kalibrierung der Pflegeeinstufung durch die verschiedenen Erfassungsinstrumente mit einheitlichen Vorgaben zur Zeitmessung mit dem übergeordneten Ziel, die Bedarfserhebung zu vereinfachen.
<b>Pflegestufen-Controlling</b>	Erarbeitung verbindlicher Standards und Auflagen für die Kontrollen der Einstufungen durch die Krankenversicherer oder Kantone.
<b>Kostentransparenz</b>	Erarbeitung einheitlicher Vorgaben für die Leistungserbringer bezüglich Kostenrechnung, Kontenrahmen, Leistungsstatistik, Anlagebuchhaltung und Arbeitszeitanalysen.
<b>Rechnungskontrollen</b>	Bereitstellung von allgemein anerkannten Instrumenten, Standards und Verfahren für eine einheitliche Validierung der Kostenrechnungen im Pflegebereich.
<b>Wirtschaftlichkeit</b>	Bereitstellung von allgemein anerkannten Instrumenten, Standards und Verfahren für eine einheitliche Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer.

Abbildung 2: Mögliche Aufgabenfelder eines nationalen Gremiums zur Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung (in Anlehnung an Curaviva Schweiz 2019 und eigene Experteninterviews)

## 4. Einschätzungen zu Koordinationsbedarf und Machbarkeit

Die Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Seiten Kantone, ambulante und stationäre Leistungserbringer sowie Krankenversicherer, die im Rahmen der vorliegenden Analyse geführt wurden, fokussierten auf folgende Themenbereiche (siehe im Detail den Interviewleitfaden im Anhang):

- Heterogenität der Kostenstrukturen und Leistungsangebote in der Langzeitpflege sowie der damit verbundene Handlungsdruck
- Aufgabenverteilung und Kostenteiler der Pflegefinanzierung auf den drei Staatsebenen: Frage nach der Zentralisierung bzw. Dezentralisierung des Finanzregimes
- Wege zu einer einheitlichen Datengrundlage für die Pflegefinanzierung als Grundlage zur Entwicklung von geeigneten Tarifstrukturen
- Varianten der Institutionalisierung einer nationalen Koordination der Pflegefinanzierung: beteiligte Akteure, Zuweisung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, Regelung der Governance in einer institutionalisierten Koordination

Die Leitfadenterviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse auf Basis der obgenannten Struktur systematisch ausgewertet und analysiert. Die Analyseergebnisse werden nachfolgend zusammengefasst und eingeordnet.

**Konsens** besteht zunächst darin, dass eine Verbesserung der Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen und der daraus resultierenden Kostenstruktur der Langzeitpflege – sowohl stationär als auch ambulant – notwendig ist. Alle vier interviewten Akteure sind sich einig, dass hier noch grosser Handlungsbedarf besteht. Dies manifestiert sich beispielsweise an den unterschiedlichen Pflegebedarfserhebungsinstrumenten, die trotz wiederholter Anstrengungen immer noch nicht harmonisiert wurden. Auch wurden beispielsweise die Rechnungslegungsvorschriften genannt, die in verschiedenen Kantonen nicht verbindlich sind und/oder deren korrekte Anwendung nicht kontrolliert wird. Dies erschwert die Vergleichbarkeit und daraus abgeleitete Aussagen zur Effizienz von Pflegeleistungen. Viele Fragen sind nicht hinreichend geklärt, die für eine Verbesserung der Vergleichbarkeit von hoher Bedeutung wären. Genannt wurden z.B. Abgrenzungsfragen zwischen Pflege und Betreuung, Fragen der Abgrenzung der Vollkosten Pflege nach KLV zur Restfinanzierung durch die Kantone und die teilweise unterschiedliche Handhabung zwischen

verschiedenen Kantonen, fehlende oder mangelhafte Datengrundlagen, keine Standards für die Kontrolle der aus der Pflegebedarfserhebung resultierenden Einstufung, unterschiedliche und nicht koordinierte Anforderungen an die Pflegedokumentation abhängig vom jeweiligen Krankenversicherer sowie zahlreiche Aspekte rund um die Kostentransparenz (Arbeitszeitanalysen, einheitliche Prüfung der Wirtschaftlichkeit, verbindliche und validierte Kostenrechnungen etc.).

Aufgrund dieser Mängel teilen die Akteure die Auffassung, dass ein hoher Handlungsdruck besteht. Die heutige Situation ist unbefriedigend. Man ist sich einig, dass sich die Welt in einem EFAS-Setting, d.h. mit einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen unter Einbezug der Pflege (GDK 2019), grundlegend ändern würde. In einer EFAS-Welt mit Einbezug der Langzeitpflege wäre eine institutionalisierte Form von nationaler Koordination zur Steuerung und Weiterentwicklung unter Einbezug der relevanten Akteure – analog Swiss DRG – unabdingbar.

**Dissens** besteht zunächst in der Frage, ob es bereits unter den aktuellen Voraussetzungen ein entsprechendes nationales Gremium für eine bessere Koordination im Langzeitpflegebereich braucht. Die Kantone betonen den hohen Gestaltungsspielraum, den sie für die Umsetzung und die Wahrnehmung der Versorgungsverantwortung brauchen. Sie sehen keinen Bedarf und äussern im Gegenteil Befürchtungen hinsichtlich einer Einschränkung ihrer Freiheiten. Die Situation heute funktioniere gut, man treffe sich, löse die Problem ad hoc und in unterschiedlichen Zusammensetzungen. Einzig in einzelnen, komplexen Bereichen (z.B. Palliative Care) wünschen sich die Kantone mehr Koordination durch den Bund. Für eine generelle Institutionalisierung der Zusammenarbeit sehen sie allerdings keinen Grund. Die restlichen drei Interviewpartner (Spitex Schweiz, Curafutura und Curaviva) hingegen würden eine institutionalisierte Koordination auf nationaler Ebene sehr begrüßen und versprechen sich dadurch raschere und bessere Lösungen für die oben beschriebenen Probleme.

Weiter besteht Dissens hinsichtlich der Frage, wer für die Lösung der anstehenden Fragen die Federführung haben müsste. Für Curafutura sind primär die Kantone als Hauptfinanzierer im Lead. Die Krankenkassen sehen sich selber eher «im Seitenwagen». In einer Welt mit EFAS würden sich die Rollen aus Sicht der

Krankenkassen dann aber stark verändern, die Versicherer kämen stärker in die Finanzierungsverantwortung. Der Bund sollte aus Sicht der Krankenkassen weitestgehend aus der Verantwortung genommen werden. Demgegenüber sehen die Kantone primär den Bund als nationalen Koordinator im EFAS-Setting, da dieser bereits heute sehr viele nationale Vorgaben macht und deshalb für eine nationale Koordination der Langzeitpflege unabdingbar ist. Curaviva und die Spitex Schweiz sehen ebenfalls primär den Bund in der Pflicht, jedoch in einem deutlich umfassenderen Mandat mit dem Ziel, die aus ihrer Sicht lückenhaften Vorgaben so rasch wie möglich schweizweit zu klären und verbindlich zu regeln. Dies kollidiert offensichtlich mit dem föderalistischen Wunsch der Kantone nach möglichst grossem Handlungsspielraum. Sie wünschen sich im Moment explizit «keine stärkere Koordination», auch wenn eingestanden wurde, dass beispielsweise bei der OKP-Restfinanzierung «im engeren Sinne» eine nationale Klärung sinnvoll wäre.

Unter den drei Akteuren (Spitex Schweiz, Curaviva und Curafutura), die ein nationales Gremium zur besseren Koordination der Pflegefinanzierung begrüssen, besteht ein gewisser Konsens über die Zusammensetzung und die Aufgaben dieses Gremiums. Im Gremium Einsitz nehmen sollten zwingend die Finanzierer (Kantone, Krankenkassen) sowie die Leistungserbringer (stationär und ambulant). Darüber hinaus plädiert die Spitex Schweiz dafür, auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) miteinzubeziehen. Der Krankenversichererverband Curafutura hingegen spricht sich gegen den Einbezug des Bundes aus. Auch der Gemeinde- und Städteverband wurde auf Nachfrage hin im Hinblick auf eine Einsitznahme diskutiert, jedoch von allen interviewten Akteuren verworfen. Die Gemeinden und Städte seien durch die Kantone zu vertreten. Angesichts der Finanzierungsverantwortung sieht sich Curafutura selbst eher als «Beisitzer».

Bezüglich Einsetzung, Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung eines nationalen Gremiums zur Koordination der Pflegefinanzierung besteht unter den drei befürwortenden Akteuren grosse Offenheit. Das Gremium könnte auf freiwilliger Basis entstehen oder vom Bund – in Anlehnung an die Swiss DRG AG – auf gesetzlicher Basis eingesetzt werden. Es könnte beratend tätig sein, mit Antragsrecht zusätzlich gestärkt werden oder sogar als Beschlussgremium mit verbindlicher Wirkung arbeiten. Die Spitex Schweiz und Curaviva zeigen sich hier sehr offen, würden aber ein Gremium mit Entscheidungsbefugnis und Verbindlichkeit für die beteiligten Akteure im allfälligen künftigen EFAS-Setting klar befürworten. In der aktuellen Situation ohne einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär bevorzugt Curaviva ein beratendes Gremium (im Auftrag des Bundesrates) mit Antragsrecht. Die Entscheidungskompetenz bleibt dabei beim Bundesrat, gestützt auf Art. 25a, Art. 43, Art. 46 ff (KVG) sowie auf den zugehörigen Bestimmungen insbesondere in der KVV und KLV. Spitex und Curafutura bevorzugen ein Gremium, welches verbindliche Beschlüsse fällen kann und nicht nur beratend tätig ist.

## 5. Fazit und Schlussfolgerungen

Sowohl die massgeblichen Finanzierer (Kantone und Krankenkassen) als auch die Leistungserbringer der Langzeitpflege in der Schweiz sind sich einig, dass Handlungsdruck für eine Verbesserung insbesondere der Kostentransparenz besteht und dass zahlreiche Themen koordiniert und geklärt werden müssen. Die Leistungserbringer und die Krankenkassen sind überzeugt, dass viele Themen national koordiniert werden sollten, um zu vermeiden, dass in jedem Kanton und – in extremis – in jeder Gemeinde immer wieder die gleichen Probleme verhandelt und einer Lösung zugeführt werden müssen. Auch die GDK als Vertreterin der Kantone anerkennt einen gewissen Koordinationsbedarf, pocht aber auf die Vorteile einer dezentralen Lösung mit möglichst grossem Handlungsspielraum für die Kantone. Die GDK sieht denn auch unter den gegebenen Voraussetzungen wenig Nutzen für ein institutionalisiertes nationales Gremium.

Unbestritten ist jedoch, dass bei Einführung einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) unter Einbezug der Pflegekosten (wie von der GDK gefordert) die Schaffung eines nationalen Gremiums zur Koordination und Weiterentwicklung der mit der Langzeitpflege verbundenen Entschädigungsfragen unabdingbar wäre. Aufgrund der Aussagen der vier Akteure und gestützt auf weiterführende Recherchen zeichnen sich demnach die folgenden vier möglichen Wege ab:

### a) Muddling through wie bisher

Die GDK bringt ihre starke Zurückhaltung gegenüber einem nationalen Gremium klar zum Ausdruck und ist überzeugt, dass in der heutigen Situation dezentrale Lösungen mit höherem Freiheitsgrad für die Kantone zu bevorzugen sind und – wenn Probleme anstehen – Herausforderungen ad hoc mit den entsprechenden Partnern angegangen werden können. Dieses «Muddling through» (Lindblom 1959) lässt den Kantonen einen grösseren Handlungsspielraum für die Erfüllung ihres Versorgungsauftrages. Es ist aber eher unwahrscheinlich, dass sich über diesen Weg in absehbarer Zeit eine Vergleichbarkeit der Leistungen, bessere Datengrundlagen und eine generelle Senkung der Transaktionskosten erreichen lassen. Die gleichen Themen dürften auch in Zukunft gleichzeitig an verschiedenen Orten in der Schweiz von verschiedenen Akteuren parallel und wiederholt verhandelt werden. Es stellt sich auch die Frage, wie einheitlich die Haltung der Kantone in dieser Frage ist und – darüber hinaus – wie unterschiedlich auch die Wahrnehmung innerhalb der

Kantone (notabene in Kantonen, bei denen wesentliche Teile der Langzeitpflege an Gemeinden und Städte delegiert wurden) ausfällt. Es ist vorstellbar, dass Kantone intern über ihre Gemeinden und Städte, die stärker unter den ungeklärten Bedingungen leiden, ihre Position überprüfen werden.

### b) Freiwillige Selbstorganisation

Die Kostenträger und die Leistungserbringer schliessen sich auf freiwilliger Basis in einer gemeinsamen Organisation zusammen. Dabei sind zwei Varianten vorstellbar. Entweder handelt es sich um eine Austauschplattform mit unverbindlichem Charakter oder das Gremium kann verbindliche Beschlüsse innerhalb des eigenen Kompetenzrahmens fällen. Die Spitex Schweiz und Curafutura plädieren stark für eine hohe Verbindlichkeit und Beschlussfähigkeit eines zu schaffenden Gremiums. Beispielsweise könnte dieses Gremium beschliessen, dass die Kostenrechnungen von Curaviva und Spitex schweizweit verbindlich anzuwenden sind. Die Kantone könnten diesen Punkt dann in ihre Aufsichtsfunktion aufnehmen und zu einer Bedingung für die Zulassung bzw. Abrechnung erheben. Die Herausforderung wird weniger darin bestehen, ein beschlussfähiges Gremium installieren zu können, als vielmehr die indirekt angeschlossenen Organisationen (z.B. die Kantone via die GDK) angemessen in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbeziehen zu können. Ansonsten werden die Beschlüsse kaum Wirkung entfalten. Zudem liegen zahlreiche Kompetenzen beim Bund. Hierfür müsste ein angemessener Austausch institutionalisiert werden, damit die Arbeiten auch von der Bundesebene aus unterstützt werden. Ein rein beratendes Gremium ohne Beschlusskompetenz würde an der heutigen Situation anknüpfen und die bereits bestehenden ad hoc Treffen stärker institutionalisieren.

### c) Mandatiertes Gremium des Bundesrates

Vorstellbar ist auch ein Gremium, welches vom Bundesrat als beratende Kommission mit Antragsrecht und mit klar definiertem Auftragsumfang eingesetzt wird. Als formale Vorlage könnte hierfür beispielsweise die BVG-Kommission (berufliche Vorsorge) dienen. Das einzusetzende Gremium würde dem Bundesrat für die Klärung von Fragen im Zuständigkeitsbereich des Bundes beratend zur Seite stehen und könnte auch bei Gesetzesänderungen hinzugezogen werden.

#### **d) Nationale Koordinations- und Tariforganisation (analog Swiss DRG AG bzw. nationale Tariforganisation im ambulanten ärztlichen Bereich) mit Gesetzauftrag**

Diese letzte Variante orientiert sich an der Situation der stationären Spitalversorgung mit der Swiss DRG AG und der geplanten Lösung im ambulanten ärztlichen Bereich gemäss aktuellem Kostendämpfungspaket des Bundesrates vom 21.08.2019 (Bundesamt für Gesundheit 2019b). Gestützt auf eine gesetzliche Bestimmung würde eine zu bildende nationale Koordinations- und Tariforganisation den Auftrag erhalten, die Langzeitpflege in Entschädigungsfragen weiterzuentwickeln. Sollte die Langzeitpflege bei der Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) miteinbezogen werden, dann dürfte eine derart eingesetzte Organisation unabdingbar sein. So lautet zumindest die einhellige Meinung der interviewten Akteure.

Unabhängig von der gewählten Variante geht es offensichtlich darum, ein Optimum zu finden zwischen einer dezentralen Organisationsstruktur, die eine effiziente und effektive Versorgung – unter Berücksichtigung der kantonalen und / oder regionalen Gegebenheiten – ermöglicht und einer nationalen Steuerung, die mehr Klarheit und eine gewisse minimale Transparenz und Vergleichbarkeit schafft. Dass die Anbieter sowie die Krankenversicherer eher auf eine stärkere nationale Steuerung hinwirken wollen, kam in den geführten Gesprächen deutlich zum Ausdruck. Aus einer betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Perspektive ist dies auch nachvollziehbar. Dass umgekehrt die Kantone – als heutige Hauptfinanzierer und Verantwortliche für die Versorgung – dazu neigen, ein Maximum an Organisationsfreiheit wahren zu können, ist auch keine Überraschung. Wenn aber die Kantone bei der diskutierten einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären medizinischen Leistungen (EFAS) auch die Langzeitpflege mitberücksichtigt sehen wollen, dann dürfte dies – gemäss einhelliger Ansicht der interviewten Personen – zu einem deutlichen Ausbau der nationalen Steuerung führen. Ein nationales Gremium zur Koordination und Weiterentwicklung im Bereich der Langzeitpflege wäre in diesem Zukunftsszenario unumgänglich.

Zahlreiche Fragen sind dabei aber noch zu klären. Zwingend scheint jedenfalls, dass bei einer verstärkten regionalen oder nationalen Koordination nicht nur die pflegerischen, sondern auch die betreuenden

Tätigkeiten inkl. Hotellerie-Kosten mitberücksichtigt werden müssten. Als Folge daraus stellt sich die Frage, in welcher Form die Patientinnen und Patienten miteinbezogen werden. Denn der Out-of-Pocket-Anteil ist im Bereich der Langzeitpflege (verglichen mit der stationären Spitalversorgung oder der ambulanten medizinischen Versorgung) ausserordentlich hoch (siehe Abbildung 1). Ohne Einbezug der Patientinnen und Patienten stünde der grösste Beitragszahler aussen vor.

Wie eingangs erwähnt, befindet sich die Langzeitpflege aktuell in einem «muddling through». Aus der Literatur ist bekannt, dass diese Organisationsform dazu neigt, den status quo zu präferieren und (neue) Stakeholder kaum angemessen miteinzubeziehen.

Es stellen sich somit für die weitere politische Debatte **zwei zentrale Herausforderungen:**

1. Unabhängig davon, welcher der oben skizzierten Wege eingeschlagen wird, ist die Governance-Frage zu beantworten, welche Akteure welche Kompetenzen an ein zu schaffendes Gremium abgeben sollten, können und wollen. Jeder Stakeholder kann zukünftig nur diejenigen Kompetenzen an ein übergeordnetes Gremium delegieren, die er aktuell auch besitzt. Gerade die Kantone werden gemäss Interviewauswertung sehr darauf bedacht sein, dass sie kaum Kompetenzen «wegdelegieren» und weiterhin in der Versorgungs- und Finanzierungshauptverantwortung stehen.
2. Daraus resultiert, dass die Zurückhaltung der Kantone bei der Weiterentwicklung von nationalen oder regionalen Koordinationsansätzen mitberücksichtigt werden muss. Ausgehend von bestehenden Kooperationsformen und Netzwerken zwischen den Staatsebenen sollte hier schrittweise vorgegangen werden – mit vertrauensbildenden, wenig bindenden, stark auf die Lösung konkreter anstehender Probleme (z.B. MiGeL-Liste) fokussierten und ausgeprägt pragmatischen Massnahmen. Die Diskussionen um die künftige Gestaltung von EFAS könnten hier klärend wirken und positiven Einfluss ausüben.

## 6. Literatur

Bundesamt für Gesundheit (2019a). Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär: Bundesrat nimmt Stellung. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-76056.html> (10.09.2019).

Bundesamt für Gesundheit (2019b). KVG-Revision: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html> (10.09.2019).

Bundesamt für Gesundheit; Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK (2016). Nationale Demenzstrategie 2014–2019. Bern: BBL-Bundespublikationen.

Bundesamt für Gesundheit; Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Bern: BBL-Bundespublikationen.

Bundesamt für Statistik (2018). Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html> (10.09.2019).

Curaviva Schweiz (2019). Skizze für ein nationales Gremium zur Klärung von Tarifstrukturfragen im Rahmen der Pflegefinanzierung. Bern: CURAVIVA Schweiz.

Einkaufsgemeinschaft HSK (2017). Bundesverwaltungsgericht Urteil C-3332/2015 vom 1. September 2017 Bundesverwaltungsgericht Urteil C-1970/2015 vom 7. November 2017 Bundesgerichtsurteil K 79/98 vom 4. Juli 2001, Erw. 4a/b. [https://www.spitexlu.ch/files/FOOMKY1/bundesgerichtsurteil\\_migel\\_brief\\_migel.pdf](https://www.spitexlu.ch/files/FOOMKY1/bundesgerichtsurteil_migel_brief_migel.pdf) (10.09.2019)

Eling, Martin; Elvedi, Mauro (2019). Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz. St. Gallen: Verlag Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen. I VW HSG Schriftenreihe, Band 66.

GDK-Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2019). Kostenstudie EFAS: Integration der Pflege ist machbar und sinnvoll. Klares Signal oder Scherbenhaufen. Bern. 8. August 2019

Interpharma (2019). Starke Zunahme chronischer Erkrankungen. <https://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1776-starke-zunahme-chronischer-erkrankungen> (10.09.2019).

Klicker, Kai (2008). Charles Lindblom “The science of muddling-through” – Inkrementalismus: Ende der Fahnenstange?. München: GRIN Verlag.

Lindblom, Charles (1959). The Science of Muddling-Through. Public Administration Review, Jahrgang 19, S. 79–88.

Mayntz, Renate; Scharpf, Fritz (1995). Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Schedler, Kuno (2007). Public Management und Public Governance. In: Benz, Arthur; Lütz, Susanne; Schimank, Uwe; Simonis, Georg (Hrsg.). Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 253–268.

Wächter, Matthias; Kessler, Oliver (2019). Pflege und Betreuung 2035 – Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?. Luzern: Concordia Research Nr. 3.

Willisegger, Jonas; Blatter, Hannes (2017). Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen – Settings und Interaktionen. Luzern: Concordia Research Nr. 2.

## 7. Anhang: Interviewleitfaden

- Zwischen den Leistungserbringern der spitalexternen Langzeitpflege finden sich grosse **Unterschiede sowohl im Leistungsspektrum als auch in den Kostenstrukturen**. Welche Auswirkungen haben diese Unterschiede im ambulanten sowie auch im stationären Bereich aus Ihrer Sicht? Wie beurteilen Sie diese?
- Besteht im Bereich der spitalexternen Pflege und Betreuung **Handlungsdruck** in Bezug auf die Kostentransparenz, Leistungsstatistiken und datengestützte Tarif- und Restfinanzierungsverhandlungen? Falls ja, wo genau und weshalb?  
Zusatzinfos:
  - Die im Juli 2018 veröffentlichte Evaluation der neuen Pflegefinanzierung (INFRAS 2018) ortet einen hohen Handlungsbedarf, um Grundlagen für eine sachgerechte und transparente Finanzierung zu schaffen.
  - Auch das Bundesgerichtsurteil von 20.07.2018 (9C\_446/2017) weist ungenügend fundierte Normkostensätze als Grundlage der Restfinanzierung zurück.
- Die **Tariffindung und -festlegung ist ein zentrales Steuerungselement** in Richtung einer kosteneffizienten und zugleich qualitativ hochstehenden Versorgung.<sup>4</sup> Der Bund definiert mit der Vorgabe abgestufter Zeittarife nach Leistungsart (Spitex) respektive Pflegestufen (Pflegeheime) nur eine Minimalstruktur der Tarife. Wie beurteilen Sie diese **minimale zentrale Steuerung auf Bundesebene**?
- Die Kantone bestimmen mit der Festlegung der Patientenbeteiligung und Restfinanzierung Pflege je nach Ausgestaltung nicht nur die Tariffhöhe, sondern auch eine Ausdifferenzierung der Tarifstrukturen zur Abgeltung der Versorgungspflicht, spezialisierter Leistungen wie psychiatrische Pflege, Palliative Care oder Nachtdeckung und letztlich auch gemeinwirtschaftlicher Leistungen wie Ausbildungspflichten oder ergänzende Beratungs- oder Koordinationsaufgaben. Zum Teil wurde die Festlegung der Restfinanzierung Pflege auf die Gemeindeebene delegiert. Inwiefern ist die **Dezentralisierung dieser Aufgaben und Prozesse sinnvoll**?
- Die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und die Verhandlungen sind auf gute Datengrundlagen angewiesen. Notwendig ist eine möglichst einheitliche **Erhebung, Klassifikation, Aufbereitung, Vernetzung und Weiterverarbeitung der Daten**. Teilen Sie diese Einschätzung und auf welchem(n) Weg(en) kommt man aus Ihrer Sicht am besten zu diesem Ziel?
- Was halten Sie vom Vorschlag, die beiden Festlegungs- und Verhandlungsebenen **«Tarifstruktur» und «Tariffhöhe» klarer zu trennen**, wie wir das auch von anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens (DRG, Tarmed) kennen?<sup>5</sup> Was würde dann unter «Tarifstruktur» im Langzeitpflegebereich geregelt werden? Was wäre dann unter dem Layer «Tariffhöhe» zu regeln? Müssten für den Langzeitpflegebereich andere Bezeichnungen gewählt werden, wenn ja welche?

<sup>4</sup> Die Krankenversicherer schliessen keine Leistungsverträge mit individuellen Leistungserbringern ab. Aber in den – kantonal weitgehend einheitlichen – Administrativverträgen sind Qualitätsanforderungen enthalten, darunter die Forderung einer Mindestqualifikation des Personals für gewisse Leistungsgruppen. Zum Teil führen die Krankenversicherer auch eigene Audits oder Befragungen durch.

<sup>5</sup> Der Bund legt die Tarifstruktur nur in der Minimalgliederung Zeittarife nach Leistungsarten/Pflegestufen fest. Darüber hinaus entscheidet er über die Anpassung der Krankenkassenbeiträge an die Kostenentwicklung. Ansonsten liegt die Verantwortung für den Prozess der Tariffindung und -festlegung bei den Kantonen oder – delegiert – bei den Gemeinden. Über die Festlegung der Patientenbeteiligung und der Restfinanzierung Pflege werden mit den anerkannten Voll- oder Normkosten pro Leistungsart/ Pflegestufe indirekt Tarife definiert. Die Tariffindung umfasst einerseits die Ebene einer in der Praxis häufig angetroffenen Ausdifferenzierung der im KVG vorgegebenen minimalen «Tarifstruktur» (beispielweise mit Blick auf die Abgeltung spezialisierter Leistungen oder einer «Versorgungspflicht»), andererseits die Ebene der Tariffhöhe.

- Wie beurteilen Sie den Nutzen für einen Aufbau einer **nationalen Datenbasis** zu den Kostenstrukturen und zum Leistungsgeschehen in der Langzeitpflege sowie die **Errichtung institutioneller Strukturen**, in denen die involvierten Akteure gemeinsam die datengestützte Weiterentwicklung der Tarifstrukturen verwalten und die Verfahren und Instrumente der Tarifentwicklung (als lernende Systeme) koordinieren?
  - Wie müsste diese nationale Organisation **institutionell ausgestaltet** sein (Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortung)?
  - **Welche Akteure** sind Mitglieder? Welche wirken allenfalls beratend mit?
  - Auf welche **Governance-Aspekte** müsste man besonders Wert legen (Veto-Positionen, Konsens- oder Mehrheitsentscheide, Verteilung der «Verhandlungsmacht» etc.)
  
- Müsste in diesem Fall die **Freiheit der Kantone und Gemeinden** bei der Festlegung der Höhe der Patientenbeteiligung, der Restfinanzierung und der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen eingeschränkt werden?
  
- **Welche weiteren Aufgaben könnte dieses nationale Gremium** neben der Weiterentwicklung der Tarifstrukturen der Langzeitpflege übernehmen? Bei welchen Aufgaben würde eine Zentralisierung auf Bundesebene zu Synergien betreffen Effizienz und Qualität führen?

## 8. Autorenportraits



**Jonas Willisegger**, Politikwissenschaftler (lic.rer.soc., Universitäten Bern und Lausanne), arbeitet seit 2013 als Dozent und Studienleiter am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management, Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR, der Hochschule Luzern – Wirtschaft und beschäftigt sich schwerpunktmässig mit Weiterbildungsangeboten im Bereich Public Management sowie mit Forschungsprojekten unter anderem für den Forschungsschwerpunkt «Öffentliches Gesundheitsmanagement». Daneben berät er öffentliche Organisationen in strategischen Fragen und ist seit 2017 im Vorstand der Luzerner Krankenkasse KKLH. Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern arbeitete er als Direktionsadjunkt und stv. Informationsbeauftragter im Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung. In der Vergangenheit war er u.a. in der Politikberatung tätig und betreute für das Büro Vatter in Bern verschiedene Projekte im sozial-, umwelt- und wirtschaftspolitischen Umfeld.



**Hannes Blatter**, Politikwissenschaftler (lic. ès sc. pol., Universität Lausanne), arbeitet seit 2012 am Kompetenzzentrum Public and Nonprofit Management, Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR, der Hochschule Luzern – Wirtschaft und initiierte und leitete Forschungsprojekte für den Forschungsschwerpunkt «Öffentliches Gesundheitsmanagement». Darüber hinaus gibt er Weiterbildungen im Bereich des Gesundheitswesens und Public Management. Er ist zudem Geschäftsführer des Luzerner Forums für Sozialversicherungen und Soziale Sicherheit ([www.luzerner-forum.ch](http://www.luzerner-forum.ch)). Weiter ist er Inhaber und Geschäftsführer der Hannes Blatter GmbH Politikberatung & Kommunikation ([www.hannesblatter.ch](http://www.hannesblatter.ch)). Vor seiner Tätigkeit an der Hochschule Luzern war er Generalsekretär der CSS Versicherung in Luzern. Zuvor war er Fraktionssekretär der CVP Bundeshausfraktion und Stv. Generalsekretär der CVP Schweiz. In der Vergangenheit war er u. a. auch persönlicher Mitarbeiter des Direktionspräsidenten im Inselspital in Bern.

**Hochschule Luzern – Wirtschaft**  
Institut für Betriebs- und  
Regionalökonomie IBR

Zentralstrasse 9  
Postfach 2940  
6002 Luzern

[www.hslu.ch/ibr](http://www.hslu.ch/ibr)  
ISSN: 1662-162X