



Kanton Zürich  
Gesundheitsdirektion  
Versorgungsplanung

393-2014 / / moa

# Evaluation Umsetzung Pflegegesetz und Verordnung über die Pflegeversorgung

26. Juni 2014





## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Versorgung	3
3.	Finanzierung	3
4.	Kommunikation	5



## 1. Einleitung

Mit dem Inkrafttreten des am 13. Juni 2008 verabschiedeten Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung und des darauf aufbauenden neuen Zürcher Pflegegesetzes am 1. Januar 2011 wurden die Zuständigkeiten und die Finanzierung im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitversorgung grundlegend geändert. Mittlerweile konnten genügend Erfahrungen gesammelt werden, um die Praxistauglichkeit der neuen Regelungen im Kanton Zürich beurteilen zu können. Insgesamt zieht die Gesundheitsdirektion aufgrund der Erfahrungen in den letzten drei Jahren ein positives Fazit, hat jedoch auch einzelne Schwächen – insbesondere bei den Regelungen auf nationaler Ebene – erkannt und einen entsprechenden Handlungsbedarf abgeleitet.

## 2. Versorgung

Das Angebot der verschiedenen im Kanton Zürich gesetzlich geforderten Pflegeleistungen kann als gut bezeichnet werden. In den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten des Pflegegesetzes wurden kaum Beschwerden zu mangelnden Kapazitäten und zur Qualität der Leistungen verzeichnet. Die überwiegende Mehrheit der Zürcher Gemeinden hat die vom neuen Pflegegesetz geforderten Pflegeversorgungskonzepte erstellt. Diese zeigen der Bevölkerung und den interessierten Institutionen und Verbänden, welche Pflegeleistungen von welchen Leistungserbringern erbracht werden. Damit gewinnen Bevölkerung und Fachkreise, insbesondere Spitäler und zuweisende Ärzte, einen Überblick über das Angebot der Pflegeleistungen in den Zürcher Gemeinden. Unklar ist allerdings, in wie vielen Fällen die Gemeinden mit den Leistungserbringern effektiv Leistungsvereinbarungen abgeschlossen haben. Die Gesundheitsdirektion klärt dies ab und wird je nach Ergebnis Massnahmen ergreifen.

Die im Zusammenhang mit der neuen Pflegefinanzierung auf nationaler Ebene neu geschaffene Finanzierungsregelung der Akut- und Übergangspflege für die ersten zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt kommt in der Praxis nur selten zur Anwendung. Wohl aufgrund des administrativen Aufwands für die Leistungserbringer werden die Pflegeleistungen in den ersten zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt häufig über die reguläre Pflegefinanzierung abgewickelt. Entsprechend sind in den ersten Jahren der neuen Pflegefinanzierung relativ wenige Leistungsangebote für Akut- und Übergangspflege entstanden. In den nächsten Jahren wird sich zeigen, wieweit diese Angebote gegenüber der regulären Pflege Vorteile bringen und wieweit diese Leistungsangebote durch eine Anpassung der Finanzierungsregelung auf nationaler Ebene weiter gefördert werden. Insofern besteht gegenwärtig kein Handlungsbedarf auf kantonaler Ebene.

## 3. Finanzierung

Das Finanzierungssystem stösst grundsätzlich auf Akzeptanz, auch wenn die finanzielle Belastung grösser ausgefallen ist, als es die meisten Gemeinden ursprünglich erwartet hatten. Das gilt sowohl für die Höhe der Eigenbeteiligung als auch für die Restfinanzierung unter Einbezug von Normdefiziten. In der konkreten Anwendung haben sich hingegen einige Probleme gezeigt, die auch zu grösseren Diskussionen geführt haben.

Im ambulanten Bereich schwankten die Normdefizite insbesondere für Spitex-Institutionen ohne kommunale Leistungsaufträge in den ersten vier Jahren stark. Grund dafür sind einerseits laufende Verbesserungen in der Festsetzungs- und Berechnungsmethodik und



andererseits die mässige und schwankende Qualität der Kosten- und Leistungsdaten. Der Kostenunterschied zwischen Spitex-Institutionen mit und ohne Leistungsauftrag ist mit rund 30% Differenz erstaunlich gross. Da im Zürcher Pflegegesetz für die beiden Kategorien eine separate Berechnung der Normdefizite vorgeschrieben ist, wurden für die Spitex-Institutionen ohne Leistungsauftrag rund 30% niedrigere Normdefizite festgelegt, was zu mehreren Interventionen der betroffenen Institutionen und Verbände sowie zu politischen Vorstössen geführt hat.

Die Gesundheitsdirektion hat unter Einbezug aller Verbände eine externe Studie in Auftrag gegeben, um die Ursachen für die grossen Unterschiede der Normkosten zwischen privater und öffentlicher Spitex genauer zu ermitteln. Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie wird das weitere Vorgehen bestimmt (weiterhin getrennter Fallkostenvergleich oder Zusammenführen der beiden Fallkostenvergleiche mit entsprechender Gesetzesrevision, Änderung bei der Kostenerfassung und Kostenermittlung).

Im Bereich der Pflegeheime sind die Unstimmigkeiten in Zusammenhang mit den Normdefiziten vor allem darauf zurückzuführen, dass die Normdefizite viel häufiger zur Anwendung kommen, als dies zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Pflegegesetzes vorgesehen war. Zum einen scheinen die Gemeinden in verschiedenen Fällen keine Leistungsvereinbarung mit einem Pflegeheim abgeschlossen zu haben, weshalb das Normdefizit – anstelle eines zwischen den Gemeinden und den Pflegeheimen vereinbarten Tarifs – zur Anwendung kommt. Zum anderen wird das Normdefizit von den Gemeinden auch im Rahmen der kommunalen Leistungsaufträge oft als «Normpreis» verwendet, da es für viele Gemeinden die einzige Grundlage darstellt, um die Wirtschaftlichkeit ihrer Pflege-Organisationen zu beurteilen. Angesichts der viel grösseren Bedeutung des Normdefizits für eine Vielzahl von Pflegeheimen und die Gemeinden wird der Informationsaustausch zwischen der Gesundheitsdirektion und den Pflegeheimverbänden und Gemeinden verstärkt. Gleichzeitig sind die Gemeinden angehalten, zur Sicherstellung der Pflegeversorgung auch entsprechende Leistungsaufträge zu erteilen.

Im Zusammenhang mit den Abrechnungen der Pflegeheime wurde von verschiedener Seite der Verdacht geäussert, dass die Kostenrechnungen zuungunsten der Bewohner geführt werden, indem Pflegekosten in den Bereich Hotellerie & Betreuung verschoben werden. Aufgrund fehlender Bundesvorgaben oder einer nationalen VKL-konformen Branchenlösung zur Rechnungslegung in der stationären Pflege ist eine Prüfung dieser Vorwürfe durch Gemeinden oder Angehörige schwierig. Vor diesem Hintergrund wurde ein parlamentarischer Vorstoss zur Einrichtung einer kantonalen Stelle für die Rechnungsprüfung eingereicht, der vom Zürcher Kantonsrat aber abgelehnt wurde. Anstelle einer zürcherischen Sonderlösung wäre eine möglichst rasche nationale Lösung vordringlich. Die Gesundheitsdirektion setzt sich deshalb via Gesundheitsdirektorenkonferenz dafür ein, dass die Branchenorganisationen auf nationaler Ebene insbesondere im stationären Pflegebereich einheitliche Rechnungslegungsstandards entwickeln, die den Anforderungen in KVG und Verordnungen gerecht werden.

Ebenfalls auf nationaler Ebene ist die Finanzierung von schweren Pflegefällen unzureichend geregelt. Durch die Limitierung auf 12 Pflegestufen in der KLV werden schwere Pflegefällen zu schlecht entschädigt. Der Krankenversicherungsanteil für 120 Minuten Pflege oder länger ist auf Fr. 108 pro Tag fixiert. Alle diesen Betrag übersteigenden Kosten sind von der öffentlichen Hand zu tragen. Insbesondere für Leistungsbereiche wie intensive Palliative Care, die Pflege hochgradig dementer Personen oder gewaltbereiter pflegebe-



dürftiger Personen und besonders für darauf spezialisierte Leistungserbringer besteht deshalb eine starke Abhängigkeit von der Finanzierungspraxis bzw. von der Kulanz der jeweiligen Wohngemeinde. Nebst der nationalen Anpassung der KLV setzt sich die Gesundheitsdirektion deshalb auch für eine Sensibilisierung gegenüber dieser Problematik bei Gemeinden und in Fachkreisen ein.

Schliesslich gab die Frage der Finanzierungspflicht bei Pflegeheimbewohnern, die vor dem Umzug ins Pflegeheim in einem anderen Kanton wohnhaft waren, oft Anlass zu Diskussionen. In der Zwischenzeit ist aber auf dem Rechtsweg geklärt worden, dass der aktuelle zivilrechtliche Wohnsitz in der Frage der Finanzierung relevant ist. Dieser Punkt ist aber noch wenig bekannt. Die Gesundheitsdirektion setzt sich deshalb bei nationalen wie kantonalen Verbänden dafür ein, die Kenntnisse über diese Zuständigkeitsregelung zu erhöhen.

#### 4. Kommunikation

Für die Bevölkerung hat die Gesundheitsdirektion eine Informationsbroschüre mit allen wichtigen Informationen zur neuen Pflegefinanzierung erstellt und in grosser Auflage verteilt. Letztes Jahr wurde die stark genutzte Publikation aktualisiert und in einer neuen Auflage publiziert.

Zusätzlich hat die Gesundheitsdirektion nach Inkraftsetzung des Pflegegesetzes zwei neue Austauschgremien – je eines für die Leistungserbringer und für die Verbände – geschaffen, die sie mindestens einmal jährlich einberuft. Diese Treffen haben sich generell sehr bewährt und insbesondere den Informationsaustausch deutlich verbessert.

In den ersten drei Jahren der neuen Pflegefinanzierung hat die Gesundheitsdirektion aber auch die Erfahrung gemacht, dass die für die Pflegefinanzierung und -versorgung zuständigen Personen in Gemeinden und Heimen teilweise ungenügend informiert sind. Die Gesundheitsdirektion hat deshalb die Verbände dazu angeregt, entsprechende Weiterbildungen anzubieten; gleichzeitig hat die Gesundheitsdirektion ihre Unterstützung dabei angeboten.