

Studie «Vollkosten der öffentlich-rechtlichen und gemein- nützigen Spitexorganisationen»

Zusammenfassung des Schlussberichts

Im Auftrag von
Spitex Schweiz

Dr. Matthias Wächter¹, Kilian Künzi², Margot Hausammann³, Dr. Aurélien Abrassart²

¹Hochschule Luzern – Wirtschaft, Institut für Betriebs- und Regionalökonomie, Zentralstrasse 9, 6002 Luzern

²Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG, Konsumstrasse 20, 3007 Bern

³Thema Finanzen – Margot Hausammann Stalder & Co., Bühlwiesenstrasse 17, 8052 Zürich

Bern / Luzern, 29. August 2017

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1 Ausgangslage und Ziel der Studie	2
2 Methodisches Vorgehen	3
3 Struktur und Aufbau der harmonisierten Kostenrechnung	4
4 Kostenstrukturvergleich der an der Studie beteiligten Organisationen am Beispiel ausgewählter Kostenstellen	6
5 Fazit und Empfehlungen	8
6 Zitierte Unterlagen und Literatur	12

Abstract

Im Jahr 2011 trat die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft. Diese beschränkte den Beitrag der Krankenversicherungen an den Kosten der Pflege auf einen schweizweit einheitlichen Pauschalbeitrag, differenziert nach dem individuellen Pflegebedarf (Pflegestufe) (im stationären Sektor) bzw. nach der Art der Pflegeleistung (im ambulanten Sektor). In der Mehrheit aller Fälle werden dadurch – auch unter Einrechnung der Zuzahlungen von Patient/innen (Patientenbeteiligung) – die Kosten der Pflege nicht gedeckt. Die Verantwortung für die Restfinanzierung wurde an die Kantone übertragen. In der Folge entstand eine breite Variation an Methoden, wie die Vollkosten (oder Normkosten) der Pflege definiert und berechnet werden. Die Ermittlung vergleichbarer Vollkosten, nicht zuletzt als Basis für Tarifverhandlungen, stellt in diesem Zusammenhang eine grosse Herausforderung dar.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde auf der Basis von Rohdaten von 25 Spitexorganisationen aus unterschiedlichen Regionen der Schweiz ein harmonisiertes Kostenrechnungssystem von Grund auf entwickelt und Empfehlungen für dessen Weiterentwicklung formuliert. Aufbauend auf dem bestehenden Finanzmanual von Spitex Schweiz, den Finanzbuchhaltungen und den EDV-Systemen der Organisationen zur Arbeitszeit- und Leistungserfassung mussten ein einheitliches Klassifikationssystem und Vorgehen konzipiert werden, das einen transparenten, verlässlichen und hoch aufgelösten Kostenvergleich der Organisationen ermöglichte. Zwischen den Organisationen wurden beträchtliche Unterschiede in den Vollkosten und bei spezifischen Kostenkomponenten gefunden. So variieren z.B. die Vollkosten pro geleistete Stunde «Behandlungspflege» zwischen 106 CHF und 167 CHF. Die Gründe für die Kostenunterschiede müssen in weiterführenden Untersuchungen genauer analysiert werden. Die entwickelte Plattform legt dafür die Basis. Die aus der Studie hergeleiteten Empfehlungen setzen auf fünf Ebenen an: (1) Umsetzung einer hochaufgelösten, harmonisierten Kostenrechnung, (2) Aufbau einer gemeinsamen nationalen Datenbasis als Ergänzung zu HomeCareData, (3) Klärung des Begriffs der Versorgungspflicht unter Einbezug der Versicherungen, (4) Entwicklung der Tarifstrukturen (5) Weiterentwicklung der Kostenstrukturanalyse.

1 Ausgangslage und Ziel der Studie

Mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 wurden auch Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, selbständige Pflegefachpersonen sowie Pflegeheime zur Leistungsabrechnung gegenüber der Krankenversicherung zugelassen. Ursprünglich war vorgesehen, dass die Krankenversicherung die vollen Pflegekosten übernimmt – unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und einer transparenten, von den Tarifpartnern anerkannten Grundlage der Kostenermittlung. Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen (2008) sowie der neuen Pflegefinanzierung (2011) wurde jedoch ein Teil der Finanzierungsverantwortung für die Pflegekosten auf die Kantone und Gemeinden übertragen. Im Bereich der ambulanten Pflege wurde der Kostenanteil der Krankenversicherer auf einen vom Bundesrat festgelegten, national einheitlichen pauschalen Beitrag pro Leistungsstunde (abgestuft nach Leistungsart) beschränkt. Dadurch verschob sich der Prozess der Tarifverhandlungen verstärkt auf die Leistungserbringer und Kantone/Gemeinden.¹ Auf der Ebene Verhandlung und Tariffestlegung ergab sich hier eine wichtige Differenz gegenüber der Regelung der Spitalfinanzierung, der Abgeltung ambulanter ärztlicher Leistungen und auch der Akut- und Übergangspflege.

Die Verhandlungen und Festlegungen der Spitex-Tarifstrukturen und Tarifhöhen basieren im Wesentlichen auf Daten aus den individuellen betrieblichen Kostenrechnungen. Die Mehrzahl der Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag und Versorgungspflicht erfassen ihre Daten gemäss Finanzmanual des Spitex Verbands Schweiz und ergänzender Vorschriften der Rechnungslegung und Kostenermittlung, die zum Teil in kantonalen Verordnungen, zum Teil in den Leistungsaufträgen festgehalten sind.

In einigen wenigen Kantonen stehen Plattformen mit betriebsübergreifenden, detaillierten Kennzahlen zu den Kostenstrukturen der Hilfe und Pflege zu Hause zur Verfügung. Vereinzelt finden sich Vergleichsdaten, die auf Initiative verschiedener Spitexorganisationen in einem gemeinsamen «privaten» Benchmark erhoben wurden. Es fehlen bislang aber sowohl eine systematische betriebsübergreifende Validierung der Rohdaten und ihrer weiteren Bearbeitung in Anlehnung an das Finanzmanual als auch eine systematische Überprüfung, in wie weit das heutige Finanzmanual (Version 2011) den Ansprüchen an eine differenzierte und zugleich robuste Kostenermittlung und Leistungserfassung genügt.²

Öffentlich zugängliche Daten zu den Vollkosten von Leistungserbringern der ambulanten Pflege verweisen auf relativ grosse Kostenunterschiede sowohl innerhalb einzelner Leistungserbringergruppen wie auch zwischen verschiedenen Kategorien von Leistungserbringern (Organisationen mit und ohne Versorgungspflicht, selbständige Pflegefachpersonen).³ Bisher liegen zwei Studien vor (Ecoplan 2014, Polynomics 2013), die den Ursachen von Kostenunterschieden nachgegangen sind, wobei die Stichproben eingegrenzt waren und aufgrund der Datenlage nur Teilbereiche untersucht werden konnten. Fehlende Daten zu den Gründen der Kostenunterschiede zwischen Leistungserbringern erschweren nicht zuletzt die Steue-

¹ Im Bereich der Langzeitpflege (ambulant oder im Pflegeheim) wird die Höhe der Pflēgetarife resp. Restkostenfinanzierung (für Pflēgeleistungen gemäss Krankenpflegeleistungsverordnung KLV Art. 7) zwischen Leistungserbringern und der öffentlichen Hand verhandelt oder von der öffentlichen Hand festgelegt. Die Tarifstrukturen sind in der KLV mit der Unterscheidung der Leistungsarten nach Massnahmen der A) Abklärung, Beratung und Koordination, B) Untersuchung und Behandlung und C) Grundpflege sowie der Abrechnung als Zeitleistungen nur rudimentär vorgegeben. In den Kompetenzbereich der öffentlichen Hand fällt unter anderem die Festlegung der anerkannten Kostenbestandteile, die über die Restfinanzierung gedeckt werden, die Gewährung von Zuschlägen für spezialisierte Leistungen und Nachteinsätze oder die Art der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen.

² Vgl. die Anforderungen der «Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)», an denen sich das Finanzmanual zwar orientiert, die aber nicht im gleichen Masse für die Leistungserbringer der ambulanten Pflege verbindlich sind.

³ Datengrundlagen: Einzelne Kantonalverbände veröffentlichen die Vollkostenansätze ihrer Mitglieder (Bsp. Luzern); Daten sind teilweise auch in öffentlich zugänglichen Leistungsverträgen ersichtlich. Für den Kanton Zürich vgl. Studie Ecoplan (2014).

zung des Angebots der spitalexternen ambulanten Pflege. Neben dem Abschluss von Leistungsverträgen und den Anforderungen an die Pflegebedarfsermittlung und -planung bilden die Ausgestaltung und Höhe der Pflegetarife ein wesentliches Instrument der Angebotssteuerung.

Vor diesem Hintergrund verfolgte die vorliegende Studie zwei übergeordnete **Ziele**:

- Erstens das Herstellen von Kostentransparenz auf der Basis einer konzeptionellen Auslegeordnung und erster belastbarer empirischer Ergebnisse zu den Einflussfaktoren und den Gründen für Kostenunterschiede zwischen Spitexorganisationen mit öffentlichem Leistungsauftrag (ohne spezialisierte Dienste wie Mobile Palliative Care Dienste oder ambulante psychiatrische Dienste).
- Zweitens sollen die Ergebnisse als Grundlage für weitere Arbeiten des Spitex Verbands dienen:
 - Überarbeitung des Finanzmanuals des Spitex Verbands Schweiz,
 - Aufbau einer Pilotdatenbank für eine empirische Überprüfung der Robustheit und Trennschärfe der nächsten Version des Finanzmanuals,
 - Laufende Tarifverhandlungen und -festsetzungen (bis zum Vorliegen einer umfassenden Datenbasis harmonisierter Kostenrechnungen auf der Grundlage des überarbeiteten Finanzmanuals).

2 Methodisches Vorgehen

Die Kostenrechnungen werden von der Mehrheit der Spitexorganisationen in Anlehnung an das **Spitex-Finanzmanual** (Version 2011) erstellt. Trotz dieser gemeinsamen Grundlage weisen die einzelnen Kostenrechnungen grosse Unterschiede in der Erfassung und Zuordnung einzelner Kosten- und Leistungsarten und in der Wahl der Umlage- bzw. Verteilerschlüssel auf. Zugleich sind in den Kostenrechnungen der Organisationen die einzelnen Kostenfaktoren und damit wichtige Kennzahlen für eine differenzierte Kostenanalyse bereits in übergeordneten Kostenstellen, die mittels unterschiedlicher Umlageschlüssel auf die Vollkosten verteilt werden, zusammengefasst. Aus diesem Grund mussten für die Studie auf der Basis von hochaufgelösten **Rohdaten** einzelner Spitexorganisationen einheitliche und verfeinerte Kostenrechnungen neu erstellt und die daraus gewonnenen Daten und Kennzahlen für den Betriebsvergleich verwendet werden. Die Bearbeitung der Rohdaten orientierte sich am aktuellen Finanzmanual, dessen Vorgaben für die Studie zugleich präzisiert und weiterentwickelt wurden, um differenziertere und einheitliche Kennzahlen für den Vergleich von Kostenunterschieden zu erhalten.

In die Studie konnten **Daten von 25 Spitexorganisationen** aus elf Kantonen (VD, TI, BS, BE, LU, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH) und allen drei Sprachregionen miteinbezogen werden. Die Organisationen unterscheiden sich stark hinsichtlich Grösse und Raumstrukturen. Sechs der zehn grössten Städte der Schweiz sind in der Stichprobe vertreten.

Methodisch wurden folgende **Informationsquellen** genutzt und **Arbeitsschritte** durchgeführt:

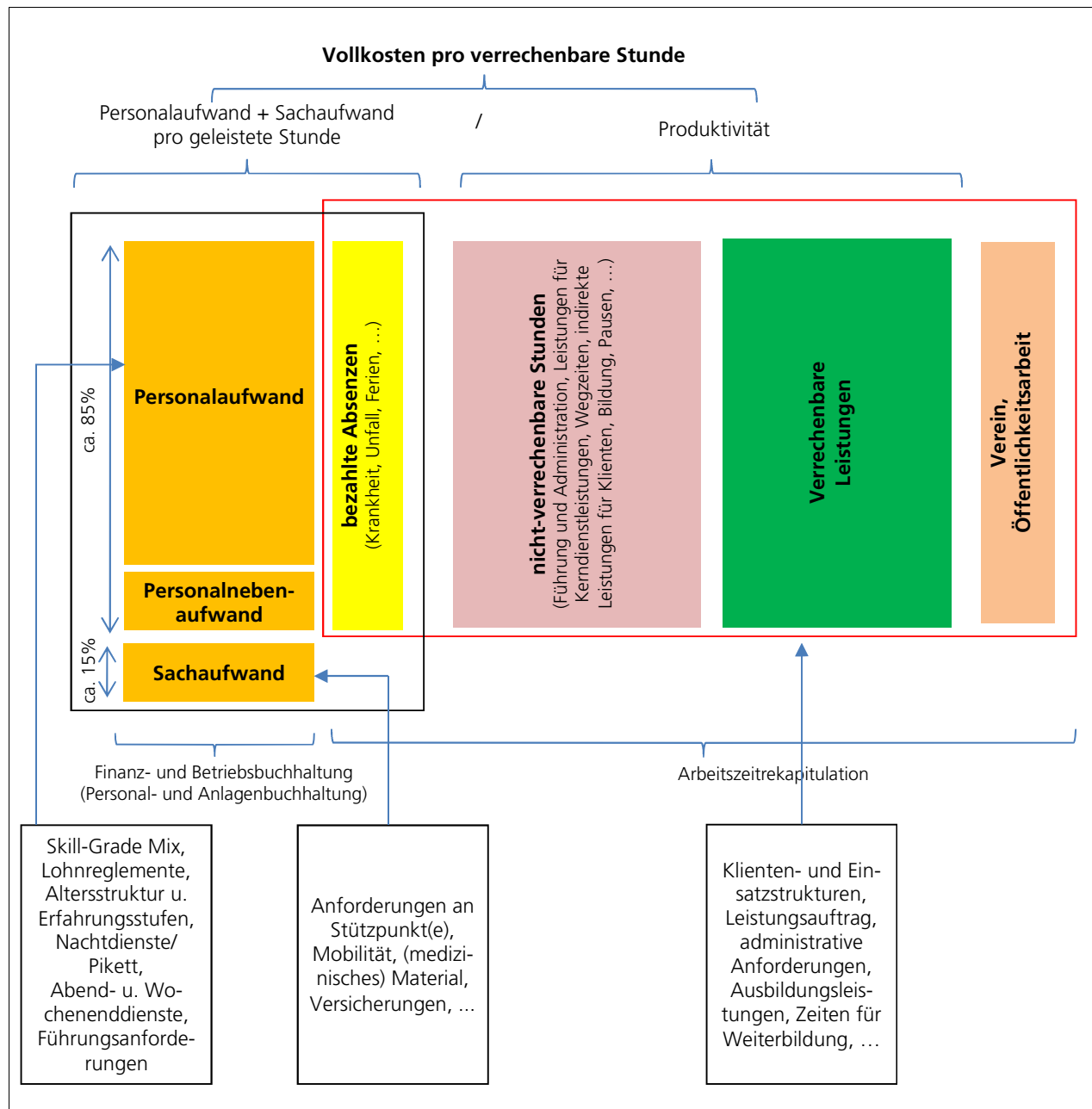
- Dokumentenanalysen (rechtliche Grundlagen, Richtlinien zur Kostenerfassung, Jahresberichte, Statistiken von Spitexorganisationen, etc.)
- Gespräche/Interviews mit den beteiligten 25 Organisationen (insbes. mit den Finanzverantwortlichen), Einholen der Primär- bzw. Rohdaten, Bearbeitung spezifischer SQL-Auswertungen der Datenbanken⁴ der beteiligten Organisationen
- Konzeption resp. Aufbau einer verfeinerten harmonisierten Kostenrechnung, Aufspielen der Daten der Spitexorganisationen auf eine eigene detaillierte Datenplattform, Überführung der Daten über verschiedene Hilfstabellen in eine vergleichbare Struktur
- Auswertung und Interpretation der aufbereiteten Daten; Ableitung von zentralen Kennzahlen für Faktoren, die die Kostenstruktur einer Organisation bestimmen und Betriebsvergleiche ermöglichen.

⁴ In der Studie sind die EDV-Systeme/Anbieter Distler, root (Perigon), Syseca (Asebis), Swing und das System des Kt. VD vertreten.

3 Struktur und Aufbau der harmonisierten Kostenrechnung

Als Grundlage für einen validen Kostenvergleich musste im Rahmen der Studie in einem ersten Schritt eine **einheitliche Struktur der Kostenrechnung** aufgebaut werden. Diese harmonisierte Kostenrechnung wurde so konzipiert, dass die Vollkosten pro geleistete oder verrechnete Stunde nach Leistungsart und Kostenträger bzw. Kostenstelle⁵ als Summe aller Kostenbestandteile dargestellt werden können, und zwar in der feinsten Gliederung der erfassten Kostenarten und Arbeits-/Zeitcodes des Personalaufwands und nach Umlage der nicht-verrechenbaren Leistungen (vgl. hierzu das Schema in **Abbildung 1**).

Abbildung 1: Schematische Grundlage einer verfeinerten und vereinheitlichten Kostenrechnung



Quelle: Eigene Darstellung

⁵ Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, Massnahmen der Grundpflege, Hauswirtschaft, Fremdleistungen, Ausbildungsleistungen, gemeinwirtschaftliche Leistungen, weitere Leistungen.

Letztlich gibt die Gliederung der Erfassung der Primärdaten den Detaillierungsgrad der Kostenbestandteile vor, die aus der Kostenrechnung herausgelesen werden können.

Eine detaillierte Auflösung nach Kostenbestandteilen lässt sich idealerweise in einem betriebsübergreifenden einheitlichen **Codebaum** mit einer klaren Positionierung der individuellen Kosten- und Leistungsarten einordnen und damit in übergeordneten Codes zusammenfassen. Diese Voraussetzung ist in den heutigen Kostenrechnungen bei den Kostenarten des Personalnebenaufwands, des Sachaufwands und der Erträge (mit Ausnahme einer z.T. unklaren Kennzeichnung und Zuordnung der Aufwands- und Ertragsminderungen) weitgehend gegeben, nicht jedoch bei dem bezüglich Kostenanteil wesentlich bedeutenderen Personalaufwand (mit einem Anteil von durchschnittlich 85% der Vollkosten).

Für die Studie wurden alle individuellen Arbeits- und Zeitcodes der beteiligten Spitexorganisationen in ein gemeinsames Schema eingefügt. Wegen sich überschneidender Definitionen bei der Erfassung der Primärdaten und einem teilweise sehr unterschiedlichen Detaillierungsgrad erfüllt dieses jedoch noch nicht die Anforderungen eines durchgehend strukturierten hierarchischen Codebaums. Diese Inkompatibilität bei den Daten ist ein wesentliches Hindernis für die Analyse der aktuellen Kostenstrukturen und Kostenunterschiede, welches nur an der Wurzel respektive bei der Primärerfassung angegangen werden kann.

Die differenzierte Auflösung der Kostenbestandteile der Vollkosten eines Kostenträgers nach Kostenarten und Leistungsarten und die nachfolgende Verbindung zu den ursprünglichen Kostenstellen vor den Umlagen führen zu einem differenzierten Set von **Kennzahlen erster Ordnung**, die direkt aus der Kostenrechnung abgelesen werden können. Wichtige Kennzahlen erster Ordnung zur Analyse der Kostenstrukturen und Kostenunterschiede, die in der Studie dargestellt werden, sind (a) der direkte Personalaufwand nach Skill-Grade-Mix für eine geleistete verrechenbare Stunde⁶, (b) Inkonvenienzentschädigungen (Nacht-, Sonntags-, Pikettzulagen), (c) der Wegzeitenanteil und die weiteren Aufwände für die Mobilität, (d) die Aufwände für Fort- und Weiterbildung, (e) Zentrumsleistungen inkl. Raumaufwand, (f) die indirekten Leistungen für Klientinnen, (g) Hintergrundleistungen und (h) Führung und Administration. Alle diese Kennzahlen können bei Sicherstellung einer einheitlichen Erfassung durch die Spitexorganisationen ohne Zusatzaufwand in feinere Kennzahlen wie z.B. den Personalaufwand für Abklärungen mit den Sozialversicherungen, Einsatzplanung, Qualitätssicherung, nicht verrechenbare Koordinationsleistungen, Pflegeplanung und Pflegedokumentation oder den Personalnebenaufwand für Verpflegung, Berufskleider, Aus- und Weiterbildung aufgelöst werden.

In der Studie wurde konzeptionell eine klare Trennung zwischen dem Begriff der **Versorgungspflicht** (d.h. Pflicht zur Aufnahme aller Klientinnen und Klienten ungeachtet der Komplexität, Fallschwere, sozialen Rahmenbedingungen oder auch der betriebswirtschaftlichen Rentabilität von Einsätzen) einerseits und weiteren gemeinwirtschaftlichen Leistungen andererseits vorgenommen. Der Aufwand für Ausbildungsleistungen und weitere gemeinwirtschaftliche Leistungen wurde, soweit er über eigene Leistungs- und Kostenarten identifizierbar war, auf eigenen Kostenstellen transparent abgebildet.

Neben einer einheitlichen Erfassung und Abgrenzung der Leistungsarten kommt den **Umlageschlüsseln** eine zentrale Rolle in den Kostenstrukturvergleichen zu. Die Analyse von Kostenrechnungen zurückliegender Jahre zeigt, dass die Spitexorganisationen z.T. sehr unterschiedliche Umlageschlüssel anwenden. So fanden sich z.B. bei der Umlage von nicht-verrechenbaren Leistungen der Führung und Administration oder der Hintergrundleistungen zwischen der Pflege und der Hauswirtschaft Schlüssel, die alle Kostenstellen gleich belasten, gegenüber solchen, bei denen die Hauswirtschaft um den Faktor 2.5 pro geleistete

⁶ Der Anteil des Personalaufwands an den Vollkosten nach Leistungsart wird von drei Faktoren bestimmt: (a) dem Lohnniveau und den Anstellungsbedingungen einer Organisation, (b) dem Skill-Grade-Mix der Mitarbeitenden sowie (c) der Produktivität (Anteil verrechenbarer zu nicht-verrechenbaren Std. pro Kostenstelle).

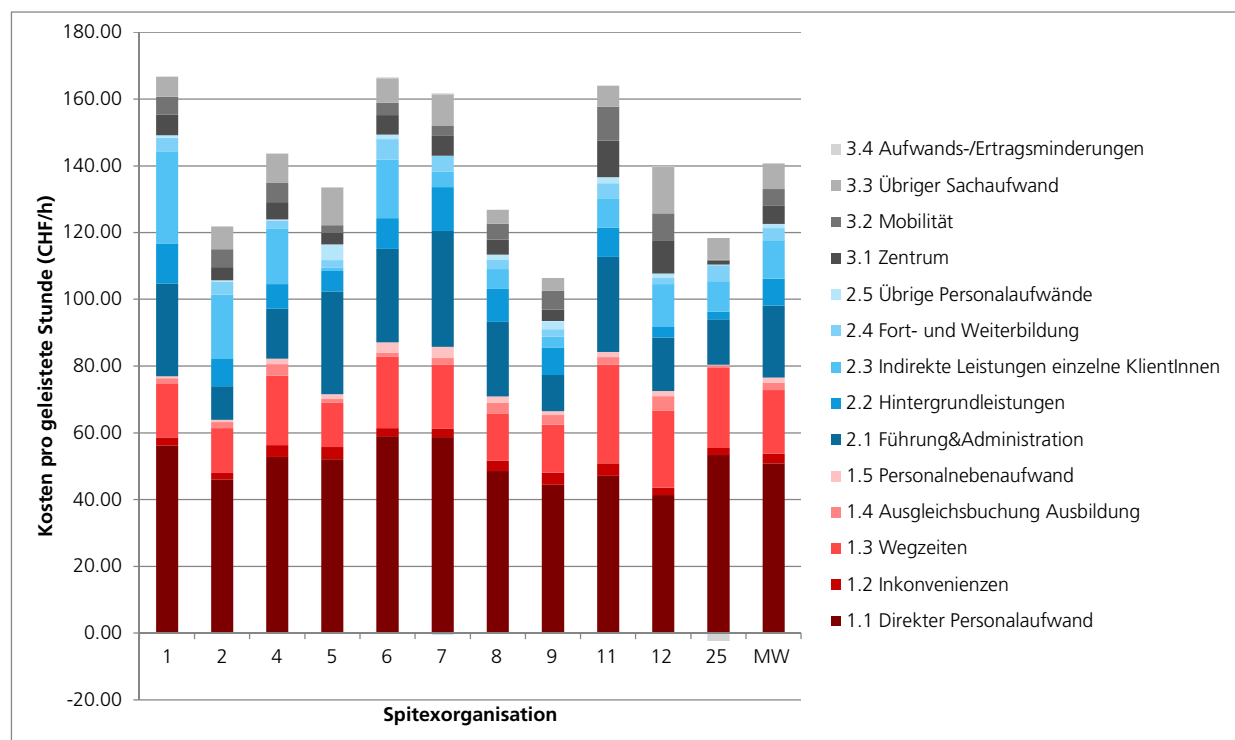
Stunde weniger stark belastet wird. In der Studie wurden daher einheitliche harmonisierte Schlüssel verwendet, von denen nur in begründeten besonderen Fällen abgewichen wird (eine empirische Validierung und Verfeinerung der harmonisierten Schlüssel wäre hier ein notwendiger nächster Schritt).

Unterschiede aus der Kostenrechnung in den Kennzahlen erster Ordnung können anhand der generierten harmonisierten Struktur durch Kennzahlen auf einer zweiten Ebene noch vertiefter analysiert und begründet werden. **Kennzahlen zweiter Ordnung** sind u.a. die durchschnittliche Wegzeit pro Einsatz, die Grösse der Organisation, der Anteil gemischter Einsätze, die regionale Ausdehnung der Versorgungsregion in Relation zur Anzahl und Verteilung der Stützpunkte, die Übernahme einer Versorgungspflicht oder ein Leistungsauftrag in Bezug auf Ambulatorien oder betreute Wohnformen.

4 Kostenstrukturvergleich der an der Studie beteiligten Organisationen am Beispiel ausgewählter Kostenstellen

Der Vergleich der Vollkosten pro Kostenträger zwischen den an der Studie beteiligten Spitexorganisationen zeigte sowohl eine grosse Variation in den Gesamtkosten als auch in den einzelnen Kostenbestandteilen. Die Unterschiede werden in **Abbildung 2** am Beispiel von elf Spitexorganisationen für die Kostenstelle «Behandlungspflege» verdeutlicht.

Abbildung 2: Die Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege im Vergleich (2015)



Legende: MW=Mittelwert

Quelle: Harmonisierte Kostenrechnungen auf der Basis von Primärdaten der an der Studie beteiligten Spitexorganisationen, HSLU

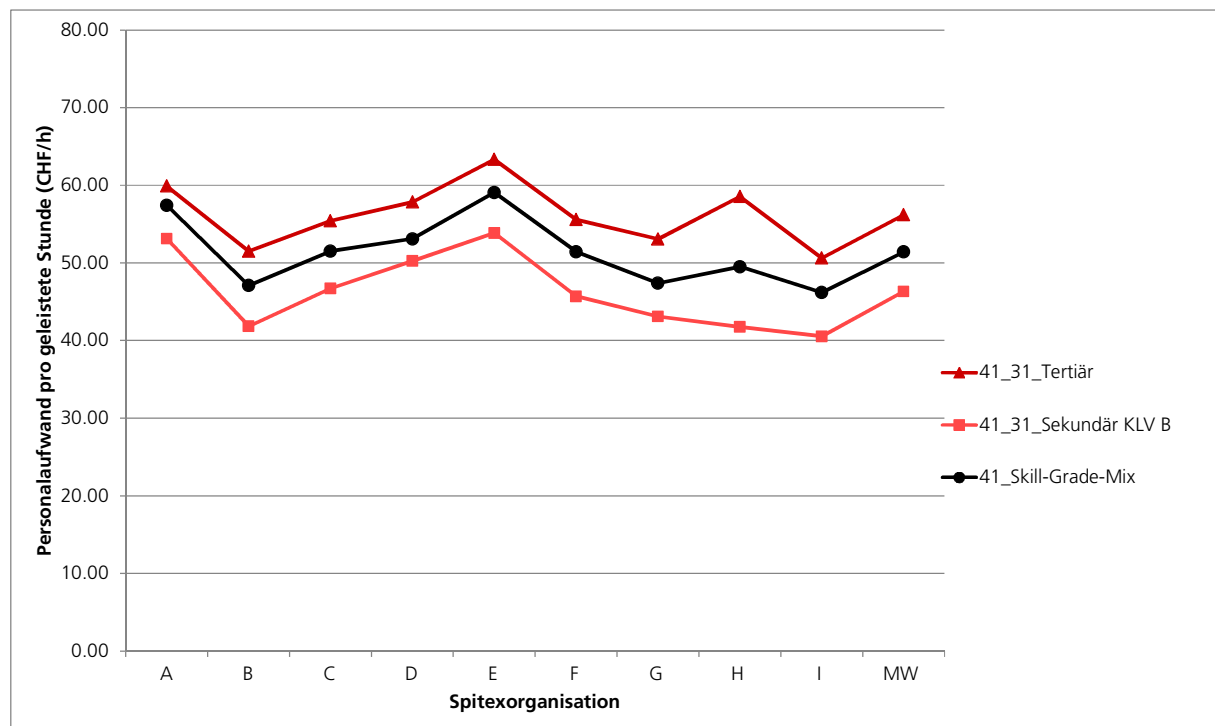
Die Vollkosten pro geleistete Stunde Behandlungspflege variieren zwischen 106 (Spitex 9) und 167 CHF (Spitex 1), bei einem Mittelwert (MW) von 141 CHF. Grössere Unterschiede finden sich sowohl im direkten Personalaufwand pro geleistete Stunde Behandlungspflege mit einem Minimum von CHF 41.40 (Spitex 12) und einem Maximum von CHF 59.00 (Spitex 6) als auch bei den Wegzeiten (ohne den zusätzlichen Fahrzeug- und Transportaufwand im Sachaufwand) mit Kostenanteilen zwischen 13.30 CHF (Spitex 5) und 29.50 (Spitex 11). Dies gilt ebenfalls für die nicht-verrechenbaren Overhead-Leistungen in den drei Bereichen Führung & Administration, Hintergrundleistungen und indirekte Leistungen für Klientinnen/

Klienten. In der Summe über diese drei Bereiche finden sich hier Aufwände zwischen CHF 22.30 (Spitex 9) und 67.30 (Spitex 1) pro geleistete Stunde Behandlungspflege.

Im Rahmen der Arbeiten für die Studie wurde deutlich, dass die Erfassung der Arbeits-/Zeitcodes durch die Spitexorganisationen bei den Overhead-Leistungen aktuell derart heterogen ist, dass ein Benchmarking auf den differenzierten Arbeits-/Zeitcodes wie z.B. Einsatzplanung oder Pflegeplanung/Pflegedokumentation praktisch nicht möglich ist. Im Bericht werden ausführlich mögliche Lösungsansätze und Empfehlungen für die Überarbeitung des Finanzmanuals diskutiert. Kennzahlen, die auf einer einheitlichen Anwendung von Arbeits-/Zeitcodes und Kostenarten des Sachaufwands beruhen, könnten für zahlreiche weiterführende Analysen herangezogen werden.

Eine vertiefte Analyse des direkten Personalaufwands pro geleistete verrechenbare Stunde Behandlungspflege zeigt den zentralen Einfluss des **Lohnniveaus** auf diese Kennzahl (vgl. **Abbildung 3**). Der Effekt des Lohnniveaus ist bei dieser Leistungsart stärker als derjenige des **Skill-Grade-Mixes**, gemessen über die Leistungsanteile (in CHF) der unterschiedlichen Funktions-/Qualifikationsgruppen.

Abbildung 3: Unterschiede im direkten Personalaufwand nach Funktions-/Qualifikationsstufe (KLV B, Tertiär und Sekundär)



Legende: 41_31_x = Kostenstelle Behandlungspflege 41; Mitarbeitende eines Teams Kerndienste 31, x entspricht der Qualifikation: Tertiär, Sekundär KLV B
 Quelle: Harmonisierte Kostenrechnung auf der Basis von Primärdaten der an der Studie beteiligten Spitexorganisationen, HSLU

Aus den Daten geht hervor, dass die Spitexorganisationen mit Versorgungspflicht im Bereich der Behandlungspflege einen hohen Anteil an Mitarbeitenden mit einer Tertiärausbildung ausweisen, im Schnitt über 50%. Die grossen Unterschiede im direkten Personalaufwand sind jedoch weniger auf den Skill-Grade-Mix als auf Differenzen im Lohnniveau zwischen den einzelnen Spitexorganisationen zurückzuführen. So liegen der Abstand zwischen den Lohnbändern für Mitarbeitende mit Tertiärausbildung und denjenigen mit Sekundärausbildung bei allen Spitexorganisationen bei rund 10 CHF und der durchschnittliche Personalaufwand im Skill-Grade-Mix der Organisationen ungefähr in der Mitte der beiden Lohnbänder. Analoge Muster finden sich auch für die Kostenstellen Abklärung und Beratung sowie Grundpflege.

Der Personalaufwand für die **Wegzeiten** und die Sachaufwände für Mobilität stellen weitere wichtige Faktoren zur Erklärung der Höhe der Vollkosten pro Kostenträger einer Organisation und der Ursachen für Kostenunterschiede dar. Für den Vergleich der Spitexorganisationen ist ein einheitliches Vorgehen bei der Umlage der Wegzeiten auf die Kostenträger essentiell. Bei den untersuchten Organisationen finden sich nicht nur deutliche Unterschiede im Wegzeitenanteil pro geleistete Stunde (zwischen 23 und 65% bei der Behandlungspflege und 13 und 37% bei der Grundpflege), sondern auch in den Wegzeiten pro Einsatz. Diese variieren zwischen 4.4 und 12.8 Minuten pro Einsatz Behandlungspflege und zwischen 4.5 und 13.4 Minuten pro Einsatz Grundpflege. Ebenfalls beachtliche Differenzen ergeben sich, wenn man die **Einsatzdauer** pro Einsatz betrachtet. Grosse Unterschiede in der Einsatz-/Wegzeitstruktur der Organisationen erschweren sowohl eine normierte Abgeltung der Wegzeiten im Rahmen von Normkosten pro geleistete Stunde als auch im Rahmen von Normkosten pro Einsatz. Damit verbunden sind nicht zuletzt Unterschiede im Anteil rentabler Einsätze, wenn Normkosten pro Stunde zugrunde gelegt werden.

In der Studie wurden weitere Kennzahlen zu den **Overheadkosten** für Zentrumsleistungen, Führung und Administration, Hintergrundleistungen oder indirekte Leistungen für Klientinnen und Klienten im Rahmen einer deskriptiven Statistik aufgearbeitet und analysiert. Die Heterogenität in der heutigen Erfassung der Primärdaten macht jedoch eine hohe Auflösung und damit Anbindung an Einflussfaktoren wie den Aufwand für die Fallführung, Einsatzplanung, Kundencenterführung etc. praktisch unmöglich. Notwendig wären, wie bereit angesprochen, eine Überwindung der Unterschiede in der Primärerfassung und die einheitliche Anwendung von Codes, die in einen hierarchischen Codebaum eingeordnet werden können.

5 Fazit und Empfehlungen

Auf der Grundlage der Studienergebnisse lassen sich folgende Schlüsse und Empfehlungen herleiten:

■ Umsetzung einer hochaufgelösten, harmonisierten Kostenrechnung

Das hauptsächliche Hindernis für ein aussagekräftiges Benchmarking zwischen Spitexorganisationen liegt *nicht* in den technischen Voraussetzungen der verschiedenen EDV-Anwendungen, *sondern* in der aktuell uneinheitlichen Klassifikation und Erfassung der zeitlichen Leistungen, der Organisationsstruktur, der Funktion und Qualifikation der Mitarbeitenden sowie einer heterogenen Definition und Anwendung der Umlageschlüssel. Eine weitere Schwierigkeit liegt in der fehlenden Abgrenzung von «gemeinwirtschaftlichen» nicht-KLV-pflichtigen Leistungen, wenn diese in einem Leistungsvertrag zwar definiert wurden, ihre Abgeltung aber nicht separat geregelt wurde.

Der erste Schritt zur Umsetzung einer differenzierten, robusten und benchmarkfähigen Kostenrechnung liegt damit in einer Verständigung auf die Verwendung von Arbeits-/Zeit-Codes, die eine eindeutige Position in einem betriebsübergreifenden Codebaum einnehmen (die Mindestauflösung sollte durch das Finanzmanual vorgegeben werden). Dieser Codebaum kann durch eigene Betriebscodes ergänzt und weiter ausdifferenziert werden, sofern diese die Benchmarkfähigkeit auf einer übergeordneten Ebene nicht verhindern. Für die Verwendung der Codes müsste ein ausführliches Handbuch vorliegen. Jeder neu eingeführte Knoten in diesem Codebaum (für Arbeits-/Zeitcodes oder die Kostenarten des Sachaufwands) sollte sowohl mit Kennzahlen als auch robusten Umlageschlüsseln zu einer untrennbaren analytischen Einheit verbunden sein. Im Vorfeld der Überarbeitung des Finanzmanuals müssten u.a. auch die heute verwendeten Umlageschlüssel überprüft werden. Im Rahmen der Studie wurden detaillierte Empfehlungen für die Überarbeitung des Finanzmanuals formuliert. Der zweite wichtige Schritt ist eine Regelung für eine verbindliche und überprüfbare Anwendung des ausdifferenzierten Finanzmanuals.

■ Aufbau einer gemeinsamen nationalen Datenbasis als Ergänzung zu HomeCareData

Die Aussagekraft hochaufgelöster Kennzahlen aus der Kostenrechnung beruht auf einer einheitlichen Weiterbearbeitung der Primärdaten der Organisationen. Im Rahmen der Studie wurde ein Prototyp einer solchen Plattform als Excel-Modell aufgebaut, um die einheitliche Erstellung der Kostenrechnung zu gewährleisten. Die Daten wurden mit einer Statistik-Software (Stata) weiterbearbeitet. Es zeigte sich, dass die erforderlichen Rohdaten bei den Spitexbetrieben unabhängig von der Grösse der Organisation und ihrer IT-Infrastruktur vorhanden sind und über standardisierte Auswertungen zur Verfügung gestellt werden können. Für das Projekt wurden bereits Schnittstellen zu verschiedenen Spitex-Software-Systemen und Buchhaltungssystemen geschaffen.

Für die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen erscheint der Aufbau einer nationalen Datenbasis zu den Kosten und zum Leistungsgeschehen als Ergänzung zur bereits bestehenden Plattform HomeCareData zwingend notwendig. In anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens verwalten die Akteure gemeinsam die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen und koordinieren die Verfahren und Instrumente der Tarifentwicklung (als lernende Systeme). Eine solche Struktur sollte auch für die ambulante Pflege sichergestellt werden.

Die Studie beschränkt sich auf den Aufbau einer Datenplattform, in der die Kostenstrukturen und das Leistungsgeschehen der Betriebe abgebildet werden, ohne sie mit anonymisierten, bearbeiteten Daten aus dem Pflegeassessment und der Pflegeplanung für eine Klassifikation der Klientenstrukturen zu verbinden. Das Konzept der Kostenrechnung und der technische Aufbau würden eine Anbindung an diese Klassifikationen jedoch ermöglichen. Diese Anbindung wäre notwendig, um den Einfluss von Unterschieden in den Klientenstrukturen auf das Leistungsgeschehen und die Kosten genauer untersuchen zu können.

■ Klärung des Begriffs der Versorgungspflicht unter Einbezug der Versicherungen

In der Studie wurde eine klare Trennung zwischen Versorgungspflicht und gemeinwirtschaftlichen Leistungen vorgenommen. Es wurde dabei ein enger Begriff der Versorgungspflicht gewählt, der die Perspektive der öffentlichen Hand und jene der Krankenversicherungen resp. Sozialversicherungen berücksichtigt. In der Folge beinhaltet die Definition keine zusätzlichen Leistungen z.B. im Rahmen der Prävention, Koordination und Beratung, die von den gesetzlichen Versicherungen nicht anerkannt werden. Die Abbildung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen auf separaten Kostenstellen sollte letztlich eine transparente Abgeltung durch die öffentliche Hand ermöglichen.

Heute werden im Rahmen der Restfinanzierung der Pflege über die Vergütung der Vollkosten teilweise gemeinwirtschaftliche Leistungen oder Leistungen abgegolten, die aus Sicht der Leistungserbringer und der Restfinanzierer (Kanton/Gemeinden) für die Erbringung der eigentlichen Pflegeleistungen als notwendig erachtet werden. Diese Sichtweise wird von Kranken- und Sozialversicherungen indes häufig nicht geteilt. Umgekehrt zahlen Kantone und Gemeinden, z.B. über die Restfinanzierung, den Ausbau der Versorgung für schnelle Eintritte (7 Tage / 24 Std.) oder psychiatrische Spitexdienstleistungen, ohne dass geklärt ist, inwieweit dies eher Teil der Grundversorgung ist und weniger Ausdruck einer Versorgungspflicht.

Im Zuge der Überprüfung und Weiterentwicklung der Arbeits-/Zeitcodes und der Kostenarten des Sachaufwands sollten insbesondere für den Bereich der indirekten Leistungen für Klientinnen/Klienten und der für die Erbringung der Pflege notwendigen Hintergrundleistungen eine beschränkte Anzahl aussagekräftiger Codes geschaffen werden, bei denen sich bezüglich Definition und Verwendung, Umlage auf die Kostenstellen der Pflege und bezüglich Abrechnungsanerkennung alle Beteiligten – d.h. Leistungserbringer, Kanton/Gemeinden, Kranken- und Sozialversicherungen, BAG und BSV – einig sind. Erst wenn die anerkannten Kostenbestandteile einheitlich und transparent sind, ist ein echtes Benchmarking möglich.

Damit würde auch die Grundlage geschaffen für allfällige Anpassungen der Krankenkassenbeiträge an die Entwicklung der Aufwände und des Leistungsgeschehens der Spitexorganisationen.

Bei der Abgeltung der Versorgungspflicht stellt sich u.a. die Frage, ob sie auf der simplen Unterscheidung Versorgungspflicht Ja/Nein beruhen soll, oder ob die Spitexorganisationen die Versorgungspflicht auf unterschiedlichen Versorgungsniveaus ausüben. Dies würde eine zusätzliche Klassifikation der Spitexorganisationen erfordern. Eine solche Klassifikation wurde vom BSV für den Bereich Spitäler vorgeschlagen (vgl. Haslebacher 2015), sie fehlt aber heute noch im Bereich der ambulanten Pflege.

■ **Entwicklung der Tarifstrukturen**

Ein Grossteil des Arbeitsaufwands für die Studie betraf den Aufbau von Schnittstellen für den Import, die einheitliche Klassifikation und die Weiterbearbeitung der Primärdaten der Spitexorganisationen unabhängig von ihrer jeweiligen EDV-Struktur. Dieser Umstand begrenzte einerseits die Zahl der Organisationen, die in die Datenplattform integriert werden konnten, andererseits auch die Möglichkeiten der statistischen Analysen. In einem ersten Schritt waren nur deskriptive Auswertungen möglich. Ein nächster Schritt könnte darin bestehen, in einem Modell einfache Faktoren wie Grösse der Organisation, regionales Lohnniveau, Lohnindex der Region, Anlehnung an übergeordnete Lohnreglemente (Stadt, Gemeinden, Kanton, kantonaler Spitexverband), Wettbewerbssituation auf dem Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte, räumliche Gliederung der Region etc. auf ihren Einfluss auf die Vollkosten zu überprüfen.

Die festgestellten beachtlichen Unterschiede in den Vollkosten zwischen den untersuchten Spitexorganisationen können zum einen Anreiz für die Spitexorganisationen sein, im Sinne von Good Practice voneinander zu lernen. Zum anderen weisen sie aber auch auf die Problematik eines national einheitlich festgelegten Tarifs pro verrechneter Stunde hin.

So finden sich grosse Differenzen im direkten Personalaufwand pro Stunde Pflege, welche vorwiegend auf Unterschiede in den regionalen Lohnniveaus und weniger auf Unterschiede im Skill-Grade-Mix zurückzuführen sind. Hier müssten mit einer grösseren Stichprobe unterschiedliche Einflüsse statistisch untersucht werden. Weiter zeigen sich grosse Unterschiede beim Personalaufwand für Wegzeiten und dem Sachaufwand für Mobilität. Die Wegzeitenunterschiede folgen dabei nicht der Differenzierung Stadt/Agglomeration/Land und sind nicht direkt an die Grösse des Einzugsgebiets gebunden. Auch in den Städten können zum Teil ähnlich lange Wegzeiten wie auf dem Land entstehen. Beim Sachaufwand hat hingegen die gewählte Mobilitätsform – ist der Einsatz von Personenwagen notwendig oder kommen der öffentliche Verkehr oder Fahrräder zum Zuge – einen Einfluss auf die Kosten. Mit einem Aufschlag je nach Leistungsart von bis zu 65% bilden die Wegzeiten einen wesentlichen Bestandteil der Vollkosten und senken die Produktivität stark. Die Wegzeiten sollten aus Studiensicht bei der Beurteilung der Produktivität separiert werden. Bei ihnen wäre eine Abgeltung ausserhalb eines Normkostenansatzes zu suchen. Letztlich könnte auch überprüft werden, ob die Wegzeit als verrechenbare, produktive Zeit der Pflegenden anzuerkennen wäre. Weitere Kostenblöcke können durch die differenzierte Umlage einzelner Leistungs- und Kostenarten in der differenzierten Kostenrechnung sichtbar und damit vergleichbar gemacht werden. Dies gilt zum Beispiel für die Kosten der Fort- und Weiterbildung oder die gemeinwirtschaftliche Leistung der Ausbildung.

Leider begrenzt die derzeit noch sehr heterogene Erfassung der Arbeits-/Zeitcodes die weitere Aufschlüsselung in den Bereichen der Overhead-Leistungen der Führung und Administration sowie der Hintergrundleistungen und der indirekten Leistungen für individuelle Klientinnen und Klienten. Es verbleiben damit grosse Kostenblöcke mit erheblichen Kostenunterschieden, die sowohl für die einzelnen Organisationen mit Blick auf ein Benchmarking und Lernen aus guter Praxis als auch für ihre Tarifpartner problematisch bzw. schwer interpretierbar sind. Hier braucht es eine Vielzahl kleiner Schritte, um eine Vergleichbarkeit

herzustellen: hierarchisch gegliederte Codes, Buchung der individuellen indirekten Leistungen auf die Klientinnen und Klienten, Aufbau einer betriebsübergreifenden Datenbank, Anbindung an die Klientenstrukturen (Daten zu Pflegebedarf und -massnahmen, Eintritt-, Austrittsgeschehen, etc.).

Andere Kostenfaktoren können durch eine Ausgliederung von Spezialleistungen wie Nachtdienst, eines Spezialteams Kinderspitex oder eines Palliative-Care-Teams auf eine separate Kostenstelle transparent gemacht werden. Die Spezialleistungen sind oft aufgrund längerer Wegzeiten, einer durchgehend höheren beruflichen Qualifikation und einem höheren Anteil an nicht-verrechenbaren Stunden der Teammitarbeitenden deutlich teurer als die Leistungen der Grundversorgung. Hier stellt sich einerseits die Frage nach den Tarifen und der Abgeltung der Spezialleistungen. Andererseits stellt sich die Frage, inwieweit ein Anteil spezialisierter Leistungen, der von einzelnen Mitarbeitenden der normalen Teams im Rahmen der Grundversorgung erbracht wird, in der Restfinanzierung angemessen berücksichtigt und transparent abgegolten wird (z.B. über Zuschläge für spezialisierte Leistungen im Rahmen der Grundversorgung ausserhalb spezialisierter Dienste). Die Vollkosten dieser spezialisierten Leistungen im Rahmen der Grundversorgung sind jedoch schwierig zu ermitteln bzw. zu überprüfen, solange sie nicht auf separaten Kostenstellen abgegrenzt werden. Anzumerken ist, dass die bestehende Spitex-Statistik des Bundesamts für Statistik in ihrer aktuellen, hoch aggregierten Form keine hinreichende Datenbasis für die Steuerung des Leistungsgeschehens oder zur Bereitstellung von Kennzahlen zweiter Ordnung für die Beurteilung der Kostenstrukturen darstellt. Diese Schwächen sollen im Rahmen des Grossprojekts MARS (Teilprojekt 6 Patientendaten Spitex) behoben werden (vgl. BFS 2015). Für die Weiterentwicklung der Kostenrechnungen der Spitexorganisationen sollte hier frühzeitig eine Koordination und Abstimmung angestrebt werden.

■ Weiterentwicklung der Kostenstrukturanalyse

In den Leistungsbereichen des Gesundheitswesens taucht verstärkt die Frage auf, wie die Elemente des schweizerischen Modells des regulierten Wettbewerbs so entwickelt werden können, dass der Qualitätswettbewerb gleichberechtigt an die Seite des Preiswettbewerbs tritt (vgl. Willisegger/Blatter 2016). Dies gilt auch für den Bereich Spitex, wo mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der neuen Pflegefinanzierung eine Öffnung hin zu verschiedenen Anbietern stattgefunden hat. Eine Kostenstrukturanalyse sollte zwingend mit der medizinisch-pflegerischen Dimension des Leistungsgeschehens verbunden werden.

Die ersten Arbeiten im Rahmen der vorliegenden Studie zeigten, dass die verfügbaren Kostendaten für einen validen Vergleich der Vollkosten der Spitexorganisationen qualitativ nicht genügten und dass bisherige Benchmarkingberichte mit grosser Vorsicht zu interpretieren sind. In der Folge musste aufbauend auf dem bestehenden Finanzmanual von Spitex Schweiz, den Finanzbuchhaltungen und den EDV-Systemen der Organisationen zur Arbeitszeit- und Leistungserfassung ein homogenes Klassifikationssystem und Vorgehen von Grund auf entwickelt werden. Dieser Arbeitsschritt benötigte sehr viel Zeit. Gemäss den generierten Daten finden sich zwischen den Organisationen relativ grosse Unterschiede in den Vollkosten und bei spezifischen Kostenkomponenten. Verschiedene dieser Komponenten konnten in der Studie benannt und beschrieben werden. Die Gründe für die Kostenunterschiede müssen in weiterführenden Untersuchungen jedoch noch genauer analysiert werden.

Das entwickelte Datenmodell zur Erstellung der neuen Kostenrechnungen erfüllt die Anforderung, dass jede Spitexorganisation unabhängig von ihrer Grösse und IT-Infrastruktur sowie ihres Leistungsauftrags (mit oder ohne Versorgungspflicht) bereits heute in der Lage sein sollte, die notwendigen Daten mit vertretbarem Aufwand und über standardisierte Auswertungen zu liefern.

Zugleich wurde die Kostenrechnung so aufgebaut, dass sie mit den feinsten verfügbaren Primärdaten in Bezug auf die Kosten und das Leistungsgeschehen arbeiten kann. Von der Struktur her kann sie auf eine Kostenrechnung auf der Grundlage individueller Fälle/Dossiers oder spezifischer Klientengruppen heruntergebrochen werden. Auf diesen Schritt musste im Rahmen der vorliegenden Studie aus verschiedenen Gründen verzichtet werden. Zum einen verlangt eine aussagekräftige Klassifikation der Klientengruppen die Anbindung der verwendeten Leistungsdaten an die RAI-HC-Assessments und Falldossiers. Durch die Plattform HomeCareData für datenbasiertes Qualitätsmanagement des Spitex Verbands Schweiz besteht eine definierte Schnittstelle zu (anonymisierten) Daten aus der Bedarfsabklärung und Pflegeplanung, auf der aufgebaut werden könnte. Die Schnittstelle und Plattform beschränken sich im Moment aber auf abgeschlossene Dossiers, d.h. es fehlen die laufenden Dossiers. Gleichzeitig ist die Umstellung auf eine elektronische Fallführung und Pflegeplanung bei vielen Spitexorganisationen noch im Gange. Ein weiterer wichtiger Grund ist, dass eine Klassifikation der Klientengruppen nach Kategorien, die einen signifikanten Einfluss auf die Kostenstruktur haben könnten, erst noch geleistet werden müsste.

Derzeit kann die Verbindung zwischen Kostenstrukturen und Klientenstrukturen in der Kostenrechnung nur über das Leistungsgeschehen selbst und nicht über die Pflegeeinstufungen und den Pflegebedarf hergestellt werden kann. Der «Case-Mix» spiegelt sich nur indirekt in der Zusammensetzung der verrechenbaren Stunden nach Leistungsart, in der Anzahl und Dauer der Einsätze vor Ort und dem Anteil gemischter Einsätze (mit mehr als einer Leistungsposition). Entsprechend könnten die entwickelte Datenplattform hier noch optimiert und ein erster Schritt zur Integration der Qualitätsdimension getan werden.

6 Zitierte Unterlagen und Literatur

- BFS Bundesamt für Statistik (2015): Gesundheitsversorgungsstatistik – Ambulante Statistiken im Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé), Version 6.1, Neuchâtel
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2015)
- Ecoplan (2014): Analyse der Kostendifferenzen in der ambulanten Pflege im Kanton Zürich, Untersuchung der Unterschiede zwischen beauftragten und nicht beauftragten Spitexorganisationen resp. selbstständig erwerbenden Pflegefachpersonen
- Haslebacher Kris (2015): Spitalklassifizierung: neuer Algorithmus für den Betriebsvergleich, *Soziale Sicherheit CHSS*, 1/2015, 107-110
- Polynomics (2013): Referenzmodell zur Ermittlung der Nettokosten der Spitex-Versorgungspflicht. Kurzfassung des Gutachtens, Olten
- Spitex Verband Schweiz (2011): Finanzmanual. Das Handbuch zum Rechnungswesen, 3. überarbeitete Auflage, Bern
- Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) (2017)., Bern, 3. August 2017
- Willisegger Jonas und Hannes Blatter (2016): Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen - Rahmenbedingungen und Anreize, Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia