

Leistungserfassung in der Pflege aus Sicht eines Krankenversicherers

Wie werden in der Schweiz heute die Leistungen der Pflege erfasst? Der folgende Beitrag zeigt zuerst die gesetzlichen Forderungen auf. Anschliessend illustriert er am Beispiel der Pflegeheime in der Deutschschweiz die aktuelle Umsetzung. Schliesslich nimmt er aus Sicht eines Krankenversicherers Stellung zur Frage, wieweit die aktuelle Umsetzung den gesetzlichen Forderungen entspricht.

Matthias Hafen¹

Ausgangspunkt für Fragen der Wirtschaftlichkeit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist das seit 1996 geltende Krankenversicherungsgesetz (KVG). Als Voraussetzung für die Vergütung von Leistungen durch die Krankenversicherer hält Artikel 32 fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen.

Bedarf und Pflegeleistungen nach KVG und KLV

Welche Leistungen müssen nun, wenn sie die vorgenannte Bedingung erfüllen, von den Krankenversicherern übernommen werden?

Artikel 25 KVG legt allgemein fest, dass nur die Kosten jener Leistungen

zu übernehmen sind, die neben der Diagnose vor allem der Behandlung einer Krankheit und der Krankheitsfolgen dienen. Dadurch wird ein Krankheitsbezug der Leistungen gefordert, der dann in der Weise konkretisiert wird, dass es sich um Untersuchungen, Behandlungen oder Pflegemassnahmen handeln muss, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Dass ein Krankheitsbezug der Leistungen verlangt wird, kommt auch in der Präzisierung zum Ausdruck, dass die Leistungen nur von Ärzten und Ärztinnen oder von Personen, die auf ärztliche Anordnung oder in ärztlichem Auftrag handeln, durchgeführt werden dürfen.

Artikel 50 KVG verpflichtet die Versicherer, bei Aufenthalt in Pflegeheimen die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause zu vergüten. Die Versicherer haben jedoch die Vergütung zu verweigern, falls die Leistungen nicht auf ein Mass beschränkt sind, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG).

Das KVG liefert also nur eine allgemeine Umschreibung der Pflegeleistungen und ihrer Vergütung, betont jedoch einen engen Bezug zur Krankheit. Entsprechend versucht Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (sog. KLV 7) den Leistungsbereich der Pflege genauer zu umschreiben. Zunächst wird jedoch die Kostenübernahme durch die Versicherer an eine Bedarfsabklärung geknüpft (KLV 8, Abs. 4). Dies bedeutet, dass die Versicherer verpflichtet sind, nur jene Leistun-



Matthias Hafen

gen zu vergüten, für die (vorgängig) ein Bedarf des Patienten ermittelt wurde. Daraus lässt sich schliessen, dass zur Bedarfsermittlung Instrumente beziehungsweise Systeme einzusetzen sind, die nicht nur einen allgemeinen Leistungsbedarf feststellen und erfassen können, sondern zudem einen hohen Detaillierungsgrad haben, da sonst der Krankheitsbezug nicht auszuweisen ist. Andernfalls könnten die Versicherer keine Vergütung vornehmen.

Absatz 2 der KLV 7 listet dann im Einzelnen abschliessend auf, welche Leistungen im Sinn des Gesetzes durch die Versicherer vergütet werden müssen (sog. KLV-Pflichtleistungen).² Dies sind die einzelnen Massnahmen der Abklärung (auch Abklärung des Patientenumfeldes), der Beratung, der Untersuchung und der Behandlung, sowie Massnahmen der Grundpflege.

¹ Durchsicht des Manuskripts: Wolfram Strüwe.

² Das Bundesgericht hat in mehreren Entscheiden bestätigt, dass die KLV 7 ein abschliessender Katalog aller von den Versicherern zu vergütenden Pflegeleistungen ist.

Die Konkretisierung der KVG-pflichtigen Leistungen in der KLV 7 wirft aber einige Probleme auf:

1. Die KLV 7 soll nur jene Pflegeleistungen umfassen, die einen Krankheitsbezug aufweisen. Unter Pflege wird im Allgemeinen aber mehr verstanden als nur diese Teilmenge

«Patientengespräche oder die Begleitung in Krisensituationen gehören ebenso zur Pflege, sind aber im KLV-Pflichtleistungskatalog nicht enthalten.»

von Leistungen. Patientengespräche oder die Begleitung in Krisensituationen gehören ebenso zur Pflege, sind aber im KLV-Pflichtleistungskatalog nicht enthalten.

2. Die einzelnen Leistungen der KLV 7 sind zum Teil nur ungenau definiert, was zu Konflikten führen kann. Aktuellstes Beispiel ist die Uneinigkeit zwischen Leistungserbringern und einzelnen Versicherern in der Frage, ob die im Absatz 2 (Art. 7, Abs. 2, lit. c, Ziff. 2) aufgeführten Massnahmen der psychiatrischen und psychogeriatrischen Grundpflege leistungspflichtig sind. Die Leistungserbringer bejahen diese Frage, die Versicherer sehen mit Verweis auf ein Schreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen aus dem Jahr 2000 eine Leistungspflicht nur für den erhöhten Zeitbedarf in der Grundpflege.

Vom Bedarf über die Leistungserfassung zum Tarif

Am Beispiel der Pflegeheime in der Deutschschweiz wird im Folgenden aufgezeigt, wie die vom KVG geforderte Bedarfsermittlung heute umgesetzt wird und wie aus dem Bedarf Leistungen und schliesslich Tarife abgeleitet werden.

In den Pflegeheimen der Deutschschweiz finden momentan die folgenden drei Systeme Anwendung:

1. BESA: Dieses System entspricht einem reinen Punkteraster für

vordefinierte Leistungspakete wie Essen, Körperpflege und so weiter. Der Bedarf wird weitestgehend subjektiv und unsystematisch festgestellt, in Form von Punkten erfasst und dann den einzelnen Leistungspaketen zugeordnet. Die Punkte für einen Patienten werden addiert, und die Patienten werden so einer der vordefinierten Punkteklassen, der so genannten BESA-Stufen, zugeteilt. Eine tiefe BESA-Stufe entspricht einer leichten beziehungsweise leichteren Pflegebedürftigkeit, eine hohe Punktzahl einer hohen BESA-Stufe und damit einer schweren Pflegebedürftigkeit. Die Tagessätze je BESA-Stufe sind entsprechend abgestuft.³ Die Hauptschwäche dieses Systems besteht in der ungenügenden Bedarfserfassung. Andererseits ist es einfach zu handhaben und unbürokratisch.

2. BESA 2.0: Dieses modifizierte BESA-System wird seit Anfang des Jahres im Kanton Bern angewandt. Es behebt die wesentlichen Mängel des alten BESA, da es ein strukturiertes Assessment (Fragenkatalog) zur Bedarfsabklärung vorsieht. Die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Systems ist also gegeben. Zudem werden Pflegeziele (Soll-Leistungen) vereinbart, um dann die effektiv erbrachten Leistungen damit abzugleichen (Messung des Pflegeerfolgs). Die Tarifierung der Leistung entspricht jener im alten System.

3. RAI/RUG: In diesem für die Schweiz neuen System wird ebenfalls mittels strukturierter Assessments (Fragenkatalog) der Bedarf ermittelt.⁴ Es findet eine retrospektive Leistungserfassung statt; es wird gefragt, welche Leistungen (inkl. Diagnose) bis dato erbracht wurden. Die Antworten generieren eine Angabe über den prospektiven Bedarf. Den einzelnen Ästen des Entscheidungsbaums werden dann über einen Algorithmus vorgegebene Leistungen zugeordnet. So werden die Patienten bestimmten Klassen, den so genannten RUG, zugeordnet. Die RUG werden für die Tarifierung herangezogen. Dieses System ist sehr kom-

plex, die Leistungen sind kaum nachvollziehbar, und das System erfordert eine intensive Schulung der Anwender.

Ein Transformationsproblem

Allen oben genannten Systemen ist gemeinsam, dass sie den Bedarf erfassen, ihm Leistungen und diese dann einer der Klassen zuordnen, die für die Vergütung herangezogen werden. Aus Sicht des Krankenversicherers lassen sich aber zwei wesentliche Probleme ausmachen:

1. Den Bedarfserfassungssystemen liegen Zeitstudien zugrunde. So postulieren Vertreter des BESA [3], dass 80 Prozent der Arbeitszeit für Arbeiten direkt beim Heimbewohner eingesetzt werden. Gemäss RAI/RUG sollen es 63 Pro-

«Die Systeme haben erhebliche Schwierigkeiten, aus dem Bedarf die Unterscheidung zwischen KVG-pflichtigen und nicht KVG-pflichtigen Leistungen abzuleiten.»

zent sein [4]. Würden der Bedarf und damit die Leistungen mit allen drei Systemen parallel erfasst, so würden also für ein und denselben Patienten unterschiedliche Klassifikationen und damit unterschiedliche Tarife resultieren. Die Höhe der Vergütung ist hiermit abhängig vom verwendeten System. Entsprechend besteht die Gefahr, dass die Institutionen jenes System wählen, das für das jeweilige Patientenkollektiv den Ertrag optimiert.

2. Die Bedarfserfassungssysteme wurden für eine umfassende Pflege entwickelt, unabhängig von den gesetzlichen Vorgaben. Daher haben sie erhebliche Schwierigkeiten, aus dem Bedarf die Unterscheidung

³ Derzeit sind noch Rahmentarife im Sinne eines Plafonds gültig, da die Pflegeheime zuerst ihre Kostenrechnungen erstellen müssen.

⁴ RAI/RUG ist in den USA, dem Mutterland des Systems, stark in die Kritik geraten. Die Weiterentwicklung wurde sogar gestoppt. Zu den Gründen siehe die Publikationen von Medpac [1] und Moore [2]

zwischen KVG-pflichtigen und nicht KVG-pflichtigen Leistungen abzuleiten. Die Befürworter der Systeme postulieren das Gegenteil. Die Praxiserfahrungen der CSS-Versicherung (z.B. Audit vor Ort) zeigten aber, dass wesentlich mehr als nur die KVG-pflichtigen Leistungen erfasst wurden. Eine Leistungstarifizierung mit diesen Systemen ist dann natürlich ebenfalls problematisch.

Schlussfolgerung aus Sicht der CSS

Es wurde gezeigt, dass der Gesetzgeber über die Krankenversicherung lediglich die (teilweise zu wenig genau definierten) krankheitsbedingten Pflegeleistungen vergütet sehen will. Die Systeme zur Bedarfsabklärung und Leistungserfassung, die

in den Pflegeheimen der Deutschschweiz zurzeit eingesetzt werden, können den generellen Pflegebedarf zwar erfassen, haben aber erhebliche Schwierigkeiten, die gesetzlich vorgegebene Unterscheidung zwischen Pflicht- und Nichtpflichtleistungen zu machen. Aus Sicht der CSS wäre es deshalb an der Zeit, ein System der Leistungserfassung zu entwickeln, das unabhängig von der Bedarfsabklärung die Gesetzeskonformität garantiert.

Solange dies unterbleibt, sind unter dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit Systeme zu bevorzugen, die weitestgehend den Postulaten der Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Einfachheit in der Anwendung genügen. BESA 2.0 scheint diese Anforderungen momentan am besten zu erfüllen. ■

Autor:

Matthias Hafen

Leiter Pflegeheime/Spitex

CSS Versicherung

Leistungserbringer-Management

Rösslimattstr. 40

Postfach 2568

6002 Luzern

E-Mail: matthias.hafen@css.ch

Literatur:

1. Medpac - Medicare payment advisory commission (2001): Report to the Congress: Medicare Payment Policy, Washington DC. (www.medpac.gov)
2. Moore, T., Hurd, D. und White, A., et al. (2000): Development and testing of Minimum Data Set accuracy verification protocol: draft final report, Cambridge MA.
3. Curaviva (1999): Validierungsbericht BESA III, Zürich. (unveröffentlichter Bericht).
4. Bartelt G. (2003): RAI als Grundlage für die Kostensteuerung in der Langzeitpflege, Olten. (www.qsys.ch)