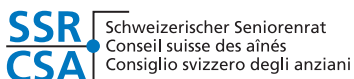
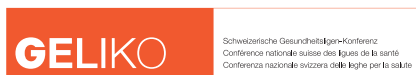


Positionspapier Pflegefinanzierung

Die IG Pflegefinanzierung (ASPS, Curaviva, SBK, Senesuisse, Spitex Verband Schweiz, Alzheimervereinigung, Integration Handicap, Parkinson Schweiz, Seniorenrat SSR-CSA und die Gesundheitsligen GELIKO) fasst gemeinsam die Forderungen zur Pa IV 14.417 Nachbesserung der Pflegefinanzierung zu Handen der SGK-SR – Kommission unter Leitung von Frau Ständerätin Christine Egerszegi zusammen.



Inhaltsverzeichnis

1. Restfinanzierung der Pflegekosten.....	3
2. Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kostenentwicklung.....	4
3. Tarifschutz.....	6
4. Ausserkantonale Patient/innen.....	7
5. Patientenbeteiligung.....	8
6. Bedarfsermittlung.....	9
7. Akut- und Übergangspflege (AÜP).....	10
8. Unterscheidung Pflege und Betreuung in den Pflegeheimen.....	11
9. Finanzierung des Pflegematerials und von Nebenleistungen.....	12
10. Hilflosenentschädigung.....	13
11. Finanzierung von betreutem Wohnen.....	14

1. Restfinanzierung der Pflegekosten

Forderung 1 (vgl. auch Forderung 3)

Der Gesetzgeber präzisiert in Artikel 25a Abs. 5 KVG, dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten der Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen, z.B. wie folgt:

Artikel 25a Abs. 5 Satz 2 KVG (neu):

«Die Kantone stellen die Finanzierung der ausgewiesenen Restkosten der Pflegeleistungen sicher. Der Bundesrat erlässt einheitliche Kriterien zur Berechnung und zur Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.»

Kriterien für die Festsetzung der Restfinanzierung sind:

- Die Restfinanzierung umfasst die gesamten Pflegekosten.
Der Tarifschutz (Art. 44 KVG) ist einzuhalten.
- Berechnung der Vollkosten erfolgt auf der Basis der Gesamtheit der Kosten der Pflegeleistung.
- Gleichbehandlung aller Organisationen (stationär und ambulant) mit einer kantonalen Betriebsbewilligung.
- Neben der Versorgungspflicht sind auch die Ausbildungsverpflichtung und weitere Aufträge der öffentlichen Hand ausreichend abzugelten.

Viele Kantone und Gemeinden nehmen ihre Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten (Art. 25a Abs. 5 KVG) ambulant oder stationär nicht oder ungenügend wahr. Mit der Formulierung «Die Kantone regeln die Restfinanzierung» wurde im KVG die Grundlage für 26 Lösungen geschaffen. Da ein Teil der Kantone die Übernahme der Restkosten an die Gemeinden (z.B. LU) delegiert, wird die Sachlage noch unübersichtlicher. Der Bundesgesetzgeber muss zumindest Kriterien zur möglichst einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung erlassen.

Es gibt Kantone, welche die NPO-Spitem-Organisationen als Ganzes mittels Globalbeiträgen oder Defizitdeckung finanzieren, andere wiederum gelten deren Kosten leistungsbezogen pro Pflegestunde ab, dies mit teilweise zu tief angesetzten Normkosten.

Den erwerbswirtschaftlichen Spitem-Organisationen und den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen wird die leistungsorientierte Restfinanzierung gewährt (z.T. mit zusätzlichen Auflagen: BE, NE, VD), nur teilweise (FR, TI, VS) bezahlt oder gänzlich verweigert (z.B. AI, AR, BL, GE, GL, OW, SO).

Eine unterschiedliche Restkostenabgeltung der ambulanten Leistungserbringer ist demgegenüber mit Bezug auf die Versorgungspflicht notwendig. Die Spitem-Organisationen (unabhängig von Betriebsform oder Trägerschaft) müssen für die Gewährleistung der Versorgungspflicht ausreichend finanziert werden. Ansonsten besteht die Gefahr einer Versorgungslücke, da unrentable Einsätze nicht mehr übernommen werden. Der Versorgungspflicht gleichzustellen sind weitere Aufträge der öffentlichen Hand sowie die Ausbildungsverpflichtung.

Im stationären Bereich legen Kantone oder Gemeinden die anrechenbaren Kosten für die Pflege auf einem Niveau fest, das unrealistisch tief und als Folge nicht kostendeckend ist (z.B. Kanton AG Normkosten im Jahr 2015 von 60.30 Franken pro Pflegestunde). Gemäss SOMED-Statistik erwirtschaften ca. 600 Heime einen Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von mehr als einer halben Milliarde erleiden; insgesamt bestehen gesamtschweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250–350 Millionen Franken. Daher müssen heute die ungedeckten Pflegekosten trotz Tarifschutz quersubventioniert und so auf die Bewohner/innen von Pflegeheimen überwältigt werden.

2. Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kostenentwicklung

Forderung 2

Der Grundsatz der jährlichen Anpassung an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist ins KVG aufzunehmen. Die KLV ist wie folgt anzupassen:

Art. 7a Abs. 4 KLV (neu):

«Die Beiträge der Versicherung gemäss Art. 7a lit. 1 und 3 sind jährlich an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen. Dabei ist der zunehmenden Anzahl von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern Rechnung zu tragen.»

Art. 7a Abs. 3 KLV (Ergänzung):

Das System ist um sechs Stufen zu 20 Minuten auf 18 Stufen zu erweitern (bis zu einem Pflegebedarf von mehr als 340 Minuten pro Tag) und mit entsprechend höherem Beitrag zu entgelten.

Kommt diese Ergänzung, ist gleichzeitig die Patientenbeteiligung gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG auf 10 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags zu senken (vgl. Ziffer 5).

Die Beiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 1 und Abs. 3 KLV sind seit 2011 unverändert. Es fehlt ein Mechanismus zur Überprüfung und Anpassung der Beiträge. Seit 2011 hat sich in den Pflegeheimen und in der ambulanten Versorgung die Patientenstruktur stark verändert. Die Pflege ist anspruchsvoller geworden, höher qualifiziertes Personal wurde notwendig und die Personalkosten sind gestiegen.

In der ambulanten Pflege gibt es zunehmend Patient/innen mit komplexeren Krankheitsbildern und akutereren Erkrankungen, weil die Hospitalisierungsdauer kürzer wird und Heimeintritte immer später erfolgen. Die späteren Heimeintritte verändern die Patientenstruktur ebenfalls in den Pflegeheimen; die Bewohner/innen sind in sehr grossem Mass auf sehr viel Pflege angewiesen. Höher qualifiziertes Personal mit höheren Löhnen ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Folge, um die Qualität der Pflege und die Sicherheit der Patient/innen zu garantieren. Andernfalls droht ein Qualitätsabbau zum Nachteil der Patient/innen. Hinzu kommen künftig vermehrt Investitionen zur Qualitätssicherung und für E-Health, Aus- und Weiterbildung.

Die veränderte Patientenstruktur in den Pflegeheimen (komplexere Krankheitsbilder, dementielle Erkrankungen, palliative Pflege) führt dazu, dass die höchste Pflegebedarfsstufe nach Art. 7a Abs. 3 KLV (mehr als 220 Minuten) in vielen Fällen weit unter dem effektiven Bedarf liegt. Pflegeintensive Patient/innen sind mit dem aktuellen System nicht ausreichend berücksichtigt und deshalb mangelhaft finanziert. Patient/innen mit einem Pflegebedarf von deutlich mehr als 4 Stunden pro Tag erhalten nur schwer einen Pflegeheimplatz, es sei denn die öffentliche Hand stellt eine Zusatzfinanzierung sicher. Wahlfreiheit und bestmögliche Pflege im Pflegeheim können sich nur noch diejenigen Patient/innen leisten, die bereit sind, einen Teil der Pflege und Betreuungskosten selber zu zahlen.

Wird die höchste Pflegebedarfsstufe im stationären Bereich gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV um 50 % erhöht, so würde sich damit auch der Beitrag der versicherten Person an den ungedeckten Pflegekosten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG (20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags) um 50 % erhöhen. Zur Vermeidung eines solchen sachlich nicht gerechtfertigten Effekts muss als flankierende Massnahme der Beitrag der Versicherten gemäss Art. 25 Abs. 5 KVG gesenkt werden (vgl. hierzu die Vorschläge unter Ziffer 5).

Werden die Beiträge der Versicherer (Art. 7a Abs. 1 und Abs. 3 KLV) nicht jährlich an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen (v.a. höhere Qualifikation des Personals bedingt höhere Lohnkosten) angepasst, so belastet dies die Kantone als Restfinanzierer überproportional. Verweigern die Kantone im Gegenzug die **volle** Restfinanzierung (was üblich ist), wird ein Teil der Pflegekosten als Betreuung den Patient/innen verrechnet. Werden die Beiträge der Versicherer jährlich angepasst, beteiligen sich auch die Patient/innen über die Patientenbeteiligung an der Kostensteigerung.

3. Tarifschutz

Forderung 3

Das eidg. Parlament äussert sich klar und eindeutig dazu, dass der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch bei der ambulanten Pflege gilt und dass die Kantone sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten gemäss Art. 25 Abs. 5 KVG vollständig zu finanzieren haben (vgl. dazu Forderung 1).

Der Gesetzgeber wollte mit der neuen Verteilung der Pflegekosten (OKP-Beitrag, Patientenbeteiligung, Restfinanzierung der Kantone) den «Tarifschutz» retten: «Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden» (KVG Art. 25a Abs. 5), nebst Selbstbehalt und Franchise.

Neuerdings empfehlen einzelne kantonale Gesundheitsdirektionen und Gemeinden den Spitex-Organisationen, dass z.B. Weg-, Nacht- oder Sonntagszuschläge den Patient/innen in Rechnung gestellt werden sollen, weil seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung der Tarifschutz nicht mehr gelte; die Krankenversicherer würden einen Beitrag und nicht mehr einen Tarif bezahlen, der Tarifschutz könne deshalb nicht mehr gelten, argumentieren sie.

Viele Kantone erhöhen ihre Anforderungen an die Pflegeheime (z.B. Personalvorschriften, Zimmergrößen, Infrastrukturvorgaben, Ausbildungspflicht, etc.). Gleichzeitig wird die alte Obergrenze der Pflegenormkosten beibehalten oder sogar gesenkt. Oder die öffentliche Hand verweigert die Übernahme der Restfinanzierung mit dem Argument, die Häuser seien nicht betriebswirtschaftlich und effizient geführt. Es ist den Pflegeheimen nicht möglich nachzuweisen, dass sie nicht noch effizienter und somit wirtschaftlicher arbeiten könnten. Deshalb sind sie der Willkür der Kantone ausgeliefert und mit dem Vorwurf der «Unwirtschaftlichkeit» konfrontiert. Um die Kosten decken zu können, werden den Patient/innen gewisse Pflegemassnahmen als Betreuungsleistungen verrechnet.

4. Ausserkantonale Patient/innen

Forderung 4

Im KVG wird geregelt, welcher Kanton bei der ambulanten und stationären Pflege ausserhalb des Wohnkantons die Restfinanzierung übernimmt. Bei dieser Regelung sind folgende Kategorien zu berücksichtigen:

- a) Patient/innen, die sich in einem «ausserkantonalen» Pflegeheim niederlassen (wobei die Finanzierung von Pflegerestkosten unabhängig vom Ort der hinterlegten Aufenthaltspapiere geregelt sein sollte).
- b) Patienten/innen, die sich temporär ausserkantonale ambulant pflegen lassen (z.B. Aufenthalt bei Angehörigen oder Ferienaufenthalt im Hotel).
- c) Patienten/innen, die regelmässig ausserkantonale ambulante Pflege benötigen (ambulante Pflege am «ausserkantonalen» Arbeitsort).

Damit Finanzierungslücken verhindert werden, müssen die Kantone interkantonal ihre festgelegten EL-Obergrenzen der Heimkosten pro Tag sowie die Pflegekosten des Standortkantons anerkennen. Können sich die Kantone innert 2 Jahren nicht einigen, legt der Bundesrat die EL-relevanten Obergrenzen für den Aufenthalt im Pflegeheim fest.

Für den ambulanten Bereich ist die Finanzierung am Aufenthaltsort vorteilhafter, da dieser auch der Gesamtfinanzierung und Aufsicht dieses Kantons unterstellt ist. Für die Pflegeheime soll der letzte Wohnsitz vor Heimeintritt für die Finanzierung der Pflegekosten zuständig sein und eine Koordination mit der EL für die Aufenthaltskosten sichergestellt werden.

Die Restfinanzierung für ausserkantonale Patient/innen ist im KVG sowohl für Pflegeheim-Bewohner/innen (vorheriger Wohnkanton oder neuer Wohnkanton/Aufenthaltskanton) als auch für Spitex-Patient/innen mit Aufenthalt ausserhalb des Wohnkantons ungenügend geregelt.

13 Kantone übernehmen die Restkosten nicht, wenn in ihrem Kanton Patient/innen aus anderen Kantonen ambulant gepflegt werden. Die meisten Spitex-Organisationen in diesen Kantonen stellen den ausserkantonalen Patient/innen die Restkosten mittlerweile in Rechnung. Dies erstens, weil sich acht der restlichen Kantone weigern, Restfinanzierung an eine Spitex-Organisation in einem anderen Kanton zu bezahlen. Und zweitens weil der administrative Aufwand für eine Spitex-Mitarbeitende sehr gross ist, in einem anderen Kanton oder einer anderen Gemeinde die Stelle ausfindig zu machen, welche für diese Restfinanzierung zuständig ist. Aus diesem (zweiten) Grund sollte bei ausserkantonalen Patient/innen der Aufenthaltskanton (nicht der Wohnkanton) für die ambulanten Pflegekosten zuständig sein.

Das Bundesgericht (BGE 9C_54/2014) hat im Januar 2015 in einem Einzelfall betreffend die Kantone OW und NW die Zuständigkeit für die Restfinanzierung dem Heimstandort auferlegt und angenommen, dass die Bewohnerin Wohnsitz am Heimstandort genommen habe. Problematisch ist dabei, dass die Ergänzungsleistungen vom Herkunftskanton zu bezahlen sind.

Weil bis heute in vielen Fällen weder der Herkunftskanton noch der neue Aufenthaltskanton für die Restkosten der Pflege aufkommen wollen, ist im Alter die Niederlassungsfreiheit eingeschränkt. Selbst wenn der oben erwähnte BGE in allen Kantonen umgesetzt würde, hätten Personen mit EL-Bedarf weiterhin keine Garantie, dass die Aufenthaltskosten im ausserkantonalen Pflegeheim mit EL bezahlt werden könnten, dies wegen der unterschiedlichen EL-relevanten Heimtarif-Obergrenzen in den Kantonen. Weil weder die Restfinanzierung der Pflegekosten garantiert noch die Bezahlung der Aufenthaltskosten (bei Personen mit Anspruch auf EL) sichergestellt ist, müssen Pflegeheime die Aufnahme von ausserkantonalen Bewohner/innen heute mangels Koordination öfters ablehnen.

5. Patientenbeteiligung

Forderung 5

Art. 25a Abs. 5 KVG Satz eins wird geändert:

«...höchstens 10 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden,...»

Der Bundesrat hat bei der ambulanten Pflege die Ausgestaltung festzulegen und damit die zahlreichen kantonalen und kommunalen Varianten der Ausgestaltung auf zwei zu reduzieren (z.B. keine Beteiligung und 10% fix auf der Basis des höchsten Pflegebeitrags von derzeit 79.80 Fr./Tag).

Der Ausfall an Einnahmen ist über die Restfinanzierung zu kompensieren.

Die Kantone haben die Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich mit 26 Varianten umgesetzt, teilweise mit Varianten von Gemeinde zu Gemeinde (SH, GL): Die Lösungen bewegen sich zwischen CHF 15.95 pro Tag und gar keiner Patientenbeteiligung. Schöpft ein Kanton die maximale Patientenbeteiligung aus, zahlt ein/e vulnerable/r Spitex-Patient/in bis CHF 5'860.– pro Jahr selber an die ambulante Pflege, nebst Franchise und Selbstbehalt. Allenfalls sind diese Kosten durch EL gedeckt, was bei Personen im IV-Alter oft nicht der Fall ist.

Vermeehrt verzichten Patient/innen auf ärztlich verordnete und medizinisch indizierte Pflegeleistungen aus Kostengründen. Dies führt mittelfristig zu einer Überforderung pflegender Angehöriger und/oder zu einer Unterversorgung der Patient/innen: Patient/innen verwahrlosen, müssen notfallmässig ins Spital oder früher in ein Pflegeheim eintreten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Kantone und Gemeinden die öffentlichen Beiträge an die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen zu Lasten der Patient/innen streichen (wie z.B. Kanton Bern). Ein entsprechender Vorstoss ist z.B. im Kanton Zürich hängig.

Die vielen Umsetzungsvarianten führen zu erheblichem administrativem Aufwand. So müssen beispielsweise die 8 grösseren Spitex-Software-Anbieter die unterschiedlichsten Varianten der Rechnungsstellung programmieren: z.B. werden «10 % der Kosten» durch die Kantone definiert als «-.67 Fr. pro 5 Min.» oder «-.65 Fr. pro 5 Min.» oder effektiv 10 % des Rechnungsbetrags. Erschwerend kommt hinzu, dass UV, IV und MV keine Patientenbeteiligung kennen.

Im stationären Bereich ist die kantonale Vielfalt weniger ausgeprägt: Die meisten Kantone wenden den maximalen Ansatz von 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags an (zur Zeit Fr. 21.60 pro Tag). Wird der maximale Pflegebeitrag im Sinne von Art. 7a Abs. 3 KLV als Folge der vorgeschlagenen Erhöhung um weitere 6 Pflegebedarfsstufen (vgl. die Forderung in Ziffer 2) massiv erhöht, so muss die Kostenbeteiligung der versicherten Personen im Sinne einer flankierenden Massnahme neu definiert werden, um eine erhebliche Kostenverschiebung zu Lasten der Versicherten zu vermeiden. Die Kostenbeteiligung soll ambulant und stationär auf maximal 10% des maximalen Pflegebeitrags der Versicherer festgelegt werden.

6. Bedarfsermittlung

Forderung 6

Alle im stationären Langzeitbereich angewendeten Pflegemessinstrumente sollen gleiche Pflegesituationen identisch abbilden.

Es sind Kriterien für anerkannte Assessmentinstrumente in der ambulanten Pflege zu bestimmen oder RAI-Home Care ist als Verfahren der Bedarfsermittlung festzulegen (Art. 33 lit. h KVV).

Sinnvolle Kriterien sind namentlich:

- Das Instrument erfasst den klinischen Zustand des Patienten, sein soziales Umfeld und seine Umgebung:
 - strukturiert
 - standardisiert.
- Es ist relevant für die klinische Praxis,
- erlaubt den Pflegebedarf und die daraus folgenden Pflegeleistungen abzuleiten
- und eignet sich für die Qualitätssicherung (Wirksamkeit, Outcome).
- Es erfüllt Validität und Reliabilität.
- Der zeitliche Anwendungsaufwand ist verhältnismässig zur zu erbringenden Leistung.

Die strukturierte und standardisierte Einschätzung des klinischen Zustandes der Patient/innen, ihres sozialen Umfeldes und der Wohnumgebung sind Pflicht und tragen zur transparenten Leistungserbringung bei. Es ist heute deshalb allgemein anerkannt, dass ein reliables Instrument für das Assessment eingesetzt werden muss, das valide Daten produziert. Mit Blick auf die Einführung von E-Health, vom elektronischen Datenaustausch mit den Versicherern oder der Qualitätssicherung ist die Festlegung des Verfahrens der Bedarfsermittlung von Vorteil (Art. 33 lit. h KVV). Mindestens aber ist der Bundesgesetzgeber zu verpflichten, für den ambulanten Bereich einheitliche und klare Kriterien für das Bedarfsermittlungsinstrument festzulegen. Der Wettbewerb muss auf den Leistungen stattfinden, nicht auf der Ebene der Instrumente. Die Vorgaben der heutigen KLV reichen nicht.

In 19 Kantonen wird RAI-HomeCare flächendeckend, in vier Kantonen zu über 80% (AG, ZH, NE, SH) sowie in drei Kantonen zu 50–80% (BE, VD, VS) eingesetzt. RAI-HC erfüllt die oben erwähnten Kriterien.

Im Pflegeheim werden zur Zeit drei anerkannte Systeme zur Messung des Pflegebedarfs verwendet: BESA, RAI/RUG und Plaisir. Diese Auswahl an verschiedenen Instrumenten soll bestehen bleiben; die Festlegung eines einzigen Instruments würde den Markt einschränken und Umstellungsaufwand generieren.

7. Akut- und Übergangspflege (AÜP)

Forderung 7

Art. 25a Abs. 2 KVG (neu):

«...während sechs Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (...) vergütet. Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf mit ärztlicher Anordnung einmal um sechs Wochen verlängert werden. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.»

Art. 25a Abs. 2a KVG (neu):

«Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim werden nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung vergütet.»

Hauptzweck der AÜP ist es, Patient/innen nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, der ihren medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und ihrer Rekonvaleszenz entspricht, damit diese die Selbständigkeit im Alltag wieder erlangen. Ebenso kann die AÜP einen Aufenthalt im Akutspital von vornherein verkürzen. Die 2010 vom Parlament in der Einigungskonferenz eingeführte Maximaldauer von 14 Tagen entspricht in keiner Weise der medizinischen oder psychiatrischen Notwendigkeit. Die Einführung der AÜP schaffte die Übergangspflege in den Akutspitälern ab und ersetzte diese mit der AÜP, welche aber kaum verordnet wird.

Die Erfahrung zeigt, dass viele ältere, multimorbide Patient/innen nach 14 Tagen AÜP mit ihrer Situation deutlich überfordert sind. Der Pflege- und Unterstützungsbedarf der Patient/innen variiert je nach medizinischem Zustand stark. Eine einmalige Verlängerung ist bei Bedarf daher nötig. Die heutige Finanzierung der AÜP bietet den Patient/innen keinen Anreiz, das Angebot der stationären AÜP zu nutzen, weil sie den Aufenthalt im Pflegeheim selber bezahlen müssen. Eine Verlängerung des Spitalaufenthaltes ist daher vorteilhafter.

AÜP wird nur selten verordnet. 2013 waren es in der ambulanten Pflege rund 20'000 Stunden, dies sind 0.2% der insgesamt 12'000'000 Stunden ambulante Pflegeleistungen. Statt «Akut und Übergangspflege» wird oft «normale» ambulante Pflege verordnet, wenn sich schon Ende Spitalaufenthalt abzeichnet, dass mehr als 2 Wochen Pflege zur Erlangung der Selbständigkeit im Alltag notwendig sind.

Für die AÜP mussten eigene Konzepte erarbeitet, Tarife ausgehandelt und Prozesse mit den Spitälern definiert werden.

8. Unterscheidung Pflege und Betreuung in den Pflegeheimen

Forderung 8 (vgl. dazu Forderungen 2–4)

Die Messung des Pflegebedarfs muss administrativ einfach gelöst werden. Es braucht die Einsicht, dass in der Praxis bereits die Eingrenzung der «OKP-Pflege» schwierig ist und eine noch minutiösere Erfassung oder gar eine zusätzliche Messung des «Betreuungsbedarfs» riesigen Aufwand bei vernachlässigbarem Nutzen bringt.

Für die häufigen Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand ist eine angemessene Finanzierung sicherzustellen: Dies gilt im Besonderen für Demenzkranke sowie Palliativpatienten, deren krankheitsbedingter Aufwand heute in den ausgewiesenen Pflegekosten ungenügend abgebildet wird und deshalb von den Betroffenen über die Betreuungstaxen selbst bezahlt wird.

Wenn die Restfinanzierung klar und eindeutig geregelt wird (vgl. Ziffer 2–4), sind Leistungserbringer nicht mehr darauf angewiesen, Pflegekosten auf die Betreuung umzulagern, um nicht Konkurs zu gehen. Sobald eine vollständige Tragung der Restkosten der Pflege durch die Kantone garantiert ist, droht keine Quersubventionierung mit Verletzung des Tarifschutzes mehr. Dadurch erübrigt sich die Messung und Eingrenzung von «Betreuungskosten», welche nur mit erheblichem Aufwand durchführbar ist. Für die Kostenteilung ist einzig die Eingrenzung der «OKP-Pflegekosten» massgebend (die restlichen «Aufenthaltskosten» bezahlen ja Patient/innen vollständig selbst), was mit den bestehenden Pflegemessinstrumenten bereits sinnvoll geschieht und deshalb nicht um eine weitere aufwändige Messung ergänzt werden muss.

Bei gewissen Pflegesituationen sind die «Pflegekosten» besonders schwierig auszuweisen. Namentlich der Aufwand für demenzielle Erkrankungen und für die Grundpflege bei Palliativpatienten kann nur ungenügend als «Pflege nach KVG» ausgewiesen werden. Ein Teil dieser Pflege wird deshalb weder vom Krankenversicherer noch von der öffentlichen Hand finanziert. Demenzkranke sind (trotz teilweise tiefer Pflegestufe) auf einen Pflegeheimplatz angewiesen, wo sie viele krankheitsbedingte Leistungen als «Betreuung» selber bezahlen müssen. Im Vergleich zu anderen Krankheiten sind diese Patient/innen bei der Finanzierung viel schlechter gestellt. Gleiches gilt auch für den erhöhten Zeitaufwand bei Leistungen für Palliativpatient/innen.

Diese ungenügende Finanzierung wirkt sich zum einen auf die zugestandene Zeit für die Pflege entsprechend erkrankter Personen innerhalb des Pflegeheims aus, beschränkt aber auch zunehmend den Zugang zu geeigneten Pflegeplätzen von dementen Menschen und palliativen Patient/innen.

9. Finanzierung des Pflegematerials und von Nebenleistungen

Forderung 9

Die Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL und die Pflegematerialien müssen den ambulanten und stationären Leistungserbringern in der Langzeitpflege vergütet werden.

Ergänzung Artikel 25a KVG mit einem zusätzlichen Absatz (oder Art. 52 Abs. 2 KVG):

«Die Versicherung übernimmt die Kosten für Pflegematerial sowie Mittel und Gegenstände für die ambulante oder stationäre Pflege gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG.»

Die Pflegeheime sind als Leistungserbringer für Arzt, Arznei und Therapien zuzulassen.

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachleute keine Materialkosten zulasten Krankenkversicherer verrechnen. Dies auch dann nicht, wenn die Materialien auf der MiGeL aufgeführt sind und unabhängig davon, ob das Material im Rahmen der Pflegeleistung verbraucht (z.B. Material zur Wundpflege) oder den Patient/innen zum Eigenbedarf abgegeben wird.

Es kommt vor, dass Patient/innen heute für gewisse Pflegeleistungen den Hausarzt oder das Spitalambulatorium aufsuchen müssen, obwohl die Pflege qualitativ gut durch Spitex oder die freiberuflich Pflegenden erbracht werden könnte (z.B. hoher Darmeinlauf oder Stecken eines peripheren Venenkatheters (Venflon)).

In der ambulanten Pflege wird mehr Pflegematerial verbraucht, weil die Krankheitsbilder komplexer und akuter werden. Verschiedene Spitex-Organisationen haben die Materialbeschaffung an Dritte (z.B. eine Apotheke) ausgelagert. Diese liefern das Material in Originalpackungen zu den Patient/innen nach Hause. Die Pflegefachleute bedienen sich am so beschafften Material. Manchmal ist diese Art der Materialbeschaffung bei einem Dritten aber nicht sinnvoll. Gerade in der Wundpflege muss das Pflegematerial unmittelbar vor Ort vorhanden sein, wenn eine Wunde sich verändert. Es werden oftmals keine Grosspackungen sondern Einzelstücke benötigt.

Die Krankenkversicherer bestreiten neuerdings (nachdem sie es bis anhin klaglos vergütet haben), dass Leistungserbringer nach der Neuordnung der Pflegefinanzierung Nebenleistungen abrechnen können. Dabei handelt es sich einerseits um Arztleistungen (angestellte Heimärzte) und um Therapieleistungen (angestellte Therapeut/innen für Physio-, Ergotherapie, Logopädie, etc.). Die Krankenkversicherer verweigern auch die Bezahlung von Arzneimitteln, Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen (MiGeL), welche an die Pflegebedürftigen abgegeben werden. Wenn die Pflegeheime Nebenleistungen und MiGeL-Produkte nicht mehr selbständig mit den Krankenkversicherern abrechnen können, wird eine ganzheitliche medizinische und pflegerische Versorgung im Pflegeheim verhindert, und es drohen massive Mehrkosten für die öffentliche Hand.

Sofern Arztleistungen, Therapien, Medikamente, Pflegematerial und MiGeL neu z.B. über den Arzt, den Therapeuten oder die Apotheke abgerechnet werden müssen, entsteht zusätzlicher administrativer und organisatorischer Aufwand, welcher steigende Kosten zur Folge haben wird.

10. Hilflosenentschädigung

Forderung 10 (Hilflosenentschädigung)

Anpassung der Überentschädigungsdefinition in Art. 69 Abs. 2 ATSG:

«Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten, eines angemessenen Entgelts für den durch Angehörige erbrachten Mehraufwand sowie allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.»

Bei intensiver und langdauernder ambulanter Pflege kürzen die Krankenversicherer immer wieder ihre Leistungen an die Krankenpflege mit Hinweis auf eine angebliche Überentschädigung, verursacht durch den gleichzeitigen Bezug einer Hilflosenentschädigung der IV oder der AHV. Wohl rechnen sie nur einen Teil der Hilflosenentschädigung an (das Bundesgericht hatte dies in einem früheren Urteil verlangt, weil die Hilflosenentschädigung nicht nur der Finanzierung der Grundpflege im Sinne der KLV diene, sondern auch anderen Zwecken wie der Fortbewegung und der Pflege gesellschaftlicher Kontakte) und verzichten auf eine Kürzung, wenn die versicherte Person nachweisen kann, dass ihr anderweitig genügend hohe ungedeckte Pflegekosten (z.B. durch die Anstellung von Privatpersonen) entstanden sind.

Ist die Pflege allerdings primär durch Familienangehörige erbracht und die Hilflosenentschädigung als Entgelt für diese oft intensive Tätigkeit betrachtet worden, wird dennoch gekürzt: Die Pflege durch Familienangehörige wird bei der Überentschädigungsberechnung nicht mitberücksichtigt, ausser die Familienangehörigen können ihrerseits einen Verdienstaufschlag nachweisen (z.B. Kündigung bisherige Stelle).

11. Finanzierung von betreutem Wohnen

Forderung 11

Art. 9 Abs. 5 Bst. i (neu)

Der Bundesrat bestimmt:

- die Definition des betreuten Wohnens; dabei gelten als behinderten- und altersgerechte Wohnformen jene Angebote für betreutes Wohnen für Menschen im Alter oder für Menschen mit Behinderung, welche kumulativ folgende Dienstleistungen gewährleisten:
- Behinderten- bzw. altersgerechte Bauweise;
- 24-Stunden-Notrufdienst mit Fachpersonal und maximaler Interventionszeit von 30 Minuten;

Um aus betreutem Wohnen im Alter / mit Behinderung Nutzen ziehen zu dürfen, ist nicht erforderlich, dass der betroffenen Person eine Hilflosenentschädigung der AHV oder IV zugesprochen worden ist.

Art. 10 Abs. 1 Bst. a Ziff. 4 ELG (neu)

«Die Ansätze von Ziff. 1–3 für den allgemeinen Lebensbedarf erhöhen sich um 50 Prozent, sofern die Anspruchsberechtigten in einer behinderten- und altersgerechten Wohnform leben.»

Art. 10 Abs. 1 Bst. b Ziff. 4 ELG (neu)

«Die Ansätze von Ziff. 1–3 für Miet- und Nebenkosten erhöhen sich um 50 Prozent, sofern die Anspruchsberechtigten in einer behinderten- und altersgerechten Wohnform leben.»

Es entspricht dem Wunsch der Patient/innen, möglichst lange in der gewohnten und sicheren Umgebung zu bleiben. Dies ermöglicht die Aufrechterhaltung von Mobilität und sozialen Kontakten. Betreutes Wohnen garantiert die Leistung der nötigen Pflege. Es vereint volkswirtschaftlich betrachtet die Kostenvorteile von ambulanter Pflege und Pflegeheim. Damit möglichst lange in solchen Wohnungen gelebt werden kann, ist eine 24-stündige Notrufbereitschaft mit Interventionsmöglichkeit innert kurzer Frist zu gewährleisten. Alters- oder behindertengerechte Wohnungen sind aber teurer und deshalb nicht mit den geltenden Mietzinsmaxima finanzierbar (auch nach deren Erhöhung durch die derzeitige Revision). Das ELG muss angepasst werden, damit Personen mit geringem Pflegebedarf trotz den dadurch entstehenden Mehrkosten in geeigneten Wohnungen mit der nötigen Pflege leben können, statt vorzeitig einen noch teureren (aber ausfinanzierten) Pflegeheimplatz zu belegen.

Bern, 25. März 2015/IG Pflegefinanzierung