



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit
Sektion Tarife und Leistungserbringer
Frau Corinne Erne
3003 Bern

Ort, Datum
Ansprechpartner

Bern, 30. März 2009
Martin Bienlein

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 13
martin.bienlein@hplus.ch

Anhörungsantwort H+ zur KVV, KLV und AHVV

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Departement des Innern EDI hat H+ im Dezember 2008 eingeladen, sich zu den Entwürfen zur Teilrevision der KVV, KLV und AHVV zu äussern. Dafür danken wir Ihnen. Als Spitzenverband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen nehmen wir diese Gelegenheit gerne wahr. Unsere nachfolgende Stellungnahme beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

H+ schliesst sich der **Anhörungsantwort der IG Pflegefinanzierung** an, deren Mitglied wir sind. Zusätzlich haben wir folgende Bemerkungen zu den einzelnen Verordnungsvorschlägen:

Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV

Entlastung der Versicherungen rückgängig machen

Wie Sie wissen, vertritt H+ vor allem grosse Pflegeheime. Zum Beispiel haben die Pflegezentren der Stadt Zürich alleine über 1'600 Betten. Unsere Mitglieder behandeln eher Schwerstpflegebedürftige, die heute in den Pflegebedarfsstufen 3 und 4 eingeteilt sind (Art. 9a, Abs. 2, Bst. c. und d. KLV).

Die Aufteilung der Beiträge der Krankenversicherungen auf 12 Stufen begrüssen wir. H+ war bei der Berechnung dieser Beiträge allerdings nicht einbezogen. Für uns ist deshalb nicht nachvollziehbar, wie die Krankenkassenbeiträge für die 12 Stufen zustande gekommen sind. Nach unseren Berechnungen sind die Frankenbeträge massiv zu tief. Wir bezweifeln,

dass eine kostenneutrale Umsetzung damit möglich ist. Nach unseren Berechnungen entlasteten die vorgeschlagenen Beiträge die Krankenkassen gesamtschweizerisch – je nach Berechnungs- und Interpretationsart – für das Leistungsspektrum unserer Mitglieder um 15 bis 20%, was nicht dem Sinn der Teilrevision entspricht. Für die kostenneutrale Überführung müssen die notwendigen Datengrundlagen auch für H+ und seine Mitglieder offengelegt werden.

Sollten bei den Berechnungen die unteren Stufen ausschlaggebend gewesen sein, so findet eine Umverteilung von schwerstpflegebedürftigen zu leichtpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten statt. Sozialpolitisch findet H+ dies sehr fragwürdig. Dies baut die Solidarität zwischen Schwerstkranken und gesünderen Menschen ab.

Die Beitragsstufe a) à CHF 8.50 hinterfragen wir. Diese Stufe würde zusätzliche Kosten für administrative Leistungen auslösen, die ihre Einnahmen übersteigen. Es macht keinen Sinn, für diesen Geldbetrag eine ganze Pflegedokumentation und alle Nachweise zu führen, die den heutigen Anforderungen und Kontrollen der Krankenkasse genügen. Schon heute sehen viele Verträgen keine Entschädigung der untersten Stufe respektive bis 20 Minuten vor. Diese Geldsumme sollte unseres Erachtens besser für die Entschädigung höheren Stufen verwendet werden. Der tiefste Beitrag muss deutlich über CHF 10.- liegen. Die Mitglieder von H+ sind bereit, bei der Erarbeitung von kostenneutralen Beiträgen zu helfen.

Die Abstufung zwischen zwei Beiträgen sollte mehr als CHF 10.- betragen.

Bei der Überleitung der heute angewendeten Bedarfserfassungssysteme (Plaisir, RAI, BE-SA und weitere) auf die zwölf neuen Beitragsstufen muss sichergestellt sein, dass alle gleich behandelt werden. Die Überleitung muss validiert sein mit dem Ziel, dass gleiche Leistungen gleich entschädigt werden. Die verfügbaren Zeitstudien und die vorhandenen Paralleleinstufungsdaten (RAI-BESA und RAI-PLAISIR) mit hohen Fallzahlen zeigen, dass die Unterschiede in der Minutendefinition zwischen den Systemen beträchtlich sind und die Annahme einer Minutenparität nicht zulässig ist: Die Differenzen liegen im Bereich von 20% (RAI-BESA) und 30% (RAI-PLAISIR). Solche willkürlichen Systemungleichheiten gilt es unbedingt zu vermeiden.

Die Beiträge der Krankenversicherungen sind regelmässig der Teuerung anzupassen, damit die bei der Einführung geltende Finanzierungsaufteilung beibehalten wird. H+ verweist auf die Vorschläge der IG Pflegefinanzierung.

Die Lebenshaltungskosten sind in der Schweiz sehr unterschiedlich. Die Spitäler, Klinken und Pflegeinstitutionen reagieren darauf mit regional unterschiedlichen Löhnen. Da die Löhne 70% und mehr der Kosten in diesen Betrieben ergeben, sind die Beiträge nach einem Lohnindex kantonal oder regional anzupassen.

H+ Vorschläge

1. Die Beitragssätze der Krankenversicherungen sind neu zu berechnen und anzuheben, so dass eine kostenneutrale Überführung sichergestellt ist.
2. Die Versicherungen sollen die unterste Pflegebedarfsstufe bis 20 Minuten nicht entschädigen.
3. Die heutigen Bedarfserfassungssysteme (BESA, RAI, Plaisir), sind mit validierten Minutenwerten in die neuen Beitragsstufen zu überführen und so gleichzubehandeln.
4. Die Berechnungsgrundlagen der Beiträge der Krankenversicherungen sind festzulegen und öffentlich transparent zu machen.
5. Die Beiträge sind an einen Lohnindex kantonal oder regional anzupassen.
6. Die Beiträge der Krankenversicherungen nach Art. 7a sind der Teuerung anzupassen.

Patientenanteil festlegen

Da das Gesetz nur einen maximalen Anteil für Patientinnen und Patienten (20% des höchsten Versicherungsbeitrags) festlegt (Art 25a, Abs. 5 KVG), ist nicht klar, ob und ab welcher bundsrätlichen Beitragsstufe dieser gilt. Dies sollte die Verordnung klären, damit die Rechtssicherheit für die Patientinnen und Patienten gewährleistet wird. Vorausgesetzt, dass die Stufen angehoben werden, schlägt H+ vor, den Patientenanteil auf 17% des maximalen Versicherungsbeitrags festzulegen. In der parlamentarischen Debatte wurde den Patientinnen und Patienten ein Maximum der Patientenbeteiligung von CHF 7'000 bis 7'500 genannt. Die Verordnung sollte sich daran halten.

In keinem Fall sollte der Patientenbeitrag den Beitrag der Versicherungen übersteigen. Bei Pflegebedarfsstufen ohne Versicherungsbeiträge zahlt auch die Patientin oder der Patient nichts.

Vorschlag H+

1. Festlegung des Patientenanteils auf 17% des maximalen Versicherungsbeitrages, mit einem Maximum von CHF 7'000.- und ohne dass der Patientenanteil den Versicherungsbeitrag übersteigt.

Akut- und Übergangspflege definieren

Die Definition der Akut- und Übergangspflege erachten wir als ungenügend, vor allem hinsichtlich der Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Rehabilitation sowie der Langzeitpflege. In der Schweiz wird die Übergangspflege heute schon in vielen Kantonen und Institutionen angeboten. Obwohl die Angebote in der Übergangspflege im Detail unterschiedlich sind, verfolgen sie die gleichen Ziele und haben die gleichen Merkmale. Die Akut- und Übergangspflege sind für PatientInnen gedacht, die nach einem Unfall, einer Krankheit oder einer Operation hospitalisiert wurden. Das Hauptziel der Übergangspflege ist das Wiedererlangen einer Selbständigkeit, die ein Leben in der gewohnten (häuslichen) Umgebung ermöglicht. Die medizinische Situation ist beim Übergang von der Akut-Behandlung in die Übergangspflege stabil komplex und eine tägliche spitalärztliche Behandlung ist abge-

schlossen. Im Zentrum der Übergangspflege steht eine tägliche hohe Pflege, allenfalls in Kombination mit einfachen therapeutischen Massnahmen, zum Beispiel zum Erhalt der Gelenkbeweglichkeit. Sie ist zeitlich begrenzt notwendig. Mit der Kostenübernahme nach KLV Art. 7 wird primär der erhöhte Pflegebedarf, der in der Regel das Angebot eines Kurhauses oder der Spitex übersteigt, abgegolten.

H+ befürchtet, dass die Versicherungen bei einer Fallbeurteilung sich gegen die Behandlung in einer Rehabilitationsklinik oder einem Centre de traitement et de réadaptation und für die Übergangspflege aussprechen. Dies in der vermeintlichen aber falschen Annahme, dass diese billiger sei. Die Rehabilitation ist auch für alte Menschen medizinisch wichtig, weil sie deren Lebensqualität stark verbessert. So werden langfristig Kosten auch wieder eingespart. Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass diese Finanzierung analog der Spitalfinanzierung erfolgt und dass die Fallbeurteilung bei den Leistungserbringern ist, nicht bei den Krankenversicherungen.

Realistische Leistungen

Wie oben angetönt, umfasst die Akut- und Übergangspflege sowohl Pflege als auch Therapien. Deshalb entspricht sie so, wie sie der Anhörungsentwurf definiert, weder der heutigen Praxis noch den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Die Leistungen gehen weit über Art. 7, Abs. 2 KLV hinaus. Die Verordnung muss dahingehend geändert werden, dass alle Leistungen inkl. Pflege, Arzt, Arznei, Therapie, Mittel und Gegenstände (MiGeL) und Hotellerie analog der Spitalfinanzierung abgedeckt sind. Ansonsten finden Patientinnen und Patienten mit speziellem Pflegebedarf oder noch ausstehenden Untersuchungen und Kontrollen nur schwer Aufnahme.

Aus Tarifsicht hat die KVG-Revision die Spitalfinanzierung auf Pauschalen umgestellt. Warum hier nun wieder Einzelleistungen vergütet werden sollten, ist weder kongruent noch aus der Leistungserbringung heraus notwendig. Falls die medizinischen, therapeutischen und psychosozialen Leistungen als Einzelleistungen erbracht und vergütet würden, wäre dies in der Verordnung explizit festzuhalten.

H+ Vorschläge

1. Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege sind analog der Spitalfinanzierung zu regeln, insbesondere dazu gehören ärztliche Behandlungen, Arzneien, Therapien, Mittel und Gegenstände sowie die Hotellerie und die Pflege.
2. Die Verordnung enthält einen klaren und erweiterten Begriff der Übergangspflege (Art. 7, Abs. 3 KLV).

Die anrechenbaren Betriebskosten definieren

Es fehlt nach wie vor eine national verbindliche Berechnung jenes Kostenanteils, dessen Finanzierung durch den Kanton geregelt wird (Art. 25a Abs. 5 KVG). Eine schweizweit einheitliche Regelung ist wichtig, um 26 kantonal unterschiedliche Regelungen zu vermeiden und um Gleichheit und Gerechtigkeit unter den Versicherten und Rechtssicherheit (Tarif-

schutz) für die Versicherten und Leistungserbringer der sozialen Krankenversicherung zu schaffen.

Die dazugehörigen Kriterien müssen festhalten, welche Kostenarten die Pflegeinstitutionen in welchem Umfang bei der Berechnung der Vollkosten anrechnen können. Diese Kriterien sind analog zur heutigen VKL und der diesbezüglichen Rechtsprechung der letzten Jahre zu gestalten. Für H+ sind dies sämtliche betriebsnotwendige Kosten.

Diese Festlegung kann zudem sicherstellen, dass die Hilfflosenentschädigung nicht zur Deckung der Restkosten der Pflege verwendet wird.

H+ Vorschlag

1. Die anrechenbaren Betriebskosten analog zur heutigen VKL eindeutig präzisieren.

Verordnung über die Krankenversicherung KVV

Keine ewigen Pilotprojekte

Die Verordnungsänderung will die Befristung der Pilotprojekte streichen. Während eine Fristverlängerung für die einzelnen Pilotprojekte sinnvoll ist, ist eine unbefristete Einführung von Pilotprojekten dies nicht. Der Bundesrat muss sich entscheiden, wann und vor allem wie er die Piloten in das ordentliche Recht überführen will. H+ lehnt Providurien ab.

Klärungsbedarf bei Pilotprojekten

H+ versteht unter den Pilotprojekten Versorgungsnetze zwischen in- und ausländischen Leistungserbringern. Die Verträge zwischen schweizerischen Versicherungen und ausländischen Leistungserbringern fallen nicht darunter und sind nach wie vor von der Leistungserbringung in der sozialen Krankenversicherung nach KVG ausgeschlossen.

Wenn sowohl die Patientensicherheit als auch die Versorgungssicherheit garantiert, der Geltungsbereich sowie der Gerichtsstand geklärt und eine Begleitung und Evaluation vorhanden sind, dann unterstützt H+, dass die Pilotprojekte (Art. 36 KVV) fortgeführt werden.

Im Sinne einer Transparenz muss in der Verordnung klar geregelt sein, welchem Gesetz der Schweizer Patient bei einem stationären Aufenthalt im Ausland unterstellt ist und wer Weisungsbefugnis hat. Im Weiteren ist klarzustellen, welcher Gesetzgebung der ausländische Leistungserbringer untersteht und wie weit die schweizerische Gesetzgebung Anwendung findet. Aus unserer Sicht ist noch unklar, wie weit der Patient zu einem ausländischen Aufenthalt im Grundversicherungsbereich gezwungen werden kann. Unklar ist ebenfalls, welcher Gerichtsstand zuständig ist bei juristischen Auseinandersetzungen.

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation, mit der qualitativ gleichwertige Angebote verglichen werden sollen, ist für H+ zentral. Die Ansprüche zum Beispiel an die Rehabilitation in der Schweiz werden durch die Einführung der DRG weiter ansteigen. Gerade in der Rehabilitation werden durch die Krankenversicherungen oft Low-cost Angebote im Ausland angepriesen, welche dann aber nicht für medizinisch anspruchsvolle Patienten geeignet

sind. H+ wehrt sich gegen eine Entlastung der Krankenversicherungen zu Lasten der Patientinnen und Patienten durch internationale Kooperationen.

Im Weiteren müssen Datenschutzregeln und Regeln zum Umgang mit der zukünftigen Gesundheitskarte berücksichtigt werden.

Die Leistungsanspruchnahme im Ausland muss den gleichen Versicherungsanforderungen genügen wie im Inland: Selbstbehalte und Franchisen müssen ebenso gelten. Und schliesslich dürfen die kantonalen Auflagen nicht höher sein als jene jenseits der Landesgrenzen.

H+ Vorschläge

1. Die Durchführung von Pilotprojekten ist zeitlich zu befristen.
2. Gleiche Rechte und Pflichten von in- und ausländischen Leistungserbringern in den Pilotprojekten festlegen.
3. Keine Marktverzerrung im Inland (Kantonsgrenzen) durch Aufhebung der Landesgrenzen bei Pilotprojekten.
4. Die Bedingungen der Patientensicherheit und der Versorgungssicherheit festlegen.
5. Den Geltungsbereich und Gerichtsstand klären und festlegen.
6. Die Pilotprojekte begleiten und evaluieren.
7. Den Datenschutz dem Schweizer Standard entsprechen und die Gesundheitskarte berücksichtigen.
8. Der Selbstbehalt und die Franchise gemäss KVG gelten auch für die Pilotprojekte.

Alters- und Hinterlassenenversicherung AHVV

Ergänzungsleistungen für Patientinnen und Patienten

H+ sieht Klärungsbedarf bei der Abgrenzung zwischen Sozialversicherungen und dem durch die Kantone zu regelnden Restanteil (beide Art. 25a, Abs. 5 KVG, siehe auch Stellungnahme der GDK). H+ befürchtet, dass sich die Kantone zu Gunsten anderer Sozialversicherungen entlasten werden. Die anderen Sozialversicherungen, namentlich der Ergänzungsleistungen, sollten dem Anteil der Patientinnen und Patienten zugute kommen.

Im Weiteren verweisen wir auf die Anhörungsantwort der IG Pflegefinanzierung.

H+ Vorschlag

1. Die Koordination der Sozialversicherungen muss abgeklärt werden.
2. Die Ergänzungsleistungen sind den Patientinnen und Patienten zu verrechnen.

Inkraftsetzung verschieben

Die Verordnungsänderungen der KLV und KVV haben eine Vielzahl von Umsetzungsarbeiten in den Betrieben zur Folge, die in einer derart kurzen Einführungsperiode nicht möglich sind.

Den vorgesehenen Termin vom 1. Juli 2009 für die Inkraftsetzung der Verordnungsänderungen halten wir für unrealistisch. Es ist zu berücksichtigen, dass die kantonal notwendigen Gesetze auf denselben Zeitpunkt in Kraft treten können, damit die Kostenübernahme von Kanton und Gemeinden geregelt ist. Mit dem derart kurzfristig gewählten Inkraftsetzungstermin vom 1. Juli 2009 ist dies unmöglich. Ausserdem werden die Krankenkassen kaum bereit sein, Kosten für Patientinnen und Patienten in Kantonen mit tieferen Beiträgen vorzeitig nach den neuen Beiträgen zu entschädigen und bei den übrigen Kantonen mit heute höheren Entschädigungen Jahre zu warten. Mit einer gesamt-schweizerisch einheitlichen und gleichzeitigen Umsetzung erübrigt sich eine Übergangsregelung, die zudem Rechtsunsicherheiten beinhaltet.

Damit die kostenneutrale Überführung der Versicherungsbeiträge überhaupt garantiert werden kann, muss die KVG-Revision Pflegefinanzierung in der ganzen Schweiz zur gleichen Zeit eingeführt werden. Auf diesen Termin hin müssen auch die Kantone ihre Gesetzgebung anpassen.

Damit die Spitalfinanzierung gut eingeführt werden kann, braucht es ebenfalls eine stabile Pflegefinanzierung. Insbesondere die Ausgestaltung der Übergangspflege ist für die zukünftige Versorgung notwendig. Die gleichzeitige Einführung (bis spätestens 31.12.2011) ist daher wünschenswert

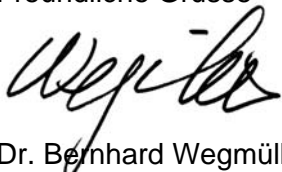
H+ Vorschlag

1. Die Verordnungen sind per 1.1.2012 in Kraft zu setzen.

Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Wir bitten Sie höflich, unsere Anliegen aufzunehmen.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Vorschläge für Verordnungsänderungen



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Vorschläge von H+ für Verordnungsänderungen

Artikel	Text (Fettdruck ist geändert oder neu)	H+ Kommentar
KVV		
36a Abs. 3 Bst. a	a. ... Jahre verlängert werden. Der Bundesrat kann die erste Genehmigung letztmals ein Jahr nach Inkraftsetzung sprechen.	Befristung der Pilotprojekte.
36a Abs. 3 Bst. b	b. ... gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, namentlich den Datenschutz, die Qualitätsauflagen und die Patientensicherheit. Sie sichern die medizinische Versorgung in der Schweiz.	Nötige Auflagen für die Pilotprojekte.
36a Abs. 3 Bst. i (neu)	i. Gerichtsstand ist der Wohnort der Patientin oder des Patienten.	Rechtssicherheit.
III	Diese Änderung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.	Harmonisierung mit der Spitalfinanzierung.

KLV		
Art. 7a Abs.1	<p>Der Versicherer übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträgen an die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 pro Stunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 86.00 Franken b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 70.00 Franken c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 58.30 Franken 	<p>Die im Verordnungsentwurf genannten Beiträge an die ambulante Pflege liegen unterhalb der kostenneutralen Ansätze, weil bei der Berechnung die divergierenden bisherigen Zeiteinheiten für die Vergütung von bis zu 15 Minuten nicht berücksichtigt wurden. Die Beiträge müssen deshalb erhöht werden, weil sonst die Erträge in der ambulanten Pflege gegenüber heute sinken. Gemäss den Berechnungen der GDK betragen die kostenneutralen Ansätze 86.00 bzw. 70.00 bzw. 58.30 Franken.</p>
Art. 7a Abs.2	<ul style="list-style-type: none"> a. <i>streichen</i> b. bis l. um 17% erhöhen. 	<p>Die im Verordnungsentwurf genannten Beiträge an die stationäre Pflege liegen unterhalb der kostenneutralen Ansätze. Sie sind anzuheben. Das BAG sollte hier Berechnungen anstellen.</p>
Art. 7, Abs. 3	<p>3 ... Leistungen nach Abs. 2, ärztliche, therapeutische und psychosoziale Leistungen , Arzneien , Hotellerie, Mittel und Gegenstände, die aufgrund der Bedarfsabklärung ...</p>	<p>Übergangspflege sollte eine Pauschale sein.</p>
Art. 7a, Abs. 3, Bst. a.	<p><i>streichen</i></p>	<p>Keine nichtkostendeckenden Tarifstufen.</p>
Art. 7a, Abs. 4 (neu)	<p>4. Das Bundesamt legt die Minutenwerte der bestehenden Leistungserfassungssysteme, BESA, RAI und Plaisir, für die Beitragsstufen nach Abs. 3 zusammen mit den Leistungserbringern fest.</p>	<p>Gleichwertige Anrechnung aller Leistungserfassungssysteme.</p>

Art. 7a, Abs. 5 (neu)	5. Das Bundesamt legt kantonale oder Indexe der Beiträge nach Abs. 3 zusammen mit den Leistungserbringern fest.	Indexierung der Beiträge, um Lohnunterscheide auszugleichen.
Art. 7c, abs. 1 und 2 (beide neu)	1. Der Anteil der Patientinnen und Patienten darf nicht die Beiträge der jeweiligen Stufe nach Art. 7a, Abs. 3 übersteigen. 2. Der Anteil der Patientinnen und Patienten beträgt 17% der höchsten Beitragsstufe, maximal jedoch 7'000.- Franken im Jahr.	Schutz der Patientinnen und Patienten.
Art. 9, Abs. 3 und 4	<i>3. und 4. aufgehoben</i>	Gemäss Anhörungsbericht
Art. 9a	Anrechenbare Kosten Die Leistungserbringer verrechnen ihre betriebsnotwendigen Kosten.	Klärung der anrechenbaren Kosten.
II Abs. 1	Diese Änderung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.	Harmonisierung mit der Spitalfinanzierung.
II Abs. 2 und 3	-	<i>Gemäss IG Pflegefinanzierung</i>
AHVV	-	Abklärungen und Verordnungstext durch das Bundesamt gemäss Vorschlägen der IG Pflegefinanzierung und H+.
	Diese Änderung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.	Harmonisierung mit der Spitalfinanzierung.