

Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung

Bundesamt für Gesundheit
Kranken- und Unfallversicherung
3003 Bern

Zürich/Bern, den 26. März 2009

Verordnungsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung im Rahmen der Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Departement des Inneren hat mit Schreiben vom 18.12.2008 die Verordnungsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Die IG Pflegefinanzierung hat bereits mit Schreiben vom 15. Juli 2008 darauf hingewiesen, dass verschiedene Umsetzungsfragen der neuen Pflegefinanzierung in der Verordnung geklärt werden müssen. Dabei ging es insbesondere um Definitionen der Akut- und Übergangspflege sowie der Tages- und Nachtstrukturen und um Fragen der Restkostenabgeltung durch die Kantone. Zudem haben wir uns dafür eingesetzt, dass die Kantone genügend zeitlichen Spielraum erhalten um auf ihrer Ebene die nötigen gesetzlichen Regelungen zu schaffen. Der Entwurf der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zeigt, dass einzelne unserer Anliegen aufgenommen wurden, wofür wir uns bedanken. Insgesamt bestehen aber immer noch grosse Regelungslücken, die eine einigermaßen einheitliche Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung in den Kantonen verunmöglichen. Ergänzungen des vorliegenden Entwurfs sind deshalb nötig. In der beiliegenden **Tabelle** sind folgende Anliegen formuliert und begründet:

- Ein Einschluss von kantonal anerkannten Tages- bzw. Nachtstätten ausserhalb von Heimen und Spitex in die Beitragspflicht der Versicherer, analog der heutigen Praxis.
- Die Beibehaltung der bisherigen Leistungen der Versicherer für ambulante Pflege und im Pflegeheim, wobei die Höhe der Patientenbeteiligung den im Parlament genannten Betrag von 7'100 Franken nicht übersteigen darf.
- Die ausdrückliche Möglichkeit, dass der Wohnkanton seinen Anteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege nicht nur im System des Tiers payant sondern auch im System des Tiers garant direkt dem Versicherer entrichtet.
- Die aus unserer Sicht praxistaugliche Definition der Akut- und Übergangspflege, wie sie von der GDK formuliert wurde, wird ausdrücklich unterstützt.
- Für die Langzeitpflege wird ein einheitliches Abrechnungsverfahren vorgeschlagen, das den Kantonen den nötigen Spielraum für die Entrichtung Ihres Restkostenanteils eröffnet.

- Die Anträge der GDK zur KVV bezüglich der Überprüfung der kostenneutralen Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung werden unterstützt.

Zusätzlich zu diesen ausformulierten Anliegen sind uns folgende Punkte wichtig:

- **In die Verordnung sind Rahmenkriterien zur Berechnung der Vollkosten aufzunehmen.**

Die Verpflichtung der Kantone, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Patienten übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu)), bedingt eine Festlegung der Vollkosten (100%). Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die betriebsnotwendigen Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. Im Rahmen einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung sind 26 verschiedene Regelungen nicht annehmbar.

Aus den Rahmenkriterien, welche analog zur „Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung“ (VKL) zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche betriebsnotwendigen Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. Die Rechtsprechung der letzten Jahre zur VKL ist zu berücksichtigen. Die VKL allein genügt als rechtliche Grundlage nicht, da dort die ambulanten Pflegeleistungen (Spitex) nicht einbezogen sind.

Die gleiche Kostenbasis muss auch für die Verhandlung der Pauschalen zwischen Versicherern und Leistungserbringern im Bereich der Akut – und Übergangspflege gelten.

- **Es ist zu prüfen, ob die Beiträge der Versicherer an die Grundpflege in Tages- bzw. Nachtstrukturen pauschaliert werden könnten.**

Bereits heute leisten die Versicherer für den Aufenthalt in einzelnen Tagesstrukturen einen Pauschalbeitrag an die Grundpflege. Weil die detaillierte Erfassung von Leistungen der Grundpflege in Tagesstrukturen zu einem hohen administrativen Aufwand führt, wäre eine Weiterführung dieser Praxis wünschenswert. Die Leistungen gemäss Art. 7 KLV Abs. 2 Buchstaben a und b sowie die Grundpflege in Nachtstrukturen könnten trotzdem gesondert ausgewiesen werden.

- **Aus Gründen der Gleichbehandlung muss die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung auf das Maximum der Patientenbeteiligung im Pflegeheim begrenzt werden.**

Die maximale jährliche Patientenbeteiligung im Pflegeheim ergibt sich direkt aus der Festlegung des höchsten Beitrags der Versicherer für den Aufenthalt im Heim (20% des höchsten Tagesbeitrags x 365). Bei der ambulanten Pflege (Spitex) entspricht die Patientenbeteiligung 20% des Stunden-Beitrags der Versicherer für die Leistungen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 Buchstabe a KLV). Bei hohen Pflegestunden-Zahlen in der ambulanten Pflege kann deshalb das Maximum der Patientenbeteiligung im Pflegeheim überschritten werden. Um eine Schlechterstellung der Patienten in der ambulanten Pflege zu vermeiden, muss das Maximum der Patientenbeteiligung deshalb in der Verordnung sowohl für den stationären wie für den ambulanten Bereich festgelegt werden. Diese darf die im Parlament erwähnten 7'100 Franken nicht übersteigen.

- **Die Pflegeleistungen sind bezüglich besonderer Pflegesituationen (z.B. Palliativpflege und demenzielle Erkrankungen) so rasch als möglich zu überprüfen.**

Die Pflegeleistungen zu Hause (ambulant) und im Pflegeheim (Art. 7 KLV) sollen gemäss Kommentar vom 18.12.2008 zur aktuellen Revision der KLV (Abschnitt 13) in einem spä-

teren Zeitpunkt überprüft werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und ob Anpassungen nötig sind.

Die Neuregelung der Pflegefinanzierung bringt es mit sich, dass auch Pflegeleistungen, die durch eine schwere Akutkrankheit bedingt sind (z.B. Krebserkrankungen), nach zwei Wochen Pflege ausserhalb des Spitals nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit Patientenbeteiligung vergütet werden. Bei der ambulanten Langzeitpflege von Demenzkranken ergeben sich zudem höhere Patientenbeteiligungen, weil der Zeitaufwand aufgrund der Verwirrtheit der Pflegebedürftigen grösser ist. Eine rasche Umsetzung der vorgesehen Überprüfung von Art. 7 KLV ist deshalb zwingend.

- **Die Hilflosenentschädigung darf nicht für die Deckung des Kantonsanteils an den Restkosten der Pflege verwendet werden.**

Die Hilflosenentschädigung ist eine Sozialversicherungsleistung, die aufgrund objektiver Kriterien (Behinderungsgrad) ausbezahlt wird. Sie dient der Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten wie z.B. die Ermöglichung sozialer Kontakte oder die Betreuungskosten im Pflegeheim, welche nicht in die Leistungspflicht der OKP fallen. Neu wird sie auch zur Finanzierung der Patientenbeteiligung eingesetzt werden (müssen).

Es wird jedoch immer wieder die Idee propagiert, dass die Hilflosenentschädigung für die Abgeltung von ungedeckten Pflegekosten eingesetzt werden können, die gemäss Art. 25a Abs. 5 der Pflegefinanzierung neu in die Leistungspflicht der Kantone fallen. Ein Einsatz der Hilflosenentschädigung für diesen Bereich ist deshalb unzulässig.

Damit hier klare Verhältnisse geschaffen werden, sollte diese Sachlage entweder in den Verordnungen zum KVG oder zum AHVG klargestellt werden.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen im Voraus bestens und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung

Spitex Verband Schweiz



Dr. Stéphanie Mörikofer-Zwez
Präsidentin

CURAVIVA Schweiz

Verband Heime und Institutionen Schweiz



Dr. Otto Piller
Präsident

H+ Die Spitäler der Schweiz



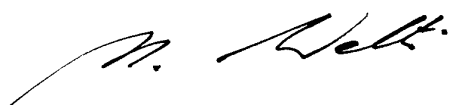
Charles Favre
Präsident

**SBK Schweizer. Berufsverband der
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner**



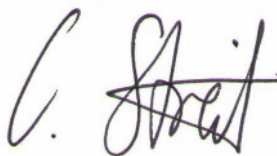
Pierre Théraulaz
Präsident

Schweizerische Alzheimervereinigung



Myrtha Welti
Zentralpräsidentin

**Senesuisse Private Alters-
und Pflegeeinrichtungen Schweiz**



Christian Streit
Geschäftsführer

**GELIKO Schweizerische
Gesundheitsligenkonferenz**



NR Silvia Schenker
Präsidentin

Parkinson Schweiz/Suisse/Svizzera



Kurt Meier
Präsident

**Curahumanis
Fachverband für Pflege und Betreuung**



Gabriela Bortolotti
Co-Präsidentin

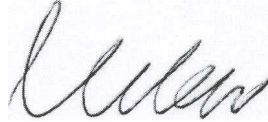


Heidi Spaar
Co-Präsidentin

SSR-CSA Schweiz. Seniorenrat



Christiane Jaquet-Berger
SSR-Co-Präsidentin



Dr. Klara Reber
SSR-Co-Präsidentin

Beilage:

Tabelle mit Änderungsanträgen

Kopie:

- Mitglieder der Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung
- Gesundheitsdirektorenkonferenz

Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung zu einzelnen Artikeln der Verordnungsentwürfe KVV und KLV

KLV

Art. KLV-Entwurf	Änderungsanträge zu den Verordnungsentwürfen (<u>beantragte Ergänzungen unterstrichen</u>)	Stellungnahme und Begründung
Art. 7 Abs. 2ter	Die Leistungen können ambulant, <u>in einem Pflegeheim oder in einer vom Kanton anerkannten Tages- bzw. Nachtstätte</u> erbracht werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden.	Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, mit einer Anerkennung von Tages- bzw. Nachtstätten die Beitragspflicht der Versicherer auszulösen. Mit der vom Departement vorgeschlagenen Formulierung würden Tages- bzw. Nachtstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind und die vor allem die tageweise Pflege und Betreuung von Demenzkranken übernehmen, von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen. Dies war mit Sicherheit nicht die Absicht des Parlamentes zumal diese Einrichtungen schon heute Beiträge der Krankenversicherer erhalten.
Art. 7a Abs. 1 und 3	Die bisherigen Leistungen der Versicherer sind im Rahmen der Tariffestlegung für die ambulante Pflege und im Pflegeheim weiterzuführen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Patientenbeteiligung den im Parlament vorgegebenen Betrag von 7'100 Franken nicht übersteigt.	Die kostenneutrale Überführung der Beiträge entspricht dem Beschluss des Parlamentes. Weil die Patientenbeteiligung direkt mit der Festlegung des höchsten Beitrags zusammenhängt, muss hier die im Parlament genannte Limite beachtet werden.
Art. 7a Abs. 4 neu	<u>Das Bundesamt erarbeitet mit den Leistungserbringern zusammen eine Umrechnung der bisherigen Leistungserfassung auf die Beitragsstufen nach Abs. 3.</u>	RAI/RUG, BESA und PLAISIR beruhen auf unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen. Damit gleiche Leistungen gleich und unterschiedliche Leistungen unterschiedlich abgegolten werden, ist eine Koordination der drei Systeme auf die in Abs.3 aufgeführten Leistungsstufen nötig.
Art. 7b Abs. 2	Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer <u>beziehungsweise dem Versicherten</u> beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.	Dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, muss sowohl im System des Tiers payant wie im System des Tiers garant möglich sein. Gemäss Entwurf wäre die entsprechende Vereinbarung aber nur für das System des Tiers payant zulässig. Es ist deshalb eine Ergänzung nötig, welche die Vereinbarung auch für das System des Tiers garant ermöglicht. Dabei wird die Umstellung von tiers garant zum tiers payant, wie sie mit der Revision der Spitalfinanzierung eingeführt wurde (Art. 42 Abs. 2 KVG, in Kraft seit 1.1.2009) nicht berührt.

Art. 7c (neu)	<u>Definition der Akut- und Übergangspflege</u> <u>1 Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:</u> a. <u>Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.</u> b. <u>Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.</u> c. <u>Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde.</u> d. <u>Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.</u> e. <u>Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt.</u> <u>2 Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.</u>	Die Akut- und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation. Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung sind vorprogrammiert. Die IG Pflegefinanzierung unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird.
--------------------------	--	---

Art. 9 Abs. 3 und 4 (neu)	³ Für Leistungserbringer gemäss KLV 7 Abs. 1 gilt für die Langzeitpflege unter Berücksichtigung von Art. 42 KVG folgendes Abrechnungsverfahren: a. Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten beziehungsweise dem Versicherer Rechnung über die vom Kanton festgelegten Vollkosten der Pflegemassnahmen. b. Der Versicherer verrechnet dem Versicherten Selbstbehalt und Franchise, sowie die vom Kanton festgelegte Patientenbeteiligung (max.20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags der Versicherer). c. Die Restkosten, welche die Summe des vom Bundesrat festgelegten Beitrags des Versicherers und der Patientenbeteiligung übersteigen, werden zwischen Kanton bzw. Gemeinden und Krankenversicherern abgerechnet. ⁴ In Abweichung von Absatz 3 Buchstabe c kann der Kanton festlegen, dass er bzw. die zuständige Gemeinde die Restkosten direkt der leistungserbringenden Institution entrichtet.	Die Grundzüge des Abrechnungsverfahrens für die Langzeitpflege müssen – wie auch für die Akut- und Übergangspflege (Art. 7b Abs. 2 KLV) – in der Verordnung festgelegt werden. Nur so kann vermieden werden, dass sich 26 verschiedene Abrechnungssysteme entwickeln, was für die Leistungserbringer nicht handhabbar ist. Versicherte und Leistungserbringer haben Anspruch auf ein transparentes, nachvollziehbares und einheitliches Fakturierungssystem. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Rechnungsstellung und Rückvergütungen für die Leistungserbringer, die Versicherer und die Kantone handhabbar ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass neben einer überschaubaren Zahl von Pflegeheimen rund 750 Spitex-Organisationen und 1500 freiberuflich tätige Pflegefachfrauen und –männer zu den Leistungserbringern gehören. Für die freiberuflich Tätigen ist eine Abwicklung der Restkostenvergütung der öffentlichen Hand über die Krankenversicherer schon aus organisatorischen Gründen zwingend. Für Spitex-Organisationen und Pflegeheime kann es jedoch sinnvoll sein, dass die Vergütung der Beiträge der öffentlichen Hand direkt erfolgt. Die Kantone sind deshalb zu ermächtigen, einen entsprechenden Zahlungsmodus für Institutionen festzulegen (Abs. 4).
II	⁷ Diese Änderung tritt am 1. Juli 2009 <u>1. Januar 2010 (ev. 1. Januar 2011)</u> in Kraft.	Ein Inkrafttreten per 1. Juli 2009 ist unmöglich, weil so den Kantonen die Zeit für den Erlass der nötigen Ausführungsbestimmungen fehlt. Eine Inkraftsetzung ist frühestens auf den 1.1.2010 möglich. Sollten die Kantone für die gesetzlichen Anpassungen mehr Zeit brauchen, ist die IG Pflegefinanzierung auch mit einer Inkraftsetzung auf den 1.1.2011 einverstanden. Eine unterjährige Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung (per 1.7.2009 oder 1.7.2010) wird wegen der damit verbundenen organisatorischen Probleme strikte abgelehnt.

KVV

Art. KVV-Entwurf	Änderungsanträge zu den Verordnungsentwürfen (<u>beantragte Ergänzungen unterstrichen</u>)	Stellungnahme und Begründung
II Abs. 2 (neu)	<u>2 Die Einhaltung der Bestimmung nach Abs. 1 der Übergangbestimmungen der Änderung vom 13. Juni 2008 des Gesetzes wird im dritten Jahr nach Inkraftsetzung überprüft anhand der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV unter Berücksichtigung der Bestimmung nach Art. 7a Abs. 2 KLV, der seit der erstmaligen Ermittlung der Beiträge aufgelaufenen allgemeinen Teuerung sowie der Entwicklung der Anzahl Bezügerinnen und Bezüger von Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes nach Pflegebedarfsstufe und Kategorie. Das Departement passt gegebenenfalls die Bestimmungen nach Art. 7a Abs. 1–3 KLV an. Es hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.</u>	Der nebenstehende Änderungsantrag der GDK wird durch die IG Pflegefinanzierung unterstützt. Die Überprüfung der für die OKP kostenneutralen Umsetzung muss in der KVV präzisiert werden. Dabei ist unmissverständlich festzuhalten, dass die Kostenneutralität im 1. Jahr auf Basis der Bestimmungen nach Art. 7a Abs. 1–3 KLV gewährleistet sein muss (OKP-Beiträge und Bestimmung zur Abrechnung).
II Abs.3 (neu)	<u>3 Die Anpassung der geltenden Tarife und Tarifverträge gemäss Abs. 2 der Übergangbestimmungen der Änderung vom 13. Juni 2008 des Gesetzes erfolgt durch Festlegung der anwendbaren Tarife durch den Kanton. Die Anpassung erfolgt in einem oder mehreren Schritten zwischen dem vor Inkraftsetzung der Änderung vom 13. Juni 2008 geltenden Tarif für Pflegeleistungen und den entsprechenden Beiträgen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Leistungen nach Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes.</u>	Der nebenstehende Änderungsantrag der GDK wird durch die IG Pflegefinanzierung ebenfalls unterstützt.
III	Diese Änderung tritt am <u>1. Juli 2009</u> <u>1. Januar 2010 (ev. 1. Januar 2011)</u> in Kraft.	Gleiche Begründung wie KLV.