



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit
c/o Bundesamt für Gesundheit
Bruno Fuhrer
3003 Bern

Per Email an: bruno.fuhrer@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 15. Dezember 2015
Ansprechpartner Stefan Berger

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 58
stefan.berger@hplus.ch

H+ Vernehmlassungsantwort 14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrter Herr Fuhrer

Mit Schreiben vom 9. September 2015 lädt uns die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) ein, uns im Rahmen der Vernehmlassung **14.417 s Pa.IV. Nachbesserung der Pflegefinanzierung** zu äussern. Dafür danken wir Ihnen bestens.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

Grundsätzliches

Die Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Heimaufenthalten (Punkt 1 der Pa.IV. 14.417) ist nur ein erster Schritt. Weitere Schritte müssen folgen. Aus unserer Sicht hat die verbesserte Abgeltung der Akut- und Übergangspflege (AÜP) oberste Priorität. Die lückenlose Übernahme der Restkosten bei allen Patientinnen und Patienten durch den zuständigen Kanton gehört ebenfalls zu unseren Hauptanliegen. Dies bedingt national einheitliche Kriterien für die Berechnung dieser Restkosten. Schliesslich setzen wir uns ein für eine angemessene Finanzierung für Pflege- und Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand, insbesondere für Demenzkranke und Palliativpatienten. Das erforderliche Massnahmenpaket entnehmen Sie bitte dem Positionspapier der IG Pflegefinanzierung, das wir ebenfalls unterstützen.

Wir bedauern es, dass H+ zum Hearing der Subkommission der SGK-SR vom 16. Januar 2015 nicht eingeladen wurde. In der stationären Langzeitpflege ist H+ die drittgrösste Interessenvertretung. Die schweizweit grösste Pflegeinstitution mit 1'600 Betten zählt zu unseren Mitgliedern, und auch viele Mitglieder im Bereich Akutsomatik verfügen über Langzeitpflegestationen.

H+ unterstützt die Stossrichtung der parlamentarischen Initiative SR Egerszegi-Obrist 14.417 „Nachbesserung der Pflegefinanzierung“. Sie spricht wichtige, wenn auch bei weitem nicht alle Probleme an, die sich aus der Umsetzung der KVG-Revision Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 ergeben haben. Ein Teil der Gründe für die Probleme liegt im Gesetz selbst, ein anderer Teil in der kantonal unterschiedlichen Umsetzung. Da sich die gravierenden Mängel bereits in den vier Jahren seit der Einführung offenbart haben, sollten die eidgenössischen Räte eine Gesamtrevision der Pflegefinanzierung ins Auge fassen.

H+ unterstützt deshalb weitere Vorstösse der eidgenössischen Räte zur Pflegefinanzierung. Wir nehmen zur Kenntnis, dass der Bundesrat seinen Bericht zu folgenden zwei Vorstössen veröffentlicht hat: 12.4099 Postulat „Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG“ (SR Bruderer) sowie 12.4051 Postulat „Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte“ (NR Heim). Daneben unterstützen wir insbesondere die folgenden Vorstösse: 14.448 Pa.IV. „Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege“ (NR Humbel), 14.4292 Motion „Praxistaugliche Zulassung der Pflegeheime als Leistungserbringer“ (NR Humbel); 12.3604 Postulat „Strategie zur Langzeitpflege“ (NR Fehr Jacqueline); 10.4090 Motion „Nationales Impulsprogramm zur Förderung von Zwischenstrukturen für betagte Personen“ (NR Rossini).

Zur vorgeschlagenen Änderung von Art. 25a Abs. 5 KVG

H+ unterstützt grundsätzlich die in Art. 25a Abs. 5 KVG vorgenommene Nachbesserung durch die SGK-SR. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung vereinfacht wesentlich die Bestimmung, welcher Kanton für die Auszahlung der Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Demnach ist immer derjenige Kanton zuständig, in welchem die versicherte Person vor Heimeintritt ihren Wohnsitz hatte, d.h. der Herkunftskanton. Durch die klare Regelung fallen jene rechtlichen Streitigkeiten weg, in welchen die Kantone Wohnsitzwechsel beweisen bzw. bestreiten müssen. Diese Streitigkeiten haben vor allem für Patientinnen und Patienten, die ausserkantonal erbrachte Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, zu Nachteilen geführt. Weil die Restfinanzierung der Pflegekosten in diesen Fällen heute nicht garantiert ist, müssen Pflegeheime die Aufnahme von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten öfters ablehnen.

Problematisch am Vorschlag der SGK-SR ist die Regelung, dass der Herkunftskanton allein über die Festsetzung der Restfinanzierung entscheidet. Damit entsteht die Möglichkeit, dass die von ihm festgesetzten Beiträge abweichen von den Beiträgen, die im Standortkanton des Pflegeheimes zur Deckung der Restkosten nötig sind. Zieht beispielsweise eine Tessinerin in ein Pflegeheim im Kanton Zürich, übernimmt gemäss SGK-SR der Kanton Tessin die Restkosten. Er bezahlt aber nur den tieferen Tessiner Ansatz, und es ist weiterhin nicht geklärt, wer für die Differenz zu den höheren Ansätzen im Kanton Zürich aufkommen muss.

Aus unserer Sicht stossend ist zudem, dass gemäss Vorschlag der SGK-SR die kantonale Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen und die Spitalfinanzierung (Wohnkanton nach Art. 49a KVG) auseinanderfallen, wenn mit Heimeintritt ein Wohnsitzwechsel erfolgt. Demnach ist der Kanton, in welchem sich das Pflegeheim befindet, als Wohnkanton verpflichtet, den kantonalen Anteil für eine stationäre Behandlung im Spital zu übernehmen, nicht der Herkunftskanton des Patienten. Für betroffene Spitäler wird dies zu zusätzlichen Abklärungen und entsprechendem Mehraufwand führen.

Die erwähnten Punkte sprechen unseres Erachtens dafür, dass bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, die auch einen Wohnsitzwechsel begründen, jeweils der Standortkanton des Pflegeheimes für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist. Dies wäre auch im Sinne des Bundesgerichtsentscheids BGE 140 V 563 vom 18. Dezember 2014, der im Bericht der SGK-SR erläutert wird. Sollte jedoch der Herkunftskanton des Patienten zuständig sein, so wäre in jedem Fall die Niederlassungsfreiheit für die Patientinnen und Patienten zu garantieren. Es darf nicht sein, dass alte, pflegebedürftige Menschen nur deshalb nicht in einem Pflegeheim eines anderen Kantons unterkommen, weil an irgendeiner Stelle die Finanzierung

nicht gesichert ist. Auch würde es Art. 25a Abs. 5 KVG widersprechen, wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patienten/-innen eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten selbst tragen müssten.

Bleibt es bei der vorgeschlagenen Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG, so ist am gleichen Ort explizit zu regeln, wer für allfällige Kostendifferenzen zwischen Herkunfts- und Standortkanton aufkommt: Im Sinne der Kohärenz mit dem ELG soll dies der Herkunftskanton sein.

H+ Schwerpunkt: Akut- und Übergangspflege

Mit Befriedigung nimmt H+ zur Kenntnis, dass die SGK-SR das Thema Akut- und Übergangspflege (AÜP) in ihren Bericht zu 14.417 s Pa.Iv. aufgenommen hat. Gleichzeitig bedauern wir, dass die SGK-SR hier vorerst keine Gesetzesrevision vorschlägt. Die AÜP bildet eine wichtige Ergänzung zum Angebot der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Sie hat ihren Platz in der integrierten Behandlung für Patientinnen und Patienten, die zwar keine Rehabilitation benötigen, aber auch noch nicht nach Hause zurückkehren können. Der Hauptzweck der AÜP ist es, diesen Personen nach einem Spital- oder Klinikaufenthalt einen Übergang anzubieten, der ihren medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und ihrer Rekonvaleszenz entspricht. Ebenso kann die AÜP einen Aufenthalt im Akutspital von vorneherein verhindern.

Die neue Spitalfinanzierung hat die Leistungsfinanzierung der akutsomatischen Behandlungen transparenter gemacht. Dies hat unter anderem zur Folge, dass Quersubventionierungen wegfallen, zum Beispiel von nachgelagerten Behandlungen. Umso wichtiger ist deshalb eine separate und vollumfängliche Finanzierung der nachgelagerten Behandlungen, wozu nebst der Rehabilitation und der Langzeitpflege auch die Übergangspflege zählt. H+ hat sich während der parlamentarischen Beratung zur KVG-Revision Pflegefinanzierung im Rahmen der damaligen IG Pflegefinanzierung erfolgreich für die Verankerung der Übergangspflege im Gesetz ausgesprochen.

H+ führte Anfang 2014 eine Befragung zum Thema „Übergangspflege: Wo stehen wir?“ bei seinen Mitgliedern durch. Diese ergab, dass drei Jahre nach Einführung der neuen Pflegefinanzierung nur 30% der Institutionen Akut- und Übergangspflege anbieten. Als Haupthindernis wird die ungenügende Finanzierung angesehen, insbesondere die zu kurze Behandlungsdauer und die Nichtvergütung von Hotellerie und Betreuung durch die OKP. In der Befragung, an der Pflegeinstitutionen, Akutspitäler mit angeschlossenen Pflegeabteilungen sowie Rehabilitations-, psychiatrische und geriatrische Kliniken teilnahmen, sprachen sich 73% für eine Verlängerung der gesetzlichen Dauer der AÜP aus.

Ungenügende Dauer der Übergangspflege

Die 2008 im KVG festgelegte Dauer der AÜP ist ein willkürlicher Kompromiss in letzter Minute zulasten der betroffenen Patientinnen und Patienten. Die maximal 14 Tage entsprechen in keiner Weise der medizinischen oder psychiatrischen Notwendigkeit. Diese Einschränkung führte zur Abschaffung der Übergangspflege in den meisten Akutspitälern.

Die Erfahrung unserer Mitglieder zeigt, dass viele Patientinnen und Patienten sowie ihr Umfeld nach 14 Tagen AÜP mit ihrer Situation zu Hause noch überfordert sind. Das gilt vor allem für ältere, multimorbide Patienten und deren Bezugspersonen. Nachgelagerte ambulante Leistungserbringer wie die Spitex können die vorhandenen Defizite bezüglich Selbständigkeit und Mobilität nicht immer auffangen, insbesondere wenn mangels Vergütung die Zeit für einen koordinierten Übertritt fehlt. Das erklärte Ziel der AÜP, Patientinnen und Patienten einen selbständigen Austritt nach Hause zu ermöglichen, ist mit der heute geltenden Vergütungsdauer in vielen Fällen nicht zu erreichen.

Unsere Mitgliederbefragung von 2014 ergab, dass eine Minstdauer von 4 Wochen notwendig ist. Zudem variiert der Pflege- und Unterstützungsbedarf dieser Patientinnen und Patienten ohne Rehabilitationspotential je nach ihrer medizinischen und sozialen Situation stark. Nötig sind

daher Optionen, um bei Bedarf den Aufenthalt zu verlängern. Aus diesem Grund soll die Finanzierungsdauer der AÜP nicht mit einer bestimmten Anzahl Tage fixiert, sondern bedarfsorientiert definiert werden. Die Verlängerung soll wieder auf der Verschreibung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes basieren, meist wohl der Hausärztin oder des Hausarztes.

Ungenügende Finanzierung der Übergangspflege

Das Ziel der selbständigen Rückkehr nach Hause bedingt, dass sämtliche Leistungen – ärztliche, pflegerische, therapeutische und Hotellerie – durch die gleichen Kostenträger vergütet werden. Dies sichert die Qualität. Die Nichtvergütung der Hotellerie und Betreuung in der Übergangspflege im Vergleich zur Akutbehandlung oder Rehabilitation führt zu Finanzierungsbrüchen und Fehlanreizen. Die heutige Finanzierung bietet für die Patientinnen und Patienten keinen Anreiz, das Angebot der AÜP zu nutzen. Eher bleiben sie in Spitalbehandlung, was zu höheren Kosten führt.

Die ungleiche Vergütung zwischen der Akutbehandlung im Spital und der Übergangspflege ist deshalb rückgängig zu machen. Die Kosten für Hotellerie und Betreuung sind auch in der AÜP aufzunehmen.

Ausserdem stellen unsere Mitglieder immer wieder fest, dass Versicherungen die für sie kostengünstigere AÜP einer für die betroffenen Patientinnen und Patienten medizinisch adäquateren, aber teureren Rehabilitationsbehandlung vorziehen. Es kommt deshalb zu Fehlversorgung, vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten.

Schliesslich ist die ausschliessliche Zuteilung der Übergangspflege an die Pflegeheime unseres Erachtens realitätsfremd, da Spitäler auch immer solche Angebote geführt haben, vor allem diejenigen, die nebst Akutpflege auch über einen Langzeitpflegeauftrag des Kantons verfügen. Dies betrifft in besonderem Masse Randregionen und ländliche Gebiete.

Deckungslücken bei der Restfinanzierung

Mit der Formulierung «Die Kantone regeln die Restfinanzierung» wurde in Art. 25a Abs. 5 KVG die Grundlage für 26 verschiedene Lösungen geschaffen. Da ein Teil der Kantone die Übernahme der Restkosten an die Gemeinden delegiert, wird die Sachlage noch unübersichtlicher. Viele Kantone und Gemeinden nehmen ihre Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten heute nicht oder ungenügend wahr.

Im stationären Bereich legen Kantone oder Gemeinden die anrechenbaren Kosten für die Pflege auf einem Niveau fest, das unrealistisch tief und folglich 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.

H+ fordert daher eine Präzisierung von Art. 25a Abs. 5 KVG dahingehend, dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen. Dafür sind Kriterien zur schweizweit einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung zu erlassen.

Ungenügende Finanzierung für Pflege- und Betreuungssituationen mit besonderem Zusatzaufwand

Die veränderte Patientenstruktur in den Pflegeheimen (komplexere Krankheitsbilder, mehr dementielle Erkrankungen, palliative Pflege, gerontopsychiatrische Pflege etc.) führt dazu, dass die höchste Pflegebedarfsstufe nach Art. 7a Abs. 3 KLV, Bst. I („mehr als 220 Minuten“) in vielen Fällen weit unter dem effektiven Bedarf liegt. Pflegeintensive Patientinnen und Patienten sind mit dem aktuellen System nicht ausreichend berücksichtigt und deshalb mangelhaft finan-

ziert. Bei einem Pflegebedarf von deutlich mehr als 4 Stunden pro Tag erhalten sie nur schwer einen Pflegeheimplatz, es sei denn, die öffentliche Hand stelle eine Zusatzfinanzierung sicher. Erschwerend kommt hinzu, dass die bestehenden Bedarfserfassungsinstrumente den höheren Pflegebedarf und die betreuende Pflege schlecht abbilden.

Die Pflegebeiträge der OKP gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV sind seit 2011 unverändert. Es fehlt ein Mechanismus zur Überprüfung und Anpassung der Beiträge. Das System ist nach unserem Dafürhalten zu erweitern und die höheren Stufen mit entsprechend höherem Beitrag zu entgelten. Gleichzeitig muss als flankierende Massnahme der Beitrag der Patientinnen und Patienten gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG überprüft werden, damit diese durch die Einführung höherer Beitragsstufen nicht stärker belastet werden.

Fazit

Aus unserem Befund zur Situation der Pflegefinanzierung leiten wir folgenden Nachbesserungsbedarf ab:

1. Die gesetzliche Dauer der Übergangspflege (Art. 25a, Abs. 2 KVG) ist aufzuheben.
2. Sofern an einer gesetzlichen Dauer der Übergangspflege festgehalten wird, so soll diese mindestens 4 Wochen betragen und bedarfsorientiert einmal verlängert werden können.
3. Die Übergangspflege ist wie die vorgelagerte akut-stationäre Behandlung zu finanzieren. Das heisst, die Hotellerie- und Betreuungskosten sind aufzunehmen.
4. Art. 25a, Abs. 5 KVG ist dahingehend zu präzisieren, dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten für Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen. Dafür sind Kriterien zur schweizweit einheitlichen Berechnung der Restfinanzierung zu erlassen.
5. Art. 25a, Abs. 5 KVG sollte dahingehend präzisiert werden, dass bei ausserkantonalen Heimaufenthalten, die auch einen Wohnsitzwechsel begründen, jeweils der Standortkanton des Pflegeheimes für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist. Bei Zuständigkeit des Herkunftskantons müsste dieser explizit dazu verpflichtet werden, auch allfällige Kostendifferenzen zum Standortkanton des Pflegeheims zu übernehmen.
6. Art. 7a Abs. 3 KLV ist dahingehend anzupassen, dass das System der Pflegebedarfsstufen erweitert und die höheren Stufen mit entsprechend höherem Beitrag entgolten werden. Es ist zudem auf eine Anpassung der Bedarfserfassungsinstrumente auf die heute komplexere Patientenstruktur in den Heimen hinzuwirken.
7. Als flankierende Massnahme zu Punkt 6 ist Art. 25a, Abs. 5 KVG dahingehend anzupassen, dass die versicherten Personen durch höhere oder zusätzliche Pflegekosten nicht mehr belastet werden, z.B. durch eine Anpassung des %-Satzes ihrer Kostenbeteiligung.

Wir bitten Sie um die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor