

Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats

3003 Bern

bruno.fuhrer@bag.admin.ch

dm@bag.admin.ch

Bern, 15. Dezember 2015

14.417 s Pa. Iv. Nachbesserung der Pflegefinanzierung Vernehmlassungsantwort IG Pflegefinanzierung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung, an welcher wir uns gerne beteiligen.

In der IG Pflegefinanzierung haben sich Betroffenenorganisationen und Leistungserbringerverbände zusammengeschlossen. Wir setzen uns für Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung ein, damit die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanter und stationärer Pflege auf qualitativ hohem Niveau auch weiterhin sichergestellt ist.

Folgende Organisationen der IG Pflegefinanzierung tragen diese gemeinsame Vernehmlassungsantwort: Association Spitex privée Suisse ASPS, CURAVIVA Schweiz, Gesundheitsligen GELIKO, Heilbäder und Kurhäuser Schweiz, Parkinson Schweiz, SBK/ASI, Schweizerische Alzheimervereinigung, senesuisse, und Spitex Verband Schweiz.

1 Allgemeine Bemerkungen

Die IG Pflegefinanzierung ist enttäuscht über die Nachbesserungen der aktuellen Pflegefinanzierung, welche die Sozial- und Gesundheitskommission des Ständerats (SGK-SR) vorschlägt. Die Vorlage der SGK-SR genügt nicht, um die bestehenden Probleme der Pflegefinanzierung zu lösen. Mit dem Vorschlag der SGK-SR bleibt ein grosser Teil der Probleme bestehen.

Wir begrüssen, dass die SGK-SR den Nachbesserungsbedarf an der Pflegefinanzierung erkannt hat und mit dieser Vorlage die Frage klären will, welcher Kanton die Restfinanzierung bei ausserkantonaler Pflege leisten muss. Allerdings ist die vorgeschlagene Regelung untauglich. Wir fordern, dass sich die Höhe der Restfinanzierung nach dem Kanton richten muss, in dem die Pflegeleistung erbracht wird.

Wir bedauern, dass die SGK-SR nur diesen einen Punkt in Angriff genommen hat. Für uns besteht ein viel weiter gehender Bedarf zur Nachbesserung, welchen wir als IG Pflegefinanzierung

den Räten in einem umfassenden Dokument unterbreitet haben. Auf die Problembereiche, welche die SGK-SR in ihrem erläuternden Bericht aufgreift aber nicht löst, und auf weitere Punkte gehen wir im 3. und 4. Absatz ein.

2 Stellungnahme zur vorgeschlagenen Bestimmung

Wenn es nach der SGK-SR geht, soll der Herkunftskanton des Patienten/der Patientin für die Restfinanzierung bei „ausserkantonalen Pflege“ zuständig sein. Ein Eintritt in ein Pflegeheim soll nichts an dieser Zuständigkeit ändern. Grundsätzlich ist diese Regelung logisch und sinnvoll. Aus folgenden Gründen sind wir aber der Meinung, dass sie nicht genügend weit geht:

2.1 Wer trägt die Differenz der Kosten?

Laut SGK-SR soll der Herkunftskanton für die Festsetzung der Restfinanzierung zuständig sein. Indes lässt die SGK-SR offen, wer die Differenz zu den in einem anderen Kanton anfallenden Kosten zu tragen hat, wenn diese höher sind als im Herkunftskanton.

Das KVG hält fest, dass der/die Versicherte mit maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Beitrages an den Pflegekosten belastet werden darf. Wenn bei der ausserkantonalen Pflege die Patienten/-innen eine allfällige Differenz der kantonalen Normkosten selbst tragen müssten, würde dies dem KVG widersprechen.

Dass die Leistungserbringer die Differenz tragen müssten, ist aber keine akzeptable Lösung. Sie würde dazu führen, dass Pflegeheime und Spitex-Organisationen ausserkantonale Bewohner/innen respektive Patient/innen vermehrt ablehnen müssten, da sie ihre Kosten nicht decken können. In vielen Fällen ist jedoch ein Übertritt in ein Pflegeheim eines anderen Kantons oder die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen nicht einfach ein Luxus, den sich jemand leisten kann oder nicht. Viele Menschen lassen sich aus wichtigen sozialen oder versorgungsbedingten Gründen ausserkantonale pflegen: Ein ausserkantonaler Heimeintritt erfolgt oft, weil jemand nahe bei der Familie im Pflegeheim leben möchte. Ein sozial wichtiger Grund; insbesondere auch, weil die Pflegebedürftigen bei Heimeintritt in der Regel kaum noch mobil sind. Ambulante ausserkantonale Pflege gibt es nicht nur für Ferienaufenthalte und bei nahe an der Kantongrenze lebenden Patient/innen, sondern auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen (jemand zieht temporär zu anderen Angehörigen) oder zur Überbrückung nach einem Spitalaufenthalt (jemand zieht temporär zu Angehörigen, bis er/sie wieder alleine leben kann).

2.2 Administrativer Aufwand

Falls die von der SGK-SR vorgeschlagene Regelung in Kraft treten sollte, werden die Verbände den Spitex-Organisationen sehr wahrscheinlich folgende Umsetzung empfehlen:

Spitex verrechnet den ausserkantonalen Patienten/-innen die Vollkosten oder, wo vorhanden, die kantonalen Normkosten. Die Patient/innen müssen dann selber in ihrem Wohnkanton respektive in der Wohngemeinde die Restkosten-Finanzierung einfordern.

Möchte Spitex auf diese für die Patienten/-innen ungünstige und komplizierte Praxis verzichten, würde dies bedeuten:

-

- Rechnungsstellung an einen Kanton, mit dem man keine etablierten Prozesse hat (in vielen Fällen erfolgt die Abrechnung sogar auf Gemeindeebene). Diese Rechnungsstellung hat gemäss Formularen und Regelungen dieses Kantons zu erfolgen.
- Den allfälligen Differenzbetrag zwischen den Kantonen dem Patienten/der Patientin in Rechnung stellen (oder als Organisation den Verlust selbst tragen).
- Dem Patienten/der Patientin die Kostenbeteiligung nach Art. 25a Abs. 5 KVG gemäss der Regelung des Wohnkantons (oder gar der Wohngemeinde) verrechnen.

Dies wäre ein sehr grosser administrativer Aufwand, den Spitex für Einsätze bei ausserkantonalen Patienten/-innen, die in der Regel nur ein paar wenige Wochen dauern, nicht leisten kann.

Aus diesen Gründen fordern wir, dass die Zuständigkeit wie folgt gelöst wird:

Bei der ambulanten Pflege wird die Restfinanzierung vom Kanton geleistet, in dem die Pflegeleistung durch Spitex erbracht worden ist.

Im stationären Bereich hat der Herkunftskanton (Kanton des letzten Wohnsitzes vor Heimeintritt) die Restfinanzierung zu tragen. Zudem muss unter allen Kantonen eine gegenseitige Anerkennung der festgelegten Kostenobergrenzen erfolgen. Wenn diese interkantonalen Gespräche erfolglos bleiben, wird nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren per Bundesgesetz definiert, welcher Kanton für die Finanzierung der Differenz zu den allenfalls höheren Norm- oder Vollkosten zuständig ist.

Damit die Restfinanzierung bei ausserkantonomer Pflege sinnvoll geregelt werden kann, ist auch sicher zu stellen, dass alle Kantone die Verantwortung in der Restfinanzierung tatsächlich wahrnehmen. Heute besteht weiterhin in einigen Kantonen eine vollkommen unbefriedigende Situation, weil die Restfinanzierung viel zu tief angesetzt wurde.

In der ambulanten Pflege gibt es Kantone, welche den erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen und den selbständig erwerbenden Pflegefachpersonen keine Restfinanzierung gewähren. Und einige Kantone gelten die Kosten, welche durch die Erfüllung der Versorgungspflicht entstehen, nur ungenügend ab.

Im stationären Bereich erwirtschaften gemäss SOMED-Statistik ca. 600 Heime einen Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von mehr als einer halben Milliarde erleiden. Unter dem Strich bestehen gesamtschweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250-350 Millionen Franken.

3 Stellungnahme zu den im Bericht ebenfalls aufgeführten Problembereichen

3.1 Zu Ziffer 2.4.1 des erläuternden Berichts (Beitrag der Krankenpflegeversicherung)

Wir sind uns bewusst, dass die Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral zu erfolgen hatte. Die Kosten der Pflege sind aber genau wie die zugrunde liegenden Leistungen nicht statisch; beide entwickeln sich weiter. In den letzten Jahren hat die sich Spitex stark professionalisiert und ist heute in der Lage, Patienten/-innen bereits in subakutem Stadium aus dem Spital zu übernehmen. Dies passt auch zur Entwicklung der immer kürzer werdenden Hospitalisationsdauern. Gleichzeitig

bleiben alte, multimorbide Menschen immer länger zu Hause. Spitex benötigt zur Pflege von subakuten Patient/innen und Menschen mit komplexen, chronischen Krankheitsbildern auch genügend gut ausgebildetes Personal. Dies ist mit entsprechenden Lohnkosten verbunden. Weil die Menschen länger zu Hause bleiben, verändert sich auch der „Bewohner-Mix“ in den Pflegeheimen hin zu mehr Bewohner/innen mit komplexen und Mehrfach-Erkrankungen. Auch hier ist gut ausgebildetes, teureres Personal erforderlich. Zudem erhöht auch die Personalknappheit im Gesundheitssektor die Kosten aktuell und in Zukunft: Der Fachkräftemangel schlägt sich nämlich auf die Löhne nieder, weil der Lohn ein wichtiger Anreiz ist, um qualifiziertes Personal für die Betriebe zu finden und in den Betrieben zu halten.

Wir fordern, dass der Grundsatz der jährlichen Anpassung der Beiträge der OKP an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ins KVG aufgenommen wird.

Zudem ist das System bei den Pflegeheimen um sechs Stufen zu 20 Minuten auf 18 Stufen zu erweitern und mit entsprechend höheren Beiträgen zu entgelten.

In der Folge ist die Patientenbeteiligung sowohl für die Leistungen der Spitex wie auch jene in Pflegeheimen auf 10% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu beschränken, damit die Patient/innen nicht über Massen belastet werden.

3.2 Zu Ziffer 2.4.2 des erläuternden Berichts (Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung)

Die IG Pflegefinanzierung ist gleicher Meinung wie die SGK-SR: Es braucht keine Ergänzung im KVG, um schweizweit mittels Messinstrumenten den identischen Pflegebedarf für gleiche Fälle auszuweisen.

Allerdings ist zu bedauern, dass das anzustrebende Ziel bisher nicht erreicht wurde, mit allen Messinstrumenten einen gleichwertigen Pflegeaufwand abzubilden. Es ist unfair, wenn gewisse Patienten und Leistungserbringer aufgrund des angewendeten Ermittlungstools eine tiefere Finanzierung durch Versicherer und öffentliche Hand erhalten.

Es sollten nicht nur die in Pflegeheimen angewendeten Pflegemessinstrumente gleiche Pflegesituationen identisch abbilden. Vielmehr sind auch in der ambulanten Pflege (Spitex) klare Kriterien für anerkannte Assessmentinstrumente nötig. 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.

Der Wettbewerb muss auf den Leistungen stattfinden, nicht auf der unfairen Ebene der Messinstrumente. Mit der Festlegung klarer Kriterien und einer Kalibrierung für angewendete Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung könnte dies garantiert werden. Dadurch werden Monopole verhindert und es besteht eine Auswahl anerkannter Anbieter mit verschiedenen Systemen, welche zu identischen Resultaten führen.

3.3 Zu Ziffer 2.4.3 des erläuternden Berichts (Abgrenzung von Pflege- und Betreuungskosten)

Für das KVG und auch den Tarifschutz ist nur relevant, welche Kosten als „Pflegekosten“ gelten und somit gemäss Pflegefinanzierung abzurechnen sind. Dies ist in Verordnungen und Recht

sprechung bereits ausführlich präzisiert. Zur Messung und Bestimmung der Pflegekosten existieren genügend Hilfsmittel (nebst den Pflegemessinstrumenten wie BESA, RAI/RUG und Plaisir etwa das „Handbuch Kostenrechnung und Leistungsstatistik für Alters- und Pflegeheime“, das „Handbuch Anlagebuchhaltung für Alters- und Pflegeheime“, das Handbuch REKOLE® und die Arbeitszeitanalyse CURAtime).

Wenn die Kostenkategorie „Pflege“ korrekt ermittelt und in der Kostenrechnung erfasst ist, besteht keinerlei Bedarf zur zusätzlichen Messung/Eingrenzung der „Betreuungskosten“. Die in Pflegeheimen anfallenden Kosten für den Aufenthalt (oft künstlich in zwei Kategorien „Betreuung“ und „Hotellerie“ aufgeteilt) können bereits mit der heutigen Gesetzgebung klar von den Pflegekosten abgegrenzt werden, somit sind weitere Normen überflüssig. Wennschon müssten sich die Kantone dazu entscheiden, die Bestimmung der Pflegekosten einheitlich und klar zu regeln, damit die Kostenrechnungen klarer und vergleichbar werden.

Die SGK-SR weist zurecht darauf hin, dass die Festlegung der „Normkosten“ korrekt erfolgen muss: Nur wenn die Kantone für die gesamten auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegekosten auch tatsächlich aufkommen, wird der Tarifschutz für Bewohner/innen garantiert. Solange sich noch immer viele Kantone weigern, die Ausfinanzierung der Pflegekosten gemäss ihrer gesetzlichen Pflicht in Art. 25a Abs. 5 KVG zu übernehmen, bleibt auch das Problem der Tarifschutzverletzung bestehen. Wegen der fehlenden Kostendeckung sind Leistungserbringer gezwungen, in anderen Bereichen Profit zu machen – sonst tritt früher oder später deren Konkurs ein. Es sind letztlich die fehlenden Beiträge der Versicherer und der Restfinanzierer, welche zur ungenügenden Finanzierung der Pflegekosten führen, und nicht die mangelhafte Kostenermittlung und Leistungserfassung der Heime.

Definitiv abzulehnen ist eine zusätzliche Messung von „Betreuungskosten“ mit einem eigenen Instrument. Dies würde enormen Aufwand verursachen, ohne einen Nutzen zu bringen.

3.4 Zu Ziffer 2.4.4 des erläuternden Berichts (Akut- und Übergangspflege)

Die neu geschaffene Leistung der Akut- und Übergangspflege hat sich in der Tat nicht etabliert. Dass die Versicherer und Leistungserbringer dies ändern können, indem sie Pauschalen für die Leistungen der AÜP aushandeln, glauben wir jedoch nicht. Vielmehr muss unserer Meinung nach die Grundkonzeption der AÜP verbessert werden. Wir sind überzeugt, dass die AÜP sich nur etablieren kann, wenn sie für mehr als nur 2 Wochen verordnet werden kann und wenn bei stationärer AÜP der Aufenthalt durch OKP und Kanton finanziert wird.

Wir fordern deshalb

- > eine Verlängerung der AÜP auf sechs Wochen und die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung um weitere sechs Wochen;
- > dass die Leistungen der AÜP im Pflegeheim nach den Regeln der Spitalfinanzierung inklusive der Kosten für Hotellerie und Betreuung zu vergütet sind.

Nur mit diesen Verbesserungen werden die Patient/innen AÜP beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und –ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

Nur mit diesen Nachbesserungen werden AÜP-Leistungen sinnvoll genutzt, werden die Patient/innen AÜP diese beanspruchen wollen und besteht für die Leistungserbringer (ambulant

und stationär) ein genügend grosser Anreiz, ein entsprechendes Angebot zu schaffen und anzubieten. Und erst dann kann die AÜP den Spitalärztinnen und -ärzten bekannt gemacht und zur Verordnung empfohlen werden.

4 Weitere Themen mit Nachbesserungsbedarf

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung weist unserer Meinung nach weitere Probleme auf, bei denen wir uns als IG Pflegefinanzierung eine baldige Lösung erhoffen.

4.1 Tarifschutz

Obwohl im KVG geregelt ist, dass der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden dürfen, vertritt z. B. der Kanton Solothurn die Meinung, dass den Versicherten zusätzlich Wegspesen in Rechnung gestellt werden dürfen.

Bei den Pflegeheimen führt die viel zu tiefe Restfinanzierung in manchen Kantonen dazu, dass Pflegeleistungen den Bewohner/innen als Betreuungsleistungen in Rechnung gestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass sich der Gesetzgeber klar und eindeutig dazu äussert, 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 KVG vollständig zu finanzieren haben.

4.2 Variantenvielfalt bei der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege

Aktuell besteht bei der Ausgestaltung der Patientenbeteiligung in der ambulanten Pflege eine sehr grosse Vielfalt. So gibt es beispielsweise Kantone ohne Patientenbeteiligung, andere mit einem fixen Betrag von CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag oder einem prozentualen Anteil von 10% oder 20% vom Rechnungsbetrag mit Begrenzung bei CHF 8.- oder CHF 15.95 pro Tag. Diese Vielfalt an Varianten führt zu erheblichem administrativem Aufwand bei Leistungserbringern, die in mehreren Gemeinden respektive Kantonen tätig sind und bei den diversen Anbietern von Software-Lösungen, welche sehr viele verschiedene Varianten in ihre Produkte einbauen müssen.

Daher fordern wir eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Prozentsatzes auf 10% und die eindeutige Festlegung der Berechnungsbasis auf eidgenössischer Ebene.

4.3 Finanzierung von Pflegematerial

Gemäss BAG-Interpretation des KVGs können Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen keine Materialkosten zulasten Krankenkversicherter verrechnen. Die Finanzierung von Pflegematerialien und Mittel und Gegenständen gemäss MiGeL kann aber auch nicht im Rahmen der Restfinanzierung sichergestellt werden.

Wir fordern deshalb, dass das KVG dahingehend angepasst wird, dass die OKP die Kosten für Pflegematerial und Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL tragen muss.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen, sei es im Rahmen der Parlamentarischen Initiative Nachbesserung der Pflegefinanzierung, in Zusammenhang mit der Evaluation des BAG der Pflegefinanzierung oder bei weiteren Bemühungen um Verbesserungen bei der Pflegefinanzierung. Wir stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Für die IG Pflegefinanzierung



Marianne Pfister
Zentralsekretärin
Spitex Verband Schweiz
pfister@spitex.ch



Christian Streit
Geschäftsführer
Senesuisse
info@senesuisse.ch