CURAVIVA.CH
VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

Bern, 22. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

1. Einführung

Am 4. Juli 2018 wurde eine Vernehmlassung zur Änderung einer Verordnung des Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) eröffnet: Vgl. Mitteilung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG AG) vom 4. Juli 2018 bezüglich einer Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung des EDI (KLV) betreffend Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung.

Relevante Vernehmlassungsunterlagen:
- Änderungen der KLV Kostenneutralität Pflegebedarfsermittlung
- Änderungen und Kommentar im Wortlaut

CURAVIVA Schweiz wurde zur Teilnahme an der Vernehmlassung eingeladen, wofür sich der nationale Branchenverband bedanken möchte.

In diesem Rahmen will der Bundesrat folgende Massnahmen ergreifen:
- 'Adjustierung' der bei der Einführung der Pflegefinanzierung festgesetzten OKP-Beiträge an die Pflegeleistungen: Die Höhe der Beiträge der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an die Pflegeleistungen für die Pflegeheime soll um 6.7 Prozent erhöht und für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) um 3.6 Prozent gesenkt werden. Dadurch soll die Summe der Vergütungen für die ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen vor und nach der Einführung der Pflegefinanzierung gleichbleiben (Kostenneutralität).
- Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen bei der Abklärung und Ermittlung des Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten. Ihre Tätigkeit soll dadurch aufgewertet und der administrative Aufwand vereinfacht werden.
- Festlegung von Mindestanforderungen an die Pflegebedarfserfassung in Pflegeheimen, um eine Angleichung der Abklärungsinstrumente sowie die Einschätzung identischer Pflegesituationen zu erreichen. Dadurch soll die Gleichbehandlung der Versicherten in allen Kantonen sichergestellt werden.

2. Lücken und Mängel der Vorlage

CURAVIVA Schweiz erachtet den Vernehmlassungsentwurf als klar ungenügend und enttäuschend. Als nationaler Branchenverband begrüssen wir zwar die vorgeschlagene Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimaufenthalte ausdrücklich und stimmen auch der Stossrichtung der übrigen Vorschläge zu. Mit den inhaltlich sehr beschränkten und weitgehend technischen

Vorschlägen werden aber viele bestehende Probleme in der Pflegefinanzierung nicht gelöst. Es handelt sich um zum Teil seit längerem bekannte Lücken, zum Teil auch um neuen, dringenden Handlungsbedarf. Einige der Problemfelder wurden im Rahmen des am 4. Juli 2018 veröffentlichten Berichts zur Evaluation der Pflegefinanzierung aufgezeigt, vom Bundesrat aber nicht berücksichtigt.

Aus diesem Grund beantragt CURAVIVA Schweiz folgende zusätzliche Massnahmen:

2.1. Gewährleistung der Restfinanzierung

Mit der neuen Pflegefinanzierung wurden Fixbeiträge der Versicherer und Patienten eingeführt. Die ganzen restlichen Pflegekosten müssen durch die Kantone bezahlt werden, soweit sie diese Aufgabe nicht ihren Gemeinden übertragen. Die Praxis zeigte schon rasch nach der Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen, dass einige Kantone die Pflicht zur vollständigen Restfinanzierung nicht genügend wahrnehmen. Die ungedeckten Pflegekosten führen zu grossen Problemen für Leistungserbringer und Patienten. Das Bundesgerichtsurteil 9C_446/2017 vom 20. Juli 2018 hat bestätigt, dass die Kantone für die gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten aufkommen müssen. Nur wenn sie in betroffenen Einzelfällen feststellen und nachweisen können, dass einzelne Leistungserbringer nicht wirtschaftlich und effizient arbeiten, ist für diese konkreten Betriebe eine Kürzung zulässig.

Antrag 1: Gewährleistung der Restfinanzierung durch die Kantone der gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten
Der Bund stellt sicher, dass der Bundesgerichtsentscheid 9C_446/2017 in allen Kantonen umgesetzt wird und nicht die Pflegebedürftigen zusätzlich belastet werden, falls nötig mit entsprechenden Rechtsänderungen. Soweit noch Unklarheiten bestehen, definiert er verbindlich, was in den Pflegekosten enthalten ist und durch die Restfinanzierung gedeckt werden muss.

2.2. Vergütung der Pflegematerialkosten

Das Bundesverwaltungsgericht hat in Urteilen vom 1. September und 7. November 2017 (C-3322/2015 sowie C-1970/2015) festgehalten, dass gemäss geltendem Recht für die Abgabe von Produkten der Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL) zwei unterschiedliche Fallkonstellationen zu unterscheiden sind. Bei einer selbständigen Anwendung durch die Patientinnen und Patienten leisten die Krankenversicherer ihre Vergütung gemäss MiGeL, bei einer Anwendung durch eine Pflegefachperson hingegen nicht mehr. Faktisch müssen neu die die Restfinanzierer (Kantone oder Gemeinden) die Kosten übernehmen, welche bei Spitex, Pflegeheimen und selbstberuflichen Pflegefachleuten anfallen.

Im Pflegealltag haben diese Urteile sehr negative Folgen. Speziell in der ambulanten Pflege werden Mittel und Gegenstände zum Teil abwechselnd durch eine Patientin oder einen Patienten oder durch eine Pflegefachperson angewendet. Gestützt auf die Gerichtsurteile müssen nun die Mittel und Gegenstände in einem Fall die Krankenversicherer, im anderen Fall die Restfinanzierer (Kantone oder Gemeinden) bezahlen. Dies führt zu kaum lösbaren Abgrenzungsproblemen und zu einem grossen und unnötigen administrativen Aufwand. Hinzu kommt, dass nur die Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhalten. Die Kantone oder Gemeinden können die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit nicht überprüfen.

CURAVIVA Schweiz beantragt deshalb eine dringende Rechtsänderung, damit die in der Praxis absolut untaugliche Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch fachliches Personal aufgehoben wird und die freiberuflichen Pflegefachpersonen, die Spitex-Organisationen und Pflegeheime das Pflegematerial wie vor den Gerichtsurteilen den Krankenversicherern

verrechnen können. Zudem fordert CURAVIVA Schweiz, dass diese Anpassungen in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden.

Antrag 2: Anpassung von Art. 20 KLV
„Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle nach Artikel 55 KVV abgegeben werden~~ und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden~~."

Antrag 3: Dringliche Inkraftsetzung vom angepassten Artikel 20 KLV
Die Inkraftsetzung des Antrags 2 hat per Dringlichkeitsbeschluss auf den 1. Januar 2019 zu erfolgen.

Eventualantrag: **Änderung auf Gesetzesstufe innert kürzester Frist**
Sollte sich eine Änderung auf Gesetzesstufe als zwingend erweisen, wird diese dem Parlament innert kürzester Frist vorgelegt (siehe auch Motion der SGK-NR 18.3710 „MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen").

2.3. Finanzierung besonderer Pflegesituationen

Krankheitsbedingte Kosten müssen konsequent vergütet werden. Dies gilt auch für den erhöhten Zeitaufwand und die zusätzlichen Leistungen für die Pflege von Menschen mit einer Demenz und für die Palliativpflege. Ohne eine verbesserte Finanzierung lassen sich die Ziele der von Bund und Kantonen lancierten Nationalen Strategien zu Demenz und Palliative Care nur ungenügend umsetzen. Die Pflegeleistungen gemäss KVG müssen deshalb besonderen Krankheiten und Situationen besser Rechnung tragen. Dies bedingt, dass die entsprechenden Leistungen auf Verordnungsebene besser berücksichtigt werden. Ohne diese Korrektur gehen die Kosten für diese Leistungen allein zulasten der Patientinnen und Patienten und/oder der öffentlichen Hand. Können die Patientinnen und Patienten diese Kosten nicht übernehmen, wird die Wahlfreiheit und die bestmögliche Pflege eingeschränkt. Um die hohe Pflegeintensität für Demenz, für Palliativpflege und bei Multimorbidität besser zu berücksichtigen, ist zudem die Begrenzung auf zwölf Pflegestufen in den Pflegeheimen auf achtzehn Stufen zu erhöhen. Die zusätzlichen Kosten für pflegeintensive Situationen insbesondere am Lebensende gehen sonst einseitig zulasten der Restfinanzierer. Damit kann auch eine Forderung des Postulat der SGK-S 18-3384 „Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende" berücksichtigt werden.

Antrag 4: Adäquate Finanzierung der Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege (Art. 7 Abs. 2 KLV)
Artikel 7 Absatz 2 KLV ist zu ergänzen, um die Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege adäquat zu erfassen und zu finanzieren.

Antrag 5: Adäquate Erfassung der Leistungen in der Demenz- und Palliativpflege (Art. 7a Abs. 3 KLV)
Die OKP-Beiträge für Leistungen in Pflegeheimen werden durch eine entsprechende Ergänzung von Artikel 7a Absatz. 3 KLV auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Schritten zu 20 Minuten abgestuft, indem die Anzahl der Stufen von 12 auf 18 erhöht wird.

2.4. Taugliche Regelung der Akut- und Übergangspflege

Hauptzweck der Akut- und Übergangspflege (AÜP) ist, Patientinnen und Patienten nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, wenn sie für ihre Rekonvaleszenz vorübergehend noch der Pflege bedürfen, damit sie die Selbständigkeit im Alltag bald zurückerlangen und heimkehren können. Mit einer sinnvollen Lösung können die Kosten gedämpft und gleichzeitig Komplikationen und Fehlversorgung vermieden werden. Die aktuell geltende Konzeption der AÜP hat sich aber als untauglich erwiesen. Sie wird deshalb nur von wenigen Leistungserbringern angeboten. Die wenigen Praxisbeispiele zeigen, dass die maximale Dauer deutlich zu kurz ist, um die Ziele zu erreichen. Damit sie wirkungsvoll umgesetzt wird muss die AÜP von der OKP und von den Wohnkantonen der Patientinnen und Patienten vier statt zwei Wochen vergütet werden können und bei Bedarf um längstens vier Wochen verlängert werden. Zudem ist sie wie vorgelagerte Behandlungen einer akuten Krankheit zu finanzieren – inklusive Hotellerie- und Betreuungskosten.

Antrag 6: **Neuregelung der AÜP / Anpassung von Art. 25a Abs. 2 KVG**
„Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten längstens *vier* Wochen *nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs. 1) und* nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. *Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden.* Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.“

3. Stellungnahme zur Vernehmlassungsvorlage

3.1. Anpassung der OKP-Beiträge (Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV)

CURAVIVA Schweiz fordert eine signifikante Erhöhung aller Beiträge nach Artikel 7a KLV. Wie auch der Evaluationsbericht zur neuen Pflegefinanzierung aufzeigt, hat das primär durch die Demographie bedingte Kostenwachstum seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung in der ambulanten wie in der stationären Pflege sehr einseitig die Kantone und Gemeinden belastet. Um eine Schieflage des Systems zu vermeiden, braucht es eine entsprechende Korrektur. Im Gegenzug sind dann die Restfinanzierer besser in der Lage, ihren rechtlichen Verpflichtungen nachzukommen und sie sind entsprechend in die Pflicht zu nehmen (siehe Antrag 1).

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz stellt die Kostenneutralitätsberechnung des BAG deshalb den falschen Ansatz dar. Es entspricht sicher dem Auftrag des Gesetzgebers, mit dieser Berechnung die ursprüngliche Zielerreichung zu messen. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass der Bundesrat die Korrektur der OKP-Beiträge allein aufgrund dieser statischen Betrachtung vorschlägt und die dynamische Entwicklung seither nicht berücksichtigt. Die Berücksichtigung dieser Entwicklung verlangt auch das Postulat der SGK-NR 16.3352, das der Nationalrat am 19. September 2016 fast einstimmig überwiesen hat. Es fordert eine gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger. Laut Ankündigung des EDI ist eine Anpassung der OKP-Beiträge zur Erfüllung dieses Postulats derzeit in Prüfung.

Zudem stellt CURAVIVA Schweiz die verwendete Berechnungsmethode des EDI infrage: Das BAG rechnet die Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen im Pflegeheim sowie in der Pflege zu Hause auf Basis der Teuerung der Jahre 2007 und 2008 (= 3.1%) auf das Jahr 2009 (Basisjahr) hoch (s. Begleitbericht „Änderungen und Kommentar im Wortlaut“, S. 4). Die allgemeine Teuerung darf jedoch kein Kriterium für die Hochrechnung der OKP-Beiträge sein: Sie stellt eine viel zu

allgemeine und unpräzise Basis dar. Vielmehr soll die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich als Rechnungsbasis berücksichtigt werden. Somit würde die relevante Kostenentwicklung viel gezielter und zuverlässiger abgegrenzt. Tatsache ist: Während der letzten Jahre wurde ein Wachstum bei den Löhnen registriert. Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. Im Heimbereich sind sie im gleichen Zeitraum um über 2% gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4 bis 6%.

Angesichts der ungenügenden Berechnungsgrundlagen und der anstehenden generellen Überprüfung die OKP-Beiträge macht es überhaupt **keinen Sinn, die Beiträge an die ambulante Pflege zu senken. CURAVIVA Schweiz lehnt diesen Vorschlag klar ab**.

CURAVIVA Schweiz begrüsst hingegen den unterbreiteten Vorschlag zur Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimaufenthalte um 6.7 % ausdrücklich. Die Erhöhung müsste jedoch noch deutlich höher ausfallen. Nicht nur wurden die seit 2011 gültigen Beiträge der Krankenversicherer von CHF 9.-- pro 20 Pflegeminuten zu tief festgelegt. Seit 2011 sind diese Beiträge auch unverändert geblieben. Eine Anpassung der Beiträge ist nun dringend notwendig, auch weil sich seit 2011 die Patientenstruktur in den Pflegeinstitutionen stark verändert hat: Die Pflege ist anspruchsvoller geworden, höher qualifiziertes Personal mit höheren Lohnansprüchen wurde notwendig. Gemäss der SASIS- und SOMED-Statistik hat die OKP im Jahr 2010 noch einen Beitrag von 52,99 Prozent der in Pflegeheimen anfallenden Pflegekosten bezahlt. Bis ins Jahr 2016 ist der Beitrag der OKP auf 44.69 Prozent gesunken. Dadurch übernahmen die Krankenversicherer 2016 nur noch CHF 55.63 pro Bewohnertag statt noch CHF 58.78 im Jahr 2010.

Hervorzuheben ist in diesem Kontext, dass die Pflege nicht zu den Kostentreibern der OKP gehört. Im Gegenteil hat der Anteil der Pflege (Spitex und Pflegeheime) an den Bruttoleistungen der OKP gemäss Statistik des BAG in den letzten 10 Jahren von 10.0% auf 8.6% abgenommen. Die Bruttoleistungen für Pflegeheime pro versicherte Person hat im gleichen Zeitraum um 4 Franken pro Jahr abgenommen.

Anpassungen der OKP-Beiträge für besondere Pflegesituationen (siehe oben Ziffer 2.3.) sollten bei der generellen Überprüfung der Beiträge berücksichtigt werden, so dass keine kumulativen Effekte entstehen.

Die Inkraftsetzung von Änderungen der OKP-Beiträge sollten in jedem Fall auf Anfang des Kalenderjahres erfolgen. Der vom Bundesrat – ohne erkennbare Begründung – geplante Zeitpunkt vom 1. Juli 2019 ist sehr ungünstig und würde die Aussagekraft und Umsetzungssicherheit aller statistischen und budgetrelevanten Grundlagen aller an der Finanzierung beteiligten Partner massiv erschweren.

Antrag 7: Erhöhung der OKP-Beiträge unter Berücksichtigung der Entwicklung der Pflegekosten
Die jetzige Anpassung der Beiträge nach Artikel 7a Absatz 1 und 3 KLV soll die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigen.

Antrag 8 (Minimalvariante): Erhöhung der OKP-Beiträge in Artikel 7a Absatz 3 KLV um 6.7% gemäss Vernehmlassungsvorlage

Antrag 9: Inkraftsetzung der Änderungen per 1. Januar 2019 bzw. 1. Januar 2020

Eine zusätzliche Erhöhung der OKP-Beiträge wegen der Verlagerung der Kosten für Pflegematerial von den Krankenversicherern zu den Restfinanzierern ist nötig, falls unser Antrag 2 abgelehnt und die nach den erwähnten Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts geltende Rechtspraxis beibehalten wird. Denn die MiGeL-Produkte wurden bei der Festlegung der heutigen OKP-Beiträge nicht einberechnet. Sie müssen deshalb entweder wie beantragt von den Versicherern weiterhin bezahlt werden oder aber zu einer zusätzlichen Erhöhung der OKP-Beiträge führen.

Eventualantrag: Berücksichtigung der Kosten für Mittel und Gegenstände bei der Festlegung der OKP-Beiträge in Artikel 7a Absatz 1 KLV
CURAVIVA Schweiz fordert eine substantielle Erhöhung der OKP-Beiträge zur Finanzierung der Produkte der Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL; Art. 7a Abs. 1 KLV).

Damit in der Pflegefinanzierung das Gleichgewicht zwischen den Kostenträgern gewahrt bleibt, braucht es eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der OKP-Beiträge an die effektive Kostenentwicklung. CURAVIVA Schweiz fordert deshalb, dass eine entsprechende Regelung ins Gesetz aufgenommen wird. Massgebend soll der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen sein, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Diese Überprüfung und Anpassung sollen mindestsens alle drei Jahre erfolgen: Eine solche Periodizität würde pragmatischen Bedürfnissen der Restfinanzierer und der Leistungserbringer entsprechen. Auch das am 19. September 2016 angenommene und oben bereits erwähnte Postulat der SGK-N 16.3352 mit Titel „Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger“ beauftragt den Bundesrat aufzuzeigen, wie die OKP-Beiträge an die Pflegeleistungen regelmässig der Kostenentwicklung angepasst werden könnten.

Antrag 10: Regelmässige Aktualisierung der Beiträge
Artikel 25a Absatz 4 KVG ist wie folgt zu ergänzen:
„Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. *Er überprüft sie mindestens alle drei Jahre und passt sie so an, dass die Anteile aller Kostenträger an den Pflegekosten gleich hoch bleiben.* Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.“

3.2. Erweiterung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen

Im Grundsatz unterstützt CURAVIVA Schweiz den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen. Wie nachfolgend aufgezeigt wird, kann von der vorgeschlagenen Lösung jedoch keine deutliche Verbesserung erzielt werden, insbesondere nicht für die diplomierten Pflegefachpersonen in Pflegeheimen. Um eine Kompetenzerweiterung der Pflege zu ermöglichen, ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz eine entsprechende gesetzliche Grundlage notwendig. Nur so kann den diplomierten Pflegenden die Verantwortung im Rahmen ihrer Kompetenzen ermöglicht und unnötiger administrativer Aufwand reduziert werden. Die nachfolgenden Ausführungen zu diesem Thema stehen unter diesem wichtigen Vorbehalt.

Antrag 11: Erweiterung der Kompetenzen der Pflege auf Gesetzesstufe
Zur Erweiterung der Kompetenzen der Pflege ist eine entsprechende gesetzliche Grundlage vorzusehen, welche den diplomierten Pflegefachpersonen die Verantwortung im Rahmen ihrer Kompetenzen regelt.

Ermittlung des Pflegebedarfs (Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV)

CURAVIVA Schweiz erklärt sich mit den vorgeschlagenen Änderungen von Artikel 7 Abs. 2 Buchstaben a Ziffer 1 KLV einverstanden: Das diplomierte Pflegepersonal verfügt über die Kompetenzen, eine Pflegediagnose zu erstellen und den Pflegebedarf zu ermitteln. Dies ist im Gesundheitsberufegesetz auch gesetzlich verankert. Folgenrichtig wird nun im Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a Ziffer 1 KLV die Zusammenarbeit mit einem Arzt, einer Ärztin gestrichen. Auch der Verzicht auf die explizite Aussage, dass eine Planung der notwendigen Massnahmen mit Patientinnen und Patienten erfolgen müsse, macht Sinn, weil er der Realität des Pflegeprozesses besser entspricht. Darüber hinaus ist der Begriff „Ermittlung" des Pflegebedarfs besser geeignet als „Abklärung", auch wenn sich für die Praxis nichts ändert.

Allgemein ist zu vermerken, dass die im Artikel 7 Absatz 2 KLV aufgeführte Unterscheidung von Typen von Pflegeleistungen für die Heime so unzutreffend ist. Sie sollte überprüft und angepasst werden.

Konzeption des ärztlichen Auftrags (Art. 8 Abs. 1 KLV)

Die vorgesehene Aufgabenteilung, die Anordnung von Pflege durch einen Arzt oder eine Ärztin, und die Durchführung die Erhebung des konkreten Pflegebedarfs durch diplomierte Pflegefachleute, ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz zweckmässig: Es entspricht der bereits heute gängigen und sinnvollen Praxis, dass Ärzte gestützt auf ihre Diagnosestellung für die Anordnung der Pflege zuständig sind und anschliessend die Pflegefachpersonen selber über die Bedarfsermittlung und Ausführung sorgen. Zudem ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz an sich sinnvoll, dass die zuständigen Ärzte und Ärztinnen die Resultate der Bedarfserhebung erhalten sollen, damit sie ihre Koordinationsaufgabe wahrnehmen können.

Gleichzeitig würde dieser sinnvolle Ablauf nun aber möglicherweise mit der neu vorgeschlagenen Regelung gefährdet, da der Arzt ohne vorherige Abklärung der Pflege verordnen kann. Besser wäre ausdrücklich zu regeln, dass der Arzt seine Aufträge und Anordnungen in der Regel aufgrund einer Bedarfsermittlung der Pflege erteilt. In den Pflegeheimen kommt hinzu, dass sich wohl kein praktischer Nutzen aus der gut gemeinten Kompetenzerweiterung für Pflegende ergäbe, weil die Unterscheidung zwischen a--/b-/c-Leistungen im System der zwölf Pflegebedarfsstufen nicht angewendet wird. Es braucht daher einen anderen Ansatz: Diplomierte Pflegefachpersonen sollen in eigener Kompetenz Ermittlungen des Pflegebedarfs initiieren und durchführen können, Pflegediagnosen erstellen und dann im Rahmen ihrer Kompetenzen Pflegeleistungen bringen können.

Antrag 12: Neukonzeption der Kompetenzerweiterung
Die Regelung zur „Kompetenzerweiterung" muss nochmals überdacht werden. Auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen ist zu verzichten.

Zeitliche Gültigkeit des ärztlichen Auftrags (Art. 8 Abs. 2 KLV)

CURAVIVA Schweiz erklärt sich mit der Verlängerung der Gültigkeitsfrist von ärztlichen Aufträgen/Anordnungen – welche aber ohne separate Regelung für die Pflegeheime infolge der mangelnden Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege nur für die ambulante Pflege zu Hause und nicht auch für die Pflegeheime gelten kann – einverstanden (Bst. a und b). Die Erweiterung des Zeitrahmens von drei auf sechs Monate und von sechs auf zwölf Monate kann in wenigen Einzelfällen dazu beitragen, den administrativen Aufwand zu reduzieren und den Spielraum für das Pflegepersonal zu vergrössern. Trotzdem scheint der Nutzen begrenzt, zumal in diesem langen Zeitraum in den meisten Fällen eine Änderung der benötigten Pflege eintreten wird und deshalb ohnehin eine neue ärztliche Verordnung eingeholt werden muss, zumal die

unterschiedliche Terminierung von b-Leistungen und a/c-Leistungen in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten führt: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren. CURAVIVA Schweiz schlägt eine einheitliche Dauer von maximal neun Monaten vor.

Hingegen beantragt CURAVIVA Schweiz die dringend nötige Verbesserung der Übergangspflege, für welche die Anwendbarkeit von maximal zwei Wochen in der Praxis untauglich ist (vgl. Bst. c; siehe dazu obenstehenden Ziffer 2.4 mit dem Antrag 6).

Antrag 13: Neukonzeption der zeitlichen Gültigkeit des ärztlichen Auftrags
Artikel 8 Absatz 2 Buchstaben a und b KLV ist wie folgt neu zu formulieren:
«2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:
a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c."
b) streichen

Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Art. 8a KLV)

Der vorgesehene Verweis in Artikel 8a Absatz 1 KLV auf Artikel 49 KVV ist aus Sicht von CURAVIVA Schweiz abzulehnen, weil dadurch eine zweijährige Berufserfahrung verlangt wird. Im Gesundheitsberufegesetz ist für die Berufsausübung in eigener fachlichen Verantwortung keine Berufserfahrung vorgesehen. Somit ist es nicht nachvollziehbar, weshalb für die Pflegebedarfsabklärung diese zusätzliche Hürde beibehalten wird. CURAVIVA Schweiz beantragt, die zusätzliche Vorgabe einer zweijährigen Berufserfahrung ersatzlos zu streichen.

Ferner schlägt CURAVIVA Schweiz vor, gemäss obenstehenden Ausführungen zu Artikel 8 KLV auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen zu verzichten und entsprechend den Buchstaben b zu streichen (vgl. obenstehenden Antrag 12 im Punkt 3.2)

Antrag 14: Notwendige Berufserfahrung für die Pflegebedarfsabklärung
Der vorgesehene Verweis in Artikel 8a Absatz 1 KLV auf Artikel 49 KVV ist zu streichen. Auf die Vorgabe einer zweijährigen Berufserfahrung für die Pflegebedarfsabklärungist zu verzichten.

Antrag 12 (Wiederholung): Neukonzeption der Kompetenzerweiterung
Die Regelung zur „Kompetenzerweiterung" muss nochmals überdacht werden. Auf die künstliche Trennung zwischen a/c- und b-Leistungen ist zu verzichten.

3.3. Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen

Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (Art. 8b Abs. 1 KLV)

CURAVIVA Schweiz begrüsst, dass die Bedarfsermittlung ausdrücklich nur die Pflegekosten nach Artikel 33 Buchstaben b KVV eingrenzen muss. Eine weitergehende Ermittlung, etwa der Kosten für die Betreuung, wurde denn vom Parlament auch ausdrücklich abgelehnt.

Unklar ist aber nach wie vor, gestützt auf welche Leistungen genau die Eingrenzung erfolgen soll. Hierzu haben die Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege eine „Tätigkeitsliste" erstellt, welche aber bisher keine offizielle Gültigkeit hat. Wie bereits bei den Klagen der Versicherer gegen die „Begleitung zum Essraum", das „Richten von Medikamenten" oder den „RAI-Index 2016" ist zu befürchten, dass weitere langwierige Rechtsverfahren drohen, solange keine aussergerichtliche Instanz zur Klärung von Tarif- oder Tarifstrukturfragen besteht.

In Anlehnung an die SwissDRG AG **empfiehlt CURAVIVA Schweiz, dass der Bund ein aus Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern bestehendes, nationales Gremium einsetzt, welches zur Klärung von Tarifstrukturfragen zuständig ist.** Diesem soll die Kompetenz übertragen werden, im Rahmen von Gesetz und Verordnung Fragen rund um den Leistungskatalog zu klären, die Instrumente der Bedarfserfassung zuzulassen, deren Kalibrierung sicherzustellen und folglich auch die Anerkennung der wissenschaftlich zu erbringenden Nachweise oder die tolerierten Varianzwerte festzulegen oder dem Bund entsprechende Anträge zu stellen. Auf diese Weise liessen sich viele aufwändige und letztlich unnötige Gerichtsverfahren vermeiden, die nicht selten neue ungeklärte Rechtsfragen nach sich ziehen.

Antrag 15: Einsetzung eines Gremiums zur Klärung von Tarifstrukturfragen
Analog zu SwissDRG sollte ein Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung eingesetzt werden, welches sich aus Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt.

Pflegebedarfsstufen und erbrachten Pflegeleistungen (Art. 8b Abs. 2 KLV)

Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz ist es absolut zwingend, dass als „Benchmark" für die Messung des Pflegebedarfs die tatsächlich aufgewendete Pflegezeit gilt. Entsprechend ist diese Regelung sehr zu begrüssen, wonach der ausgewiesene und zu erbringende Pflegebedarf im Durchschnitt den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen muss. Nur so kann zum einen gewährleistet werden, dass die „Kalibrierung" automatisch stattfindet und zum anderen keine realitätsfremden Pflegebedarfswerte resultieren.

Allerdings verleitet der Wortlaut des letzten Satzes zu einer Fehlinterpretation: Man könnte ihn so verstehen, als wenn die Pflegemessinstrumente ständig (und nicht nur einmalig bei der Zulassung oder Weiterentwicklung) auch die effektiven Pflegezeiten messen und die Varianz ausweisen müssten.

Antrag 16: Anpassung von Artikel 8b Absatz 2 KLV (evtl. besser in Abs. 3 verschieben)
Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss für die Zulassung und Weiterentwicklung die Varianz der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen …

Pflegebedarfsstufen und Zeitstudien (Art. 8b Abs. 3 KLV)

CURAVIVA Schweiz erklärt sich mit den vorgesehenen Anforderungen an die Messinstrumente grundsätzlich einverstanden. Es stellt sich jedoch die Frage, wie sinnvoll die verlangten Zeitstudien sind, wenn nicht eine einheitliche Methode vorgegeben wird. Wenn die unterschiedlichen Instrumente unterschiedliche Zeitmessungsmethoden anwenden, so dürfte dies die Vergleichbarkeit und die Kalibrierung der Instrumente nochmals erschweren statt erleichtern, selbst wenn die Methoden wissenschaftlich anerkannt sind. Der Bund sollte die Einführung einer für alle verbindlichen Methode bestimmen und das oben beantragte nationale Gremium für Tarifstrukturfragen mit der Auswahl beauftragen.

Antrag 17: Einheitliche Methode der Zeiterfassung
Die Zeiterfassung soll auf eine einheitliche Methode beschränkt werden.

Ermittlung von Daten zur medizinischen Qualitätsindikatoren (Art. 8b Abs. 4 KLV)

CURAVIVA Schweiz begrüsst die Vorschrift, dass die für die medizinischen Qualitätsindikatoren notwendigen Daten direkt durch die Bedarfsabklärungsinstrumente als Routinedaten erhoben werden. Die Instrumente sind darauf vorbereitet und können für die benötigte Datenqualität sorgen. Zudem entspricht dies der seit Jahren durch das BAG vertretenen Ansicht, wonach die

Erhebung der Qualitätsindikatoren immer direkter Verbindung und mit der Erhebung des Pflegebedarfes zu erfolgen hat.

Der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung des oben aufgeführten Standpunktes.

Mit freundlichen Grüssen

Laurent Wehrli
Präsident CURAVIVA Schweiz

Dr. Daniel Höchli
Direktor CURAVIVA Schweiz

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:
Herrn Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs von CURAVIVA Schweiz
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel: 031 385 33 36