

senesuisse 3.17

FOCUS

Editorial 2

Alterspflege der Zukunft: Who cares? 3

Die schlechte neue Regelung 4

ausserkantonaler Heimetriche 4

Kein Geld für die Demenzpflege?! 6

MiGeL-Urteil: Wer muss zahlen? 7

Pflegefinanzierung: Was zu korrigieren ist 9

Verstärkte Zusammenarbeit senesuisse – curaviva 10

Wieso sind Pflegeheime schlecht?

↳ Ja, genau: Der FOCUS ist auch ein Medium, das gelesen werden will. Deshalb haben wir mit einem reisserischen Titel gearbeitet.

So einfach machen es sich die Medien bei ihren Geschichten über Pflegeheime: Hauptsache negativ und empörend.

Es ist an uns, tagtäglich das Gegenteil zu beweisen ...

... auch wenn man es uns nicht ganz einfach macht. Es sind ja nicht bloss die Prügel der Medien, welche die Arbeit erschweren. Viel mehr zu schaffen machen uns schwierige Rahmenbedingungen – man könnte fast meinen: weil offensichtlich niemand eine bessere Alterspflege will?! So kämpfen wir seit Jahren für eine faire Finanzierung, zudem macht man uns das Leben noch mit den MiGeL-Produkten unnötig schwer (vgl. Seite 7). Besonders Demenzkranke werden partout finanziell benachteiligt (Seite 6–7). Und dann wollen Politiker sogar noch die freie Wahl des Aufenthaltsorts für die letzte Lebenszeit beschränken (Seiten 4–5). Es gibt noch viel zu tun – packen wir es gemeinsam an (Seiten 3 und 10)! <←





CHRISTIAN STREIT ←CST
Geschäftsführer senesuisse

↳ Negative Presseartikel zu Pflegeheimen: In den letzten Wochen musste ich einmal mehr davon lesen. Ich war erst betroffen, dann empört. Zuerst betroffen darüber, dass es offensichtlich immer wieder schwierige Situationen gibt, in welchen Menschen falsch reagieren und Einzelfälle mangelhafter Pflege/Betreuung verursachen. Anschliessend empört darüber, wie reisserisch solche Einzelfälle in Medien aufgemacht werden, als ob die ganze Branche schlechte Arbeit leiste.

Das Schweizer Gesundheitswesen beschäftigt mehr als eine halbe Million Arbeitskräfte. Bei der zu behandelnden Anzahl an medizinischen Fällen ist es leider unvermeidlich, dass tagtäglich Missverständnisse und Fehler passieren. Auch wenn es noch so wünschenswert wäre, eine „Nullfehlertoleranz“ ist schlichtweg illusorisch. Einverstanden, gerade im Bereich der Gesundheit soll besonders grosse Vorsicht und Sicherheit gelten. Will man diese, muss man aber auch die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellen. Wer perfekte Betreuung und Pflege in den Altersinstitutionen erwartet, müsste Geld für eine 1:1-Betreuung investieren. Die Kosten wären mindestens das 5-fache von heute. Und selbst damit wäre nicht garantiert, dass die (stetig steigenden) Bedürfnisse von Bewohnern und Angehörigen zu 100 % erfüllt würden und sämtliches Personal rundum zufrieden wäre.

Was können wir in der aktuellen Situation tun? Wie verbessern wir das Image unserer Branche? Zuerst die negative Nachricht: Es ist schwierig, ja sogar schwieriger als für den VW-Konzern nach seinem „Diesel-Skandal“. Während das Auto und die damit verbundene Freiheit positive Emotionen weckt, geschieht beim Pflegeheim genau das Gegenteil. Niemand will ins Heim. Also ist der Begriff per se negativ besetzt. Nun zur positiven Nachricht: Als Person, die seit 10 Jahren regelmässig in Altersbetrieben ein- und ausgeht, erlebe ich das pure Gegenteil der Medienberichte. In fast allen Pflegeheimen mit rund 100'000 Betten wird eine super Arbeit geleistet, damit Menschen trotz ihres Alters und ihren Gebrechen eine bestmögliche Lebensqualität geniessen.

Es muss unser Ziel sein, genau diese Lebensqualität ins Zentrum unseres Denkens und Handelns zu stellen. Nicht Prozesse oder Qualitätsvorgaben, sondern der Mensch mit seinen persönlichen Bedürfnissen ist das Wichtigste. Wenn uns dies gelingt, können wir die anvertrauten Personen und ihre Angehörigen sowie die Mitarbeiter von der positiven Seite und Sinnhaftigkeit unserer täglichen Arbeit überzeugen. Und irgendwann wird hoffentlich auch in der vom Jugendwahn geprägten Gesellschaft die Nachricht ankommen, dass das Leben auch im Alter lebenswert ist und es sich lohnt, Gedanken und mehr in Betreuung/Pflege und das „gute Sterben“ zu investieren ... ←CST

Alterspflege der Zukunft: Who cares?

↳ Als Vordenkerin für Altersfragen hat *senesuisse* bereits mehrere Studien veröffentlicht. Diese beleuchten künftige Lebensstile und Wohnformen von Betagten, die künftigen Rollen der Anbieter in der Alterspflege und ein Modell zur optimalen Finanzierung von Betreuung und Pflege. Das in der Verhaltens- und Zukunftsforschung führende Gottlieb Duttweiler Institute GDI untersucht in der neusten Studie anhand von futuristischen Szenarien, mit welchen neuen Modellen, Arbeitsformen und -verhältnissen das ganze System der Alterspflege revolutioniert und transformiert werden könnte.

Kann es so weitergehen?

Beim Blick auf die aktuellen Entwicklungen beschäftigen uns viele offene Fragen. Wie lange können wir weitermachen wie bisher, ohne dass das System zusammenbricht? Was sind die Alternativen? Welche disruptiven Modelle eröffnen wirklich bessere Perspektiven in der Pflege und Betreuung? Kann man Arbeitszeit ersetzen ohne Menschlichkeit zu verlieren? Wie könnte das Problem zehn Mal besser gelöst werden als bisher – und nicht nur 10 % billiger? Wer kann das umsetzen? Wie und wann kommen wir dahin? Welche Massnahmen sind entscheidend, um das Pflegesystem zu revolutionieren?

Früher: Das Ideal der jüngsten Tochter

Es ist gar nicht so lange her, dass im Sinne eines traditionellen Familienverständnisses in erster Linie die jüngste Tochter für die Pflege der Eltern verantwortlich war. Sie war es, die quasi auf Befehl einen 24h-rundum-Service für ihre Eltern anzubieten hatte. Man lebte auf dem Bauernhof zusammen und ab einem gewissen Alter stand der Umzug ins Stöckli an, das den weiteren Aufenthalt in geeigneter Nähe ermöglichte. Wer nicht über die Familie seine Betreuung und Pflege sichern konnte, musste ins „Asyl Gottesgnad“ oder eine andere soziale Einrichtung.

Heute: Eine „Care-Krise“

Das Ideal der bürgerlichen Hausfrau, welche nebst Kindern und Haushalt auch die Pflege und Betreuung der Eltern/Grosseltern besorgte, ist weitgehend überholt. Zwar sind Pflegeberufe und die ganze Care-Arbeit immer noch typischerweise weiblich besetzt. Doch das Rollenbild der Frau hat sich gewandelt, deren Berufstätigkeit in verschiedensten Branchen ist zum Normalfall geworden. Für Freiwilligenarbeit innerhalb und ausserhalb der Verwandtschaft bleibt immer weniger Zeit. Zudem haben sich ganze Familien unter dem Stichwort der Entfamiliarisierung aufgelöst: Immer kleinere Familien, neue Familienmodelle und viele Single-Haushalte. Weniger Pflege durch Angehörige bedeutet steigenden Bedarf an externer Pflege. Zudem leben immer mehr Eltern nicht am gleichen Ort wie ihre Kinder. Und immer weniger Betagte möchten von einem ihrer Kinder gepflegt werden.

Im Gleichschritt mit diesen Entwicklungen stieg nicht nur die Nachfrage nach Care-Arbeit massiv, sondern auch die Anforderungen an die Care-Leistenden. Da sich das Verhältnis zwischen Jung und Alt weiter verschärft, kam in den letzten Jahren der Begriff „Care-Krise“ auf. Enge zeitliche Taktungen, chronischer Personalmangel und eine hohe Arbeitsbelastung machen qualitativ gute Care-Arbeit zunehmend schwierig. Zeit, Geduld und Gespräche sind keine Objekte, die man effizienter erarbeiten kann. Man kann immer billiger Produkte herstellen, aber nicht immer billiger pflegen.

Morgen:

Von der jüngsten Tochter zur „Big Daughter“?

Fast auf Befehl, heute würde man sagen „on-demand“, erhielten die Pflegebedürftigen früher ihre Pflegeleistungen. Die jüngste Tochter konnte sehr stark auf ganz individuelle und persönliche Bedürfnisse und Wünsche eingehen. Dieser Fokus auf das Individuum wurde durch die Ökonomisierung der Pflegebranche schwächer. Die Angebote (Pflege durch Spitex und im Heim) wurden den Prozessen angepasst und standardisiert.

Könnten wir nicht mit technischem und organisatorischem Fortschritt erreichen, dass die Pflege wieder stärker vom Individuum bestimmt wird, vom zu pflegenden Selbst – ganz nach dem Motto: Pflege nicht so, wie das System es zulässt, sondern so, wie die betroffene Person es möchte.

Für diese neue Fokussierung auf das zu pflegende Individuum könnte ein Begriff wie „Big Daughter“ passen. Dieser Begriff steht selbstverständlich nicht für eine Tochter im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr stellvertretend für den geschlechterneutralen Möglichkeitsraum an Subjekten und Objekten, welche die ehemalige ideale Rolle der jüngsten Tochter übernehmen könnten. Ein solch ganzheitliches Care-System kann digitale und analoge, menschliche und maschinliche Elemente integrieren. Es ist stark auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Betreuungs- und Pflegebedürftigen ausgerichtet und ermöglicht alle Dienstleistungen und sozialen Kontakte, die verlangt und hilfreich sind. ←CST/GDI

*Wir sind gespannt, was die Studie dazu meint!
Präsentiert wird sie an einer hochklassigen
Tagung am 15. März 2018 im GDI Rüslikon.*

SAVE THE DATE 15. März 2018
Tagung im GDI Rüslikon ZH



Die schlechte neue Regelung ausserkantonaler Heimeintritte

↳ **Es wäre zu schön gewesen: Die Lösung lag auf dem Tisch, damit betagte Menschen in unserem Land frei ins Pflegeheim eines anderen Kantons ziehen können. Doch der Ständerat verweigerte die volle Finanzierung der Pflegekosten. Somit müssen Pflegebedürftige den Lebensabend zwingend in ihrem Wohnkanton verbringen, wenn sie nicht die nötigen Finanzen selber aufbringen.**

Verweigerung der Niederlassungsfreiheit

Der Ständerat hat sich durchgesetzt: Die freie Wahl des Pflegeheims endet weiterhin an der Kantonsgrenze. Anders als bei der Spitex wurde für die Pflegeheimen keine taugliche Lösung für ausserkantonale Pflegekosten geschaffen. Dabei hatte der Nationalrat eine weitsichtige und menschliche Regelung vertreten: Nach ihm sollte die Zahlung der Restpflegekosten zwar durch den Herkunftskanton erfolgen, aber nach der Kostenhöhe des Standortkantons. Damit hätte man auch für Personen ohne grosses Vermögen die Niederlassungsfreiheit im Alter gewährleistet. Dies haben die Kantone erfolgreich verhindert.

Zugespißt ausgedrückt könnte man den neuen Gesetzeswortlaut aus Sicht der Kantone auch wie folgt umschreiben: „Liebe Bürger, wir haben mit unserer kantonalen Pflegeheimplanung genauso viele Plätze bauen lassen, wie wir für Sie brauchen. Wenn Sie nun so undankbar sind und sich nicht für einen solchen entscheiden, müssen Sie selber dafür bezahlen – wenn Sie denn können. Und sonst sollen Sie eben ihren Lebensabend gefälligst im auf unserem Kantonsgebiet geschaffenen Pflegeheimbett verbringen.“

Mehr als die Hälfte der Pflegeheimbewohner ist auf Ergänzungsleistungen angewiesen. Diese 70'000 Personen haben keinen finanziellen Spielraum. Der Vorschlag des Ständerates bedeutet für sie den Entzug der Niederlassungsfreiheit: Der Einzug ins Pflegeheim eines anderen Kantons würde schlichtweg unmöglich, wenn die Kosten dort höher sind!

Alte Rechtsfrage bleibt offen

Mit der nun getroffenen Regelung (s. Kasten unten) gilt weiterhin der „Wohnsitz“ als Kriterium dafür, welcher Kanton für die Pflegekosten aufkommen muss. Weil ein direkter Umzug ins Pflegeheim keinen neuen Wohnsitz begründet, bleibt der vorherige Wohnkanton zuständig. Sofern dieser eine zu geringe Beteiligung an die Pflegekosten vorsieht, entsteht eine Finanzlücke. Nur wer diese Zusatzkosten aus dem eigenen Sack zahlen kann und will, darf also in einen anderen Kanton ziehen.

Schon heute entstehen viele unmenschliche Rechtsstreitigkeiten, weil sowohl Herkunftskanton als auch Heimstandort die Finanzierung der Pflegerestkosten verweigern. Diese Unklarheit bleibt weiterhin bestehen, sofern nicht ein direkter Eintritt ins Pflegeheim erfolgt. Neu ist zwar geregelt, dass ein Heimeintritt die Zuständigkeit des Zahlers nicht verändert. Wenn aber eine betagte Person ihren Lebensmittelpunkt noch verlegen kann und will, aber nicht direkt ins Heim zieht, ist weiterhin unklar, ob ein Wohnsitzwechsel stattgefunden hat. Beispiele gefällig?

Liegt ein Wohnsitzwechsel in den anderen Kanton vor, wenn eine Person vorher zu dort lebenden Angehörigen zieht, dann aber nach wenigen Wochen oder Monaten doch ins dortige Pflegeheim umziehen muss? Und wie sieht es aus, wenn eine pflegebedürftige Person ins „Betreute Wohnen“ eines anderen Kantons umzieht und von dort nach wenigen Wochen oder Monaten ins angegliederte Pflegeheim zieht?

Vom Parlament verabschiedeter Wortlaut der neuen Regelung:

Für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung zuständig ist der Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Im Bereich der ambulanten Pflege gelten die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Leistungserbringers. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, so übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers. Diese Restfinanzierung und das Recht der versicherten Person zum Aufenthalt im betreffenden Pflegeheim sind für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet.

Neue offene Rechtsfragen

Mit dem verabschiedeten Gesetzestext wurde sogar noch zusätzliches „Juristenfutter“ geschaffen. Geklärt ist immerhin, dass – nach Inkraftsetzung des neuen Gesetzestextes – bei einem Fall des direkten Pflegeheimentritts eindeutig der bisherige Wohnsitzkanton bezahlen muss. Doch darf er etwa auch tiefere Kostenbeteiligungen als beim Einzug in ein Pflegeheim des eigenen Kantons vorsehen? Wenn die Festsetzung der Finanzierung nach seinen Regeln erfolgt, muss er beim Umzug an einen günstigeren Ort trotzdem seinen vollen (höheren) Betrag bezahlen? Und wer muss allenfalls für die Lücke beim Umzug an einen teureren Ort aufkommen, wenn das Geld fehlt: Sind die Angehörigen dafür belangbar oder müsste gar die Sozialhilfe das Loch ausfinanzieren?

Auch der aufgenommene „Kompromiss“ ist unklar. So muss der vorherige Wohnkanton im (eher unwahrscheinlichen) Fall, dass er keinen Pflegeplatz „in geografischer Nähe“ anbieten könnte, die Pflegerestkosten gemäss den Regeln des Standorts des Heimes vollständig tragen. Wer bestimmt aber nun, was „geografisch nah“ ist und was nicht mehr? Und wenn diese Finanzierung „für eine unbeschränkte Dauer“ gewährleistet wird, ist sie denn auf dem Stand zum Zeitpunkt des Heimeintritts eingefroren oder müssen steigende Restfinanzierungsansätze auch übernommen werden?

Empfehlung an die Pflegeheime

Die Kantone/Gemeinden können sich weiterhin beide als unzuständig erklären und die Restfinanzierung verweigern, wenn unklar ist, ob nun der Wohnsitz verlegt wurde oder nicht. Man muss den Pflegeheimen (trotz der neuen Regelung weiterhin) Folgendes empfehlen:

- Bedingungslose Aufnahme direkt ins Pflegeheim nur bei vorherigem Wohnsitz in eigenem Gemeinde-/Kantonsgebiet oder aber von einem Ort mit höherer Pflegerestfinanzierung (wobei sich dies im Laufe der Jahre auch ändern kann ...).
- Aufnahme erst nach mehrmonatigem eigenständigem Wohnen (nach dem „Zügeln der Schriften“ mit Begründung eines neuen Steuerdomizils!) in einer (evtl. dem Heim angegliederten) Wohnung im eigenen Gemeinde-/Kantonsgebiet.
- Sonst ist vor dem Heimeintritt zwingend abzuklären, wer zuständig ist und welchen Beitrag bezahlt, sowie was dafür an Voraussetzungen/Formularen gefordert ist. ←CST



Benachteiligung einer Krankheit: Kein Geld für die Demenzpflege?!

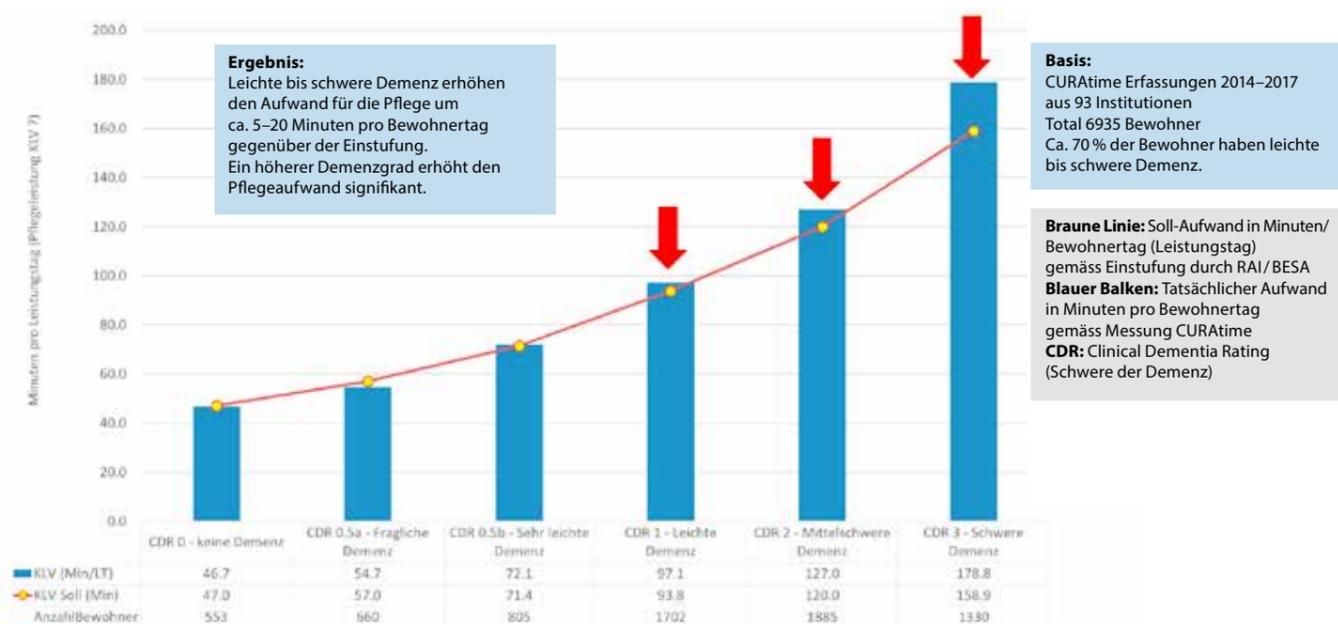
↳ Ist Demenz eine Krankheit? Daran zweifelt niemand. Wird die infolge Demenz benötigte Pflege über die Krankenversicherung bezahlt? Leider Nein! Erhöhter Zeitbedarf bei der Pflege und notwendige Strukturvermittlung sind klare Krankheitskosten. Doch bei Demenz werden diese Leistungen – im Gegensatz zu anderen (psychischen) Krankheiten – nicht als Pflege, sondern als Betreuung qualifiziert. Die Folge: Betroffene bezahlen die Kosten der Krankheit entweder selber oder verzichten auf benötigte professionelle Unterstützung.

Drei Hauptprobleme bei Demenz

Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie haben die Kantonalvertreter (GDK) und die Leistungserbringerverbände folgende drei Hauptprobleme bei der aktuellen Finanzierung der Pflege von Demenzkranken identifiziert:

1. Die einzelnen Pflegeleistungen erfordern bei Demenzkranken in der Regel mehr Zeit als bei Menschen ohne Demenz. Als typisches Beispiel sei genannt, dass teilweise mehrere Versuche gestartet werden müssen, bis demenzkranke Personen die nötige Pflege zulassen. Aus der Praxis weiss man, dass Abklärungsinstrumente dies ungenügend abbilden. Zudem führt der erhöhte Zeitbedarf betreffend einzelner Leistungen immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern (meist unter dem unmenschlichen Titel „Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung“).
2. Es gibt demenzspezifische Pflegeleistungen, welche zwar „typische Pflegehandlungen“ sind, aber nicht explizit in Art. 7 KLV geschrieben stehen. Sie werden demnach nicht durch die Versicherer finanziert. Ein viel zitiertes Beispiel ist die Nahrungsaufnahme: Hilfe beim Essen und Trinken ist eine Leistung der Grundpflege nach KLV (Eingeben der Nahrung). Viele Demenzkranke benötigen aber kein Eingeben der Nahrung, sondern jemanden, der sicherstellt, dass sie das Essen auch wirklich einnehmen; also Supervision oder Anleitung. Dies ist in der KLV nicht als Pflegeleistung aufgeführt. Folglich zählt es zu den Betreuungsleistungen, welche Betroffene selber finanzieren müssen. Die unterschiedliche Abgeltung und Finanzierungszuständigkeit von gleichartigen oder zusammengehörenden Leistungen führen zu Brüchen in der Versorgung.
3. Ein Teil der Pflegemassnahmen, welcher für die Entlastung von pflegenden Angehörigen nötig ist, kann gar nicht oder nur minimal über die OKP abgerechnet werden.

Differenz zwischen benötigter und entschädigter Pflegezeit bei Demenzpatienten (Quelle: CURAtime)



Sofortige Verbesserung ist möglich und nötig

Nur wenn das erstgenannte Problem des zusätzlichen Zeitbedarfs gelöst ist, kann man den Betroffenen und ihrer Krankheit gerecht werden. Die übliche Pflege von Betagten braucht bei Demenzpatienten deutlich mehr Zeit. Besonders der immer wieder nötige Neuaufbau der Kommunikation ist zeitintensiv und von der Tagesform abhängig. Die auf Durchschnittswerten basierenden Pflegemessinstrumente berücksichtigen den Zeitbedarf ungenügend. Immerhin drängt RAI nach einer umfassenden Zeitstudie mit dem „Index 2016“ auf die Anpassung der RUG-Einstufungen. Doch erst einzelne Kantone haben dies umgesetzt und die Versicherer gehen rechtlich dagegen vor. Noch ausgeprägter ist der nicht als Krankheitskosten verrechenbare Zusatzaufwand bei der Spitex, wenn Pflegende von den Patienten abgewiesen werden und erst nach einer Wartezeit einen zweiten vorsichtigen Versuch zur Vornahme der Pflegehandlungen unternehmen können. Zu lösen wäre das Problem, indem der effektive Zeitbedarf anerkannt und entschädigt wird.

Auch die zweite Problematik der besseren Abgrenzung von Pflege und Betreuung ist bekannt. Diese rein finanzpolitische künstliche Aufteilung gehört eigentlich ganz aufgehoben. So würde enormer Administrativaufwand eingespart und der Sorgeauftrag nicht unnötig erschwert. Bis es hoffentlich mal so weit kommt, haben die Verbände der Leistungserbringer mit Unterstützung der GDK einen Antrag zur Ergänzung der KLV eingereicht. Wir verlangen, dass analog zu anderen psychischen Krankheiten auch Tätigkeiten wie Anleitung, Unterstützung und Überwachung zu den Pflegehandlungen zählen. Schliesslich geht es hierbei um von Demenzbetroffenen nicht mehr selber durchführbare Handlungen des täglichen Lebens wie Körperpflege, Essen/Trinken, Bewegung und Kontrolle des Allgemeinzustandes. Menschen mit Demenz benötigen für diese zur Alltagsbewältigung notwendigen Tätigkeiten in der Regel professionelle Unterstützung. Gleichzeitig fordern wir eine Ergänzung des Katalogs in der Behandlungspflege. Menschen mit Demenz leiden vielfach unter krankheitsbedingten Folgeerscheinungen wie Apathie, Aggression, Angst und Wahnvorstellungen. Die mit diesen Symptomen verbundenen pflegerischen Handlungen sind krankheitsbedingt und lassen sich nicht künstlich in Pflege und Betreuung fragmentieren. Sie sind somit wie bei den „typischen psychischen Erkrankungen“ in den Katalog der Behandlungspflege aufzunehmen. <I CST

MiGeL-Urteil: Wer muss zahlen?

↳ Das Musterurteil C-3322/2015 macht klar: Kantone durften die von den Versicherungen auf Ende 2014 gekündigten MiGeL-Vertragslösungen nicht um das Jahr 2015 verlängern. Die Krankenkassen können nicht verpflichtet werden, die in der MiGeL aufgeführten Produkte zusätzlich zu bezahlen. Weil diese aber Teil der Pflegekosten sind, muss der Kanton (oder die Gemeinden) als Restfinanzierer für deren Kosten aufkommen.

Inhalt des Urteils

Im Musterprozess zur Vergütung der gelisteten Mittel und Gegenstände (MiGeL) haben die Versicherer ob siegt. Die Krankenkasse müsse nur dann bezahlen, wenn ein „Abgabevertrag“ bestehe. Ein solcher könne zwischen Versicherern und Heimen abgeschlossen werden. Wenn keiner existiere, dürften die Kantone nicht vorschreiben, dass Versicherer nebst ihrem fixierten Beitrag von täglich Fr. 9.– pro Pflegestufe auch noch MiGeL-Produkte finanzieren müssen. Das Urteil macht klar, dass die Beiträge von Patienten und Krankenkasse begrenzt sind. Weil es sich beim Einkauf von MiGeL-Produkten um Pflegekosten handle, habe der Kanton selbst für die Kosten aufzukommen – die Restfinanzierung muss also auch MiGeL decken.

Das Urteil unterscheidet zwischen „bloss zur Selbstanwendung abgegebenen“ Produkten (für welche ein „Abgabevertrag“ sinnvoll ist) und den „vom Personal im Pflegeprozess verwendeten“ Produkten. Da in Heimen fast nur letzteres vorkommt – schliesslich kann man schon aus Dienstleistungs- und Pflegeoptik den Bewohnern das Inkontinenzprodukt oder Verbandsmaterial nicht einfach zur Selbstanwendung hinschmeissen – bedeutet das Urteil knapp und einfach: Anstelle der Krankenkassen muss die öffentliche Hand auch noch für die MiGeL bezahlen.

Dringend neue Lösung nötig

Ich wiederhole aus dem FOCUS 3/2016: Es braucht eine bessere Lösung! Die Situation hat sich mit dem Urteil zusätzlich verschärft. Zum einen bezahlen die Versicherer seit 2011 einen noch immer gleichen (und schon damals zu tiefen) Beitrag an die gestiegenen Kosten. Zum andern müssen nun die Kantone/Gemeinden auch noch für die MiGeL-Kosten aufkommen.

In einer Studie mit dem GDI hat *senesuisse* 2014 ein optimales System zur Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter aufgezeigt. Darin ist die enorme Vereinfachung empfohlen, dass sich Krankenversicherer nicht mehr an den Kosten der Langzeitpflege in Pflegeheimen beteiligen, sondern nur noch die Bewohner und Kantone (zur Kompensation übernehmen Versicherer eine höhere Beteiligung bei Spalkosten). So kann der unverhältnismässige Aufwand für die Verrechnung eines relativ geringen Betrags vollständig eingespart werden.

Will die Politik auf diese sinnvolle Vereinfachung verzichten, so wären wenigstens korrekte Beteiligungen der Krankenkassen festzulegen. Vordringend ist eine Erhöhung der Beiträge pro Pflegestufe von Fr. 9.– auf rund Fr. 11.– vorzunehmen. So würde die OKP nicht immer einen kleineren Anteil an den Pflegeheimkosten tragen. Zusätzlich ist nach dem Urteil für die „Mittel und Gegenstände“ ein Betrag von 2–3 Franken auf jeder Pflegestufe aufzuschlagen, damit diese Kosten auch ab 2015 weiterhin über die Versicherer bezahlt sind.

Bei genauer Betrachtung kann es für die vielfältigen Probleme der Abrechnung von MiGeL nur eine Lösung geben: Diese separate Verrechnung einiger Medizinalprodukte muss abgeschafft werden! Schon nur wegen der tiefen Summe: Die MiGeL für sämtliche Leistungserbringer machen nicht einmal 2 % der OKP-Kosten aus. Dabei könnte man diesen Betrag – statt mit extra zu verhandelnden Pauschalen oder gar Einzelverrechnung – wie vorgeschlagen einfach in die OKP-Pauschalen einrechnen. Besonders ineffizient ist die Variante „Einzelverrechnung“, weil jeder Betrieb für die Rechnungsstellung über wenige Franken enormen Aufwand betreibt: Mit der benötigten Software (welche ständig zu aktualisieren ist) muss das Personal exakt über Einkauf, Abgabe, Lager und Verrechnung/Zahlungen buchführen. Für jeden Meter Verbandsmaterial, jede Kanüle, jede Einlage, etc. entsteht unverhältnismässiger Zeitbedarf.

Fazit

Das Urteil sollte dazu genutzt werden, dieses äusserst ineffiziente System der Zusatzabrechnung von MiGeL abzuschaffen und in bestehende Pauschalen zu integrieren! <I CST

Sie pflegen. **Lobos** 3.X dokumentiert.



- mobil auf Ihrem Tablet
- RAI- und BESA-kompatibel



LOBOS Informatik AG

Auenstrasse 4
8600 Dübendorf

Airport-Business-Center 64
3123 Belp

Tel. 044 825 77 77
info@lobos.ch
www.lobos.ch

Unsere Software Lobos 3.X bietet die grösste Modulvielfalt, und unsere Mitarbeitenden verfügen über jahrelang gewachsenes Know-how – beides für die effiziente Verwaltung Ihrer sozialen Institution. So gewinnen Sie immer: Zeit und Geld natürlich, aber auch Freude an der Arbeit.

Wenn Sie wissen möchten, was mit uns und unseren Bausteinen alles möglich ist, fragen Sie uns oder unsere Kunden.

Pflegefinanzierung: Was zu korrigieren ist

↳ Derzeit wird der Evaluationsbericht zur 2011 neu eingeführten Pflegefinanzierung für Spitex und Pflegeheime erstellt. Bereits vor der Veröffentlichung des Berichts sind die Probleme aus der Praxis bestens bekannt. Der Verband *senesuisse* setzt sich dafür ein, dass nicht einfach ein weiterer toller Bericht mit korrekten Ausführungen entsteht, sondern endlich wenigstens diese dringend nötigen Anpassungen erfolgen:

1. Die Finanzierung der Pflegekosten muss ausreichend sein

Die „neue Pflegefinanzierung“ sieht Fixbeiträge der Versicherer und Patienten vor. Die ganzen restlichen Pflegekosten müssen durch die öffentliche Hand bezahlt werden (Kantone oder Gemeinden). Leider zeigt sich in der Praxis, dass diese (in der Regel aus finanzpolitischen Gründen) ihre Pflicht zur vollständigen Restfinanzierung nicht genügend wahrnehmen. Dies ist für Leistungserbringer und Patienten das Hauptproblem: ungedeckte Pflegekosten bleiben bestehen. Entweder werden nun Leistungen und Qualität in der Pflege abgebaut, die Betriebe (Heime und Spitex) gehen früher oder später Konkurs oder die Kosten werden unter anderer Bezeichnung den Patienten in Rechnung gestellt, womit aber der Tarifschutz verletzt wird.

Die Kantone müssen für die gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten aufkommen. Nur wenn sie in betroffenen Einzelfällen feststellen und nachweisen können, dass einzelne Leistungserbringer nicht wirtschaftlich/effizient arbeiten, ist für diese konkreten Betriebe eine Kürzung zulässig.

2. Die OKP-Beiträge sind zu erhöhen

Im Jahr 2011 wurde der Beitrag für Krankenversicherer auf der Basis von 2009 festgelegt, um nicht jedes Jahr weitere Erhöhungen der Krankenkassenprämien verkünden zu müssen (was trotzdem geschah ...). Seither bezahlen sie an Pflegeheime und Spitex einen unveränderten Fixbeitrag pro Stunde Pflege. In den letzten 5 Jahren sind diese Pflegekosten jährlich angestiegen, weil die Löhne der Pflegenden den weitaus überwiegenden Teil ausmachen. Die Lücke zwischen den anfallenden Pflegekosten und den von Versicherern und Patienten bezahlten Fixbeiträgen wird immer grösser.

Die Kostenbeiträge der Versicherer (und evtl. auch der Patienten) an die Pflege müssen erhöht werden, mindestens im Umfang der jährlich steigenden Löhne.

3. Niederlassungsfreiheit ist zu garantieren

Es kann nicht sein, dass der Umzug ins Pflegeheim eines anderen Kantons verunmöglicht wird, weil kein Kanton die gesetzlich vorgeschriebene Ausfinanzierung der Pflegekosten übernehmen will (vgl. Seiten 4–5).

Der Aufenthaltskanton sollte die Pflegerestkosten nach seinem System übernehmen müssen und zudem müssten die Kantone ihre EL-Heimobergrenzen gegenseitig anerkennen.

4. Finanzierung besonderer Pflegesituationen

Besonders der Aufwand für Demenz und Palliativpflege ist ungenügend als „Pflege nach KVG“ ausgewiesen. Demenzkranke sind (trotz teilweise tiefer Pflegestufe) auf einen Pflegeheimplatz angewiesen und müssen bereits die Aufenthaltskosten selber finanzieren. Im Gegenzug müssten wenigstens krankheitsbedingte Kosten bezahlt werden (vgl. Seiten 6–7). Dies gilt auch für den erhöhten Zeitaufwand und die Leistungen der Palliativpflege sowie aussergewöhnlich pflegeintensive Fälle, welche mehr als 4 Stunden Pflege pro Tag benötigen.

Die Finanzierung muss der Pflegeintensität von besonderen Krankheiten und Situationen besser Rechnung tragen, vor allem für Demenz, Palliativpflege, Multimorbidität und hohen Pflegebedarf (Berücksichtigung in den Messinstrumenten sowie Aufhebung der Obergrenze von 240 Minuten).

5. Taugliche Regelung der Übergangspflege

Hauptzweck der AÜP ist, nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, der den medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und der Rekonvaleszenz entspricht, damit Patienten ihre Selbständigkeit im Alltag wieder erlangen. Die Erfahrung zeigt, dass dies in vielen Fällen mit 14 Tagen Maximaldauer nicht realistisch ist. Die heutige Finanzierung der AÜP bietet zudem keinen Anreiz, das Angebot in Heimen zu nutzen (obwohl die Infrastruktur gerade für ein solches Angebot ideal wäre), weil dort der ganze Aufenthalt selber zu bezahlen ist.

Die Übergangspflege muss mindestens 4 Wochen statt nur 14 Tage möglich sein. Zudem ist sie wie vorgelagerte Behandlungen einer akuten Krankheit zu finanzieren: Inklusive Hotellerie- und Betreuungskosten. ← CST

Neue Weiterbildung für Profis im
Gesundheits- und Sozialwesen
Care Gastronomie für Heimköche

Esskultur, Kochkunst, Ernährung und Genuss in Institutionen der Langzeitpflege

www.careum-weiterbildung.ch

careum Weiterbildung

Nächster Start:
Juni 2018

Verstärkte Zusammenarbeit

senesuisse – curaviva

↳ Das gemeinsame Interesse von CURAVIVA und senesuisse ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter. Der grosse Stellenwert dieses wichtigen Themas ist in Politik und Öffentlichkeit nicht genug angekommen – allzu oft wird nur über Finanzierungsfragen und „Missstände“ diskutiert. Um diesen echten Missstand zu beheben, haben CURAVIVA Schweiz und senesuisse beschlossen, durch eine noch engere Zusammenarbeit das gemeinsame Gewicht zu bündeln.

Unterschiedliche Rollen – gleiche Interessen

Um den Stellenwert von „Alter und Langzeitpflege“ in Politik und Gesellschaft zu erhöhen, ist das aktive Engagement von CURAVIVA wie auch senesuisse nötig. Die beiden Verbände haben, basierend auf ihrer jeweiligen Geschichte, unterschiedliche Rollen und Schwerpunkte. So ist CURAVIVA als Vertreterin einer sozialen Politik bekannt, während senesuisse den Schwerpunkt auf die freiheitlich-liberalen Aspekte und das Unternehmertum legt. Während Curaviva sehr viel wertvolle fachliche Arbeit leistet und den Bereich von Aus-/Weiterbildungen prägt, setzt senesuisse seine Ressourcen primär für politisches Lobbying ein. Die beiden Partnerverbände werden diese Prägung und Tätigkeiten weiterhin behalten, wollen sich aber noch besser gegenseitig ergänzen.

Hierfür wurde am Kongress Alter, den CURAVIVA Schweiz in Partnerschaft mit senesuisse organisierte, ein gemeinsames „Memorandum of Understanding“ unterzeichnet. Die beiden Verbände streben eine partnerschaftliche Kooperation an, ohne konkurrierendes Denken. Durch die unterschiedlichen Dienstleistungen und Schwerpunkte wird ein Mehrwert geschaffen, welcher die Branche stärkt und besonders auch Doppelmitgliedern einen grossen zusätzlichen Nutzen ermöglicht.

Stärkung auf nationaler und kantonaler Ebene

Die Bündelung des Gewichts soll sowohl auf der nationalen als auch auf der kantonalen Ebene spürbar werden. Nachdem senesuisse durch die Einsetzung von Kantonalvertretern noch näher an die Mitglieder und die kantonalen Entwicklungen gerückt ist, soll besonders die Zusammenarbeit mit den Kantonalverbänden verstärkt werden. Durch das gemeinschaftliche Verfassen von Briefen, Vernehmlassungen, Studien, Positionspapieren und Stellungnahmen werden gemeinsame Interessen besser sichtbar. Beide Verbände setzen sich weiter dafür ein, dass die gemeinsamen Interessen der Mitgliederinstitutionen gebündelt und ohne Effizienzverluste vertreten werden.

Wichtige Themen

Bei der inhaltlichen Betrachtung haben die beiden Partnerverbände folgende Hauptthemen ausgemacht, in welchen ein zusätzlich verstärktes Engagement nötig ist:

- Nachhaltige Finanzierung für Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter
- Entschärfung des Mangels an qualifiziertem Pflegepersonal
- Bekämpfung von Überregulierung und unnötiger administrativer Belastung der Betriebe
- Beseitigung von Finanzierungslücken und Fehlanreizen im Gesundheitssystem
- Umsetzung guter Versorgungsangebote für pflegebedürftige Betagte
- Sicherung genügender Altersvorsorge (AHV/BVG) und Ergänzungsleistungen
- Erarbeitung und Umsetzung von fachlich geeigneten Qualitätsvorgaben
- Klärung der Abgrenzungsfragen in Pflege/Betreuung/Hotellerie

Wir sind überzeugt, damit die Basis für eine noch bessere Vertretung der Betriebe im Bereich von Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter geschaffen zu haben. <†CST

Impressum

Redaktion
CHRISTIAN STREIT <†CST
Geschäftsführer senesuisse

senesuisse
Verband wirtschaftlich unabhängiger
Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz

Erscheinungsweise: 3x jährlich
Auflage: 2400 Exemplare
1800 Deutsch | 600 Französisch

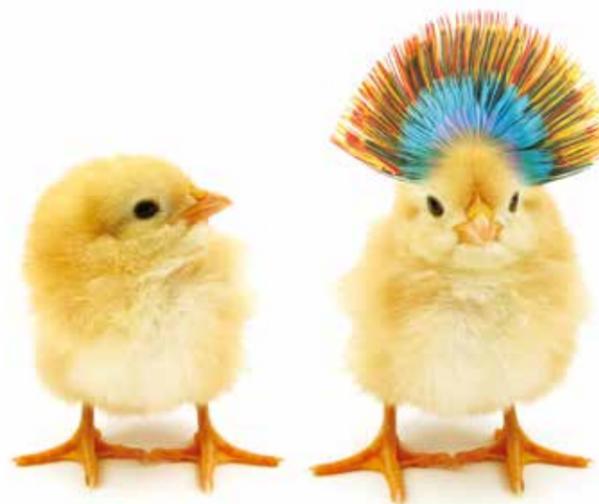
Redaktionsadresse
senesuisse
Kapellenstrasse 14
Postfach | 3001 Bern
058 796 99 19
info@senesuisse.ch

Gestaltung | Fotografie
STANISLAV KUTAC <†SKU
stanislavkutac.ch

↳ Die Fotos für diesen senesuisse FOCUS entstanden im FELLERGUT in Bümpliz. Frau Edith Müller und Herr Hans Holenstein haben dabei die Hauptrollen bekommen. Wir bedanken uns ausdrücklich auch bei allen anderen Bewohnern, die sich für diesen Anlass extra in Schale geworfen haben, herzlich, auch wenn wir sie nicht berücksichtigen konnten. <†SKU

Wir sind vieles – nur nicht Standard!

senesuisse-Mitglieder erhalten einen exklusiven Rabatt. Sprechen Sie uns an.



www.wissen-pflege-bildung.ch

Erweitern Sie Ihre Kompetenzen und vertiefen Sie Ihr Fachwissen mit unseren Bildungsangeboten:

- Praxisausbilder/-in oder Kursleiter/-in mit SVEB-Zertifikat bis zum eidg. Fachausweis Ausbilder/-in
- Kurse für Berufsbildner/-innen im Gesundheitswesen
- Teamleiter/-innen-Lehrgang für Gesundheitsberufe
- Führungskurse für Gruppenleitungen
- Aggressionsmanagement
- Fachweiterbildung Langzeitpflege und -betreuung
- Demenzkurse bis zum/zur Fachberater/-in Demenz
- Palliative Care-Schulungen
- Ethik-Seminare
- Deutschkurse
- Lernbereich Training und Transfer (LTT)



IT von Mensch zu Mensch

Sie wollen für die Menschen da sein, und nicht für die IT?

Unico Data AG begleitet Ihre Institution auf dem Weg des digitalen Wandels – wobei der Mensch immer im Zentrum bleibt.

Unico Data AG | Dorfmatweg 8a | 3110 Münsingen
+41 31 720 20 30
www.unicodata.ch

unico
DATA



Sparen Sie Zeit und Geld mit HOTELA+
www.hotela.ch

SIMPLIFY YOUR BUSINESS.