

Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 24. Oktober 2018 – CST/dgl

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der OKP (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)

Vernehmlassungsantwort des Verbandes **senesuisse**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Anhörung in der rubrizierten Vernehmlassung. Weil die Finanzierung für **senesuisse** als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeinstitutionen eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Gesundheitssystems darstellt, erhalten Sie in der angesetzten Frist diese Stellungnahme.

Im Jahr 1996 wurde der Verband **senesuisse** gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 400 Institutionen mit rund 25'000 Pflegeplätzen sind Mitglied.

Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich **senesuisse** seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Selbstverantwortung, Freiheit und angemessener Finanzierungsregelungen **begrüssen wir den unterbreiteten Vorschlag zur Anpassung der OKP-Beiträge für Pflegeheimaufenthalte sowie die Voraussetzungen für eine einheitliche Kostenermittlung. Damit werden aber viele bestehende Probleme in der Pflegefinanzierung nicht gelöst: Wir sind enttäuscht, dass der Bundesrat die Chance nicht genutzt hat, im Bericht aufgezeigte und dringend nötige Anpassungen anzugehen.**

A Stellungnahme zur unterbreiteten Vorlage

Als Verband der wirtschaftlich denkenden Alterspflegeinstitutionen und Mitglied der IG Pflegefinanzierung sind die Mitglieder des Verbandes **senesuisse ernüchert, dass die unterbreitete Vorlage nur zwei kleinere Problembereiche aufgreift.** Die vorgeschlagenen Regelungen lösen die wirklichen Problematiken in der Pflegefinanzierung keineswegs. Vielmehr sind dringend weitere Anpassungen nötig, namentlich muss sichergestellt werden, dass die gesamten tatsächlich anfallenden Pflegekosten klar feststellbar und vollständig gedeckt sind.

Wenigstens werden aber für die angesprochenen Problembereiche taugliche Vorschläge unterbreitet. Besonders zu begrüßen ist dabei die endlich erfolgende Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimkosten (Art. 7a Abs. 3 KLV) – welche aber noch immer zu tief ausfällt – sowie die Vorgabe, dass der von Instrumenten ausgewiesene Pflegebedarf den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen soll (Art. 8b Abs. 2 KLV).

B Stellungnahme zu den einzelnen unterbreiteten Bestimmungen

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV

Der Verband **sene**suisse erklärt sich mit den vorgeschlagenen Änderungen einverstanden. Der Begriff „Ermittlung“ des Pflegebedarfs ist besser geeignet als „Abklärung“, auch wenn sich für die Praxis nichts ändert. Ein Verzicht auf die explizite Aussage, dass eine Planung der notwendigen Massnahmen mit Ärzten und Patienten erfolgen müsse, macht Sinn.

Art. 7a Abs. 1 KLV

Der Verband **sene**suisse kann die Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege nicht nachvollziehen. Offenbar verfügt das BAG selber über keine brauchbaren Zahlen, obwohl ihm die Aufgabe zur Prüfung der Kostenneutralität schon vor 2011 übertragen wurde. Besonders unverständlich ist der Hinweis des Departements, aufgrund des sinkenden (Konsumenten-!) Preisniveaus wäre eine zusätzliche Senkung der von Versicherern geleisteten Pauschalen zu prüfen. Tatsächlich ist für die vorliegende Berechnung nicht auf den Konsumentenpreisindex abzustellen, sondern die Steigerung der Gesundheitskosten. Diese haben auch im Bereich der „Spitex“ laufend zugenommen, weil namentlich die Löhne und das verwendete Material für die Ausgaben massgebend sind. **Gestützt auf das ungenügende Datenmaterial sollte auf eine Senkung der OKP-Beiträge verzichtet werden. Dies umso mehr, als nach dem Willen des Parlaments schon bald eine Erhöhung ansteht**, indem das Postulat 16.3352 einstimmig überwiesen wurde, welches eine gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger fordert.

Eine andere Korrektur ist hingegen dringend nötig, weil in der Berechnung dieser OKP-Beiträge die bei der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände nicht berücksichtigt wurden. Entweder müsste die Stundenpauschale deutlich erhöht werden oder aber – was viel besser wäre – eine Anpassung in Art. 20 KLV erfolgen, damit die in der Praxis absolut untaugliche Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch fachliches Personal aufgehoben wird und die angewendeten „Mittel und Gegenstände“ auch weiterhin den Krankenversicherern zu verrechnen sind.

Antrag 1: 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.~~

Art. 7a Abs. 3 KLV

Der Verband **sene**suisse begrüsst die vorgesehene Erhöhung der OKP-Beiträge für die **Pflege in Pflegeheimen ausdrücklich**. Zwar befremdet uns auch hier, dass man offenbar über keine geeigneten Zahlen verfügt, obwohl die Aufgabe des Parlaments dem Departement längst bekannt war und mit der SOMED auch bereits eine entsprechende Statistik bestand. Dass man auch hier auf die Zahlen der Versicherer abstellen muss (welche ein klares Eigeninteresse haben!), ist mehr als erstaunlich. Noch erstaunlicher ist aber die Feststellung, dass die Löhne des Pflegepersonals in den Jahren 2010-2016 nicht gestiegen seien. Begründet wird dies gestützt auf die SOMED-Statistik, welche man im Bericht selbst für untauglich erklärt (Ziff. 2.1.1) und dann für den Nachweis der fehlenden Lohnsteigerung trotzdem verwendet (Ziff. 2.1.10). Die Löhne im Gesundheitswesen sind nach BfS von 2010 bis 2016 um 5 Prozent gestiegen. Dies bestätigen auch die vielen Rückmeldungen aus der Betriebspraxis. Der Verweis auf den Landesindex der Konsumentenpreise ist denn auch komplett unbehilflich, weil Benzinkosten rein gar nichts mit den Lohnsteigerungen in Pflegeheimen gemeinsam haben. **Die Erhöhung müsste also noch deutlich höher ausfallen.**

Gemäss den verfügbaren Zahlen verringerte sich denn auch der OKP-Beitrag an die gesamten Pflegekosten in Schweizer Pflegeheimen jedes Jahr. Während 2009 der Anteil der OKP noch bei 53,48 Prozent lag, sank dieser bis ins Jahr 2014 auf 45,92 Prozent und seither noch weiter. Es kann unmöglich dem Wunsch des Parlaments entsprochen haben, dass eine solch grosse Kostenverlagerung auf die öffentliche Hand erfolgt; sonst hätte es dem Bundesrat nicht die Kompetenz zur Anpassung der OKP-Beiträge gegeben. Auch bei dieser Berechnung ist die Differenz viel höher als 6,7 Prozent. Da diese Entwicklung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit noch weitergeht, ist der Gesetzestext gemäss einstimmiger Meinung des Nationalrats so anzupassen, **dass die OKP-Beiträge auch die zukünftige Kostensteigerung berücksichtigen müssen.**

Auch wenn die Korrektur mit 6,7 Prozent sicherlich zu tief ausfällt, können wir dieser klar zustimmen, damit nicht Kantone und Gemeinden über Gebühr belastet werden. **Damit wird aber das Hauptproblem der vielen Deckungslücken nicht gelöst:** Es ist zu befürchten, dass Kantone/Gemeinden ihre Restfinanzierung im gleichen Ausmass senken, wie die OKP-Beiträge steigen und somit auch weiterhin riesige Finanzierungslücken bestehen, welche sich gemäss den vom BfS ausgewerteten Zahlen per 2017 auf jährlich rund 300-400 Mio. Franken belaufen. Die Kantone müssen den top-aktuellen Bundesgerichtsentscheid BGE 9C_446/2017 umsetzen und die gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten tragen. Dazu gehören auch die in den Pflegemessinstrumenten **nur ungenügend abgebildeten Leistungen wie etwa bei Demenz und Palliativpflege. Gerade für Schwerstpflegebedürftige muss auch eine über die bisherigen 12 Stufen hinausgehende Mitfinanzierung sichergestellt sein.**

Vordringlich sind – wie oben bereits ausgeführt – die bei der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände in der OKP-Finanzierung zu berücksichtigen.

Antrag 2: Anpassung von Art. 25a Abs. 5 KVG

Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältigt werden. Die Kantone ~~regeln die Restfinanzierung~~ sind für die Tragung der gesamten auf ihrem Gebiet anfallenden Restpflegekosten zuständig.

Antrag 3: Ergänzung von Art. 25a Abs. 1 KVG

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. Die entsprechenden Beiträge werden mindestens alle 3 Jahre im demjenigen Umfang erhöht, damit der Kostenteiler zwischen Krankenversicherer und Restkostenfinanzierer gleich bleibt.

Antrag 4: Ergänzung von Art. 7a KLV

*k. bei einem Pflegebedarf von 201 bis 220 Minuten: 99.00 (resp. angepasster Beitrag) Franken;
l. bei einem Pflegebedarf von 221 bis 240 Minuten: 108.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken;
m. bei einem Pflegebedarf von 241 bis 260 Minuten: 117.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken;
n. bei einem Pflegebedarf von 261 bis 280 Minuten: 126.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken;
o. bei einem Pflegebedarf von 281 bis 300 Minuten: 135.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken;
p. bei einem Pflegebedarf von mehr als 300 Minuten: 144.-- (resp. angepasster Beitrag) Franken.*

Antrag 1 (Wiederholung): 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 5: Inkraftsetzung des Antrags 1 per Dringlichkeitsbeschluss auf den 01.01.2019

Art. 8 Abs. 1 KLV

Der Verband **seneuisse** kann die vorgeschlagenen Änderungen nachvollziehen. 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 Detailplanung und fachliche Ausführung sorgen. Genau dieser sinnvolle Ablauf würde nun aber möglicherweise mit der neu vorgeschlagenen Regelung gefährdet: Wenn der Arzt ohne vorherige Abklärung der Spitex die ambulante Pflege verordnet, weiss er in der Regel nichts mit der Unterscheidung zwischen b-Leistungen und c-Leistungen anzufangen. Es droht ein längeres Hin-und-her bis alleine die Kompetenzen und die Verordnungsinhalte definiert sind. Noch unklarer ist die praktische Anwendbarkeit für die Pflegeheime, welche eine Unterscheidung zwischen a--/b-/c-Leistungen gar nicht kennen. Der praktische Nutzen der gut gemeinten Kompetenzerweiterung für Pflegenden läge wohl bei null – wenn nicht darunter.

Unglücklich erscheint uns aber, dass die bisher in Art. 8 Abs. 4 gültige Regelung zur Bedarfsabklärung in Pflegeheimen einfach ersatzlos gestrichen wurde. Aus unserer Sicht ist es zwar löblich, diese Regelung gemäss den Erläuterungen der Vertragsverhandlung zwischen den Versicherern und Leistungserbringern zu überlassen. Weil es sich aber bloss um administrative Verträge handelt, **würde im Falle eines Scheiterns solcher Verhandlungen eine grosse Rechtsunsicherheit herrschen**. Zudem ist für uns völlig unverständlich, warum in den Erläuterungen festgehalten ist, welches „Vorgehen in der Regel vereinbart“ werden soll, wenn zum einen keine Regelung in der Verordnung besteht und zum andern die Vertragsfreiheit garantiert sein soll ...

Antrag 6: Die Regelung zur „Kompetenzerweiterung“ muss nochmals überdenkt werden.

Es wäre eine Lösung anzustreben, in welcher in der ambulanten Pflege die Pflegefachleute für alle Fälle den Bedarf selber abklären und dem Arzt mitteilen können, wobei der Arzt eine reine daran anschliessende Überprüfungs- und Korrekturfunktion wahrzunehmen hat.

Für die Pflegeheime dürfte ebenfalls keine praxisfremde Unterscheidung der Leistungsarten erfolgen, hingegen müsste die Unterschrift des Hausarztes genügen.

Art. 8 Abs. 2 KLV

Der Verband **seneuisse** erklärt sich mit der Verlängerung der Gültigkeitsfrist von ärztlichen Aufträgen/Anordnungen – welche aber 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 3 auf 6 Monate und von 6 auf 12 Monate kann in wenigen Einzelfällen dazu beitragen, den administrativen Aufwand zu reduzieren und den Spielraum für das Pflegepersonal zu vergrössern. Trotzdem scheint uns 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.

Hingegen beantragen wir die dringend nötige Verbesserung der Übergangspflege, für welche die Anwendbarkeit von maximal zwei Wochen in der Praxis untauglich ist (Bst. c).

Antrag 7: Anpassung von Art. 25a Abs. 2 sowie Art. 8 Abs. 2 Bst. c und Art. 8 Abs. 4 KLV

Die Dauer der Übergangspflege muss auf mindestens 4-6 Wochen mit der Möglichkeit zur einmaligen Verlängerung bei entsprechendem Bedarf ausgeweitet werden. Zudem sind analog der Spitalfinanzierung auch die Aufenthaltskosten durch Kanton und Versicherer zu tragen.

Art. 8a KLV

Der Verband **seneuisse** begrüsst die Klärung der Bedarfsermittlung in der ambulanten Pflege zu Hause und die Stärkung der Rolle von Pflegefachleuten. Allerdings sollte dabei auf das Erfordernis verzichtet werden, dass auch noch eine zweijährige praktische Tätigkeit nötig ist. Bereits das Diplom ist ausreichend, es braucht nicht zusätzliche administrative Hürden.

Art. 8b Abs. 1 KLV

Der Verband **sene**suisse begrüsst, dass die Bedarfsermittlung ausdrücklich nur die Pflegekosten nach Art. 33 Bst. 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 nicht offiziell „genehmigt“ worden ist. 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 „Tariffragen“ besteht. In Anlehnung an die Gremien von „Swiss-DRG“ **empfehlen wir die Einsetzung eines aus Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern bestehenden Gremiums, welches zur Klärung von Tariffragen zuständig ist.** Dieses würde vorliegend bei Fragen rund um den Leistungskatalog die nötige Klärung bringen und anschliessend etwa auch die Anerkennung der wissenschaftlich zu erbringenden Nachweise oder die tolerierten Varianzwerte begleiten. Dadurch liessen sich viele aufwändige und letztlich unnötige Gerichtsverfahren vermeiden.

Antrag 8: Einsetzung eines Gremiums zur Klärung von Tariffragen

Analog zu Swiss-DRG sollte ein Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung eingesetzt werden, welches sich aus Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt und dessen Kompetenzen zu klären sind.

Art. 8b Abs. 2 KLV

Aus Sicht von **sene**suisse ist es absolut zwingend, dass als „Benchmark“ für die Messung des Pflegebedarfs die tatsächlich aufgewendete Pflegezeit gilt. Entsprechend ist diese Regelung sehr zu begrüessen, wonach der ausgewiesene 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 9: Anpassung von Art. 8b Abs. 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 ...

Art. 8b Abs. 3 KLV

Der Verband **sene**suisse erklärt sich mit diesen Anforderungen an die Messinstrumente einverstanden. Allerdings wäre aus unserer Sicht schon noch zu prüfen, ob nicht analog zu Swiss-DRG auch für den Bereich der Pflegeheime ein einheitliches anerkanntes Instrument zur Anwendung gelangen sollte. Das vorgeschlagene Modell führt weiterhin bei Stellenwechseln und bei Software-Aktualisierung zu bedeutendem Schulungsaufwand. Zudem ist damit nicht abschliessend gewährleistet, dass nicht doch unterschiedliche Weiterentwicklungen der Instrumente und unterschiedliche Finanzierung vergleichbarer Fälle resultiert. Alternativ ist zumindest ein Gremium zur Klärung von Tariffragen einzusetzen, welches Fragen wie den genügenden Nachweis der Wissenschaftlichkeit oder die maximal zugelassene Varianz klärt.

Antrag 10: Verwendung eines einzigen Instruments in der ganzen Schweiz (analog Swiss-DRG), welches in der Hand einer breiten Eigentümerschaft ist (Bund, Kantone, Versicherer, Heimverbände).

Art. 8c Abs. 1-3 KLV

Wenn ein Gremium für Tariffragen analog zu Swiss-DRG eingesetzt würde, könnte dieses auch im Bereich der Kontroll- und Schlichtungsverfahren tätig sein, so dass die Neutralität gewährleistet ist und keine zusätzlichen Strukturen aufgebaut werden müssen.

Antrag 8 (Wiederholung): Einsetzung eines Gremiums zur Klärung von Tariffragen

Analog zu Swiss-DRG sollte ein Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung eingesetzt werden, welches sich aus Bund, Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt und dessen Kompetenzen zu klären sind

C Stellungnahme zu weiteren nötigen Anpassungen in der Pflegefinanzierung

Enttäuscht ist **seneuisse** davon, dass in der aktuellen Vernehmlassung die im Bericht zur Pflegefinanzierung aufgezeigten Mängel nicht vollständig angegangen werden. Als Mitglied der IG Pflegefinanzierung unterstützen wir die bereits seit Jahren vertretenen Anträge, welche folgende dringend nötige Verbesserung der Pflegefinanzierung fordern.

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 müssen Leistungen und Qualität in der Pflege abgebaut werden, die Betriebe (Heime und Spitex) gehen früher oder später Konkurs oder die Kosten werden unter anderer Bezeichnung den Patienten in Rechnung gestellt, was aber den Tarifschutz verletzt.

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. 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. Betagte Personen wählen ihren künftigen (letzten) Aufenthaltsort fast nie nach den Kriterien wie Luxus und Leistungen aus, sondern es gibt bedeutende Sachzwänge, etwa die Nähe zur Heimat oder zu Angehörigen. Damit die in der Verfassung vorgesehene Niederlassungsfreiheit auch tatsächlich garantiert ist, müssen die Kantone gegenseitig die nötigen Pflegerestkosten sowie die Aufenthaltskosten für EL-finanzierte Pflegeheimenintritte anerkennen.

Damit die Niederlassungsfreiheit auch im Alter garantiert ist, müssen die Kantone gegenseitig sowohl die Pflegerestkosten als auch die EL-Pflegeheimobergrenzen anerkennen.

3. 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. 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 künstlichen Obergrenze von 240 Minuten).

4. 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.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen
seneuisse

Christian Streit
Geschäftsführer