

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

---

## Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Spitex Verband der Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Verband SG|AR|AI

Adresse : Engelgasse 2, 9000 St. Gallen

Kontaktperson : Dominik Weber-Rutishauser

Telefon : 071 222 87 54

E-Mail : [info@spitex.sg](mailto:info@spitex.sg)

Datum : 27.09.2018

### Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: [abteilung-leistung@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistung@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

**Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)**

Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen
Spitex Verband SG AR AI	<p>Spitex Verband SG AR AI lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine <u>substantielle</u> Erhöhung dieser Beiträge.</p> <p>Die Erhöhung ist aus folgenden Gründen unumgänglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zahlreiche Argumente sind nicht nachvollziehbar – beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung oder des Pflegematerials.</li> <li>- Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch. In der gleichen Zeit wurde das DRG-Pauschalen-System eingeführt, was zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen führte (Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung). Im gleichen Zeitraum wurde der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt. In diesem Zusammenhang wurden – auch in Kongruenz zu den verschiedenen nationalen Gesundheitsstrategien – spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen sind teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Die Spitex ist zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden.</li> <li>- Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten.</li> <li>- Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial. Sonst ist die Finanzierungssicherheit der Spitexorganisationen längerfristig nicht gewährleistet, worunter schlussendlich die Patienten leiden.</li> </ul> <p>Zudem führen die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 2017 zu einem riesigen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial. Dieser Entscheid ist so in der Praxis nicht umsetzbar und ruft dringend nach Lösungen. Spitex Verband SG AR AI fordert die Legalisierung der bisherigen, gut funktionierenden Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial (vgl. nachfolgend Detailbemerkungen zu Kap. 3.1.2) auf den 1. Januar 2019. Spitex Verband SG AR AI begrüsst den Willen des Bundesrates, den administrativen Aufwand zu verringern und die Pflege besser zu anerkennen. Die dazu vorgeschlagenen Massnahmen werden jedoch als praxisfern und unausgegoren erachtet. Spitex Verband SG AR AI schlägt deshalb verschiedene Änderungen vor, die zu einer sinnvollen Umsetzung führen.</p>

# Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

Mit Eröffnung der Vernehmlassung hat der Bundesrat auch den umfassenden externen Evaluationsbericht von INFRAS zur Neuordnung der Pflegefinanzierung veröffentlicht. Für den Spitex Verband SG|AR|AI ist es unverständlich, warum der Bericht in der ganzen Vorlage nicht erwähnt wird und seine Erkenntnisse nicht eingeflossen sind. Der Evaluationsbericht von INFRAS zeigt sehr wohl verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf. Wir betrachten die aus dem Evaluationsbericht von INFRAS gezogenen Konklusionen als ungenügend und damit als verpasste Chance, Verbesserungen an der Pflegefinanzierung vorzunehmen. Die systematische Nicht-Berücksichtigung der Erkenntnisse des Berichts und die getroffenen Annahmen insbesondere zur Veränderung der Beiträge in der ambulanten Pflege sind aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar.

Bevor wir auf die Bemerkungen und Änderungsvorschläge zu den konkreten KLV-Artikeln kommen, möchten wir auf verschiedene Punkte des Vernehmlassungsberichts eingehen:

## Generelle Bemerkungen zum Vernehmlassungsbericht

Der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen wirken nicht abgestimmt. Der Bericht ist kompliziert geschrieben, hat Lücken und ist nicht leserfreundlich. Einige Beispiele:

- S. 13, 3.1.2 Nebenleistungen und Leistungen anderer Sozialversicherer: zu letzteren findet sich kein Wort in diesem Kapitel
- S. 15, 3.1.6 Graphik 2 und 3: Hier wird fälschlicherweise von der Verteilung der Pflegeintensität gesprochen. Vielmehr bildet die Graphik jedoch die Verteilung der Leistungskategorien der Pflege ab.
- S. 16, 3.2 Berechnung des Korrekturfaktors der Pflegebeiträge: In der Berechnungsformel werden «Pflegetage» und «Bruttoleistungen» erwähnt: Diese spielen in der ambulanten Pflege keine Rolle. Vielmehr müsste von «Pflegestunden» und «Einnahmen» gesprochen werden.
- S. 21, 1.3 Dauer der ärztlichen Anordnung – Anpassungsvorschlag: der Anpassungsvorschlag wird nicht beschrieben.

## Detailbemerkungen zum Berichtsteil Kostenneutralität der Pflegebeiträge

### **Legitimation der Kostenneutralität (1.1)**

Aus Sicht unseres Verbandes fehlt die Grundlage um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erklärt zur Erreichung des Hauptziels der NPF (**Hervorhebungen Spitex Verband SG|AR|AI**): **«Die Vermeidung einer zusätzlichen finanziellen Belastung der OKP konnte – bedingt durch mit der NPF [Neue Pflegefinanzierung] festgelegten fixen Beiträgen an die Pflegeleistungen – voll erreicht werden.»** Spitex Verband SG|AR|AI weist daraufhin, dass selbst Versicherer sich im Rahmen der Evaluation Pflegefinanzierung geäußert haben, die OKP sei entlastet worden.

### **Statistische Grundlagen (3.1)**

Wir weisen auf eine Problematik in der Spitex-Statistik hin, welche auf S. 57 des Evaluationsberichts von INFRAS wie folgt beschrieben wird (**Hervorhebungen Spitex Verband SG|AR|AI**): **«Dieser Bruch in den Daten der Spitex-Statistik verunmöglicht einerseits einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010. Eine Einschätzung zur Grössenordnung der Verzerrung der Daten ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich.»** Unseres Erachtens kann aus diesem Grund die Spitex Statistik nicht für einen Vorher-nachher-Vergleich beigezogen werden.

### **Pflegeheime (2)**

Spitex Verband SG|AR|AI äussert sich nicht zu den Erläuterungen und Berechnungen im Bereich der Heime. Wir unterstützen jedoch eine Erhöhung der OKP-Beiträge in diesem Bereich (vgl. auch Stellungnahme der IG Pflegefinanzierung [\[Link\]](#)).

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

---

**Nebenleistungen (3.1.2)**

Das Kapitel 3.1.2 dreht sich wesentlich auch um die Kostenübernahme des Pflegematerials. Wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt sind die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen. Weiter wurde das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt und hat sich entsprechend verteuert. So können z.B. moderne (und teurere) Wundverbände länger aufgelegt werden und benötigen dagegen weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson. Spitex Verband SG|AR|AI ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Aber auch wenn man annehmen würde, die Kalkulation sei auf das Jahr 2011 korrekt gemacht worden, geht die Argumentation im Bericht (S. 13f) nicht auf: Es wird festgehalten, dass die Spitex-Organisationen auch aus Effizienzgründen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert haben (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer). Daraus schliesst das zuständige Amt, dass die KLV-Beiträge nun zu hoch wären (und in der Konsequenz eigentlich noch stärker gekürzt werden müssten). Dabei werden die beiden Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2017 nicht berücksichtigt, welche besagen, dass die im Rahmen der Pflegehandlung verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürfen.

Wie weitherum bekannt ist, verursachen diese beiden Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand und führen dazu, dass die Spitex-Organisationen, die für diese Materialien bis auf Zustandekommen einer Lösung mit den Restfinanzierern vorläufig vollumfänglich übernehmen müssen. Die OKP wird auch weiterhin einen Beitrag daran leisten. Wir verweisen aber primär auf unseren ersten Einwand: Das Material ist in der NPF nicht genügend berücksichtigt worden.

Weiter weisen wir darauf hin, dass die Grundlagen und Belege besonders in diesem Kapitel äusserst lückenhaft sind. Formulierungen wie «dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», «unklar ist», «dürften verrechnet haben», «kann von ausgegangen werden», «kann aber nicht beziffert werden», «es ist anzunehmen», «dürften etwas zu hoch sein» finden sich alleine auf den ¾-Seiten zu diesem Kapitel.

Spitex Verband SG|AR|AI beantragt überdies die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können, beispielsweise durch eine Änderung von Art. 20 KLV. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson ist zu verzichten. Damit soll die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis legalisiert werden. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten ist eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z.B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend muss Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können.

Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

**Akut- und Übergangspflege (3.1.3)**

Wir bitten hier um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS. Dieser zeigt auf, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP nicht genügt.

Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der AÜP das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll weisen wir entschieden zurück. Eine AÜP basiert auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin und kann entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

# Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung) Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018

## **Entwicklung der Leistungsstruktur nach Behandlungstyp (3.1.6)**

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, wie man zur Annahme gelangt, dass die Leistungsstruktur nach Behandlungstyp 2010-2014 konstant geblieben sei (wie bereits oben beschrieben ist der Begriff «Pflegeintensität» falsch). Mit der Einführung der DRG in den Spitälern, mit der Umsetzung des Konzepts «ambulant vor stationär» sind in den vergangenen Jahren immer komplexere Fälle in die ambulante Pflege eingetreten. So hatten beispielsweise auch die Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege und weitere spezialisierte Pflegeleistungen ihrerseits eine Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen zur Folge. Darauf wird selbst in Berichten des BAG entsprechend hingewiesen (vgl. beispielsweise den Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung», 2018). Logischerweise gehen im Gegenzug die C-Leistungen anteilmässig zurück. Graphik 2 und Graphik 3 auf Seite 15 verdeutlichen dies sehr gut – dennoch wird aus den Zahlen geschlossen, dass diese «relativ konstant» seien. Vielmehr aber erklären diese (gewollten) Verschiebungen im Leistungsmix auch wesentlich die Verteuerung des Stundenkostensatzes.

## **Löhne und allgemeine Teuerung (3.1.7)**

Die Löhne im Pflegebereich sind in den letzten Jahren sehr wohl angestiegen. Fachkräftebedarf, Nacht- und Wochenendeinsätze, Spezialisierungen führten zu Lohnzunahmen. Entsprechend erachten wir die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral und weisen die Nicht-Berücksichtigung dieser Argumentation zurück.

## **Berechnung des Kostenfaktors der Pflegebeiträge (3.2)**

Ziel der Kostenkorrektur ist die Gewährleistung, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Jahr des Übergangs 2010/2011 kostenneutral für die OKP erfolgte. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 ist problematisch. Bereits im Evaluationsbericht von INFRAS wird erklärt, dass der Bruch in den Daten in der Spitex-Statistik einen direkten Vergleich der Gesamtkosten vor und nach dem Jahr 2010 nicht zulässt (vgl. auch oben).

Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (s. Kap. 3.1.1) darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglässt. So wird festgehalten, dass Einnahmen aus Leistungen nach KLV 7 unter verschiedenen Rubriken erfasst wurden, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst ab 2010 (und auch dann noch nicht alle) in der Statistik erfasst wurden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf im Jahr 2010 noch nicht in der Statistik erfasst wurden etc. Für den Spitex Verband SG|AR|AI stellt sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen kann, wie es die Formel und deren Ergebnis 3.6 Prozent suggerieren. Unser Verband erachtet die Schlussfolgerungen bzw. die Senkung der Beiträge auf einer unsicheren Datenbasis als unseriös und willkürlich.

Aus Sicht des Spitex Verbands SG|AR|AI sind die Pflegebeiträge zwingend zu erhöhen. Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren dringend überarbeitet werden muss:

- Die Datengrundlage von 2004 berücksichtigte verschiedene Faktoren ungenügend. So beispielsweise die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.
- Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung hat aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität etc.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen stark zugenommen.
- Parallel dazu ist auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex gehören heute vielerorts zum Angebot einer Spitex-Organisation (vgl. auch die diesbezüglichen Strategien des Bundes und der Kantone). Es ist auch künftig mit einer Zunahme dieser Entwicklung zu rechnen (vgl. etwa Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müssen Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

<p>- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.</p> <p>Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden (vgl. Evaluationsbericht INFRAS S. 8, 9, 60, 63). Die Restfinanzierer versuchten diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen), abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge).</p> <p>Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».</p> <p><b>Fazit:</b> Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Anforderungen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten. Diese Entwicklung kann sich nicht so fortsetzen. Es braucht eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung.</p> <p>Mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege wird der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht und fehlende Elemente (Pflegematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen. Dies würde unseres Erachtens den Grundsatz «ambulant vor stationär» stärken.</p> <p><b><u>Detailbemerkungen zum Berichtsteil «Bedarfsermittlung»</u></b></p> <p>Die vorgeschlagenen Änderungen der Prozesse der Bedarfsermittlung im Bereich in der ambulanten Pflege sind u.E. aber noch zu wenig durchdacht. Wir haben zahlreiche Vorschläge zur Optimierung des Prozesses. Insbesondere ist eine Begriffsklärung notwendig: Die Bedarfsermittlung in der Spitex erfolgt umfassend (gemäss Art. 8a Abs. 2) vielerorts mit dem Instrument RAI Home Care. Aus der Bedarfsermittlung wird die Pflegeplanung abgeleitet und die nötigen Pflegeleistungen werden bestimmt. Die Zusammenfassung der Pflegeleistungen wird in einem Formular (Bedarfsmeldung, siehe Art. 8a, Abs. 3) dargestellt.</p> <p>Gerne sind wir bereit, den interessierten Personen die Bedarfsermittlungsprozesse bei einer Spitex-Organisation aufzuzeigen.</p>			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Spitex Verband SG AR AI	Art. 7a Abs. 1	Die Senkung der Beiträge aus der OKP für die Pflege zu Hause erachten wir als nicht sachgerecht und unzureichend hergeleitet sowie absolut nicht nachvollziehbar. Wir verweisen auf die vorstehenden diesbezüglichen allgemeinen Bemerkungen und unterstreichen daraus folgendes: Der Expertenbericht kommt zum Schluss, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72% auf 70% gesunken und somit das Ziel die Kostenneutralität einzuhalten mehr als erreicht worden ist. Ebenso bleibt unbeachtet, dass die Lohnkosten deutlich angestiegen sind und aufgrund des Bedarfs an Pflegefachpersonal wohl weiter steigen wird.	Spitex Verband SG AR AI fordert eine substantielle Erhöhung der Beiträge.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		<p>Weiter hatten und haben die konsequente Verfolgung der Strategie «ambulant vor stationär» zur Folge, dass spezialisierte (und damit teurere) Dienstleistungen (z.B. Palliativpflege, Onkologiepflege, Psychiatriepflege) verstärkt Eingang in die ambulante Pflege gefunden haben (vgl. dazu diverse Nationale Strategien des Bundes).</p> <p>Ein Weiterführen der bisherigen Beiträge führt zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden (je nach kantonaler Regelung der Restfinanzierung) und die Klienten und Klientinnen.</p>	
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8 Abs. 1	<p>Aus Sicht des Spitex Verbands SG AR AI ist der neu vorgeschlagene Anordnungsprozess nicht genügend durchdacht.</p> <p>Heute ordnet der Arzt/die Ärztin Pflegeleistungen an. Teilweise werden gleichzeitig spezifische Massnahmen aufgrund der medizinischen Indikation angeordnet (z.B. Stützstrümpfe, Vitalzeichenmessung, Injektionen). Die abklärende Pflegefachperson stellt fest, welche Leistungen konkret benötigt werden. Diese werden im Nachgang durch den Arzt/die Ärztin (meist im Schnellverfahren ohne detaillierte Prüfung) unterschrieben. Es besteht in Fachkreisen Einigkeit, dass diese Schlussbestätigung pro forma erfolgt.</p> <p>Vorgeschlagene Regelung: Neu soll der Arzt/die Ärztin in einem ersten Schritt die Notwendigkeit der Pflege feststellen (Abs. 1 Bst. a) und zugleich auch festlegen, ob A-, B-, C-Leistungen benötigt werden (Abs. 1 Bst. b). Die Bedarfsermittlung erfolgt im Anschluss durch eine Pflegefachperson gemäss Art. 8a umfassend (dies entspricht auch den internationalen Standards, insbesondere dem in der Spitex fast flächendeckend eingesetzte RAI Home Care). Die Durchführung der Bedarfsermittlung stellt in der Praxis immer eine A-Leistung dar, d.h. der Arzt/die Ärztin muss in jedem Fall «A» ankreuzen, um die Abgeltung der Bedarfsermittlung zu ermöglichen.</p> <p>Ordnet ein Arzt/eine Ärztin Pflegeleistungen A und B an, und die Bedarfsermittlung (Beurteilung der Gesamtsituation und Abklärung des Umfelds) ergibt, dass der Klient auch C-Leistungen benötigt, braucht es nochmals eine Rücksprache mit dem Arzt/der Ärztin. Dies generiert zusätzliche Kosten und produziert unnötigen administrativen Aufwand. Zudem widerspricht es der bereits heute gängigen Praxis, wonach die Pflegefachpersonen Art und Umfang der Leistungen abklären.</p> <p>Unser Verband ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen A/C-Leistungen und B-Leistungen nicht sinnvoll ist. Die Pflegefachpersonen sind in der Lage fachlich zu beurteilen, welche</p>	Abs. 1 b. Der Arzt oder die Ärztin kann spezifische Leistungen anordnen.

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		<p>Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung).</p> <p>Der Arzt/die Ärztin wird über die aus der Bedarfsermittlung resultierenden benötigten Pflegeleistungen informiert. Im Gegenzug ist es auch wichtig, dass die Spitex die Informationen des Arztes/der Ärztin ebenfalls erhält, um so ihre Pflegeplanung bei Bedarf anpassen zu können.</p> <p>Im Grundsatz unterstützt unser Verband den Vorschlag des Bundesrates, die Kompetenzen der Pflege besser zu anerkennen und den Prozess der Bedarfsmeldung (ohne Einholen der ärztlichen Unterschrift) zu vereinfachen.</p>	
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8 Abs. 2 Bst. a + b	<p>Spitex Verband SG AR AI unterstützt eine Verlängerung der ärztlichen Anordnung. Dies reduziert administrative Aufwände. Die unterschiedliche Terminierung von B-Leistungen (6 Monate) und A-/C-Leistungen (12 Monate) führt in der Praxis zu einer umständlichen und unlogischen Situation und zu Mehrkosten: Sobald eine Klientin mehrere Leistungen benötigt, ist die Dauer der Anordnung zu harmonisieren.</p> <p>Beispiel: Läuft, wie vorgeschlagen, die Anordnung von B-Leistungen nach 6 Monaten ab (und angeordnete C-Leistungen erst nach 12 Monaten) muss nach 6 Monaten erneut eine Bedarfsermittlung erfolgen, aber nicht für die A- und C-Leistungen, die sie gleichzeitig bezieht, sondern nur für B-Leistungen. Gemäss internationalen Standards und auch gemäss Art. 8a, Abs. 2 ist die Beurteilung der Gesamtsituation und die Abklärung des Umfelds Bestandteil der Bedarfsermittlung, eine «Teil-Bedarfsermittlung», die nur mögliche B-Leistungen vorsieht widerspräche Art. 8a, Abs. 2 sowie der Logik des in der Spitex überwiegend zur Anwendung kommenden Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI Home Care.</p> <p>Der beschriebene Prozess, wonach der Bedarf ausgehend von der Art der Leistung (A, B oder C) ermittelt wird ist falsch. Anhand der umfassenden Bedarfsermittlung wird die Situation des Klienten erfasst und aus der daraus folgenden Pflegeplanung die konkreten Pflegeleistungen abgeleitet und nicht umgekehrt.</p> <p>Aus Gründen der Qualitätssicherung schlägt unser Verband eine einheitliche Dauer von maximal 9 Monaten vor.</p>	<p>2 Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:</p> <p><b>a) für maximal 9 Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, b und c.</b></p> <p>b) streichen</p>
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8 Abs. 2 Bst. c	<p>Die maximal 2 Wochen Akut- und Übergangspflege (AÜP) sind nicht ausreichend. Die bisherige Regelung zur AÜP ist ungenügend. Wir verweisen damit auf die Eingaben der IG Pflegefinanzierung (<a href="#">Link</a>) und den Evaluationsbericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung von INFRAS. In diesen Dokumenten werden die Unzulänglichkeiten der AÜP klar aufgezeigt. Eine grundlegende Änderung</p>	



**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		<p>ist anzustreben. Sie kann jedoch nur durch eine entsprechende vorgängige KVG-Anpassung vorgenommen werden.</p> <p>Spitex Verband SG AR AI betont die Notwendigkeit einer Anpassung der AÜP verzichtet aber aus obgenannten Gründen darauf, an dieser Stelle eine Änderung vorzuschlagen.</p>	
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8a° Abs. 1	<p>Der Vorschlag des Bundesrates sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen vor. Spitex Verband SG AR AI unterstützt diese Gleichstellung der verschiedenen Pflegebereiche. Als problematisch erachten wird den Verweis auf Art. 49 KVV, dieser verlangt zwei Nachweise: Ein Diplom (Bst. a) sowie eine zweijährige praktische Tätigkeit (Bst. b).</p> <p>Letztere Einschränkung ist aus Sicht unseres Verbands klar zurückzuweisen. Die Ausbildungscurricula für diplomierte Pflegefachpersonen sehen die Tätigkeiten der Bedarfsermittlung explizit vor. Ausgebildetes diplomiertes Personal ist entsprechend in der Lage die Bedarfsermittlung mit Abschluss der Ausbildung vorzunehmen. Um die Bedarfsermittlung RAI Home Care durchführen zu dürfen, absolvieren die Pflegefachpersonen zusätzlich eine mehrtägige Schulung. Die Einräumung einer zweijährigen Frist zur Durchführung einer Bedarfsermittlung wäre eine massive Einschränkung der heutigen Praxis in den Spitex-Betrieben und würde sich negativ auf die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin auswirken. Aus unserer Sicht bestimmt Art. 49 KVV die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um selbstständig als Pflegefachperson tätig zu sein.</p> <p>Ferner schlagen wir vor, gemäss unseren Ausführungen zu Art. 8 auf die künstliche Trennung zwischen A/C und B-Leistungen zu verzichten und entsprechend Bst. b zu streichen.</p>	<p>1 Die Bedarfsermittlung zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt:</p> <p>a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (<del>Art. 49 KVV</del>) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; das Ergebnis der Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben;</p> <p><del>b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut und Übergangspflege: durch eine diplomierte Pflegefachfrau oder einen diplomierten Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.</del></p>
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8a Abs. 2	<p>Die Bedarfsermittlung erfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfelds. Dies steht im Einklang mit dem in der Spitex verwendeten Abklärungsinstrument RAI Home Care (RAI HomeCare kommt in ca. 85% der Spitexorganisationen zum Einsatz).</p>	
Spitex Verband SG AR AI	Art. 8a Abs. 3	<p>Gemäss Kommentar bezieht sich Art. 8a auf die Bedarfsermittlung im Allgemeinen (Kommentar S. 27), also auf Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachkräfte und Pflegeheime. Abs. 3 verlangt einheitliche Kriterien vielmehr aber noch ein einheitliches Formular.</p>	<p>3 Die Bedarfsermittlung erfolgt <b>im stationären und ambulanten Bereich jeweils</b> aufgrund einheitlicher Kriterien. ...</p>

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung  
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)  
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		<p>Spitex Verband SG AR AI erachtet eine gleiche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung (aus der Bedarfsermittlung ermittelte Pflegeleistungen, dargestellt in einem Formular) im ambulanten und stationären Bereich nicht als zielführend. Die Situationen sind nicht vergleichbar und es stehen für die jeweiligen Settings unterschiedliche Instrumente für die Bedarfsermittlung zur Verfügung (vgl. z.B. interRAI).</p> <p>Die einheitliche Ausgestaltung der Bedarfsmeldung innerhalb der Spitex wird von unserem Verband unterstützt – diese sollte zwingend elektronisch verarbeitet werden können. Wir machen auf entsprechende aktuelle Bestrebungen im Bereich der Spitex in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern aufmerksam. Diese werden jedoch nicht bis zur vorgesehenen Inkraftsetzung im Juli 2019 eingeführt werden können. Entsprechend wird für eine realistische Einführung eine Übergangsregelung gefordert (vgl. weiter unten).</p>	
Spitex Verband SG AR AI	Übergangsbestimmungen	Wie bereits in den Bemerkungen zu Art. 8 Abs. 3 aufgeführt, kann die Einführung eines (elektronischen) einheitlichen Bedarfsmeldung nicht auf Juli 2019 abgeschlossen werden.	Die Bedarfsermittlung <del>in Pflegeheimen</del> darf bis Ende 2020 noch nach bisherigem Recht durchgeführt werden.
Spitex Verband SG AR AI	Art. 20 KLV	<p>Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt.</p> <p>Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.</p>	<p>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 <del>und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.</del></p>