Landeskanzlei
Rathausstrasse 2
4410 Liestal
T 061 552 50 06
landeskanzlei@bl.ch
www.bl.ch

BASEL LANDSCHAFT
REGIERUNGSRAT

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Versand per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

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

Liestal, 23. Oktober 2018
VGD/AfG/GM

Stellungnahme des Kantons Basel-Landschaft zur Änderung der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können.

Der Kanton Basel-Landschaft schliesst sich in seiner Stellungnahme vollumfänglich der Stellungnahme der GDK vom 27. August 2018 an.

Wir bitten Sie, die formulierten Anliegen zu berücksichtigen.

Hochachtungsvoll

Monica Gschwind
Regierungspräsidentin

Elisabeth Heer Dietrich
Landschreiberin

Beilage:
– Stellungnahme der GDK zur Änderung der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) vom 27. August 2018

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Versand per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

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

Bern, 27.8.2018

8-5-4/SM/HU

Stellungnahme der GDK zur Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können.

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 23.8.2018 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung.

1 Kostenneutralität der Pflegebeiträge

1.1 Allgemeine Bemerkungen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) evaluieren lassen und zudem berechnet, ob die Einführung für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral erfolgt ist.

Gemäss den KVG-Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13.6.2008 (Pflegefinanzierung) hatten die Kantone drei Jahre Zeit, die geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen anzupassen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1.1.2011 in Kraft getreten und die Übergangsfrist lief bis am 31.12.2013.

Die Kostenneutralitätsberechnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kommt zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1.1.2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge nach Art. 7a KLV vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Aus den folgenden Gründen lehnen wir die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge nach Art. 7a KLV:

I. Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen[1]. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5% gestiegen. In Heimen 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%.

II. Das EDI hält in seiner Stellungnahme zur Evaluation der NPF vom 4.7.2018 als eines der Ziele der NPF fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll[2] und gleichzeitig hat die Evaluation der NPF von infras ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege nicht angestiegen, sondern gar um 2 Prozentpunkte gesunken ist[3]. Die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb wir sie ablehnen.

III. Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.

IV. Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen[4], die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Bund und Kantone verfolgen für kleinere Eingriffe die Strategie «ambulant vor stationär» (AVOS). Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die Strategie AVOS.

V. Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die

[1] Vgl. Erläuternder Bericht, Ziff.3.1.6, S. 14; Ziff. 2.1.10, S. 10 und Ziff. 3.1.7, S. 16

[2] Vgl. Stellungnahme des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 4. Juli 2018, S. 1.

[3] Vgl. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht, S. 64 und Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Executive Summary, S.7.

[4] Der Anteil der Patient/innen ab 65 Jahren für Langzeitpflege (ohne Akut- und Übergangspflege) betrug 2011 77% und 2016 nur noch 71%. Und bei den Patient/innen ab 80 Jahren hat sich der Anteil von 48% im 2011 auf 42% 2016 verkleinert (Quelle: Spitex Statistik 2016, Tabelle 12.1, eigene Berechnung).

KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen.

Die Finanzierung von Pflegematerialien durch Kantone und Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialen nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.

VI. Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht, da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen[5] nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt. Die anteilsmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.

Dass den unter III. und V. geschilderten Entwicklungen in den Vorschlägen des EDI nicht Rechnung getragen wird, entspricht nicht einem breiten politischen Willen. Die GDK verlangt die Anpassungen seit Längerem und auch aus den Reihen des Parlamentes stehen diese Forderungen im Raum (Mo. 18.3425, Po. 16.3352 / Frage 18.5133, Mo. 18.3710).

Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist u.E. nicht praktikabel, da die Kantone aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbezüger Ergänzungsleistungen (EL) bezieht, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang (wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten) angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die Gemeinden führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

1.2 Anträge

Konkret fordern wir,

a) dass die jetzige Anpassung der Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;

b) dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;

c) dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen;

d) dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1.1.2019 in Kraft gesetzt werden;

[5] Hierzu zählen beispielsweise Menschen mit Demenz oder in Palliative Care sowie Patient/innen, die beatmet werden und in den letzten Jahren von Spitälern in Pflegeheime verlegt worden sind.

e) dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen nach Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.

2 Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

2.1 Allgemeine Bemerkungen:

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Der GDK-Vorstand begrüsst die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz; zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung sind aber verschiedene Ergänzungen erforderlich.

Im erläuternden Bericht fehlen uns Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen[6]. Die Anbieter der Instrumente RAI/RUG und BESA machen aktuell geltend, dass ihre Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen erheblich unterschätzen und dass Anpassungen vorzunehmen sind. Neben der Frage, welche Kostenfolgen diese Anpassungen hätten, stellt sich auch die Frage, welche Instanz legitimiert ist, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen.

Wir gehen davon aus, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (BESA, RAI-RUG und Plaisir) sowie neue Instrumente (z.B. InterRAI) grundsätzlich auch weiterhin zur Anwendung kommen können und dass die Instrumente nicht dazu degradiert werden, nur noch den Zeitbedarf zu ermitteln. Es ist wichtig, dass die Instrumente ihre Funktion zur Reflexion und Planung der adäquaten Pflege behalten.

2.2 Zu einzelnen Bestimmungen:

Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 KLV

Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Der Arzt/die Ärztin ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin.

Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen nach Art. 7 Abs. 2 Bst. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a im Abs. 1 Bst. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.

Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV

Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll dem behandelnden Arzt lediglich noch «zur Information» weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung

[6] Im erläuternden Bericht wird ein INFRAS-Bericht vom 10. März 2017 erwähnt, der jedoch trotz Klammerbemerkung «Link» nicht verlinkt wurde.

fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher vom Arzt begrenzt werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23.3.2016 zur Parlamentarischen Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» (PI 11.418 Joder) die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass «aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen» besteht, «denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung» (S. 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz vom Arzt / von der Ärztin verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten des Patienten limitiert ist.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 Bst. a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren.

Weiter schlagen wir vor, die Formulierung «in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen» zu ersetzen, weil wir den Begriff «Zusammenarbeit» in diesem Zusammenhang als unpassend erachten:

«für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann ~~(Art. 49 KVV)~~ ~~in Zusammenarbeit mit~~ *unter Einbezug* der Patientin oder des Patienten und gegebenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. *Ist der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest.*»

Art. 8a Abs. 1 Bst. a und b KLV

Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung nach Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 KVV freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt.

Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 Bst. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: «Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen.» Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisation eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der 2 Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden.

Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir einen neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV vor:

«Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen.»

Art. 8 Abs. 3 KLV

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der AHV, der IV oder der UV wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor.

Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatient/innen und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.

Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV

Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Absatz 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Absatz 3 KLV:

«Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. *Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt.* Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen.»

Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.

Art. 8b Abs. 4 KLV

Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben und wie folgt angepasst wird:

«Das für die Bedarfsermittlung ~~*in Pflegeheimen*~~ verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen.»

Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV

Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt «der Bundesrat» das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Abs. 1) und

eine nationale Regelung im Streitfall (Abs. 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.

Konkret schlagen wir folgende Modifikation von Art. 8c vor:

Abs. 1:

«Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer *legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und* vereinbaren *für die ganze Schweiz das* Kontroll- und Schlichtungsverfahren.»

Abs. 2:

«~~Im vertragslosen Zustand~~ *Kommt keine Einigung zustande,* setzt ~~die Kantonsregierung~~ *der Bundesrat* nach Anhören der Beteiligten *und der Kantone* das *Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das* Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.»

Art. 8c Abs. 3 KLV

Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die «geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme» ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen. Wir schlagen deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

«Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung *und Weiterentwicklung* der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.»

Art. 8c Abs. 4 KLV

Bei Leistungserbringern nach Art. 7 Abs. 1 Bst. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.

Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine «Limitierung» (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Thomas Heiniger

Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi

Kopie:

- Pascal Strupler, Direktor Bundesamt für Gesundheit
- Doris Bianchi, persönliche Mitarbeiterin Bundespräsident Alain Berset
- Katharina Füglister, Fachreferentin Generalsekretariat EDI
- Kantonale Gesundheitsdirektionen