Zeitschrift: Spitex Magazin : die Fachzeitschrift des Spitex Verbandes Schweiz
Herausgeber: Spitex Verband Schweiz
Band: - (2020)
Heft: 3

Artikel: Zwei Blickwinkel auf kontroverse Themen der Pflegefinanzierung
Autor: Morf, Kathrin / Huber, Kathrin / Imhof, Patrick
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-928160

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

Download PDF: 26.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Zwei Blickwinkel auf kontroverse Themen der Pflegefinanzierung

Seit Monaten ist die COVID-19-Pandemie das Hauptthema in der Gesundheitsbranche. Einst heftig diskutierte Themen der Pflegefinanzierung sind etwas ins Hintertreffen geraten – aktuell bleiben sie dennoch. Schliesslich ist insbesondere unklar, wer für die Versorgung der steigenden Zahl älterer Menschen aufkommen soll. Im Folgenden werden sechs «heisse Eisen» der Pflegefinanzierung beleuchtet: Erst wird das Thema erklärt, dann folgt jeweils die Stellungnahme von Kathrin Huber, Stellvertretende Generalsekretärin der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und Patrick Imhof, Leiter Politik bei Spitex Schweiz. Die beiden umreissen jeweils die Meinung und die Forderungen ihrer Organisation zum Thema. Unter die Lupe genommen werden zum Beispiel MiGeL, EFAS – oder auch die finanziellen Auswirkungen von COVID-19 auf die Pflege.

Gedeckelte – und dieses Jahr gekürzte – OKP-Beiträge an die Pflege

Die Ausgangslage:

Seit die Neuregelung der Pflegefinanzierung (NPF) im Jahr 2011 in Kraft getreten ist, teilen sich drei Parteien die Pflegekosten pro Fall: Der Patient, die obligatorischen Krankenpflegeversicherungen (OKP) und die öffentliche Hand. Die ersten beiden Beiträge sind «gedeckelt»: Für Krankenkassen wurde 2011 ein fixer Pauschalbeitrag und für die Patienten ein maximaler Betrag festgelegt. Alle anfallenden restlichen Kosten müssen durch die Gemeinde und/oder Kantone – die sogenannten «Restfinanzierer» – gedeckt werden. 2018 verkündete der Bundesrat, dass die NPF eines ihrer Hauptziele erreicht habe: Die zusätzliche Belastung der OKP sei verhindert worden, entsprechend könne auf weitere Gesetzesänderungen verzichtet werden. Vielfach wurde in den vergangenen Jahren allerdings die Forderung laut, die OKP-Beiträge an die Kostenentwicklung anzupassen. Denn: Weil die Beiträge von OKP und Patient fixiert sind, wird das Kostenwachstum seit 2011 einseitig auf die Restfinanzierer abgewälzt. Dementsprechend zeigte die Evaluation der NPF 2018, dass die Belastung der öffentlichen Hand durch die Pflegefinanzierung seit 2011 stark angestiegen ist. Kritiker der gedeckelten Beiträge führen auch an, dass die Leistungserbringer auf ungedeckten Kosten sitzen bleiben, wenn Kantone und Gemeinden die Restkosten nicht mehr zu bezahlen vermögen; und darunter drohe die Qualität der Pflege zu leiden.

Im Juli 2018 verkündete der Bundesrat zwar eine Anpassung der OKP-Beiträge – für die ambulante Pflege allerdings eine Anpassung gegen unten. Dies, weil die Beiträge der OKP vor der Neuordnung der Pflegefinanzierung nach dem Grundsatz der Kostenneutralität berechnet worden seien. Man habe also versucht, die Beiträge so festzulegen, dass sie nach der Einführung der NPF gleich blieben wie zuvor. Laut dem Bundesrat lagen 2018 genauere Datengrundlagen vor, aufgrund deren die Beiträge an die ambulante Pflege um 3,6 Prozent gekürzt und diejenigen an die Heime um 6,7 Prozent erhöht werden müssten. Das bedeutet, dass die Restfinanzierer künftig weniger an die Heime bezahlen müssen – und mehr an die Spitex. Die Senkung des Beitrags an die ambulante Pflege hatte auch eine Kürzung des maximalen Patientenbeitrags zur Folge. Obwohl sich Dachverbände der ambulanten Pflege gegen diesen Entscheid wehrten, trat die entsprechende Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) am 1. Januar 2020 in Kraft.

Stellungnahme und Forderungen:

Kathrin Huber, GDK: *Auch die GDK hat die Senkung der OKP-Beiträge für die ambulante Pflege abgelehnt und stattdessen eine signifikante Erhöhung aller Beiträge gefordert, also für die ambulante Pflege und die Pflegeheime. Ausserdem ist für die GDK klar, dass die OKP-Beiträge mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden müssten. Als es sicher war, dass die Beiträge trotz Widerstand von Spitex, Patientenvertretungen und Kantonen per Januar 2020 gesenkt werden, hat die GDK den Kantonen empfohlen, ihre Restfinanzierung so zu erhöhen, dass die Senkung der OKP-Beiträge vollumfänglich kompensiert wird. Es entzieht sich unserer Kenntnis, wie breit diese Empfehlung umgesetzt wird. Wir sehen für die Zukunft ein anderes Finanzierungsmodell: Die Pflege soll in die Vorlage für eine einheitliche Finanzierung integriert werden [EFAS, vgl. weiter unten]. Und die Pflegeleistungen sollen mit Tarifen abgegolten werden, welche die gesamten Kosten der wirtschaftlich erbrachten Leistungen decken.*

«Die OKP-Beiträge müssten mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden.»

Kathrin Huber, GDK

Patrick Imhof, Spitex Schweiz: *Den Kostenberechnungen für den fixen Beitrag der OKP an die ambulante Pflege lagen bei der Einführung der NPF im Jahr 2011 teilweise Daten von 2004 zugrunde, und verschiedene Faktoren wie Wegzeiten oder das Pflegematerial wurden ungenügend berücksichtigt. Zudem hat seit 2011 die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen aufgrund der Strategie «ambulant vor stationär» stark zugenommen. Parallel dazu ist der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten der Spitex – wie Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege oder auch Kinderspitex – weiter angewachsen. Für diese Leistungen müssen jedoch Mitarbeitende mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung kommt es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich. Stark zunehmend ist in den letzten Jahren auch der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Trotz all dieser sich verändernden Rahmenbedingungen wurden die Beiträge der OKP nie angepasst. Die Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von Kantonen und Gemeinden sowie den Betroffenen selbst getragen werden.*

Im Widerspruch zu dieser Ausgangslage hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) 2018 vorgeschlagen, die OKP-Beiträge an die ambulante Pflege um 3,6 Prozent zu senken. Obwohl in den über 90 Stellungnahmen grosse Einigkeit herrschte, dass eine Senkung nicht angezeigt sei und vielmehr eine Erhöhung der Beiträge gefordert wurde, hat das EDI die Beiträge gesenkt und damit die Restfinanzierer bei den Leistungen der Spitex noch stärker zur Kasse gebeten. Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller, kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer und umfangreicher geworden. 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; stattdessen braucht es eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung.

Der «Flickenteppich» Restfinanzierung

Die Ausgangslage:

Die Neuregelung der Pflegefinanzierung (NPF) sah vor, dass ab 2011 diejenigen Kosten in der Pflege, welche nicht durch die limitierten Beiträge von Krankenkassen und Patienten gedeckt werden, durch die öffentliche Hand zu finanzieren seien, also durch die Kantone und/oder Gemeinden. Wie genau sie diese «Restfinanzierung» regeln, überliess der Bund allerdings den Kantonen. Seit der Einführung der NPF wurde oft bemängelt, dass sich die Restfinanzierung aus diesem Grund als «nationaler Flickenteppich» präsentiere. Auch die Evaluation der NPF zeigte 2018, dass die Restfinanzierung uneinheitlich umgesetzt wird und voller Lücken ist. Knapp die Hälfte der kantonalen Lösungen für die Restfinanzierung führten zu Finanzierungslücken und entsprechend zu erhöhtem Kostendruck auf die Leistungserbringer. Besonders mühsame Bereiche der Restfinanzierung machten Kritiker ebenfalls aus, etwa in Bezug auf Wegzeiten oder ausserkantonale Leistungen. Einige Kantone führten zudem Normkostenmodelle ein, auf deren Basis sie die Finanzierung der Restkosten mit fixen Beiträgen regelten. Aufgrund der Uneinheitlichkeit und der Finanzierungslücken zeigen sich insbesondere Dachverbände der Leistungserbringer in der ambulanten Pflege besorgt und verlangen, dass der Bund für die lückenlose Umsetzung der Restfinanzierung sorgt. Der Bund bleibt jedoch bei der Meinung, dass die Umsetzung der Restfinanzierung in die Zuständigkeit der Kantone falle. Zudem haben in den vergangenen Jahren mehrere Gerichtsurteile unterstrichen, dass die Restfinanzierer vollständig für die Restkosten aufkommen müssen.

Stellungnahme und Forderungen:

Kathrin Huber, GDK: *Es gehört zu unserem föderalistischen System, dass der Bund eine Aufgabe nur subsidiär übernimmt, wenn sie die Möglichkeiten der Kantone übersteigt oder wenn sie einer einheitlichen Regelung bedarf. In der Langzeitpflege kommt den Kantonen die Aufgabe zu, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Sie sind zuständig für die Zulassungen und die Leistungsverträge der Spitex-Organisationen und sie regeln die Restfinanzierung. Es ist klar, dass diese Regelungen unterschiedlich ausfallen. Was manchmal als Flickenteppich oder «Kantönligeist» bezeichnet wird, hat den grossen Vorteil, dass Lösungen gesucht werden, die nahe an den lokalen Bedürfnissen sind. Für die GDK liegt die Zukunft der Finanzierung von Pflegeleistungen in einem Tarifsystem. Im Rahmen von EFAS soll für die Pflege eine nationale Tarifstruktur erarbeitet und dann sollen kantonale Tarife ausgehandelt werden. Die Tarife müssen kantonal angepasst sein, weil es zwischen den Kantonen grosse Lohnunterschiede gibt und weil geografische Unterschiede die Versorgung mit ambulanter Pflege beeinflussen.*

«Der Gestaltungsspielraum der Kantone und Gemeinden in Bezug auf die Restfinanzierung ist zu gross.»

Patrick Imhof, Spitex Schweiz

Patrick Imhof, Spitex Schweiz: *Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) hält fest: «Die Kantone regeln die Restfinanzierung.» Wie diese Umsetzung zu erfolgen hat, wird leider nicht konkretisiert. Entsprechend bestehen – trotz Empfehlungen der GDK – unterschiedlichste Umsetzungsformen, beispielsweise betreffend die Zuständigkeit und Finanzierung (Gemeinde, Kanton, beide), die Patientenbeteiligung (keine, Maximum, einkommensabhängig, leistungsabhängig), die Berechnungsart (Wegzeiten, Ausbildung), die Leistungsvertragspflicht und Versorgungspflicht oder auch die Qualitätsanforderungen. Der Bericht zur Evaluation NPF zeigte diese Ungleichheiten 2018 offen auf. Leider kommt der Bundesrat in seiner Beurteilung des Berichts lediglich zum Schluss, dass diesbezüglich das Gespräch mit den Kantonen gesucht werden soll. Dies hat in den vergangenen Jahren wenig bewegt – und es besteht aus meiner Sicht wenig Perspektive, dass dieser Dialog in den nächsten Jahren zu verbindlichen Ergebnissen führen wird.*

Fazit: Der Gestaltungsspielraum der Kantone und Gemeinden in Bezug auf die Restfinanzierung ist zu gross, und im KVG fehlen generelle Leitplanken und Definitionen. Damit läuft die ambulante Pflege Gefahr, vermehrt finanzpolitisch geprägten statt bedarfsgerechten Überlegungen und Entscheiden ausgesetzt zu sein. Darum fordert Spitex Schweiz bereits seit Langem eine übergeordnete Definition der Restfinanzierung.

Chaos ums Pflegematerial: Die Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)

Die Ausgangslage:

Die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) regelt diejenigen Mittel und Gegenstände, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. 2017 beurteilte das Bundesverwaltungsgericht mit zwei Urteilen die bisherige Praxis der Kostenübernahme als widerrechtlich: Die Urteile besagten, dass Materialien zur Applikation durch Pflegefachpersonen in den Beiträgen der Versicherer bereits inbegriffen seien. Pflegematerial dürfe den Krankenkassen also nur dann separat in Rechnung gestellt werden, wenn die versicherte Person dieses selbst anwendet. Seit 2018 bezahlen die Kassen darum einen grossen Teil des Pflegematerials nicht mehr. Manche Kassen forderten von Heimen gar rückwirkend Geldbeträge im Wert von insgesamt mehreren Millionen Franken. Der Bund verwies bei diesem Thema auf die Kantone: Diese seien für die Restfinanzierung zuständig und müssten folglich dafür sorgen, dass der Kanton oder die Gemeinden fortan das Material finanzieren, welches die Leistungserbringer nicht mehr den Kassen verrechnen dürfen. Die Lösungen für das Problem erwiesen sich aber als sehr heterogen: Mancherorts wurden die Zusatzkosten von den Restfinanzierern diskussionslos übernommen, mancherorts nicht. Darum – und weil sich ihr administrativer Zusatzaufwand als riesig herausstellte – setzten sich Restfinanzierer und Leistungserbringer für eine Gesetzesänderung zur Lösung des Problems ein. Im Juni 2019 unterstützte nach dem Nationalrat auch der Ständerat einen entsprechenden Vorstoss klar. Daraufhin verkündete der Bundesrat im Dezember 2019, dass er eine schweizweit einheitliche Vergütung des Pflegematerials einführen will. Künftig sollen die Versicherer das Material im ambulanten Bereich und in den Heimen wieder unabhängig davon finanzieren, ob die Anwendung direkt durch den Patienten, eine nicht beruflich mitwirkende Person oder eine Pflegefachperson erfolgt. Der Bund rechnet durch die neue, im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verankerte Regelung mit Mehrausgaben für die OKP von rund 65 Millionen Franken. Kantone und Gemeinden würden um denselben Betrag entlastet. Die Vernehmlassung zur entsprechenden KVG-Änderung dauerte bis 6. Februar 2020. Dabei zeigte sich: Während das neue Gesetz von Leistungserbringern und Restfinanzierern grossmehrheitlich befürwortet wird, wehrt sich zum Beispiel der Krankenversicherer-Verband santésuisse gegen die Mehrbelastung der Prämienzahler. Ende Mai 2020 hat der Bundesrat die KVG-Änderung dem Parlament vorgelegt.

Stellungnahme und Forderungen:

Kathrin Huber, GDK: *Die GDK unterstützt die vorgeschlagene Änderung. Es ist richtig, dass es bei der Verwendung von Pflegematerial keine Unterscheidung mehr geben soll zwischen der Anwendung durch die Patientin/den Patienten oder die Angehörigen und der Anwendung durch das Pflegepersonal. Die neue Regelung führt zu einer echten Vereinfachung des Systems und der administrative Aufwand bei den Spitex-Organisationen und bei den Krankenversicherern wird reduziert. Weil die vorgeschlagene Änderung in etwa der Praxis entspricht, die zwischen 2011 und 2017 gelebt wurde, bin ich überzeugt, dass sie keine spürbaren Auswirkungen auf die Krankenkassenprämien haben wird.*

Patrick Imhof, Spitex Schweiz: *Bis 2018 existierte ein einfaches System: Die Krankenversicherer bezahlten sämtliches Material der Spitex – egal ob es durch die Klientinnen und Klienten selbst angewendet oder durch die Mitarbeitenden der Spitex gebraucht wird. Eine künstliche Trennung der Anwendung führt zu einem riesigen administrativen Mehraufwand. Die Auswirkungen der beiden Urteile im Jahr 2017 waren enorm und führten zu einem Chaos, das Ärger, Mehraufwand und viel Klärungsbedarf generierte. Das Parlament hat daraufhin die Notwendigkeit einer neuen Regelung erkannt und den Bundesrat beauftragt, die rechtlichen Voraussetzungen hierfür zu schaffen. Der Bundesrat nahm die Voten aus dem Bundeshaus ernst – und schlägt dem Parlament*

nun vor, auf eine Unterscheidung der Anwendung zu verzichten und das Material durch die OKP zu vergüten. Einfache Verbrauchsmaterialien wie Handschuhe und Masken sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch wie Blutdruckmessgeräte und Fieberthermometer sollen so vergütet werden, wie es vor den beiden Urteilen der Fall war. Diese Lösung wurde im Rahmen einer Vernehmlassung Ende 2019 favorisiert – mit Ausnahme von wenigen Krankenversicherern. Eine Lösung zeichnet sich nach langem Hin und Her also ab. Nun ist es am Parlament, rasch vorwärts zu machen. Nach dem Entscheid der beiden Räte gilt es jedoch zuerst die Änderungen auf Verordnungsebene umzusetzen. Die dazu notwendige Vernehmlassung wird nochmals Zeit in Anspruch nehmen. Ein Inkrafttreten auf den 1. Januar 2021 scheint so aus unserer Sicht schwierig oder sogar unrealistisch. Darum muss die Frage gestellt werden, ob nicht gleich das Jahr 2022 angestrebt werden sollte – eine Anpassung der Prozesse irgendwann im Verlauf des Jahres erscheint nicht sinnvoll.

Die Pflegeinitiative, der indirekte Gegenvorschlag und ihre Auswirkungen auf die Pflegefinanzierung

Die Ausgangslage:

Im Januar 2017 wurde die die Eidgenössische Volksinitiative für eine starke Pflege – gemeinhin «Pflegeinitiative» genannt – vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) lanciert und im November 2018 mit rund 114 000 Unterschriften eingereicht. Die Initiative soll Bund und Kantone dazu verpflichten, eine dem Bedarf der Schweizer Bevölkerung angemessene pflegerische Versorgung sicherzustellen und dadurch dem wachsenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Erreicht werden soll dies vor allem durch Investitionen in die Ausbildung von Pflegefachpersonal, durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und durch die Stärkung der Autonomie der Pflege bei der Abrechnung von Pflegeleistungen mit den Krankenkassen. Der Bundesrat lehnt die Initiative ab – vor allem, weil die Kompetenz bei der Abrechnung zu Mehrkosten für die Prämienzahler führte. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) stellte der Initiative im Januar 2019 einen indirekten Gegenvorschlag in Form einer parlamentarischen Initiative gegenüber. Er trägt den Namen «Für eine Stärkung der Pflege, für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität» und verlangt, dass die Kantone den Spitälern, Pflegeheimen und Spitex-Organisationen vorgeben, wie viele Ausbildungsplätze diese für Absolventinnen einer Höheren Pflegeausbildung bereitstellen. Im Gegenzug sollen sich Bund und Kantone an den ungedeckten Ausbildungskosten der Leistungserbringer beteiligen und die Ausbildungslöhne der angehenden Pflegefachpersonen HF/FH aufbessern. Zudem soll die Zahl der FH-Ausbildungsabschlüsse erhöht und die integrative Versorgung finanziell gefördert werden. Um die Stellung der Pflegefachpersonen zu stärken, sollen diese auch ohne ärztliche Anweisungen Grundpflegeleistungen erbringen dürfen. Sollten die Pflegekosten überdurchschnittlich steigen, soll der Kanton schliesslich die Zulassung neuer Pflegefachpersonen und Spitex-Organisationen stoppen können.

Die Vernehmlassung zum Vorentwurf des Gegenvorschlags dauerte bis Mitte August 2019. Der Nationalrat befürwortete im Dezember 2019 den indirekten Gegenvorschlag mit 124 zu 68 Stimmen; die Pflegeinitiative lehnte er mit 107 zu 82 Stimmen ab. Im Februar 2020 schlug die ständerätliche Gesundheitskommission (SGK-S) eine Kürzung der im Gegenvorschlag enthaltenen Finanzhilfe zur Ausbildungsförderung in der Pflege vor. Es gebe keinen Grund, angehende Pflegefachkräfte vonseiten des Bundes finanziell zu unterstützen – und andere Studierende nicht. Ende Mai 2020 verabschiedete die SGK-S das Geschäft schliesslich zuhanden des Ständerates. Sollte der Gegenvorschlag vom National- und Ständerat zwar angenommen werden, aber aus Sicht des Initiativkomitees ungenügend sein, kommt es zu einer Volksabstimmung. Dies könnte im Jahr 2021 der Fall sein.

Stellungnahme und Forderungen:

Kathrin Huber, GDK: *Die GDK unterstützt die Ziele, die mit der Pflegeinitiative verfolgt werden: Der Pflegeberuf soll gestärkt und Pflege von hoher Qualität soll für die gesamte Bevölkerung sichergestellt werden. Die Pflege ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Die COVID-19-Pandemie hat dies noch einmal unterstrichen. Wir sind der Meinung, dass die Anliegen der Pflege nicht in einem berufsspezifischen Artikel in der Bundesverfassung verankert werden sollen. Darum begrüssen wir, dass das*

Parlament einen indirekten Gegenvorschlag erarbeitet. Ein wichtiger Pfeiler dieses Gegenvorschlags ist die Ausbildung von mehr Pflegefachpersonal. Diese ist dort zu fördern, wo noch Potenzial vorhanden ist. Den Kantonen ist der nötige Spielraum bei der Umsetzung einzuräumen. Auch mit dem Vorschlag, das eigenverantwortliche Handeln der Pflegefachpersonen zu stärken, sind wir grundsätzlich einverstanden. Allerdings schlagen wir vor, die Anzahl Minuten, welche pro Tag ohne ärztliche Verordnung abgerechnet werden können, zu limitieren.

Patrick Imhof, Spitex Schweiz: *Spitex Schweiz unterstützt gemeinsam mit den Arbeitgeberverbänden der Pflege eine Stärkung der Pflege. Dies soll jedoch über einen indirekten Gegenvorschlag erfolgen. Damit sind wir rascher am Ziel, das Anliegen am richtigen Ort und mit den wesentlichen Elementen zu verankern. Spitex Schweiz hat sich stark für den indirekten Gegenvorschlag im Nationalrat eingesetzt und erachtet diese Fassung im Wesentlichen als geeignet. Die Kommission des Ständerats hat diesen Vorschlag jedoch in wesentlichen Elementen gekürzt: Die Ausbildungsoffensive wird um 100 Millionen Franken gekürzt und zusätzlich mit einer «kann»-Formulierung versehen. Zudem schlägt die Kommission vor, zusätzliche Kompetenzen der Pflege von einer Vereinbarung mit den Versicherern abhängig zu machen – obwohl der Bundesrat dies als schweren Eingriff bezeichnet hat. In der Sommersession behandelt das Plenum des Ständerates das Geschäft. Hier besteht die Möglichkeit, Gegensteuer zu geben. Fazit: Will das Parlament die Pflege ohne Initiative stärken, muss es einen starken Gegenvorschlag vorlegen. Dazu braucht es aber Korrekturen an der Fassung, welche die Kommission des Ständerates erarbeitet hat.*

Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationäre Leistungen (EFAS)

Die Ausgangslage:

Das derzeitige Finanzierungssystem der Gesundheitsbranche enthält genau genommen zwei unterschiedliche Systeme: Die stationären Kosten für medizinische Behandlungen werden durch die Kantone und die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gemeinsam getragen. Die ambulanten Kosten werden dagegen vollständig durch die OKP gedeckt. Aufgrund der zunehmenden Berücksichtigung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» fürchten Kritiker dieses Systems eine unverhältnismässige Belastung der Prämienzahler. Sie verlangen eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) im Bereich der Spitäler und der ärztlichen Leistungen. Laut Befürwortern soll die EFAS auch administrative Hürden abbauen, die integrierte Versorgung fördern und falsche Anreize ausmerzen, einen Patienten ambulant oder stationär zu behandeln. Verschiedene Vorstösse haben den Bundesrat in den vergangenen Jahren beauftragt, eine entsprechende Gesetzesänderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu prüfen. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) schickte den Vorentwurf für die KVG-Änderung 2018 in die Vernehmlassung. Dabei zeigte sich, dass die EFAS umstritten ist. Gegner halten das Gesetz für eine blosse Umlagerung von Kosten, befürchten einen administrativen Mehraufwand und glauben nicht an eine Beseitigung der Fehlanreize. Es zeigte sich zudem, dass verschiedene Branchenverbände die EFAS nur unterstützen, wenn das Parlament auch die Pflege durch Heime und Spitex in das neue Gesetz einbezieht. Der Nationalrat stimmte dem Entwurf für das Reformprojekt deutlich zu, und im Februar 2020 trat die ständerätliche Gesundheitskommission ebenfalls deutlich auf die Vorlage ein. Die Kommission gab aber auch umfassende Abklärungen in Auftrag, um für ihre Beratungen ab Oktober 2020 über fundierte Grundlagen zu verfügen. Unter anderem will sie einen Einbezug der Pflege in EFAS klären.

Stellungnahme und Forderungen:

Kathrin Huber, GDK: *Die Kantone können der einheitlichen Finanzierung nur zustimmen, wenn diese auch die Pflege umfasst. Wenn einheitlich finanziert werden soll, dann über die gesamte Versorgungskette. Nur so kann die Integrierte Versorgung gefördert werden. Und nur so stellen wir sicher, dass keine Fehlanreize in den Übergängen, zum Beispiel zwischen Spital und Spitex, geschaffen werden. Eine Studie von INFRAS hat zudem gezeigt, dass das zukünftige Kostenwachstum im Gesundheitswesen gleichmässig auf Krankenversicherer und Kantone verteilt wird, wenn die Pflege in EFAS integriert wird. Wir sind überzeugt, dass die Integration der Pflege in EFAS die Finanzierung der Pflegeleistungen vereinfachen würde. Es wäre eine nationale Tariforganisation zu schaffen, welche die Tarifstruktur auf nationaler Ebene defi-*

niert. Danach müssten kantonale Tarife ausgehandelt werden, weil die Kosten kantonal unterschiedlich sind. Gründe dafür sind die stark variierenden Lohnkosten und die geografischen Unterschiede, welche die Kostenstruktur der Spitex beeinflussen können.

Patrick Imhof, Spitex Schweiz: *Spitex Schweiz anerkennt den Vorteil einer einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Bereiche – auch unter Einbezug der Pflege. Diese führt dazu, dass Lösungen über das ganze System gefunden werden, etwas, was auch den Patientinnen und Patienten zugutekommt. Gleichzeitig würde sich die gleichmässige Beteiligung der Finanzierer an der Kostenbeteiligung ergeben. Vorbehalte gibt es, was alles an Harmonisierungsschritten damit einhergehen soll. In erster Linie geht es bei der einheitlichen Finanzierung um einen Verteilschlüssel für die Kosten: Wie viel übernehmen Kantone und Gemeinden, wie viel übernehmen die Krankenversicherer? Aus unserer Sicht muss die Datenlage weiter verbessert werden. Es braucht vergleichbare Zahlen zu Kosten und Leistungen. Spitex Schweiz hat dazu das Finanzmanual überarbeitet – die meisten Spitex-Organisationen werden das neue Manual 2021 einführen und so für mehr Transparenz sorgen [vgl. Artikel S. 38]. Fazit: EFAS Pflege kann kommen – aber wir werden damit nicht alle offenen Fragen und Wünsche erfüllen können. In erster Linie klärt EFAS, wer welchen Anteil bezahlt.*

Die finanziellen Folgen von COVID-19 für die ambulante Pflege

Die Ausgangslage:

Viele Spitex-Organisationen und andere Leistungserbringer in der Gesundheitsbranche machen sich derzeit Gedanken darüber, welche Auswirkungen die COVID-19-Pandemie auf ihre Finanzen haben wird [vgl. Artikel ab S. 8]. Dabei sind verschiedene Unterthemen auszumachen: Erstens hat die Pandemie einen personellen Mehraufwand zur Folge: In besonders betroffenen Kantonen musste die Spitex zum Beispiel mehr Klientinnen und Klienten versorgen. Und in allen Kantonen entstand für die Spitex ein Mehraufwand zum Beispiel durch die zusätzlichen Hygienemassnahmen, durch zusätzliche Aufgaben wie COVID-19-Tests – oder auch aufgrund der Tatsache, dass Mitglieder der Geschäftsleitung in kantonalen und regionalen Krisenorganisationen mitwirkten. In kaum betroffenen Kantonen mussten manche Spitex-Organisationen derweil Kurzarbeit anmelden, da ihre Aufträge weniger wurden; oft aus Angst der Klienten vor einer Ansteckung durch die Spitex. Die Krise beeinflusste aber nicht nur die Kosten für den Einsatz von personellen Ressourcen: Das Schutzmaterial war auch beträchtlich teurer als sonst. Und schliesslich wurde im Rahmen der Pandemie oft auf ein unbürokratisches Vorgehen gesetzt, beispielsweise wurde mit anderen Organisationen zusammengearbeitet, ohne zuvor die Finanzierung dieser Leistungen abzuklären. Wie man aus den Spitex-Organisationen vernimmt, hofft man, dass die Krankenversicherungen und/oder Restfinanzierer diskussionslos für all die Kosten aufkommen werden, welche die Pandemie verursacht hat. Mit gutem Beispiel voran ging der Kanton Tessin, der allen Spitex-Organisationen versicherte, er werde alle Mehrkosten decken. Dass alle Finanzierer der Spitex diesem Beispiel folgen werden, wird von manchen Spitex-Organisationen allerdings bezweifelt.

Stellungnahme und Forderungen:

Kathrin Huber, GDK: *Die Leistungsbereitschaft und das Engagement der Spitex-Organisationen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie war und ist gross. Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Dienstleistungen werden weiterhin in guter Qualität erbracht und die Versorgung ist sichergestellt. Wir danken den Mitarbeitenden der Spitex sehr herzlich dafür! Die Pflegeleistungen müssen von den Krankenversicherern und den Kantonen respektive Gemeinden finanziert werden. Wir zählen darauf, dass die Krankenversicherer den zusätzlichen Pflegeaufwand gemäss den Empfehlungen des BAG abgelten. Ebenfalls sollen Leistungen abgegolten werden, die auf räumliche Distanz erbracht worden sind, beispielsweise als telefonische Beratung. Für die Finanzierung des weiteren Aufwands müssen in den Kantonen beziehungs-*

weise Gemeinden Lösungen gefunden werden. Gerade weil die Kantone unterschiedlich stark von der Pandemie betroffen waren und die Spitex-Organisationen mit sehr unterschiedlichen Szenarien konfrontiert waren, sind kantonale Lösungen aus unserer Sicht ein Muss.

Patrick Imhof, Spitex Schweiz: *Die COVID-19-Pandemie hat alle Leistungserbringer des Gesundheitswesens stark betroffen; auch die Spitex war in verschiedener Hinsicht sehr gefordert: Einerseits wegen der allgemeinen Hygienemassnahmen, die noch disziplinierter umgesetzt werden mussten. Andererseits aber auch durch Konfrontation mit Erkrankten und potenziell Erkrankten. Die Spitex wurde beispielsweise eingesetzt bei Testzentren, in mobilen interdisziplinären Teams oder bei der Nachsorge von Patientinnen und Patienten, die aus dem Spital entlassen wurden. In diesen Bereichen entstand ein grosser Mehraufwand. Gleichzeitig war die Spitex aber auch von Absagen betroffen. Klientinnen und Klienten verzichteten auf Einsätze, weil sie Angst davor hatten, angesteckt zu werden. Im Falle von Risikogruppen – und bei der Spitex gehören viele Klienten dazu – ging es darum, sich regelmässig nach dem Gesundheitszustand dieser Menschen zu erkundigen und gegebenenfalls in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt einzugreifen, um komplexe Folgeerkrankungen zu vermeiden. Während die bisherigen Rückmeldungen zeigen, dass der Mehraufwand bei den Pflegeminuten mit Kulanz von den Versicherern übernommen wird, sind die Signale aus den Kantonen bezüglich der Übernahme weiterer Kosten sehr unterschiedlich: Während einige Kantone relativ rasch signalisierten, für die Mehrkosten aufzukommen, wehrten andere ab und verwiesen auf das unternehmerische Risiko, das die Spitex-Organisationen selber tragen müssten. Fazit: Die Organisationen der Nonprofit-Spitex haben einen Versorgungsauftrag von den Kantonen und Gemeinden, entsprechend müssen auch die Kosten der Pandemie durch die Finanzierer getragen werden. Und auch hier gilt: Wären die nationalen Leitplanken klarer definiert, würden sich die Diskussionen erübrigen.*

Texte: Kathrin Morf, Bilder: zvg/Pomcanys

Anzeige