

Argumentarium zu den Forderungen der IG Pflegefinanzierung

26. April 2018

Inhalt

1	Allgemeine Situation der Pflege in der Schweiz	1
2	Restfinanzierung	2
2.1	Situation stationäre Pflege	2
2.2	Situation ambulante Pflege	3
2.3	Forderung	4
3	Anpassung der Kostenentwicklung	4
3.1	Situation stationäre Pflege	4
3.2	Situation ambulante Pflege	5
3.3	Forderung	6
4	Akut- und Übergangspflege	7
4.1	Situation allgemein	7
4.2	Forderung	7

1 Allgemeine Situation der Pflege in der Schweiz

Die Pflege in der Schweiz steht vor grossen Herausforderungen: Die Nachfrage nach Pflegeleistungen steigt stetig und wird auch in Zukunft stark ansteigen, insbesondere im ambulanten Bereich. Der Kostendruck im Spitalbereich führt dazu, dass Patientinnen und Patienten früher entlassen und der Pflege übergeben werden. Diese ist dadurch mit komplexeren Fällen konfrontiert. Hinzu kommen wachsende Anforderungen an die Kinderspitem, 24h-Notfalldienste, Wundpflege, Psychiatriepflege etc.

Wie der Bundesrat 2016 in einem umfassenden Bericht aufgezeigt hat, sind die Herausforderungen in der Langzeitpflege aufgrund des demografischen Wandels besonders gross. Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wird in den kommenden Jahrzehnten stark steigen. Die Pflege sieht sich mit wachsender Multi- und Komorbidität konfrontiert. Ebenfalls stark zunehmend ist der Bedarf nach speziellen Dienstleistungen wie Palliative Care oder die Pflege und Betreuung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Problemen, namentlich Demenz, und von behinderten Menschen im Alter.

Pflegebedürftige Menschen haben vermehrt den Wunsch, möglichst lange zu Hause zu leben. Die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Pflege sind herausgefordert, flexible und möglichst integrierte Angebote zu schaffen, die vom Wohnen zu Hause über das betreute Wohnen, Tages- und Nachtstrukturen, Übergangspflege bis zur spezialisierten stationären Pflege reichen. Segmentierte Versorgungsstrukturen und ein Vergütungssystem, das oft falsche Anreize setzt, erschweren den dafür nötigen Wandel. Auch aus Kostengründen ist darauf zu achten, dass alte Menschen erst ab einem gewissen Pflegeaufwand in ein Pflegeheim wechseln. Gleichzeitig darf das Wohnen zu Hause nicht romantisiert werden: Viele pflegebedürftige Menschen vereinsamen in ihren vier Wänden und es gibt zahlreiche Fälle von grosser Verwahrlosung oder Gewaltanwendung im häuslichen Bereich, die verhindert werden sollten.

Der Fachkräftemangel in der Pflege, der sich gemäss aktuellen Prognosen noch verstärken wird, stellt vor diesem Hintergrund eine besonders grosse Erschwernis dar. Die Branche ist gefordert, darauf mit einer weiteren Steigerung der Ausbildungsplätze zu reagieren, aber auch mit attraktiven und familienverträglichen Arbeitsplätzen.

Um diese vielfältigen Herausforderungen zu meistern, sind die Leistungserbringer auf die vollständige Finanzierung der Pflegekosten angewiesen. Die neue Pflegefinanzierung hat diesbezüglich ihre Ziele klar noch nicht erreicht. Wegen der fixierten Kostenübernahme durch die Krankenversicherer und die Patientinnen und Patienten wurde das Kostenwachstum einseitig auf Kantone oder Gemeinden abgewälzt.

Diese haben angesichts des finanziellen Drucks die Restfinanzierung nicht überall sachgerecht gelöst. Für die Leistungserbringer ist es deshalb je länger je schwieriger, die verlangte Qualität zu erreichen. Es besteht dringender Handlungsbedarf.

Die Forderungen der IG Pflegefinanzierung

Die IG Pflegefinanzierung beschränkt sich bei dieser Eingabe auf die Ergebnisse und Erkenntnisse der aktuellen Evaluation der Pflegefinanzierung. Ihre Forderungen bezwecken, die Ziele der neuen Pflegefinanzierung besser zu erreichen und die Akteure kurz- und mittelfristig in die Lage zu versetzen, die skizzierten Herausforderungen zu meistern. Dringende Probleme wie die sachgerechte Abgeltung der Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz oder die Klärung der Fragen, die wegen der jüngsten Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts zu den Kosten der Mittel und Gegenstände entstanden sind, können auf Verordnungsstufe angegangen werden und sind nicht Gegenstand dieses Papiers. Ebenso wird die Frage ausgeklammert, welche finanziellen Rahmenbedingungen es braucht, um die demographische Herausforderung in der Langzeitpflege langfristig zu meistern.

Pflege wird überwiegend in der letzten Lebensphase beansprucht, in welcher hohe Gesundheitskosten anfallen. Mit einer sinnvollen Langzeitpflege können Kosten gedämpft werden, beispielsweise durch die Verhinderung von Spitaleintritten oder mit bewusster Ablehnung unnötiger Eingriffe am Lebensende. Mit der Erfüllung der Forderungen kann die Langzeitpflege ihre Verantwortung umfassend wahrnehmen. Die Leistungserbringer verpflichten sich, in ihrem Verantwortungsbereich kostenbewusst zu arbeiten.

2 Restfinanzierung

«Die Kantone regeln die Restfinanzierung.» Diese offene Formulierung in Artikel 25a Absatz 5 Krankenversicherungsgesetzes (KVG) führt zu mannigfaltigen Interpretationen und zahlreichen Umsetzungsproblemen.

2.1 Situation stationäre Pflege

Viele Kantone resp. Gemeinden kommen ihrer rechtlichen Pflicht zur Restfinanzierung der Pflegekosten (Art. 25a Abs. 5 KVG) nicht genügend nach – dies sogar in Bereichen, in welchen klare Entscheide des Bundesgerichts vorliegen (so etwa BGE 138 V 377 und BGE 140 V 58). Namentlich legen sie die von ihnen vergüteten Ansätze auf einem Niveau fest, das unrealistisch tief und als Folge nicht kostendeckend ist. Die Entscheidungen zur Restfinanzierung sind (finanz-)politisch motiviert und decken die tatsächlichen Kosten nicht. Viele Kantone erhöhen ihre Anforderungen an die Pflegeheime (z.B. Personalvorschriften, Zimmergrössen, Infrastrukturvorgaben, Ausbildungspflicht, etc.), während die finanzierten Pflegenormkosten beibehalten oder sogar gesenkt werden. Gemäss SOMED-Statistik 2013 erwirtschaften ca. 600 Heime einen Gewinn von knapp 220 Millionen Franken, während ca. 950 Heime einen Verlust von mehr als einer halben Milliarde erleiden; insgesamt bestehen gesamtschweizerisch ungedeckte Pflegekosten in Pflegeheimen von ca. 250-350 Millionen Franken pro Jahr. Diese rechtswidrige Unterdeckung führt dazu, dass Betriebe die Kosten entgegen dem Tarifschutz auf die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen überwälzen müssen, um einen möglichen Konkurs vorzubeugen. Die ausgewiesenen Pflegekosten entsprechen dank verbesserten Grundlagen (Durchführung von Zeitmessungen, neue Version der Kostenrechnung, Verbesserung Pflegemessinstrumente) den tatsächlichen Kosten und sind deshalb voll auszufinanzieren. Hierbei sind gemäss den kürzlichen Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts auch die Kosten der Mittel und Gegenstände durch den Restfinanzierer zu übernehmen, was gewisse Kantone ebenfalls verweigern.

Fazit: Vielen Betrieben steht wegen der ungedeckten Kosten das Wasser bis zum Hals. Daher überwälzen sie diese Kosten auf die Patientinnen und Patienten oder sie arbeiten mit ungenügender Personaldotation. Entweder wird der Tarfschutz verletzt oder die Qualität der Pflege sinkt.

Beispiele von eindeutig zu tief festgelegten Restkostenfinanzierungen:

- Kanton AG auf dem 33. Perzentil der ausgewiesenen Kosten des Vor- Vor-Vorjahres
- Kanton SO auf Basis von CHF 50 bis 55.-- pro Pflegestunde
- Kanton BL auf Basis von CHF 68.25 pro Pflegestunde, obwohl der Preisüberwacher Kosten von CHF 82.33, Curaviva BL von CHF 76.45 und die kantonale Direktion selbst von verifizierten CHF 72.60 errechnet hat.

2.2 Situation ambulante Pflege

Mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung wurde der Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung begrenzt. Die übrigen Kosten der ambulanten Pflege sind durch Kantone/Gemeinden und Versicherte zu übernehmen, wobei der Anteil letzterer begrenzt wird (max. 20 Prozent des höchsten durch den Bundesrat in der KLV festgelegten Beitrags).

Wie die Restfinanzierung zu erfolgen hat, wird in Artikel 25 Absatz 5 KVG nicht genauer definiert. Entsprechend bestehen – trotz Empfehlungen der GDK – in den Kantonen zahlreiche Umsetzungsformen; so beispielsweise betreffend:

- | | |
|---|---|
| - Zuständigkeit | - Leistungsvertragspflicht und Versorgungspflicht |
| - Aufteilung der Restfinanzierung Kanton/Gemeinde | - Qualitätsanforderungen |
| - Patientenbeteiligung | - Kontrollprozesse |
| - Finanzierungsart | - Sozialpolitische Auflagen |
| - Berechnungsart der Restfinanzierung | - etc. |
| - Gesundheitspolizeiliche Auflagen | |

Die unterschiedliche, teilweise diskriminierende Ausgestaltung und der teilweise Verzicht auf die Einführung der Restfinanzierung für bestimmte Leistungserbringer der ambulanten Pflege ist marktverzerrend und führt zu Intransparenz. Es ist ebenfalls nicht definiert, wie die Versorgungspflicht und weitere Dienstleistungen (z.B. Notfalldienst) abzugelten sind. Zudem fehlen klare Regelungen, welche Leistungen mit der gesamten Pflegefinanzierung abgegolten werden (Wegzeiten, Pflegematerial, etc.). Die geografischen Begebenheiten und die unterschiedliche Organisation der ambulanten Pflege variieren von Kanton zu Kanton, von Gemeinde zu Gemeinde (regionale Zentren, dezentrale Standorte, Inhouse-Spitem). Dieser Umstand muss bei der Festlegung der Krankenkassen-Beiträge und der Restfinanzierung genügend berücksichtigt werden.

Fazit: Insgesamt muss festgehalten werden, dass der Gestaltungsspielraum der Kantone und Gemeinden zu gross ist, diesbezüglich generelle Leitplanken und Definitionen im Krankenversicherungsgesetz fehlen und die ambulante Pflege damit vermehrt finanzpolitisch geprägten statt bedarfsgerechten Überlegungen und Entscheiden ausgesetzt ist. Dies hat teilweise gar Auswirkungen auf den Tarfschutz und die künftige Versorgungssicherheit.

Beispiele:

1. Kanton Solothurn: Der Kanton nutzte die Gestaltungsfreiheit, indem er bis Ende 2017 im Bereich der ambulanten Pflege keine Restfinanzierung eingeführt hat. Im neuen Finanzierungsmodell, welches im Lauf von 2018 eingeführt werden soll, verlangt der Kanton zudem, dass Klientinnen und Klienten

zusätzlich zu den bereits erhobenen Patientenbeiträgen auch noch Wegpauschalen und Ausbildungsbeiträge (letztere bestehen bereits im Bereich der Heime) bezahlen müssen. Dies obwohl Wegzeiten im Tarif resp. im Beitrag enthalten sind und der Tarifschutz klar verletzt wird.

2. Kantone Freiburg, Genf, Glarus: Ungleichbehandlung der gemeinnützigen und erwerbswirtschaftlichen Spitex-Betriebe und deren Klientinnen und Klienten durch unterschiedliche Höhe der Patientenbeiträge (höhere Beiträge für Klienten der erwerbswirtschaftlichen Spitex).
3. Kantone Freiburg, Genf, Tessin, Glarus, Appenzell Innerrhoden: Restfinanzierungsregelungen noch nicht vorhanden oder marktverzerrend oder mit falscher Berechnung.

2.3 Forderung

Der Gesetzgeber präzisiert in Artikel 25a Absatz 5 KVG, dass die Kantone für sämtliche auf ihrem Gebiet anfallenden ausgewiesenen Restkosten der Pflegeleistungen vollumfänglich aufkommen müssen, z.B. wie folgt:

Artikel 25a Abs. 5 Satz 2 KVG (neu):

«Die Kantone stellen die Finanzierung der ausgewiesenen Restkosten der Pflegeleistungen sicher. Der Bundesrat erlässt einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und zur Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.»

Kriterien für die Festsetzung der Restfinanzierung sind:

- a) Die Restfinanzierung umfasst die gesamten Pflegekosten. Der Tarifschutz (Art. 44 KVG) resp. der Beitragsschutz sind einzuhalten.
- b) Die Berechnung der Vollkosten erfolgt auf der Basis der Gesamtheit der Kosten der Pflegeleistung.
- c) Die Gleichbehandlung aller Organisationen (stationär und ambulant, unabhängig von der Trägerschaft) mit einer kantonalen Betriebsbewilligung muss sichergestellt sein.
- d) Falls eine Versorgungspflicht besteht, ist diese und auch weitere gemeinwirtschaftliche Kosten (wie Ausbildungsverpflichtung und weitere Aufträge der öffentlichen Hand) transparent und ausreichend abzugelten.
- e) Eine wirtschaftliche Leistungserbringung wird vorausgesetzt.

3 Anpassung der Kostenentwicklung

Laut Statistik des BAG war die durchschnittliche jährliche Veränderung der Bruttokosten pro versicherte Person seit 2004 bei der Kostengruppe Pflegeheime mit 0.3% am tiefsten, und seit 2011 hat der stationäre Bereich nicht mehr zum Kostenwachstum im OKP-Bereich beigetragen. Die Steigerung im ambulanten Bereich wirkt sich insgesamt kostendämpfend aus, weil die Leistungen bei tiefen Pflegestufen kostengünstiger sind als im stationären Bereich.

3.1 Situation stationäre Pflege

Die Erfahrungen mit der Pflegefinanzierung zeigen, dass schon die seit 2011 gültigen Beiträge der Krankenversicherer von CHF 9.-- pro 20 Pflegeminuten zu tief festgelegt wurden. Seit 2011 sind diese Beiträge zudem unverändert geblieben. Eine Anpassung der Beiträge ist nun dringend notwendig, auch weil sich seit 2011 die Patientenstruktur in den Pflegeheimen stark verändert hat: Die Pflege ist anspruchsvoller geworden, höher qualifiziertes Personal wurde notwendig und die Personalkosten sind entsprechend gestiegen.

Gemäss SOMED-Statistik hat die OKP im Jahr 2010 noch einen Beitrag von 52,99 Prozent der in Pflegeheimen

anfallenden Pflegekosten bezahlt.

Bis ins Jahr 2016 ist der Beitrag der OKP auf 44.69 Prozent gesunken. Dadurch übernahmen die Krankenversicherer 2016 nur noch CHF 55.63 pro Bewohnertag statt noch CHF 58.78 im Jahr 2010.

Jahr	Anzahl Pflgetage	Pflegekosten KVG	Anteil OKP (Sasis)	Anteil OKP in %	Pflegekosten Tag	Anteil OKP in CHF
2009	30'858'000	CHF 3'352'378'000.00	CHF 1'793'000'000.00	53.48%	CHF 108.64	CHF 58.10
2010	30'793'000	CHF 3'415'625'000.00	CHF 1'810'000'000.00	52.99%	CHF 110.92	CHF 58.78
2011	31'238'000	CHF 3'545'747'000.00	CHF 1'759'000'000.00	49.61%	CHF 113.51	CHF 56.31
2012	31'927'091	CHF 3'717'902'000.00	CHF 1'815'000'000.00	48.82%	CHF 116.45	CHF 56.85
2013	31'997'254	CHF 3'819'011'000.00	CHF 1'811'000'000.00	47.42%	CHF 119.35	CHF 56.60
2014	32'263'462	CHF 3'892'949'000.00	CHF 1'786'000'000.00	45.88%	CHF 120.66	CHF 55.36
2015	32'286'219	CHF 3'993'168'000.00	CHF 1'784'000'000.00	44.68%	CHF 123.68	CHF 55.26
2016	32'677'993	CHF 4'067'819'000.00	CHF 1'818'000'000.00	44.69%	CHF 124.48	CHF 55.63

Quelle: BFS-SOMED- und SASIS-Daten

Weil die Beiträge der Versicherer nicht an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen angepasst wurden, belastet dies die Kantone als Restfinanzierer überproportional. Diese Mehrbelastung der Kantone im Vergleich zu einer proportionalen Beteiligung aller Kostenträger an der Kostenentwicklung (bei einer 52.9 Prozent-Beteiligung der OKP an den Kosten) betrug in den ersten sechs Jahren seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung kumuliert über 1.4 Milliarden Franken. Dies ist mit ein Grund dafür, dass die Restfinanzierung nicht ausreichend ist.

Hinzu kommt, dass gerade in Pflegeheimen die Patientensituationen mit besonders schwierig auszuweisenden „OKP-Pflegekosten“ zunehmen. Namentlich der Aufwand für demenzielle Erkrankungen und für die Grundpflege bei Palliativpatienten wird nur ungenügend als Pflegekosten ausgewiesen. Im Vergleich zu anderen Krankheiten sind diese Patientinnen und Patienten ungenügend finanziert. Gleiches gilt für komplexe Krankheitsbilder, bei welchen die höchste Pflegebedarfsstufe (220 Minuten) unter dem effektiven Bedarf liegt. Auch pflegeintensive Situationen sind mit dem aktuellen System nicht ausreichend berücksichtigt und deshalb mangelhaft finanziert. Patientinnen und Patienten mit schwierigen Demenzerkrankungen, in palliativen Situationen und mit einem Pflegebedarf von mehr als 4 Stunden pro Tag erhalten nur schwer einen Pflegeheimplatz. Wahlfreiheit und bestmögliche Pflege im Pflegeheim können nur noch dort geleistet werden, wo die Patientinnen und Patienten selber oder die öffentliche Hand bereit sind, einen Teil der Pflegekosten zusätzlich zu übernehmen.

3.2 Situation ambulante Pflege

Seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 sind die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Bereich der ambulanten Pflege eingefroren – für

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination: CHF 79.80
- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung: CHF 65.40
- Massnahmen der Grundpflege: CHF 54.60.

Grundlage zur Festlegung der damals kostenneutralen Beiträge war eine Erhebung des Expertenbüros INFRAS (INFRAS, Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten, 16. Mai 2007, Zürich). Diese Erhebung

basierte auf Zahlenwerten aus dem Jahr 2004.

Verschiedene Faktoren zeigen auf, dass diese 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). 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.
- Stark zunehmend ist seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise ist dieser gekoppelt an spezialisierte Angebote (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits führen aber auch verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf.
- Zwischen 2004 und 2016 ergibt sich eine Teuerung von 3.4 Prozent (im Jahr 2011 betrug die Differenz zu 2004 gar 6 Prozent).

Trotz diesen augenscheinlichen Faktoren war für die OKP in den letzten Jahren keine Erhöhung der Beiträge in Sicht bzw. von den zuständigen Stellen geplant. Mehrkosten durch diese Leistungen und die Teuerung gingen zulasten der Kantone, Gemeinden und vor allem auch der Patientinnen und Patienten. Dagegen wurde die OKP im Bereich der ambulanten Pflege sogar entlastet – und damit das Ziel der Vermeidung einer Mehrbelastung «übertroffen».

Diese Mehrbelastung musste fast ausschliesslich von den Kantonen und Gemeinden oder über Anpassungen/Erhöhungen der Patientenbeitragssätze von den Betroffenen selbst getragen werden. Wie aber bereits unter Ziffer 1.2 dargelegt, versuchten die Finanzierer diese Mehrausgaben zu vermeiden (z.B. durch Sparmassnahmen) oder abzuwälzen (durch eine stärkere Belastung der Patientinnen und Patienten) oder zu aufzuschieben (z.T. um 3-4 Jahre verzögerte Aktualisierung der Restfinanzierungsbeiträge).

Fazit: Die Leistungen im Bereich der Pflege (ambulant und stationär) sind in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Eine zunehmende Spezialisierung führte auch zu neuen, höheren Qualifikationen. Auch der Fachkräftemangel befeuert die Lohndiskussion. In der gleichen Zeit reduzierte sich der Anteil der OKP an den Kosten der 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.

3.3 Forderung

Der Grundsatz der jährlichen Anpassung an die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist wie folgt in Artikel 25a Absatz 4 KVG aufzunehmen:

«Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Er überprüft sie

jährlich und passt sie so an, dass die Anteile aller Kostenträger an den Pflegekosten gleich hoch bleiben. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.»

Diese Ergänzung entspricht dem Postulat 16.3352 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats, das vom Nationalrat am 19. September 2016 mit 178: 1 Stimme bei 3 Enthaltungen angenommen wurde.

4 Akut- und Übergangspflege

4.1 Situation allgemein

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung (Abrechnung mittels Fallpauschalen) und der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde ab 2011 auch die „Akut- und Übergangspflege“ (AÜP) neu definiert. Patientinnen und Patienten sollten nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang angeboten erhalten, der ihren körperlichen oder psychischen Bedürfnissen und ihrer Rekonvaleszenz entspricht, um das Leben zu Hause weiterzuführen. Ein verfrühter Eintritt ins Pflegeheim sollte verhindert werden, im Sinn der betroffenen Personen sowie der Volkswirtschaft.

Dieses Ziel ist bisher nicht erreicht. Die Übergangspflege wird im Wesentlichen durch zwei Mängel im Gesetz (Art. 25a Abs. 2 KVG) ausgehebelt: die zu kurze Dauer von 14 Tagen und die Nichtübernahme der Aufenthaltskosten (Hotellerie). Die Beschränkung auf zwei Wochen, ein willkürlicher Kompromiss der letzten Minute, widerspricht allen Erfahrungen über die medizinische, psychiatrische oder pflegerische Notwendigkeit. Bei der stationären AÜP muss die Patientin gemäss heutiger Regelung Hotelleriekosten von rund 150-250 Franken pro Tag vollständig selber tragen, zusätzlich zur weiterhin anfallenden Wohnungsmiete. Im ambulanten Bereich werden Spitex und freiberuflichen Pflegefachpersonen von einzelnen Krankenversicherern und bestimmten Kantonen ungerechtfertigte administrative und zulassungstechnische Hürden auferlegt.

AÜP wird aus diesen Gründen selten verordnet. Stationär stehen schweizweit 0.3 Prozent der Pflegeheimplätze für AÜP zur Verfügung; ambulant gehen ca. 0.2 Prozent der erbrachten Stunden auf deren Konto. Dass AÜP bei ausreichend langer Finanzierung sehr wohl zielführend sein kann, beweisen Beispiele aus den Kantonen Zürich, Luzern und Aargau (siehe Positionspapier der IG Pflegefinanzierung). In der Stadt Zürich stehen 5.4 Prozent der Pflegeheimplätze für AÜP zur Verfügung, und über zwei Drittel dieser Patienten können nach rund vier Wochen wieder nach Hause zurückkehren. Die Übergangspflege führt dort zu eindeutigen volkswirtschaftlichen Kosteneinsparungen.

Fazit: Die Leistungserbringerverbände und Patientenorganisationen erachten die AÜP als wichtig – die bisherige Konzeption ist jedoch ungenügend.

4.2 Forderung

Leistungserbringerverbände und Patientenorganisationen fordern deshalb eine Neukonzeption der AÜP. Die gesetzliche Dauer ist entweder ganz aufzuheben oder deutlich zu verlängern (mindestens 4 Wochen, bedarfsweise und auf ärztliche Anordnung einmal verlängerbar), und die Aufenthaltskosten – namentlich Hotellerie und Betreuung – sind wie beim vorangehenden Spitalaufenthalt durch OKP und Kantone zu übernehmen. Im ambulanten Bereich sollen schweizweit einheitliche Kriterien der Zulassung gelten. Mit diesen Nachbesserungen lassen sich Finanzierungsbrüche und Ungleichbehandlung beseitigen, und die Übergangspflege kann ihren unbestrittenen Zweck endlich erfüllen.

Artikel 25a Absatz 2 KVG ist wie folgt anzupassen:

«Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten längstens vier Wochen nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs. 1) und nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.»

Zur näheren Erläuterung siehe: Akut- und Übergangspflege (AÜP): Mängel, Handlungsbedarf und Forderung einer Neuregelung. Positionspapier der IG Pflegefinanzierung (http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Politik/Positionen/Aktuelle_H_Positionen/180215_AUeP_Positionspapier_dt.pdf).