

Abrechnen von Pflegeleistungen durch Institutionen für Menschen mit Behinderung

Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung ist im Verlauf der letzten Jahrzehnte stark angestiegen. Das gilt auch für jene Menschen, die in sozialen Institutionen leben. In den nächsten zehn Jahren wird sich die Anzahl der Bewohnenden, die älter sind als 64/65 Jahre, mehr als verdoppeln¹. Gründe dafür sind Verbesserungen in den Betreuungs- und Wohnverhältnissen, beim Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.) sowie bei der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung. Dennoch ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei Personen mit einer lebensbegleitenden Behinderung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weiterhin sechs bis zwölf Jahre tiefer² und wird durch Art und Ausprägung der Behinderung beeinflusst. Mit dem höheren Lebensalter nimmt das Erkrankungsrisiko zu, wobei ein grosser Anteil an Personen mit einer lebensbegleitenden Behinderung an einer oder mehreren Krankheiten (Multimorbidität) im somatischen und psychischen Bereich leidet. Im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung sind komplexe gesundheitliche Problemlagen häufiger anzutreffen, zum Beispiel treten alterstypische Krankheiten früher auf, verlaufen schubweise und überlagern angeborene oder später erworbene Behinderungen. Hervorzuheben ist die hohe Prävalenz dementieller Erkrankungen bei Personen mit einer kognitiven Behinderung, wobei Personen mit Down-Syndrom signifikant häufiger betroffen sind. Neben sich verändernden körperlichen-pflegerischen Bedürfnissen stehen für ältere Personen mit einer lebensbegleitenden Behinderung persönliche Herausforderungen an. Der Verlust vertrauter Personen oder haltgebenden Strukturen (z.B. Arbeit) sind im Alter zu bewältigen und setzen eine kompetente Unterstützung und Begleitung durch die Begleit- bzw. Fachpersonen voraus.

All diese Veränderungen stellen die Institutionen für Menschen mit Behinderung vor Herausforderungen. Diese sind einerseits fachlicher Natur, weil z.B. altersbedingte Krankheiten Pflegeaufgaben in den Fokus rücken. Andererseits stellen sich finanzielle Fragen, wie eine Umfrage von CURAVIVA Schweiz zeigt.³ Über 70% der Institutionen für Menschen mit Behinderung wünschen sich von CURAVIVA Schweiz Information und Beratung im Zusammenhang mit der Finanzierung von Leistungen für Menschen mit Behinderung im Alter. Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang das Abrechnen von Pflegeleistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Heute rechnen bereits 10% der Institutionen für Menschen mit Behinderung Leistungen über die OKP ab und mehr als weitere 10% setzen sich mit dieser Möglichkeit auseinander⁴.

Das steigende Alter bzw. die steigende Pflegebedürftigkeit ist aber nur einer der Gründe, die dazu führen, dass sich Institutionen für Menschen mit Behinderung mit der Abrechnung von Pflegeleistungen über die OKP beschäftigen. Ein anderer Grund findet sich auch in den Sparbemühungen der Kantone. Diese budgetierten in den letzten Jahren flächendeckend tiefere Normkosten für die professionelle Unterstützung von Menschen mit Behinderungen, obwohl der Unterstützungsbedarf gerade von älteren Menschen mit Behinderung zunimmt. Von Gesetzes wegen müssen die Kantone sich soweit an den Kosten des Aufenthalts in einer anerkannten Institutionen beteiligen, dass keine Person mit Behinderung wegen dieses Aufenthalts Sozialhilfe benötigt⁵. Sie tun dies subsidiär, d.h. nachgelagert allen anderen Leistungen, die ein Mensch mit Behinderung bezieht, z.B. Leistungen von Sozialversicherungen. Wenn Institutionen sich so organisieren, dass sie einen Teil ihrer Leistungen, die bisher vom Kanton bezahlt wurden, neu über die OKP abrechnen können, führt dies zu Minderausgaben beim betreffenden kantonalen Departement. Dies trägt zur Umsetzung der geplanten Ausgabenkürzungen bei, scheinbar ohne einen Leistungsabbau für die Menschen mit einer

¹ «Umfrage eHealth, Behinderung und Alter», CURAVIVA Schweiz (2017)

² Dieckmann et al. 2016, S. 68

³ «Umfrage Behinderung und Alter», CURAVIVA Schweiz (2017)

⁴ Siehe Fussnote 1

⁵ IFEG, Art. 7, Abs. 1

Behinderung, die in Institutionen mit sozialem Auftrag leben. Es gibt keine kantonale Gesetzgebung, die es den Kantonen ermöglichen würde, soziale Institutionen für Menschen mit Behinderung zur Abrechnung von Pflegeleistungen über die OKP zu zwingen. Dennoch ist es ihnen möglich, in diese Richtung zu steuern, z.B. mit Hilfe des Instruments der Normkosten bzw. über die Definition von Maximalbeiträgen.

Aus finanzieller Not und fachlichem Interesse beschäftigen sich deshalb zahlreiche Institutionen für Menschen mit Behinderung mit der Frage, ob sie eine Abrechnung von Pflegeleistungen über die OKP anstreben sollen.

1 Möglichkeiten zum Abrechnen von Pflegeleistungen

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) regelt, wer Pflegeleistungen erbringen und über die Krankenkasse abrechnen darf.⁶ Institutionen für Menschen mit Behinderung gehören nicht zu den berechtigten Leistungserbringern. Sie haben grundsätzlich aber verschiedene Möglichkeiten, selber zum berechtigten Leistungserbringer zu werden oder mit einem solchen zusammenzuarbeiten. Einige dieser Möglichkeiten werden hier aufgezeigt, jedoch ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Dies gilt auch für die aufgelisteten Vor- und Nachteile, die lediglich der groben Übersicht dienen.

Anerkennung erlangen als Pflegeheim:

Pflegeheim kann eine Institution nur sein, wenn sie auf der kantonalen Pflegeheimliste geführt wird.⁷ Die Entscheidungsbefugnis darüber, wer auf die Liste aufgenommen wird, liegt heute alleine beim Kanton. Parlamentarische Vorstösse fordern jedoch ein künftiges Mitspracherecht der Krankenversicherer. Wer aufgenommen werden möchte, muss auf jeden Fall die gesetzlichen Bestimmungen erfüllen, die das Bundesgesetz über die Krankenversicherung, die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und die Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung (VKL) enthalten. Darin werden umfassende Vorgaben gemacht, die unter anderem das Personal, die Leistungserfassung, die Konzepte, die Infrastruktur und die Rechnungsführung betreffen. Neben der Erfüllung der Bestimmungen ist für eine Aufnahme auch entscheidend, dass das Angebot der Versorgungsplanung des Kantons entspricht.

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Abrechnung von Pflegeleistungen möglich • Infrastruktur, Prozesse, Konzepte, Kultur etc. können selber gestaltet werden • Bewohnende können – wenn gewünscht – lebenslang in der Institution wohnen bleiben 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr hoher Initialaufwand (Anerkennung, Einkauf neuer Systeme, Aufbau Know-How, Anbindung Elektronisches Patientendossier, etc.) • Sehr hoher Betriebsaufwand (zwei Systeme, zwei Aufsichtsbehörden, Erheben Medizinischer Qualitätsindikatoren, etc.)

Für eine Wohngruppe die Anerkennung als Pflegehewohngruppe erlangen:

In diesem Fall wird nur für eine bestimmte Einheit der Institution, z.B. eine Wohngruppe oder ein Aussenstandort, die Anerkennung als Pflegeinstitution erlangt. Auch in diesem Fall müssen die oben erwähnten Bestimmungen erfüllt werden, allerdings nur im Rahmen der Einheit, die die Anerkennung anstrebt.

⁶ KVG, Art. 35, Abs. 2

⁷ KVG, Art. 39, lit. e

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnen von Pflegeleistungen auf einer Wohngruppe möglich • Infrastruktur, Prozesse, Konzepte, Kultur etc. können selber gestaltet werden • Mehraufwand beschränkt sich hauptsächlich auf die Tätigkeiten der Wohngruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr hoher Initialaufwand • Hoher Betriebsaufwand • Wenig Flexibilität bei erhöhtem / geringerem Pflegeaufwand (z.B. mehr pflegeintensive Bewohnende als Plätze oder mangelnde Auslastung) • Bewohnende sind allenfalls gezwungen umzuziehen

Mit einer Pflegeinstitution zusammenarbeiten:

Die Institution für Menschen mit Behinderung erlangt nicht selber die Bewilligung zum Führen einer Pflegewohngruppe, sondern arbeitet mit einer bereits bestehenden Pflegeinstitution zusammen. Diese eröffnet eine Pflegewohngruppe speziell für Menschen mit Behinderung und übernimmt deren Pflege, während die Institution für Menschen mit Behinderung Unterstützung in der Betreuung bietet.

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnen umfassender Pflegeleistungen durch die Pflegeinstitution • Pflegerisches Know-how ist sichergestellt • Bewohnende können in eine Pflegeinstitution eintreten, die ihre spezifischen Bedürfnisse in Betreuung und Pflege berücksichtigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Initialaufwand • Hoher Koordinationsaufwand mit Partner • Infrastruktur, Prozesse, Konzepte, Kultur etc. können nicht selber gestaltet werden • Bewohnende sind allenfalls gezwungen umzuziehen • Allenfalls: (Personelle) Fragmentierung der Betreuungs- und Pflegeleistungen • Wenig Flexibilität bei erhöhtem / geringerem Pflegeaufwand (z.B. mehr pflegeintensive Bewohnende als Plätze oder mangelnde Auslastung)

Eine eigene Spitex / Spitin gründen:

Spitex-Organisationen benötigen eine Betriebsbewilligung des Kantons, in dem sie tätig sind.⁸ Diese Bewilligung ist an Vorgaben geknüpft, ausserdem gilt es rechtliche Vorgaben auf Bundesebene und allenfalls auf kantonaler Ebene zu erfüllen. Es gibt unter anderem Vorgaben zum Personal, zur Infrastruktur, zur Rechnungsführung, zur Leistungsdokumentation und zu Konzepten. Ausserdem darf nur die Pflege erbracht werden, die zuvor von einem Arzt angeordnet wurde.

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Abrechnung von Pflegeleistungen möglich • Infrastruktur, Prozesse, Konzepte, Kultur etc. können selber gestaltet werden • Bewohnende können – wenn gewünscht – da wohnen bleiben, wo sie sind • Flexibilität bei erhöhtem / geringerem Pflegeaufwand 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr hoher Initialaufwand • Sehr hoher Betriebsaufwand • Gefahr der (personellen) Fragmentierung der Betreuung- und Pflegeleistungen

⁸ KVV, Art. 51, lit. a

Mit einer Spitex zusammenarbeiten:

Die Institution für Menschen mit Behinderung erlangt nicht selber die Bewilligung zum Führen einer Spitex, sondern arbeitet mit einer bereits bestehenden Spitex zusammen. In diesem Fall rechnet nicht die Institution die Pflegeleistungen mit der Krankenkasse ab, sondern die Spitex-Organisation. Auch dieses Vorgehen bedingt, dass die Pflegeleistungen vorgängig von einem Arzt verordnet werden.

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Flexibilität bei erhöhtem / geringerem Pflegeaufwand • Bewohnende können – wenn gewünscht – da wohnen bleiben, wo sie sind • Abrechnen von klar definierten Pflegeleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Initialaufwand • Hoher Koordinationsaufwand mit Partner • Infrastruktur, Prozesse, Konzepte, Kultur etc. in der Pflege können nicht selber gestaltet werden • Starke (personelle) Fragmentierung der Betreuungs- und Pflegeleistungen

Eine freiberufliche Pflegefachperson beauftragen:

Es gibt diplomierte Pflegefachpersonen, die selbständig tätig sind. Diese müssen einige Vorbedingungen erfüllen und unter anderem über eine eigene Abrechnungsnummer (ZSR) vom Verband der Krankenversicherer verfügen. Arbeitet eine Institution mit einer entsprechenden Person zusammen, rechnet diese selber direkt mit der Krankenkasse ab. Die zu erbringenden Leistungen müssen von einem Arzt verschrieben werden.

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Bewohnende können – wenn gewünscht – da wohnen bleiben, wo sie sind. • Abrechnen von klar definierten Pflegeleistungen • Geringer Aufwand im Vergleich zu den übrigen Alternativen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschränkte Flexibilität • Ausfallrisiko / Ferienabdeckung • Nur im kleinen Umfang sinnvoll. Bei mehreren Personen: Sehr hoher Koordinationsaufwand.

2 Aufwand beim Abrechnen von Pflegeleistungen

Wer zukünftig Pflegeleistungen verrichten und abrechnen (lassen) möchte, steht vor einem umfassenden Projekt, das Aufwand generiert. Dabei handelt es sich einerseits um Initialaufwand, der durch die Beschäftigung mit dem Thema, den Möglichkeiten, Bedingungen und Auswirkungen entsteht. Andererseits entsteht Aufwand bei der Projektumsetzung, insbesondere bei der Anerkennung als Pflegeheim oder Pflegewohngruppe sowie beim Aufbau einer eigenen Spitex-Organisation. Kosten generieren in diesen Fällen beispielsweise folgende Posten:

Kosten	Initialaufwand	Betriebsaufwand
<u>Projekt</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Konzeptarbeit • Neugestaltung von Organisationsstrukturen • Neugestaltung von Prozessen • Evtl. Beratungsmandat 	<ul style="list-style-type: none"> x x x x 	
<u>Personal</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierung (Pflegefachpersonen HF/FH, Verantwortliche Pflege, etc.) • Weiterbildung • Schulung • Anpassung Kompetenzregelungen 	<ul style="list-style-type: none"> x x x x 	<ul style="list-style-type: none"> x x x

<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung Stellenbeschriebe • Überprüfung der Lohnstruktur • Supervision / Coaching der Teams • Fluktuation 	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>	<p>x</p> <p>x</p>
<p><u>Infrastruktur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Neu-/Umbau Architektur (innen & aussen) • Organisation von Räumlichkeiten • Umzug 	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>	
<p><u>IT/Systeme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung Pflegebedarfsinstrument (Besa / Rai, Rai HC, Plaisir) • Pflegedokumentation • Bewirtschaften des Leistungserfassungssystems • Anschaffung Computer / Tablets / Software • Sicherstellen Zugang Elektronisches Patientendossier (EPD) gemäss Gesetz • Unterhalt und Support • Lizenzgebühren Software • Ausbau WLAN 	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>
<p><u>Finanzen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeiten neuer Struktur: Kostenstellen / Kostenarten • Zusätzliches Führen der Kostenrechnung / des Kontenplans Pflege • Anlagebuchhaltung • Arbeitszeitanalysen • Zusätzliches Reporting an das zuständige Amt / an Krankenkassen • SOMED-Statistik A 	<p>x</p>	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>
<p><u>Qualität</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erheben der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren • Erfüllung der kantonalen Vorgaben (Konzepte/Qualitätsvorgaben) • Zusätzliche Audits durch Krankenkassen / Ämter 		<p>x</p> <p>x</p>
<p><u>Grundlagen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beitritt Administrativvertrag • Beantragen einer ZSR-Nummer • Evtl. Mitgliedschaft entsprechende Verbände 	<p>x</p> <p>x</p>	<p>x</p>

Das Projekt geht einher mit einer Organisationentwicklung. Es betrifft alle Bereiche der Institution und hält neben fachlichen und organisatorischen Anforderungen und beschaffungstechnischen Fragestellungen auch kulturelle Herausforderungen bereit. Insbesondere wenn sich die Zusammenstellung der unterschiedlichen Berufsgruppen ändert oder neue interdisziplinäre Teams aufgebaut werden, muss ein grundlegendes gemeinsames Verständnis erst wieder erarbeitet werden. Fachpersonen des Sozialbereichs und des Gesundheitswesens arbeiten mit unterschiedlichen Methoden und Haltungen, ihnen sind oft unterschiedliche Dinge besonders wichtig, ihre Ziele können verschieden sein und sie pflegen meist eine unterschiedliche Kommunikation.

Beispiele:

Mögliche Diskussionspunkte zwischen Fachpersonen des Sozial- und Gesundheitswesens

- Was gehört zur Pflege, was zur Betreuung? (z.B. Unterstützung bei der Körperhygiene oder beim Essen)
- Hauptsache selber gewaschen oder Hauptsache sauber gewaschen?
- Sind die Bauklötze, die im Flur liegen, eine Anregung oder eine Sturzgefahr?
- Wie lange schaut man zu, wie jemand sich anzuziehen versucht und wann übernimmt man das Anziehen der Person, um einen effizienten Ablauf zu gewährleisten?
- Unruhiges Verhalten: Vermutet man Schmerzen, Langeweile oder Reizüberflutung?
- Wie direkt darf Feedback sein?

Eine gemeinsame Kultur und Vorgehensweise zu erarbeiten benötigt Zeit und kann auch mit Personalverlusten einhergehen.

Ein grosser Teil des entstehenden Aufwandes sind Investitionskosten, die geballt auftreten, weil sich das Projekt nur in geringem Mass über mehrere Jahre aufteilen lässt. Der Kanton übernimmt diese Investitionskosten in der Regel nicht. Auch von anderen Behörden und seitens der Sozialversicherungen erfolgt keine Kostenbeteiligung. Die Folge davon ist, dass das Vorhaben aus dem laufenden Betrieb finanziert werden muss. Das ist besonders deshalb prekär, weil viele Institutionen sich erst mit der Möglichkeit der Abrechnung von Pflegeleistungen beschäftigen, wenn die finanziellen Mittel kurz- oder mittelfristig knapp werden. Es besteht die Gefahr, dass zur Deckung der Projektkosten Gelder verwendet werden müssen, die eigentlich als Ressource für die Begleitung und Unterstützung der Menschen mit Behinderung vorgesehen wären.

3 Ungeklärte Fragen beim Abrechnen von Pflegeleistungen

Bereits heute rechnen verschiedene Institutionen für Menschen mit Behinderung einen Teil ihrer Arbeit als Pflegeleistung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung ab. Dennoch gibt es Fragen, die nicht abschliessend geklärt sind. Die nachfolgende Auswahl gibt dazu eine Übersicht, stellt aber keine abschliessende Liste dar.

- **Was ist eine Krankheit und was eine Behinderung?**

Was eine Krankheit und was eine lebensbegleitende Behinderung ist, ist einerseits eine rechtliche Frage, die relevant ist für die Finanzierung der Leistungen einer Institution. Gesetzlich geregelt ist, dass die Krankenversicherung nur Leistungen übernimmt, die zur Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen nötig sind.⁹ Es liegt im Interesse desjenigen, der möglichst viele Leistungen über die Krankenkasse abrechnen möchte, die Unterstützungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung möglichst umfassend als Krankheitsfolgen zu bezeichnen. Die Frage geht aber über das Rechtliche hinaus und hat Auswirkungen auf die Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung. Der gesellschaftliche Blick auf Krankheiten und kranke Menschen ist defizitorientiert. Krankheiten sind ein Leiden, das möglichst geheilt oder gelindert werden muss. Behinderungen hingegen wird von Fachpersonen als Form von Beeinträchtigung verstanden, die normaler Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft ist und als Quelle kultureller und gesellschaftlicher Bereicherung wertgeschätzt wird. Behinderung wird wesentlich mitbestimmt durch die Handlungen und Erwartungen der Gesellschaft. Die fürsorgliche, umsorgende Haltung und der Blick auf Ursachen und Symptome, mit denen man kranken Menschen begegnet, sind im Umgang mit Menschen mit Behinderung nicht angebracht. Hier müssen vielmehr Ressourcen und Autonomie fokussiert werden, ohne das Sorgende zu vergessen.

- **Dürfen Spitex-Organisationen Menschen im stationären Umfeld pflegen?**

Personen, die in Institutionen für Menschen mit Behinderung leben, sind im stationären Umfeld zu Hause, also in einer institutionellen Wohngemeinschaft mit staatlichem Auftrag. Die Kantone leisten Beiträge, damit die Bewohnenden nach ihren Bedürfnissen unterstützt werden. Die Unterstützung umfasst auch Tätigkeiten, die unter den Bedingungen des Krankenversicherungsgesetzes als Pflegeleistungen gelten würden. Teilweise wird argumentiert, dass die nötigen Leistungen deshalb bereits finanziert sind und der Einbezug einer Spitex dazu führen würde, dass eine Leistung doppelt vergütet wird. Die Tätigkeit der Spitex in Institutionen von Menschen mit Behinderung kann deshalb umstritten sein, zumal in vielen Kantonen klare gesetzliche Grundlagen zum Thema fehlen. Einige Kantone lassen explizit zu, dass Leistungen von externen

⁹ KVG, Art. 25, Abs. 1

Spitexanbietern in Institutionen für Menschen mit Behinderung erbracht werden, andere sind zurückhaltender.

- **Wer übernimmt die Patientenbeteiligung?**

Die Krankenpflegeversicherung leistet nur einen Beitrag an die Kosten, die bei der Pflege eines Menschen anfallen. Vorgesehen ist, dass auch die Person, die gepflegt wird, einen Teil der Pflegekosten trägt. Die Patientenbeteiligung in der stationären Betreuung beträgt derzeit maximal 21.60 CHF pro Tag, bei der Spitex beläuft sie sich auf maximal 15.95 CHF pro Tag. Wenn eine Institution neu Leistungen über die OKP abrechnet, stellt sich die Frage, wem sie diese Patientenbeteiligung in Rechnung stellt: Dem Kanton oder den Bewohnenden. Die Gefahr besteht, dass Menschen mit Behinderung durch den Systemwechsel plötzlich deutlich mehr für dieselben Leistungen bezahlen müssen.

- **Wer trägt die Restkosten von Leistungen der Spitex in Institutionen für Menschen mit Behinderung?**

Der Kanton ist für die Finanzierung der Angebote für Menschen mit Behinderung zuständig. Die Verantwortung für die Spitex liegt in einigen Kantonen jedoch bei den Gemeinden, die auch die Restkosten zu tragen haben, die bei Leistungen der Spitex anfallen. Wo dies der Fall ist, kann die verstärkte Zusammenarbeit mit einer bestehenden Spitexorganisation zu deutlichen Mehrkosten für die Standortgemeinde der Institution führen, sofern die entsprechenden gesetzlichen Regelungen nicht angepasst werden. Diese Entwicklung ist auf Grund der unverhältnismässigen Belastung der Standortgemeinde nicht zu unterstützen.

Diese Frage zu den Restkosten stellt sich auch, wenn eine Institution eine eigene Spitex gründet. Die Übernahme der Restkosten von Spitex-Organisationen ohne kommunalen Leistungsvertrag ist unterschiedlich geregelt: Je nach Standort der Institution muss geklärt werden, wer die Restkosten bezahlt und in welcher Höhe sie übernommen werden.

Die Frage nach der Übernahme der Restkosten kann sich auch dann stellen, wenn eine Institution für Menschen mit Behinderung zusätzlich zum Pflegeheim wird bzw. eine Pflegeabteilung führt. Die Restkosten dieser Pflege hat der Kanton zu tragen. Allerdings sind die Angebote im Gesundheits- und im Sozialwesen oft verschiedenen Departementen zugeordnet, so dass die Zuständigkeit innerhalb des Kantons geregelt werden muss.

- **Welche Kompetenzen haben betreuende Mitarbeitende in der Pflege und was sind die Folgen davon?**

Diese Frage stellt sich insbesondere dann, wenn eine Institution für Menschen mit Behinderung als Ganzes in die Pflegeheimliste aufgenommen wird. Die Bewilligungsvoraussetzungen und der Beitrag an die Pflegeleistungen sind gesetzlich genau geregelt, ebenso die Handlungskompetenzen von regulären Bildungsabschlüssen. Viele Tätigkeiten, die Mitarbeitende von Institutionen für Menschen mit Behinderung unter dem Begriff «Betreuung» ausüben, sind Tätigkeiten der Grundpflege, wenn sie von Gesundheitsfachpersonen übernommen und nach KVG verrechnet werden, so z.B. die Unterstützung bei der Körperhygiene oder beim Essen. Von der Frage, wer zur Ausübung der Tätigkeit berechtigt ist, hängt die Finanzierung ab, damit einher gehen aber auch Haftungsfragen. Als Folge der Frage ist zudem, wie nachfolgend aufgezeigt, wiederum die Haltung gegenüber dem Menschen mit Behinderung tangiert sowie die Frage der agogischen Zielerreichung. Für eine Pfl egetätigkeit steht nur eine genau bestimmte Anzahl Minuten zur Verfügung, die oft auf substituierende Handlungen ausgerichtet ist (die pflegende Person übernimmt eine Aufgabe für den betreuten Menschen, unterstützt beim Anziehen). Aus der agogischen Perspektive wird möglichst lange anleitend anstatt substituierend gearbeitet, was allerdings oft mehr Zeit in Anspruch nimmt – Zeit, die von der Krankenkasse nicht vergütet wird. Gemäss Gesetz dürfen Mitarbeitende nur die Verantwortung für diejenigen

Pflegeleistungen übernehmen, für die sie die dazugehörige Handlungskompetenz in der Ausbildung abgeschlossen haben. Dies trifft für Mitarbeitende in Institutionen für Menschen mit Behinderung in sehr unterschiedlichem Mass zu: Während das Studium in Sozialpädagogik (HF/FH) keine entsprechenden Handlungskompetenzen enthält, verfügen die Fachpersonen Betreuung je nach gewählter Fachrichtung über weitreichende anerkannte Handlungskompetenzen in der Pflege. Dies gilt insbesondere für Fachpersonen Betreuung mit Fachrichtung Betagte. Einige Pflegeleistungen dürfen aber auch an Personen delegiert werden, die die entsprechenden Handlungskompetenzen nicht abgeschlossen haben, sofern die Ausführung der Tätigkeit durch eine diplomierte Pflegefachperson überwacht wird. CURAVIVA Schweiz hat sich gemeinsam mit Vertreter*innen der Praxis der Frage angenommen, was die gesetzlichen Regelungen für die Praxis in Institutionen für Menschen mit Behinderungen konkret bedeutet. Das daraus entstandene Faktenblatt «Pflege in Institutionen für Menschen mit Behinderung: Wer hat welche Kompetenzen?» kann bei Interesse beim Fachbereich Menschen mit Behinderung (Kontakt: r.jakovina@curaviva.ch) bezogen werden.

4 Auswirkungen des Abrechnens von Pflegeleistungen

Durch das Abrechnen von Pflegeleistungen streben Institutionen für Menschen mit Behinderung einerseits den verbesserten Zugang zu pflegerischem Know-how für Bewohnende an, die auf Grund von gesundheitlichen Einschränkungen spezialisierte Unterstützung benötigen. Andererseits erhoffen sie sich eine verbesserte finanzielle Abgeltung ihrer Leistungen in einem durch Spardruck geprägten Umfeld. In Bezug auf den letzten Punkt besteht aber die Gefahr, dass das Abrechnung von Pflegeleistungen durch Institutionen für Menschen mit Behinderung über den Einzelbetrieb hinaus das Gegenteil bewirken, wie folgende Ausführungen zeigen:

Immer mehr Kantone arbeiten heute mit Normkosten. Sie ermitteln, wie hoch die Kosten in Institutionen für Menschen mit Behinderung durchschnittlich oder im Median sind und definieren in Abhängig davon Maximaltarife / Maximalpauschalen. Für einige Institutionen sind diese Maximalpauschalen zu tief angesetzt: Sie können die von ihnen gebotenen Leistungen nicht vollständig damit finanzieren.¹⁰ Angenommen, diese Institutionen organisieren sich so, dass sie einen Teil ihrer Leistungen neu über die OKP abrechnen können. Sie finanzieren mindestens diejenigen Leistungen neu über die OKP, die über das Maximum hinausgingen, vielleicht aber auch einige Leistungen mehr, im extremeren Fall bis hin zur Grundpflege. Diese Leistungen gehen nun nicht mehr zu Lasten des Kantons, was Auswirkungen hat auf die Neuberechnung der Normkosten: Die durchschnittlichen Kosten sinken und mit ihnen die Maximalpauschalen / Maximaltarife. Dadurch geraten weitere Institutionen unter finanziellen Druck, die bisher innerhalb der Maximalgrenzen Leistungen erbringen konnten. Gleichzeitig werden die Institutionen, die neu über die OKP abrechnen, für einen Teil ihres (administrativen) Zusatzaufwandes nicht entschädigt, was dazu führt, dass sie zu dessen Deckung die Leistungen zu Gunsten von Bewohnenden kürzen müssen (z.B. weniger Zeit für Pflege und Betreuung).

Wenn neu Pflegeleistungen mit der OKP abgerechnet werden sollen, ist das mit viel Aufwand und mit Auswirkungen auf die Institution sowie die ganze Branche verbunden. Kosten werden damit aber kaum gesenkt. Vielmehr findet eine Finanzierungsverschiebung statt: Ein Teil der Kosten wird neu anstatt vom Kanton von den Krankenkassen übernommen - und über Prämien erhöhungen an alle Versicherten (die Gesellschaft) weitergegeben. Ausserdem ist gesetzlich vorgesehen, dass die Leistungsbeziehenden einen Selbstbehalt zu tragen haben, der heute maximal 21.60 CHF pro Tag betragen darf. Werden bisherige Leistungen neu über die OKP abgerechnet, kann dies für pflegebedürftige Bewohnende entsprechende Mehrkosten zur Folge haben, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden.

¹⁰ Ungedekte Kosten entstehen nicht nur bei der Unterstützung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, sondern insbesondere bei der Unterstützung von Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten.

Der Grossteil der Finanzierungsverschiebung findet aber innerhalb des Kantons statt: Dieser trägt nicht nur die Kosten für die Unterstützung von Menschen mit Behinderung in Institutionen, er ist gesetzlich auch dazu verpflichtet, den Hauptteil der Kosten von stationären Pflegeleistungen zu übernehmen¹¹. Der Kanton muss einen grossen Teil der Kosten also in jedem Fall bezahlen, es wechselt lediglich das zuständige Departement und Budget.

5 Haltung von CURAVIVA Schweiz

CURAVIVA Schweiz ist der Ansicht, dass das Verhältnis von Aufwand und Nutzen bei der (neu einzuführenden) Abrechnung von Pflegeleistungen durch Institutionen für Menschen mit Behinderung wirtschaftlich nicht sinnvoll ist. Der Verband setzt sich deshalb dafür ein, dass Vorhaben zur zukünftigen Abrechnung von Pflegeleistungen über die OKP sorgfältig geprüft werden.

Das Abrechnen von Pflegeleistungen wird einerseits aus finanziellen Gründen angestrebt, andererseits aber mit dem Ziel, dadurch verbesserten Zugang zur medizinisch-pflegerischem Know-how zu Gunsten der Bewohnenden zu erlangen. Weil pflegerische Leistungen, die über die OKP abgerechnet werden, nur von dazu berechtigtem Fachperson erbracht werden dürfen, kann tatsächlich davon ausgegangen werden, dass diese qualitativ besser sind. Das Beiziehen von medizinisch-pflegerischen Fachpersonal muss aber nicht von der Art der Finanzierung der Leistungen abhängig sein. Bereits heute beschäftigen fast 30% der Institutionen für Menschen mit Behinderung Pflegefachpersonen¹², dieser Ressourceneinsatz wird aber nur in wenigen Fällen durch die OKP abgegolten. Meist ist er integrierter Teil der Unterstützungsleistung, die über die Leistungsvereinbarungen mit den Kantonen finanziert werden. Wichtig ist, dass dem (wachsenden) Bedürfnis von Menschen mit Behinderung nach medizinisch-pflegerischen Leistungen individuell Rechnung getragen wird und die Unterstützung in guter Qualität erfolgt. Es ist jedoch ein Fehlschluss, dass daraus automatisch ein Zwang erwachsen würde, dass Institutionen für Menschen mit Behinderung Leistungen über die OKP abrechnen können müssen.

Angebote für Menschen mit hohem Pflegebedarf auf Grund von altersbedingten Krankheiten sind Bestandteil einer guten Gesundheitsversorgung. Zukünftig werden diese Angebote nicht abgesondert, sondern Teil des Sozialraumes der zu unterstützenden Menschen sein.¹³ In diesem Sinne macht es durchaus Sinn, pflegerische Spezialangebote für ältere Menschen mit Behinderung zu schaffen, insbesondere, wenn diese ihnen einen Verbleib im bisherigen Lebensraum ermöglichen. Beim Aufbau solcher Angebote (z.B. Pflegeabteilung oder Pflegewohngruppe für Menschen mit Demenz) kann die Leistungsfinanzierung über die OKP geprüft werden, weil hier das Bedürfnis nach krankheitsbedingter Pflege in den Vordergrund rückt.

CURAVIVA Schweiz lehnt eine generelle Einführung der Abrechnung von Pflegeleistungen über die OKP in Institutionen für Menschen mit Behinderung jedoch ab. Nicht unterstützt wird insbesondere das Bestreben, ganze Institutionen neu als Pflegeheim anerkennen zu lassen. Die damit verbundenen Aufwände und Anstrengungen sind im Verhältnis zu den damit gewonnenen Vorteilen unverhältnismässig, insbesondere in einem System, das bereits hohen Belastungen (persönlich und finanziell) ausgesetzt ist. Ausserdem ist zu befürchten, dass die Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung qualitativ und quantitativ leiden, denn der enorme Zusatzaufwand bei der Initialisierung und im Betrieb bindet Ressourcen, während die Gefahr der Fragmentierung von betreuenden und pflegerischen Unterstützungsleistungen steigt und das Leben einer ressourcenorientierten Haltung erschwert wird.

Anstatt Doppelspurigkeiten zu schaffen, erscheint es CURAVIVA Schweiz sinnvoller, wenn die Unzulänglichkeiten derjenigen Modelle angegangen werden, die heute bereits zur Leistungsfinanzierung

¹¹ KVG, Art. 49a

¹² «Umfrage eHealth, Behinderung und Alter», CURAVIVA Schweiz (2017)

¹³ Vgl. das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz

genutzt werden. Diese müssen den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung zukünftig umfassend Rechnung tragen und die tatsächlich nötigen Unterstützungsleistungen durch die Institutionen ebenso umfassend vergüten. CURAVIVA Schweiz setzt sich unter anderem durch das aktive Mitwirken im Forschungsprojekt «Erfassung und Finanzierung von Leistungen in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung» der Fernfachhochschule Schweiz, der Fachhochschule der italienischsprachigen Schweiz und der Fachhochschule Nordwestschweiz für eine Weiterentwicklung der entsprechenden Modelle ein.