

PALLIATIVE CARE

FINANZIERUNG



IMPRESSUM

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autor: Christoph Schmid, Theologe und Gerontologe, schmid-christoph@bluewin.ch;
www.pall-care.ch

Copyright Titelbild: CURAVIVA Schweiz

Layout: CURAVIVA Schweiz

Ausgabe: Juni, 2016

Aus Gründen der Verständlichkeit kann es vorkommen, dass im Text nur die männliche oder die weibliche Form gewählt wird. Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlage	4
2. Deckungslücken in der Finanzierung von Palliative Care Leistungen in stationären Alterseinrichtungen	4
3. Massnahmen zur Lösung der ungedeckten Pflegekosten	5
a) Anpassung von Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung	5
b) Kantonale Zusatzfinanzierungen	5
c) Projekt Zeitmessung von CURAVIVA Schweiz und GDK	6
4. Probleme der neuen Pflegefinanzierung	6

1. Grundlage

Grundsätzlich ist die finanzielle Abgeltung von Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, im [Bundesgesetz der Krankenversicherung](#) (KVG) geregelt. Diese Leistungen umfassen auch die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim von Ärzten, Chiropraktiker oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen.

Im Artikel 7 der [Krankenpflege-Leistungsverordnung](#) (KLV 7) sind die Leistungen näher umschrieben, die für Leistungen der Pflege zu Hause, ambulant, und im Pflegeheim abgegolten werden. Genannt werden im Absatz 2 Buchstabe a die Massnahmen der Abklärung und Beratung, Buchstabe b nennt die Massnahmen der Untersuchung und Behandlung und Buchstabe c nennt die Massnahmen der Grundpflege bei Patientinnen und Patienten, welche diese Tätigkeiten nicht selbst ausführen können.

Ergänzend dazu besteht für Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände, präventivmedizinische Leistungen u.a. Listen, welche die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Leistungen nennen ([sogenannte MIGEL-Liste](#))

2. Deckungslücken in der Finanzierung von Palliative Care Leistungen in stationären Alterseinrichtungen

Im Rahmen der Nationalen Strategie wurde auch die [Finanzierung der Palliative –Care-Leistungen der Grundversorgung](#) und der spezialisierten Palliative Care in der ambulanten Pflege und der Langzeitpflege näher untersucht. Die Abklärungen zeigen verschiedene Probleme und Deckungslücken auf:

- 1) Die gegenwärtige Pflegefinanzierung (siehe unten) finanziert Pflegeleistungen bis 240 Minuten pro 24 Stunden. Diese Obergrenze reicht in einzelnen palliativen Situationen (vor allem Krisensituationen und in der End-of-Life-Phase) nicht aus, um eine Bewohnerin optimal zu pflegen.
- 2) Kurzfristige Veränderungen im Gesundheitszustand (vor allem einzelne Krisensituationen) und die damit verbundenen höheren Pflegeleistungen können nur ungenügend abgebildet werden, da die angewendeten Leistungserfassungsinstrumente BESA, RAI RUG und PLAISIR für solche Situationen zu wenig flexibel gehandhabt werden können.
- 3) Die geltenden Regelungen zur Abgeltung von Pflegeleistungen gemäss KVG betreffen nur einen Teil der im Ansatz von Palliative Care enthaltenen Aufgaben, wie sie in

verschiedenen Grundlegendokumenten der Nationalen Strategie festgelegt sind. Zu den sogenannten «ungedeckten Palliative-Care-Leistungen» gehören:

- a) Leistungen der Pflege, die nach einem humanistischen, mehrdimensionalen Pflegeverständnis (bio-psycho-sozio-spirituell) nicht nur auf körperliche, sondern auch auf psychosoziale, spirituelle und funktionale Bedürfnisse reagieren und ethischen und rechtlichen Herausforderungen entsprechen. Diese sogenannten nicht-KVG-pflichtigen Leistungen werden in der Regel als «Betreuungsaufgaben» zusammengefasst.
- b) Vernetzung und Koordination: In komplexen Palliative Care Situationen sind zusätzliche Absprachen im interprofessionellen Team nötig. Anspruchsvolle Entscheidungssituationen zum Einsatz von oder Verzicht auf medizinische Massnahmen werden in verschiedenen Kommunikationsgefässen wie zum Beispiel dem Runden Tisch mit den Betroffenen und ihren Angehörigen besprochen. Zudem sind Absprachen bei Verletzungen zwischen den verschiedenen Versorgungsträgern der Behandlungskette nötig.
Auf dieses Bedürfnis hat das BAG eine Anpassung von Artikel der Krankenpflege-Leistungsverordnung vorgenommen (siehe dazu unten).
- c) Leistungen zur Begleitung und Betreuung von Angehörigen, vor allem in der End of Life – Situation und im Rahmen einer Abschiedskultur.
- d) Leistungen der mobilen Palliative-Care-Dienste der spezialisierten Palliative Care, die bei instabilen und komplexen Pflegesituationen zur Unterstützung beigezogen werden.

3. Massnahmen zur Lösung der ungedeckten Pflegekosten

Zur Lösung der finanziellen Probleme der Palliative Care in den Langzeit-Pflegeeinrichtungen wurden die folgenden Massnahmen vorgenommen oder sind in Planung:

a) Anpassung von Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung

Mit Wirkung auf 1. Januar 2012 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern eine Ergänzung des Artikels der Krankenpflege Leistungsverordnung (KLV) vorgenommen. Neu ist in der KLV explizit festgehalten, dass Massnahmen zur Koordination und vorkehrende Massnahmen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind.

Zur konkreten Umsetzung und Interpretation dieses neuen Absatzes wurden am 7. De-

zember 2012 vom BAG einige Richtlinien veröffentlicht.

Die Umsetzung dieser Ergänzung von KLV 7 ist im Bereich der Alters- und Pflegeinstitutionen nicht vollzogen worden, da sich zwischen den Vertretern der Leistungserfassungsinstrumenten und den Vertretungen von BAG/Versicherer ungelöste Differenzen zum Anwendungs- und Geltungsbereich ergeben haben.

b) Kantonale Zusatzfinanzierungen

Verschiedene Kantone haben ergänzende Finanzierungsmassnahmen ergriffen, um die effektiven Palliative Care Leistungen realitätskonformer zu vergüten:

- a) durch die Schaffung zusätzlicher Pflegestufen à 20 Minuten und entsprechende Vergütung (zum Beispiel NE und GR). Der Kanton Thurgau richtet zusätzliche Beiträge zur Restkostenfinanzierung an Alters- und Pflegeinstitutionen aus, die in Palliative Care zertifiziert sind. Der Kanton Waadt finanziert in Krisensituationen eine zusätzliche Pflegekraft zur Unterstützung.
- b) Einsatz und Finanzierung von mobilen Palliative Care Teams auch für den Einsatz in Alters- und Pflegeinstitutionen (zum Beispiel TG, VD, VS).

c) Projekt Zeitmessung von CURAVIVA Schweiz und GDK

Aufgrund der Analyse zur Finanzierung von Palliative Care Leistungen und aufgrund von (vermuteten) Deckungslücken hat die GDK zusammen mit CURAVIVA ein Projekt zur Zeitmessung von Palliative Care Leistungen gestartet. Ziel ist, zu klären, ob Palliative-Care-Situationen mit einem hohen Ressourcenbedarf im Pflegeheim ausreichend in den Bedarfserhebungsinstrumenten abgebildet sind und damit angemessen abgegolten werden. Gemessen werden sowohl krankenkassenpflichtige wie nicht-krankenkassenpflichtige Leistungen. Für diese Abklärungen, die über das Instrument CURAtime durch die Firma MicroMED getätigt werden, sind rund 200 Personen in Palliative Care Situationen einbezogen. Die Messungen finden in 15 – 20 Alters- und Pflegeinstitutionen zwischen April 2016 und Juni 2017 statt. Die Ergebnisse dieser Zeitmessung werden auf Ende 2017 erwartet.

4. Probleme der neuen Pflegefinanzierung

Die Finanzierung von Palliative Care-Leistungen der Langzeitpflege ist in besonderem Masse abhängig von den Modalitäten der neuen Pflegefinanzierung. Diese neue (Kompromiss) Regelung trat nach einem länger dauernden Beratungsprozess im Parlament am 1. Januar 2011 in Kraft. Sie regelt die Aufteilung der Pflegekosten unter die drei Träger «Krankenversicherung», «Versicherte» und «Kantone». Die obligatorische Krankenversicherung leistet einen fixen, nach Zeitaufwand abgestuften Beitrag an die ärztlich verordneten Pflegeleistungen. Die Abstufung erfolgt mittels einer linearen 20-Minuten-Skala bis zum Maximum von 240 Minuten pro 24

Stunden. Die Versicherten haben maximal 20 % des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu bezahlen. Die Kantone haben die ungedeckten Kosten zu übernehmen (sogenannte Restfinanzierung).

Ende 2013 ist die Übergangsfrist von 3 Jahren für die Umsetzung in den Kantonen abgelaufen. Bei dieser Umsetzung haben sich verschiedene Probleme ergeben. Besonders einschneidend ist, dass die sogenannte Restfinanzierung von den Kantonen sehr verschieden interpretiert und praktiziert wird. Durch die zum Teil nicht vollständig abgegoltene Pflegeleistungen entsteht ein zusätzlicher Druck auf die spezifischen Leistungen der Palliative Care.

CURAVIVA Schweiz hat verschiedentlich [Analysen \(2011, 2013, 2015 – unter Zusatzinformationen\)](#) zu den Versorgungslücken erarbeitet und zur Verfügung gestellt. Auch der [Preisüberwacher](#) ortet bei der neuen Pflegefinanzierung dringenden Handlungsbedarf.

Auch im **Parlament** wurden verschiedene Vorstösse zur Pflegefinanzierung gemacht. Die [parlamentarische Initiative 14.417](#), eingereicht von Frau Christine Egerszegi-Obrist zum Thema «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» wurde von CURAVIVA Schweiz zum Anlass genommen, in Zusammenarbeit mit neun andern Betroffenenorganisationen und Leistungserbringerverbänden (Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung) ein [Positionspapier](#) zu erarbeiten, in welchem verschiedene Forderungen und konkrete Vorschläge zuhanden einer Gesetzesänderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zusammengetragen sind. Darin wird unter anderem auch eine Anpassung der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an die Kostenentwicklung (inkl. Erweiterung der bisher 12 Pflegestufen um sechs weitere Stufen zu 20 Minuten; Maximal vergüteter Pflegebedarf von 340 Minuten pro Tag) gefordert. Die Erfüllung der insgesamt 11 Forderungen würde auch für die finanzielle Abgeltung der Palliative Care Leistungen eine neue Grundlage bieten.

Die Beratungen zu dieser parlamentarischen Initiative sind noch nicht abgeschlossen. Geregelt wird voraussichtlich lediglich die Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten im stationären und ambulanten Bereich.

Externe Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Nachdem das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 mit einer Einführungsfrist von 3 Jahren in Kraft getreten ist, wird es jetzt - gestützt auf Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) - grundsätzlich und umfassend evaluiert. Die [Evaluation](#) wird von der Projektgemeinschaft INFRAS, Careum Forschung und Landolt Rechtsanwälte durchgeführt. Die Projekt- und Zeitplanung sieht vor, dass die Projektgemeinschaft den Schlussbericht im Sommer 2017 einreichen wird. Die Veröffentlichung des Berichtes ist auf Herbst 2017 geplant

Juni 2016