

BAG  
Herr Vizedirektor Andreas Fallner  
Schwarzenburgstr. 165  
3003 Bern

Bern, 4. August 2011

## **Anpassung von Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung - Anhörung**

Sehr geehrter Herr Fallner  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die am 24. Juni 2011 zugesandte «Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)» und für die Möglichkeit, uns im Rahmen Ihrer Anhörung zu äussern. Besten Dank auch für die gewährte Verlängerung der Eingabefrist bis 15. August 2011.

Mit dieser Anpassung planen Sie, zwei Anliegen von ganz unterschiedlichem Gewicht und unterschiedlicher Bedeutung mit einer Revision von KLV 7 gleichzeitig gerecht zu werden. Entsprechend verschieden fallen unsere Stellungnahmen aus:

### **a) Präzisierung im Zusammenhang mit dem Richten von Medikamenten**

Wir unterstützen die Neufassung von Art 7 Abs.2 Bst b Ziff. 7. Durch die explizite Erwähnung der Vorbereitung der Medikamente wird die Lücke geschlossen, die zu einem unverständlichen Bundesgerichtsentscheid geführt hat.

### **b) Anpassung, die durch die Umsetzung der Strategie Palliative Care ausgelöst wird**

Wir unterstützen die Neufassung von Art 7 Abs. 2 Bst. A Ziff. 3. Die Leistung der Koordination der Pflegemassnahmen sowie Vorkehrungen zur Änderung des Umfelds des Patienten oder der Patientin und der Pflegemassnahmen in komplexen, instabilen Pflegesituationen ist tatsächlich ein wichtiger Bestandteil von Palliative Care (Multiprofessionalität) und trägt dazu bei, dass diese Patienten/-innen optimal versorgt werden können.

Hingegen greift diese Anpassung bei weitem zu kurz, um die palliative Versorgung in der stationären Langzeitpflege sicher zu stellen, und um die in den vom BAG und der GDK genehmigten Nationalen Leitlinien Palliative Care wirkungsorientiert umzusetzen.

Wir postulieren, dass folgende Anliegen in geeigneter Formulierung und Präzisierung zusätzlich in den Leistungskatalog von KLV 7 aufgenommen werden:

1. Deutliche Erhöhung des Maximums von gegenwärtig finanzierten Pflegeleistungen in der Höhe von 220 Minuten in unstabilen und komplexen Situationen

Ohne eine deutliche Erhöhung der KVG-relevanten zeitlichen Pflegeleistungen in spezifisch unstabilen und komplexen Situationen bleibt die Aufnahme von neuen Leistungen in den Katalog KLV 7 eine Farce. Die Patienten/-innen, die davon profitieren sollen, sind in der Regel bereits ohne spezifische palliative Leistungen in der Stufe 12.

2. psychosoziale Aufgaben im Zusammenhang mit Sterben und Tod
3. Kommunikationsprozesse in schwierigen Entscheidungssituationen
4. Unterstützung und Einbezug der Angehörigen
5. Gestaltung von unterstützenden Abschiedsritualen

Die Postulate 2 - 5 sind in geeigneter Weise gemäss Struktur und System von KLV 7 näher zu konkretisieren. Wir verschliessen uns nicht gegenüber einer zusammenfassenden Formulierung im KLV 7, welche die spezifischen Leistungen von Palliative Care am Ende des Lebens charakterisiert.

## **Unsere Begründungen und Rückmeldungen zu Ihrem Begleit-Kommentar**

- a) Sterben findet grösstenteils in Institutionen, vor allem in Alters- und Pflegeheimen statt. Dies hat – wie auch die Nationale Strategie Palliative Care im Einleitungskapitel beschreibt – mit der immer noch ansteigenden Lebenserwartung zu tun. Die Zahl der Menschen mit chronischen und unheilbar fortschreitenden Krankheiten wird weiter zunehmen. «Zahlreiche Studien zeigen zudem, dass Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase oft an Schmerzen, Dyspnoe, Atemnot oder Übelkeit leiden. Hinzu kommen häufig psychische Leiden wie Angst oder Depressionen» (Zitat Nationale Strategie S. 11).  
Die jüngste Obsan-Studie «Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter» zeigt auf, dass die Zukunft der Pflege im Alter nicht allein durch eine Zunahme der Zahl an pflegebedürftigen alten Menschen geprägt sein wird, sondern dass gleichzeitig eine Verschiebung zu erwarten ist. Alte Menschen werden noch länger ambulant zu Hause gepflegt werden und erst mit hoher bis sehr hoher Pflegebedürftigkeit ins Heim eintreten. Für diese letzte Lebensphase im Heim (Grundversorgung) hat der Ansatz von Palliative Care höchste Priorität.
- b) Sie verweisen im Kommentar einleitend auf die Definition des Begriffs Palliative Care, wie er in den Nationalen Leitlinien zugrunde gelegt wird und zitieren den ersten Teil der Definition. Zur Definition (vgl.1. Leitlinie) gehört aber u.a. auch der Satz «Sie (Palliative Care) schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psycho-

logische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein». Diese Aufgaben gehören gemäss einem kohärenten Verständnis von Palliative Care zur Behandlung einer Krankheit, wie sie auch das KVG vorsieht. Selbstredend bezieht sich der Ansatz von Palliative Care nicht auf einzelne spezifische Krankheiten. Sie soll – gemäss genereller Zielsetzung der Nationalen Strategie – bei allen schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz gewährleistet sein. Mit Palliative Care werden nicht spezifische Patientengruppen geschaffen. Hingegen sollen alle Palliative Care Leistungen grundsätzlich auf geeignete Weise im Leistungskatalog KLV abgebildet werden.

- c) Falls – was im Einzelnen noch nachzuweisen wäre – zwischen dem Care-Verständnis im KVG und dem Verständnis von Palliative Care grundlegende Unterschiede bestehen, sind neue, konsensfähige Lösungen zu suchen, auf welche Weise Palliative Care in der Grundversorgung umgesetzt und finanziert werden kann. Eine mögliche Begrenzung besteht bereits darin, dass gemäss KVG nur Leistungen beschrieben und finanziert werden, soweit sie von Pflegenden und Ärzten/-innen wahrgenommen werden.
- d) Wenn die zentralen Postulate der multidimensional verstandenen Palliative Care nicht über KLV 7 abgerechnet werden können, bleibt gemäss der Neuen Pflegefinanzierung nur der Finanzierungsweg über die Betreuungsleistungen. Diese Leistungen werden vollumfänglich von den Bewohnern/-innen selbst getragen. Es widerspricht den Grundgedanken der Neuen Pflegefinanzierung, dass die Bewohner/-innen hinsichtlich Pflegekosten entlastet und durch die Hintertür über höhere Betreuungsleistungen doch wieder zur Kasse gebeten werden.
- e) Zur Einschätzung der zeitlichen Pflegeleistungen in instabilen und komplexen Pflegesituationen (lebensbedrohliche Krisensituationen) bestehen fundierte Zahlen, welche im Kanton VD durch CIPES/ASCOR erarbeitet wurden. Diese Zahlen standen der Arbeitsgruppe des Teilprojekts Finanzierung zur Verfügung. Sie können in solchen instabilen Situationen phasenweise bis zu 18 Stunden Pflegeaufwand (zeitweise Einsatz von zwei Pflegepersonen gleichzeitig) betragen. Inzwischen stellt der Kanton VD in einem Pilotprojekt für solche Situationen eine zusätzliche Pflegeperson zur Verfügung, welche vom Kanton bezahlt wird.
- f) Ihr Hinweis im Kommentar, «sowohl die Arbeitsgruppe als auch die von ihr schriftlich kontaktierten Fachverbände stellten fest, dass keine eigentlichen Lücken im Leistungskatalog vorhanden sind», trifft in keiner Weise zu. Wir haben auf Einladung der Co-Leiterin des Teilprojektes Finanzierung, Frau Marie-Thérèse Furrer, am 29. November 2010 eine ausführliche Stellungnahme zu den Lücken im Leistungskatalog KLV eingereicht.  
In unserem Positionspapier, das wir am 30. Mai an alle Co-Leitungen der Teilprojekte verschickt haben, haben wir die spezifischen Aspekte, die sich mit Palliative Care in der stationären Langzeitpflege ergeben, ausführlich beschrieben und unsere Anliegen im Hinblick auf die Umsetzung der Nationalen Strategie nochmals angemeldet.  
Und schliesslich haben wir in einem Brief vom 23. Februar unsere Sorge zur Umsetzung der Nationalen Strategie Herrn Direktor Strupler zum Ausdruck gebracht, dass «generell der Förderung der Grundversorgung nicht dieselbe Aufmerksamkeit geschenkt wird». Und last but not least hatten Herr Bundesrat Didier Burkhalter, Herr Direktor Pascal Strupler und verschiedene leitende Mitarbeitende des BAG anlässlich ihres Besuches am 22. Februar 2011 im regionalen Betagtenzentrum Laupen die Gelegenheit, sich vor

Ort einen Einblick in die tägliche Umsetzung von Palliative Care in einer Langzeitpflegeinstitution zu verschaffen. Sie konnten sich dabei selber von der spezifischen Bedeutung der psychosozialen Dimension von Palliative Care und den ernsthaften Lücken in der Finanzierung einer kompetenten und konsequenten Anwendung des Ansatzes von Palliative Care in der Grundversorgung überzeugen. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus diesem Besuch sind nicht erkennbar in die Vorlage und den Kommentar eingeflossen.

- g) Der Bundesrat möchte gemäss Bericht zu «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» vom Juni 2011 spezifisch die Suizidprävention und Palliative Care fördern. Eine der zentralen, unabdingbaren Voraussetzungen dieser Absicht besteht darin, dass die Leistungen von Palliative Care gemäss tatsächlichem Aufwand finanziert werden.
- h) Wir bedauern sehr, dass wir in den entscheidenden Arbeitsgruppen der Teilprojekte Versorgung und Finanzierung keine direkte Mitwirkungsmöglichkeit hatten, um gemeinsam mit den verschiedenen Interessenvertretungen Lösungen für die Umschreibung der konkreten Leistungen von Palliative Care und ihre Finanzierung für den Bereich der Grundversorgung zu erarbeiten. Die Mitarbeitenden von palliative.ch repräsentieren fast durchwegs die Interessen für die spezialisierte, palliative Versorgung. Sie konnten die spezifischen Interessen der Langzeitpflege kaum überzeugend genug einbringen.
- i) Wir sind sehr erstaunt über die kurze Fristsetzung der Anhörung. Bei unserer Anfrage nach zeitlichen Eckdaten und Planungsschritten der Arbeit in den Teilprojekten wurden wir im Brief von Herrn Direktor Pascal Strupler vom 21. Dezember 2010 wie folgt informiert: «Die Projektleitung sowie die Leitungen der verschiedenen Teilprojekte haben sich anlässlich ihrer letzten Sitzung dazu verpflichtet, wichtige Akteure wie CURAVIVA Schweiz in einem angemessenen Rahmen über Sitzungen und Meilensteine in der weiteren Planung zu informieren und einzubeziehen». Bis zur Einladung zur Anhörung vom 24. Juni erhielten wir trotz verschiedener direkter Anfragen weder von der Projektleiterin, noch von den Co-Leitungen Angaben zu den verschiedenen Arbeits- und Entscheidungsschritten. Aus zeitlichen Gründen konnten wir diese Stellungnahme nicht im strategischen Gremium des Exekutiv Komitees (Vertretungen der Kantonalverbände von CURAVIVA Schweiz) diskutieren. Zudem fehlte uns auch eine französische Fassung Ihres Anhörungstextes.

## Fazit

Abschliessend müssen wir leider feststellen, dass mit der vorgeschlagenen Textänderung KLV 7 die angestrebten Ziele der Nationalen Strategie Palliative Care sowie die konkreten, ausformulierten Postulate der nationalen Leitlinien für die Leistungen der stationären Langzeitpflege (zentraler Bereich der Grundversorgung) in keiner Weise genügend umgesetzt sind.

Wir postulieren

- a) eine deutliche Erhöhung der Zeitlimite der vergüteten Pflegeleistungen in spezifischen Situationen (komplex und instabil)
- b) geeignete, konkrete Formulierungen für die verschiedenen Leistungen von Palliative Care im umfassenden Sinn, welche dann in den Leistungserfassungsinstrumenten abgebildet und entsprechend finanziert werden können.

Ohne eine solide finanzielle Sicherstellung der palliativen Leistungen in der Grundversorgung sind die Heime nicht in der Lage, die palliative Versorgung der alten, pflegebedürftigen Bewohner/-innen in komplexen und instabilen Situationen optimal zu erreichen, wie das die Nationale Strategie Palliative Care vorsieht.

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unserer Stellungnahme. Gerne erwarten wir eine Zusammenstellung der Anhörungsergebnisse und die definitive Vorlage (Änderungen und Kommentar im Wortlaut), welche der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen an der Sitzung vom 1. September vorgelegt wird.

Freundliche Grüsse

Fachbereich Alter



Tristan Gratier  
Präsident Fachkonferenz Alter



Markus Leser  
Leiter Fachbereich Alter