



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

47.61

22.10.2009

Empfehlungen zur Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 22.10.2009

Inhalt

1	Kontext	2
2	Referenzen	2
3	Regelungsbedarf der Kantone bzw. der Gemeinden	4
3.1	Pflege im Pflegeheim	4
3.2	Ambulante Pflege	6
3.3	Leistungserbringer für ambulante Pflege	8
3.4	Kosten der Akut- und Übergangspflege	9
3.5	Leistungen der Akut- und Übergangspflege	10
3.6	Ergänzungsleistung nach ELG	11
3.7	Regelung des Übergangs	12
3.8	Qualitätssicherung der Pflegeheime und der Spitex-Organisationen	12



1 Kontext

Das Bundesparlament hat das **Bundesgesetz** über die Neuordnung der Pflegefinanzierung am 13.6.2008 verabschiedet (BBI 2008 5247). Die Regelung umfasst eine Revision des KVG, des AHVG und des ELG.

Die Gesetzesänderungen betreffen folgende Leistungen:

- Leistungen der Pflege im Pflegeheim oder zu Hause nach KVG
- Hilflosenentschädigung nach AHVG
- Ergänzungsleistung nach ELG

Der Bundesrat bzw. das Departement hat am 24.6.09 im Zuge dessen folgende **Verordnungen** angepasst:

- KVV
- KLV
- AHVV

Die vorliegenden Empfehlungen wurden von der Kommission "Vollzug KVG" erarbeitet und vom Vorstand der GDK am 22.10.2009 verabschiedet.

Sie ergänzen die "Empfehlungen zum Vollzug des KVG im Bereich der Pflegeheime und der Spitex-Dienste" vom 14. Mai 1998, soweit diese nicht aufgrund der vorliegenden Gesetzesänderung überholt sind.

2 Referenzen

- Gesetzesebene: Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBI 2008 5247)
- Bundesverordnungen: (Referenz aus der [AS 2009](#))

3523	Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV)	831.101
3525	Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	832.102
3527	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)	832.112.31

- Materialien:
 - Bundesgesetzgebung (inkl. Botschaft des Bundesrates): Curia Vista¹: 05.025
 - Verordnungen mit Kommentar des Bundesrates bzw. des EDI, 24.6.2009:
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06368/index.html?lang=de>
 - Ferner: Allgemeine Zwischeninformation des BSV an die Ausgleichskassen, 7.4.2009, welche wir mit Ausnahme der Feststellung, dass das Parlament Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen nicht als Sozialversicherungen betrachtete, als unverbindlich werten.

Im Zusammenhang mit der Definition der in Art. 25a Abs. 5 KVG erwähnten Sozialversicherungen sei auch auf den Kommentar zu den Änderungen der KVV, S. 3, hingewiesen².

¹ <http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/curia-vista.aspx>



Vorbemerkung

An dieser Stelle sei noch eine Feststellung allgemeiner Natur angeführt: Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG regeln die Kantone die Restfinanzierung. Die in diesem Rahmen anerkannten und geleisteten Zahlungen gelten als sozialversicherungsrechtliche Beiträge nach KVG und fallen daher auch unter den Anwendungsbereich des ATSG.

Die unter dem Titel der Restfinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG geleisteten Beiträge sind entsprechend von den Ergänzungsleistungen einerseits und von allfälligen Subventionen andererseits zu unterscheiden.

² Kommentar zur den KVV-Änderungen, S. 3: "Unter dem Begriff Sozialversicherungen sind im wesentlichen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verstehen. Die Ergänzungsleistungen wurden im Rahmen der parlamentarischen Diskussion in diesem Kontext nie erwähnt und fallen daher nicht darunter. In Bezug auf die Hilflosenentschädigungen, die potenziell darunter subsumiert werden könnten, bestand im Rahmen der parlamentarischen Diskussion kein Konsens über die Anrechenbarkeit. Angesicht dessen, dass die Hilflosenentschädigungen eine nicht zweckgebunden Geldleistung darstellt, ist davon auszugehen, dass auch diese nicht darunter fällt."



3 Regelungsbedarf der Kantone bzw. der Gemeinden

In den nachfolgenden Formulierungen wird unterstellt, dass die Kompetenz bei den Kantonen liegt. Sofern der Kanton Aufgaben an die Gemeinden delegiert, kann er die vorliegenden Empfehlungen auch für die Gemeinden als anwendbar erklären, soweit die Empfehlungen keine Koordinationsaufgaben betreffen, welche sachlich gesehen nur auf kantonaler Ebene erfolgen können oder gemäss Bundesgesetz zwingend auf kantonaler Ebene erfolgen müssen.

3.1 Pflege³ im Pflegeheim

Empfehlung 1 a) Die Kantone legen die verrechenbaren Kosten für Pflege im Pflegeheim nach Art. 25a Abs. 1 KVG fest. Sie können vorgängig die Pflegeheime anhören.

b) Grundlage für die Festlegung ist der Ausweis der Kosten gemäss VKL und deren Prüfung durch den Kanton.

c) Eine normative Festlegung der Pfl egetaxen, wonach nicht die spezifischen Kosten eines jeden Heims abgegolten werden, sondern die anrechenbaren Pflegekostenansätze für mehrere Heime gemeinsam festgelegt werden, ist gerechtfertigt. Die normativen Pfl egetaxen können auch im Sinne von Höchstwerten festgelegt werden. Liegt vorübergehend kein (hinreichender) Kostenausweis vor, so kann der Kanton den Aufwand schätzen oder Referenzwerte heranziehen.

d) Der Kanton weist die Pflegeheime an, ihre Kosten- und Leistungsausweise einerseits sowie die Fakturierungen an die Heimbewohner andererseits mindestens wie folgt zu strukturieren:

- I) Pensionskosten (Unterkunft und Verpflegung)
- II) Betreuung
- III) Pflegeleistungen unter Ausweis der Pflegebedarfsstufen
 - IIIa) davon zulasten OKP gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV
 - IIIb) davon Eigenbeitrag Heimbewohner nach Art. 25a Abs. 5 KVG
 - IIIc) davon Restfinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG
- IV) Evt. Kosten für Arzt, Medikamente, Therapien und MiGel.

e) Der Kanton kann festlegen, dass in einem Pflegeheim höchstens die Ansätze für die Pflegekosten von Pflegeheimen anerkannt werden, welche auf der Pflegeheimliste des Wohnsitzkantons der pflegebedürftigen Person aufgeführt sind.

f) Es wird empfohlen, die kantonrechtliche Verankerung dieser Regelungen zu prüfen.

Erläuterungen a) Zur Bestimmung der erforderlichen Restfinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG müssen die Pflegekosten pro Leistungseinheit festgelegt werden. Dabei bietet sich als Leistungseinheit in Anlehnung an Art. 7a Abs. 3 KLV eine Betrachtung pro Tag und Pflegebedarfsstufe an. Die erforderliche Restfinanzierung ergibt sich aus der Differenz zwischen den verrechenbaren Pflegekosten einerseits und dem OKP-Beitrag plus Finanzierungsbeitrag der Heimbewohnerinnen und -bewohner nach Art. 25a Abs. 5 KVG andererseits.

³ Als „Pflege“ werden nachfolgend Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG bezeichnet, „welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden“. Der Begriff der Pflege wird auch in Abgrenzung zur Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG verwendet.



b) Da eine Prüfung der Kostenrechnung der Pflegeheime durch die Versicherer entfällt, sind die Kantone gehalten, die Pflegekosten der Pflegeheime zu beurteilen.

c) Bei einer Normierung ist die unterschiedliche Pflegeintensität des Bewohnerkollektivs zu berücksichtigen. Der Pflegekostenansatz basiert daher z.B. auf einem Wert pro Minute oder Punkt bzw. Stufe der Pflegebedarfsermittlungsinstrumente⁴. Die normative Festlegung der Pflögetaxen ist aus Sicht einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gerechtfertigt. Werden maximale Pflögetaxen festgelegt, so gelangen bei tieferen Kosten die effektiven Pflegekosten zur Anwendung. Umgekehrt kann individuell nach Pflegeheim die Ausbildungstätigkeit berücksichtigt werden.

d) Für den Fall, dass das Pflegeheim mit den Versicherern Vollkostenpauschalen vereinbart, sind der Eigenanteil nach IIIb) und die Restfinanzierung nach IIIc) dennoch separat auszuweisen. Die weiteren OKP-Kosten nach IV) (für Arzt, Therapien, Heilmittel sowie Mittel- und Gegenstandskosten) müssten in diesem Fall unter IIIa) subsumiert werden.

e) Eine entsprechende Präzisierung wurde im KVG nicht vorgenommen, versteht sich aber aus der Pflicht der Kantone zur Pflegeheimplanung (Art. 39 Abs. 3 KVG) und den daraus resultierenden Konsequenzen für die Restfinanzierung⁵. Eine Regelung in Analogie zur freien Spitalwahl nach Art. 41 KVG ist sachgerecht. Demnach sind die Kosten maximal nach den geltenden Pflögetarifen der auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführten Heime anzuerkennen.

⁴ An dieser Stelle sei darauf aufmerksam gemacht, dass Art. 7a Abs. 4 KLV vorsieht, dass auch in Tages- und Nachtstrukturen der Pflegebedarf nach Art. 7 Abs. 3 zu ermitteln sei.

⁵ Im Kommentar zur Änderung der KVV, S. 4, wird die Kompetenz der Kantone wie folgt festgehalten: "Die Restfinanzierung von Aufhalten eines Versicherten in einem Pflegeheim ausserhalb des Wohnkantons ist, unter Berücksichtigung der Bestimmungen im Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB, SR 210) enthaltenen Bestimmungen über den Wohnsitz sowie der diesbezüglichen Rechtsprechung, im kantonalen Recht zu regeln."



3.2 Ambulante Pflege

- Empfehlung 2** a) Der Kanton kann ausgewählten Spitex-Organisationen und Pflegefachleuten Leistungsaufträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen erteilen und diese separat zu seinen Lasten abgelden. Darunter fallen z.B. Bereitschaftsdienst, 24-Stunden-Dienst, Aufnahmepflicht, Beratungsleistungen ausserhalb des KVG, spezielle Aufwendungen für Onkologie, Psychiatrie und Kinder-Spitex oder die Organisation der Patientenübernahme nach einem Spitalaufenthalt. Für diese Leistungen kann auch ein Globalbudget in Betracht gezogen werden.
- b) Sofern die Pflegekosten nach KVG nicht vollständig gedeckt sind, regelt der Kanton die Restfinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG für Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG. Dabei legt der Kanton die Stundenansätze der Leistungserbringer nach Art. 49 KVV (Pflegefachleute) und 51 KVV (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) fest, welche diese für Pflegeleistungen in Rechnung stellen dürfen.
- c) Eine Differenzierung der Leistungen gemäss den Leistungsgruppen nach Art. 7 Abs 2 lit. a bis c KLV – und damit in Analogie zur Differenzierung der Abgeltung nach Art. 7a Abs. 1 lit. a bis c KLV – ist sachgerecht.
- d) Grundlage für die Regelung der Stundenansätze ist der Ausweis der Kosten und deren Prüfung durch den Kanton. Der Kanton kann den Leistungserbringern Vorschriften über die Rechnungslegung machen.
- e) Eine normative Festlegung der Stundenansätze nach Pflegeleistungsgruppe, wonach nicht die spezifischen Kosten einer jeden Spitex-Organisation abgegolten werden, sondern die anrechenbaren Ansätze für die Abgeltung der Pflegekosten für mehrere Organisationen bzw. Pflegefachleute gemeinsam festgelegt werden, ist sachgerecht. Die normativen Stundenansätze können auch im Sinne von Höchstwerten festgelegt werden.
- f) Die Kantone werden eingeladen, im Sinne des Grundsatzes "ambulant vor stationär" die Spitex-Organisationen und Pflegefachleute mit öffentlichem Leistungsauftrag anzuweisen, bei ihren Klientinnen und Klienten **keinen** Eigenbeitrag⁶ nach Art. 25a Abs. 5 KVG zu erheben. Die Kompensation dieses Einnahmenverzichts erfolgt vorzugsweise in Form von Subventionen an den Leistungserbringer.
- g) Es wird empfohlen, die kantonrechtliche Verankerung solcher Regelungen zu prüfen.

⁶ Als „Eigenbeitrag“ wird nachfolgend die finanzielle Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Pflege im Umfang von maximal 20% des höchsten Pflegebeitrags gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG bezeichnet.



- Erläuterungen
- a) Diese Differenzierung erlaubt eine leistungsbezogene Vergütung gemäss den effektiven Leistungen und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Aufgaben, Anforderungen und Klienten-Strukturen. Auf dieser Grundlage können die Pflegeleistungen nach KVG sowie andere Leistungen von öffentlichem Interesse klar unterschieden werden. Während die Abgeltung der Pflegeleistungen im KVG unter Delegation der Regelung der Restfinanzierung an den Kanton definiert ist, untersteht die Organisation und Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen – mangels entsprechenden Bestimmungen im KVG – kantonalen Regelungen.
 - b) Zur Erinnerung: Nicht unter den Titel des KVG fallen Gemeinkosten der Institution, welche nicht in direktem Zusammenhang mit den Pflegekosten stehen. Institutionen können also aus dem KVG keinen Anspruch auf Deckung ihrer Gemeinkosten ableiten, welche nicht in direktem Zusammenhang mit der Pflegeleistung stehen. Allgemeine Administrativkosten sind nicht Teil der Pflege.
 - c) Mit einer Differenzierung wird den notwendigen Qualifikationsunterschieden für unterschiedliche Leistungsgruppen Rechnung getragen. Die adäquate Finanzierung ist Grundvoraussetzung dafür, dass die Spitex-Organisationen das notwendige Personal anstellen können.
 - d) Der Kanton kann auf bestehende Grundlagen zurückgreifen, z.B. auf Unterlagen des Spitex-Verbandes Schweiz (Finanzmanual: Handbuch zum standardisierten Rechnungswesen für Spitex-Organisationen).
 - e) Werden maximale Stundenansätze festgelegt, so gelangen bei tieferen Kosten die effektiven Pflegekosten zur Anwendung.
 - f) Der Kanton sichert den allfälligen Verzicht der Leistungserbringer auf die Erhebung des Eigenbeitrags für Pflege zu Hause in einem Leistungsauftrag ab und richtet die Kompensation des damit verbundenen Einnahmenausfalls vorzugsweise als gezielte Subventionen an die beauftragten Leistungserbringer aus, welche ihrerseits die mit dem Leistungsauftrag verbundenen Auflagen und Bedingungen erfüllen.

Hintergrund: Gemäss den bis 30.6.2010 geltenden Rechtsgrundlagen genossen die Spitex-Klientinnen und -Klienten vollen Tarifschutz. Neu kann ihnen gemäss Kommentar des Bundesrates zur KVV maximal 15.95 CHF pro Tag (Stand Änderungen der KLV vom 24.6.2009) in Rechnung gestellt werden⁷.

⁷ Der Bundesrat hat im Kommentar zur Änderung der KVV bestimmt, dass der Höchstbeitrag nicht pro Stunde, sondern pro Tag gilt. Kommentar zur KVV-Änderung, S. 4: "Die vom Versicherten zu tragenden Kosten, das heisst die 20 Prozent des vom Bundesrat festgelegten Höchstbeitrags, dürfen den Betrag von 365 x die 20 Prozent des Höchstbetrags nicht übersteigen (s. Beilage 1)."



3.3 Leistungserbringer für ambulante Pflege

- Empfehlung 3** a) Der Kanton regelt im Sinne von Art. 51 lit. a KVV die Zulassung von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause in seiner kantonalen Gesetzgebung.
- b) Der Kanton kann in seiner Gesetzgebung neben den in Art. 51 lit. b–e KVV genannten Anforderungen insbesondere Folgendes regeln:
1. Anforderungen und Ausweis der Qualität
 2. Art der anerkannten Leistungen bzw. zu erbringendes Leistungsspektrum
 3. Allfällige Auflagen oder allenfalls Auftrag für gemeinwirtschaftliche Leistungen
 4. Ausweis der erbrachten Leistungen und der Kosten
 5. Ansprüche gegenüber dem Kanton auf Restfinanzierung nach Art. 25a Abs. 5 KVG
 6. Abrechnung, Zahlungsflüsse und vollständige Datenlieferung im Rahmen der Spitex-Statistik.

- Erläuterungen a) Grundsätzlich sind alle Leistungserbringer nach Art. 49 KVV (Pflegefachfrau und Pflegefachmann) zugelassen. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sind zugelassen, wenn sie die Anforderungen nach 51 KVV erfüllen. Dabei sei insbesondere auf Art. 51 lit. a KVV hingewiesen, welcher eine Zulassung "nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind", erfordert.
- b) Allfällige höhere Qualitätsanforderungen als die nach KVV geforderte zweijährige praktische Tätigkeit müssten kantonalrechtlich verankert werden. Die Definition der Art der anerkannten Leistungen bzw. des zu erbringenden Leistungsspektrums wären geeignet, um für bestimmte Leistungen höhere Qualifikationen (Kinder-Spitex, Bedarfsabklärung) zu fordern. Die betragsmässigen Ansprüche auf Restfinanzierung sollten vorgängig festgelegt und kommuniziert.



3.4 Kosten der Akut- und Übergangspflege

Empfehlung 4 a) Akut- und Übergangspflege ist ein nicht zu trennendes Begriffspaar.

b) Die nach Art. 25a Abs. 2 KVG vereinbarten Pauschalen müssen wie bei der Spitalfinanzierung der Basis von 100% der Pflegekosten entsprechen und von den Kantonen zumindest genehmigt werden.

c) Der Kanton weist die Leistungserbringer an, die Kosten und Leistungen der Akut- und Übergangspflege in der Kostenrechnung und Leistungsstatistik separat zu erfassen und auszuweisen.

d) Liegt vorübergehend kein (hinreichender) Kostenausweis vor, so kann der Kanton bei der Tarifgenehmigung oder -festsetzung den Aufwand schätzen oder Referenzwerte heranziehen.

e) Die Pauschalen für Akut- und Übergangspflege gelten nicht für den übrigen Pflegebereich.

f) Der Pauschaltarif soll im Pflegeheim einen Tagestarif, für die Pflege zu Hause einen Stundentarif⁸ darstellen.

g) Die post-akute Pflege in einem Spital und unter vollem Tarifschutz ist nicht als Akut- und Übergangspflege nach Art. 25a Abs. 2 KVG zu betrachten. Es empfiehlt sich, gegebenenfalls dafür den Begriff "post-akute Pflege im Spital" oder einen anderen, klar von der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG unterscheidbaren Begriff zu verwenden.

Erläuterungen **a)** Es wird *nicht* zwischen Akutpflege einerseits und Übergangspflege andererseits unterschieden.

b) Die Kantone weisen die Leistungserbringer in diesem Sinne im Hinblick auf die Tarifverhandlungen an oder nehmen selber an den Tarifverhandlungen teil.

c) Grundsätzlich ist die VKL auch für den Kostennachweis für Akut- und Übergangspflege anwendbar. Basis für die Tariffindung sind die Leistungen der Akut- und Übergangspflege. Damit sind jedoch Pauschaltarife unter Einbezug weiterer Leistungen (z.B. Arzt, Therapien, Medikamente, MiGel) nicht a priori ausgeschlossen, wobei diese *nicht* dual (Kantone / OKP) finanziert werden.

d) Eine Aufwandschätzung kann insbesondere anhand anderer Leistungserbringer oder anhand der Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG erfolgen.

e) Die Kantone stellen diesen Grundsatz sicher. Demnach wird festgehalten, dass die Pauschalen für Akut- und Übergangspflege für den Ausweis der übrigen Pflegekosten eines Pflegeheims oder der Spitex-Organisation nicht massgebend sind. Mit andere Worten: Die Kosten der Minderheit der Fälle (Akut- und Übergangspflege) kann nicht für den Kostenausweis der Mehrheit der Fälle (übri-ge Pflege) ausschlaggebend sein.

g) Die begriffliche Abgrenzung ist wichtig, weil Akut- und Übergangspflege nur die Pflegeleistung selber, nicht aber den Aufenthalt in einer Institution umfasst.

⁸ Gemäss Art. 43 KVG wird zwischen Zeittarif, Leistungstarif und Pauschale unterschieden. Wenn in Art. 25a Abs. 2 KVG von zu vereinbarenden "Pauschalen" die Rede ist, dann würden darunter streng genommen keine Zeitpauschalen fallen.



3.5 Leistungen der Akut- und Übergangspflege

- Empfehlung 5** a) Die Kantone stellen sicher, dass die Spitaler bei der Anordnung von Akut- und Übergangspflege nachfolgende Definition des Begriffs berücksichtigen (s. Kasten unter Erläuterungen).
- b) Es wird empfohlen, die kantonalrechtliche Verankerung dieser Definition zu prüfen.
- c) Der Kanton kann die Leistungserbringer für Akut- und Übergangspflege bestimmen. Im Rahmen der Pflegeheimplanung kann der Kanton jene Pflegeheime bezeichnen, welche Akut- und Übergangspflege für Personen erbringen dürfen, die nicht im jeweiligen Pflegeheim wohnen. Es wird empfohlen, die kantonalrechtliche Verankerung dieser Bestimmungen zu prüfen.
- d) Die Kosten für Patienten, welche nach einem Spitalaufenthalt auf einen Platz im Pflegeheim warten („Wartepatienten“), werden wie bislang nach den Regeln der Pflegefinanzierung nach Art. 50 KVG verrechnet.

- Erläuterungen a) Definition der Akut- und Übergangspflege
- Im Kommentar zu den Änderungen der KLV, S. 5 zu Art. 7b hält das EDI ausdrücklich fest, dass es sich bei der Akut- und Übergangspflege einzig um Leistungen der Pflege unter Ausschluss der Kosten für Hotellerie handelt⁹. Die nachfolgende Definition dient der Abgrenzung von "Akut- und Übergangspflege" nach Art. 25a Abs. 2 KVG von anderen Leistungsangeboten der akuten oder post-akuten Pflege (insbesondere stationärer Aufenthalt im Spital (inkl. Geriatrie), Rehabilitation und Pflege im Pflegeheim und zu Hause)¹⁰. Des Weiteren sei auf die Präzisierung des EDI hingewiesen, wonach Akut- und Übergangspflege nicht mit Pflegeleistungen kumulierbar sind¹¹.

⁹ Kommentar zu den Änderungen der KLV, S. 5 zu Art. 7b: "In diesem Artikel wird die Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege beschrieben. Die Vergütung wird in den Absätzen 1 und 2 gemäss den gesetzlichen Bestimmungen zur Spitalfinanzierung präzisiert. Es handelt sich einzig um die Vergütung der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV, das heisst von ambulanten Leistungen, in deren Zusammenhang die Kosten der Hotellerie nicht zu Lasten der Krankenversicherung gehen."

¹⁰ Im Kommentar zu den KLV-Änderungen, S. 4 zu Art. 7 wird das Pflegeziel festgehalten und präzisiert, dass Wartepatienten nicht unter die Akut- und Übergangspflege fallen: "Zudem wird auch auf Verordnungsebene festgehalten, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erfolgen können. Sie werden nur bei medizinischer Notwendigkeit und im Akutfall durch einen Spitalarzt verschrieben mit dem **Ziel** der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem er sich vor dem Spitaleintritt befand. Die Akut- und Übergangspflege stellen einen Abschnitt der Behandlung dar und sind keinesfalls vorgesehen zur Finanzierung allfälliger Wartezeiten im Hinblick auf den Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim."

¹¹ Im Kommentar zu den KLV-Änderungen hält das EDI unter Ziffer 13 Folgendes fest: "Die Leistungen der Pflege sind bereits heute in Artikel 7 Absatz 2 KLV definiert und die Umschreibung des Leistungsbereichs auf Verordnungsstufe wird grundsätzlich beibehalten. In Bezug auf den Leistungsbereich ist daher auch keine Unterscheidung zwischen den Pflegeleistungen und den Leistungen der Akut- und Übergangspflege zu machen. Entsprechend ist auch die kumulative Vergütung von Pflegeleistungen und Leistungen der Akut- und Übergangspflege ausgeschlossen. In Bezug auf die unterschiedliche Finanzierungsregelung sind dennoch gewisse Anpassungen auf Verordnungsstufe notwendig."



Definition der Akut- und Übergangspflege

- 1 Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:
 - a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.
 - b. Die Patientin oder der Patient benötigt vorübergehend eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.
 - c. Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist nicht indiziert.
 - d. Ein Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert.
 - e. Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.
 - f. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. e aufgestellt.
- 2 Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.

c) Mit der Regelung kann erzielt werden, dass nicht unnötige Leistungskapazitäten bereitgestellt werden, welche in der Folge nicht ausgelastet werden. Hingegen bietet es sich allein schon aus Kostengründen an, dass die Akut- und Übergangspflege für Personen, welche im Pflegeheim wohnen, auch in diesem erbracht werden. Im Kommentar zur KLV-Änderung, S. 4, wird dennoch festgehalten, dass eine besondere Bezeichnung des Leistungserbringers für Akut- und Übergangspflege nicht notwendig sei, weil die Leistungserbringer bereits in Art. 7 Abs. 1 KLV bezeichnet sind¹².

3.6 Ergänzungsleistung nach ELG

Empfehlung 6 a) Die Tagestaxen nach Art. 10. Abs. 2 lit. a ELG sollen regelmässig überprüft werden, insbesondere auch, um der Anforderung nach Art. 10. Abs. 2 lit. a ELG gerecht zu werden, wonach ein Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründen soll.

Erläuterungen a) Die Überprüfung erfolgt sinnvollerweise nicht pro Pflegeheim einzeln, sondern in der Gesamtheit der Pflegeheime, welche auf der Pflegeheimliste aufgeführt sind.

¹²Kommentar zur KLV-Änderung, S. 4: "In Absatz 3 werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege umschrieben. Die Leistungen entsprechen analog den Pflegeleistungen den Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV und als Leistungserbringer gelten ebenfalls diejenigen, die bereits in Artikel 7 Absatz 1 KLV aufgeführt sind. Somit ist keine besondere Bezeichnung des Leistungserbringers durch den Kanton und kein besonderer Leistungsauftrag durch den Kanton notwendig."



3.7 Regelung des Übergangs

Empfehlung 7 In Kantonen, in welchen die unmittelbar vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung geltenden OKP-Tarife für Pflege insgesamt wesentlich von den OKP-Beiträgen nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV abweichen, regeln die Kantone die Angleichung gemäss Abs. 2 der *Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 13.6.2008*.

Erläuterungen Mit der Übergangsbestimmung Abs. 2 beabsichtigte der Gesetzgeber, die Auswirkungen für die pflegebedürftigen Personen abzufedern. Grössere Änderungen sind vor allem bei den Abgeltungen im Pflegeheim zu erwarten. In diesem Fall ist eine lineare Abstufung sachgerecht, auch wenn gleichzeitig die Beschränkung des Eigenbeitrags nach Art. 25a Abs. 5 KVG individuell eine Entlastung der Heimbewohnerin oder des Heimbewohners bewirken kann. In Bezug auf die Akut- und Übergangspflege sei auf den Kommentar des EDI zu den Änderungen der KLV, S. 5 zu Art. 7b verwiesen¹³.

3.8 Qualitätssicherung der Pflegeheime und der Spitex-Organisationen

Empfehlung 8 Die Kantone halten Versicherer und Leistungserbringer an, Vereinbarungen über die Q-Sicherung nach Art. 77 KVV zu schliessen.

Erläuterungen An dieser Stelle sei auch auf die *Empfehlung 12 vom 14.5.1998* hingewiesen. s. <http://www.gdk-cds.ch/290.0.html>, letzter Eintrag, oder direkt unter: <http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/SDKEmpfehlungen6.pdf>
Die GDK prüft gegenwärtig noch weitergehende Massnahmen.

¹³Kommentar zu den Änderungen der KLV, S. 5 zu Art. 7b: "Bezüglich der von den Kantonen gedeckten Kosten der Akut- und Übergangspflege macht Artikel 25a Absatz 2 KVG den direkten Bezug zu Artikel 49a KVG; die Übergangsbestimmungen zur Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) sind nicht anwendbar auf das neue Finanzierungsregime der Akut- und Übergangspflege. Folglich müssen die Kantone den Finanzierungsschlüssel für die Akut- und Übergangspflege direkt bestimmen."