

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

A-Post Plus
Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

17. Oktober 2018

Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung); Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Kostenneutralität und Bedarfsermittlung) Stellung nehmen zu können.

1. Kostenneutralität der Pflegebeiträge

1.1 Allgemeine Bemerkungen

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die Neuordnung der Pflegefinanzierung (NPF) evaluieren lassen und zudem berechnet, ob die Einführung für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) kostenneutral erfolgt ist. Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 13. Juni 2008 (Pflegefinanzierung) hatten die Kantone drei Jahre Zeit, die geltenden Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge der OKP an die Pflegeleistungen anzupassen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten und die Übergangsfrist lief bis am 31. Dezember 2013. Die Kostenneutralitätsberechnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) kommt zum Schluss, dass die Kostenneutralität für die OKP nicht eingehalten worden sei: Die OKP sei ab 1. Januar 2014 im Vergleich zu 2010 bei den Beiträgen an die Pflegeheime entlastet und bei denjenigen an die Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen zusätzlich belastet worden. Das EDI schlägt deshalb Anpassungen der Beiträge gemäss Art. 7a der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vor: Die Pflegeheime sollen künftig höhere, Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen dagegen tiefere Beiträge der OKP erhalten.

Aus den folgenden Gründen lehnen wir die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge gemäss Art. 7a KLV:

- I. Für die Kostenneutralitätsberechnungen werden Annahmen getroffen, deren Berechtigung und Aussagekraft wir in Frage stellen¹. Insbesondere veränderte sich die Leistungsstruktur bei der Spitex seit 2011 deutlich: Der Anteil der günstigsten Leistung (Grundpflege) sinkt kontinuierlich, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steigt. Die Kostenneutralitätsberechnung berücksichtigt diese Entwicklung nicht. Weiter ist nicht nachvollziehbar, wie von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgegangen werden kann. Gemäss Bundesamt für Statistik sind die Löhne im Gesundheitswesen von 2010–2016 um rund 5 % gestiegen. In Heimen sind sie im gleichen Zeitraum um über 2 % gestiegen. Beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betrifft, sogar um 4–6 %.
- II. Das EDI hält in seiner Stellungnahme zur Evaluation der NPF vom 4. Juli 2018 als eines der Ziele der NPF fest, dass der Finanzierungsanteil der OKP an den Kosten der Pflegeleistungen nicht ansteigen soll² und gleichzeitig hat die Evaluation der NPF von infrass ergeben, dass der Finanzierungsanteil der OKP bei der ambulanten Pflege nicht angestiegen, sondern gar um 2 Prozentpunkte gesunken ist³. Die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb wir sie ablehnen.
- III. Der Schlussbericht der Evaluation der NPF zeigt auf, dass Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen und dass die Kantone und Gemeinden in den Folgejahren der NPF ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitex-Organisationen stetig erhöht haben. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergeht, zeigt deutlich, dass die Kostenverschiebung von der OKP zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels zur NPF ist. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden wird weiterwachsen, wenn keine Gegenmassnahmen ergriffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 % tragen. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer im Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Pflege durch Spitex versus Pflege im Pflegeheim) prüfen können und auch Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die Kosten für die OKP einbeziehen.
- IV. Die Spitex-Organisationen pflegen nicht nur alte Menschen in sogenannter Langzeitpflege, sondern zunehmend auch jüngere Menschen, die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht erst in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Der Kanton Aargau verfolgt die Strategie "ambulant vor stationär". Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setzt in diesem Zusammenhang ein völlig falsches Signal und untergräbt die erwähnte Strategie.
- V. Neu kommt dazu, dass aufgrund der durch das Bundesverwaltungsgericht als unzureichend beurteilten rechtlichen Grundlage die Leistungserbringer der Pflege die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht mehr separat in Rechnung stellen können. Die Finanzierungslücke ist nach Ansicht des BAG durch die Restfinanzierer zu schliessen. Für uns ist diese weitere Kostenverschiebung hin zu den Gemeinden nicht akzeptabel. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die KLV-Änderung auch diese aktuelle Entwicklung berücksichtigt.
Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Das Weiterführen dieser Finanzierungslösung würde also für die OKP kostenneutral erfolgen. Die Finanzierung von Pflegematerialien durch die Gemeinden ist auch deshalb abzulehnen, weil nur der Kran-

¹ Vgl. Erläuternder Bericht, Ziffer 2.1.10 Seite 10, Ziffer 3.1.6, Seite 14 und Ziffer 3.1.7, Seite 16

² Vgl. Stellungnahme des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 4. Juli 2018, Seite 1.

³ Vgl. Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht, Seite 64 und Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Executive Summary, Seite 7.

kenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhält und nur er prüfen kann, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt.

- VI. Die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime sind grundsätzlich nach dem Pflegebedarf (in 20-Minuten-Schritten) abgestuft. Bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag soll jedoch wie bisher keine Differenzierung mehr vorgenommen und der Beitrag limitiert werden. Diese, seit 2011 geltende Regelung ist nicht sachgerecht. Da sich die OKP bei schwersten Pflegefällen nicht proportional zum Pflegeaufwand beteiligt, müssen die Gemeinden die hohen zusätzlichen Kosten alleine tragen. Gerade bei beatmeten Patientinnen und Patienten oder im Bereich Gerontopsychiatrie sind die zusätzlichen Kosten gewaltig. Die anteilmässige Beteiligung der OKP ist deshalb auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Art. 7a Abs. 3 KLV zu verankern.

Dass den unter III. und V. geschilderten Entwicklungen in den Vorschlägen des EDI nicht Rechnung getragen wird, entspricht nicht einem breiten politischen Willen (Mo. 18.3425, Po. 16.3352/Frage 18.5133, Mo. 18.3710).

Eine unterjährige Einführung angepasster OKP-Beiträge ist nicht praktikabel, da die Kantone aufgrund der Beitragsänderungen für ein Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen vorgeben müssten, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen würde. Da zudem ein grosser Teil der Leistungsbeziehenden Ergänzungsleistungen (EL) erhält, müssten schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang (wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten) angepasst werden, was zu einem enormen Zusatzaufwand für die SVA Aargau führen würde. Wir regen deshalb an, den Einführungszeitpunkt auf einen Jahresanfang zu legen.

1.2 Anträge

Konkret fordern wir,

- a) dass die jetzige Anpassung der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigt;
- b) dass in der KLV festgehalten wird, dass die Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden;
- c) dass die KLV dahingehend zu ändern ist, dass Leistungserbringer gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV (freiberufliche Pflegefachpersonen, Spitex und Pflegeheime) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der Mittel und Gegenständeliste (MiGeL) oder um Pflegematerial handelt, welches in der Pflege angewendet wird. Die bisherige Finanzierung soll legalisiert und weitergeführt werden. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen müssen die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen;
- d) dass die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien in einem beschleunigten Verfahren auf den 1. Januar 2019 in Kraft gesetzt werden;
- e) dass die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime (Art. 7a Abs. 3 KLV) auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abgestuft werden, indem die bestehenden Pflegestufen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht werden.

2. Bedarfsermittlung und Mindestanforderungen an Pflegebedarfsermittlungssysteme

2.1 Allgemeine Bemerkungen

Die vorgeschlagenen KLV-Änderungen zur ärztlichen Anordnung, Bedarfsermittlung und zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlungssysteme gehen in die richtige Richtung. Der Regierungsrat begrüsst die Mehrheit der Änderungen im Grundsatz. Er teilt indes die Meinung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), dass zwecks Vermeidung von Mengenausweitungen und der damit einhergehenden Gefahr der Kostensteigerung verschiedene Ergänzungen erforderlich sind.

Im erläuternden Bericht fehlen Informationen zu den Kostenfolgen der Änderungen zur Pflegebedarfsermittlung in Pflegeheimen⁴. Die Anbieter der Instrumente RAI/RUG und BESA machen aktuell geltend, dass ihre Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen erheblich unterschätzen und dass Anpassungen vorzunehmen sind. Neben der Frage, welche Kostenfolgen diese Anpassungen hätten, stellt sich auch die Frage, welche Instanz legitimiert ist, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen.

Wir gehen davon aus, dass die aktuell verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen (BESA, RAI/RUG und Plaisir) sowie neue Instrumente (zum Beispiel InterRAI) grundsätzlich auch weiterhin zur Anwendung kommen können und dass die Instrumente nicht dazu degradiert werden, nur noch den Zeitbedarf zu ermitteln. Es ist wichtig, dass die Instrumente ihre Funktion zur Reflexion und Planung der adäquaten Pflege behalten.

2.2 Zu einzelnen Bestimmungen:

Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 KLV

Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Die Ärztin oder der Arzt ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.

Art. 8 Abs. 3 KLV

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der Invalidenversicherung (IV) oder der Unfallversicherung (UV) wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor. Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatientinnen oder Langzeitpatienten und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.

⁴ Im erläuternden Bericht wird ein INFRAS-Bericht vom 10. März 2017 erwähnt, der jedoch trotz Klammerbemerkung "Link" nicht verlinkt wurde.

Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV

Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt lediglich noch "zur Information" weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher von der Ärztin oder vom Arzt begrenzt werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. März 2016 zur (11.418) Parlamentarischen Initiative Rudolf Joder "Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege" die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass "aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen" besteht, "denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung" (Seite 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz von der Ärztin oder vom Arzt verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten der Patienten limitiert ist.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren.

Weiter schlagen wir vor, die Formulierung "in Zusammenarbeit" mit "unter Einbezug" zu ersetzen, weil der Begriff "Zusammenarbeit" in diesem Zusammenhang nicht passt.

"für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (~~Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit~~ unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest."

Art. 8a Abs. 1 lit. a und b KLV

Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt.

Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 lit. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: *"Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen."* Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisationen eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der zwei Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden.

Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir einen neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV vor:

"Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen."

Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV

Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir es grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Abs. 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Abs. 3 KLV:

"Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen."

Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.

Art. 8b Abs. 4 KLV

Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben und wie folgt angepasst wird:

"Das für die Bedarfsermittlung ~~in Pflegeheimen~~ verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen."

Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV

Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt "der Bundesrat" das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Absatz 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Absatz 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.

Konkret schlagen wir folgende Modifikation von Art. 8c vor:

Absatz 1

"Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer *legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren.*"

Absatz 2

~~"Im vertragslosen Zustand Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat~~ nach Anhören der Beteiligten ~~und der Kantone~~ *das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest.*"

Art. 8c Abs. 3 KLV

Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die "geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme" ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen. Wir schlagen deshalb vor, den Absatz wie folgt zu ändern:

"Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung und *Weiterentwicklung* der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen."

Art. 8c Abs. 4 KLV

Bei Leistungserbringern gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.

Das Projekt 4.1 der Nationalen Demenzstrategie hat gezeigt, dass Menschen mit Demenz meist einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen aufweisen, weil bei ihnen die einzelnen Leistungen mit mehr Zeitaufwand verbunden sind als bei Menschen ohne Demenz. Wir regen deshalb an, dass die vertrauensärztliche Überprüfung bei Menschen mit Demenz erst ab 120 Stunden pro Quartal vorgesehen wird oder dass gänzlich auf eine "Limitierung" (also auf die Nennung der 60 Stunden pro Quartal) verzichtet wird und nur noch die systematischen Stichproben genannt werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Alex Hürzeler
Landammann

Vincenza Trivigno
Staatsschreiberin

Beilage

- Auswertungsformular

Kopie

- abteilung-leistung@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Regierungsrat des Kantons Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : RR AG

Adresse : Regierungsgebäude, 5001 Aarau

Kontaktperson : Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit

Telefon : 062 835 29 28

E-Mail : barbara.huerlimann@ag.ch

Datum : 17. Oktober 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **bis am 26. Oktober 2018** an folgende E-mail Adressen: abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)			
Name / Firma (bitte auf der ersten Seite angegebene Abkürzung verwenden)	Allgemeine Bemerkungen		
RR AG	Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1; Art. 8 Abs. 1; Art. 8a Abs. 1 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) Die KLV-Änderung sieht vor, dass die ärztliche Anordnung von Pflegeleistungen künftig weniger umfassend sein muss als heute: Die Ärztin oder der Arzt ordnet Pflege an, die Pflegefachperson führt die Bedarfsermittlung durch. Neu erfolgt die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Grundpflege eigenverantwortlich durch die Pflegefachperson. Nur für Massnahmen der Untersuchung und Behandlung erfolgt die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt. Wir begrüssen diese Änderung im Grundsatz, welche den Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zuschreibt. Die Änderung geht in die richtige Richtung. Damit die Gefahr einer Mengenausweitung bei Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a und c KLV eingedämmt werden kann, ist Art. 8a im Abs. 1 lit. a KLV gemäss nachfolgenden Erwägungen zu modifizieren.		
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
RR AG	Art. 8 Abs. 3 KLV	Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der Invalidenversicherung (IV) oder der Unfallversicherung (UV) wegen mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit erhalten, gilt die ärztliche Anordnung unbefristet. Wird die Hilflosenentschädigung einer Revision unterzogen, ist die ärztliche Anordnung zu erneuern. Die KLV-Änderung sieht hier keine Änderung vor. Wir regen an, diese sinnvolle Regelung auf die leichte Hilflosigkeit auszudehnen. Auch Personen mit leichter Hilflosigkeit sind Langzeitpatientinnen oder Langzeitpatienten und es ist sinnvoll, sie bezüglich der ärztlichen Anordnung gleich zu behandeln wie Personen mit mittlerer oder schwerer Hilflosigkeit.	
RR AG	Art. 8	Die Bedarfsermittlung für Massnahmen der Ermittlung,	"für Leistungen nach Artikel 7 Absatz

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

	Abs. 3 KLV	Beratung und Koordination sowie für Massnahmen der Grundpflege soll neu nicht mehr in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt, sondern durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen erfolgen; das Ergebnis der Ermittlung soll der behandelten Ärztin oder dem behandelnden Arzt lediglich noch "zur Information" weitergegeben werden (Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV). Mit der vorgeschlagenen Regelung fällt sowohl bei der Krankenpflege im Pflegeheim als auch bei der ambulanten Pflege das Erfordernis einer ärztlichen Bestätigung des mengenmässigen Pflegebedarfs ersatzlos weg. Damit wird den Pflegefachpersonen die Möglichkeit zur unlimitierten Verschreibung von Pflegeleistungen eingeräumt. Umfang, Häufigkeit und Dauer des Einsatzes können nicht mehr wie bisher von der Ärztin oder vom Arzt begrenzt werden. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. März 2016 zur (11.418) Parlamentarischen Initiative Rudolf Joder "Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege" die Verschreibung von Pflegeleistungen ohne ärztliche Kontrolle aufgrund der Gefahr von Kostensteigerung und Mengenausweitung abgelehnt. Im Kommentar zur vorliegend geplanten Änderung wird zudem vom EDI bezüglich ambulanter Krankenpflege festgehalten, dass "aus der ökonomischen Perspektive für diese Leistungserbringer ein Anreiz zur Erbringung von möglichst vielen Leistungen" besteht, "denn mit jeder für die Abklärung, Beratung und Koordination sowie die Grundpflege eingesetzten Stunde steigt die Vergütung der OKP und der Restfinanzierung" (Seite 22). Es besteht somit die Gefahr, dass insbesondere private Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der öffentlichen Hand die Pflegefachpersonen zur Verschreibung möglichst vieler Pflegestunden anhalten werden. Die pflegebedürftigen Personen selber werden sich gegen eine zu grosszügig bemessene Grundpflege, die ja immerhin im Grundsatz von der Ärztin oder vom Arzt verschrieben wird, kaum zur Wehr setzen, zumal die Kostenbeteiligung zulasten des Patienten limitiert ist. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des	2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit unter Einbezug der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls dessen oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben. Ist die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt der Auffassung, dass der von der Pflegefachperson festgelegte Pflegebedarf nicht angemessen ist, teilt er dies der Pflegefachperson unter Kopie an den Versicherer innert fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Information mit und legt in der Folge den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit der Pflegefachperson fest."
--	------------	--	---

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		Anliegens einer erhöhten Anerkennung der Verantwortung der Pflege, schlagen wir vor, die Pflegefachpersonen (wie vom EDI vorgeschlagen) zur Bestimmung des Pflegebedarfs zu ermächtigen, jedoch der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt bei unangemessener Bedarfserhebung ein Vetorecht einzuräumen. Dies wird präventiv dazu führen, dass der Pflegebedarf von vornherein sachgerecht ermittelt wird. Entsprechend regen wir an, Art. 8a Abs. 1 lit. a KLV wie untenstehend ausgeführt zu modifizieren. Weiter schlagen wir vor, die Formulierung "in Zusammenarbeit" mit "unter Einbezug" zu ersetzen, weil der Begriff "Zusammenarbeit" in diesem Zusammenhang nicht passt.	
RR AG	Art. 8a Abs. 1 lit. a und b. KLV	Neu sollen für Pflegefachpersonen, welche die Bedarfsermittlung gemäss Art. 8a KLV durchführen dürfen, die gleichen Voraussetzungen gelten wie für Pflegefachpersonen, welche gemäss Art. 49 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) freiberuflich Leistungen erbringen können. Neben dem Nachweis des Diploms ihrer Ausbildung wird eine zweijährige praktische Tätigkeit im Pflegeberuf verlangt. Wir lehnen diese Änderung ab: Das Diplom gemäss Art. 49 lit. a KVV ist als Voraussetzung ausreichend. Auch das EDI hält im erläuternden Bericht fest: "Aufgrund ihrer Ausbildung sind diplomierte Pflegefachkräfte (sowohl mit HF-Diplom als auch mit Bachelor FH) namentlich in der Lage, selbstständig eine Pflegediagnose zu stellen, den Pflegebedarf zu beurteilen und die erforderlichen Massnahmen zu treffen." Auf die Voraussetzung der zweijährigen praktischen Tätigkeit muss verzichtet werden. Es ist nicht sinnvoll, für Pflegeheime und Spitex-Organisationen eine Hürde einzubauen, welche diese Arbeitgeber für den Berufseinstieg unattraktiv macht. Zudem sehen wir die Kontrolle der zwei Jahre Berufserfahrung mit verschiedenen Vollzugsproblemen und damit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand verbunden. Zentral ist, dass die Bedarfsermittlung in jedem Fall mit	"Der Kanton kann für die in seinem Gebiet tätigen Leistungserbringer die für die Bedarfsermittlung zulässigen Instrumente festlegen."

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		einem validierten Instrument erfolgt und die Pflegefachpersonen auf dem entsprechenden Instrument geschult sind. Weil das EDI hierzu keine verbindlichen Vorgaben macht, schlagen wir einen neuen Absatz 6 in Art. 8a KLV vor:	
RR AG	Art. 8b Abs. 2 und 3 KLV	Wir begrüssen die Präzisierung zur Bedarfsermittlung in Pflegeheimen. Insbesondere erachten wir grundsätzlich als sinnvoll, dass gemäss Art. 8b Abs. 3 KLV jedes Instrument auf Basis von in der Schweiz durchgeführten, repräsentativen Zeitstudien überprüft und geeicht werden muss. Um aber sicherzustellen, dass nicht jedes Instrument in der ganzen Schweiz überprüft werden muss, fordern wir folgende Präzisierung von Art. 8b Abs. 3 KLV: Weiter ist für die Umsetzung von Art. 8b Abs. 3 KLV eine Übergangsfrist erforderlich, weil nicht verlangt werden kann, dass bei Inkrafttreten die entsprechenden Zeitstudien bereits vorliegen. Wir beantragen, eine zweijährige Übergangsfrist einzuräumen.	"Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss sich für die Bestimmung der zu erbringenden Pflegeleistungen auf in der Schweiz durchgeführte, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten von Pflegeheimen repräsentative Zeitstudien stützen, welche die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen aufzeigen. Die Zeitstudien zu einem Instrument sind in Kantonen durchzuführen, in welchen das entsprechende Instrument zur Anwendung kommt. Die von den Zeitstudien angewendete Methode muss wissenschaftlich anerkannt und geeignet sein, eine Unterscheidung von Pflegeleistungen und anderen Leistungen vorzunehmen."
RR AG	Art. 8b Abs. 4 KLV	Wir begrüssen diese Präzisierung zu den Bedarfsermittlungsinstrumenten, lehnen aber ab, dass sie sich nur auf Pflegeheime bezieht. Wir fordern, dass Art. 8b Abs. 4 KLV in Art. 8a verschoben wird.	"Das für die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen verwendete Instrument muss die Ermittlung von Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren mittels Routinedaten (Art. 59a Abs. 1 Bst. f KVG) ermöglichen."
RR AG	Art. 8c Abs. 1 und 2 KLV	Neu müssen auch die Pflegeheime mit den Versicherern Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Gemäss Art. 25a Abs. 3 KVG regelt "der Bundesrat" das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die konkrete Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollte deshalb grundsätzlich auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden. Eine Delegation an die Tarifpartner erscheint aber gleichwohl möglich. Da diese Instrumente gesamtschweizerisch zu	Absatz 1 "Die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 und die Versicherer legen das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam fest und vereinbaren für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren." Absatz 2

**Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) (Kostenneutralität und Pflegebedarfsermittlung)
Vernehmlassungsverfahren vom 4. Juli bis 26. Oktober 2018**

		entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten wir schweizweite Verhandlungen (Absatz 1) und eine nationale Regelung im Streitfall (Absatz 2) als zwingend. Andernfalls müsste eine Festlegung durch den Bundesrat ohne Delegation an die Tarifpartner erfolgen.	"Im vertragslosen Zustand Kommt keine Einigung zustande, setzt die Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten und der Kantone das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren fest."
RR AG	Art. 8c Abs. 3 KLV	Gemäss erläuterndem Bericht schliesst dieser Absatz die "geordnete und effiziente Weiterentwicklung der Systeme" ein. Dem Wortlaut des Absatzes ist dies zu wenig deutlich zu entnehmen.	"Das Kontrollverfahren dient der Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungssysteme sowie der Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen."
RR AG	Art. 8c Abs. 4 KLV	Bei Leistungserbringern gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. a und b KLV kann die Bedarfsermittlung durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt werden. Aber auch bei voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal kann eine solche Überprüfung gemacht werden.	