



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit

Änderung der KLV – Kostenneutralität und Bedarfsermittlung

Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

Bern, im Juli 2019

Inhalt

1	AUSGANGSLAGE	4
1.1	Kostenneutralität	4
1.2	Bedarfsabklärung	4
1.3	Bedarfsermittlung in Pflegeheimen.....	4
1.4	Vernehmlassung.....	5
2	STELLUNGNAHMEN	5
3	ÜBERBLICK.....	6
4	STELLUNGNAHMEN ZUR KOSTENNEUTRALITÄT.....	7
4.1	Allgemeine Bemerkungen	7
4.2	Kostenneutralität	13
4.3	Pflegeintensität bzw. Leistungsstruktur	17
4.4	Hoher Pflegebedarf und besondere Pflegesituationen	18
4.5	Akut- und Übergangspflege	19
4.6	Ambulant vor Stationär.....	21
4.7	Kosten	23
4.8	Finanzierung der OKP und der Kantone	26
4.9	Vergütung des Pflegematerials.....	30
4.10	Unterjährige Einführung	33
4.11	Anträge	34
5	STELLUNGNAHMEN ZUR ÄRZTLICHEN ANORDNUNG UND BEDARFSERMITTLUNG DURCH PFLEGEFACHPERSONEN	40
5.1	Allgemeine Bemerkungen zur Bedarfsabklärung	40
5.2	Bemerkungen zu Artikel 7	42

5.3	Bemerkungen zu Artikel 8	43
5.4	Bemerkungen zu Artikel 8a	46
6	STELLUNGNAHMEN ZU DEN MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE BEDARFSERMITTLUNG IN PFLEGEHEIMEN	49
6.1	Allgemeine Bemerkungen zu den Mindestanforderungen	49
6.2	Bemerkungen zu Artikel 8b	52
6.3	Bemerkungen zu Artikel 8c	54
	ANHANG: LISTE DER VERNEHMLASSUNGSTEILNEHMER.....	56

1 Ausgangslage

1.1 Kostenneutralität

Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden am 1. Januar 2011 die bisherigen, als zeitlich befristet und als Kostenbremse gedachten Rahmentarife abgelöst. Mit der Neuordnung in Artikel 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nur noch Beiträge an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden. Der Bundesrat hat die Bezeichnung der Beiträge differenziert nach Pflegebedarf und in Franken an das Departement des Innern (EDI) delegiert. Mit der Festlegung der Beiträge in Artikel 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ist das EDI dieser Verpflichtung nachgekommen.

Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG sieht vor, dass der Bundesrat die Beiträge für die Vergütung der Pflegeleistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mit dem Ziel festzulegen hat, dass sie der Summe der Vergütungen für die ambulant und im Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen in dem Jahr, das dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung vorangeht (d. h. 2010), entsprechen. Zudem muss gemäss der Übergangsbestimmung der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren die erforderlichen Anpassungen vornehmen, wenn die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung nicht eingehalten werden kann. Der Bundesrat hat seine Kompetenz mit Artikel 33 Buchstabe i der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) zugewiesen.

1.2 Bedarfsabklärung

Am 27. April 2016 ist der Nationalrat auf die parlamentarische Initiative 11.418 «gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» des früheren Nationalrates Rudolf Joder (SVP, BE) nicht eingetreten. Die Initiative zielte darauf ab, dass Pflegefachpersonen gewisse Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege als Leistungen auf eigene Verantwortung erbringen können. Hierzu sollte das KVG entsprechend angepasst werden. Nach dem Nichteintreten des Nationalrates kündigte der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) die Lancierung einer Volksinitiative für eine starke Pflege an. Am 29. November 2017 konnte die Initiative mit 114 078 gültigen von insgesamt 114 403 Unterschriften eingereicht werden.

Der Bundesrat beschloss an seiner Sitzung vom 9. März 2018 die Ablehnung der Pflegeinitiative und beauftragte das EDI, in Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) und den betroffenen Akteuren konkrete Massnahmen zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals zu prüfen und auszuarbeiten.

Die vorgesehenen Änderungen gehen hauptsächlich in die Richtung der parlamentarischen Initiative 11.418 und zielen auf eine Verringerung des administrativen Aufwandes und eine bessere Anerkennung der Verantwortung der Pflege ab, wobei die Ärztinnen und Ärzte ihre Scharnierfunktion behalten und nach wie vor eine koordinierte Pflege sichergestellt werden sollen. Dies jedoch ohne zusätzlichen Berufsgruppen eine direkte Abrechnung ihrer Leistungen zulasten der OKP zu ermöglichen.

1.3 Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

Die heute in der Schweiz im Bereich der Pflegeheime verwendeten Pflegebedarfserfassungsinstrumente BESA, PLAISIR und RAI/RUG messen den Pflegebedarf nach Artikel 25a KVG unterschiedlich. BESA und PLAISIR ermitteln über einen Leistungskatalog einen Minutenwert für den Pflegeaufwand. Dem Leistungskatalog sind Durchschnittsminuten hinterlegt. Anhand des Minutenwerts wird die Person einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet.

net. RAI/RUG ordnet die pflegebedürftige Person aufgrund einer Erhebung ihres Gesundheitszustands einer Pflegeaufwandgruppe zu. Der Pflegeaufwandgruppe ist ein durchschnittlicher Pflegeaufwand hinterlegt. Die Pflegeaufwandgruppe (und damit auch die dieser Gruppe zugewiesene Person) wird sodann einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet. Diese Situation kann für dieselbe Fallschwere und Patientensituation zu unterschiedlichen Pflegebedarfsminuten beziehungsweise zu unterschiedlichen Einstufungen in die 12 Pflegebedarfsstufen nach Artikel 7a KLV und damit zu unterschiedlichen Vergütungen durch die Krankenversicherer und mithin auch unterschiedlichen finanziellen Lasten für die Kantone und in einigen Fällen auch für die Patientinnen und Patienten führen.

Zwar wurden bestimmte Versionen eines Teils der in der Schweiz verwendeten Instrumente kalibriert, so dass zwischen diesen Instrumenten nur noch geringfügige Unterschiede bestehen, eine weitere Vereinheitlichung ist jedoch gescheitert. In seinen Antworten auf die Interpellationen 15.4224 sowie 16.3758 kündigte der Bundesrat an, dass mit der Definition von Mindestanforderungen an die Instrumente auf Verordnungsstufe eine gewisse Vereinheitlichung der verwendeten Instrumente herbeigeführt werden solle. Eine unterschiedliche Einstufung in Minuten derselben Patientensituation je nach Pflegebedarfserfassungsinstrument, Version resp. Kanton ist nicht im Sinne des Bundesrates. Eine Einstufung des Pflegebedarfs nach vergleichbaren Massstäben ist unabdingbar, um die Erfassung der Pflegebedarfsinstrumente schweizweit in Einklang zu bringen.

Die vorgesehene Verordnungsänderung sieht schweizweit einheitliche Mindestanforderungen vor, welche zu einer Harmonisierung der Resultate der Pflegebedarfserfassung führen sollen. Mit der Definition von Mindestanforderungen an die Systeme wird eine Abhängigkeit der Leistungserbringer von einem einzigen System, welche zu Kostensteigerungen führen könnte, vermieden, und der Markt bleibt offen für potenzielle Wettbewerber.

1.4 Vernehmlassung

Die Vernehmlassung zu den erarbeiteten Änderungen der KLV wurde vom 4. Juli 2018 bis 26. Oktober 2018 bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft, der Konsumenten, der Leistungserbringer, der Versicherer und anderer interessierter Kreise durchgeführt.

2 Stellungnahmen

Insgesamt wurden 90 Adressaten angeschrieben. Die Vernehmlassungsunterlagen wurden auch im Internet auf der Webseite des Bundes¹ veröffentlicht. Im Rahmen der Vernehmlassung sind 94 Stellungnahmen von folgenden Organisationen eingegangen:

- allen Kantonen sowie der GDK, CLASS, SGV und SVV
- 3 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien (FDP, SPS, SVP);
- 3 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft (CP, SGB, SGV),
- 1 Konsumentenverband (FRC);
- 50 betroffenen Leistungserbringerverbänden resp. -organisationen (AFAS, AFP VFP Akut, ASPS, AVASAD, CURAVIVA, Curacasa, FAS, FMH, SGVCMS, H+, imad, IG Pflegefinanzierung, LZCH, mfe, pharmaSuisse, SACD, SBK, SBK-AG/SO, SBK-BE, SBK-NE/JU, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZH/GL/SH, senesuisse, SKSZ, Spitex Schweiz, Spitex Verband Aargau, Spitex Regio Arth- Goldau, Spitex Kanton Bern, SXBS, SVBL, Spitex Bregaglia, Spitex Region

¹ <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2018.html#EDI>

Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex OW, Spitex RuLa, Spitex Sattel-Rothenthurm, Spitex Verband SG AR AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SVKS, SPXZG, SVKZ, Spitex Schaffhausen, Marion's Spitex, SNL, SVBG, unimedsuisse, VAKA, VFP AFG Spitex Pflege, Psy moos);

- 2 Versichererverbänden (santésuisse, curafutura);
- 6 Patientenorganisationen (ALZ CH, LLS, SPO, SSR, VAPP, VASOS);
- BESA Care, CT PLAISIR, LEP AG sowie QSys

Die Liste der Vernehmlassungsteilnehmer (mit den in diesem Bericht verwendeten Abkürzungen) ist im Anhang zu finden.

3 Überblick

Kantone und **Leistungserbringer** lehnen die Senkung der Beiträge für die Pflege zu Hause und fordern deren Erhöhung. Grossmehrheitlich beantragen sie für die Beiträge der Pflegeheime eine gewichtigere Erhöhung als vorgesehen. Auch seien die Beiträge mindestens alle drei Jahren anzupassen sowie die rechtlichen Anpassungen vorzunehmen, damit das Pflegematerial in Rechnung gestellt werden könne, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL handle oder ob das Pflegematerial in der Pflege angewendet würde. Kantone und Leistungserbringer begründen ihre Anträge mit der Steigung der Kosten, der Intensität der Pflege und des Finanzierungsanteils der Kantone und Gemeinden sowie mit dem Finanzierungsbedarf für das Pflegematerial. Schliesslich entsprächen die vorgeschlagenen Anpassungen nicht dem politischen Willen und der Strategie «ambulant vor stationär». Die Stellungnahmen schliessen eigentlich Argumente ein, die weiter als die reine kostenneutrale Einführung der Beiträge für die OKP gehen. Laut Leistungserbringern beschränke sich die Vorlage auf ein Paar technische Änderungen, die in keinem Zusammenhang mit der in der Evaluation der Pflegefinanzierung hingewiesenen Mängel stünden. Kantone und Leistungserbringer ziehen schliesslich Erkenntnisse aus der Evaluation der Pflegefinanzierung mit ein und weiten ihre Argumentation auf die Themen der Förderung der Akut- und Übergangspflege und der Erhöhung der Anzahl Pflegestufen im Pflegeheimbereich zwecks Vergütung der schweren Fälle in den Bereichen Demenz, Psychogeriatric und Palliativpflege aus.

Laut den Leistungserbringern sind auch Massnahmen zu treffen, damit die Restfinanzierung der Kantone sichergestellt wird.

curafutura hat die Versichertendaten analysiert und kommt zum Schluss, dass die Beiträge für die Krankenpflege zu Hause gesenkt und für die Pflegeheime angehoben werden müssen, damit die heutigen Krankenversicherungsbeiträge den Tarifen 2010 entsprechen. Sie schlägt die Rundung der vom EDI berechneten Beiträge auf ganze Franken im Pflegeheimbereich und auf zehn Rappen in der Pflege zu Hause, damit in der Leistungsabwicklung eine praktikable Umsetzung sichergestellt wird.

santésuisse ist gegen eine Anpassung der Beiträge. Die Daten zur Überprüfung der Beitragssätze würden schon seit geraumer Zeit vorliegen. Es gäbe keinen Grund, dass die Beitragssätze acht Jahre nach Einführung der Pflegefinanzierung angepasst werden, was bei Versicherern, Leistungserbringern, Patienten und Gemeinwesen unnötige finanzielle Unsicherheit generieren und zu einer erschwerten Planbarkeit führen würde. Auch sachliche Gründe würden gegen eine neue Kalibrierung der Beiträge sprechen.

Die Bestimmungen zu den Mindestanforderungen an die Pflegebedarfsermittlung gehen für die meisten Kantone in die richtige Richtung, es fehlen ihnen aber Aussagen zu den Kostenfolgen, und die Kantone **JU**, **NE** und **VD** bezeichnen die Bestimmungen als nicht genügend klar. **UR** fordert ein einziges System. Die meisten Kantone wünschen, dass die Zeitstudien nur

in denjenigen Kantonen durchgeführt werden müssen, welche ein bestimmtes System anwenden, sowie eine Übergangsfrist von zwei Jahren. Die Methodik soll gesamtschweizerisch von den Tarifpartnern geregelt werden. Subsidiär soll der Bundesrat entscheiden. Die meisten Kantone fordern ausserdem, dass auch bei der ambulanten Pflegebedarfsermittlung aus Routinedaten Daten für Qualitätsindikatoren gewonnen werden können.

Die meisten Leistungserbringer, unter ihnen **CURAVIVA**, **H+** und **Senesuisse**, sowie die Systemanbieter **BESA Care** und **QSys** begrünnen die Bestimmungen, haben aber Anmerkungen und Vorschläge im Detail. **CURAVIVA**, **BESA Care** und **QSys** wünschen sich namentlich ein Gremium aus Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern zur Klärung methodischer Fragen, welches auch eine einzige Methode für die Zeitstudien festlegen soll. Subsidiär soll der Bundesrat entscheiden. Für den Systemanbieter **CT PLAISIR** sind verschiedene Aspekte zu wenig klar. Beim System PLAISIR gebe es keine Varianz zwischen eingeschätztem Pflegebedarf und tatsächlich erbrachten Leistungen, da die Einstufung individuell sei.

Die Versichererverbände **Curafutura** und **santésuisse** lehnen die Vorschläge ab und wünschen ein einziges, einheitliches System zur Ermittlung des Pflegebedarfs. **Curafutura** wünscht konkret BESA als festzulegendes System.

Die meisten Kantone unterstützen die Richtung der vorgeschlagenen Änderungen. Sie halten es für richtig, dem Pflegepersonal mehr Autonomie einzuräumen, weisen aber auf das Risiko einer Mengenausweitung bei den Leistungen und damit eines Kostenwachstums hin. Sie erachten die Unterscheidung zwischen Leistungsarten als problematisch. Das Erfordernis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit, um den Pflegebedarf ermitteln zu können, ist nach Ansicht der Kantone nicht angebracht.

Für die Leistungserbringer gehen die vorgeschlagenen Änderungen nicht weit genug, und oft wird eine Gesetzesänderung gefordert, um eine echte Autonomie des Pflegepersonals zu gewährleisten. Auch nach Ansicht der Leistungserbringer ist die Unterscheidung zwischen den Leistungsarten nicht angemessen. Sie befürchten ausserdem eine Zunahme des Verwaltungsaufwands. Die Leistungserbringer sind gegen die Anforderung einer zweijährigen Praxis.

Curafutura und **santésuisse** vertreten sehr unterschiedliche Standpunkte. Während der erste Verband die vorgeschlagenen Änderungen begrüsst, lehnt der zweite sie gänzlich ab und fordert, die Stellungnahme des Parlaments zur Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» abzuwarten. Curafutura ist ebenfalls der Meinung, dass die Unterscheidung zwischen den Leistungsarten nicht angemessen ist. **santésuisse** befürchtet einen starken Kostenanstieg.

4 Stellungnahmen zur Kostenneutralität

4.1 Allgemeine Bemerkungen

Kantone

Die **Kantone** in ihren einzelnen Stellungnahmen und die **GDK** lehnen die Senkung der Beiträge für Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen ab und betrachten die Erhöhung der Beiträge der Pflegeheime als unzureichend. Sie beziehen sich in ihren Argumentationen unter anderem auf den Anstieg der Löhne, den Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden, die Finanzierung des Pflegematerials und Erkenntnisse aus der Evaluation der Pflegefinanzierung. Dass das EDI der Kostenverschiebungen zu den Kantonen und Gemeinden, der Strategie «ambulant vor stationär» und der Finanzierungslücke beim Pflegematerial nicht Rechnung getragen hätte, entspräche nicht den politischen Willen.

CLASS ist der Ansicht, dass die Vorlage das Ziel verfehlt, die ambulante Pflege zu verstärken, was auf einen breiten Konsens stossen würde, und dass sie weder die Frage der Kostenverteilung zwischen OKP und Kantonen noch die Frage der Übernahme von Pflegematerial regelt.

FR und **VD** bedauern, dass der Entwurf aktuelle Vorlagen und laufende Beratungen auf Bundesebene nicht berücksichtigt, namentlich die KVG-Revision (Pauschalisierung der ambulanten Pflege) oder die Folge, die der Bundesrat dem Expertenbericht zu den Kostendämpfungsmassnahmen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geben will.

JU bedauert die Zerstückelung der verschiedenen laufenden Vernehmlassungen und diskutierten Vorlagen auf Bundesebene (einheitliche Finanzierung, KLV-Revision, Kostendämpfungsmassnahmen, ambulante Pauschalen, Vertriebsanteil Arzneimittel).

VD ist der Meinung, dass die Vorlage das Zeitsystem stärkt und damit die Trennung zwischen Pflegeheimen und Spitex untermauert, ohne die zunehmende Durchlässigkeit und Komplementarität dieser beiden Bereiche zu berücksichtigen. Obwohl sich die politische Diskussion zunehmend um Pauschalzahlungen nach einer Logik des Typs «DRG» dreht, schliesst die vorgeschlagene Änderung die Finanzierung der Langzeitpflege von einer solchen Logik aus.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **FDP** nimmt den Vorschlag zur Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung betreffend Kostenneutralität der Beiträge in der Pflege an und hofft, dass die Beträge künftig korrekt berechnet werden.

Die **SPS** und die **SVP** lehnen die Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege ab. Die **SPS** fordert, dass diese erhöht werden, damit kein Anreiz geschaffen wird, der den stationären Bereich noch attraktiver macht. Aus gesundheitspolitischer Sicht und im Hinblick auf die integrierte Versorgung ist die **SPS** der Meinung, dass die Revision die Realität und die vorhandenen Bedürfnisse leugnet und sich damit gegen die Förderung von «ambulant vor stationär» stellt. Nach Ansicht der **SVP** sind die vorgeschlagenen Beitragsanpassungen bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vereinbar mit dem übergeordneten politischen Steuerungsziel, kostendämpfende Anreize (ambulant vor stationär) zu setzen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der **SGB** lehnt die Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege ab, sieht aber im aktuellen Finanzierungsmodell auch die Erhöhung der Beiträge an die Pflegeheime kritisch. Umso vordringlicher ist es, dass die öffentliche Hand – inkl. Bund – die Finanzierungslücke in beiden Bereichen der Langzeitpflege effektiv und langfristig schliesst. Eine rasche Lösung braucht es zudem für die Finanzierung des Pflegematerials, welches – wie bis vor Kurzem üblich – von der OKP übernommen werden soll.

Der **SGV** betont, dass keine Aussagen über die Auswirkungen auf die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden im Rahmen des Verordnungsentwurfs gemacht werden. Gemäss Auskunft von kantonalen Gewerbeverbänden gibt es seines Erachtens hier etliche ungelöste Probleme. Daher ersucht der SGV das EDI, diese Fragestellungen vor der definitiven Verabschiedung der Verordnung zufriedenstellend zu klären.

Der **SGV** ist der Ansicht, dass der Verordnungsentwurf vorsieht, die Beiträge in der ambulanten Pflege trotz steigenden Löhnen und damit steigenden Kosten zu senken, und dass die Beiträge in der stationären Pflege im Gegenzug erhöht werden sollen. Diesen Ansatz lehnt er ab. Nach dem Dafürhalten vom SGV muss aus Kostenüberlegungen ein möglichst grosser Teil der Pflege ambulant erbracht werden. Er befürchtet, dass genau das Gegenteil mit den vorgeschlagenen Beitragsanpassungen erreicht würde. Es würden Anreize geschaffen, um

die stationäre Pflege gegenüber der ambulanten zu stärken. Dieses Ansinnen weist der SGV zurück.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Alzheimer Schweiz kann nicht nachvollziehen, weshalb die Beiträge der OKP an die ambulante Pflege um 3.6 % gesenkt werden sollen. Sie ist der Meinung, dass eine Senkung der Beiträge an die Spitexleistungen eine Absage an das Prinzip «ambulant vor stationär» bedeutet. Ausserdem bedauert sie, dass die grundsätzlichen Probleme der Pflegefinanzierung, wie ungenügende Finanzierung in komplexen und anspruchsvollen Pflegesituationen, ungedeckte Kosten und allgemeiner Kostenanstieg in der Krankenpflege, im Vorschlag des Bundesrats nicht angepackt werden. Im Evaluationsbericht wird zwar Handlungsbedarf angesprochen, konkrete Massnahmen werden aber nach Auffassung von Alzheimer Schweiz keine getroffen. Insbesondere im Bereich Demenz gäbe es keine Verbesserungen. Ihrer Ansicht nach gibt es Finanzierungslücken, und der Vernehmlassungsentwurf enthält keinen Vorschlag zur Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung in der Pflege (z.B. Erhöhung der Taxen zur Schliessung der Lücken).

Die **LKS** lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege um 3.6% entschieden ab und fordert stattdessen eine substantielle Erhöhung dieser Beiträge. Sie ist der Meinung, dass diese Erhöhung aus folgenden Gründen unumgänglich ist:

- Die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ist ungenügend. Die Spitex Statistik erlaubt gemäss Experten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010.
- Die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, ist falsch.
- Im betrachteten Zeitraum wurde die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet: Dies ging in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten.
- Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung wurden zulasten der Spitexorganisationen auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen. Es ist dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein muss oder was separat vergütet wird – z.B. Wegzeiten, Pflegematerial.

Die **LKS** stellt zudem fest, dass der Bericht und die vorgeschlagenen Bestimmungen nicht abgestimmt wirken, und dass er kompliziert geschrieben ist (Lücken und nicht leserfreundlich).

Die **SPO** unterstützt eine Erhöhung der OKP-Beiträge im stationären Bereich. Eine Erhöhung der OKP-Beiträge im Heimbereich muss in professionelle und qualitativ hochstehende Pflegeleistungen investiert werden. Hingegen ist die SPO der Ansicht, dass die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar ist. Die SPO lehnt daher diesen Teil der Verordnung ab. Laut Expertenbericht von INFRAS (im Auftrag des EDI erstellt) sei im Betrachtungszeitraum die anteilmässige Belastung der OKP von 72% auf 70% gesunken. In Anbetracht der demografischen Veränderungen und im Bestreben, eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante Pflege zur Verfügung zu stellen, auch zur Vermeidung unnötiger Spital- und Heimeinweisungen – sei die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge unverständlich.

Der **SSR** stellt fest, dass der Bundesrat in wichtigen Themen wie der Restfinanzierung durch die Kantone oder der Akut- und Übergangspflege leider keinen Handlungsbedarf erkennt. Dem gegenüber würden Themen aufgegriffen, welche nicht Gegenstand der Evaluation waren, wie beispielsweise Forderungen der Volksinitiative für eine starke Pflege (Pflegeinitiative). Er bedauert auch, dass die aktuelle Situation bezüglich der Kostenübernahme der Leistungen der Mittel und Gegenstände (MiGeL) nicht geklärt wurde.

VASOS lehnt eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege (Spitex) ab. Sie argumentiert damit, dass sich die Verordnungsänderungen auf die Bedürfnisse der PatientInnen und Pflegebedürftigen und nicht auf die Kasseninteressen fokussieren müssen. Zusätzlich ist VASOS der Meinung, dass die vorliegenden Verordnungsänderungen in die falsche Richtung gehen würden, da sie auf ungenügenden statistischen Grundlagen basieren und von der sachfremden Grundannahme der Kostenneutralität ausgehen würden. Dabei würden die Feststellungen des Evaluationsberichtes nicht beachtet, nämlich, dass die neue Pflegefinanzierung zu einer Entlastung der Krankenkassen geführt und damit die Kostenneutralität unterschritten, resp. übertroffen habe. Sie ist der Ansicht, dass es etwas abenteuerlich sei, finanzwirksame Änderungen vorzuschlagen, ohne all diese Punkte und insbesondere die steigenden Herausforderungen in der Heim-Pflege und der ambulanten Spitexpflege zu berücksichtigen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

IG Pflegefinanzierung stellt fest, dass der Schlussbericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung von Januar 2018 auf zahlreiche Mängel hinweist, die behoben werden sollten. Leider verzichte aber der Bundesrat darauf, aus dem Bericht konkrete Gesetzes- oder Verordnungsänderungen abzuleiten, und beschränke sich in der vorliegenden Vorlage auf ein paar technische Änderungen, die in keinem Zusammenhang mit der oben erwähnten Evaluation stehen. Der Bundesrat übergehe wichtige Themen wie die Restfinanzierung und Akut- und Übergangspflege. Es sei ebenfalls bedauerlich, dass die Gelegenheit zur Klärung der aktuell gravierenden Probleme bezüglich Kostenübernahme des Pflegematerials nicht genutzt wurde.

Für **CURAVIVA Schweiz** und **VAKA** ist der Vernehmlassungsentwurf klar ungenügend und enttäuschend. Angesichts der ungenügenden Berechnungsgrundlagen und der anstehenden generellen Überprüfung der OKP-Beiträge sei die Senkung der Beiträge an die ambulante Pflege abzulehnen. Obwohl die Erhöhung der OKP-Beiträge der Pflegeheime deutlich höher als 6.7 Prozent ausfallen müsste, sei diese zu begrüßen. Eine Anpassung der Beiträge sei nun dringend notwendig. Mit der Vorlage seien viele bestehende Probleme nicht gelöst. Es handle sich sowohl um seit längerem bekannte Lücken als auch um neuen dringenden Handlungsbedarf. Einige der Problemfelder würden im Rahmen des Berichts zur Evaluation der Pflegefinanzierung aufgezeigt. Die Pflege gehöre nicht zu den Kostentreibern der OKP. Im Gegenteil habe der Anteil der Pflege an den Bruttoleistungen der OKP gemäss Statistik des BAG in den letzten 10 Jahren von 10.0 Prozent auf 8.6 Prozent abgenommen. Die Bruttoleistungen für Pflegeheime pro versicherte Person habe im gleichen Zeitraum um 4 Franken pro Jahr abgenommen.

senesuisse hält fest, dass mit dem unterbreiteten Vorschlag viele bestehenden Probleme in der Pflegefinanzierung nicht gelöst werden. Der Bundesrat habe die Chance nicht genutzt, die im Evaluationsbericht aufgezeigten und dringend nötigen Anpassungen anzugehen. Die vorgeschlagenen Regelungen würden die wirklichen Problematiken in der Pflegefinanzierung keineswegs lösen. Es müsste hauptsächlich sichergestellt werden, dass die gesamten tatsächlichen Pflegekosten klar feststellbar und vollständig gedeckt werden. Immerhin sei die Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheimkosten, zu begrüßen, obwohl sie noch immer zu tief ausfalle. Die Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege sei hingegen nicht nachvollziehbar.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, imad, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Region Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG, SVKZ lehnen die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege ab und fordern stattdessen ihre substantielle Erhöhung. Es sei unverständ-

lich, warum die Erkenntnisse des Evaluationsberichts von INFRAS nicht in die Vorlage eingeflossen seien. Dieser zeige verschiedene Lücken der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf, dennoch seien dessen Konklusionen ungenügend. Mit der Ausnahme von **Spitex OW** und **Spitex Uri** erklären die erwähnten Organisationen ihre Zustimmung für die Erhöhung der OKP-Beiträge der Pflegeheime. Mit der Ausnahme von **FAS** und **GVCMS**, präzisieren sie, dass die getroffenen Annahmen insbesondere für die Spitex-Beiträge nicht nachvollziehbar seien. Schliesslich bezeichnen sie mit der Ausnahme von **SPXZG**, **SXBS**, **SVBL** den Bericht als kompliziert geschrieben, nicht leserfreundlich, lückenhaft und nicht mit den vorgeschlagenen Bestimmungen abgestimmt.

ASPS ist der Ansicht, dass die Senkung der Beiträge der Krankenpflege zu Hause schlecht begründet ist und auf «wackeligen Beinen» steht. Es fehle auch eine «strategische» Perspektive als Basis und Begründung der Änderungen, wie die Berücksichtigung demographische Entwicklung und der Kostenentwicklung insbesondere im Personalbereich. Dazu würden die Berichte des Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von anderen auch unabhängigen Stellen genügend Informationen beinhalten. Es sei unverständlich, warum die Erkenntnisse des Evaluationsberichts nicht in die Änderungen eingeflossen und die Lücken der Pflegefinanzierung nicht angegangen worden seien. Ebenso fehle jegliche Problemlösung zur MiGeL-Problematik. ASPS begrüsst grundsätzlich die Erhöhung der OKP-Beiträge an die Pflegeheime, äussert sich jedoch nicht zu den entsprechenden Erläuterungen.

imad präzisiert, dass ihre Stellungnahme als Ergänzung zu den Stellungnahmen von Spitex Schweiz, GE und der GDK zu verstehen ist. Die Passagen dieses Berichts, die sich auf GE und die GDK beziehen, gelten somit auch für imad.

SBK, ASI NE-JU, curacasa, svbg, LZCH, VFP AFG Akut, SBK-AG/SO, SBK-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZCH, SBK ZH/GL/SH, Marion's Spitex, SNL und **Spitex RuLa** unterstützen die Argumente der IG Pflegefinanzierung. Die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege sei sachlich unbegründet und deren Berechnung nicht nachvollziehbar. Zudem widerspräche sie der gesundheitspolitischen Strategie der Förderung der ambulanten vor der stationären Versorgung. Mit der Ausnahme von **SNL** äussern sich die erwähnten Organisationen zustimmend zur Erhöhung der OKP-Beiträge der Pflegeheime.

LZCH und **SBK-ZCH** sind der Ansicht, dass die Senkung der Beiträge an die ambulante Krankenpflege für die Praxis nicht tragbar ist und in der Versorgungsqualität hohen Schaden anrichte. Eine Senkung der OKP-Beiträge an die ambulante Krankenpflege gefährde die Qualität der ambulanten Pflegeversorgung und trage am Ende eher zur Erhöhung der Gesundheitskosten bei.

LZCH fügt ein, dass im Pflegeheimbereich unabdingbar sei, dass die aus der Erhöhung der Beiträge resultierenden Zusatzeinnahmen in professionelle und qualitativ hochstehende Pflegeleistungen investiert werden.

VFP AFG Spitex Pflege und **VFP AFG Akut** unterstützen die Erhöhung der OKP-Beiträge für die Pflegeheime, sofern Heime damit die Personalquote von Pflegefachpersonen HF (höhere Fachschulen), BSc (Bachelor of Science) und MSc (Master of Science) erhöhen. Die Senkung der OKP-Beiträge für die Hilfe und Pflege zu Hause lehnen sie ab. Zudem weise der Bericht zur Vernehmlassung konzeptionelle Schwächen auf; dazu listet die Stellungnahme argumentative und sachliche Fehler auf. Ausserdem seien die Berechnungsgrundlagen nicht solid und die unterschiedlichen Abrechnungsgrössen in den Jahren 2010 und 2014 (5 Minuten vs. 10 Minuten) nicht einbezogen worden, was die Zahlen im Jahr 2014 automatisch erhöhe. Aus wissenschaftlicher Sicht müsste auf eine Analyse dieser Daten verzichtet und Lösungen erarbeitet werden, damit das Datenmaterial besser vergleichbar aufbereitet werden könne, um die Kostenneutralität zu überprüfen. Ebenso würden auch Referenzen für die solide Abklärung des Sachverhalts im nationalen und internationalen Kontext und das Heranziehen vom Bericht zur Evaluation der Pflegefinanzierung fehlen.

Für **VFP AFG Akut** ist der Kommentar zur Änderung nicht mit den vorgeschlagenen Bestimmungen kohärent abgestimmt. Er sei kompliziert geschrieben, habe Lücken, sei nicht leserfreundlich und ermangele evidenz-basierter Grundlagen. Zudem weise er leider auch inhaltliche Fehler auf. Ausserdem seien die Grundlagen und Belege äusserst lückenhaft. Formulierungen bezüglich Messbarkeit und Vergleichbarkeit von Pflegeleistungen dürften nicht auf unwissenschaftlichen Annahmen («es ist möglich», «kann aber nicht beziffert werden», usw.) beruhen.

H+ und die **unimedsuisse** stimmen der Erhöhung der Pflegeheimansätze zu und lehnen die Senkung der Spitexansätze ab. Die Kostenneutralität über verschiedene Tarife hinweg sei keine gesetzliche Vorschrift. Es sei gesundheitspolitisch nicht sinnvoll, die stationäre Langzeitpflege aufzuwerten und parallel dazu die ambulante zu bestrafen.

psymoos äussert sich gegen die Kürzung der Leistungen der OKP. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung leiste keinen Beitrag in Bezug auf die Situation im Gesundheitswesen.

VAPP möchte im Sinne einer gesicherten Versorgung keine Änderung der Krankenpflegeleistungsverordnung, weil sie ein zweckmässiges, wirksames und wirtschaftliches System in ihren Grundfesten erschüttern würde, ohne einen erkennbaren Effekt zu erzielen.

mfe lehnt die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege ab.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Aufgrund der Analyse der Versicherer-Daten kommt **curafutura** zum Resultat, dass die Beiträge der Krankenversicherer im Bereich «ambulante Pflege» gesenkt, und jene im Bereich «Pflegeheim» angehoben werden müssen, damit die heutigen Krankenversicherungsbeiträge den Tarifen 2010 entsprechen würden. Sie schlägt vor, dass die in der Vorlage berechneten Beiträge im Pflegeheimbereich auf ganze Franken und im Bereich der Pflege zu Hause auf zehn Rappen gerundet werden, wie dies bisher auch der Fall gewesen war.

santésuisse hält fest, dass die Daten zur Überprüfung der Beitragssätze schon seit geraumer Zeit vorliegen, und sieht keinen Grund, weshalb die Beitragssätze acht Jahre nach Einführung der Pflegefinanzierung noch angepasst werden sollen, zumal dies bei Versicherern, Leistungserbringern, Patienten und Gemeinwesen unnötige finanzielle Unsicherheit generiere und zu einer erschwerten Planbarkeit führe. Auch sachliche Gründe würden gegen eine neue Kalibrierung der Beiträge sprechen.

Andere Organisationen

Die **FRC** stellt fest, dass bei der Finanzierung der Pflegeheime der Teil der Finanzierung, den die Bewohnerinnen und Bewohner aus ihrem Portemonnaie berappen müssen, tendenziell ansteigt, während ihre Mittel stagnieren. Dennoch begrüsst sie die Erhöhung des Anteils der Krankenversicherer an dieser Kostendeckung, bedauert aber, dass diese Verbesserung auf Kosten der Spitex erfolgt, was politisch für die Leistungsempfängerinnen und -empfänger zufriedenstellender ist.

SSV lehnt die Anpassung der Beiträge der OKP (Art. 7a KLV) ab, wobei er insbesondere die Senkung der Beiträge an die Spitex kritisiert. Aus seiner Sicht sind die Krankenkassen generell stärker in die Finanzierung der Pflege einzubinden. Die vorgesehenen Tarifänderungen würden dem Ziel der Stärkung der Pflege zu Hause anstelle von Heimeinweisungen zuwiderlaufen (u.a. Ziel: ambulant vor stationär). Zudem verschärft eine weitere Entlastung der Krankenkassen im Bereich der Pflege die Problematik der Kostenteilung und Restfinanzierung, auf die der Städteverband schon mehrfach hingewiesen hat. Der schweizerische Städteverband fordert eine sachgemässe Einbindung der OKP in die Pflegekosten, etwa indem ihre Beiträge regelmässig an das gesamte Kostenwachstum bei der Pflege angepasst werden.

4.2 Kostenneutralität

Kantone

Aus der Sicht von **GR** bezieht sich die Kostenneutralität nicht auf die absoluten Ausgaben der OKP, sondern auf den Anteil der OKP an den KVG-Pflegekosten. Letztere stiegen aufgrund von anderen Faktoren wie die stärkere Inanspruchnahme oder die Zunahme der Leistungskomplexität an. Gemäss Stellungnahme des EDI vom 4. Juli 2018 zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung sei für die Zielerreichung die absolute Entwicklung der OKP-Ausgaben für Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV nicht massgebend.

JU vertritt den Standpunkt, dass die gewollte Neutralität nur für eine Übergangsphase von drei Jahren gilt. Nach Ablauf dieser Frist sollte der Kostenanstieg zwischen den Akteuren aufgeteilt werden. Schliesslich sei die angewandte Methodik zur Beurteilung der Kostenneutralität weder zuverlässig noch reproduzierbar.

Aus Sicht von **VD** bezieht sich der erläuternde Bericht auf verschiedene Zahlenquellen, deren Genauigkeit und Verlässlichkeit sehr relativ sind. Ein Teil der verfügbaren Informationen sei schliesslich wegen ihrer Unzuverlässigkeit ausgeklammert worden. Die Berechnung habe daher auf mehreren unterschiedlichen und inkonsistenten Quellen beruht. Zudem sei die Verwendung der Abrechnungsdaten aus dem SASIS-Datenpool problematisch, da die Kantone deren Verlässlichkeit nicht nachweisen können. Der berechnete Korrekturfaktor beruhe daher nicht auf einer zuverlässigen und reproduzierbaren Methode, und die Berechnungsgrundlagen und angestellten Vergleiche zur Definition der Kostenentwicklung zwischen 2010 und 2014 seien weder relevant noch zwingend objektiv.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

CP bedauert, dass die geplanten Anpassungen der Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zur Vergütung von Pflegeleistungen zu Lasten des ambulanten Pflege-sektors gehen. Er ist der Ansicht, dass der Vorschlag, der den Grundsatz der Kostenneutralität anspricht, dann aber eine einfache Kostenverlagerung (ambulant vs. stationär) vorsieht, nur das Konfliktschema zwischen diesen beiden Bereichen aufrechterhält oder sogar verschärft, statt deren Komplementarität und die damit verbundene Effizienz in den Vordergrund zu stellen.

Laut **CP** gibt es für das Problem der Restfinanzierung keine konkreten Massnahmen. Eine Anpassung der OKP-Beiträge ist nur dann sinnvoll, wenn die Bestimmungen zur Restfinanzierung durch die Kantone schweizweit einheitliche Kriterien garantieren. CP ist der Ansicht, dass die Diskrepanz bei dieser Restfinanzierung einigen Kantonen ermöglicht, ihrer gesetzlichen Verpflichtung nur unzureichend nachzukommen: Die stationäre Langzeitpflege und die ambulante Pflege werden dann häufiger mit ungedeckten Kosten konfrontiert, was zu einer Kostenverlagerung führe, die unangemessen sei und die Qualität der Pflege beeinträchtige. Darüber hinaus betont CP, dass eine Senkung der ambulanten Kosten zugunsten der Versicherer keineswegs eine Kompensation der Finanzierung zulasten der Kantone und Gemeinden im Spitex-Bereich gewährleistet.

Der eklatante Mangel an transparenten Daten zur Verrechnung von Nebenleistungen zwingt CP, grosse Vorbehalte gegenüber der Berechnung der Beitragserhöhung in der stationären Pflege und dem vorgesehenen Korrekturfaktor zu äussern.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

IG Pflegefinanzierung bestreitet nicht, dass der Grundsatz der Kostenneutralität der Beiträge der OKP eines der Ziele der neuen Pflegefinanzierung war. Die Interpretation der Datenlage und die daraus resultierende Senkung der Beiträge an die ambulante Pflege um 3,6 Prozent seien jedoch sehr widersprüchlich und absolut nicht nachvollziehbar. Vielmehr müsste als Folge der Kostenentwicklung hinsichtlich kostenintensiverer und komplexerer Pflegesituationen eine grundsätzliche Erhöhung der Beiträge in Betracht gezogen werden. Die vorgeschlagene Erhöhung der Beiträge im Pflegeheimbereich gehe in die richtige Richtung. Sie müsse aber beträchtlicher sein und auch für den ambulanten Bereich gelten.

CURAVIVA und **VAKA** stellen die Berechnungsmethode des EDI in Frage. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Bundesrat die Korrektur der OKP-Beiträge allein aufgrund der statischen Betrachtung der Kostenneutralität vorschlage und die dynamische Entwicklung nicht berücksichtige. Auch das Postulat der SGK-NR 16.3352 "Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger", das der Nationalrat am 19. September 2016 fast einstimmig überwiesen habe, würde die Berücksichtigung dieser Entwicklung verlangen. Es fordere eine gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger. Laut Ankündigung des EDI sei eine Anpassung der OKP-Beiträge zur Erfüllung dieses Postulats derzeit in Prüfung.

Gemäss **senesuisse** würde das BAG offenbar über keine brauchbaren Zahlen verfügen, obwohl ihm die Aufgabe zur Prüfung der Kostenneutralität schon vor 2011 übertragen worden sei und mit der SOMED-Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) eine entsprechende Statistik bestand. Das Abstellen auf die Zahlen der Versicherer, welche ein klares Eigeninteresse hätten, sei mehr als erstaunlich. Besonders unverständlich sei der Hinweis des Departements, dass aufgrund des sinkenden Preisniveaus eine zusätzliche Senkung der von Versicherern geleisteten Pauschalen zu prüfen wäre. Tatsächlich müsste die vorliegende Berechnung nicht auf den Konsumentenpreisindex abgestellt werden, sondern auf die laufende Steigerung der Gesundheitskosten auch im Spitex-Bereich. Für die Ausgaben massgebend seien die Löhne und das verwendete Material

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Region Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG und SVKZ sind der Auffassung, dass die in die Berechnung herangezogene Datengrundlage ungenügend sei. Ziel der Kostenkorrektur sei es, zu gewährleisten, dass die Einführung der KLV-Beiträge im Übergangsjahr 2010-2011 für die OKP kostenneutral erfolge. Die Gegenüberstellung der Zahlen von 2010 bis 2014 sei problematisch. Der Evaluationsbericht weise auf einen Bruch in den Daten der Spitex-Statistik des BFS auf, welche deswegen nicht für einen Vergleich der Gesamtkosten vor und nach 2010 beigezogen werden könne. Im Kommentar zur Vorlage würde darauf hingewiesen, dass die Konsistenz der vorhandenen Daten aus verschiedenen Gründen zu wünschen übriglasse. Es werde darin festgehalten, dass die Einnahmen aus Leistungen nach Artikel 7 KLV unter verschiedenen Rubriken erfasst seien, dass die erwerbswirtschaftlichen Organisationen erst seit 2010 (und auch dann noch nicht alle) an der Statistik teilnehmen würden und dass die selbstständigen Pflegefachpersonen von Zürich und Genf noch nicht in der Statistik 2010 enthalten seien. Es stelle sich prinzipiell die Frage, ob die Kostenneutralität bei der Einführung im Jahr 2011 so detailliert überprüft werden könne. Die Senkung der Beiträge stütze sich auf eine unsichere Datenbasis und sei unseriös und willkürlich. Es fehle auch eine Grundlage, um aufzuzeigen, dass die Regelung im ersten Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung nicht eingehalten worden ist. Die Evaluation erkläre, dass die anteilmässige Belastung der OKP im Betrachtungszeitraum von 72 Prozent auf 70 Prozent gesunken sei. Das Ziel der Kostenneutralität sei damit mehr als erreicht.

ASPS erklärt sich erstaunt über die sehr vielen Annahmen, die in der Vorlage getroffen worden seien und sich durch wiederkehrende Konjunktiv-Formulierungen äussern würden. Hier seien fundierte, klar erkennbare und berechenbare Grundlagen und keine Vermutungen zu erwarten. Zudem seien die erwähnten Datenquellen (SOMED-Statistik, Spitex-Statistik, SASIS-Datenpool) in unterschiedlichem Ausmass hinzugezogen worden. Ihre Ergebnisse seien nicht immer sehr klar. Eindeutige Argumente zur Klärung der Folgerungen und Entscheide würden nicht geliefert. Dies mache den Text und die entsprechenden Folgerungen schwer verständlich. Zum Beispiel die Anwendung der Angaben der Spitex-Statistik, obwohl der Kommentar zur Vorlage die Daten des SASIS-Datenpools als präziser angibt. Schliesslich sei auch viel angenommen und es werde indirekt mit den ausgelagerten MiGeL-Kosten mit einem höheren Abzug als 3,6 Prozent gedroht («Die vorgesehenen Beiträge im Rahmen der vorliegenden Überprüfung aufgrund des Grundsatzes der Kostenneutralität dürften daher etwas zu hoch sein»), was problematisch und wenig zielführend sei. Die Ergebnisse des Evaluationsberichts würden indessen in keiner Weise erwähnt bzw. in die Beurteilung mit einbezogen.

SBK Schweiz, SBK NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, SBK-AG/SO, SBK-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZCH, SBK ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex und Spitex RuLa führen auf, dass die Berechnungen zur Senkung der OKP-Beiträge auf einer seitenlangen Aneinanderreihung von Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basiere, die teilweise im Widerspruch zu vom Bundesrat selbst bestellten Grundlagen wie dem INFRAS-Evaluationsbericht stünden. Die vorhandenen statistischen Grundlagen seien eingestandenermassen mager und lückenhaft. Unberücksichtigt bleibe der Umstand, dass im Jahr 2010 in Zeiteinheiten von 10 Minuten und im Jahr 2014 in Zeiteinheiten von 5 Minuten fakturiert wurde. Es werde auch gemutmasst, dass die Aufnahme neuer Leistungen wie der Koordinationsmassnahmen und des Richtens von Medikamenten keine Kostenfolgen gezeitigt hätte, was pauschal wie unsubstanziert mit dem Argument begründet werde, dass diese Leistungen wohl auch früher „unter anderem Namen“ fakturiert und abgegolten wurden. Zudem seien die im Bericht ausgewiesenen Einnahmen um einiges höher als die aufgrund der geleisteten Pflegestunden errechneten realen Kosten. Schliesslich und schlussendlich bilde die vorgeschlagene Senkung das Ergebnis eines doch recht kruden Kalküls, indem geschlossen werde, dass die Stundenkosten gestiegen seien, weshalb sie im entsprechenden Mass gesenkt werden. Es stelle sich prinzipiell die Frage, ob man angesichts der Unsicherheiten in den Daten überhaupt die Kostenneutralität bei Einführung 2011 so detailliert überprüfen könne, wie es die Formel und deren Ergebnis von 3.6 Prozent suggerieren.

SNL stellt die Berechnungen der Vorlage in Frage. Sie würden auf Mutmassungen, Hypothesen, Konditionalsätzen und Approximationen basieren.

mfe hält die zur Berechnung der Anpassung der OKP-Beiträge für die ambulante Krankenpflege herangezogene Datengrundlage für ungenügend. Die Spitex Statistik des BFS erlaube wegen des von INFRAS erwähnten Bruchs der Daten keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010. Zudem sei das Ziel der Kostenneutralität mehr als erreicht, weil die Belastung der OKP anteilmässig gesunken sei.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

santésuisse lehnt die vorgesehene Erhöhung der Beitragssätze ab. Die Krankenversicherung habe im Jahr 2014 mehr für die Pflege als im Jahr 2010 bezahlt, wie den Daten im Kommentar zur Änderung zu entnehmen sei. Die massgeblichen Beiträge der Krankenversicherung lägen im Jahr 2014 gemäss Kommentar mit 2'556.76 Millionen Franken um 140.58 Millionen Franken oder 5.8 Prozent über den Ausgaben im Jahr 2010 von 2'416.18 Millionen Franken. Es sei daher nicht nachzuvollziehen, warum die Beträge derart angepasst werden sollten, dass sie zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherung führen würden. Wenn das EDI Anlass

für eine Anpassung der Beiträge sehe, um dem Gebot der Kostenneutralität gemäss der Übergangsbestimmung zur KVG-Änderung vom 13. Juni 2008 zu entsprechen, so müssten die Beiträge konsequenterweise um durchschnittlich 5.8 Prozent gesenkt werden. Das EDI begründe die vorgesehene Anpassung der Beiträge mit dem Argument, dass zwischen 2011 und 2014 die geleisteten Beiträge pro Pflegetag an die Pflegeheime gesunken und die Beiträge pro Stunde an die Pflege zu Hause gestiegen sind. Diese Optik widerspreche aber der Übergangsbestimmung, die vorsehe, dass die Summe der Vergütungen mit dem Stand von 2010 zu vergleichen sei. Der Gesetzgeber habe aber vermeiden wollen, dass eine Mengenausweitung bereits in der Übergangsphase zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherung führe. Die Voten der Kommissionssprecherinnen in den Ratsdebatten hätten die wörtliche Auslegung der Übergangsbestimmung gestützt. Ständerätin Erika Forster hätte den Entwurf im Ständerat am 19. September 2006 dahingehend erläutert, dass das «Finanzierungsvolumen der Krankenversicherung von rund zwei Milliarden Franken in etwa beizubehalten» sei. Analog seien auch die Erläuterungen der Vorlage von Nationalrätin Ruth Humbel am 21. Juni 2007 im Nationalrat sein: «Mit einer Übergangsbestimmung will der Ständerat Kostenneutralität garantieren, das heisst, dass die Einführung der neuen Pflegefinanzierung kostenneutral erfolgt und die derzeit rund 2 Milliarden Franken betragenden Pflegekosten nicht ansteigen sollen». *santésuisse* sieht schliesslich keinen Nutzen, die Beitragssätze für ambulante Pflege zu senken und diese gleichzeitig für die stationäre Pflege zu erhöhen, denn für die Krankenversicherung wie auch für den Restfinanzierer sei ausschliesslich der Saldo massgebend.

Andere Organisationen

SSV teilt hier die Befürchtungen der Spitex-Verbände, die anmerken, dass grundlegende Veränderungen im Gesundheitssystem durch die früheren Entlassungen aus dem Spital als Folge der Fallpauschale DRG zu wenig gewichtet worden seien. Er ist der Auffassung, dass die politisch erwünschten Anpassungen mittels DRG unter anderem eine Zunahme der Komplexität der Pflege bedeuten. Wie die GDK stellt er fest, dass die Leistungsstruktur bei der Spitex sich grundsätzlich verändert hat, was der vorliegende Bericht nur ungenügend berücksichtige.

SSV ist der Meinung, dass vertiefte Abklärungen vorzunehmen seien, bevor die OKP-Beiträge für die Pflege zuhause angepasst würden, zumal die vorgesehenen Tarifierungen nun offensichtlich der politischen Zielsetzung entgegenlaufen.

Der **SGV** teilt die gleiche Meinung wie **Spitex Schweiz**, dass die zur Berechnung herangezogene Datengrundlage ungenügend sei und keine entsprechenden Vergleiche vor und nach 2010 erlaube. Während der Anteil der günstigen Leistungen (Grundpflege) kontinuierlich sinke, steige der Anteil der kostenintensiven Leistungen für die Abklärung, Beratung, Koordination sowie Untersuchung und Behandlung. Daher ist der SGV der Ansicht, dass dieser Entwicklung mit den vorliegenden Kostenneutralitätsberechnungen nicht genügend Rechnung getragen werde. Schliesslich betont er, dass die Überlegungen bei der Lohnentwicklung im Gesundheitswesen nicht nachvollziehbar seien.

Für den **SGV** ist eine weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Die KLV-Vorlage zur Kostenneutralität müsse diese Entwicklung (Finanzierungslücke für die Kosten des Pflegematerials der OKP durch die Restfinanzierung zu schliessen) mitberücksichtigen. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Eine Fortsetzung dieser bisherigen Finanzierungslösung würde für die OKP kostenneutral erfolgen. Hingegen hat der plötzliche Systemwechsel zu einem grossen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial und damit zu organisatorischen und finanziellen Schwierigkeiten geführt. Daher ist der SGV der Ansicht, dass diese unklare und unbefriedigende Situation kein Dauerzustand sein dürfe.

4.3 Pflegeintensität bzw. Leistungsstruktur

Kantone

GDK und die Kantone **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, JU, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, VS, ZG, ZH** führen auf, dass die Kostenneutralitätsberechnung die Entwicklung der Leistungsstruktur nicht berücksichtige, welche eine Senkung des Anteils der günstigsten Leistungen ausweise, während der Anteil der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Untersuchung und Behandlung steige.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Für **Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Region Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG und SVKZ** ist die Annahme der konstanten Leistungsstruktur zwischen 2010 und 2014 falsch. Die Einführung des DRG-Pauschalen-System in der gleichen Zeit habe zu komplexeren Pflegesituationen und insbesondere auch zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen geführt (Abklärung, Beratung, Koordination, Untersuchung und Behandlung). Die Spitex sei zu einem zentralen und koordinierenden Akteur der Grundversorgung geworden. Auf die Erhöhung des Anteils A- und B-Leistungen werde zum Beispiel im Bericht «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung» (2018) des BAG hingewiesen. Im Gegenzug würden die C-Leistungen anteilmässig zurückgehen. Die Graphiken 2 und 3 des Kommentars zur Änderung (S. 15) würden diese Situation zeigen. Schliesslich würden diese Verschiebungen die Verteuerung des Stundenkostensatzes erklären.

Auch **ASPS** verweist auf die Entwicklung der Anteile an A- und B-Leistungen gemäss Graphiken des Kommentars. Deswegen fordert sie eine Erhöhung der Beiträge und die Durchführung einer Analyse aufgrund der zuverlässigeren Daten 2012-2017.

SBK Schweiz, SBK NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, SBK-AG/SO, SBK-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZCH, SBK ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa weisen auf die zunehmende Komplexität der Krankheitsbilder in der Pflege als Folge der Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer hin, was auch die Graphiken 2 und 3 des Kommentars aufzeigen würden. Für die Unterscheidung zwischen einfacher und komplexer Grundpflege seien präzisere Indikatoren erforderlich. Die der Beitragssenkung zugrunde gelegte Berechnung lasse nicht nur jede Stringenz, sondern auch jeden Realitätsbezug vermissen. Die Sanktionierung der Zunahme der Pflegeintensität mit einer Senkung der OKP-Beiträge weise auf ein inakzeptables Desengagement der Krankenversicherung auf dem gesamten Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung hin. Diese Interpretation der Kostenneutralität verletze auch den Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz. Dies zeige auf, dass die von der Volksinitiative «Für eine starke Pflege» verlangte «angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen» unumgänglich sei. Keinen anderen Schluss lasse auch die im erläuternden Bericht aufgeführte negative Entwicklung der Löhne des Pflegepersonals zu.

Auch **SNL** weisen auf die Steigerung der Pflegeintensität aufgrund der steigenden Komplexität der Krankheitsbilder und der sinkenden Dauer der Krankenhausaufenthalte hin.

Für **VFP AFG Spitex Pflege** und **VFP AFG Akut** ist es falsch, die Pflegeintensität der Krankenpflege zu Hause den Pflegebedarfsstufen bzw. den a-, b- und c-Leistungen gleichzustellen. Im Säulendiagramm des Kommentars zur Vorlage sei die Komplexität der pflegerischen Leistung nicht sichtbar. Daraus lasse sich nicht schliessen, welche Ausbildung die Pflegefachperson für die Leistung benötigt. Dies sei relevant, denn auch in der Grundpflege könne in kom-

plexen Patientensituationen eine Pflegefachperson HF, BSc oder MSc nötig sein. In Spitexbetrieben würden Teams im Skill- und Grademix in Bezug auf die verschiedenen Aufgaben in der Spitex arbeiten. Dies bedeute, dass für jede zu erbringende Leistungskategorie eine andere Mitarbeiterin oder Mitarbeiter zur Patientin oder zum Patient nach Hause gehen müsste. Diese Personen würden zusätzlich Wegzeiten erbringen. Ausserdem sei die Komplexität der Pflegeleistungen im Pflegeheim und in der Spitex in Folge der Senkung der Aufenthaltsdauer im Spital, der demographischen Entwicklung, der steigenden Multimorbidität, der Zahl an chronisch Kranken sowie dem Wunsch möglichst lange Zuhause bleiben gestiegen. Schliesslich könne bei einer Zunahme von 2.3 Prozent in Abklärung, Beratung und Koordination und die Abnahme von -2.9 Prozent in der Grundpflege gemäss Kommentar der Änderung nicht von konstanter Leistungsstruktur die Rede sein.

Spitex Verband Aargau argumentiert, dass das BAG im Jahr 2012 die Krankenpflege-Leistungsverordnung für die A-Leistungen mit dem Begriff Koordination (Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen) ergänzt habe, was zu einer Verschiebung hin zu mehr A-Leistungen geführt habe.

Laut **mfe** ist die zentrale Annahme, die Leistungen der ambulanten Pflege müssten im Zeitraum 2010-2014 konstant bleiben, fraglich, wurde doch in diesem Zeitraum das DRG-Pauschalensystem eingeführt, was zu einem Anstieg der höher entschädigten Leistungen geführt habe. Seither seien auch der Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent weiterverfolgt und spezialisierte Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege eingeführt worden, so beispielsweise im Bereich der Demenzpflege, Palliativpflege, Psychiatriepflege. Diese Leistungen seien teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen.

4.4 Hoher Pflegebedarf und besondere Pflegesituationen

Kantone

Für **GDK, CLASS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VD, VS, ZG** und **ZH** ist die nicht proportionale Beteiligung der OKP über 220 Minuten Pflegebedarf im Pflegeheimbereich nicht sachgerecht. Sie fordern eine anteilmässige Beteiligung der OKP auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten.

BE weist auf den Evaluationsbericht hin, wonach die Leistungsabgrenzung im Bereich der Demenz, der psychogeriatrischen Pflege und der Palliative Care unklar sei. Die OKP-Beiträge für Leistungen im stationären Bereich seien bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag undifferenziert und somit nicht mehr proportional zum Pflegeaufwand. Ziel des Handlungsfelds «Bedarfsgerechte Angebote» der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019 sei die angemessene Abbildung in Artikel 7 KLV und die Abgeltung der notwendigen Pflegeleistungen für eine demenzgerechte Versorgung.

JU präzisiert, dass über 11 Prozent der jurassischen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen mehr als 240 Minuten Pflege pro Tag benötigen. Daher bestehe ein hohes Risiko, dass sich die Qualität der Pflege für diese benachteiligten Menschen verschlechtert. Die Schaffung zusätzlicher Kategorien sei notwendig, idealerweise sechs, aber mindestens drei. Mehrere neuere Studien hätten ergeben, dass die Pflegeleistungen für Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen oder an psychiatrischen Störungen im Alter leiden, unterfinanziert sind. Der Bundesrat sollte daher konkrete Massnahmen zur Finanzierung von spezialisierten Leistungen der Palliative Care und Psychiatrie im Alter treffen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Für die **IG Pflegefinanzierung** tragen die vorgeschlagenen Änderungen der Beiträge dem dringenden Handlungsbedarf im Bereich der Palliativ- und Demenzpflege nicht Rechnung. Der Bund habe mit den Strategien zur Demenz- und Palliativpflege den speziellen Bedarf dieser Patientengruppen aufgezeigt und solle sich daher seiner Verantwortung bewusst sein und eine angemessene Zusatzfinanzierung festlegen.

CURAVIVA und **VAKA** beantragen eine bessere Berücksichtigung der Höhe der Pflegeintensität für Demenz, für Palliativpflege und bei Multimorbidität mit der Erhöhung auf 18 Pflegestufen, damit die zusätzlichen Kosten für pflegeintensive Situationen insbesondere am Lebensende nicht einseitig zulasten der Patientinnen und Patienten und/oder der öffentlichen Hand gehen. Damit würde auch eine Forderung des Postulats der SGK-S 18.3384 „Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende“ berücksichtigt. Ohne eine verbesserte Finanzierung würden die Ziele der von Bund und Kantonen lancierten nationalen Strategien zu Demenz und Palliative Care nur ungenügend umgesetzt und die Wahlfreiheit und die bestmögliche Pflege eingeschränkt. Anpassungen der OKP-Beiträge für besondere Pflegesituationen sollten bei der generellen Überprüfung der Beiträge berücksichtigt werden, damit keine kumulativen Effekte entstehen.

Laut **senesuisse** ist der Aufwand zum Beispiel für Demenz und Palliativpflege nur ungenügend in den Pflegemessinstrumenten abgebildet. Gerade bei Schwerstpflegebedürftigen müsste eine über die bisherigen 12 Stufen hinausgehende Mitfinanzierung sichergestellt werden. Demenzkranke seien trotz teilweise tiefer Pflegestufe auf einen Pflegeheimplatz angewiesen und finanzieren die Aufenthaltskosten selbst. Wenigstens die Finanzierung von krankheitsbedingten Kosten sei daher zu gewährleisten. Dies gelte auch für den erhöhten Zeitaufwand und die Leistungen der Palliativpflege sowie aussergewöhnlich pflegeintensive Fälle, welche mehr als 4 Stunden Pflege pro Tag benötigen.

4.5 Akut- und Übergangspflege

Kantone

BE weist auf den Evaluationsbericht hin, wonach die Umsetzung der Akut- und Übergangspflege bis heute lückenhaft erfolgt ist und das Angebot nur wenig genutzt wird. Die teilweise unklare Abgrenzung zur regulären beziehungsweise geriatrischen Pflege und Rehabilitation sowie die geringe finanzielle Attraktivität des Angebots würden die Etablierung in den Pflegeheimen erschweren. Weiter hemme unter anderem die Dauer von zwei Wochen, welche zu knapp bemessen sei, die Nachfrage sei. **BE** erkennt hier einen Handlungsbedarf und fordert Förderungsmassnahmen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

CP ist der Auffassung, dass die geplanten Anpassungen alle Massnahmen zugunsten der Akut- und Übergangspflege (AÜP) auslassen, die 2011 im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung neu definiert wurde. Er ist der Ansicht, dass eine effiziente Ausgestaltung dieser Pflege, mit der die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach deren Austritt aus dem Spital sichergestellt wird, die Systemkosten senkt sowie die Wiedererlangung der Autonomie im Alltag und die Rückkehr nach Hause fördert. Statt der vorgeschlagenen begrenzten Anordnungsfrist (zwei Wochen), die aus medizinischer und pflegerischer Sicht unzureichend ist, schlägt **CP** vor, eine vierwöchige Frist festzuschreiben, was über zwei Dritteln der Patientinnen und Patienten eine erfolgreiche Rückkehr nach Hause ermöglicht. Aus seiner Sicht könnte die

Akut- und Übergangspflege auch je nach Bedarf und auf ärztliche Anordnung verlängert werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die **LSS** bittet um sorgfältige Analyse des Evaluationsberichts von INFRAS, da dieser aufzeige, dass die derzeitige Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege nicht genüge. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der Akut- und Übergangspflege erbracht würden, könne anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden. Das Suggestieren, wonach mit der Akut- und Übergangspflege das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden solle, weist die LSS entschieden zurück. Sie ist der Auffassung, dass eine Akut- und Übergangspflege auf einer Verordnung durch einen Spitalarzt/eine Spitalärztin basiert und entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden könne.

Die **SPO** betont, dass laut INFRAS-Evaluation die Akut- und Übergangspflege noch wenig in Anspruch genommen werde und das Angebot lückenhaft sei. Sie ist der Ansicht, dass je mehr ambulante Eingriffe durchgeführt werden, die pflegerische Nachbetreuung desto wichtiger werde. Ihrer Meinung nach dürfen die Aufenthaltskosten in einer Institution der Akut- und Übergangspflege nicht zulasten der Patienten gehen. Daher solle eine integrierte Versorgung für alle das Ziel sein.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Eine zukunftsweisende integrierte Versorgung in der Langzeitpflege ist laut **IG Pflegefinanzierung** auf eine gute flächendeckende Akut- und Übergangspflege angewiesen. Die Aufenthaltskosten in den Institutionen der Akut- und Übergangspflege dürften nicht weiter den Patienten übertragen werden, da dies ein grosses Hindernis für die Inanspruchnahme des Angebotes darstelle. Im Gegenteil sollten die Regeln der Spitalfinanzierung in diesem Zusammenhang gelten. Darüber hinaus müsse die Dauer der Akut- und Übergangspflege um längstens vier Wochen und bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens weitere vier Wochen verlängert werden können.

senesuisse hält fest, dass der Hauptzweck der Akut- und Übergangspflege darin liege, nach einem Spitalaufenthalt einen Übergang anzubieten, der den medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen und der Rekonvaleszenz entspreche. Damit müssten die Patienten ihre Selbständigkeit im Alltag wiederbekommen. Die Erfahrung zeige, dass dies in vielen Fällen mit 14 Tagen Maximaldauer nicht realistisch sei. Ausserdem biete die heutige Finanzierung keinen Anreiz, das Angebot in Heimen zu nutzen, weil die versicherte Person den ganzen Aufenthalt selber bezahlen müsse. Die Anwendbarkeit von maximal zwei Wochen der Akut- und Übergangspflege sei daher in der Praxis untauglich.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Region Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG und SVKZ weisen auf den Evaluationsbericht hin, wonach die derzeitige Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege nicht genüge. Das Suggestieren, wonach mit der Akut- und Übergangspflege das Stundentotal (unbegründet) ausgeweitet werden soll, sei zurückzuweisen. Eine Akut- und Übergangspflege basiere auf einer Verordnung durch eine Spitalärztin und ein Spitalarzt und könne entsprechend nicht willkürlich ausgeweitet werden.

Ausserdem könne nach den im oberen Absatz erwähnten Organisationen sowie **SBK Schweiz, SBK NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, SBK-AG/SO, SBK-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZCH, SBK ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa und SNL**

anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden, dass nun mehr Leistungen dank der Akut- und Übergangspflege erbracht würden.

VFP AFG Spitex Pflege und VFP AFG Akut halten fest, dass die Akut- und Übergangspflege konzeptionell in der Praxis nicht anwendbar und bei Spitalärzten zu wenig bekannt sei. Zudem sei ein Übertritt in die reguläre Spitex nach nur 14 Tagen innert 24 Stunden ohne vorbereitende Organisation kaum umsetzbar. Die Annahme, dass dank der Akut- und Übergangspflege neu mehr Leistungen in der Pflege erbracht würden, könne anhand der Spitex-Statistik nicht belegt werden.

Laut **H+** und **unimedsuisse** ist die Akut- und Übergangspflege auf vier Wochen zu verlängern, einmal verlängerbar auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin. Langzeitpflegeinstitutionen hätten mit vier Wochen eine Rückkehrquote nach Hause von über 60 Prozent. Die volkswirtschaftlichen Einsparungen würden folglich immens und die langfristigen Einsparungen der OKP ebenfalls positiv sein. Die heutige Regelung von nur zwei Wochen habe mit den medizinischen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nichts zu tun und wirke sich kontraproduktiv aus. Schliesslich seien auch die Fragen, die sich mit den höchststrichterlichen Entscheidungen der letzten Zeit ergeben haben, zu klären.

imad präzisiert, dass die Zahl der Akut- und Übergangspflegeleistungen seit mehreren Jahren stark sinkt. Das Haupthindernis besteht darin, dass Spitalärztinnen und -ärzte sich nicht vorstellen können, Akutpflegebehandlungen für Patientinnen und Patienten zu verschreiben, die für sie aufgrund ihrer Heimkehr nicht mehr leicht zugänglich sind.

4.6 Ambulant vor stationär

Kantone

GDK und **AG, AI, BE, BL, BS, FR, GR, GL, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG, ZH** weisen darauf hin, dass die Spitexorganisationen zunehmend jüngere Menschen pflegen, die dank der Spitex das Spital früher verlassen können oder sich gar nicht in stationäre Spitalbehandlung begeben müssen. Die Senkung der OKP-Beiträge für Spitex setze im Zusammenhang mit der Strategie des Bundes und der Kantone «ambulant vor stationär» ein völlig falsches Signal.

CLASS sowie **FR, GE** und **NE** sind der Ansicht, dass für die Verbesserung der Gesundheitssysteme eine Verstärkung der ambulanten Pflege und eine bessere Koordination der Akteure erforderlich ist, worüber ein breiter Konsens besteht und was insbesondere aus den vom EDI angestossenen Diskussionen hervorgeht. Die vorgeschlagene Revision würde jedoch im Gegenteil ein geringeres Engagement des Sozialversicherungssystems in dieser Richtung fördern.

Laut **JU** ist es undenkbar, die Tarife der ambulanten Pflege nach unten zu korrigieren, wo doch ein breiter nationaler Konsens darüber besteht, dass das ambulante Angebot zu verbessern ist.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Um den Grundsatz «ambulant vor stationär» zu stärken, ist die **LLS** der Ansicht, dass mit einer Erhöhung der KLV-Beiträge in der ambulanten Pflege der frühere Anteil der OKP an den Pflegekosten wieder erreicht werde und fehlende Elemente (Pfleagematerial, Wegzeiten, Löhne) einbezogen werden können.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **IG Pflegefinanzierung** ist der Auffassung, dass die Förderung der Strategie des Bundes «ambulant vor stationär im Spitalbereich» zu mehr ambulanten Eingriffen führen wird.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Region Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG und SVKZ argumentieren, dass seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung und somit auch im Zeitraum der Berechnung der Kostenneutralität der Beiträge die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen aufgrund der Strategie der Kantone «ambulant vor stationär» und bedingt durch gesellschaftliche Entwicklungen (mehr Single-Haushalte, Individualität, etc.) stark zugenommen habe. Parallel dazu sei in Kongruenz zu den verschiedenen Strategien des Bundes und der Kantone auch der Bedarf an speziellen Pflegeangeboten weiter stark gewachsen: Palliative Care, Demenzpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Kinderspitex, Wochenend- und Nachtdienste. Diese Leistungen seien teurer als «herkömmliche, einfache» Pflegeleistungen. Mit einer Zunahme dieser Entwicklung sei auch künftig zu rechnen (Nationales Forschungsprogramm «Lebensende», NFP 67, oder das Postulat 18.3384 der SGK-SR «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»). Für diese Leistungen müsse Personal mit Zusatzausbildung eingesetzt und spezielle Hilfsmittel verwendet werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser Entwicklung komme es zu einer Kostenverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich. Stark zunehmend sei seit 2011 ebenfalls der Bedarf an 24h-Dienstleistungen und Notfalldiensten. Teilweise sei der Bedarf ebenfalls an spezialisierte Angebote gekoppelt (Palliative Care, Kinderspitex). Andererseits würden aber auch sich verändernde Betreuungssituationen zu diesem Mehrbedarf beitragen.

Nach Ansicht der **ASPS** würde die vorgesehene Senkung der Beiträge der ambulanten Pflege die heute bereits unterfinanzierte Spitex weiter schwächen und damit auch die Strategie ambulant vor stationär.

Der **Spitex Verband Thurgau** betont, dass der Kanton Thurgau die starke Zunahme der Nachfrage an ambulanten Leistungen in seiner Pflegeheimplanung von 2016 ausdrücklich postuliert und als Zielsetzung festhält, Klientinnen und Klienten mit tiefen Pflegeeinstufungen vermehrt im ambulanten Setting betreuen zu lassen und die Zahl der Pflegeheimbetten entsprechend darauf auszurichten.

Laut **H+** und die **unimedsuisse** widerspräche die Senkung der Spitexbeiträge dem bundesrätlichen Ziel, die integrierten und damit auch ambulanten Leistungen zu fördern.

Psy moos betont, dass die ambulante Versorgung kostengünstiger sei als die stationäre. Der präventive Ansatz der ambulanten Versorgung verhindere unnötige Kosten. Damit würden mit den Massnahmen vor Ort insbesondere in der ambulanten psychiatrischen Pflege den kostenintensiven Behandlungen entgegengewirkt. Die ambulante Pflege sei ein eigenständiges Fachgebiet und könne nur von kompetenten und gut ausgebildeten Fachpersonen wahrgenommen werden. Die Pflege zu Hause ermögliche den Betroffenen mit ihren Einschränkungen klar zu kommen und keine teure Medizin zu verbrauchen. Die Abgrenzung zu den Ärzten sei offensichtlich, da die Ärzte die Behandlung von Krankheiten im Blick hätten. Die ambulante Pflege orientiere sich auch am Umgang mit Einschränkungen und an der Prävention von zusätzlichen behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Mit der Beratung der Betroffenen liessen sich die stationären Behandlungen erheblich reduzieren. Dies bei Kosten von 125 CHF pro Woche gegenüber einem Kliniktag von 600 CHF oder mehr. Hauptsächliches Ziel der ambulanten psychiatrischen Pflege sei es, bei vorwiegend chronischen Krankheitsverläufen, die Situation zu Hause zu stabilisieren, Krisenmanagement und Netzwerke zu installieren und so die Betroffenen aus diesem Drehtür-Effekt zu nehmen.

mfe fordert die Erhöhung der Beiträge für die ambulante Krankenpflege, damit der Grundsatz «ambulant vor stationär» gestärkt werde.

Andere Organisationen

Der **SGV** ist der Meinung, dass die Senkung der OKP-Beiträge für die Spitex hier ein völlig falsches Signal setzte und unnötig die ambulante Pflege schwäche: Mit dem Entscheid, die Beiträge der Spitex und der freiberuflichen Pflegefachpersonen zu kürzen, wirke der Bundesrat den seit Jahren laufenden grossen Bemühungen zur Stärkung der ambulanten Pflege entgegen.

4.7 Kosten

Kantone

Für **GDK** und **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, JU, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, TG, VD, VS, ZG, ZH** ist es nicht nachvollziehbar, dass die Kalkulationsmethode von einem Nullwachstum bei den Löhnen ausgeht. Mit der Ausnahme von **JU** verweisen sie auf die Zahlen des Bundesamtes für Statistik, wonach die Löhne im Gesundheitswesen von 2010 bis 2016 um rund 5 Prozent gestiegen seien. In Heimen seien sie im gleichen Zeitraum um über 2 Prozent gestiegen, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betreffe, sogar um 4 bis 6 Prozent.

BE kritisiert, dass die vorgesehene Anpassung der Pflegebeiträge der OKP einzig aufgrund der Überprüfung der Kostenneutralität erfolgt sei und keine Erkenntnisse des Schlussberichts in die Anpassung der Pflegebeiträge der OKP eingeflossen seien. Damit die zusätzlichen Kosten aufgrund der Teuerung und des Lohnsummenwachstums nicht ausschliesslich zu Lasten der Restfinanzierer gehen, sei eine Korrektur dringend notwendig.

OW weist darauf hin, dass die Pflegekosten seit 2011 gestiegen sind, was vor allem auf die höheren Löhne beim Fachpersonal zurückgeführt werden könne. Diese Entwicklung würde sich mit Blick auf den Fachkräftemangel noch beschleunigen. Bis jetzt habe sich diese Kostensteigerung ausschliesslich zu Lasten der Restfinanzierer ausgewirkt, weshalb eine Anpassung dringend nötig sei. Es sei jedoch zu bedauern, dass die Anpassung nur rückwärts gerichtet erfolgt und keinen Mechanismus enthält, um die zu erwartenden Kostensteigerungen wieder auszugleichen. Neben der Teuerung sei auch die Entwicklung der Reallöhne zu berücksichtigen.

Aus der Sicht von **CLASS, GE** und **NE** entsprechen die Anpassungen der Beträge nicht den Anliegen der Kantone, die mit immer höheren Kosten konfrontiert sind, vor allem aufgrund von Lohnerhöhungen, bei der Krankenversicherung nicht verrechenbaren Leistungen und einer alternden Bevölkerung. Für Kantone, in denen die Lebenshaltungskosten über dem Schweizer Durchschnitt liegen, wäre es äusserst nachteilig, die nationalen Entwicklungen als Berechnungsgrundlage zu nehmen. In Anbetracht des Umstands, dass die Grundversicherungsprämien und die ambulanten und stationären Pflégetarife nach Kanton differenziert sind, um die Lohnunterschiede zu berücksichtigen, wäre es ungerecht, die Beiträge der Krankenversicherer auf nationaler Ebene festzulegen und nicht regelmässig anzupassen, so dass die gesamte Kostenentwicklung zulasten der Kantone ginge.

GE präzisiert, dass die Löhne in den Pflegeheimen im Kanton zwischen 2010 und 2016 um 3,6 Prozent stiegen, dies gegenüber einem schweizweiten Rückgang von 2,4 Prozent im gleichen Zeitraum gemäss Angaben des BAG.

Nach Ansicht von **CLASS, FR, GE** und **NE** ist es nicht angebracht, 2018 über die Kostenneutralität zu sprechen, indem die 2014 entstandenen Kosten mit den Kosten von 2010 aufgrund

der 2008 erarbeiteten Tarife verglichen werden. Allein aufgrund der jüngsten wirtschaftlichen Konjunkturentwicklung würden sich die Daten aus den oben genannten Jahren nicht für eine Revision der Beträge eignen.

Nach Auffassung von **JU** ist es nicht angebracht, 2018 über die Kostenneutralität zu sprechen, die 2014 hätte wirksam sein sollen, und sich dabei auf unvollständige Zahlen zu stützen, deren Verlässlichkeit von niemandem garantiert werden kann. Zudem passe die Vorstellung einer Nullentwicklung der Löhne in der Pflege nicht mit den vom BFS veröffentlichten Daten zusammen.

Laut **VD** ignoriert die Vorlage den demografischen Kontext und die Kostenentwicklung. Der Pflegebedarf werde voraussichtlich bereits 2020–2025 aufgrund der Babyboomer massiv steigen. Zu diesem demografischen Effekt komme ein relativer Rückgang der Anzahl informeller Betreuerinnen und Betreuer und damit eine verstärkte Nutzung formaler Strukturen hinzu. Es sei davon auszugehen, dass die Zahl der Menschen, die in Pflegeheimen untergebracht sind, der Pflegebedarf und die Nutzung von Spitexdiensten zunehmen werden. Die Kosten würden insbesondere steigen, weil es notwendig wäre, Personal innerhalb der Institutionen auszubilden, um die Nachfolge sicherzustellen, das Qualifikationsniveau an die jeweiligen Bedürfnisse anzupassen und die Qualität und Koordination zwischen den Akteuren zu wahren. Daher wäre es ganz wichtig, das Finanzierungssystem für die Langzeitpflege zu stärken, da die bereits heute auftretenden Schwierigkeiten in Zukunft akut werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die **LLS** ist der Meinung, dass es eine regelmässige Anpassung der Beiträge an die Kostenentwicklung brauche. Die Leistungen im Bereich der Pflege seien in den vergangenen Jahren anspruchsvoller und kostenintensiver und die Pflegesituationen komplexer geworden. Sie betont, dass der Anteil der OKP an den Kosten der ambulanten Pflege zum Nachteil der Kantone, Gemeinden und Patienten sich in der gleichen Zeit reduzierte. Laut der LLS kann sich diese Entwicklung nicht so fortsetzen: Ausserdem erachtet sie die Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor als zentral.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Laut **CURAVIVA** und **VAKA** sei die allgemeine Teuerung eine viel zu unpräzise Basis für die Hochrechnung der OKP-Beiträge. Vielmehr sei die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich zu berücksichtigen. Laut dem BFS von 2010 bis 2016 sei ein Wachstum der Löhne im Gesundheitswesen um rund 5 Prozent registriert worden, im Heimbereich um über 2 Prozent, beim unteren Kader und in Funktionen ohne Kaderfunktion, was einen Grossteil des Pflegepersonals betreffe, sogar um 4 bis 6 Prozent. Für die Gewährleistung des Gleichgewichts zwischen den Kostenträgern brauche es eigentlich mindestens alle drei Jahren eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der OKP-Beiträge an die effektive Kostenentwicklung. Ausserdem sei der Bundesrat in Folge des am 19. September 2016 angenommenen Postulats der SGK-N 16.3352 «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger» beauftragt worden, aufzuzeigen, wie die OKP-Beiträge regelmässig an die Kostenentwicklung angepasst werden könnten.

Laut **senesuisse** ist es erstaunlich, dass die Löhne des Pflegepersonals in den Jahren von 2010 bis 2016 nicht gestiegen seien, was der Kommentar zur Vorlage aufgrund der SOMED-Statistik begründe, die im Bericht selbst als untauglich erklärt worden sei. Ausserdem seien die Löhne im Gesundheitswesen gemäss BFS von 2010 bis 2016 um 5 Prozent gestiegen, was auch die vielen Rückmeldungen aus der Betriebspraxis bestätigen würden. Ausserdem sei der Verweis im Kommentar auf den Landesindex der Konsumentenpreise unbehilflich, weil

Benzinkosten rein gar nichts mit den Lohnsteigerungen in Pflegeheimen gemeinsam hätten. Eigentlich müsse die Erhöhung der Beiträge der Pflegeheime noch deutlich höher ausfallen.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Region Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG und SVKZ halten fest, dass die Löhne im Pflegebereich in den letzten Jahren angestiegen sind und in Folge des Bedarfs an Pflegefachpersonal weiter steigen würden. Ursache der Lohnzunahmen seien der Fachkräftebedarf, die Nacht- und Wochenendeinsätze sowie die Spezialisierungen. In diesem Sinne sei die Nicht-Berücksichtigung der Löhne als Kostenfaktor zurückzuweisen. Verschiedene Faktoren würden aufzeigen, dass die Berechnungsgrundlage nach nahezu 15 Jahren überarbeitet werden müsse. Es seien verschiedene Faktoren ungenügend berücksichtigt worden, z. B. die Kosten des Pflegematerials oder die Wegzeiten.

Für **ASPS** ist der Hinweis, dass die Lohnsteigerung beim Pflegepersonal bei der Spitex nicht exakt erhoben werde und daher dieselbe Logik wie bei den Pflegeheimen mit Verrechnung von Lohnsteigerung und Teuerung angewandt werde, angesichts eines Anteils der Löhne am Gesamtaufwand der Spitex von rund 85 Prozent, nicht vertretbar und würde keiner Prüfung standhalten. Zu den Löhnen und zur Teuerung bei den Pflegeheimen könne keine Aussage gemacht werden, die Schlussfolgerung, dass diese Argumentation direkt auch für die Spitex übernommen werden könne, erscheine hingegen äusserst riskant und wenig fundiert.

Spitex Verband Thurgau hält fest, dass die Spitexmitarbeiterinnen und Spitexmitarbeiter von ihren Auftraggebern ungerechtfertigterweise indirekt auch als Kostenverursacherinnen und Kostenverursacher wahrgenommen würden, obwohl sie auf die ständig steigende Menge der zu leistenden Arbeit keinen Einfluss haben. Diese Situation trage nicht gerade zur Zufriedenheit und damit einer längeren Verweildauer im Beruf bei.

imad verweist auf die Notwendigkeit von Funktionsüberprüfungen bei der Aktualisierung des Pflichtenhefts und hält es für sehr nachteilig, nationale Entwicklungen als Berechnungsgrundlage zu nehmen und einheitliche Bundestarife für Kantone mit höheren Lebenshaltungskosten als der Schweizer Durchschnitt anzuwenden. Das Lohnniveau in Genf liege weit über dem nationalen Durchschnitt und sei in den letzten Jahren stärker gestiegen als in den meisten anderen Kantonen. Der Durchschnitt in den Kategorien Pflegepersonal und medizinisch-technisches Personal liegt bei imad bei 92'400 Franken, das sind 42 Prozent mehr als in den Berechnungen des EDI. Darüber hinaus berücksichtige der Änderungsentwurf nur den Vergleich der OKP-Stundenbeiträge zwischen 2010 und 2014. Alle anderen Argumente, die zu einer Variierung des Tarifs führen könnten, würden als marginal angesehen. So würde beispielsweise auch die zunehmende Komplexität der Pflege an 6 oder 7 Tagen in der Woche und die Verlagerung von der Grundpflege auf zunehmend fachbezogene Massnahmen – die Grundpflege ging von 63,5 Prozent im Jahr 2011 auf 61,1 Prozent im Jahr 2014 zurück – nicht berücksichtigt.

LZCH und **SBK-ZCH** stellen fest, dass die Beitragssenkung zu einer Verdichtung der Zeit, welche für eine Pflegehandlung zur Verfügung stehe, führen werde. Damit würden begleitende Massnahmen zur Gesunderhaltung gekürzt und die Gesundheitskompetenz der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger geschwächt. Dieser Arbeitsdruck und der Lohndruck würden zum Berufsausstieg beitragen.

Laut **psymoos** leistet die Kürzung der Leistungen der OKP keinen Beitrag in Bezug auf den Personalmangel, auf die Umsetzung von ambulant vor stationär und auf die Kostenexplosion. Der Berufsstand der Pflegefachpersonen sei allen anderen Berufen mit Eidgenössische Fähigkeitszeugnis gleichzustellen. Eine Kürzung der Leistungen widerspräche der Gleichstellung, weil beispielsweise die Teuerung nicht berücksichtigt werde.

mfe erachtet zahlreiche Argumente des Kommentars zur Vorlage als nicht nachvollziehbar, beispielsweise im Bereich der Lohnentwicklung. Die Lohnzunahmen aufgrund des Fachkräftemangels und der Spezialisierungen seien ein Faktum.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Für **santésuisse** könnte eine Erhöhung der Sätze namentlich ins Auge gefasst werden, wenn das allgemeine Preisniveau, gemessen am Landesindex der Konsumentenpreise, 5.8 Prozent über dem Indexstand vom Januar 2011 läge. Effektiv seien aber die Preise seit 2011 stabil geblieben.

Andere Organisationen

SSV empfiehlt, die Beiträge mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung anzupassen, da die OKP generell stärker in die Finanzierung der Pflegeleistungen einzubinden sei.

4.8 Finanzierung der OKP und der Kantone

Kantone

GDK und **AG, AI, BL, BS, FR, GL, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG, ZH** führen auf, dass gemäss der Evaluation der Pflegefinanzierung der Finanzierungsanteil der OKP in der ambulanten Pflege um 2 Prozent gesunken sei, weshalb die vorgeschlagene Senkung der Beiträge in der Krankenpflege zu Hause nicht nachvollziehbar sei. Die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung zeige, dass mit der Neuordnung die Kantone und Gemeinden eine hohe finanzielle Zusatzbelastung tragen müssten und dass sich ihre Beiträge an die Pflegeheime und Spitexorganisationen stetig erhöht hätten. Dass diese Entwicklung seit 2014 weitergehe, zeige deutlich, dass die Kostenverschiebung von der OKP zu den Kantonen und Gemeinden nicht nur eine Folge des Systemwechsels sei. Ohne Gegenmassnahme würde der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden weiterwachsen. Es sei nicht akzeptabel, dass Kantone und Gemeinden das Kostenwachstum der Pflege zu 100 Prozent tragen müssten. Dies auch deshalb, weil einzig die Krankenversicherer die Wirtschaftlichkeit der Leistungen prüfen könnten und Gerichte bei einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung nur die OKP-Kosten einbeziehen würden.

Auch **AR, BE** und **GR** weisen auf die Zahlen der Evaluation der Pflegefinanzierung, wonach der Finanzierungsanteil der OKP an den KVG-Pflegekosten bei den Pflegeheimen um 5 Prozent und bei der Pflege zu Hause um 2 Prozent gesunken ist.

BS geht von einer Kostenverschiebung von schweizweit schätzungsweise 150 bis 200 Millionen Franken pro Jahr von den Versicherern zu den Kantonen und Gemeinden aus. Administrative Aufwände kämen hinzu, um in den einzelnen Kantonen und Gemeinden die entsprechenden Kontrollstellen und Abrechnungssysteme zu implementieren und zukünftig zu führen.

OW begrüsst die vorgesehene Anpassung der OKP-Beiträge an die Pflegeheimkosten vor allem mit Blick auf die Einwohnergemeinden. Im Kanton Obwalden decke die Restfinanzierung die individuellen Pflegekosten der sieben Betagteninstitutionen.

LU weist auf die Mehrkosten von 1.4 Millionen Franken im Bereich der Ergänzungsleistungen in Folge der Erhöhung der Kostenbeteiligung aufgrund der Beitragsanpassung. Auf alle Kantone hochgerechnet würden die Mehrkosten 30 Millionen Franken betragen.

ZH ersucht das EDI, die finanziellen Auswirkungen der Anpassung der Beiträge auf die Kantone und Gemeinden zu beziffern.

BE ist der Ansicht, dass bei der Festlegung der OKP-Beiträge der Entwicklung des Finanzierungsanteils Rechnung zu tragen sei. **BE** ist erstaunt, dass in den Erläuterungen der Vorlage nicht auf die finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderungen der Beiträge für die Kantone und Gemeinden eingegangen wird.

Aus der Sicht von **CLASS** sowie **FR**, **GE** und **NE** regelt der Versuch, eine Kostenneutralität auf der Grundlage fragwürdiger Berechnungen zu wahren, die Frage der Kostenaufteilung nicht. Diese werde mit der Zeit für einige Kantone sehr ungünstig. Die Kostenverteilung zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen sollte unter Berücksichtigung der tatsächlichen Kosten für die Kantone überprüft werden, anstatt die Neutralität der von den Versicherern zu tragenden Kosten weiterhin zu wahren.

Nach Auffassung von **CLASS**, **FR** und **NE** liegen die Mängel der Vorlage in einer ungerechten Verteilung zwischen Kanton und Versicherern sowie der Missachtung der kantonalen Unterschiede. Die Berechnungen zur Kostenneutralität der häuslichen Pflege stützen sich laut BAG auf unvollständige Daten. Die vorgesehene Senkung der Beträge dürfte zu einer Erhöhung der Restfinanzierung führen und ungerechterweise die Kantone bestrafen, die aktive Politik für den Verbleib zu Hause betreiben. Eine Politik für den Verbleib zu Hause, zur Verbesserung der Koordination der Gesundheitsakteure und zur Förderung der ambulanten Pflege sollte durch eine bessere Finanzierung der häuslichen Pflege gefördert werden. Der Entwurf beinhalte genau das Gegenteil.

Laut **NE** sank in den Pflegeheimen der Finanzierungsanteil der Versicherer zwischen 2011 und 2016 um 2,9 Prozent und derjenige der Bewohnerinnen und Bewohner um 1,1 Prozent, während derjenige des Kantons um 4,0 Prozent anstieg. Betrachtet man die Finanzierung 2016 einschliesslich der Finanzierung des Pflegematerials, ist der Anteil der Versicherer an der Gesamtfinanzierung der Pflege gegenüber 2011 um 3,9 Prozent und derjenige der Bewohnerinnen und Bewohner um 1,4 Prozent gesunken, während der Anteil des Kantons um 5,3 Prozent gestiegen ist.

VD hält fest, dass der Grundsatz einer Kostenaufteilung zwischen Versicherung, versicherter Person und Staat missachtet wird, was zu einer auf Dauer untragbaren Situation für die Kantonsfinanzen führt.

OW präsentiert Zahlen der Obwaldner Betagteninstitutionen, wonach im Jahr 2017 der Kostendurchschnitt pro Tag 116.84 Franken und der Finanzierungsanteil der OKP 39 Prozent, derjenige der Bewohner 18 Prozent und derjenige der Restfinanzierer 43 Prozent betragen habe.

JU ist der Auffassung, dass die finanzielle Belastung für die Kantone und Gemeinden ständig zunimmt und dass es inakzeptabel ist, die Kantone und Gemeinden den Kostenanstieg im Pflegebereich alleine tragen zu lassen.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Alzheimer Schweiz begrüsst die Erhöhung der OKP-Beiträge für die Pflege in Pflegeheimen. Sie denkt, dass zusammen mit einer besseren Finanzierung von komplexen Situationen, insbesondere auch bei Demenzerkrankungen, und der vollständigen Restfinanzierung durch die öffentliche Hand (vgl. vorstehende Bemerkungen) so Garantie gegeben sein sollte, dass nicht mehr die Patientinnen und Patienten die ungedeckten Kosten unter dem Titel Betreuungszuschlag oder spezifisch Demenzzuschlag übernehmen müssen.

SSR ist der Meinung, dass die Interpretation der Datenlage und die daraus resultierende Senkung der Beiträge an die ambulante Pflege (Spitex) um 3.6% sowie die Erhöhung der Beiträge von 6.7% an die Pflegeheime widersprüchlich und nicht nachvollziehbar seien. Namentlich die

Senkung der Beiträge an die Spitex lehnt er dezidiert ab. Die Erhöhung der Beiträge an die Heime unterstützt er, jedoch sei zu befürchten, dass die Restfinanzierung entsprechend gekürzt werde und es somit zu keiner substantieller Verbesserung der finanziellen Situation im Heimbereich kommen werde. Besonders unverständlich sei die Argumentation des Departements, dass aufgrund des sinkenden Konsumentenpreisniveaus eine zusätzliche Senkung der Beiträge der Versicherer zu prüfen wäre. Der schweizerische Seniorenrat ist klar der Ansicht, dass für die vorliegende Berechnung nicht der Konsumentenpreisindex massgebend sein dürfe, sondern vielmehr die generelle Steigerung der Gesundheitskosten. Aus diesen Überlegungen müsse als Folge der Kostensteigerung im Gesundheitswesen eine grundsätzliche Erhöhung der Beiträge der OKP in Betracht gezogen werden. Diese Kostensteigerung könne nicht einseitig auf die Kantone und Gemeinden überwältigt werden, da die Ergebnisse der Evaluation aufzeigen würden, dass die Gesamtkosten der OKP deutliche abgenommen hätten. Da der Bund in den Strategien zur Demenz und Palliativpflege den speziellen Bedarf dieser Patientengruppen aufgezeigt habe, erwarte der schweizerische Seniorenrat, dass sich der Bund seiner Verantwortung bewusst werde, indem er für diese zeitintensive Spezialpflege und Betreuung eine angemessene Zusatzfinanzierung festlege.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

IG Pflegefinanzierung ist der Ansicht, dass die Kostenentwicklung nicht einseitig auf die Kantone und Gemeinden überwältigt werden könne, weil die Ergebnisse der Evaluation eine Senkung der Belastung der OKP klar ausweisen würden. Der Evaluationsbericht zeige eine unterschiedliche Regelung der Restfinanzierung in den Kantonen auf. Eine Präzisierung von Seiten des Bundes bezüglich der Verantwortung der Kantone und Gemeinden sei daher erforderlich. Der Bundesgerichtsentscheid zur Finanzierung der Vollkosten unterstreiche diese Verantwortung. Es gälte nun sicher zu stellen, dass das Gerichtsurteil in allen Kantonen richtig umgesetzt werde und nicht die Pflegebedürftigen zusätzlich belastet würden. Es sei dringend zu definieren, was die Beiträge und die Restfinanzierung enthalten müssten oder was separat vergütet werde.

CURAVIVA und **VAKA** argumentieren, dass einige Kantone die Pflicht zur vollständigen Restfinanzierung nicht genügend wahrnehmen würden. Nach dem Bundesgerichtsurteil vom 20. Juli 2018 (9C_446/2017) müssten die Kantone für die gesamthaft auf ihrem Gebiet anfallenden Pflegerestkosten aufkommen. Nur wenn sie nachweisen würden, dass ein Leistungserbringer nicht wirtschaftlich und effizient arbeite, sei eine Kürzung zulässig. Die Sicherstellung dieser Vorgaben sei Aufgabe des Bundes. Notwendig sei anschliessend auch eine signifikante Erhöhung aller Beiträge der OKP, weil das primär durch die Demographie bedingte Kostenwachstum sehr einseitig die Kantone und Gemeinden belastet habe.

senesuisse stellt fest, dass sich der OKP-Beitrag an die gesamten Pflegekosten in Schweizer Pflegeheimen jedes Jahr verringerte, von 53,48 Prozent im Jahr 2009 auf 45,92 Prozent im Jahr 2014, und seither noch weiter; eigentlich sei die Differenz viel höher als 6,7 Prozent. Dies könne nicht dem Wunsch des Parlaments entsprechen. Der Gesetzestext sei gemäss einstimmiger Meinung des Nationalrats so anzupassen, dass die OKP-Beiträge auch die zukünftige Kostensteigerung berücksichtigen müssten. Die Korrektur falle mit 6,7 Prozent zu tief aus, ihr könne aber zugestimmt werden, damit nicht Kantone und Gemeinden über Gebühr belastet würden. Es sei aber zu befürchten, dass die Restfinanzierung im gleichen Ausmass reduziert werde, sodass weiterhin riesige Finanzierungslücken bestehen würden, laut BFS in der Höhe von jährlich rund 300-400 Millionen Franken. Somit müssten entweder Leistungen und Qualität abgebaut werden oder die Betriebe in Konkurs gehen. Eine Verrechnung der Kosten den versicherten Personen unter anderer Bezeichnung würde den Tarifschutz verletzen. Es sei deswegen nötig, dass die Kantone den Bundesgerichtsentscheid vom 20. Juli 2018 umsetzen

würden, auch in Bezug auf die in den Pflegemessinstrumenten nur ungenügend abgebildeten Leistungen wie etwa bei Demenz und Palliativpflege.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Region Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri und SVKZ weisen darauf hin, dass aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung zulasten der Spitexorganisationen finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen worden seien. Es sei dringend zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung enthalten sein müsse oder was separat vergütet werde – z. B. Wegzeiten, Pflegematerial. Im betrachteten Zeitraum 2010-2014 sei die OKP im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet worden, in zahlreichen Kantonen insbesondere zulasten der Patientinnen und Patienten.

Nach den im letzten Absatz genannten Organisationen sowie **SPXZG**, verursache das Weiterführen der bisherigen Beiträge zur laufenden Überwälzung der steigenden Kosten auf Kantone und Gemeinden sowie Klientinnen die Klienten.

Die **ASPS** hält fest, dass gemäss Stellungnahme des EDI zur Evaluation der neuen Pflegefinanzierung der Finanzierungsanteil der OKP nicht angestiegen sei. Der Evaluationsbericht von INFRAS habe aufgezeigt, dass der Anteil der ambulanten Pflege in der OKP um 2 Prozent gesunken sei. Ausserdem erkläre der Kommentar zur Vorlage, dass einzig die Kostenneutralität die Finanzierungsperspektive der OKP bestimme und nicht die Kostenentwicklung der Leistungserbringer. Die Restfinanzierung sei aber in den Kantonen immer noch lückenhaft und z. T. nicht korrekt umgesetzt, wie im Evaluationsbericht aufgeführt. Hier gäbe es dringenden Handlungsbedarf. Die vorgeschlagene Senkung der OKP-Beiträge für die Spitex gebe hier ein völlig falsches Signal und torpediere alle Anstrengungen.

SBK Schweiz, SBK NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, SBK_AG/SO, SBK-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZCH, SBK ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa und Swiss Nurse Leaders weisen darauf hin, dass die anteilmässige Belastung der OKP nach dem Expertenbericht von INFRAS im Betrachtungszeitraum von 72 Prozent auf 70 Prozent gesunken sei und somit das Ziel der Kostenneutralität mehr als erreicht worden sei. Die vorgeschlagene Senkung der OKP Beiträge sei somit unverständlich.

VFP AFG Spitex Pflege und VFP AFG Akut beziehen sich auf die Schlussfolgerungen des Berichts zur Evaluation. Die OKP sei finanziell nicht mehrbelastet worden, hingegen die Kantone überproportional. Für die Leistungserbringer sei der Kostendruck gross, sodass sie weniger Zeit für die Pflegebedürftigen aufwenden könnten. Bei einer Erhöhung des Kostendrucks durch die Tarifsenkung würde die Unterversorgung noch verstärkt und das Risiko bestehen, dass sich die Zahl der Notfalleintritte, Rehospitalisationen und vermeidbaren Komplikationen erhöhe, mit letztlich höhere Gesamtkosten. Mit tieferen OKP-Beiträgen müssten Spitexbetriebe die Anstellung von Pflegefachpersonen HF, BSc oder Pflegeexpertinnen MSc reduzieren, was – so die einhellige internationale und nationale Evidenz – einer Gefährdung der Patientensicherheit gleichkomme.

Laut **psymoos** belaufen sich die Vollkosten auf mindestens 125 Franken pro Stunde. Die Kantone seien verbindlich zu verpflichten, die Restkosten zu finanzieren.

LZCH und **SBK-ZCH** bemerken, dass schon jetzt etliche Gemeinden und Kantone die Übernahme der Restkosten der Sparpolitik unterwerfen und nach dem Budget anstatt nach den Vollkosten richten würden. Wer günstiger pflege, werde unabhängig von der erbrachten Leistungsqualität im Markt verbleiben. Dies sei nicht förderlich.

Der **VAPP** hält fest, dass die Kantone nicht akzeptieren würden, dass sie für die Begleichung der Restkosten zuständig seien. Diese würden sich laut einer Erhebung des Kantons Bern für eine Stunde Pflege auf aktuell 125 Franken belaufen.

mfe ist der Meinung, dass im betrachteten Zeitraum die OKP im Verhältnis zu den anderen Zahlern entlastet worden sei. Aufgrund der ungenügenden Regelung der Restfinanzierung seien zulasten der Patienten auch finanzpolitisch motivierte Entscheide in Kantonen und Gemeinden getroffen worden.

4.9 Vergütung des Pflegematerials

Kantone

GDK und **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG, ZH** weisen darauf hin, dass aufgrund der Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts (C-3322/2015 et C-1970/2015) die Leistungserbringer im Pflegebereich die Kosten des Pflegematerials der OKP nicht separat in Rechnung stellen können und dass die Finanzierungslücke nach Ansicht des BAG durch die Restfinanzierer zu schliessen sei. Diese weitere Kostenverschiebung sei inakzeptabel. Es sei bei der KLV-Änderung zu berücksichtigen, dass das Weiterführen der separaten Finanzierung des Pflegematerials durch die OKP kostenneutral erfolgen müsse. Es sei auch zu berücksichtigen, dass nur die Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhalten würden und somit prüfen könnten, ob die Wahl und der Einsatz der Materialien nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erfolgt sei. Die GDK verlangt Anpassungen gegen die Kostenverschiebung von der OKP zu Kantonen und Gemeinden.

Laut **GDK** und **AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, LU, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VD, VS, ZG, ZH** entspricht es nicht einem breiten politischen Willen, dass die Vorschläge des EDI nicht der Kostenverschiebung und der Finanzierung des Pflegematerials Rechnung tragen würden. Anpassungen verlange die GDK seit Längerem. Auch aus den Reihen des Parlamentes stünden diese Forderungen im Raum (Mo Bischof 18.3425 «Die sprunghafte Mehrbelastung der Kantone, Gemeinden und Spitexorganisationen beseitigen. Die Kosten für das Pflegematerial anpassen», Po SGK-NR 16.3352 «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger», Frage Humbel 18.5133 «Umsetzung des Postulates 16.3352 der SGK-NR, «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger», Mo SGK-N 18.3710 «MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen»).

BS ist der Meinung, dass der Vorschlag zur Harmonisierung der Pflegebedarfsinstrumente und die Desharmonisierung bei der Vergütung des Materials widersprüchlich seien. Nach der Motion der SGK-N vom 6. Juli 2018 solle der Bundesrat die rechtlichen Grundlagen schaffen, wonach Leistungserbringer Materialien der MiGeL sowohl für die Selbstanwendung als auch die Anwendung durch eine Pflegefachperson in Rechnung stellen können. Nach dem runden Tisch vom 14. April 2018 sei eine Reaktion von Seiten des BAG ausgeblieben. Die vorliegende Verordnungsänderung solle dazu genutzt werden. Falls das Problem auf Gesetzesstufe gelöst werden müsse, so seien auf Verordnungsstufe zumindest Übergangslösungen zu etablieren, welche das bisherige System stützen würden.

BE weist darauf hin, dass etliche Versicherer die Zahlungen für Mittel und Gegenstände im Laufe des Jahres 2018 eingestellt hätten. Allein im Kanton Bern würden die Ausfälle auf rund 10 Millionen Franken pro Jahr geschätzt. Es sei erforderlich, dass die Pflegebeiträge der OKP unter Berücksichtigung der Kosten für Mittel und Gegenstände neu berechnet würden. Die Anpassungen seien schnellstmöglich vorzunehmen. Dass der allgemeinen Kostenentwicklung und der Problematik der Materialkosten nicht Rechnung getragen werde, entspreche zudem nicht dem breiten politischen Willen und mehrerer Forderungen aus den Reihen des Parlaments.

CLASS sowie die Kantone **FR**, **GE** und **NE** sind der Ansicht, dass die neue Praxis, die durch die jüngsten Urteile des BVGer im Bereich der Übernahme von Pflegematerial eingeführt wurde, eine chaotische Situation schafft mit einem hohen Risiko, Sozialversicherer in echte Schwierigkeiten beim Zugang zur Erstattung der notwendigen häuslichen Pflege zu bringen. Die Lösung wäre eine KLV-Revision. Es sei schwer zu verstehen, warum sich die Vorlage auf die Lösung eines Problems konzentriert, das der Mehrheit der Akteure nicht als solches erscheint, und dafür darauf verzichtet, bei der in letzter Zeit erfolgten deutlichen Verschlechterung der Sozialversicherung anzusetzen.

Aus der Sicht von **VD** ist schwer nachvollziehbar, warum bei der Anpassung der Beiträge die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts bezüglich Pflegematerial nicht berücksichtigt werden. Durch die daraus resultierende Kostenverlagerung müsse der Kanton eine Mehrbelastung von rund 3 Franken pro Tag für die Heimpflege tragen. Die Anpassung der Beitragssätze sollte diese Tatsache berücksichtigen. Die Erwägungen im erläuternden Bericht seien zu unvollständig, um als Grundlage für die Entscheidung zu dienen, auf eine Korrektur zu verzichten.

JU präzisiert, dass die Kantone und die Leistungserbringer derzeit neue komplexe und kostspielige Verfahren konzipieren, die sich negativ auf die Betreuung mancher Patientinnen und Patienten zu Hause auswirken könnten. Artikel 20 KLV sollte dahingehend geändert werden, dass ambulante Pflegedienstleister alle Materialkosten wieder in Rechnung stellen können.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die **LLS** betont, dass wie bereits mehrfach in Gesprächen mit dem BAG festgehalten und von diesem auch anerkannt, die Kosten für Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen zur NPF eingeflossen seien. Weiter sei das eingesetzte Material seit Einführung der NPF weiterentwickelt worden und habe sich entsprechend verteuert. Die LLS ist nach wie vor der Ansicht, dass die OKP-Beiträge alleine aus diesen Gründen substantiell angehoben werden müssten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **IG Pflegefinanzierung** ist der Ansicht, dass die Kosten für das Pflegematerial wie vor dem Entscheid des Bundesgerichts von der OKP zu tragen seien. Eigentlich sei die vor der Einführung der neuen Pflegefinanzierung übliche Praxis zu keiner Zeit in den Diskussionen und Beratungen der zuständigen Kommissionen in Frage gestellt worden. Es sei unverständlich, warum der Bundesrat nicht bereit sei, eine schnelle unbürokratische Lösung herbei zu führen.

CURAVIVA Schweiz und **VAKA** weisen darauf hin, dass die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September und 7. November 2017 (C-3322/2015 sowie C-1970/2015) sehr negative Folgen hätten. Speziell in der ambulanten Pflege würden Mittel und Gegenstände zum Teil abwechselnd durch eine Patientin oder einen Patienten oder durch eine Pflegefachperson angewendet. Die unterschiedliche Finanzierung führe zu kaum lösbaren Abgrenzungsproblemen und zu einem grossen und unnötigen administrativen Aufwand. Ausserdem würden nur die Krankenversicherer die für die Rechnungskontrolle notwendigen Informationen erhalten, sodass die Kantone oder Gemeinden die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit nicht überprüfen könnten. Darum sei eine dringende Rechtsänderung notwendig.

senesuisse hält fest, dass in der Berechnung der heutigen OKP-Beiträge die bei der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände nicht berücksichtigt worden seien, sodass eine Korrektur an dieser Situation dringend nötig sei.

Laut **Spitex Schweiz**, **AFAS**, **AVASAD**, **Spitex Bregaglia**, **SACD**, **FAS**, **GVCMS**, **pharmaSuisse**, **Spitex Verband Aargau**, **Spitex Kanton Bern**, **Spitex OW**, **Spitex Region Arth-**

Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri und SVKZ sei das Pflegematerial nicht oder nur ungenügend in die Berechnungen eingeflossen. Dieses sei seit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung weiterentwickelt worden und habe sich entsprechend verteuert. Zum Beispiel würden die modernen und teuren Wundverbände länger aufgelegt und weniger Pflegeleistungen durch eine Pflegefachperson benötigen. Allein aus diesen Gründen sei es nötig, die OKP-Beiträge substantiell anzuheben. Die Argumentation, wonach die Spitexorganisationen im Verlauf der letzten Jahre das Materialmanagement immer mehr an Dritte ausgelagert hätten (Apotheken, Ärzte, Materialzulieferer), und dass aus diesem Grund die KLV-Beiträge nun zu hoch seien, berücksichtige die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts nicht, wonach die verwendeten Materialien nicht separat verrechnet werden dürften. Eigentlich würden diese Gerichtsurteile grosse Probleme und administrativen Zusatzaufwand verursachen.

Die im letzten Absatz aufgeführten Organisationen, mit Ausnahme von **SXBS** und **SVBL**, weisen darauf hin, dass die Grundlagen und Belege in Bezug auf die Frage des Pflegematerials äusserst lückenhaft seien, was die Formulierungen im Kommentar zur Änderung zeigen würden («dürfte berücksichtigt haben», «es ist möglich, dass», usw.). Die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts seien nicht umsetzbar.

Die **ASPS** ist der Auffassung, dass die Kosten für die MiGeL-Produkte in Fremdanwendung nicht Teil der Berechnung der bisherigen KLV-Beiträge gewesen seien und dass öffentlich zugängliche Berechnungsgrundlagen fehlen würden. Aus diesen Gründen müsse eine zukunftsgerichtete, ausreichende Finanzierungsgrundlage geschaffen werden, indem die KLV-Beiträge substanziell erhöht würden.

Laut **pharmaSuisse** hätten die Spitexorganisationen auch aus Effizienzgründen die Belieferung von Mitteln- und Gegenständen und das Materialmanagement im Verlauf der letzten Jahre immer mehr an Dritte ausgelagert, insbesondere an Apotheken. Es sei aber den Apotheken nicht möglich, zwischen Selbstanwendern und Applikation durch Pflegefachpersonen zu unterscheiden. Auch sei die Mittel- und Gegenständeliste zu überarbeiten und an die neuen Marktpreise anzupassen.

SBK Schweiz, SBK NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, SBK-AG/SO, SBK-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZCH, SBK ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa und SNL sind der Ansicht, dass die Kosten des Pflegematerials bei der Einführung der geltenden Pflegefinanzierung unzureichend berücksichtigt worden seien. Die äusserst unterschiedliche Materialintensität je nach Art der erbrachten Pflege verunmögliche jede Pauschalisierung. Diese Kosten seien darum separat von der OKP abzugelten und die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben. Diese Kosten seien bis Herbst 2017 restlos von der OKP übernommen worden; die Umsetzung wäre daher kostenneutral. Mit der Ausnahme der **SNL** fügen die genannten Leistungserbringer an, dass nur die Versicherer fachlich in der Lage seien, den Materialbedarf an den KVG-Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu messen.

VFP AFG Spitex Pflege und **VFP AFG Akut** erklären, dass die OKP-Beiträge die Kosten des Pflegematerials nicht decken würden. Durch Innovationen in der Materialentwicklung könnten die Verbände heute deutlich länger belassen, was die Materialkosten im Vergleich zu den Personalkosten bei weitem aufhebe. Hinzu gäbe es nach den zahlreichen Pflegespezialisierungen unterschiedliche Anforderungen an Art und Menge von Mittel und Gegenständen. Ausserdem habe der Evaluationsbericht darauf hingewiesen, dass sich die administrativen Aufwände durch die Fremd- und Selbstanwendungsunterscheidung beim Material seit 2017 deutlich erhöht hätten. Schliesslich entstehe aus pflegewissenschaftlicher Sicht eine Gefährdung der Patientensicherheit, wenn Patientinnen und Patienten Material aus Kostengründen selber anwenden müssten.

mfe hält zahlreiche Argumente des Kommentars zur Vorlage als nicht nachvollziehbar, beispielsweise im Bereich des Pflegematerials wegen der Verteuerung moderner Wundverbände. Zudem seien die Auswirkungen der Urteile des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahre 2017, die zu grossen Problemen im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial geführt hätten, nicht berücksichtigt worden. Es sei ein klarer Mangel der Vorlage, dass keine Lösung dazu vorgebracht worden sei.

Andere Organisationen

Für den **SGV** ist eine weitere Kostenverschiebung hin zu den Kantonen und Gemeinden nicht akzeptabel. Die KLV-Vorlage zur Kostenneutralität müsse diese Entwicklung (Finanzierungslücke für die Kosten des Pflegematerials der OKP durch die Restfinanzierung zu schliessen) mitberücksichtigen. Die OKP hat die Pflegematerialien vor 2011 und bis mindestens Ende 2017 bezahlt. Eine Fortsetzung dieser bisherigen Finanzierungslösung würde für die OKP kostenneutral erfolgen. Hingegen hat der plötzliche Systemwechsel zu einem grossen Chaos im Bereich der Anwendung und Abrechnung von Pflegematerial und damit zu organisatorischen und finanziellen Schwierigkeiten geführt. Daher ist der SGV der Ansicht, dass diese unklare und unbefriedigende Situation kein Dauerzustand sein dürfe.

4.10 Unterjährige Einführung

Kantone

Die **GDK** und die Kantone **AG, AI, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG, ZH** halten fest, dass eine unterjährige Einführung der angepassten OKP-Beiträge nicht praktikabel sei. Dies weil es in einem Kalenderjahr zwei verschiedene Patientenbeteiligungen und zwei verschiedene Restfinanzierungen geben würde, was zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand führen würde. Da ein grosser Teil der Leistungsbezogener Ergänzungsleistungen (EL) beziehe, müssten – wegen höheren Durchschnittsprämien oder höheren AHV-Renten – schweizweit mehrere zehntausend EL-Verfügungen zusätzlich Mitte Jahr statt wie üblich nur per Jahresanfang angepasst werden.

Nach Ansicht von **BE** führt das unterjährige Inkrafttreten zu einem erheblichen administrativen Aufwand für Leistungserbringer, Kantone und EL-Durchführungsstellen. BE müsste per 1. Juli 2019 bei rund 8'500 EL beziehenden pflegebedürftigen Heimbewohnenden eine zusätzliche Neuberechnung der EL vornehmen.

UR führt auf, dass ein grosser Teil der Bewohner EL beziehe, sodass schweizweit mehrere 10'000 EL-Verfügungen im Jahr 2019 zwei Mal angepasst werden müssten.

JU stellt das unterjährige Inkrafttreten in Frage, weil damit ein hoher administrativer Aufwand verbunden wäre, namentlich in Bezug auf die Ergänzungsleistungen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

CURAVIVA und **VAKA** fordern die Inkraftsetzung der Änderungen auf den 1. Januar 2020, damit die Aussagekraft und die Umsetzungssicherheit aller statistischen und budgetrelevanten Grundlagen nicht erschwert werde.

Für die **ASPS** wäre eine unterjährige Einführung der geänderten KLV-Beiträge hinsichtlich der Festsetzung der Budgets, der Patientenbeiträge und der Restfinanzierungsanteile nicht praktikabel und mit unverhältnismässigem Aufwand bei allen Beteiligten sowie und unterjährigen EL-Anpassungen verbunden.

SBK Schweiz, SBK NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, SBK-AG/SO, SBK-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZCH, SBK ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa, SNL lehnen eine Einführung der neuen Beiträge auf Mitte Jahr aufgrund des damit verbundenen unverhältnismässigen administrativen Aufwandes ab.

4.11 Anträge

Kantone

GDK und **AG, AI, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, TG, UR, VS, ZG, ZH** fordern signifikante Erhöhungen aller Beiträge, die die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre, insbesondere ab 2014 bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der angepassten Beiträge, berücksichtigen. Es sei folglich in der KLV festzuhalten, dass die Beiträge mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden. Die KLV sei dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL handle oder ob sie in der Pflege angewendet würden. Die bisherige Finanzierung sei zu legalisieren und weiterzuführen. Alternativ könnten für die Pflegeheime die Kosten der Pflegematerialien in die OKP-Beiträge eingerechnet werden. Spitexorganisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen müssten die Möglichkeit erhalten, das Pflegematerial separat abzurechnen. Die Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien seien in einem beschleunigten Verfahren in Kraft zu setzen. Schliesslich seien die OKP-Beiträge für Leistungen der Pflegeheime auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abzustufen, indem die bestehenden Pflegestufen um sechs auf insgesamt achtzehn Stufen erhöht würden. Der Einführungszeitpunkt der angepassten Beiträge sei auf einen Jahresanfang zu legen.

Auch der Kanton **AR** beantragt, dass die anteilmässige Beteiligung der OKP auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in der KLV verankert wird.

Für **BE** ist in der KLV zu präzisieren, dass die Beiträge regelmässig anzupassen sind. Die Anpassung der Beiträge solle die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre berücksichtigen, insbesondere ab 2014 bis heute. Um eine zusätzliche Kostenverschiebung aufgrund der neuen BVGer-Praxis zu vermeiden sei ausserdem eine zusätzliche Erhöhung der Beiträge notwendig oder für die freiberuflichen Pflegefachpersonen und die Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause alternativ zu ermöglichen Pflegematerialien in Rechnung zu stellen, unabhängig davon, ob das Material von der zu pflegenden Person selbst oder durch eine Pflegefachperson angewendet werde. Hinsichtlich der Anpassungen bezüglich der Pflegematerialien sei ein beschleunigtes Verfahren anzuwenden. Es seien auch Massnahmen zu ergreifen, die die Umsetzung der Akut- und Übergangspflege fördern und eine kostendeckende Finanzierung der Pflegeleistungen im Bereich der Demenz, der psychogeriatrischen Pflege und der Palliative Care ermöglichen würden. Schliesslich seien die Beiträge der Pflegeheime auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in 20-Minuten-Schritten abzustufen.

CLASS und **NE** fordern, dass die Beiträge erhöht werden und selbständige Pflegefachpersonen sowie die Spitexorganisationen sämtliches Pflegematerial in Rechnung stellen können, um eine erneute Kostenüberwälzung auf die Kantone zu vermeiden. Es sollte eine regelmässige Anpassung der Beiträge aufgrund der Kostenentwicklung im Pflegebereich erfolgen.

Aus der Sicht von **GE** sollte die Kostenaufteilung mit den Krankenversicherern im Hinblick auf die tatsächlichen Kosten für die Kantone überprüft werden. Die Beiträge sollten unter Berücksichtigung der Argumente von GE (Lebenshaltungskosten usw.) sowie regelmässig aufgrund der Kostenentwicklung im Pflegebereich angepasst werden. Darüber hinaus sollten die Pflegestufen angepasst und eine dreizehnte Klasse hinzugefügt werden, um besonders schwere Fälle zu vergüten. Bezüglich Pflegematerial wäre die Lösung eine KLV-Revision.

JU verlangt eine Erhöhung der Beiträge auch für die häusliche Pflege, eine regelmässige Indexierung an die Kostenentwicklung (mindestens alle drei Jahre), die Möglichkeit der Verrechnung von sämtlichem Pflegematerial, die Schaffung zusätzlicher Kategorien für schwere Fälle und die Einführung konkreter Massnahmen zur Finanzierung spezialisierter Leistungen in der Palliative Care und Psychiatrie im Alter.

VD wünscht, dass die Beitragssätze so angepasst werden, dass die Tarife das Spitexangebot nicht beeinträchtigen, dass eine periodische Indexierung der Beiträge erfolgt, dass die Beiträge so angepasst werden, dass das Pflegematerial eingeschlossen ist, und dass die Pflegestufen über die 12 Klassen für Pflegeheime hinaus erweitert werden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Eine unterjährige Inkraftsetzung führt meist zu Abgrenzungsproblemen und zu einem nicht unerheblichen administrativen Mehraufwand. **SGV** tritt daher dafür ein, die revidierte Verordnung erst per Anfang 2020 in Kraft zu setzen.

Aus Sicht des **SGV** sollte die ganze MiGeL-Problematik rasch geklärt werden und dies sollte im Rahmen der vorliegenden Verordnungsrevision erfolgen. Der SGV beantragt daher, diesen Punkt zusätzlich aufzunehmen und Regelungen für eine gerechte Entschädigung dieser Leistungen zu treffen.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Der **SSR** ist der Auffassung, dass der Bund die Verantwortung der Kantone und Gemeinden angesichts der unterschiedlichen Regelung der Restfinanzierung in den Kantonen präzisieren muss. Daher schlägt er folgende Änderung von Artikel 25a Absatz 5 Satz 2 KVG vor:

«Die Kantone stellen die Finanzierung der ausgewiesenen Restkosten der Pflegeleistungen sicher. Der Bundesrat erlässt einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und zur Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.»

Der **SSR** ist der Ansicht, dass die Aufenthaltskosten in den Institutionen der AÜP nicht weiter den Patienten übertragen werden dürfen, da sonst nur diejenigen in Genuss dieses Angebots kämen, welche sich das auch leisten könnten. Es widerspreche dem sozialen Grundgedanken des KVG, dass der Bezug von Leistungen von der wirtschaftlichen Situation des Patienten abhängig sei. Daher empfiehlt er dem Bundesrat, im Rahmen dieser Änderung die erforderlichen Anpassungen in der stationären Spitalfinanzierung vorzunehmen:

«Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und ärztlich angeordnet werden, müssen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten längstens vier Wochen vergütet werden, und zwar nach den Regeln der Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 49 Abs. 1) sowie nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen). Die Akut- und Übergangspflege kann bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens vier Wochen verlängert werden.»

Der **SSR**, **SPO** und **VASOS** beantragen, die KLV auf den 1. Januar 2019 dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer der Pflege gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen können. Auf die unsägliche Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson sei zu verzichten. In diesem

Zusammenhang hält der schweizerische Seniorenrat fest, dass diese Praxis bereits vor Einführung der neuen Pflegefinanzierung üblich gewesen sei und zu keiner Zeit in den Diskussionen und Beratungen der zuständigen Kommissionen in Frage gestellt worden sei.

Die **SPO** fordert eine Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen und zwar auf Stufe Gesetz wie auf Stufe Verordnung.

Die **SPO** beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre an die Kostenentwicklung der ambulanten Pflege angepasst werden.

Zudem fordert die **SPO**, dass die Deckelung der Beiträge der Versicherer gemäss Art. 7a Beiträge KLV zwingend aufgehoben werden muss. Die Beiträge der Versicherer sind so zu indexieren, dass sie sich der Teuerung anpassen und diese nicht mehr nur durch die Restkostenfinanzierung der öffentlichen Hand überwältigt wird.

Die **SPO** schlägt vor, folgende Passage in Art. 20 KLV zu streichen: *«Die Versicherung leistet eine Vergütung (...) nach Artikel 55 KVV abgegeben werden und von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden.»*

VASOS und **SPO** fordern bezüglich der Abgeltung des Pflegematerials, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung aufzuheben sei und dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten seien.

VASOS fordert eine Erhöhung der OKP-Beiträge an die ambulante Pflege im selben Masse wie sie für die stationäre Pflege im Heim vorgesehen sei, da die Spitex ein Eck-Pfeiler der Grundversorgung sowohl in der spitalexternen Nachsorge wie in der Langzeitpflege sei.

VASOS fordert weiter die Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen sowie die Umsetzung und sichere Finanzierung der vom Bund erarbeiteten Demenz- und Palliativ-Care-Strategien.

VASOS schlägt für den Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG vor, verbindliche Kriterien der kantonalen Restkostenfinanzierung einzuführen: *«Die Kantone stellen die Finanzierung der ausgewiesenen Restkosten der Pflegeleistungen sicher. Der Bundesrat erlässt einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und zur Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege.»*

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **IG Pflegefinanzierung** beantragt eine Erhöhung der Beiträge für die Pflegeheime, die beträchtlicher als vorgesehen ist und auch für den ambulanten Bereich gilt. Ausserdem sei die Verantwortung der Kantone und Gemeinden zu präzisieren bzw. sicherzustellen, dass der Bundesgerichtsentscheid zur Finanzierung der Vollkosten in allen Kantonen richtig umgesetzt werde. Es sei zu definieren, was in den Beiträgen und in der Restfinanzierung enthalten sei oder was separat vergütet werde. Im Bereich der Akut- und Übergangspflege seien die Aufenthaltskosten durch die Regeln der Spitalfinanzierung zu vergüten. Die Dauer der Akut- und Übergangspflege müsse um längstens vier Wochen und bei Bedarf auf ärztliche Anordnung einmal um längstens weitere vier Wochen verlängert werden können. In Sachen Pflegematerial soll ermöglicht werden, dass die Leistungserbringer der Pflege das Pflegematerial der OKP in Rechnung stellen, beispielsweise durch eine Änderung von Artikel 20 KLV, oder wenn nötig durch eine Änderung auf Gesetzesebene. Auf die Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson sei zu verzichten. Schliesslich sei sicher zu stellen, dass jene Kantone, die bei der Restfinanzierung Deckungslücken entstehen liessen, die höheren OKP-Beiträge zu deren Schliessung nutzen.

CURAVIVA Schweiz und **VAKA** beantragen die Sicherstellung durch den Bund der Umsetzung des Bundesgerichtsentscheids vom 20. Juli 2018 (9C_446/2017) in Sachen Restfinanzierung, falls nötig gestützt auf Rechtsänderungen. Soweit noch Unklarheiten bestehen würden, sei vom Bund verbindlich zu definieren, was die Pflegekosten enthalten bzw. die Restfinanzierung decken müsse. Ausserdem sei eine Rechtsänderung des Artikels 20 KLV oder wenn nötig das Gesetzes anzupassen, damit die in der Praxis absolut untaugliche Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch fachliches Personal aufgehoben werde und die Leistungserbringer das Pflegematerial verrechnen könnten. Um die hohe Pflegeintensität für Demenz, für Palliativpflege und bei Multimorbidität besser zu berücksichtigen, seien die Pflegebedarfsstufen im Pflegeheim auf achtzehn Stufen zu erhöhen. Bezüglich Akut- und Übergangspflege sei Artikel 25a KVG anzupassen, damit die Vergütung nach den Regeln der stationären Behandlung – einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen – während vier Wochen und bei Bedarf auf ärztliche Anordnung nochmals für weitere vier Wochen erfolge. Ausserdem sei die Kostenentwicklung der Pflege der letzten Jahre insbesondere ab 2014 zu berücksichtigen. Es sei auch eine Regelung ins Gesetz aufzunehmen, wonach die Beiträge mindestens alle drei Jahre nach dem Aufwand nach Pflegebedarf und zwecks Gleichhaltung der Anteile aller Kostenträger überprüft würden. Schliesslich sei die Inkraftsetzung der Änderungen der OKP-Beiträge auf Anfang des Kalenderjahres festzusetzen. Die Erhöhung der Beiträge um 6.7 Prozent gelte als Minimalvariante.

senesuisse beantragt den Verzicht auf eine Senkung der OKP-Beiträge wegen das ungenügende Datenmaterials. Nach dem Willen des Parlaments würde jedenfalls schon bald eine Erhöhung anstehen (Postulat SGK-NR 16.3352 «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger»). Für die Vergütung des Pflegematerials sei die Stundenpauschale deutlich zu erhöhen. Viel besser wäre die Anpassung des Artikels 20 KLV, damit die in der Praxis absolut untaugliche Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch fachliches Personal aufgehoben werde. Ausserdem sei im Artikel 25a KVG einerseits zu präzisieren, dass die Kantone für die Tragung der gesamten auf ihrem Gebiet anfallenden Restpflegekosten zuständig seien, ausgenommen im Fall von ausgewiesener Unwirtschaftlichkeit oder Ineffizienz; andererseits, dass die Beiträge mindestens alle drei Jahre zwecks Beibehaltung des Kostenteilers zwischen Krankenversicherer und Restkostenfinanzierer angepasst würden. Ebenfalls sei Artikel 7a KLV Absatz 3 mit weiteren fünf Pflegebedarfsstufen zu ergänzen und der Pflegeintensität von besonderen Krankheiten und Situationen in den Messinstrumenten besser Rechnung zu tragen, vor allem für Demenz, Palliativpflege, Multimorbidität und hohen Pflegebedarf. Schliesslich müsse die Dauer der Übergangspflege auf mindestens 4 Wochen verlängert werden, mit der Möglichkeit zur einmaligen Verlängerung bei entsprechendem Bedarf, mit Finanzierung der Aufenthaltskosten analog der Spitalfinanzierung.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Region Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SPXZG, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri und SVKZ fordern eine substantielle Erhöhung der Beiträge in der Krankenpflege zu Hause. Sie unterstützen, mit der Ausnahme von Spitex Obwalden und Spitex Uri, die Erhöhung der Beiträge im Pflegeheimbereich. Mit der Ausnahme von SPXZG beantragen sie die Definition, was die Beiträge und die Restfinanzierung enthalte oder was separat vergütet werde – z. B. Wegzeiten, Pflegematerial. Für die Vergütung des Pflegematerials sei die KLV zu ändern, beispielsweise durch eine Änderung von Artikel 20. Auf die Trennung des Materials zwischen Selbstanwendung und Anwendung durch eine Pflegefachperson sei zu verzichten und damit die in den vergangenen Jahren funktionierende Praxis zu legalisieren. Aufgrund der je nach Pflegeleistung sehr unterschiedlich anfallenden Kosten sei eine pauschalisierte Einrechnung in den OKP-Beiträgen der ambulanten Pflege nicht sinnvoll. Damit würden materialintensive Leistungen (z. B. Wundpflege) zu tief abgegolten. Entsprechend

müsse Pflegematerial separat (und nicht pauschalisiert) in Rechnung gestellt werden können. Sollte nicht direkt eine KLV-Änderung möglich sein, sei die Änderung so rasch wie möglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.

pharmaSuisse fordert neue Abgeltungen für die Leistungen der Spitex. Ausserdem seien die Kosten der Compliance-Hilfen bei der Medikation in einem separaten Budget zu berücksichtigen. Schliesslich sei die Mittel- und Gegenständeliste zu überarbeiten und an die neuen Marktpreise anzupassen.

Für die **ASPS** sind die OKP-Beiträge alle drei Jahre der Kostenentwicklung in der Pflege anzupassen. Hierzu erscheine die Ergänzung des Artikels 7a KLV mit einem neuen Absatz 5 zielführend. Ausserdem seien die KLV-Beiträge für die ambulante Pflege zu erhöhen und die Verrechnung von MiGeL-Produkten wie vor den Entscheiden des Bundesverwaltungsgerichts zu ermöglichen. Artikel 20 KLV sei in dem Sinne zu ergänzen, dass die OKP die MiGeL-Produkte, die von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich oder beruflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person, finanziere.

SBK Schweiz, SBK NE-JU, curacasa, svbg, VFP AFG Akut, SBK-AG/SO, SBK-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, SBK-ZCH, SBK ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex und Spitex RuLa beantragen, dass die Beiträge regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten Pflege angepasst werden. Für die erwähnten Organisationen und **SNL** sei eine genügende Übergangsfrist vorzusehen, wenn die geplante Senkung der OKP-Beiträge an die ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich in Kraft gesetzt werde. Zudem sei der Zeitpunkt der Inkraftsetzung auf Anfang Jahr zu setzen und den Kantonen eine angemessene Frist zur Anpassung der Restfinanzierung zu gewähren. Der Bundesrat solle zuhanden der Kantone einheitliche Kriterien zur Erhebung, Berechnung und Festsetzung der Vollkosten sowie ergänzend zur Finanzierung der Versorgungspflicht in der ambulanten Pflege erlassen. Bezüglich die Abgeltung des Pflegematerials sei die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten seien.

VFP AFG Spitex Pflege und VFP AFG Akut beantragen, dass die Beiträge regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten sowie stationären Pflege angepasst werden. Es müssten dazu eine Datengrundlage erarbeitet werden, welche diese Überprüfung wissenschaftlich fundiert zulassen würden. Ausserdem sei die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung des Pflegematerials in dem Sinne aufzuheben, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten seien.

imad fordert eine substanzielle Beitragserhöhung, die nach einem neuen System unter Berücksichtigung von Kriterien zu berechnen ist, die heute nicht oder nur unzureichend einbezogen werden (Koordination und Beratung, Material, Weg, Komplexisierung der Pflege, zunehmende Einsatzbereitschaft rund um die Uhr über die ganze Woche, Lohnentwicklung usw.).

H+ und die **unimedsuisse** fordern die Verlängerung der Akut- und Übergangspflege auf vier Wochen, einmal verlängerbar auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin.

VAPP beantragt, dass die Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht geändert wird.

mfe fordert eine Erhöhung der OKP-Beiträge in der ambulanten Pflege. Sie schlägt auch vor, die bisherige, gut funktionierende Praxis betreffend Verrechnung von Pflegematerial auf den frühestmöglichen Termin definitiv in der Verordnung bzw. im Gesetz zu verankern. Dies auch im Lichte der Tatsache, dass diese Kosten seinerzeit nur ungenügend in die Berechnungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung eingeflossen seien. Schliesslich sei dringend eine Klärung in Form einer Präzisierung des KVG notwendig, um eine volle Kostenübernahme der

Restfinanzierung durch die öffentliche Hand zu gewährleisten. Dabei sei insbesondere zu definieren, was in den Beiträgen und der Restfinanzierung alles enthalten sein müsse oder was separat vergütet werde, beispielsweise Wegzeiten oder Pflegematerial.

psymoos fordert, dass die Kantone verpflichtet werden, die Restkosten zu finanzieren.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Um in der Leistungsabwicklung eine praktikable Umsetzung sicherzustellen, schlägt **curafutura** vor, dass die Beiträge in der KLV im Bereich «Pflegeheim» auf ganze Franken, im Bereich «Pflege zu Hause» auf zehn Rappen gerundet werden, wie dies bisher auch der Fall war.

santésuisse ist gegen eine Anpassung der Beiträge.

Andere Organisationen

CT PLAISIR fordert, dass nicht nur für Artikel 8b KLV, sondern auch für Artikel 8a eine Umsetzungsfrist vorgesehen wird, und zwar aufgrund der daraus entstehenden Fragen und Kosten.

Der **SSV** beantragt, auf die Senkung der Beiträge für die Pflege zuhause zu verzichten. (Art. 7a KLV)

Die MiGeL-Kosten dürfen künftig nicht alleine durch die Restfinanzierer getragen werden. Daher ist der **SSV** der Ansicht, dass die Behebung dieser Problematik dringlich ist und deshalb in diese Verordnungsanpassung zu integrieren.

Der **SSV** ist der Meinung, dass die Planung von Massnahmen aus dem Bericht «Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vom Mai 2016 seitens des Bundes zu beschleunigen ist.

Der **SGV** fordert, dass die OKP-Beiträge nach Art. 7a, Abs. 1 und 3, KLV, so erhöht werden, dass aufgrund der neuen Praxis gemäss Urteilen BVGer keine Kostenverschiebung von Krankenversicherern zu Kantonen und Gemeinden entsteht.

Der **SGV** fordert, dass in der KLV festgehalten wird, dass die OKP-Beiträge nach Art. 7a, Abs. 1 und 3, KLV, regelmässig – mindestens jedoch alle drei Jahre – an die Kostenentwicklung in der Pflege angepasst werden.

Der **SGV** fordert, dass das bisherige Abgeltungssystem der Pflegematerialien (vor den Urteilen BVGer) beibehalten und legalisiert wird. Die KLV sei dahingehend zu ändern, dass Leistungserbringer nach Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV (Spitex, Heime, freiberufliche Pflegefachpersonen) Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen könnten, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe im Sinne der MiGeL oder um Pflegematerial handle. Die Unterscheidung zwischen Selbstanwendung und Personalanwendung von Pflegematerialien sei aufzuheben.

Der **SGV** ist der Ansicht, dass die Neuordnung der Pflegefinanzierung zu einer starken Belastung der öffentlichen Hand geführt hat, da die Kosten seit vielen Jahren steigen. Der SGV verlangt, dass rasch eine Diskussion über alternative Finanzierungsmodelle, wie zum Beispiel eine Pflegeversicherung, geführt wird. Der SGV ist der Meinung, dass es eine gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerungen durch alle Kostenträger braucht, da bei der Finanzierung der Pflegekosten alle in Verantwortung stehen.

5 Stellungnahmen zur ärztlichen Anordnung und Bedarfsermittlung durch Pflegefachpersonen

5.1 Allgemeine Bemerkungen zur Bedarfsabklärung

Allgemeine Kritik wird in den meisten der eingereichten Stellungnahmen geäußert. Zu diesen Kritikpunkten gehört namentlich, dass die in die Vernehmlassung geschickte Vorlage nicht berücksichtigt, dass die Grundpflege gegenüber der Behandlungspflege zurückgeht und dass die ambulante Pflege dadurch komplexer und intensiver wird. Darüber hinaus trage der Wille, bestimmte Leistungen vom Spitalbereich auf den ambulanten Bereich zu verlagern, zur Intensivierung der ambulanten Pflege bei.

Die Alterung der Bevölkerung ist ebenfalls ein Argument, das vorgebracht wird, um einen allgemeinen Anpassungsbedarf im Bereich der Pflege und ihrer Finanzierung zu begründen.

LU, UR, GE, JU, SPS, SGV, ASPS, CURAVIVA, mfe, senesuisse, Spitex Schweiz, SSR, Alzheimer Schweiz, IG Pflegefinanzierung und VAKA sind der Auffassung, dass die Vorlage viele Mängel in Zusammenhang mit der neuen Pflegefinanzierung nicht behebt.

Die Stellungnahme von Spitex Schweiz wird von den regionalen Spitexorganisationen sowie von **GVCMS, FAS und LLS** entweder mit dem genau gleichen Wortlaut oder mit einigen geringfügigen Änderungen übernommen. **Alzheimer Schweiz** verweist ebenfalls auf diese Stellungnahme.

Kantone

Für die grosse Mehrheit der Kantone wie auch für die **GDK** geht der Änderungsvorschlag in die richtige Richtung. Die **GDK** unterstützt grundsätzlich die Mehrheit der vorgeschlagenen Änderungen, während der Kanton **VD** in der Hauptsache alle ablehnt.

BE, LU und AR beurteilen den Umstand positiv, dass dem Pflegepersonal zusätzliche Kompetenzen erteilt werden.

Die Mehrheit der Kantone sowie die **GDK** sind der Ansicht, dass die Vorlage ergänzt werden muss, um Mengenausweitungen bei den Leistungen und einen damit verbundenen Kostenanstieg zu vermeiden.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **SVP** und die **SPS** sind der Ansicht, dass die vorgeschlagene Änderung in die richtige Richtung geht, indem sie dem Pflegepersonal zusätzliche Kompetenzen erteilt. Laut **SVP** ist die Vorlage jedoch mit Massnahmen zu ergänzen, die einen allfälligen Kostenanstieg eindämmen können. Die **SPS** ist der Auffassung, dass die Vorschläge minimalistisch sind und die Anliegen der Initiantinnen und Initianten nicht berücksichtigen. Sie vertritt auch die Ansicht, dass die im Laufe der Ausbildung erworbenen Kompetenzen der Pflegefachpersonen nicht berücksichtigt werden und dass die vorgeschlagenen Änderungen nur die bestehende Praxis festschreiben.

Aus der Sicht der **FDP** muss die zusätzliche Autonomie, welche die Pflegefachpersonen erhalten sollen, dazu beitragen, unnötige Bürokratie abzubauen. Sie begrüsst die Wahrung der Scharnierfunktion der Ärztinnen und Ärzte.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Der **SGV** nimmt keine Stellung zu den Änderungen betreffend Ermittlung des Pflegebedarfs.

Der **SSV** verweist bezüglich Ermittlung des Pflegebedarfs auf die Stellungnahme der **GDK**.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der **SGV** und der **SGB** sind der Auffassung, dass der unterbreitete Vorschlag zwar in die richtige Richtung geht, aber nur dazu da sei, die Forderungen der Volksinitiative zu entkräften. Laut **SGB** ändert die Anpassung auf Verordnungsebene nichts daran, dass die Pflegefachpersonen vom Gesetz nicht als eigenständige Leistungserbringer anerkannt sind.

Gemäss **SGB** haben sich die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich verschlechtert, insbesondere infolge der Einführung der neuen Spitalfinanzierung.

Konsumentenverbände

Die **FRC** ist auch der Meinung, dass die vorgeschlagenen Änderungen in die richtige Richtung gehen, aber zu zaghaft bleiben. Laut **FRC** ist eine Aufwertung des Pflegeberufs eine angemessene Antwort auf die verschiedenen Herausforderungen, die es in den kommenden Jahren anzunehmen gilt.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Nach Ansicht von **Spitex Schweiz** gehen die vorgeschlagenen Änderungen nicht weit genug und sind zu wenig durchdacht. Neben den verschiedenen regionalen Spitexorganisationen teilen auch **ASPS**, **CURAVIVA**, **mfe** und **senesuisse** diese Meinung. **H+** fordert eine Gesetzesrevision, um die Kompetenzen der Pflegefachpersonen noch mehr zu erweitern.

Aus der Sicht des **SBK** stellt die vorgebliche Stärkung der Autonomie der Pflegefachpersonen punkto Bedarfsermittlung nichts Weiteres als den bemühten und vor allem untauglichen Versuch dar, der hängigen Volksinitiative «Für eine starke Pflege» Wind aus den Segeln zu nehmen. Der Widerspruch zwischen der rechtlich gegebenen Teilautonomie des Pflegeberufs und der Abrechnungsbefugnis laut KVG besteht auf gesetzlicher Ebene und lässt sich nicht auf Verordnungsebene auflösen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Während **curafutura** die vorgeschlagenen Änderungen begrüsst, lehnt **santésuisse** dieselben ab und vertritt die Ansicht, dass das Votum des Parlaments und des Stimmvolks zur Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)» abgewartet werden müssen.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Aus der Sicht von **SPO** und **SSR** ist der Vorschlag minimalistisch und berücksichtigt die Anliegen der Initiantinnen und Initianten nicht.

Laut **SPO** ist die Diskrepanz zwischen dem Ausbildungsniveau und den Bedingungen, die den Pflegeberuf einschränken, schwer nachvollziehbar und könnte der Attraktivität des Berufs schaden.

Andere Organisationen

Die anderen Organisationen, die ihre Stellungnahme eingereicht haben, schliessen sich grösstenteils den Stellungnahmen der konsultierten Leistungserbringer an.

5.2 Bemerkungen zu Artikel 7

Kantone

LU erklärt sich mit der terminologischen Änderung im Deutschen («Ermittlung» statt «Abklärung») einverstanden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der **SGB** versteht die terminologische Änderung im Deutschen nicht, insbesondere, weil diese Änderung im Bericht nicht begründet wird. Der **SGB** schliesst daraus, dass diese Änderung unnötig ist und somit weggelassen werden kann.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Laut **ASPS** sind die vorgeschlagenen Änderungen vertretbar, aber nicht zwingend, und könnten aufgrund der erforderlichen Anpassungen an Software und Formularen Kosten für die Leistungserbringer verursachen.

CURAVIVA vertritt die Ansicht, dass die Streichung der Zusammenarbeit mit einem Arzt oder einer Ärztin bei der Ermittlung des Pflegebedarfs angemessen ist. Diese Streichung entspräche besser der Realität. **CURAVIVA**, wie auch **senesuisse**, ist jedoch der Meinung, dass die Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV besonderen Bedürfnissen, zum Beispiel in Zusammenhang mit Demenz oder Palliative Care, besser Rechnung tragen müssen.

mfe, **SBK** und **Marion's Spitex** lehnen die vorgeschlagene terminologische Änderung ab, da sie befürchten, dass diese eine Einschränkung der Arbeit des Pflegepersonals und damit der entsprechenden Kostenübernahme mit sich bringt. **SVKS** lehnt die terminologische Änderung ebenfalls ab.

H+ ist auch der Auffassung, dass die Streichung der Zusammenarbeit mit einem Arzt oder einer Ärztin bei der Ermittlung des Pflegebedarfs angemessen ist, fordert aber, dass die Ermittlung des Pflegebedarfs auch während eines Spitalaufenthaltes zusätzlich zu den dort nach SwissDRG vergüteten Leistungen abrechenbar sein muss.

unimedsuisse teilt den von **H+** vertretenen Standpunkt.

Curacasa schliesst sich der Meinung von **SBK** und **VFP AFG Spitex** sowie **VFP AFG Akut** an und lehnt die terminologische Änderung ebenfalls ab.

VAKA heisst die Änderung gut und ist ebenfalls der Ansicht, dass Artikel 7 Absatz 2 KLV zu überarbeiten ist, um die Fälle von Demenz und die Palliative Care besser zu berücksichtigen. **VAKA** hält auch fest, dass die im selben Artikel vorgesehenen Leistungsgruppen – also die Buchstaben a, b und c – für die Heime unangebracht sind.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura schlägt vor, in Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 KLV anzufügen: ... Planung der notwendigen *pflegerischen* Massnahmen...

Santésuisse fordert, dass die Zusammenarbeit mit dem Arzt oder der Ärztin erwähnt bleibt.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

SPO lehnt die terminologische Änderung namentlich mit dem Argument ab, dass bei Verwendung des Begriffs «Abklärung» der Einbezug der Patienten und Angehörigen in Entscheide eher enthalten ist als im Begriff «Ermittlung». Der Pflegebedarf müsse im Rahmen des Pflegeauftrags laufend geklärt und könne nicht nur statisch einmalig ermittelt werden.

5.3 Bemerkungen zu Artikel 8

Absatz 1

Kantone

Aus der Sicht der Kantone **LU** und **GE** ist die gemachte Unterscheidung zwischen den Leistungsarten (Buchstaben a, b und c) schwer praktikabel. Ausserdem sollte der Arzt oder die Ärztin nach Ansicht der Kantone **LU** und **TI** die Möglichkeit haben, sich zu positionieren.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

In den Augen eines Grossteils der Leistungserbringer, darunter namentlich **Spitex Schweiz**, ist die gemachte Unterscheidung zwischen den Leistungsarten nicht angemessen. **Spitex Schweiz** führt als Beispiel an, dass die Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Bst. a), wozu die Ermittlung des Pflegebedarfs gehört, auf jeden Fall angeordnet werden müssen.

Spitex Schweiz ist zudem der Ansicht, dass mit der vorgeschlagenen Änderung die Gefahr besteht, dass mehr administrative Arbeit anfällt, insbesondere, wenn beispielsweise ein Arzt oder eine Ärztin Leistungen des Typs a und c anordnet und die Bedarfsermittlung ergibt, dass auch Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (b) erforderlich sind. Es braucht dann nochmals eine ärztliche Anordnung. **Spitex Schweiz** und **ASPS** schlagen vor, dass die ärztliche Anordnung die Pflege anordnet und dass dem Arzt oder der Ärztin die Möglichkeit gelassen wird, spezifische Massnahmen vorzusehen. Dieser Vorschlag wird auch von **mfe** unterbreitet, die ebenfalls präzisieren, dass der Informationsaustausch in beide Richtungen erfolgen muss (vom Pflegepersonal zum Arzt und vom Arzt zum Pflegepersonal).

Laut **CURAVIVA** und **senesuisse** sollten die ärztlichen Anordnungen oder Aufträge auf einer Bedarfsanalyse beruhen und nicht umgekehrt. Sie weisen zudem darauf hin, dass die Unterscheidung zwischen Leistungsarten im in den Heimen praktizierten System der zwölf Pflegebedarfsstufen nicht angewendet wird.

Die **FMH** unterstützt den Änderungsentwurf, fordert aber, dass eine Unterscheidung bei der psychischen Grundpflege gemacht wird, die ihrer Ansicht nach bei der Bedarfsermittlung auch die Mitarbeit des Arztes oder der Ärztin erfordert.

Laut **Marion's Spitex** hat die im Bericht angesprochene Scharnierfunktion des Arztes keine Daseinsberechtigung. Ärztinnen und Ärzte seien nicht in der Lage, eine Aufsichts- oder Kontrollfunktion zu übernehmen, und könnten somit einen Kostenanstieg auch nicht verhindern. Diese Aufgabe werde vielmehr von der Krankenversicherung übernommen. **Marion's Spitex** untermauert ihren Standpunkt damit, dass das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung keine Garantie dafür darstellt, dass die erbrachten Leistungen von den Versicherern übernommen werden. Mit derselben Begründung wird auch festgehalten, dass eine Kontrolle durch die Kantone sowie die Patientinnen und Patienten ebenfalls illusorisch sei. Die Vorlage kodifiziere nur die bestehende Praxis und bringe keine Verbesserung bezüglich der Autonomie der Pflegefachpersonen.

Auch aus der Sicht von **curacasa** kodifiziert die Vorlage nur die bestehende Praxis und unternimmt nichts gegen die Diskriminierung der Pflegefachpersonen im KVG. Nach der Auffassung von **curacasa** versteht sich die Unterscheidung zwischen Abklärungs-, Beratungs- und Koordinationsmassnahmen und Grundpflege einerseits und Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen andererseits von selbst. Letztere seien naturgemäss ärztliche Aufgaben, die nur explizit und nach den Grundsätzen des schweizerischen Obligationenrechts und insbesondere des Haftungsrechts von den Ärztinnen und Ärzten an die Pflegefachpersonen delegiert werden können.

Aus der Sicht von **VFP AFG Spitex Pflege** ist die gemachte Unterscheidung zwischen den verschiedenen Leistungsarten zur Definition der Kompetenzen bei der Ermittlung des Pflegebedarfs nicht angemessen. Laut VFP verfügt der Arzt oder die Ärztin nicht über die erforderlichen Kompetenzen im Pflegebereich und kennt oft die Situation beim Patienten oder bei der Patientin zu Hause nicht.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Nach Ansicht von **curafutura** ist die Differenzierung der Leistungsarten nicht angemessen. Die Ermittlung des Pflegebedarfs sei bei allen Leistungsarten alleine Sache der Pflegefachpersonen. Der Arzt oder die Ärztin definiere immerhin den zu erbringenden Leistungstyp in der ärztlichen Anordnung. Ebenfalls nach Auffassung von **curafutura** ist es Sache der Versicherer, die Bedarfsmeldung sowie die erbrachten und verrechneten Leistungen zu kontrollieren. Die Versicherer seien am besten in der Lage, diese Rolle zu übernehmen.

Nach Auffassung von **santésuisse** bergen die erweiterten Kompetenzen der Pflegefachpersonen die Gefahr der Mengenausweitung. Der Verband führt auch an, dass es verfrüht wäre, zentrale Elemente der Volksinitiative auf dem Verordnungsweg einzuführen, bevor das Parlament und das Stimmvolk sich dazu äussern konnten. Laut **santésuisse** haben sich die Versicherungsmodelle mit einem Hausarzt als zentrale Anlaufstelle bewährt und ermöglichen Einsparungen bei guter Koordination der Pflegeleistungen.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Aus der Sicht von **SPO** schreibt die Vorlage nur eine bereits gegebene Situation fest und bringt nichts für die Autonomie des Pflegepersonals.

Aus der Sicht von **SSR** ist die gemachte Unterscheidung zwischen den verschiedenen Leistungsarten zur Definition der Kompetenzen bei der Ermittlung des Pflegebedarfs nicht angemessen.

Andere Organisationen

Nach Auffassung von **BESA** ermöglicht die Ermittlung des Pflegebedarfs festzulegen, welche Art von Pflege erforderlich ist. Die ärztliche Anordnung könne dies somit nicht im Voraus festlegen. Ausserdem vertritt **BESA** die Ansicht, dass alle drei Leistungsarten (a, b und c) in der Mehrzahl der Fälle benötigt werden, was zur Folge habe, dass meistens mehr der Zeitaufwand als die Leistungsart zähle.

Absatz 2

Kantone

LU begrüsst die Verlängerung der Gültigkeitsdauer von ärztlichen Anordnungen, ist jedoch der Ansicht, dass eine Differenzierung nach Leistungsart nicht angemessen ist, und schlägt für alle Fälle eine Dauer von 9 Monaten vor. Der Kanton hält die vorgesehene Dauer bei der Akut- und Übergangspflege für zu kurz und schlägt vor, sie auf 4 Wochen zu verdoppeln. Diese Meinung wird von **UR** geteilt.

Aus der Sicht von **GE** hat es keinen Sinn, eine längere Gültigkeitsdauer für die ärztliche Anordnung vorzusehen. Diese Fristen würden wenig genutzt, insbesondere angesichts der ständig zunehmenden Komplexität der Fälle. Für die Pflegeheime wären diese Begrenzungen angesichts des verwendeten Tools PLAISIR nicht relevant (**GE** und **NE** verweisen ausserdem auf die Stellungnahme von **PLAISIR**).

Aus der Sicht von **CLASS** ist die Verlängerung der Gültigkeitsdauer von ärztlichen Anordnungen nicht angebracht. Insbesondere würde das den administrativen Aufwand erhöhen. Die Pflegebedarfserfassungsinstrumente sehen bereits jetzt so oft Abklärungen vor, wie es der Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin erfordert.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Aus der Sicht des **SGV** sind die vorgeschlagenen Verlängerungen zu begrüßen, jedoch wird eine einheitliche Dauer von 12 Monaten ohne Differenzierung zwischen den Leistungsarten vorgeschlagen. Der **SGV** ist der Auffassung, dass die Dauer der Akut- und Übergangspflege auf 4 Wochen verlängert werden sollte.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

ASPS, CURAVIVA, mfe und **Spitex Schweiz** schlagen vor, die Gültigkeitsdauer ärztlicher Anordnungen einheitlich auf 9 Monate festzusetzen.

ASPS, CURAVIVA, H+, mfe, SBK, senesuisse und **imad** fordern alle, die Dauer der Akut- und Übergangspflege auf mindestens 4 Wochen zu verlängern.

Die Leistungserbringer kritisieren die Akut- und Übergangspflege allgemein.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura schlägt eine Gültigkeitsdauer von 12 Monaten bei allen Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV vor. **santésuisse** schlägt eine einzige, einheitliche Gültigkeitsdauer vor, zumal derselbe Patient oder dieselbe Patientin zwei Verordnungen benötigen kann.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Aus der Sicht von **SPO** ist die Dauer der Akut- und Übergangspflege zu kurz.

VASOS fordert, die Dauer der Akut- und Übergangspflege auf mindestens 4 Wochen zu verlängern.

Andere Organisationen

Gemäss **Alzheimer Schweiz, VAKA, VFP** sollte die Dauer der Anordnung für alle Leistungsarten auf 9 Monate festgesetzt werden.

Die Dauer bei der Akut- und Übergangspflege sollte nach Ansicht von **SSR, CP, curacasa, Alzheimer Schweiz, IG Pflegefinanzierung, VAKA, VFP AFG Spitex Pflege** verlängert werden.

BESA schlägt vor, alle 6 Monate routinemässig eine Bedarfsabklärung vorzusehen, die aber nur bei bedeutenden Änderungen (Wechsel der Pflegestufe) einer neuen ärztlichen Unterschrift bedarf. Die ärztliche Verordnung solle maximal 12 Monate gelten.

Absatz 3

Kantone

Ein Teil der Kantone (**BE, LU, NW, GL, ZG, AR, AG**) und die **GDK** sind der Ansicht, dass die ärztliche Anordnung auch für Personen mit leichter Hilflosigkeit unbefristet gelten muss.

Absatz 4

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Senesuisse ist der Ansicht, dass die Streichung des ehemaligen Absatzes 4 nicht sinnvoll ist. Aus Sicht **senesuisse** ist es zwar löblich, diese Regelung gemäss den Erläuterungen der Vertragsverhandlung zwischen den Versicherern und Leistungserbringern zu überlassen. Weil es sich aber bloss um administrative Verträge handelt, würde im Falle eines Scheiterns solcher Verhandlungen eine grosse Rechtsunsicherheit herrschen.

5.4 Bemerkungen zu Artikel 8a

Absatz 1

Kantone

Die Kantone und die **GDK** schlagen vor, dem Arzt oder der Ärztin ein Vetorecht einzuräumen. Infolgedessen kann diese/r den Pflegebedarf in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal ermitteln.

Die **GDK** schlägt auch eine Formulierungsänderung vor: «unter Einbezug der Patientin oder des Patienten» statt «in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten ...».

Die Kantone sowie die **GDK** stellen sich gegen den expliziten Verweis auf 49 KVV, namentlich mit dem Argument, dass diese Bestimmung nur Pflegefachpersonen betrifft, die freiberuflich Leistungen erbringen können. Sie sind der Auffassung, dass das Diplom gemäss Artikel 49 Buchstabe a KVV für das Personal, das in Pflegeheimen oder in Spitexorganisationen arbeitet, als Voraussetzung ausreichend ist. Eine gegenteilige Bestimmung würde diese Arbeitgeber unattraktiv machen. Ausserdem sei die Kontrolle der zwei Jahre Berufserfahrung mit einem unverhältnismässig hohen administrativen Aufwand verbunden.

CLASS stellt sich gegen die Anforderung der zweijährigen Praxis, um den Pflegebedarf ermitteln zu können.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Sowohl der **SGV** als auch der **SGB** sind gegen den expliziten Verweis auf Artikel 49 KVV als Ganzes. Sie sind auch der Meinung, dass die Anforderung der zweijährigen Praxis beim Personal der Pflegeheime und der Spitexorganisationen unnötig ist.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die grosse Mehrheit der Leistungserbringer, die sich geäussert haben, stellt sich ebenfalls gegen die Anforderung der zweijährigen Praxis. In ihren Augen sind die Absolventinnen und Absolventen der entsprechenden Ausbildung für die Ermittlung des Pflegebedarfs geschult. Die Arbeitgeber schulen sie dann für die Nutzung der spezifischen Tools (PLAISIR, BESA, RAI Homecare usw.).

ASPS schlägt auch eine Formulierungsänderung vor: «unter Einbezug der Patientin oder des Patienten» statt «in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten ... ».

Die **FMH** fordert eine Unterscheidung zwischen der Grundpflege und der psychischen Grundpflege, da bei letzterer die Bedarfsermittlung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin erfolgen müsse.

curacasa, **VAKA** und **VFP AFG Spitex Pflege** stellen sich alle gegen die Anforderung der zweijährigen Praxis, um den Pflegebedarf ermitteln zu können.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Nach Ansicht von **curafutura** ist die Differenzierung der Leistungsarten auch hier nicht angebracht. In allen Fällen sei die Mitarbeit des Arztes oder der Ärztin bei der Ermittlung des Pflegebedarfs nicht notwendig.

Nach Auffassung von **santésuisse** ist die explizite Zustimmung des Arztes oder der Ärztin auf jeden Fall notwendig.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Auch für **SPO** ist der Verweis auf die Voraussetzungen nach Artikel 49 KVV inakzeptabel. Die Anforderung einer zweijährigen praktischen Tätigkeit sollte nicht an Personal gestellt werden, das von Pflegeheimen oder Spitexorganisationen beschäftigt wird.

Andere Organisationen

BESA stellt sich gegen die Anforderung der zweijährigen Praxis, um den Pflegebedarf ermitteln zu können.

Laut **PLAISIR** finden periodische Neuabklärungen durchschnittlich jedes Jahr statt. Eine Verkürzung der Intervalle auf sechs Monate könne die Kosten erhöhen.

Absatz 2

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **SVP** ist gegen die Streichung des Zusatzes über die Abklärung des individuellen Pflege- und Hilfsbedarfs, damit die Patientinnen und Patienten zu den vorgesehenen Pflegemassnahmen Stellung beziehen können.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura ist auch der Meinung, dass dieser Absatz unverändert bestehen bleiben soll, damit das Mitspracherecht des Patienten oder der Patientin gewährleistet ist.

Absatz 3

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Aus der Sicht des **SGV** geht die Anforderung eines einheitlichen Formulars zu weit. Der **SGV** schlägt ein Formular pro Leistungserbringertyp vor.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Nach Auffassung von **ASPS**, **VASOS** und **Spitex Schweiz** ist es wichtig, eine Unterscheidung zwischen den Pflegeheimen und den Spitexorganisationen zu machen. Die Spitexorganisationen seien daran, eine gemeinsame Lösung für alle auszuarbeiten.

VFP AFG Spitex Pflege schlägt folgende Änderung vor: «Die Bedarfsermittlung erfolgt aufgrund einheitlicher und wissenschaftlich erprobter Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitaufwand anzugeben. Die Leistungserbringer und die Versicherer sorgen für die einheitliche Ausgestaltung des Formulars.»

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Nach Ansicht von **curafutura** ist die gewählte Terminologie angemessen (Zeitbedarf/Zeitaufwand).

Absatz 5

Andere Organisationen

Nach Auffassung von **PLAISIR** lässt der Begriff «neue Bedarfsermittlung» eine Unklarheit darüber entstehen, wie diese Ermittlung durchgeführt werden soll. Es könnte sich um eine Abklärung der Gültigkeit der bestehenden Bedarfsermittlung handeln. In diesem Fall könnte die mit der Bedarfsermittlung beauftragte Pflegefachperson die frühere Ermittlung, wie bei einer Verlängerung des ärztlichen Auftrags ohne Rücksprache mit dem Arzt oder der Ärztin, erneuern. Sie könnte auch beschliessen, eine neue Bedarfsermittlung mittels PLEX oder PLAISIR vorzunehmen, was je nach Tool sehr unterschiedliche finanzielle Auswirkungen hätte. Diese Unklarheit muss beseitigt werden.

6 Stellungnahmen zu den Mindestanforderungen an die Bedarfsermittlung in Pflegeheimen

6.1 Allgemeine Bemerkungen zu den Mindestanforderungen

Kantone

Laut der **GDK** und **AG, AI, BE, BL, BS, GE, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VS, ZG, ZH** gehen die vorgeschlagenen Mindestanforderungen an die Pflegebedarfs-ermittlungssysteme in die richtige Richtung. Bemängelt werden die unklaren Kostenfolgen, da die Anbieter von RAI/RUG und BESA geltend machten, dass die Instrumente den Zeitbedarf der Pflege in vielen Fällen unterschätzten. Zudem sei unklar, welche Instanz legitimiert sei, die Güte einer Zeitstudie zu beurteilen und die Anpassungen in den Instrumenten zu veranlassen. Die Kantone gehen davon aus, dass alle aktuell verwendeten und neue Instrumente grundsätzlich weiterhin zur Anwendung kommen können.

Die **CLASS** sowie der **NE** finden die Änderungen zwar insgesamt auch nützlich, halten aber fest, dass eine Bedarfseinstufung mindestens alle sechs Monate die administrative Last vergrößere und eine Anpassung der Systeme nötig mache, obwohl bereits heute Neueinstufungen bei Bedarf jederzeit möglich sind. Im Übrigen unterstützen die **CLASS** und **JU** und **NE** die Stellungnahme von **CT PLAISIR**. **NE** fügt zusätzlich an, dass die Umsetzbarkeit in Bezug auf Fristen und Kosten fraglich sei.

UR lehnt die vorgeschlagene Änderung ab, weil der Aufwand für die Kalibrierung zu hoch sei. Es sei ein einziges System festzulegen, damit eine unerwünschte Monopolstellung vermieden werden kann solle es durch eine neue Trägerschaft ähnlich der SwissDRG AG entwickelt werden. Auch **LU** spricht sich für ein Gremium nach dem Vorbild der SwissDRG AG aus, in welchem Bund, Kantone, Leistungserbringer und Versicherer Einsitz nehmen müssten, ohne sich jedoch auf ein einziges System zu beschränken.

JU und **VD** bezeichnen die Vorschläge als ungenügend klar und teilweise inkohärent. Der Unterschied zwischen Pflegebedarf und erbrachter Pflege sollte zwar in den meisten Fällen klein sein, eine Übernahme nur der erbrachten Pflege könnte aber bedeutende Folgen nach sich ziehen. Die Varianz zwischen Pflegebedarf und erbrachter Pflege müsse klarer definiert werden. Die Häufigkeit der Zeitstudien sei nicht definiert und es sei unklar ob die von PLAISIR verwendete Methode Delphi anerkannt sei und ebenso, wer die Methode und deren Resultate festlege. Zudem wird die Frage gestellt, ob die Versicherer eine zusätzliche Kostenübernahme verweigern könnten, falls sich herausstelle, dass der Pflegebedarf unterschätzt wurde. **VD** fragt ergänzend, wer die Finanzierung der Zeitstudien übernehme, ob sie sich auf Stichproben stützen dürfe und ob der Pflegebedarf oder die effektiv erbrachte Pflege gemessen werden solle.

VD lehnt die vorgeschlagene Änderung integral ab. Während in anderen Bereichen wie Rehabilitation, Psychiatrie und ambulanten Leistungen eine Finanzierung über Pauschalen angestrebt werde, entferne sich die Finanzierung der Langzeitpflege von einer solchen Logik. Die administrative Belastung werde mit der vorgeschlagenen Änderung noch ansteigen, gerade auch bei der Weiterentwicklung der Erfassungsinstrumente, und dies ohne realen Mehrwert für das Gesamtsystem. Die Instrumente sollten nicht in der KLV, sondern mindestens in der KVV geregelt werden und nicht auf ein Kontroll- und Abrechnungsinstrument reduziert werden. Die Instrumente sollen ein Mittel sein, um medizinische Entscheidungen zu treffen und die Qualität zu gewährleisten. Mit zu rigiden Vorschriften für die Instrumente droht ein Eingriff in die Versorgungskompetenz der Kantone.

VS bezeichnet die Definition von Mindestanforderungen angesichts der laufenden Arbeiten zwischen den Kantonen, namentlich in Bezug auf InterRAI, als verfrüht.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **FDP** und die **SVP** unterstützen die vorgeschlagene Änderung. Die **SVP** lehnt allerdings Änderungen ab, welche die administrative Last der Leistungserbringer erhöhen.

Die **SPS** bezeichnet den erläuternden Bericht als schwer verständlich und unsorgfältig erarbeitet.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Der **SSV** verweist auf die Stellungnahme der GDK.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Das **CP** unterstützt die Vorschläge grundsätzlich und bevorzugt die Definition von Mindestanforderungen gegenüber der Festlegung eines einzigen Systems. Letzteres würde eine unerwünschte Monopolsituation mit sich bringen und beim Systemwechsel bedeutende Investitionen verlangen.

Konsumentenverbände

Laut **FRC** gehen die Vorschläge in die richtige Richtung.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+ stimmt den Mindestanforderungen an die Bedarfsermittlung zu. **CURAVIVA** begrüsst die Änderungen tendenziell, hat aber viele Bemerkungen im Detail.

Der **VFP AFG Spitex Pflege** erachtet eine Vereinheitlichung der Instrumente im Heimbereich als sinnvoll. Qualitätsindikatoren aus Routinedaten herauszufiltern sei zweckmässig, man dürfe sich aber nicht allein darauf beschränken.

AFG Akut VFP, curacasa, LZCH, SBK sowie dessen Regionalgesellschaften **AG/SO, BE, NE/JU, Sezione Ticino** und **ZCH, SVBG** und **VFP AFG Akut** fordern, dass einzige Instrumente anerkannt werden, welche dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit wirklich gerecht werden. Der tatsächliche Pflegebedarf wird heute insbesondere im psychosozialen Bereich und der Anleitung von Angehörigen lückenhaft ausgewiesen.

VFP AFG Akut, curacasa, LZCH, Marions Spitex, SBK sowie dessen Regionalgesellschaften **AG/SO, BE, NE/JU, Sezione Ticino** und **ZCH, SNL, Spitex RuLa, SVKS** und **VFP AFG Akut** kritisieren die Verwendung des Begriffs Bedarfsermittlung statt Bedarfsabklärung und befürchten, dass damit eine Reduktion der Pflegeleistungen in die Wege geleitet werden soll. Ein Begriffswechsel würde auch administrative Kosten durch die Änderung von Formularen etc. mit sich bringen.

Pharmasuisse weist darauf hin, dass die Kosten für Leistungen im Zusammenhang mit der Medikation bei der Ermittlung des Pflegebedarfs berücksichtigt werden sollten.

Senesuisse begrüsst die Voraussetzungen für eine einheitliche Kostenermittlung, insbesondere, dass der von Instrumenten ausgewiesene Pflegebedarf den tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen soll.

VAKA fordert, dass die Pflege von Menschen mit Demenz und die Palliativpflege konsequent vergütet werden, damit die Ziele der entsprechenden nationalen Strategien erreicht werden können. Die entsprechenden Leistungen müssen besser berücksichtigt werden.

Gemäss **VFP AFG Akut** beruht das bisherige Abrechnungssystem auf wissenschaftlich nicht validen, einseitigen Bedarfserhebungsinstrumenten und ebensolchen Leistungskatalogen. Die NANDA-Klassifikationen müssten bei zukünftigen Vorgaben für Bedarfserhebungen und Vergütungssysteme einbezogen werden. Zudem könne nicht von der erbrachten Leistung auf den Bedarf geschlossen werden, dieser müsse pflegewissenschaftlich begründet sein.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura lehnt die Vorschläge ab. Es sei abzusehen, dass auch bei hohem administrativem Aufwand Unterschiede bestehen bleiben würden. Es sollte ein einziges, vollständig transparentes System verordnet werden. Ausländische Systeme könnten dies nicht gewährleisten. Es soll deshalb festgelegt werden, dass ein System verwendet werden muss welches auf einem Leistungskatalog aufbaut, wie BESA dies tut. Die Umstellungskosten werden durch langfristige Effizienzgewinne und gesteigerte Transparenz wettgemacht. Pflicht- und Nichtpflichtleistungen seien klar zu trennen. Die Versicherer sind heute im Gremium, welches den Tätigkeitskatalog erarbeitet (Koordinationsgruppe Langzeitpflege), nicht vertreten. Curafutura schlägt dafür ein Gremium vor, in welchem Vertreter von Leistungserbringern und Versicherern mitarbeiten. Eine entsprechende Regelung sei in Art. 8b KLV festzuhalten. Curafutura lehnt die Ausdehnung der gemeinsamen Kontroll- und Schlichtungsverfahren auf die Pflegeheime ab, weil sie sich auch auf die Überprüfung durch den Vertrauensarzt bezieht. Diese seien obsolet und nicht mehr zeitgemäss, da sie durch ein individuelles Controlling der Versicherer abgelöst wurden.

Santésuisse lehnt die Vorschläge ab, ein einziges Instrument wäre zielführender. Die bisherigen Erfahrungen zeigten, dass die angedachte Lösung in der Praxis nicht realisierbar ist. Es sei nicht definiert, wer für die Anerkennung der Studien und ihrer Methodik zuständig ist, und es sei unklar, wer die hohen Kosten tragen soll. Sollte nichtsdestotrotz die KLV gemäss den Vorschlägen angepasst werden, unterstützt Santésuisse eine Ausdehnung des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens auf die Pflegeheime.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die **SPO** und der **SSR** bezweifeln, ob der Vorschlag zielführend ist, da der Übergang zwischen Pflege und Betreuung fließend ist und kaum trennscharf abgegrenzt werden kann.

Alzheimer Schweiz fordert, dass Leistungen bei Demenz- und Palliativpflege in den Bedarfsermittlungsinstrumenten besser abgebildet werden. Im Übrigen unterstützt Alzheimer Schweiz die Stellungnahme von CURAVIVA.

Andere Organisationen

BesaCare und **QSys** begrüßen eine gewisse Vereinheitlichung der Instrumente mit der Definition von Mindestanforderungen und sind der Meinung, dass die formulierten Ziele mit den Systemen BESA und RAI/RUG erreicht werden können. Dafür müsse aber eine einheitliche und verbindliche Tätigkeitsliste als Basis für die Zeitmessungen definiert werden. Da die Systemanbieter keine Möglichkeit haben, ihre Kunden zur Durchführung von Zeitstudien zu zwingen, sollte in Artikel 8b Absatz 3 von einer «ausreichenden» Repräsentativität gesprochen werden, welche in Bezug auf die wichtigsten relevanten Faktoren zu definieren wäre. Die Entscheidung über die Methodik sollte an ein Gremium delegiert werden. Ferner müssten Datenschutzfragen geklärt werden.

Eine Erfüllung der Mindestanforderungen bis Ende 2020 sei nur möglich, wenn die bereits bestehenden Zeitstudien verwendet werden können. Die vorhandenen Daten sind aus der

Sicht von **BesaCare** und **QSys** ausreichend. Die Durchführung einer Zeitstudie benötige mindestens zwei Jahre, im Vorfeld müssten die erwähnten Fragen geklärt werden. Eine neue Zeitstudie koste ungefähr eine halbe Million Franken allein für die Durchführung. Kleinere Anpassungen an den Systemen sollten daher mit bestehenden Daten aus früheren Zeitstudien plausibilisiert werden können, sonst entstünden gewaltige Kosten, welche letztlich auf die Pflegeheime überwältzt würden.

Die **LEP AG** begrüsst die unterbreiteten Änderungsvorschläge mit Bezug auf das Pflegebedarfssystem, da sie eine reliable und valide Bedarfsabklärung, pflegewissenschaftlich relevante Erkenntnisse für die Anwendung, Zeitstudien sowie Qualitätsindikatoren und vollständige Transparenz fordern.

Das **CT PLAISIR** sieht grosse Schwierigkeiten beim Verständnis und der Umsetzung der Vorschläge. Die vorgesehene Frequenzerhöhung bei der Bedarfsermittlung würde die administrative Belastung erhöhen. Die Methode PLEX/PLAISIR definiert die notwendigen Pflegeleistungen individuell. Die Dauer der einzelnen Leistungen wurde mit den Methoden «Delphi» und «Groupe Nominal» auf wissenschaftlich anerkannte Weise bestimmt. Das Instrument PLEX ermittelt die Einstufung beim Eintritt ins Heim und wird danach durch eine PLAISIR-Einstufung ersetzt. Letztere wird extern daraufhin überprüft, dass alle, aber nur die notwendigen Pflegeleistungen einbezogen wurden. Da die PLEX-Einstufung eine Teilmenge der bei PLAISIR betrachteten Elemente verwendet, ist PLEX etwas weniger präzise als PLAISIR, und es kann zu leichten Abweichungen der Einstufung zwischen den beiden Instrumenten kommen.

6.2 Bemerkungen zu Artikel 8b

Kantone

Die **GDK** und **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VS, ZG** und **ZH** erachten es zwar als sinnvoll, dass 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 sie, dass die Zeitstudien jeweils nur in denjenigen Kantonen durchgeführt werden müssen, in welchen das Instrument zur Anwendung kommt. Ausserdem sei eine Übergangsfrist von zwei Jahren ab Inkrafttreten erforderlich.

Auch im ambulanten Bereich sollen die Instrumente die Ermittlung von Daten zu Qualitätsindikatoren aus Routinedaten ermöglichen müssen. Die Bestimmung soll sich nicht nur auf Pflegeheime beziehen und in Artikel 8a verschoben werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

CURAVIVA, senesuisse und **VAKA** begrüssen, dass die Bedarfsermittlung ausdrücklich nur die Pflegekosten nach Artikel 33 Buchstaben b KVV eingrenzen muss. Eine weitergehende Ermittlung, etwa der Kosten für die Betreuung, wurde vom Parlament abgelehnt. Unklar ist aber nach wie vor, gestützt auf welche Leistungen genau die Eingrenzung erfolgen soll. Hierzu haben die Leistungserbringer der stationären Langzeitpflege eine „Tätigkeitsliste“ erstellt, welche aber bisher keine offizielle Gültigkeit hat. Es ist zu befürchten, dass weitere langwierige Rechtsverfahren drohen, solange keine aussergerichtliche Instanz zur Klärung von Tarif- oder Tarifstrukturfragen besteht.

CURAVIVA und **VAKA** empfehlen die Einsetzung eines aus Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern bestehenden Gremiums ähnlich der SwissDRG AG. Diesem soll die Kompetenz übertragen werden, Fragen rund um den Leistungskatalog zu klären, die Instrumente der Bedarfserfassung zuzulassen, deren Kalibrierung sicherzustellen und die Anerkennung der wissenschaftlich zu erbringenden Nachweise oder die tolerierten Varianzwerte festzulegen.

oder dem Bund entsprechende Anträge zu stellen. Auf diese Weise liessen sich viele aufwändige und letztlich unnötige Gerichtsverfahren vermeiden, die nicht selten neue ungeklärte Rechtsfragen nach sich ziehen.

CURAVIVA, senesuisse und VAKA begrüssen, dass als „Benchmark“ für die Messung des Pflegebedarfs die tatsächlich aufgewendete Pflegezeit gilt. Allerdings verleite der Wortlaut des letzten Satzes zur Fehlinterpretation, dass die Instrumente ständig (und nicht nur einmalig bei der Zulassung oder Weiterentwicklung) auch die effektiven Pflegezeiten messen und die Varianz ausweisen müssten. Es solle deshalb präzisiert werden, dass das verwendete Instrument *für die Zulassung und Weiterentwicklung* die verlangten Nachweise zu erbringen habe.

CURAVIVA, senesuisse und VAKA sind zwar mit den vorgesehenen Anforderungen an die Messinstrumente grundsätzlich einverstanden, es sollte aber eine einheitliche Methode für die Zeitstudien vorgegeben werden, da sonst die Vergleichbarkeit und die Kalibrierung der Instrumente nochmals erschwert statt erleichtert würde, selbst wenn die Methoden wissenschaftlich anerkannt sind. Der Bund sollte die Einführung einer für alle verbindlichen Methode bestimmen und ein nationales Gremium für Tarifstrukturfragen mit der Auswahl beauftragen.

CURAVIVA und VAKA begrüssen die Vorschrift, dass die für die medizinischen Qualitätsindikatoren notwendigen Daten direkt durch die Bedarfsabklärungsinstrumente als Routinedaten erhoben werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura schlägt einen weitgehend neuen Artikel 8b vor, in welchem eine schweizweit einheitliche Erfassung des Pflegebedarfs durch ein Instrument auf Grundlage eines Leistungskatalogs vorgeschrieben werden soll. Dessen Funktionsweise soll transparent sein, und es soll zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen unterscheiden. Die Leistungserbringer und Versicherer sollen einen Leistungskatalog ausarbeiten und dem EDI zur Genehmigung vorlegen. Die Bestimmung zur Ermittlung von Qualitätsindikatoren bliebe gegenüber dem Entwurf des EDI unverändert.

Andere Organisationen

BesaCare und Qsys regen an, zu präzisieren, dass die Überprüfung mit Zeitstudien sich nicht auf eine laufende Messung der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen im Alltag bezieht. Bei allfälligen zukünftigen Anforderungen an die Varianz müsse berücksichtigt werden, dass ein Instrument, welches auf einzelne Leistungen abstellt tendenziell eine geringere Varianz aufweise als ein Instrument, welches auf Zustände oder Diagnosen abstelle.

Die **LEP AG** begrüsst, dass die Instrumente zwischen Pflege- und anderen Leistungen unterscheiden können müssen. Dafür müsste aber eine einheitliche Leistungsdefinition vorhanden sein, dafür sei eine Fachkommission einzusetzen. Auch die Verbindung von ausgewiesenem Pflegebedarf und effektiv erbrachten Leistungen wird begrüsst, die Gründe für Abweichungen zwischen Soll und Ist sind aber vielfältig und sollten wissenschaftlich untersucht werden. Die in den Zeitstudien verwendete Methodik sollte einheitlich sein und von einer Fachkommission ausgewählt werden.

CT PLAISIR sieht einen Gegensatz zwischen den Bestimmungen des Artikels und der Methodik von PLAISIR. Die Formulierung erwecke den Eindruck, dass das Instrument für die Erfassung des Pflegebedarfs auch ein Instrument zur Führung des Pflegedossiers sei. Wenn dies der Fall wäre, könnte jede geplante Leistung nach ihrer Erbringung quittiert werden. Damit könnte auch die Abweichung von Soll und Ist gemessen werden. Bei PLAISIR würden lediglich das ethisch noch vertretbare Mindestmass an Leistungen als Bedarf ausgewiesen. Diese

müssten auf jeden Fall auch erbracht werden. Der erste Satz des zweiten Absatzes solle deshalb so geändert werden, dass einerseits klar wird, dass es nicht um eine Überprüfung des individuellen Pflegebedarfs gehe und andererseits die Überprüfung mit bestehenden methodischen Studien ermöglicht wird.

Der Begriff «Durchschnitt» sei nicht klar definiert und müsse präzisiert werden, inklusive allfälliger Berechnungsformeln. Eine Varianz könne möglicherweise für die Instrumente RAI und BESA definiert werden, ihre Berechnung müsste aber präzisiert werden. Für PLAISIR sei der ermittelte Pflegebedarf aber individuell, die Varianz zwischen ermitteltem und individuellem Pflegebedarf demzufolge null. Die Bestimmung müsse so ergänzt werden, dass ausdrücklich auch eine Varianz von null zulässig ist.

Die Methode Delphi, welche für die Bestimmung der bei PLAISIR hinterlegten Zeitwerte verwendet wurde, sei wissenschaftlich anerkannt. Die Zeitstudien wurden in der Schweiz durchgeführt und bei einigen sehr seltenen erbrachten Leistungen mit internationalen Daten ergänzt. Die Zeitstudien seien repräsentativ. Es sollte aber geregelt werden, auf welcher Stufe Zeitwerte von einzelnen Leistungen oder Teilen davon ausgewiesen werden müssen, um Unklarheiten zu vermeiden.

6.3 Bemerkungen zu Artikel 8c

Kantone

Die **GDK** und **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VS, ZG** und **ZH** regen an, dass die Methodik zur Ermittlung des Pflegebedarfs auf gesamtschweizerischer Ebene festgelegt werden muss, aber an die Tarifpartner delegiert werden kann. Da die Instrumente gesamtschweizerisch zu entwickeln, zu kalibrieren und anzuwenden sind, erachten die GDK und die erwähnten Kantone 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. Artikel 8c soll so ergänzt werden, dass die Leistungserbringer und die Versicherer das Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs gemeinsam festlegen und für die ganze Schweiz das Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Kommt keine Einigung zustande, soll statt der Kantonsregierung der Bundesrat nach Anhörung der Beteiligten und der Kantone das Verfahren festsetzen.

Aus dem Wortlaut werde zudem zu wenig deutlich, dass es um die Weiterentwicklung der Systeme gehe, es soll deshalb präzisiert werden, dass das Kontrollverfahren der Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungssysteme dient und zur Kontrolle der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

BE begrüsst die Ausdehnung des Artikels auf die Pflegeheime.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **SVP** sieht den Nutzen einer Ausweitung des Kontroll- und Schlichtungsverfahrens auf die Pflegeheime im Vergleich zum Mehraufwand skeptisch.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **ASPS** findet, dass der Bundesrat das Kontroll- und Schlichtungsverfahren regeln soll, weil er auch für die Bedarfsermittlung zuständig ist. Kommt keine Einigung zustande, soll deshalb der Bundesrat nach Anhörung der Beteiligten das Kontroll- und Schlichtungsverfahren festsetzen.

Die **AVASAD** unterstützt die Stellungnahme der **GDK**.

Senesuisse regt an, dass ein Gremium für Tariffragen auch im Bereich der Kontroll- und Schlichtungsverfahren tätig sein könnte, falls ein solches geschaffen würde.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura beantragt, den Artikel zu streichen, da die Kontroll- und Schlichtungsverfahren obsolet geworden seien.

Andere Organisationen

BesaCare und **Qsys** vermissen klare Regelungen, welche Zuständigkeiten und Verfahren zur Durchführung der Zeitstudien und zur Umsetzung der sich daraus ergebenden kostenrelevanten Anpassungen festlegen. Die Leistungserbringer, die Versicherer und die Kantone sollen deshalb die Verfahren zur Durchführung und Umsetzung von Zeitstudien gemeinsam festlegen und für die ganze Schweiz Kontroll- und Schlichtungsverfahren vereinbaren. Sie sollen sich insbesondere auf die anzuwendende Methodik einigen, welche anerkannten empirischen und statistischen Grundsätzen entsprechen soll. Kommt keine Einigung zustande, soll der Bundesrat nach Anhören der Beteiligten die Verfahren zur Durchführung und Umsetzung von Zeitstudien sowie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren festsetzen.

Eine Differenzierung nach verschiedenen Arten von Pflegeleistungen wie im ambulanten Bereich sei derzeit in den Bedarfserfassungssystemen nicht möglich. Artikel 8c Absatz 4 solle sich deshalb weiter nur auf den ambulanten Bereich beziehen. Falls tatsächlich unnötigerweise eine Differenzierung der Kontrollverfahren auch für Pflegeheime gefordert würde, wäre ein Bezug auf die Pflegestufen sinnvoller, beispielsweise ab Pflegestufe 3.

Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer²

Kantone und Fürstentum Liechtenstein / Cantons et Principauté de Liechtenstein / Cantoni e Principato del Liechtenstein

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona

² in alphabetischer Reihenfolge aufgrund der Abkürzung

GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino

UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK CDS CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazioni comuni svizzeri
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses Unione delle città svizzere

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali

SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di Centro

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
CP	Centre Patronal
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV)
USAM	Union suisse des arts et métiers (USAM)
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)

Liste der zusätzlichen Vernehmlassungsadressaten

Liste des destinataires supplémentaires

Elenco di ulteriori destinatari

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
<i>Interessierte Kreise</i>	
<i>Konsumentenverbände</i>	
FRC	Fédération romande des consommateurs (frc)
<i>Organisationen des Gesundheitswesens</i>	
<i>Leistungserbringer</i>	
AFAS	Spitex Verband Fribourg

VFP AFG Akut	Akademische Fachgesellschaft Akutpflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) Association suisse pour les sciences infirmières
ASPS	Association Spitex privée Suisse Association Spitex privée Suisse Associazione Spitex privée Suisse
AVASAD	Association Vaudoise d'aide et des soins à domicile Vaud
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
Curacasa	Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz Association suisse des infirmiers indépendants Associazione svizzera infermeri indipendenti
FAS	Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
GVCMS	Groupement valaisan des Centres médico-sociaux (CMS) Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren (SMZ)
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
imad	Institution genevoise de maintien à domicile
IG Pflegefinanzierung CI Financement des soins	Interessengemeinschaft (IG) Pflegefinanzierung Communauté d'intérêts (CI) Financement des soins
LZCH	Langzeit Schweiz Soins de longue durée Suisse Cura die lungodegenza Svizzera
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
SACD	Conferenza dei servizi di assistenza e cure a domicilio del Cantone Ticino
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)

ASI ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBK-AG/SO ASI-AG/SO ASI-AG/SO	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Aargau- Solothurn Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Argovie-Soleure Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Argovia-Soletta
SBK-BE ASI-BE ASI-BE	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Bern Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Berne Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Berna
SBK – NE-JU ASI – NE-JU ASI – NE-JU	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Neuchâtel Jura Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Neuchâtel Jura Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Neuchâtel Jura
ASI-SBK Sezione Ticino	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Tessin Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Tessin Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Ticino
SBK-ZH/GL/SH ASI-ZH/GL/SH ASI-ZH/GL/SH	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion ZH/GL/SH Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section ZH/GL/SH Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione ZH/GL/SH
SBK-ZCH ASI-SCH ASI-SCH	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Zentralschweiz Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Suisse centrale Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Svizzera centrale
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SKSZ	Spitex Kantonalverband Schwyz
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
	Spitex Verband Aargau
	Spitex Regio Arth-Goldau
Spitex Kanton Bern	Spitex Verband Kanton Bern

	Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile
SXBS	Spitex Basel
SVBL	Spitex Verband Baselland
Spitex Bregaglia	Centro sanitario Bregaglia Spitex
	Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal
Spitex OW	Spitex Obwalden
	Spitex RuLa
	Spitex Sattel-Rothenthurm
Spitex Verband SG/AR/AI	Spitex Verband der Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden
	Spitex Verband Thurgau
	Spitex Uri
SVKS	Spitex Verband Kanton Solothurn
SPXZG	Spitex Verband Kanton Zug
SVKZ	Spitex Verband Kanton Zürich
Spitex Schaffhausen	Spitex Verband Kanton Schaffhausen
	Marion's Spitex
SNL	Swiss Nurse Leaders
svbg fsas fsas	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari (FSAS)
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
VAKA	Vereinigung der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VFP AFG Spitex Pflege	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, Akademische Fachgesellschaft Spitex Pflege
Psy moos	Psychiatriepflege Moossee
Versicherer	
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi

santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
PatientInnen, BenutzerInnen	
Alzheimer Schweiz	Alzheimer Schweiz Alzheimer Suisse Alzheimer Svizzera
LL S LP CH LP CH	Lungenliga Schweiz (LLS) Ligue pulmonaire suisse Lega polmonare svizzera
SPO OSP OSP	Stiftung für Patientenschutz Organisation Suisse des Patients Organizzazione Svizzera dei Pazienti
SSR CSA CSA	Schweizerischer Seniorenrat (SSR) Conseil suisse des aînés (CSA) Consiglio svizzero degli anziani (CSA)
VAPP	Verein Ambulante Psychiatrische Pflege
VASOS FARES	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz (VASOS) Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse (FARES) Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera
Andere	
BesaCare	Besa Care AG
CT PLAISIR	Commission technique PLAISIR
LEP AG	LEP AG (Leistungserfassung in der Pflege), St. Gallen
QSys	Q-Sys AG