

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Kanton : Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, Akademische Fachgesellschaft Spitex Pflege

Abkürzung der Firma / Organisation : VFP, AFG Spitex Pflege

Adresse : Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Jennifer Kumkli, MScN, Pflegeexpertin Spitex Uster; Nicole Oberhänsli, MScN, Qualitätsmanagement Spitex Glattal; Iren Bischofberger, Prof. Dr., MScN, MSc, Präsidentin Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft

Telefon : 031 306 93 90

E-Mail : info@vfp-apsi.ch

Datum : 25.10.2018

Wichtige Hinweise:

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

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

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	
Name Verein	Allgemeine Bemerkungen
VFP	<p>Der VFP nimmt gerne an der Vernehmlassung teil und bringt dazu seine pflegewissenschaftliche Expertise ein. Gerade aus wissenschaftlicher Sicht im Allgemeinen und aus pflegewissenschaftlicher Sicht im Speziellen bedauert der VFP jedoch, dass der vorbereitende Bericht zur Vernehmlassung an diversen Stellen fehlerhaft ist und konzeptionelle Schwächen aufweist.</p> <p>1. Wissenschaftlich</p> <ul style="list-style-type: none"> – Im Bericht sind argumentativ und sachlich diverse Fehler aufgefallen. Dazu gehören im Wesentlichen: – In den Graphiken 2 und 3 auf S. 15 fehlt im Säulendiagramm links die a-Leistung „Koordination“, die vom Bundesrat im Jahr 2011 in den Art. 7, Abs. 2, Bst. a) aufgenommen wurde und per 1.1.2012 in Kraft trat. Ebenfalls ist „Behandlungspflege“ nicht korrekt, sondern die Leistung lautet „Massnahmen der Untersuchung und Behandlung“. – Die fehlerhafte Formel in der Tabelle auf S. 16. im Kontext von Spitex-Leistungen, bzw. in der Spitex-Statistik kommen Pflagetage als Kennzahl nicht vor. – Auf S. 17 sind im Zusammenhang mit der Spitex die Einnahmen pro Pflage tag ausgewiesen, dies ist jedoch sachlich nicht korrekt. – Auf S. 22 im zweiten Abschnitt steht, dass die KLV die Kompetenzen der Ärzteschaft und der Pflage fachpersonen regle. Die KLV regelt jedoch die Leistungen und deren Vergütung. – Die Berechnungen (I.3.1.1) sind mit gerundeten Zahlen vorgenommen worden und darum 0.1% höher als in der eigentlichen Korrekturberechnung (I.3.2). Dies verzerrt die Ergebnisse. – Die Daten der Berechnungsgrundlage sind ungenau und nicht solide, was im Bericht an mehreren Stellen ausgewiesen wird (S. 6, 7, 12, 13). Zum Beispiel ist die minimale Abrechnungsgrösse bei Spitexbetrieben in den Jahren 2010 und 2014 unterschiedlich (5 Minuten vs. 10 Minuten), was die Zahlen im Jahr 2014 automatisch erhöht. Aus wissenschaftlicher Sicht müsste auf eine Analyse dieser Daten verzichtet und Lösungen erarbeitet werden, wie das Datenmaterial besser vergleichbar aufbereitet werden kann, um die Kostenneutralität zu überprüfen. – Die Daten der Statistiken 2010 und 2014 werden in überschneidenden Zeitspannen angegeben und sind nicht referenziert, weswegen nicht nachvollziehbar ist, wie diese Überschneidung zu Stande kommt. – Die Aussage «es dürfte keinen signifikanten Effekt [...] haben» (S.8/9 und 14) ist ungenügend, wenn keine Signifikanzen präsentiert werden. – Die Tabellen (I.2.2 und I.3.2) haben keine Legende, und die Inhalte lassen Interpretationsspielraum offen. Die Tabellen sind daher unpräzise. – Der Bericht enthält keinerlei Referenzen, die auf eine solide Abklärung des Sachverhalts im nationalen und internationalen Kontext hinweisen. Selbst der vom BAG jüngst veröffentlichte Bericht zur Evaluation der Pflagefinanzierung (Trageser et al., 2018) wird nicht zur Analyse herangezogen. <p>2. Pflegewissenschaftlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bereits seit einigen Jahren hat die 80+ Bevölkerung ein überdurchschnittlich hohes Risiko für einen Notfall (Vilpert, 2013). Mit der Reduktion der Beiträge in der vorgeschlagenen KLV-Änderung wird die proaktive Risikoeinschätzung geschwächt, um Notfalleintritte zu vermeiden. – Die geänderte KLV lässt zentrale Erkenntnisse der interprofessionellen Zusammenarbeit vermissen, wie sie etwa vom BAG im Förderprogramm „Interprofessionalität“ oder der SAMW in einem mehrjährigen Aktivitätszyklus bearbeitet wird. So wird zwar im vorbereitenden Bericht an zwei Stellen von „Dialog“ gesprochen (am Schluss von Punkt 1.1, S. 20; am Schluss von Punkt 1.3, S. 21), allerdings mit der klaren Ansage, dass ein Dialog auf Augenhöhe nicht

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

vorgesehen ist. Dies jedoch ist zentral für die gelingende interprofessionellen Zusammenarbeit, wie jüngst eine Studie der SAMW (Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017) schlussfolgerte.

- Der vorgeschlagene Begriffswechsel von „Abklärung“ zu „Ermittlung“ wird nirgends konzeptionell erläutert und ist deshalb aus pflegewissenschaftlicher Sicht nicht haltbar (zudem wird der Begriff nur in der deutschsprachigen Version geändert, nicht aber auf Italienisch oder Französisch). Sachlich ist er auch nicht angemessen, denn – falls eine Begriffsänderung nötig sein sollte – müsste „Einschätzung“ verwendet werden. Bei der Einschätzung oder Abklärung geht es zwar zunächst um eine Ermittlung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten, bei der subjektive und objektive Daten erhoben werden (falls die Pflegefachpersonen der Spitex dafür systematisch ausgebildet sind – üblicherweise im Rahmen einer hochschulischen Aus- oder Weiterbildung – auch mit den Untersuchungstechniken der Inspektion, Palpation, Auskultation und Perkussion). Mit der Ermittlung hört der Denkprozess aber nicht auf. Basierend auf den ermittelten Daten erfolgt die Einschätzung und Beurteilung der Gesamtsituation und der Dringlichkeit. Dabei sind auch die Ziele des Patienten/der Patientin, allenfalls auch der Angehörigen, relevant. Danach wird der Bedarf für Pflegeinterventionen für einen individuell bestimmten Zeitraum eingeschätzt und im Rahmen des Pflegeprozesses bearbeitet, inkl. Evaluation der Ergebnisse. Zudem: Würde der Begriffswechsel tatsächlich in die KLV aufgenommen, hätte dies einen hohen und unnötigen administrativen Aufwand zur Folge, denn es müssten an zahlreichen Stellen in der Pflegedokumentation oder in Softwareprogrammen Änderungen vorgenommen werden. Dies stünde diametral dem unter Punkt 1.1 (S. 20 oben) postulierten geringeren administrativen Aufwand entgegen und wäre sicherlich nicht im Sinne der Steuerzahler und Versicherten.

3. Pflegeintensität und Komplexität

- Die Pflegeintensität wird den Pflegebedarfsstufen bzw. den a-, b- und c-Leistungen gleichgestellt. Doch dies ist falsch. Denn im Säulendiagramm ist der Inhalt der pflegerischen Leistung nicht sichtbar und daher auch nicht die Komplexität, bzw. die Intensität. Daraus lässt sich auch nicht schliessen, welche Ausbildung die Pflegefachperson für die Leistung benötigt. Dies ist relevant, denn auch in der Grundpflege kann in komplexen Patientensituationen eine Pflegefachperson HF, BSc oder MSc nötig sein (z.B. bei Tetraplegikern oder bei der als High-tech home care bekannten pflege- und technisch intensiven Behandlung Zuhause). Insofern sind die Struktur und Finanzierungslogik der KLV-Leistungskategorien für situative Bedarfe und Massnahmen nicht effizient.
- Die Komplexität der Pflegeleistungen im Pflegeheim und in der Spitex ist aufgrund mehrerer Gründe gestiegen. Seit der Einführung der DRG (01.01.2012) sinkt die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer. Bei Menschen über 65 Jahren sind dies zwischen 2010 und 2014 rund 0.5 Tage (Obsan, 2018). Die früheren Entlassungen sowie die Intensität von verordneter Diagnostik und die Anzahl von Therapien erhöhen die poststationären fachlichen Anforderungen an die Pflege. Weiter werden sich die Leistungen der Pflegeheime sowie der Spitex in der Komplexität auch künftig steigern aufgrund der demographischen Entwicklung, der steigenden Multimorbidität, der Zahl an chronisch Kranken, sowie dem Wunsch möglichst lange Zuhause wohnen und Zuhause sterben zu können (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010; Synthesebericht NFP67, 2017). Bei einer Zunahme von 2.3% in Abklärung, Beratung und Koordination und die Abnahme von -2.9% in der Grundpflege kann aus Sicht des VFP nicht von konstanter Leistungsstruktur gesprochen werden. Zudem braucht die Primärversorgung heute und zukünftig mehr Pflegefachpersonen HF/BSc und insbesondere Pflegeexpertinnen MSc, um der steigenden Komplexität gerecht zu werden, wie eine jüngst publizierte Cochrane Review zeigt (Laurant et al., 2018).

4. Anpassung der OKP-Beiträge

- Der VFP unterstützt die Erhöhung der OKP-Beiträge für Pflegeheime, sofern Heime damit die Personalquote von Pflegefachpersonen HF, BSc und MSc erhöhen.
- Der VFP lehnt hingegen die Senkung der OKP-Beiträge für die Hilfe und Pflege zu Hause ab. Der Bericht zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, welcher Grundlage für die KLV Revision ist, kommt zum Schluss, dass die OKP finanziell nicht mehr, jedoch die Kantone überproportional belastet wurden. Trageser et al. (2018) schlussfolgern, dass der Kostendruck für die Leistungserbringer gross ist und sie deswegen weniger Zeit für die Pflegebedürftigen aufwenden. Wird dieser Kostendruck nun durch die Tarifsenkung weiter erhöht, wird die oben erwähnte Unterversorgung noch verstärkt. Dadurch besteht das

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

Risiko, dass sich die Zahl der Notfalleintritte, Rehospitalisationen und vermeidbaren Komplikationen erhöht. Dies generiert letztlich höhere Gesamtkosten durch vermehrte stationäre Leistungen, was volkswirtschaftlich unsinnig ist. Mit tieferen OKP-Beiträgen müssen Spitexbetriebe die Anstellung von Pflegefachpersonen HF/BSc oder Pflegeexpertinnen MSc reduzieren, was – so die einhellige internationale und nationale Evidenz – einer Gefährdung der Patientensicherheit gleichkommt (exemplarisch Aiken et al., 2014).

- Der Vorschlag zur linearen Senkung der Beiträge der a-, b- und c-Leistungen ist für uns nicht begründet. Die a-Leistungen sind ausschliesslich von diplomierten Pflegefachpersonen zu erbringen. Deshalb dürfen sie nicht von Fachfrauen oder -männern Gesundheit erbracht werden, die einen tieferen Lohn haben.
- In Spitexbetrieben arbeiten Teams im Skill- und Grademix, den die Ausbildungen der Schweizer Bildungssystematik ermöglichen, und den die verschiedenen Aufgaben in der Spitex auch erfordern. Jedoch ist mit der Unterscheidung zwischen a-, b- und c-Leistungen eine fragmentierte Pflege die Folge. Dies bedeutet, dass für jede zu erbringende Leistungskategorie eine andere Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter zur Patientin/zum Patienten nach Hause gehen müsste. Diese Personen erbringen zusätzlich Wegzeiten. In der Praxis wird dies teilweise noch so durchgeführt, wobei sich der Einsatz einer Pflegefachperson HF/BSc oder einer Pflegeexpertin MSc im Bereich der c-Leistungen finanziell wenig lohnt. Insofern unterstützt der VFP den Experimentierartikel in einer anderen derzeitigen Vernehmlassung, der die gesetzlichen Grundlagen schafft für Projekte zu neuen Versorgungs- und Finanzierungsmechanismen.
- **Der VFP beantragt, dass die Beiträge nach Art. 7a Abs. 1 KLV regelmässig, aber mindestens alle drei Jahre, an die Kostenentwicklung in der ambulanten sowie stationären Pflege angepasst werden. Es muss dazu eine Datengrundlage erarbeitet werden, welche diese Überprüfung wissenschaftlich fundiert zulässt.**

5. Nebenleistungen (I2.1.2 und I3.1.2)

- Die Kostenübernahme von Pflegematerialien wurde bei der neuen Pflegefinanzierung zu wenig berücksichtigt, weswegen die Beiträge nach Art. 7a KLV die Kosten nicht decken. Zudem können durch Innovationen in der Materialentwicklung heute Verbände deutlich länger belassen werden, was die Materialkosten im Vergleich zu den Personalkosten bei weitem aufhebt. Hinzukommt, dass in den zahlreichen Pflegespezialisierungen unterschiedliche Anforderungen an Art und Menge von Mittel und Gegenständen benötigen (z. B. werden in der Psychiatrischen Pflege kaum Mittel und Gegenstände benötigt im Vergleich zu WundspezialistInnen).
- Der Bericht verweist darauf, dass die administrativen Aufwände verringert werden sollten. Leider wurden diese durch die Fremd- und Selbstanwendungsunterscheidung beim Material seit 2017 deutlich erhöht.
- Schliesslich entsteht aus pflegewissenschaftlicher Sicht eine Gefährdung der Patientensicherheit, wenn Patientinnen und Patienten Material aus Kostengründen selber anwenden müssen, damit es vergütet wird, etwa bei Wunden im Abdominalraum oder an den unteren Extremitäten, wenn dadurch z.B. Nahtstellen überstrapaziert werden.
- **Der VFP beantragt, dass die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdanwendung in dem Sinn aufzuheben ist, dass die entsprechenden Kosten wie vor den Bundesverwaltungsgerichtsurteilen vom Herbst 2017 nach MiGeL separat von der OKP abzugelten sind.**

6. Akut- und Übergangspflege (I3.1.3)

- Die geringe Anzahl Stunden für die Akut- und Übergangspflege (AÜP) überrascht den VFP nicht, da er dieselben Mängel in der Umsetzung in der Pflegepraxis feststellt wie INFRAS und Careum Forschung in ihrem Bericht zur Evaluation der Neuen Pflegefinanzierung (Trageser et al., 2018). Dieser zeigt, dass die derzeitige Ausgestaltung der AÜP in der Praxis ungenügend ist, bzw. die AÜP einerseits konzeptionell nicht auf die Praxis anwendbar und andererseits bei Spitalärzten zu wenig bekannt ist und deshalb kaum verschrieben wird.
- Zudem ist ein Übertritt nach der AÜP der Spitex oder des Pflegeheims nach nur 14 Tagen in die reguläre Spitex der noch immer gebrechlichen Klientel innert 24 Stunden ohne vorbereitende Organisation kaum umsetzbar. Die Annahme, dass neu mehr Leistungen in der Pflege dank der AÜP erbracht würden, kann anhand

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

der Spitex-Statistik nicht belegt werden.

7. Bedarfsermittlung und Mindestanforderung an Pflegebedarfsermittlungssysteme

- Der Bericht geht von der Annahme aus, dass die Ärzteschaft sicherstellt, dass die richtigen und keine unnötigen Leistungen erbracht werden. Aus Sicht des VFP kann sie diese Aufgabe jedoch nicht wahrnehmen. Denn Pflegefachpersonen ermitteln bei der Abklärung zu Hause beim Patienten/bei der Patientin den Bedarf der Pflegesituation. Da die Anzahl Hausbesuche von Arztpraxen seit Jahren rückläufig ist und sie zudem keine pflegerische Ausbildung haben, können sie die Reichweite der Abklärung und Massnahmen nicht hinreichend beurteilen. Zudem ist es heute gängige Praxis, dass die Ärzteschaft nach der Abklärung durch die Pflegefachperson die ärztliche Anordnung nur noch unterschreibt, ohne die genauen Leistungen zu kennen oder die Anordnung zu prüfen.
- Die Annahme, dass die Versorgungsqualität verbessert wird, wenn die Vernetzung unter den Leistungserbringern besser – mehr noch: systematisiert – wird (Kommentar S. 22), unterstützt der VFP. Doch sieht der VFP konzeptionell keine Verbesserung durch einen ärztlichen Auftrag oder eine ärztliche Anordnung. Denn es gibt Ärzte, welche den ärztlichen Spitexauftrag unterschreiben, ohne den Patienten/die Patientin in den letzten Jahren visitiert zu haben. Zudem bestimmt häufig die Pflegefachperson die benötigten Mittel und Gegenstände (z.B. Wundmaterialien) und lässt dies durch die Ärzteschaft verordnen.
- Der VFP ist der Ansicht, dass die künstliche Trennung zwischen a/c-Leistungen und b-Leistungen nicht sinnvoll ist. Pflegefachpersonen sind in der Lage, fachlich korrekt zu beurteilen, welche Leistungen notwendig sind – auch im Bereich der Behandlungspflege (z.B. Messung der Vitalwerte, Messung Blutzucker, Wundversorgung). Der VFP sieht darin auch eine Aufwertung der koordinierten Versorgung.

8. Zusammenarbeit unter Leistungserbringern

- Der VFP unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und befürwortet, dass sich Pflegefachpersonen und die Ärzteschaft über den Patienten/die Patientin austauschen müssen, damit eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung stattfinden kann. Diese Forderung jedoch an der ärztlichen Anordnung festzumachen greift nicht. Viel eher soll in einem Absatz „koordinierte Versorgung“ geregelt werden, dass die Leistungserbringer untereinander Informationen austauschen müssen. Dies würde begünstigen, dass Pflegefachpersonen in der Spitex – die Vorgaben des Datenschutzes vorausgesetzt – Informationen über medizinische Diagnosen, Medikamente oder andere klinisch relevante Informationen tatsächlich erhalten. Denn es kommt wiederholt vor, dass die Ärzteschaft Informationen zum Patienten/zur Patientin den Pflegefachpersonen unbegründet nicht zur Verfügung stellt.
 - Die Sorge, dass die Pflegefachpersonen eine unsachgemässe Mengenausweitung der Leistungen vornehmen, ist mit dem Artikel 8c Kontroll- und Schlichtungsverfahren nicht zu begründen. Die Versicherten haben den Auftrag die Leistungen zu kontrollieren. Sie streichen Leistungen, wenn diese nicht wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sind, auch wenn ein Arzt/eine Ärztin unterschrieben hat. Die Kontrolle durch den Patienten/die Patientin wird im Sinne der Eigenverantwortung eingefordert. Deshalb erläutern Spitexmitarbeitende auf Anfrage die Rechnungen. Weiter ist die Kontrolle durch die Gemeinde und den Kanton aufgrund fehlender Informationen nicht möglich.
 - Der VFP lehnt die Differenzierung der ärztlichen Anordnungsdauer zwischen a- und c-Leistungen sowie b-Leistungen ab. Dies würde nicht, wie im Bericht verlangt, den administrativen Aufwand reduzieren, im Gegenteil: die Anordnung von b-Leistungen müsste nach sechs Monaten erneuert werden, die a/c-Leistungen beim selben Patienten jedoch erst nach zwölf Monaten. Dies würde zu einer «Teil-Bedarfsermittlung» führen, was der ganzheitlichen Abklärung mit dem Kunden widerspricht. Der VFP begrüsst eine einheitliche Anordnungsdauer für alle drei Leistungskategorien, wir schlagen 9 Monate vor.
 - II Art 8a KLV letzter Absatz (S.28): Der Arzt/die Ärztin muss über das Ergebnis der Bedarfsermittlung informiert werden. Unklar bleibt jedoch die häufige Situation, wenn Patienten/Patientinnen mehrere Arztpraxen beanspruchen (z. B. Hausarzt, Spitalarzt, Facharzt).
- **Vor diesem Hintergrund fordert der VFP, dass den Pflegefachpersonen im Rahmen einer KVG Anpassung die gesetzliche Kompetenz erteilt wird, selbst und direkt Leistungen mit den Krankenversicherungen abrechnen zu können. Der VFP sieht darin kein Risiko einer unsachgemässen Mengenausweitung, sondern vielmehr einen Anreiz zur koordinierten Versorgung, wie dies vom BAG derzeit in einem Projekt bearbeitet (BAG, 2018) oder z.B. in der Nationalen Strategie**

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

<p>gegen Krebs mit dem Profil des „Care Managers“ empfohlen wurde (GDK/BAG, 2014).</p> <p>9. Einschränkung bei der Bedarfsermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Vernehmlassung sieht eine Einschränkung der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen gemäss Art. 49 KVV vor. Diese Einschränkung würde sich negativ auf die Attraktivität des Berufsfeldes Spitex und Pflegeheim auswirken und den Fachkräftemangel in diesen Versorgungssettings zusätzlich verschärfen. Diplomierte Pflegefachpersonen sind unmittelbar nach Abschluss ihrer HF oder BSc-Ausbildung berufsbefähigt und basierend auf der betriebsinternen Einführung in der Lage, eine Bedarfsabklärung vorzunehmen. <p>10. Bedarfsermittlungssysteme und Qualitätsindikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Wahl des Bedarfsabklärungsinstrumentes basiert auf dem internationalen pflegewissenschaftlichen Diskurs. Dies muss sich auch in der KLV widerspiegeln. Desalb reicht es nicht, den Bedarf nur nach einheitlichen Kriterien zu erheben, sondern die Kriterien und das Abklärungsinstrument müssen auch forschungsgestützt sein. . – Eine Vereinheitlichung der Instrumente für den Heimbereich erachtet der VFP als sinnvoll. Daher muss für eine Anpassung, bzw. Annäherung von RAI/BESA und anderen Einschätzungsinstrumenten, in die Forschung investiert werden. – Qualitätsindikatoren von Routinedaten herauszufiltern ist sinnvoll, damit kein Mehraufwand für die Spitexbetriebe entsteht. Allerdings vertritt der VFP die Ansicht, dass Qualität nicht alleinig durch die Resultate der Bedarfsermittlungssysteme beurteilt werden darf, sondern – ganz im Sinne des Pflegeprozesses – auch durch Resultate der Pflegeinterventionen und der Pflegeergebnisse umfassen muss. 			
Name / Firma	Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VFP	7 Abs. 2 Best. a Ziff. 1	Der Begriff „Ermittlung“ ist den Aufgaben im Pflegeprozess nicht angemessen, daher lehnt der VFP den Begriffswechsel ab.	<p><i>Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1</i></p> <p>2 Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:</p> <p>a. Massnahmen der Ermittlung Abklärung (oder Einschätzung), Beratung und Koordination:</p> <p>1. Ermittlung Abklärung (oder Einschätzung) des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen,</p>
VFP	7a Abs. 1 und 3	Die Senkung der Vergütungsbeiträge für die Hilfe und Pflege zu Hause wird vom VFP nicht befürwortet. Im Gegenteil: Der VFP erachtet eine Erhöhung der Beiträge als angemessen, basierend auf einer konzeptionell durchdachten Systematik und Berechnung.	
VFP	8 Abs. 2	Der Artikel soll die administrativen Arbeiten für die Pflegefachpersonen vereinfachen und reduzieren, dies ist aus Sicht des VFP nicht der Fall.	<p>Der Arzt oder die Ärztin kann den Auftrag oder die Anordnung erteilen:</p> <p>a. für maximal sechs neun Monate bei Leistungen nach</p>

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

			<p>Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a, b und c; b. für maximal zwölf Monate bei Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c; c. für maximal zwei Wochen bei Patientinnen und Patienten der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werde, mit der Option einer einmaligen Verlängerung von zwei Wochen.</p>
VFP	8a Abs. 1	Die Einschränkung bei der Bedarfsermittlung auf Pflegefachpersonen, welche Art. 49 KVV erfüllen, lehnt der VFP ab.	<p><i>Art. 8a Bedarfsermittlung</i> 1 Die Bedarfsermittlung Abklärung (oder Einschätzung) zur Umsetzung des ärztlichen Auftrages oder der ärztlichen Anordnung erfolgt: a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und c: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen; die Ermittlung ist dem behandelnden Arzt zur Information weiterzugeben; b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b oder bei Akut- und Übergangspflege: durch eine Pflegefachfrau oder einen Pflegefachmann (Art. 49 KVV) in Zusammenarbeit und unter Austausch behandlungs- und pflegerelevanter Informationen mit dem behandelnden Arzt sowie der Patientin oder dem Patienten oder deren Angehörigen.</p>
VFP	8a, Abs. 3	Patientinnen und Patienten in der Schweizer Gesundheitsversorgung sollen das beste international verfügbare Wissen erhalten. Daher soll die Einheitlichkeit der Kriterien um deren Evidenz ergänzt werden.	<p>3 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.</p>
VFP	8c	Die Kontrollergebnisse durch den vertrauensärztlichen Dienst einer Krankenversicherung sind nur dann verlässlich, wenn der Arzt/die Ärztin oder eine Pflegefachperson den Pflegebedarf vor Ort beim Patienten oder bei der Patientin überprüft oder telemedizinische Hilfsmittel nutzt und basierend darauf eine Begutachtung vornimmt. Letztere kann nicht nur auf Erfahrungswerten beruhen.	<p>Art. 8c Kontroll- und Schlichtungsverfahren 4 Werden für Pflegeleistungen, die von Leistungserbringern nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b erbracht werden, voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so kann die Bedarfsermittlung vom Vertrauensarzt oder von der Vertrauensärztin (Art. 57 KVG2) vor Ort beim Patienten, bzw. der Patientin oder mittels telemedizinischen Hilfsmitteln überprüft werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden pro Quartal benötigt, so führt der Vertrauensarzt</p>

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

			oder die Vertrauensärztin systematische Stichproben durch.
VFP	20	<p>Die KLV ist auf den 1. Januar 2019 dahingehend abzuändern, dass die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 KLV Pflegematerialien der OKP in Rechnung stellen können, unabhängig davon, ob es sich um eine Abgabe zur Selbstanwendung (gemäss MiGeL) oder der Anwendung durch eine Pflegefachperson handelt.</p> <p>Eventualantrag: Sollte dies aus juristischen Gründen nicht direkt über eine KLV-Änderung möglich sein, ist die Änderung raschestmöglich im übergeordneten Recht vorzunehmen.</p>	<p>Die Versicherung leistet eine Vergütung an Mittel und Gegenstände, die der Behandlung oder der Untersuchung im Sinne einer Überwachung der Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, die auf ärztliche Anordnung von einer Abgabestelle 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.</p>

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (24. May 2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, S. P1824-1830.
- Atzeni, G.; Schmitz, E. & Berchtold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Bundeamt für Gesundheit (2018). Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung - Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern: BAG
- Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2014). Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2017. Bern: GDK/BAG.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., van Vught, AJAH. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
- Obsan (2018). *Aufenthaltsdauer in Akutspitälern*. Heruntergeladen von <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/aufenthaltsdauer-akutspitaelern> am 12.10.2018
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). *SwissAgeCare-2010. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex-Schweiz*. Von Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Heruntergeladen von <https://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010---Schlussbericht> am 09.10.2018
- Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) (2017). *Synthesebericht NFP 67 Lebensende*. Heruntergeladen von <http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-de.pdf> am 12.10.2018
- Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Landolt, H., Otto, U., & Hegedüs, A. (2018). *Schlussbericht Evaluation Pflegefinanzierung*. Zürich: INFRAS/Careum Forschung. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv.html> am 09.10.2018
- Vilpert, S. (2013). *Konsultationen in Schweizer Notfallstationen* (Obsan Bulletin No. 3). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.