

Finanzierung der psychiatrischen Pflege zu Hause, ambulant und im Pflegeheim

Eingabe an das Bundesamt für Gesundheit BAG

Spitex Verband Schweiz

SBK

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Curaviva

Verband der Heime und Institutionen Schweiz

FMH

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

SGSP

Schweiz. Gesellschaft für Sozialpsychiatrie

SGPP

Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

SGAP

Schweiz. Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Psychotherapie

Juni 2004

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	3
2.	Einleitung	3
3.	Stellenwert der psychiatrischen Versorgung zu Hause, ambulant und im Pflegeheim	4
3.1	Allgemeiner Teil	4
3.2	Psychiatrische Indikationen und Therapien, sowie die Unter- stützung der Therapie durch pflegerische Massnahmen	5
3.3	Erläuterungen zur psychiatrischen Pflege	6
4.	Situation der psychiatrischen Pflege zu Hause, ambulant und im Pflegeheim	8
5.	Anforderung an die ärztliche Anordnung	10
6.	Problemanalyse	11
7.	Synthese	13
8.	Antrag an das Bundesamt für Gesundheit	14
9.	Begründung	16
10.	Kostenfolge	17
11.	Zusammenfassung	20

Anhang I	Fallbeispiel
Anhang II	Rechtssprechung
Anhang III	Daten zur Kostenfolge

Beilage 1	Eingabe Psychiatrie des SBK vom Februar 2003
Beilage 2	Teilnehmer vom „runden Tisch“
Beilage 3	Protokoll der Sitzung vom 26.09.2003
Beilage 4	Rundschreiben Nr. 07/2004 von santésuisse
Beilage 5	Schreiben vom BAG vom 3 März 2004
Beilage 6	Rundschreiben KST SG/TG/GL/ Zirkular 28 - 2001

1. Vorbemerkung

Im Zuge der 4. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)¹ anerkennen Art. 42 Abs. 3 IVG sowie Art. 38 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)² seit dem 1. Januar 2004 die Auswirkung psychischer Störungen auf den Lebensalltag sowie die Notwendigkeit einer finanziellen Unterstützung, um den betroffenen Menschen zu einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung zu verhelfen (Art. 4 lit. c IVG).

Die erwähnte Gesetzesrevision berührt die in der vorliegenden Eingabe behandelte Problematik aus folgenden Gründen nicht:

- Sinn, Zweck und Stossrichtung von Art. 38 IVV einerseits, von den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung andererseits unterscheiden sich wesentlich voneinander. Letztere erfassen Kosten, die unmittelbar mit der *Behandlung* des Leidens zusammen hängen; ersterer dagegen verfolgt wie eben erwähnt das Ziel, *die sozialen Einschränkungen, die sich aus der Invalidität von Rentenbezüglern ergeben, aufzufangen*;
- IV-Rentner stellen indessen nur einen sehr kleinen Anteil der Empfänger der durch Art. 7 KLV erfassten Leistungserbringer.

2. Einleitung

Der Weltgesundheitsbericht 2001 fordert eine gemeindeorientierte psychiatrische Versorgung:

„Bei chronischkranken Menschen sind gemeindeorientierte psychiatrische Dienste erfolgreicher als stationäre Behandlungen bezogen auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität. Die Verlagerung der Patientinnen und Patienten von stationären Behandlungen zu ambulanten Diensten ist auch kosteneffektiv und respektiert die Würde der Menschen. Gemeindenahe Dienste ermöglichen frühzeitige Interventionen und reduzieren die Stigmatisierung durch psychiatrische Behandlungen. Verwahrende psychiatrische Kliniken sollten durch ambulante Dienste, Stützpunkte in allgemeinen Spitälern und in der Spitex ersetzt werden, welche den Bedürfnissen der Kranken verantwortungsvoll nachkommen können.“³

Im Widerspruch zur allgemein anerkannten Stossrichtung „ambulant vor stationär“ steht die Tendenz gewisser Krankenversicherer, ihre Leistungspflicht für ambulante psychiatrische Pflegeleistungen zu bestreiten. Dies hat den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) im Februar 2003 veranlasst, dem Bundesamt für Sozialversicherungen einen Antrag zuhanden der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen ELK⁴ einzureichen. Ziel dieser Eingabe war es, eine für Patienten und Leistungserbringer unhaltbare Situation zu klären. Das damals dafür noch zuständige Bundesamt für Sozialversicherungen BSV ist jedoch auf die Eingabe nicht eingetreten, da aus seiner Sicht entscheidende

¹ SR 831.20

² SR 831.201

³ World Health Organisation (WHO): „World Health Report 2001: New Understanding, New Hope,“ zitiert bei Dr. med. B. Kägi

⁴ Siehe Beilage 1: Eingabe des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK an die ELK vom Feb. 2003 („Eingabe 2003“)

Grundlagen fehlten. Die dramatische Zuspitzung des Problems im ambulanten Sektor führte dazu, dass sich eine Vielzahl betroffener Organisationen und Behörden unter der Moderation von Philippe Lehmann, Leiter des Projektes „Nationale Gesundheitspolitik“ mit einem Teilprojekt „Psychische Gesundheit“, am runden Tisch zusammen fanden, um die offenen Fragen zu diskutieren⁵. Nach einem Gespräch mit Vizedirektor Fritz Britt haben sich folgende Organisationen entschieden, einen neuen Antrag einzureichen: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer SBK, Spitexverband Schweiz, curaviva Verband Heime und Institutionen Schweiz, Schweiz. Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Psychotherapie SGAP, Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP und die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. Dieser neue Antrag wird jedoch diesmal direkt an das zuständige Bundesamt, und nicht an die ELK eingereicht, da es sich bei der psychiatrischen Pflege ambulant, zu Hause oder im Pflegeheim nicht um eine neue Leistung handelt. Vielmehr bedarf es einer *Klärung* der Natur und des Umfangs der von Artikel 7 KLV auf dem Gebiet der psychiatrischen Pflege abgedeckten Leistungen⁶. Ziele dieser Eingabe sind die Gleichstellung von psychisch und somatisch kranken Menschen in der Gesundheitsversorgung und die Sicherstellung der Finanzierung der ambulanten psychiatrischen Pflegeleistungen durch die obligatorische Krankenversicherung. Die folgenden Ausführungen werden aufzeigen, wo die Problematik liegt, welche juristischen Verfahren hängig sind, welche Schritte auf parlamentarischer Ebene eingeleitet wurden und wie innert nützlicher Frist eine Lösung gefunden werden kann.

3. Stellenwert der psychiatrischen Versorgung zu Hause, ambulant und im Pflegeheim

3.1. Allgemeiner Teil

Der Begriff der „Psychiatrischen Versorgung“ umfasst die institutionellen Strukturen sowie die Quantität und Qualität der Leistungsangebote, mit denen dem Hilfebedarf von Menschen mit psychischen und psychosozialen Störungen⁷ professionell begegnet wird. Das häufig frühe Auftreten der Erkrankung⁸ und der nicht selten chronische Verlauf psychischer Erkrankung führen zu vielfältigen gesundheitlichen, sozialen, rechtlichen und ökonomischen Konsequenzen mit entsprechendem Unterstützungsbedarf. Das bedeutet, dass die Psychiatrie mehr als andere medizinische Bereiche auf die Kooperation mit verschiedenen Versorgungssektoren angewiesen ist. Die psychiatrische Versorgung wird demnach nicht nur mit spezialisierten stationären, teilstationären und ambulanten Diensten und privaten Praxen sichergestellt, sondern beinhaltet gleichermassen auch den Einbezug von Dienstleistungen der angrenzenden Versorgungsbereiche wie des Gesundheits-, Behinderten- und Sozialwesens, der Jugendhilfe, der Altersversorgung sowie der Justiz und Polizei. Zusätzlich bestehen verschiedene erprobte und wirksame Varianten verstärkter psychiatrischer Präsenz im Allgemeinspital, die gefördert werden müssen, wie psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst bzw. spitalintegrierte psychiatrische Einheiten (Stützpunkte, Polikliniken, Tageskliniken und Tagesstätten, psychiatrische Vollabteilungen.) Diese können jeweils die Basis für liaisonpsychiatrische Leistungen bieten.

⁵ Siehe Beilage 2: Teilnehmer „runder Tisch“

⁶ Siehe Beilage 3: Protokoll der Sitzung vom 26. 09. 2003

⁷ ICD 10: Diagnosen F00 bis F99

⁸ Siehe auch Bericht Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring Mai 2003

Ziele der Versorgung sind:

- Erhalten der Lebensqualität im gewohnten sozialen und familiären Umfeld
- Ambulante Betreuung möglichst lange zu Hause, mit dem Ziel der Verzögerung oder Verhinderung eines Eintritts in eine Institution, bzw. Motivation für einen Eintritt, wenn dieser indiziert erscheint.

Die ambulante psychiatrische Pflege ist deshalb ein wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Grundversorgung. Gemäss der Studie Aberhalden, Lüthi, Mazzola et al. (2003) leiden 44 %⁹ der durch Spitex-Organisationen betreuten Patientinnen und Patienten an einer relevanten psychiatrischen Problematik. Wenn stationäre Einrichtungen - Allgemeinspitäler, Psychiatrische Kliniken und Heime - entlastet werden sollen, muss mehr in die psychiatrische Pflege investiert werden.

3.2. Psychiatrische Indikationen und Therapien, sowie die Unterstützung der Therapie durch pflegerische Massnahmen

Die **Indikation** ist weit zu fassen; grundsätzlich sollen alle im ICD 10 aufgeführten psychischen Krankheiten und Störungen ab einem klinisch relevanten Schweregrad ambulant behandelt werden, damit sie sich nicht soweit verschlechtern, dass Hospitalisationen nötig werden oder Invalidität daraus resultiert.

Zudem ist in der Regel nach einem Klinikaufenthalt eine anschliessende ambulante Nachbehandlung angezeigt um die Rückfallgefahr zu verringern und um die allgemeine Rehabilitation zu erreichen und/oder sicher zu stellen.

Die meisten **Behandlungen** bestehen aus einer Kombination von medikamentöser Behandlung und psychotherapeutischen Interventionen, selten reicht eine der beiden Behandlungsformen alleine aus. Behandlungen scheitern aber zumeist dann, wenn die Selbstheilungskräfte der kranken Personen nicht durch eine ihrem Zustand entsprechende sinnvolle Betätigung, also eine Tagesstruktur gestützt und aktiviert werden. Deshalb gehört ein Mindestmass an "Tagesstruktur" zwingend zu einer fachgerechten psychiatrischen Behandlung.

Unterstützung durch pflegerische Massnahmen:

Bei fast allen psychiatrischen Krankheiten ist eine anfänglich strikte und dann im weiteren Verlauf eine der Persönlichkeit des Kranken angepasste Überwachung der medikamentösen Therapie notwendig.

Die Wirkung der vor allem bei Schwerkranken sehr häufig angewandten "Unterstützenden Psychotherapie" wird durch entsprechende, das heisst ebenfalls unterstützende und befähigende Interventionen von Angehörigen und/oder professionell Pflegenden verbessert. Frequenz und Anzahl der Arztkonsultationen lassen sich dadurch in der Regel verringern.

Schliesslich ist es von grosser Wichtigkeit dass durch pflegerische Begleitung eine patientengemässe Tagesstruktur geschaffen wird und auf diese Weise bei der erkrankten Person der Wille zur Besserung und/oder Heilung entwickelt oder gefördert werden.¹⁰

⁹ 35% der KlientInnen, die krankenkassenpflichtige Leistungen erhalten (wovon 26% nur kassenpflichtige, 9% kassenpflichtige und hauswirtschaftliche) und 9% nur hauswirtschaftliche Leistungen.

¹⁰ Vgl. Anhang 1: Fallbeispiel EKR/6.4.2004

3.3. Erläuterungen zur psychiatrischen Pflege

„Psychische Krankheit zeichnet sich in hohem Mass durch wiederholte Krankheits-episoden, d.h. Chronifizierung, wie auch wiederholte Behandlungen aus.“¹¹

Psychische Erkrankung, ob sie nun periodisch oder in chronischer Form auftritt, wird oft von sehr unterschiedlichen Erscheinungen begleitet, in denen sich die dahinter verborgene psychische Störung äussert: Delirium, Halluzination, Demenz, Depression, Selbstverletzung, Autismus, Isolation, störendes Verhalten und soziale Anpassungsschwierigkeiten. Neben der medikamentösen Therapie geht es bei der Pflege darum, auf Störungen so einzuwirken, dass dem Patienten klare Fixpunkte gesetzt werden, welche die nötige Sicherheit bieten, um den Alltag zu organisieren. Dies bedeutet, dass Pflegeaktivitäten, im Grunde genommen immer ein therapeutisches Ziel verfolgen und dazu dienen, psychisch zu stabilisieren, ein sozial verträgliches Leben zu unterstützen und mit Orientierungshilfen überbordender Angst, Selbst- und Fremdgefährdung oder Verwirrtheit vorzubeugen. Darüber hinaus begünstigt die Stabilität in der Beziehung zur Pflegefachperson die regelmässige Medikamenteneinnahme und hilft Emotionen bewältigen, die der Patient in seinem beruflichen, familiären und persönlichen Umfeld hervorruft. Dadurch wird der psychischen Erschöpfung der Angehörigen als Folge von Unwissenheit und Furcht vorgebeugt und Krisen können vermieden werden.

Kernelemente der psychiatrischen Pflege lassen sich besonders anschaulich mit der Pflgetheorie von Dorothea E. Orem¹² konkretisieren. Orem stellt das situative Selbstpflgegedefizit ins Zentrum ihrer Betrachtungen und definiert Hilfe als Pflegeintervention in jenen Situationen, wo Menschen ihren Selbstpflegebedarf nicht alleine abdecken können und das pflegerische Handeln dazu dienen soll, die Waage zwischen den Erfordernissen, die es braucht, um für sich zu sorgen und um die bestmögliche Lebenssituation zu erlangen, und den Fähigkeiten dazu in die Balance zu bringen und dort zu halten. Selbstpflgegedefizit bezieht sich nicht allein auf die Fähigkeit, seinen Körper zu pflegen, sondern bei psychischer Erkrankung ganz besonders auch auf die umfassende Selbstpflege bis hin zu Psychohygiene und Vermeidung von negativen Krankheitsfolgen wegen inadäquaten oder gar selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen, Übertretung von gesellschaftlichen, ärztlichen oder beruflichen Vorschriften usw. Kurz: Pflege in der Psychiatrie bemüht sich ganz zentral auch darum, mit stützenden Gesprächen und in einer tragenden therapeutischen Beziehung die Last der Krankheit („Burden of Disease“) zu mildern, negative Konsequenzen zu vermeiden und die Kooperation der erkrankten Person in der Behandlung und deren Integration in den Lebenszusammenhang zu ermöglichen.

Diese Ausführungen zeigen wie vielfältig und anspruchsvoll die Pflege in der gemeindenahen Psychiatrie ist. Im Zentrum steht die Beziehungsgestaltung zu den Patienten. Diese Tatsache gewinnt an Bedeutung, wenn man bedenkt, dass die Pflegenden die Patienten oft über Jahre begleiten. Die Betreuung und Pflege von psychisch Kranken in der Gemeinde verlangt aber auch sehr viel Koordination mit den verschiedensten Personen und Diensten. Hier kann die Pflegefachperson eine wich-

¹¹ Christen L., Christen S.: *Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlung in der Schweiz 1998 bis 2000*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 1/03, Neuenburg, Juli 2003; S. 5 der Zusammenfassung.

¹² S.J. Cavanagh: „Pflege nach Orem“, Lambertus, Freiburg i.Br. 1995

tige Aufgabe übernehmen.¹³ Im Gegensatz zur gemeindenahen Psychiatrie geht es im Pflegeheim vorwiegend um die Integration der Bewohnerin in die soziale Gemeinschaft und um die individuelle Gestaltung des Alltages. Dies verlangt von den Pflegenden, speziell im Umgang mit psychisch Kranken, hohe soziale und pflegerische Kompetenz.

Um Selbstpflege und Integration und damit Krankheitsbewältigung und Heilung wirksam zu unterstützen, muss die Pflege folgende grundlegenden Aufgaben wahrnehmen können:

- Einschätzung der Pflegesituation und des Pflegebedarfs, Formulierung von Zielen, Einleiten und Durchführen entsprechender Massnahmen
- Bedarfsabklärung zur Eruiierung der Interdependenzen von Körper und Psyche
- Subsidiäre Unterstützung und Begleiten bei der Alltagsbewältigung unter Einbezug der Angehörigen
- Training von sozialen Kompetenzen und Alltagsfertigkeiten trotz beeinträchtigter Beziehungsfähigkeit
- Kontrolle im Umgang mit Gefühlen, Aggressivität, Gewaltpotenzial und dem Umgang mit Psychopharmaka
- Motivationsarbeit zur Wiederherstellung, Verbesserung oder Kompensation von krankheitsbedingt eingeschränkten Grundleistungsfunktionen

4. Situation der psychiatrischen Pflege ambulant, zu Hause und im Pflegeheim

Unter den Leistungserbringern herrscht Konsens über den Grundsatz ambulant (und zu Hause) vor stationär (Klinik). Deshalb ist der ambulanten Behandlung und Pflege von psychisch kranken Menschen der Vorrang zu geben. Sie ist nicht nur zeitgemäss, sondern von erwiesenem wirtschaftlichem Nutzen, ist wissenschaftlich belegt und muss deshalb gefördert werden.

Der Vernehmlassungsbericht zur Psychischen Gesundheit enthält wichtige Hinweise zur Behandlung und Pflege von psychisch kranken Menschen:

*„Die Analysen der Angebotsstrukturen und deren Inanspruchnahme zeigen, dass die Schweiz im Gesundheits- und Sozialwesen über qualitativ hoch stehende Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote verfügt. Der grösste Teil der psychisch Kranken haben Zugang zu quantitativ ausreichenden, methodisch differenzierten Angeboten von guter Qualität. Das sind PatientInnen, die an umschriebenen Störungen leiden, sozial gut integriert sind und temporär psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung benötigen. **Trotzdem bestehen für bestimmte Bevölkerungsgruppen Schwächen und Lücken, sei es in den Angebotsstrukturen, im Zugang zu Früherkennung, Behandlung, Rehabilitation, in der Finanzierung oder in der Gesetzgebung.** Die heutigen Steuerungsmechanismen wirken viel mehr auf einzelne Leistungserbringer als auf integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote (Disease Management) ein. Kantonale beziehungsweise überregio-*

¹³ M. Ewers/D. Schaeffer (Hrsg.): „Case Management in Theorie und Praxis“, Hans Huber Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2000, S. 251

nale Konzepte sind kaum vorhanden. Lücken in der Versorgung bestehen bei der Früherkennung, der Frühintervention so wie der sozialen und beruflichen Integration. So fehlt der Schweiz auch ein nationales Suizidpräventionsprogramm.

Für Patientinnen mit schweren psychischen Krankheiten und mit sozialen Beeinträchtigungen, die heute wiederholt stationär behandelt werden, stehen nicht in ausreichendem Mass abgestimmte ambulante und teilstationäre Dienste zur Verfügung. In Folge dieses Mangels an koordinierten Angeboten ist eine zweckmässige, wirksame und wirtschaftliche Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen nicht immer gewährleistet. Insbesondere in universitären Einrichtungen sind für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen Modelle guter Praxis für wirksame und effektive Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit, zur Heilung und Linderung von psychischen Krankheiten vorhanden.“¹⁴

Tatsache ist, dass heute immer mehr Menschen zu Hause gepflegt werden, die sowohl somatische wie auch psychische Probleme haben.

Auch diese Aussage wird im Vernehmlassungsbericht Psychische Gesundheit eindrücklich bestätigt:

Die ambulante psychiatrische Pflege nimmt für ältere Menschen mit mehrfachen Krankheiten eine zentrale Rolle in der Versorgung ein. Gemäss Abderhalden, Lüthi, Mazzola et al. (2003) leiden mindestens 44 Prozent der PatientInnen der Spitex im Kanton Zürich und St. Gallen an psychiatrischen Erkrankungen¹⁵. Ein Teil der Betroffenen benötigt professionelle Pflege und Betreuung durch psychiatrisch geschulte Pflegenden. Pflege, Betreuung und Behandlung psychisch kranker älterer Menschen sollten so lange als möglich zu Hause im vertrauten Umfeld erfolgen, dies entspricht auch dem klaren Wunsch älterer Menschen. Schätzungsweise gegen 90 Prozent der pflegebedürftigen und chronisch kranken älteren Menschen in Privathaushalten werden von ihren Angehörigen betreut. Der Grad der psychischen und körperlichen Belastung durch die Übernahme der häuslichen Pflege ist hoch, und pflegende Angehörige weisen gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich mehr und ausgeprägtere gesundheitliche Beschwerden auf. Die ambulante psychiatrische Pflege ist ein wesentlicher Bestandteil der psychiatrischen Grundversorgung (Arbeitstage, Folgeplanung II, Baselland, 2001¹⁶).

Mit der Zunahme der betagten und hochbetagten Bevölkerung nimmt auch die Bedeutung der Alterspsychiatrie zu und dies wird Auswirkungen auf den Heimbereich haben.

Die Problematik der Alterspsychiatrie darf in diesem Kontext nicht ausgeklammert werden. Da im höheren Alter die Demenzerkrankungen zunehmen, wird in den Pflegeheimen die Pflege und Betreuung von dementen Bewohnern, aber auch von Bewohnern mit anderen psychischen Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen immer wichtiger. Die Schweizerische Alzheimervereinigung schätzt, dass von den derzeit rund 89'000 von einer Demenz betroffenen Menschen rund 35'600 (40%)

¹⁴ Nationale Gesundheitspolitik Schweiz - Psychische Gesundheit, Vernehmlassungsbericht vom Feb. 2004, (NGP, Vernehmlassungsbericht 2004) S.10 der Zusammenfassung

¹⁵ Inklusive KlientInnen, die ausschliesslich hauswirtschaftliche Leistungen erhalten (vgl. Fussnote 9)

¹⁶ NGP Vernehmlassungsbericht 2004 Kapitel 4 S. 54

in einer stationären Institution leben. Die Anzahl der von einer Demenzerkrankung betroffenen Menschen wird weiterhin stark steigen, sofern in naher Zukunft keine geeigneten medizinischen Massnahmen zur Heilung oder Vorbeugung zur Verfügung stehen. Neben dementen BewohnerInnen leben in den Heimen auch BewohnerInnen mit Depressionen. So werden beispielsweise im Kanton Baselland Demenz (19.3%), Depression (13.9%) und neurotische Störungen (11.7%) als haupt-sächliche Diagnosen bei psychisch chronisch kranken älteren Menschen in den Pflegeheimen ausgewiesen.¹⁷

Dem Pflegepersonal kommt beim Erkennen von Anzeichen einer Depression, und bei der Begleitung der Therapie vor allem bei älteren und dementen Heimbewohnern grosse Bedeutung zu. Die Begleitung depressiver Patienten und deren Angehörigen im Alltag verlangen gezielte Wahrnehmungen und grosse Fachkompetenz, damit die medikamentöse Begleittherapie wirksam und zweckmässig eingesetzt werden kann. Eine klar reflektierte Pflege bildet eine wesentliche Grundlage für eine adäquate Behandlung und Betreuung depressiver Menschen im Alter. Genaue statistische Zahlen über chronisch kranke ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen fehlen. Curaviva schätzt diese Zahl auf mehr als 52% aller pflegebedürftigen Menschen in den Heimen. Damit die Pflegeheime auch in der Zukunft den Anforderungen an eine adäquate Pflege und Betreuung der Menschen gerecht werden können, müssen die diesbezüglich laufenden Bestrebungen in den Heimen weiter vorangetrieben werden. Es gilt, bestehende Wohnformen anzupassen, die Mitarbeitenden für die neuen Anforderungen weiterzubilden und die Beratung und Betreuung der Angehörigen zu erweitern. Der heute in den Heimen erfasste Pflegeaufwand beinhaltet auch die Pflege und Betreuung von chronisch kranken älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und wird in der Regel mit vier bis zwölf Tarifstufen abgegolten.

Das Problem ist die offene und unklare Definition dieser Leistungen in Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV welche auch als Grundlage für die Finanzierung der Pflege im Heimbereich dient. Dies führt zu immer wiederkehrenden Diskussionen, ob die zusätzlichen Aufwendungen für Pflege und Betreuung krankenkassenpflichtig sind oder nicht. Zudem wird der dafür erforderliche Zeitaufwand mit den gültigen Rahmentarifen nur ungenügend abgegolten. Die Kassenpflicht dieser spezifischen Leistungen für BewohnerInnen mit verschiedenen psychischen Symptomen muss zwingend sichergestellt werden.

Eine sinnvolle Versorgung und Betreuung darf nicht durch inadäquate Finanzierungsmodelle vereitelt werden. Um die Situation verbessern zu können, müssen die Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Pflegeangeboten gestärkt werden.

5. Anforderung an die ärztliche Anordnung

Grundsätzlich ist die Leistungspflicht für Pflegemassnahmen gemäss Artikel 25 KVG nur gegeben, wenn eine ärztliche Anordnung vorliegt. Die Krankenversicherer stellen sich nun auf den Standpunkt, bei psychiatrischen Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 lit. c Ziffer 2 KLV bedürfe es einer Anordnung eines Facharztes in Psychiat-

¹⁷ Bericht der Planungsgruppe Alterspsychiatrie 2 Baselland, 2001

rie.¹⁸ Dieser Haltung widerspricht das BAG in seiner Stellungnahme vom 3. März 2004:

„Zur Frage, ob die ärztliche Anordnung durch eine Spezialärztin, einen Spezialarzt der Psychiatrie und der Psychotherapie erfolgen müsse, können wir festhalten, dass Art. 7 KLV keine Bestimmungen bezüglich der Qualifikation des verschreibenden Arztes, der Ärztin enthält.“¹⁹

Viele psychisch kranke Menschen werden zu Hause vor allem vom Hausarzt betreut und daher ist dieser in der Regel auch der direkte Ansprechpartner der Pflegenden.²⁰ Gemäss dem Vernehmlassungsbericht zur Psychischen Gesundheit in der Schweiz werden rund 50 % der psychisch Kranken durch praktizierende Ärzte ohne psychiatrische Spezialisierung und rund 50 % durch psychiatrische Fachärzte behandelt²¹. Diese Zahlen machen deutlich, dass eine Beschränkung der Anordnung psychiatrischer Pflegeleistungen auf Fachärzte mit psychiatrischer Spezialausbildung nicht praktikabel wäre, zumal der Zugang zu Fachärzten der Psychiatrie regional sehr unterschiedlich ist.

6. Problemanalyse

Nun muss aber festgestellt werden, dass die Finanzierung der ambulanten Pflegeleistungen nicht für alle Patienten sichergestellt ist.

Die Weigerung, Leistungen der ambulanten Psychiatriepflege als Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) anzuerkennen nahm im Jahre 2001 mit einem internen Zirkular der Santésuisse-Sektion SG/TG ihren Anfang²². Die anfänglich auf eine (allerdings marktdominierende) Krankenkasse beschränkte Einstellung der Zahlungen an freiberufliche Pflegefachfrauen löste eine Flut von Eingaben an die paritätische Vertrauenskommission SBK-santésuisse (PVK) aus. Aufgrund diametral widersprechender Auslegungen von Art. 7 KLV beschloss die PVK, bis zur Klärung der gesetzlichen Grundlagen keine Dossiers zu behandeln, die die Abgeltung bzw. Definition der psychiatrischen Pflege zum Gegenstand haben²³ und verwies die Leistungserbringerinnen an die zuständigen Gerichte. Seinen vorläufigen Höhepunkt erreichte dieser eigentliche Zahlungsstreik mit dem Rundschreiben Nr. 07/2004²⁴ von santésuisse. Dieses Zirkular übernimmt die Argumentation der die Abgeltung der psychiatrischen Krankenpflege verweigernden Krankenkassen und beruft sich wie diese auf ein Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) vom 16. März 2000²⁵. In diesem ausdrücklich als „unpräjudizielle Meinungsäusserung“ bezeichneten Schreiben hielt das BSV fest, die *eigentliche* Psychiatriepflege müsse von der OKP nicht übernommen werden; denn Art. 7 Abs. 2 Buchstabe c Ziffer 2 KLV decke nur den erhöhten Zeitbedarf bei der (somatischen) Grundpflege, eröffne indessen „kein neues Leistungsspektrum“. Mit diesem Rundschreiben ruft santésuisse die Krankenversicherer auf, jedes eingehende Gesuch um Kostengut-

¹⁸ Siehe santésuisse-Rundschreiben Nr. 07/2004 vom Januar 2004 (Beilage 4)

¹⁹ Schreiben des Bundesamtes für Gesundheitswesen vom 3. März 2004 (Beilage 5)

²⁰ Siehe Bericht Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring vom Mai 2004

²¹ siehe Bericht Psychische Gesundheit in der Schweiz, Seite 53

²² KST (Verband Krankenversicherer St. Gallen-Thurgau), internes Zirkular 28-2001 Dez. 2001 (Beilage 6)

²³ Protokoll der Paritätischen Vertrauenskommission SBK-santésuisse vom 12.09.2002

²⁴ Vgl. Fussnote 18

²⁵ Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 16. März 2000

sprache im Bereich psychiatrischer Krankenpflege zu Hause zu überprüfen und genau abzuklären, ob aus dieser Sicht eine Leistungspflicht tatsächlich gegeben ist. Damit legt santésuisse seinen Mitgliedern nahe, die Bezahlung sämtlicher Leistungen der „eigentlichen“ Psychiatriepflege pauschal zu verweigern.²⁶

Offensichtlich lässt die geltende Fassung von Art. 7 KLV²⁷ somit diametral entgegengesetzte Interpretationen zu.

Dabei entspricht es der klaren Absicht des Gesetzgebers, hinsichtlich des grundsätzlichen Leistungsumfangs zwischen Patienten mit psychiatrischem Krankheitsbild und solchen, die an somatischen Erkrankungen leiden, keinen Unterschied zu machen.

So wird in

Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG)²⁸ der Begriff Krankheit wie folgt umschrieben:

„Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“

Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)²⁹ definiert die Leistungspflicht wie folgt:

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

2 Diese Leistungen umfassen:

a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:

1. Ärzten oder Ärztinnen,

[...]

3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen,³⁰

[...]

e. den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals;

f. den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung;

[...]

Sämtliche einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen lassen den Willen erkennen, somatische und psychische Erkrankungen gleich zu behandeln.

²⁶Hingegen können Leistungserbringer, die nach TARMED abrechnen, Leistungen von Angestellten mit Weiterbildung, aber nicht zwingend gleichwertiger Qualifikation wie Pflegefachpersonen, sehr wohl kassenpflichtig in Rechnung stellen

²⁷ Art. 7 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995, SR 832.112.31

²⁸ SR 830.1 der ausdrückliche Hinweis auf die psychische Gesundheit geht auf die neuste Revision des ATSG vom 21. März 2003 in Kraft 1.1.2004

²⁹ SR 832.10

³⁰ Wie z.B. diplomiertes Pflegepersonal, vgl. Art. 46 und 49 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV), SR 832.102.

Die geltende Formulierung von Art. 7 KLV ist extrem unbefriedigend. Explizit wird die Psychiatriepflege einzig unter Bst. c Ziff. 2 erwähnt; Wie die Protokolle zeigen, liegt der Grund darin, dass bei der Redaktion einseitig vom somatischen Krankheitsbild ausgegangen wurde. Dies erklärt denn auch die Haltung des BSV im erwähnten Schreiben vom März 2000. Seither hat der Bundesrat der darin vertretenen Auffassung ausdrücklich widersprochen. In einem Entscheid vom 20. Dezember 2000³¹ hält er fest, dass Menschen, die an einer psychiatrischen Krankheit leiden, selbstverständlich spezifischer Pflegemassnahmen bedürfen, und in seiner Antwort auf die einfache Anfrage von Nationalrätin Stephanie Baumann³² stellt er klar, dass eine Diskriminierung dieser Patienten „dem Wortlaut wie auch dem Grundgedanken des KVG zuwider“ liefe.

Wie dringend der Klärungsbedarf ist, zeigen die vier Pilotprozesse, (betreffen gegen 40 Patientensituationen),³³ die beim Eidg. Versicherungsgericht sowie bei den Schiedsgerichten gemäss Art. 89 KVG der Kantone Thurgau, St. Gallen und Waadt hängig sind. In einem einschlägigen Entscheid hat bereits das Versicherungsgericht des Kantons Neuenburg die zuständigen politischen Instanzen dazu aufgerufen, den Leistungskatalog bezüglich der psychiatrischen Pflegeleistungen zu klären.³⁴

In einem Schreiben vom 3. März 2004³⁵ hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zum oben erwähnten Rundschreiben von santésuisse³⁶ ausführlich Stellung genommen und kommt dabei auch auf das ebenfalls erwähnte Schreiben des BSV vom 16. März 2000³⁷ zurück. Auf die Haltung des Bundesrates verweisend stellt das BAG klar, dass für die psychiatrische Krankenpflege eine Leistungspflicht besteht, die sich nicht zuletzt aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz des KVG ergibt - was nicht bedeute, dass im Einzelfall nicht abgeklärt werden müsse, ob es sich bei den erbrachten Leistungen um krankheitsbedingte Pflegeleistungen oder aber z.B. um sozialdienstliche Leistungen handelt.³⁸

7. Synthese

Die vorliegenden Ausführungen legen schlüssig dar, dass das Problem der Finanzierung der psychiatrischen Pflege in der unklaren Formulierung von Art. 7 KLV liegt. Dieser Artikel geht von einem veralteten Begriff der Pflege aus, in dem die Pflege in drei Leistungsbereiche aufgeteilt wird, die der Abklärung und Beratung, der Behand-

³¹ Arrêt du Conseil fédéral du 20 décembre 2000 (Fédération vaudoise des assureurs-maladie et al. c. Conseil d'Etat du Canton de Vaud)

³² Einfache Anfrage Stephanie Baumann (02.1130, „Ambulante psychiatrische Pflege“) vom 25. November 2002, Antwort des Bundesrats vom 29. Januar 2003

³³ S. Anhang 2, Rechtsprechung

³⁴ Tribunal cantonal/Tribunal arbitral de l'assurance-maladie (art. 89 LAMal), arrêt du 28 juin 2002 [TARB.2001.1], cons. 3.c., p. 8

³⁵ Vgl. Fussnote 19

³⁶ Vgl. Fussnote 18

³⁷ Vgl. Fussnote 25

³⁸ „Die Behandlung einer Krankheit bezieht sich jedoch auf alle Krankheiten, d.h. es sind sowohl psychische als auch körperliche Erkrankungen eingeschlossen. Es war zweifellos das Ziel des KVG eine Gleichbehandlung der Krankheiten sicherzustellen. Dies hat der Bundesrat in seiner Antwort vom 29. Januar 2003 auf die einfache Anfrage zur ambulanten psychiatrischen Pflege von NR. Baumann Stephanie vom 25. November 2002 (02.1130) bestätigt: eine Praxis, wonach die Krankenversicherer psychisch kranke Personen systematisch diskriminieren und die Übernahme von Spitalleistungen der Kostenübernahme ambulanter Leistung vorziehen, würde dem Grundgedanken des Krankenversicherungsgesetzes zuwiderlaufen“, BAG (vgl. Fussnote 19)

lungspflege und der Grundpflege. Um von dieser problematischen und veralteten Begrifflichkeit weg zu kommen, muss die Leistungspflicht bezüglich der Pflegemassnahmen grundsätzlich neu definiert werden, denn Pflege kann nicht in einzelne Leistungen aufgeteilt werden, sondern richtet sich immer nach dem Ziel der Pflegeintervention. Mit diesem Fokus müsste eine grundsätzliche Neuformulierung angegangen werden. Da eine grundsätzliche Neuformulierung jedoch viel Zeit in Anspruch nimmt, die Abgeltung der psychiatrischen Pflege jedoch rasch geklärt werden muss, ist vorerst die Präzisierung von Art. 7 KLV bezüglich der psychiatrischen Pflege vorzunehmen. Erst diese Präzisierung von Art. 7 KLV ermöglicht es der Pflege, ihren Auftrag, unabhängig von der Diagnose und dem Ort wo Pflege stattfindet, wahrzunehmen und nur so kann die aktuelle Diskriminierung psychisch kranker Menschen beendet werden.

8. Antrag an das Bundesamt für Gesundheit

In Anbetracht des dringenden Handlungsbedarfs ersuchen wir deshalb - unter Vorbehalt einer späteren, grundlegenden Überarbeitung - um folgende Präzisierung des heute geltenden Art. 7 KLV (im nachfolgenden Text grau unterlegt) :

Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs

¹ Die Versicherung übernimmt die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die aufgrund der Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 und 8a) auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden:¹

- a. von Krankenschwestern oder Krankenpflegern (Art. 49 KVV);
- b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 KVV);
- c. von Pflegeheimen (Art. 39 Abs. 3 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994², KVG).

² Leistungen im Sinne von Absatz 1 sind:

a. Massnahmen der Abklärung und Beratung:

- 1. Bedarfsabklärung des Patienten und Abklärung seines Umfeldes sowie Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit Arzt (Ärztin) und Patient (Patientin),
- 2. Beratung und Anleitung des Patienten oder der Patientin sowie gegebene falls der beruflich oder nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere beim Erkennen und Einsetzen von Ressourcen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen

b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:

1. Erfassung der aktuellen physischen und psychischen Funktionen wie:
 - a Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
 - b Einschätzung der aktuellen psychischen Funktionen (insbesondere Bewusstseinszustand, Stimmungslage, Gedächtnis, Realitätskontrolle),
2. einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
3. Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
4. Massnahmen zur Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
5. Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
6. Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse,
7. Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion,
8. enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
9. Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,
10. Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
11. pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
12. Hilfe bei Medizinal-Teil- oder —Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen;
13. Pflegerische Gespräche zur Unterstützung und Befähigung bei psychischen Störungen sowie zur Unterstützung der Compliance
14. Pflegerische Massnahmen, die zur Bewältigung von psychischen und psychoorganischen Störungen nötig sind
15. Krisenintervention bei psychischer Dekompensation

c. Massnahmen der Grundpflege:

1. Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken,
2. psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege, wie Unterstützung in der Alltagsbewältigung, Erarbeitung einer angepassten Tagesstruktur, Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte durch zielgerichtetes Training, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen, sowie bei der Mobilisation.

³ Allgemeine Infrastruktur und Betriebskosten der Leistungserbringer werden bei der Ermittlung der Kosten der Leistungen nicht angerechnet.

9. Begründung

Wie bereits erwähnt macht das Krankenversicherungsgesetz KVG im Grundsatz keinen Unterschied zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen. Die gegenwärtige Ausformulierung in Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV ba-

siert jedoch auf somatischen Krankheitsbildern, was sich im Leistungskatalog widerspiegelt. Es gilt nun diesen Artikel mit den spezifischen Elementen der psychiatrischen Pflegeleistungen zu ergänzen und zwar in allen drei Bereichen.

Erläuterungen zum vorgeschlagenen Text:

Es wird einerseits davon ausgegangen, dass die Krankenpflege grundsätzlich ein integriertes Ganzes darstellt; so kommen Situationen, in denen der gleiche Patient sowohl körperliche als auch psychiatrische Pflege benötigt, denn auch überaus häufig vor. Andererseits hat die Praxis für beide Bereiche eine z.T. erheblich unterschiedliche Begrifflichkeit entwickelt.

zu lit. a

Wir erlauben uns den Hinweis, dass die deutsche die französische und die italienische Fassung des geltenden Artikels nicht kongruent sind. So werden im deutschen Text in den Ziff. 1 und 2 lediglich die im Titel der lit. a verwendeten Begriffe aufgegriffen („Abklärung“ und „Beratung“); im französischen Text hingegen werden unter lit. a „instructions“ und „conseils“, unter den Ziff. 1 und 2 indessen „évaluation“ und „conseils“ aufgeführt. Die Unstimmigkeit gilt es zu klären. Mit Beratung, Anleitung und Begleitung bei der Alltags- und Krankheitsbewältigung und dem Erkennen und Einsetzen von Ressourcen sind stützende Interventionen zu verstehen, die eine Lebenssituation mit mildernden Auswirkungen auf psychische Erkrankungen und deren physische Auswirkungen herbeiführen.

Andererseits ist eine in den drei Sprachen und mit der in Art. 8 Abs. 1 und 2 identische Begrifflichkeit erwünscht. Einzig in der italienischen Fassung sprechen sowohl Art. 7 als auch Art. 8 von der „valutazione dei bisogni“; in der deutschen hingegen ersterer von „Abklärung des Pflegebedarfs“, letzterer von „Bedarfsabklärung“, in der französischen von „évaluation des besoins“ bzw. „évaluation des soins requis“. Am präzisesten erscheint uns folgende Terminologie :

- für die französische Version „évaluation des besoins“ (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 KLV);

für die deutsche Version „Bedarfsabklärung“ (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 2 KLV).

zu lit. b

Dieser abschliessende Katalog der Massnahmen der Untersuchung und Behandlung beschränkt sich auf Pflegeleistungen technischer Art, die in ihrer grossen Mehrheit bei somatischen Erkrankungen indiziert sind. Die vorgeschlagenen Ergänzungen machen deutlich, dass auch in der psychiatrischen Pflege Massnahmen der Untersuchung und Behandlung zur Anwendung kommen. Insbesondere die fortlaufende Einschätzung der psychischen Funktionen, wie beispielsweise des Bewusstseinszustandes oder der Stimmungslage, und die Festlegung der erforderlichen Pflegeinterventionen sind von zentraler Bedeutung. Diese Massnahmen tragen dem Umstand Rechnung, dass eine psychische Krankheit manchmal bei jedem Kontakt neu beurteilt werden muss, um zum Beispiel das Potential für Selbst- oder Fremdgefährdung sofort zu erkennen. Somit kann eine Klinikeinweisung oft vermieden werden.

zu lit. c

Hier gilt es vor allem, Abs. c Ziff. 2 mit Beispielen der psychiatrischen Grundpflege zu ergänzen. Solche Pflegemassnahmen haben die Verbesserung und/oder die Stabilisierung des psychischen Zustands zum Ziel. Im weiteren können durch Massnahmen zur Förderung der Selbstpflege und zur Verhinderung von Selbstvernach-

lässigkeit oftmals gravierende gesundheitliche Folgen und die entsprechenden Kosten vermieden werden. Eine nachhaltige Besserung der psychischen und physischen Situation kann nicht durch die langfristige stellvertretende Übernahme durch das Betreuungspersonal erzielt werden, sondern nur durch die Förderung der Selbstpflegefähigkeiten.

10. Kostenfolge

Vorbemerkungen:

- Die Kostenschätzungen basieren auf den Zahlen aus dem Jahre 2002 bei unveränderten Leistungen
- Da in der Frage, ob die Betreuung für Personen mit psychischen Problemen aktuell angemessen ist, grosse Wissenslücken bestehen, kann oft nicht beurteilt werden, ob ein Wechsel der betreuenden Institution bzw. Organisation therapeutisch gerechtfertigt wäre.³⁹
- Die politischen Entscheide in Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung beziehen sich immer auch auf die psychiatrischen und psychogeriatrischen Pflegeleistungen.
- Verschiebungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsplanung (Kostentransfer) sind nicht berücksichtigt

Pflegekosten zu Lasten der Versicherer:

Die Untersuchungen in den Kantonen Zürich und St. Gallen zeigen dass nur gerade 10% der KlientInnen von Spitexorganisationen eine medizinisch-psychiatrische Diagnose haben, obwohl bei 44% der KlientInnen ein psychisches Problem vorhanden ist und 35 % Leistungen nach Artikel 7 KLV benötigen. Diese verursachen 47% der Spitex-Pflegekosten zu Lasten der Krankenversicherer (2002: Fr 132 Mio von total Fr 284 Mio). Nach unseren Schätzungen ist der Zeitaufwand für diese Patientengruppe mindestens 50% höher als bei PatientInnen ohne psychische Probleme.

Curaviva schätzt, dass von den 81'000 Menschen in den Pflegeheimen zirka 42'000 neben den physischen auch psychische Beeinträchtigungen aufweisen; genaue statistische Daten über die verschiedenen Diagnosen der Menschen in den Pflegeheimen fehlen in der Schweiz. Davon ausgehend, dass die Pflege und Betreuung von chronisch kranken Menschen mit zusätzlichen psychischen Problemen wie Demenz, Depression etc. in der Regel Bewohner mit einer mittleren bis schweren Pflegebedürftigkeit betrifft, schätzt Curaviva die vollen Kosten für Pflege und Betreuung auf zirka Fr. 1'563 Mio. Davon übernehmen die Krankenversicherer zirka Fr. 843 Mio (54%).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die psychiatrischen Pflegeleistungen schon heute mehrheitlich von den Krankenversicherungen und durch Subventionen der öffentlichen Hand finanziert werden. Allerdings werden sie nicht als solche Leistungen ausgewiesen und dies aus folgenden Gründen:

- die psychiatrische Diagnose wurde nicht gestellt (wird tabuisiert, banalisiert oder somatisiert)

³⁹ Christen L., Christen S.: a.a.O., Ss. 82 und 84

- die KlientInnen haben sowohl somatische wie psychiatrische / psychogeriatrische Krankheitsbilder
- die Abrechnung von somatischen Pflegeleistungen bietet weniger Probleme (grössere Akzeptanz von KlientInnen und Krankenversicherern)

Aufgrund der Präzisierung von Art. 7 KLV ergeben sich Kostensteigerungen nur dort, wo bisher zu unrecht Zahlungen verweigert wurden. Das Ausmass ist nicht abschätzbar, dürfte sich aber in engen Grenzen halten, da vor allem der ambulante Pflegebereich (Spitex und freiberufliche Pflegefachpersonen) betroffen ist, der 1,7% (2002) der Ausgaben der Krankenversicherer ausmacht. Hingegen lässt sich abschätzen, welche Mehrkosten bei einer Verschiebung von PatientInnen vom ambulanten in den stationären Bereich entstehen, welche sich aus der bisherigen restriktiven Zahlungspraxis der Versicherer ergeben. Umgekehrt lässt sich auch zeigen, welche Einsparungen durch eine Förderung der ambulanten psychiatrischen Pflege möglich werden.

Tabelle 1 : Kostenschätzung der psychiatrischen Pflege zu Lasten der Versicherer in 2002 (in Mio.)

	Total		davon mit psychischen Problemen (Schätzung) (2)
	Betrag (1)	% Totalkosten der Krankenversicherer	Betrag
Spitex	283.6	1.6%	132
Krankenpflege	17.5	0.1%	8
Pflegeheime	1'444.5	8.4%	780
Subtotal	1'745.6	10.1%	920

(1) Santésuisse, Definitive Versichertenstatistik, Datenpool , 4.7.03

(2) Betroffene **Klienten**: Spitex, Krankenpflege: 36%; Pflegeheime: 52%. **Kosten** zu Lasten der Versicherer: Spitex, Krankenpflege: 47%; Pflegeheime: 54%

Tabelle 2 : Modellrechnung im Falle einer periodischen oder totalen Betreuung im stationären Bereich

Anzahl KlientInnen mit Spitex-Leistungen (1) 141'505

Anzahl KlientInnen mit psychiatrischen Problemen mit Spitexpflege (36%) (2) 50'942

Modellrechnung: 10% der betreuten Klienten zu Hause die in den stationären Bereich überwiesen wird (ohne Überweisung von einer Institution in eine andere)	Anzahl Klienten, die in stationären Bereich überwiesen werden	Anzahl Tage im stationären Bereich/Jahr	Preis pro Tag (3)	KVG-Kosten pro Jahr (Mio)	Kostenschätzung wenn Spitexpflege (Mio) (5)
Stationärer Bereich während 12 Monaten 5% (Pflegeheime)	2547	929'688	55	51	
Stationärer Bereich während 6 Monaten 5% (Pflegeheime)	1274	231'785	55	13	
Stationärer Bereich während 2 Monaten (4) 2.5% (psychiatrische Kliniken)	1274	72'719	200	15	
Jahrestotal (Basis 2002 bei gleichbleibender Tätigkeit)	5094	1'234'192		78	26

(1) BSV, Spitex-Statistik 2002, S. 16.

(2) Ohne die Personen mit **nur hauswirtschaftlichen Leistungen**. Studie Abderhalden, Lüthi et al.: detaillierte Daten, nicht publiziert.

(3) **Schätzung** des nationalen Durchschnitts des Versichereranteils.

(4) Durchschnitt: 57.1 Tage. Quelle: Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001, April 2003, Tabelle E1

(5) **Klientenbeitrag inbegriffen**. Aufgrund der Kundschaft mit höchsten Betreuung sind 20% der Kosten der Klienten mit psychischen Problemen genommen.

Tabelle 3 : Modellrechnung im Falle einer periodischen oder totalen Betreuung zu Hause

Psychiatrische Klinik

Anzahl KlientInnen (1) 48'364
 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (2) 57.1

Alters- und Pflegeheime

Anzahl KlientInnen (3) 81'007
 % KlientInnen mit psychiatrischen Problemen 52%

Modellrechnung: 10% der betreuten Klienten im stationären Bereich die nach Hause überwiesen wird	Anzahl Klienten vom stationären Bereich zu Hause überwiesen werden	Anzahl Tage im stationären Bereich/Jahr	Preis pro Tag (4)	KVG-Kosten pro Jahr (Mio)	Kostenschätzung wenn stationäre Pflege (in Mio) (5)	Schätzung der Kostensenkung (in Mio)
Pflegeheime während 6 Monaten 2.5%	1053	191'663	55	11	3	7
Psychiatrische Kliniken während 3 Monaten 7.5%	3627	231'422	200	46	11	35
Jahrestotal (Basis 2002 bei gleichbleibender Tätigkeit)	4680	423'084		56	14	42

(1) BFS, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001, April 2003, Tabelle F1.

(2) BFS, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001, April 2003, Tabelle E2.

(3) BFS, Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001, April 2003, Tabelle F3.

(4) **Schätzung** des nationalen Durchschnitts des **Versichereranteils**.

(5) **Klientenbeitrag inbegriffen**. Totalanzahl der verlegten Klienten X 60 Stunden X Fr. 51.- (Quelle: Spitex-Statistik 2002, S. 1: Fr. 51.- = durchschnittlicher Ertrag pro Stunde; 60 Stunden = 40 Stunden pro KLV-Klient X 1,5)

11. Zusammenfassung

Mit der vorgeschlagenen Präzisierung sollen zwei Ziele erreicht werden:

1. Die Gleichstellung der psychisch und der somatisch kranken Menschen.
2. Sicherstellung der Finanzierung der ambulanten psychiatrischen Pflegeleistungen als Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung.

Wir sind überzeugt, dass es nicht der Absicht des Gesetzgebers entsprach, Menschen mit psychischen Erkrankungen schlechter zu behandeln als Menschen mit körperlichen Krankheitsbildern. Die vorgeschlagene Lösung strebt in erster Linie die Gleichberechtigung von Menschen mit somatischen und solchen mit psychischen Erkrankungen an. Die psychiatrische Therapie und Pflege darf nicht mehr vom Finanzierungssystem abhängig sein; den Ausschlag dürfen vielmehr nur medizinische und pflegerische Kriterien im Interesse einer zweckmässigen, wirtschaftlichen und menschlichen Versorgung psychisch kranker Menschen geben. Wir verstehen diese Eingabe als einen konstruktiven Beitrag zur Problemlösung, damit die für alle Beteiligten äusserst unbefriedigende Situation möglich schnell geklärt werden kann.