

Argumentarium zur Pflegefinanzierung

1. Gesetzliche Grundlagen

Bei der heutigen Finanzierung der Pflege gelten folgende gesetzliche Grundlagen:

Definition Krankheit nach Art. 3 Abs.1 ATSG

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

KVG Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung **übernimmt die Kosten** für die 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:**

.....

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

Fazit:

Mit diesen beiden Artikeln wollte der Gesetzgeber die Gleichbehandlung aller kranken Menschen, unabhängig von der Diagnose, die zu ihrer Pflegebedürftigkeit führt sowie vom Ort, wo sie gepflegt werden, sicherstellen. Diese Gleichbehandlung entspricht dem Gleichheitsartikel Art. 8 der Bundesverfassung. Diesem Grundsatz gilt es bei einer Neuregelung der Pflegefinanzierung nachzuleben.

2. Wann ist Pflege eine KVG pflichtige Leistung?

Bei der aktuellen Diskussion um die Pflegefinanzierung geht es immer um die Frage, wann Pflege eine Leistung der obligatorischen Grundversicherung ist, und mit welcher Argumentation Pflege von dieser ausgeschlossen werden könnte. Um darauf eine adäquate Antwort zu finden, müssen folgende Überlegungen angestellt werden:

➤ Wann braucht ein Mensch Pflege?

Zitat: Menschliche Pflegebedürftigkeit findet sich in allen Lebensphasen: in seinen ersten Lebensjahren ist der gesunde Mensch in so hohem Masse pflegebedürftig, dass er ohne Pflege nicht überleben kann. Mehr oder weniger pflegebedürftig sind Menschen in allen Altersgruppen mit **angeborenen** bzw. im Laufe des Lebens **erworbenen, vorübergehenden oder bleibenden gesundheitlichen Einschränkungen** - unabhängig davon, ob diese körperlich, psychisch, kognitiv oder kombiniert verursacht sind. Gesunde Menschen, **auch gesunde Menschen im hohen Alter dagegen, sind in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens in hohem Masse selbständig und nicht pflegebedürftig.**¹

➤ Was ist professionelle Pflege?

Definition von professioneller Pflege des Pflegewissenschaftlichen Instituts Basel

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.“

3. Welche Kostenträger kommen zum tragen?

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass dort wo die Pflege einen gesellschaftlichen Auftrag erfüllt, die Finanzierung dieser Pflege auch von der Gesellschaft sichergestellt werden muss. Dabei kommen unterschiedliche Kostenträger zum Zuge:

Beispiele:

- Wenn ein Neugeborenes zur Adoption freigegeben wird, ist es Sache der Gesellschaft, die Pflege dieses Menschen sicher zu stellen und zu finanzieren. Dabei ist klar, dass diese Pflege nicht über die Krankenversicherung finanziert wird, da keine Krankheit vorliegt.
- Wenn ein Mann nach einem Betriebsunfall durch eine bleibende Behinderung pflegebedürftig wird, ist es Sache der Unfallversicherung die Pflege zu finanzieren.
- Wenn ein Mensch als Folge einer Erkrankung auf Pflege angewiesen ist, muss diese von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt werden.

¹ Auszug aus der Stellungnahme von Annemarie Kesselring, PhD, Extraordinaria für Pflegewissenschaft, Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Fakultät, Universität Basel zur Vernehmlassung KVG Revision, Teilbereich Pflegefinanzierung.

4. Fazit

Die Frage nach der Abgrenzung, wann eine Pflegemassnahme eine Leistung der Grundversicherung ist und wann nicht, kann nicht mit der Unterscheidung zwischen einzelnen Pflegeleistungen, wie beispielsweise der Grund- und Behandlungspflege begründet werden, denn Pflege ist mehr als die Summe einzelner Leistungen. Entscheidend ist die Frage, **warum** und **mit welchem Ziel** die Pflege erbracht wird.

5. Argumentarium gegen eine Unterscheidung in der Finanzierung zwischen Grund- und Behandlungspflege

Die nachfolgenden Argumente machen deutlich, warum die vorgeschlagene Abgrenzung in der Finanzierung zwischen Grund- und Behandlungspflege dem Grundgedanken des KVG widerspricht und in der Praxis nicht umgesetzt werden kann.

Argument	Begründung	Beispiel
Eine Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Grund- und Behandlungspflege oder zwischen Pflege in der Spitex und in Pflegeheimen widerspricht dem Grundgedanken des KVG.	Der heutige Art. 25 KVG definiert den Leistungsbereich wie folgt: <i>(...) übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.</i> <i>(...) und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden.</i>	Bezogen auf Massnahmen der Grundpflege, wie z.B. waschen, nähren, ankleiden oder mobilisieren, bedeutet dies, dass sie kostenpflichtig sind, wenn die Pflegemassnahmen auf Grund einer - körperlichen Krankheit wie z.B. einer Lähmung oder Multiple Sklerose - geistigen Krankheit wie einer Demenzerkrankung (z.B. Alzheimer) - seelischen Krankheit wie z.B. einer Depression oder einer Schizophrenie, etc. erforderlich sind. Entscheidend ist, dass der Patient diese pflegerischen Massnahmen nicht selber erbringen kann oder die Notwendigkeit dieser Massnahmen auf Grund seiner Erkrankung nicht mehr erkennt und sie deshalb nicht mehr ausführt.
Auch nicht jede Leistung der Behandlungspflege ist immer eine KVG pflichtige Leistung	Eine Zahlungspflicht durch das KVG ist immer dann gegeben, wenn das pflegerische Ziel der Behandlung einer Krankheit und deren Folgen dient, unabhängig welche pflegerische Leistung erbracht wird.	Wann ist Behandlungspflege KVG pflichtig: Eine Insulininjektion bei einem Diabetespatient ist nur dann eine KVG pflichtige Leistung, wenn der Patient diese nicht selber vornehmen kann. Ebenso ist das Anlernen und Schulen eines Diabetespatienten und seines Umfeldes in der Injektionstechnik eine KVG pflichtige Leistung, weil diese Massnahme die Handlungsfähigkeit des Patienten oder seines Umfeldes zum Ziel hat. Sobald der Patient oder dessen Umfeld diese Massnahme selbst ausführt, entfällt die Leistungspflicht. Wann ist Grundpflege KVG pflichtig: Körperpflege ist dann eine KVG pflichtige Leistung, wenn der Patient diese als Folge einer Krankheit nicht selber ausführen kann, d.h. handlungsunfähig ist. Die Befähigung des Patienten, sich trotz einer körperlichen oder geistigen Einschränkung selber pflegen zu können, ist eine pflegerische Leistung, da die Selbstpflege und Autonomie des Patienten das Ziel ist. Die Leistungspflicht ist somit gegeben. Kann ein Patient trotz körperlichen oder geistigen Einschränkungen seine Körperpflege selber wahrnehmen, ist er handlungsfähig und die Leistungspflicht für die Körperpflege entfällt.

<p>Die Unterscheidung in der Finanzierung der Pflege zwischen Spitalbereich, Spitex oder Heimbereich diskriminiert Patienten und setzt falsche Anreize.</p>	<p>Das KVG macht im Grundsatz bei der Leistungspflicht Art. 25 keinen Unterschied zwischen Leistungen im stationären, ambulanten oder Heimbereich. Ein Patient hat das Anrecht auf Pflege, unabhängig wo diese erbracht wird, sofern sie in direktem Bezug zu einer Erkrankung und deren Folgen gemäss Art. 3 ASTG steht. Dies gilt insbesondere auch für Patienten bei denen diagnostische und therapeutische Massnahmen nicht mehr im Vordergrund stehen, sondern pflegerische Leistungen, die sich aus den Folgen der Krankheit nach Art. 3 ergeben, und die keiner Spitalpflege mehr bedürfen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eine Patientin mit einer Karzinomerkrankung, bei welcher die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, die aber weiterhin Pflege braucht, hat Anspruch auf die Finanzierung dieser Pflege unabhängig wo sie gepflegt wird (im Spital, zu Hause oder im Pflegeheim). Eine Limitierung der Finanzierung zu Hause würde dazu führen, dass die Patientin weiterhin hospitalisiert bleiben müsste. ➤ Eine Patientin, die als Folge einer chronischen Erkrankung wie z.B. Multiple Sklerose oder Primär chronische Polyarthrit PCP dauernd auf pflegerische Leistungen angewiesen ist, jedoch zu Hause lebt, hat Anspruch auf die Finanzierung dieser Pflegeleistungen. ➤ Ein Patient mit einer Alzheimererkrankung, unabhängig wie alt er ist, und auf Grund seiner Diagnose auf Pflege angewiesen, hat Anspruch auf die Finanzierung, unabhängig wo er gepflegt wird. ➤ Ein psychisch kranker Mensch muss zu Hause lernen, mit seiner Krankheit seinen Alltag autonom zu gestalten. Dabei ist er auf spezifische pflegerische Unterstützung angewiesen.
<p>Eine Begrenzung der Finanzierung bei der Grundpflege führt zu einer Rationierung der Pflege und zu einer pflegerischen Unterversorgung, was zu Mehrkosten an anderer Stelle führt.</p>	<p>Der Beitrag an die Grundpflege muss den effektiven Pflegebedarf sicherstellen. Die Beschränkung der so genannten Massnahmen der Grundpflege wird durch Komplikationen zu Folgekosten führen. Arztkonsultationen, zusätzliche Massnahmen der Behandlungspflege oder Spitaleinweisungen werden die Folge sein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Umlagern oder Mobilisieren eines Patienten verhindert Folgeschäden wie Dekubitus oder Thrombosen. Studien zeigen, dass die Behandlung eines Dekubitus das Gesundheitswesen 50'000 Franken kostet. ➤ Eine Beschränkung der Pflege eines psychisch kranken Menschen zu Hause würde die in der Klinik eingeleitete Behandlung gefährden. Es kommt vermehrt zu Rückfällen und erneuten Klinikeintritten (Drehtüreneffekt). ➤ Die ungenügende Pflege eines demenzkranken Menschen führt zu einer erhöhten Selbstgefährdung des Patienten (erhöhtes Sturzrisiko) und zu einem erhöhten Medikamentenbedarf. Eine Studie des BFU zeigt, dass die Behandlung einer Schenkelhalsfraktur das Gesundheitswesen 68'000 Franken kostet. ➤ In der häuslichen Pflege führt Rationierung von Pflegeleistungen zu Überforderung der Angehörigen. Die Folgen sind psychische und körperliche Erkrankungen der pflegenden Angehörigen und erhöhte Gewalt an Pflegebedürftigen.

<p>Eine Unterscheidung in der Finanzierung zwischen Grund- und Behandlungspflege führt zu einer sinnlosen Favorisierung der Behandlungspflege und zu einer Verlagerung der Kosten.</p>	<p>Bei Wahlmöglichkeiten zwischen pflegerischen Massnahmen der Grund- oder Behandlungspflege würden aus finanziellen Überlegungen Massnahmen der Behandlungspflege bevorzugt. Erbracht würden nicht sinnvolle, sondern bezahlte Leistungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patienten mit Schluckstörungen werden schneller eine Magensonde bekommen, da die Ernährung mittels Magensonde der Behandlungspflege zugeordnet wird. ➤ Urininkontinente Menschen werden wieder schneller einen Blasenkatheter erhalten, weil dies als Massnahme der Behandlungspflege bezahlt wird. Ebenso würde die Behandlung der daraus entstehenden Komplikationen, wie z.B. Urininfekte mit teuren Antibiotika bezahlt. ➤ Gehbehinderte Patienten werden nicht mehr auf die Toilette begleitet, da der Zeitaufwand zu gross ist und nicht bezahlt wird. Sie müssen die Notdurft im Bett oder auf dem Nachtstuhl im Zimmer verrichten oder bekämen ebenfalls einen Blasenkatheter. Solche Entscheide nehmen keine Rücksicht auf die Bedürfnisse und Würde des Patienten und entsprechen in keiner Weise den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen.
<p>Eine Privilegierung der Spitexpatienten gegenüber den Heimpatienten setzt falsche Anreize in der Versorgung und verursacht Folgekosten.</p>	<p>Nicht die Finanzierung, sondern die Situation des Patienten und seines Umfeldes sollten entscheiden, wo die pflegerische und medizinische Versorgung wirksam und zweckmässig ist. Die Pflege zu Hause von Menschen mit hohem Pflegebedarf führt oft zu einer Überforderung der pflegenden Angehörigen und sie werden krank.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ein Patient, der alleine lebt, muss bei gleicher Pflegebedürftigkeit früher in ein Pflegeheim oder ein Spital eingewiesen werden, als einer, der die Unterstützung von Angehörigen hat. ➤ Selbst bei einer Vollfinanzierung der Spitexpflege bleibt immer eine grosse Belastung der pflegenden Angehörigen, was zu körperlichen wie psychischen Symptomen führt. Eine Heimeinweisung ist oftmals für die Gesamtsituation sinnvoller und zweckmässiger. ➤ Wenn die Pflege im Heim selber bezahlt werden muss, wird die Gefahr zunehmen, dass pflegebedürftige Menschen unter unwürdigen Umständen noch zu Hause gepflegt werden, nur damit Angehörige das Erbe, AHV Renten oder Pensionskassengelder sicherstellen können. Billigste Pflege würde eingekauft, mit der Konsequenz, dass beispielsweise unruhige und verwirrte Menschen vermehrt an Stühlen und im Bett angebunden und/oder mit Medikamenten stillgelegt werden. Mangelernährung bei Menschen, die nicht mehr selber essen können, wird weiter zunehmen. Die Folgekosten sind erheblich und die menschliche Situation ist unerträglich, da die Betroffenen sich meist nicht zur Wehr setzen können.