

Nationalrat verweigert Diskussion

Helsana bedauert das Scheitern der parlamentarischen Initiative Joder. Eine verpasste Chance für eine zukunftsorientierte Regelung der Pflege. Was bleibt, sind unnötige Bürokratie und eine weiterhin von ärztlichen Anordnungen abhängige Pflege.



Annette Jamieson
Ökonomie und Politik

Die parlamentarische Initiative «Für die gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» von alt Nationalrat Rudolf Joder forderte, dass die Pflege in eigener Verantwortung Pflegeleistungen erbringen kann. Davon auszunehmen wären Pflegemassnahmen, die in gemeinsamer Verantwortung mit dem Arzt erbracht werden. Die Initiative scheiterte an der Weigerung von SVP und SP, auf das Anliegen in der vorliegenden Fassung überhaupt einzutreten. Eine verpasste Chance, denn für die für das Nichteintreten verantwortlichen Themen «Mehrkosten durch Mengenausweitung» und «Vertragsfreiheit» hätte die Politik eine differenzierte Lösung finden können. Vorausgesetzt, man will überhaupt eine Lösung finden.

Unnötige Bürokratie: Unterschrift des Arztes ist blosser Formalität

Nach heutiger Praxis klärt die Pflege bei Behandlungsbeginn den Unterstützungs- und Hilfebedarf sowie die vorhandenen Ressourcen der Person auf Basis eines Assessments. Danach wird zusammen mit der zu pflegenden Person entschieden, welche Massnahmen sie selbst oder ihr Umfeld übernehmen kann. Auf dieser Basis werden die erforderlichen Pflegemassnahmen geplant. Der Plan muss dann dem Arzt zur Unterschrift vorgelegt werden. Die vom Arzt visierten Pflegemassnahmen werden in Form der sogenannten «Bedarfsmeldung» als Information an den Krankenversicherer geschickt, der weitere Begründungen und Berichte verlangen kann.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) muss heute ein Arzt die Pflegemassnahmen anordnen, damit die Versicherer die Pflegeleistungen vergüten dürfen. Doch die Pflege arbeitet bereits weitgehend eigenverantwortlich; die Unterschrift durch den Arzt entspricht lediglich einer Formalie, auf die verzichtet werden kann. Mit der Initiative Joder sollte das Gesetz an die bereits gelebte Praxis der Pflege angepasst werden.

«Drohende Mengenausweitung» entbehrt der fachlichen Grundlage

Die Gegner der Initiative Joder warnten vor «entstehenden Mehrkosten» für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Die in den Raum gestellten Mehrkosten wurden masslos übertrieben. Das Argument: Kann die Pflege – durch den Wegfall der Notwendigkeit der Zustimmung durch den Arzt – Leistungen selbst abklären, erbringen und abrechnen, bestehe ein Anreiz zur Mengenausweitung. Die Befürchtungen hinsichtlich Mengenausweitung sind fachlich nicht fundiert, da die Bedarfsabklärung und die geplanten Leistungen schon heute nicht durch den Arzt, sondern durch die Krankenversicherer kontrolliert werden.

Kontrolle des Bedarfsnachweises beugt Mengenausweitung vor

Die gescheiterte parlamentarische Initiative Joder liess Art. 25a Absatz 1 KVG unverändert: Der Ausweis des Pflegebedarfs ist Voraussetzung für die Vergütung von Pflegemassnahmen durch die OKP. Dabei ist es die Leistungskontrolle durch die Krankenversicherer, die eine «Mengenausweitung» verhindert, und nicht die Anordnung durch den Arzt. Die Prozesse der Bedarfsabklärung und Bedarfsmeldung bleiben bestehen; die Situation ist nicht dieselbe wie bei den Ärzten: Bei ärztlichen Leistungen gilt im Unterschied zur Pflege das sogenannte «Vertrauensprinzip», wodurch eine Mengenaus-

Die Pflege ist dazu prädestiniert, im Rahmen der Versorgung von multimorbiden und älteren Menschen sowie bei Palliative Care, ambulanter psychiatrischer Pflege, Demenz etc. Pflegeleistungen zu gestalten und eine koordinierende Rolle im Behandlungspfad einzunehmen.

weitung aufgrund des Einzelleistungstarifs möglich ist. Für die Pflegeleistungen massgeblich ist der Pflichtleistungskatalog. Die Pflegeleistungen werden mit einem Zeittarif vergütet; der Zeitbedarf kann aufgrund der Bedarfsmeldung an den Versicherer nicht ohne Weiteres ausgedehnt werden. Solange an der bewährten Leistungskontrolle durch die Versicherer festgehalten wird, sind Mehrkosten als Folge von mehr Eigenverantwortung der Pflege reine Panikmache.

Partielle Vertragsfreiheit: Voraussetzung für Verzicht auf ärztliche Anordnung

Die Kommission ergänzte die Vorlage mit Einschränkungen, wonach für Pflegefachpersonen die Vertragsfreiheit gelten sollte. Das System der Vertragsfreiheit bietet im Vergleich zur staatlichen Angebotssteuerung klare Vorteile und fördert eine qualitativ hochstehende und effiziente medizinische Versorgung. Der im Gesetzesentwurf verwendete Begriff «Zulassungsvertrag» war jedoch missverständlich. Besser wäre «Leistungsvertrag». Der Bundesrat regelt nämlich die generelle Zulassung der Pflegefachpersonen zur OKP.

Aus Sicht von Helsana ging es bei der «Vertragsfreiheit» darum, für die Abrechnung zulasten der OKP ohne ärztliche Anordnung einen «Leistungsvertrag» mit den Versicherern abzuschliessen, in dem Leistungserbringer und Versicherer die Modalitäten der direkten Leistungsabrechnung ohne ärztliche

Anordnung regeln. Beide Seiten wären frei gewesen, einen solchen Vertrag abzuschliessen. Ohne Vertrag wäre weiterhin eine ärztliche Anordnung notwendig gewesen.

Wichtige Voraussetzung für eine so verstandene Vertragsfreiheit ist die schon aufgegleiste Weiterentwicklung des Risikoausgleichs um Morbiditätsfaktoren. Damit erhalten die Versicherer ein Interesse, auch mit spezialisierten Pflegefachpersonen in den Bereichen Palliative Care, psychiatrische Krankenpflege, Kinderspitex etc. Leistungsverträge abzuschliessen.

Verpasste Chance

Helsana bedauert, dass die notwendige Diskussion um die Eigenverantwortung der Pflege, die Kosten und die Leistungsverträge nicht geführt wurde. Mehr Verantwortung in der Pflege hätte es erlaubt, zukunftsorientierte Versorgungskonzepte mit der Pflege zu lancieren: eine effiziente und qualitativ gute integrierte Versorgung auf Basis von Pflegenetzwerken. Die Pflege ist dazu prädestiniert, im Rahmen der Versorgung von multimorbiden und älteren Menschen sowie bei Palliative Care, ambulanter psychiatrischer Pflege, Demenz etc. Pflegeleistungen zu gestalten und eine koordinierende Rolle im Behandlungspfad einzunehmen. Diese Chance für die Grundversicherung ist verpasst; sie kommt so schnell nicht wieder. |