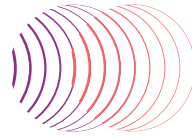




Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



Koordinierte Versorgung

Wissen teilen. Gemeinsam planen.
Patienten stärken.

Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung

Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung»
des Bundesamts für Gesundheit BAG



Vorwort des Bundesamts für Gesundheit BAG

In Zukunft wird es in der Schweiz mehr ältere Menschen und mehr Menschen mit (mehrfachen) chronischen Krankheiten geben. Die Behandlungsmöglichkeiten werden aufgrund der medizinisch-technischen Fortschritte weiter zunehmen und schwerkranke Menschen werden zukünftig länger überleben. Menschen mit chronischen Krankheiten und mehrfachen Erkrankungen beanspruchen mehr Leistungen des Gesundheitswesens als die durchschnittliche Bevölkerung: Sie benötigen zum Beispiel mehr Medikamente, suchen öfter eine Ärztin oder einen Arzt auf, konsultieren mehr unterschiedliche Fachpersonen, werden häufiger hospitalisiert und rehospitalisiert. Werden diese Leistungen mangelhaft koordiniert, kommt es zu Qualitätseinbussen, zu unnötigen Behandlungen und zu überflüssigen Kosten. Eine bessere Koordination der Leistungen trägt dazu bei, die Versorgung stärker am Patientenwillen auszurichten und Ressourcen effizienter einzusetzen.

Der Bundesrat hat den Handlungsbedarf in diesem Bereich erkannt. In den gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit2020» hat er sich zum Ziel gesetzt, zeitgemässe Versorgungsangebote zu fördern. Die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen – besonders im Hinblick auf chronische und psychische Krankheiten – sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden. Dazu soll die koordinierte Versorgung von der Früherkennung bis zur Palliative Care verbessert werden, um die Qualität der Versorgung zu erhöhen und unnötige Kosten zu vermeiden.

Um dies zu erreichen, lancierte das Bundesamt für Gesundheit BAG 2015 das Projekt «Koordinierte Versorgung». Es hat zum Ziel, die koordinierte Versorgung für diejenigen Patientengruppen zu verbessern, die viele unterschiedliche und aufwändige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Als erste Patientengruppe stehen (hoch-)betagte, mehrfach erkrankte Menschen im Fokus. Unter Einbezug der wichtigen Akteure wurden der Handlungsbedarf ermittelt und Massnahmen identifiziert. Zudem wurde ein externes Mandat vergeben, um die Rahmenbedingungen bei der Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung zu überprüfen. Die Ergebnisse dieser juristischen Beurteilung aus Sicht der Autorenschaft werden im nachfolgenden Bericht dargestellt.

Stefan Spycher, Vizedirektor
Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung

Bericht im Rahmen des Projektes
«Koordinierte Versorgung»
des Bundesamts für Gesundheit BAG

Marc-André Giger, KPMG AG
Elvira Häusler (KPMG AG bis 28.02.2017)
Melanie Sander KPMG AG
Daniel Staffelbach, walderwyss Rechtsanwälte

März 2018

Inhaltsverzeichnis

1 —	Management Summary	6
2 —	Glossar	7
3 —	Ausgangslage	8
3.1	Hintergrund und Ziele des Handbuchs	8
3.2	Methodisches Vorgehen	9
4 —	Rahmenbedingungen	10
4.1	Patientengruppe (hoch-)betagte, multimorbide Menschen	10
4.2	Gesetzliche Grundlagen	11
4.3	Zuständigkeiten der Finanzierung	12
4.4	Tarife	13
4.5	Pflegefinanzierung	14
5 —	Fallbeispiele	15
5.1.	Akutsipital	16
5.1.1	<i>Fallbeispiel: Konsilien</i>	16
5.1.2	<i>Fallbeispiel: Informations- und Koordinationsaufwand im Akutsipital</i>	18
5.2.	Hausarztpraxis	20
5.2.1	<i>Fallbeispiel: Erbrachte Leistung zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes</i>	20
5.3.	Pflegeheim	22
5.3.1	<i>Fallbeispiel: Vorleistungen</i>	22
5.4.	Spitex	24
5.4.1	<i>Fallbeispiel: Bedarfsabklärung</i>	24
5.4.2	<i>Fallbeispiel: A-Leistungen «Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination»</i>	26
5.5.	Rehabilitation	28
5.5.1	<i>Fallbeispiel: Vorleistungen</i>	28
5.5.2	<i>Fallbeispiel: Erkrankung während Rehabilitation</i>	30
5.6.	Interprofessionelle Begleitung	32
5.6.1	<i>Fallbeispiel: Rundtischgespräche</i>	32
5.6.2	<i>Fallbeispiel: Advanced Practitioner Nurse (APN)</i>	34
6 —	Schlussbemerkungen	36
7 —	Literatur	37

1 — Management Summary

Der Bundesrat hat in der Agenda «Gesundheit 2020» seine gesundheitspolitischen Prioritäten formuliert. Ein Ziel ist es, die Koordination in der Versorgung und die Integration der erbrachten Leistungen in allen Bereichen zu fördern. Um dies zu erreichen, lancierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Projekt «Koordinierte Versorgung». Im Fokus stehen Patientengruppen, die einen hohen Bedarf an Koordination haben. Dies betrifft Personen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (Multimorbidität) und/oder deren Behandlung den Beizug mehrerer Fachpersonen erfordert. Übergänge zwischen den verschiedenen Settings (ambulanter Bereich, Akutsomatik, Rehabilitation, stationäre Langzeitpflege) kommen häufig vor. Für diese Patientengruppen werden Massnahmen umgesetzt, um die koordinierte Versorgung an diesen spezifischen Schnittstellen zu verbessern. Im Rahmen des Projekts «Koordinierte Versorgung» sollen aber auch die Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung verbessert werden. Zu diesem Zweck wurde das vorliegende Handbuch zur Abgeltung von Leistungen der koordinierten Versorgung erarbeitet.

Der Schwerpunkt des Handbuches liegt auf den Schnittstellen zwischen der akutstationären Versorgung und den vor- und nachgelagerten Bereichen sowie auf den derzeit geltenden Abgeltungsmodalitäten. Mit Hilfe von zehn Fallbeispielen werden Situationen beschrieben, in denen Herausforderungen bezüglich der Abgeltung an den Schnittstellen auftreten. Diese Fallbeispiele werden juristisch beurteilt und sind mit einem Fazit im Sinne einer Handlungsempfehlung zuhanden der Leistungserbringer und Kostenträger versehen.

Die Fallbeispiele basieren auf strukturierten qualitativen Interviews mit Fachpersonen aus dem Bereich der Akutspitäler, Hausarztpraxen, Rehabilitationskliniken, Pflegeheime und der Spitex. Dazu wurden Personen verschiedener Berufsgruppen (Medizin, Pflege, Sozialdienst, Management und Supportfunktionen) in der gesamten Schweiz befragt.

In den meisten Fällen reichen die gesetzlichen Grundlagen, d.h. das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) aus, um für die Herausforderungen zwischen den Tarifpartnern eine Lösung zu erarbeiten. Indessen ist Offenheit für neue Zusammenarbeitsmodelle, Innovationen und Kooperations-Bereitschaft die Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems.

2 — Glossar

Begriff	Definition
Advanced Practitioner Nurse (APN)	Eine Pflegeperson APN ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung. ¹
Bedarfsabklärung	Bei der Bedarfsabklärung klärt eine Pflegefachperson den genauen Bedarf an Pflege- und/oder Hilfeleistungen ab. ^{2,3}
Komplexe Situation	Folgende Kriterien werden für die Beurteilung einer komplexen Situation herangezogen: ⁴ (1) Instabiler Verlauf, (2) unvorhergesehene Veränderungen, (3) anspruchsvolle Pflegeintervention, (4) viele verschiedene Personen sind an der Versorgung beteiligt, die koordiniert werden müssen. ⁵
Konsilium	Unter einem Konsilium ist eine fachärztliche Beurteilung im Auftrag der behandelnden Ärztin, des behandelnden Arztes zu verstehen. Dies kann die Diagnose, allfällige diagnostische Massnahmen, Therapie oder Prognose der Patientin oder des Patienten betreffen. ⁶
Koordinierte Versorgung	Die «koordinierte Versorgung» wird definiert als die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung. ⁷
Rundtischgespräche	Das Rundtischgespräch bietet Personen aus verschiedenen Berufsgruppen (Ärztenschaft, Pflege, Sozialdienst, therapeutische Dienste, etc.) die Möglichkeit, institutionsübergreifend über die Behandlung bzw. den Austritt der Patientin oder des Patienten strukturiert und ergebnisorientiert zu beraten. Auch die Angehörigen können an solchen Gesprächen teilnehmen. ⁸
Spitex	Unter Spitex werden «Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause» verstanden. ⁹ Der Begriff «Spitex» ist in diesem Handbuch sowohl für die öffentlich-rechtlichen (Spitex NPO) als auch für die privaten Spitex-Organisationen und selbstständig-tätige Pflegefachperson synonym zu verstehen.
Tarmed-Position «Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten»	Diese Position gilt für ärztliche Leistungen zur Behandlung der Patientin oder des Patienten in dessen Abwesenheit (ausgenommen telefonische Konsultation). Der Bundesrat hat bei seiner Anpassung des TARMED eine abschliessende Liste der verrechenbaren Leistungen eingeführt (z.B. Aktenstudium, Erkundigungen bei Dritten), so dass klar wird, welche Tätigkeiten durchgeführt wurden. ¹⁰

1. swissANP (2012): Reglementierung der Pflegeexpertin APN
2. Artikel 7 Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31)
3. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10)
4. Spitex Verband Schweiz (2012): Kompetenzrahmen für die Mitarbeitenden in der Hilfe und Pflege zu Hause.
5. Ebd.
6. Vgl. Tarmed Browser
7. Bundesamt für Gesundheit (2015): Koordinierte Versorgung.
8. ETH (NA): Effective Roundtable Facilitation Techniques.
9. Bundesrat (2017): Verordnung über die Krankenversicherung.
10. Vgl. Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5), Anhänge publiziert unter: <https://www.admin.ch/gov/de/start/bundesrecht/verweispublikationen.html>.

3 — Ausgangslage

3.1 Hintergrund und Ziele des Handbuches

Der Bundesrat hat in der Agenda «Gesundheit 2020» seine gesundheitspolitischen Prioritäten formuliert. Ein Ziel ist es, die Koordination in der Versorgung und die Integration der erbrachten Leistungen in zu fördern. Um dies zu erreichen, lancierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) das Projekt «Koordinierte Versorgung»¹¹. Im Fokus stehen Patientengruppen, die einen hohen Bedarf an Koordination haben. Dies betrifft Personen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (Multimorbidität) und/oder deren Behandlung den Beizug mehrerer Fachpersonen erfordert. Oft kommt es zu Übergängen zwischen den verschiedenen Settings (ambulanter Bereich, Akutsomatik, Rehabilitation, stationäre Langzeitpflege). Als erste Gruppe wurden (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten ausgewählt. Zudem sollen im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» die Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung verbessert werden. Zu diesem Zweck wurde das vorliegende Handbuch zur Abgeltung von Leistungen der koordinierten Versorgung erarbeitet.

Eine ganzheitliche Betreuung von (hoch-)betagten, multimorbiden Menschen im Sinne der koordinierten Versorgung erfordert den Einbezug verschiedenster Fachpersonen, der Angehörigen und nicht zuletzt der Betroffenen selbst. Damit die Leistungserbringer ihre Arbeit auf optimale Weise erfüllen können, müssen sie die Abgeltungsmöglichkeiten von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung kennen.

Das Handbuch soll die typischen Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung benennen sowie aufzeigen, wie diese im Rahmen der bestehenden rechtlichen Grundlagen abgegolten werden können. Die Klärung betrifft vor allem den Übergang zwischen der Akutbehandlung und der ambulanten Versorgung, der Rehabilitationsphase, der Verlegung in die stationäre Langzeitpflege oder der Rückkehr nach Hause.

Die betreffenden Schnittstellen, die in Form von Fallbeispielen beschrieben sind, wurden im Rahmen von Interviews mit Leistungserbringern aus allen Versorgungsebenen ermittelt. In diesen Gesprächen stand die Erfassung möglichst praxisnaher und -relevanter Informationen in allen Bereichen aus der täglichen Versorgung von Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Die Finanzierung der Leistungen aus den Fallbeispielen wurde einer juristischen Beurteilung unterzogen.

Das Handbuch besteht aus zwei Teilen:

Teil 1 Einführung in die bestehenden Rahmenbedingungen

Teil 2 Fallbeispiele aus allen Versorgungsbereichen

Die Zielgruppe für das Handbuch sind Fachpersonen aus der Gesundheitsversorgung sowie Verantwortliche für die Leistungsabrechnung.

11. Link zum Projekt:
[www.bag.admin.ch/
koordinierte-versorgung](http://www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung)

3.2 Methodisches Vorgehen

Das Vorgehen gliedert sich in zwei Phasen:

Phase 1 Strukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten der relevanten Fachbereiche aus Akutspitälern, Hausarztpraxen, Pflegeheimen, Rehabilitationskliniken sowie der Spitex

Für Phase 1 wurden Fachpersonen verschiedenster Funktionsstufen aus allen relevanten Berufsgruppen der gesamten Schweiz ausgewählt:

Medizinischer Bereich	Pflegerischer Bereich	Leistungs- & Supportbereiche
Ärztinnen/Ärzte der Fachgebiete <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrie • Allgemeine Innere Medizin • Psychiatrie • Hausarztmedizin 	Pflegefachpersonen aus dem ambulanten und stationären Bereich: <ul style="list-style-type: none"> • Pflegedienstleitung • Stationsleitung • Teamleitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Direktorinnen/Direktoren Pflegeheime • Bewohnerberatung • Koordinationsdienst für Ein- und Austritte • Sozialdienst

Die Fachpersonen wurden basierend auf den Empfehlungen der einzelnen involvierten Verbände der Leistungserbringer¹² ausgewählt und mittels eines strukturierten qualitativen Interviews im Zeitraum von November 2016 bis Januar 2017 befragt.

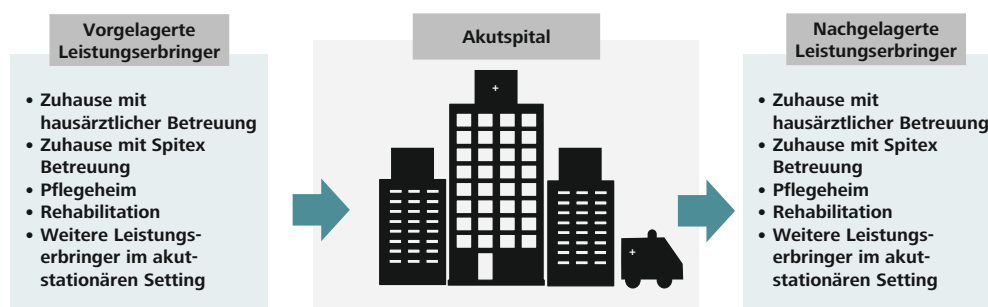
Wie in der nachfolgenden Grafik dargestellt, lag der Schwerpunkt der Interviews auf den Schnittstellen zwischen der akutstationären Versorgung und den vor- bzw. nachgelagerten Versorgungseinrichtungen sowie den derzeit geltenden Abgeltungsmodalitäten für diese Schnittstellen. Insgesamt wurden 28 strukturierte Interviews mit Fachpersonen in der Deutschschweiz, der Romandie und dem Tessin geführt. Dabei wurden Leistungserbringer aus urbanen Zentren ebenso berücksichtigt wie solche aus ländlichen Regionen.

Phase 2 Erarbeitung der Fallbeispiele mit juristischer Beurteilung

In Phase 2 wurden die erhaltenen Informationen bezüglich Schnittstellen und Finanzierungsfragen den Versorgungsbereichen zugeteilt. Basierend auf dieser Situationsanalyse wurden die identifizierten Problemfelder danach gewichtet, wie häufig diese Situation genannt wurde und ob ein direkter Zusammenhang zwischen der Situation und der Abgeltung besteht (Relevanz).

Diejenigen Problemfelder, die beide Kriterien erfüllen, wurden anschliessend in einem weiteren Schritt in zehn Fallbeispiele gefasst. Jedes Fallbeispiel ist dem Versorgungsbereich zugeordnet, in dem die Abgeltungsfragestellung auftritt.

An jedes Fallbeispiel schliesst eine juristische Beurteilung an, insbesondere um die Frage der Abgeltung zu erörtern. Das Fazit fasst die Kernaussagen zusammen und beschreibt mögliche Lösungsansätze. Der Komplexität und Diversität der regulatorischen Ausprägung in den 26 Kantonen wurde soweit möglich Rechnung getragen.



12. Curaviva, Haus- und Kinderärzte Schweiz, H+, Spitex Verband, SWISS REHA

4 — Rahmenbedingungen

4.1 Patientengruppe (hoch-)betagte, multimorbide Menschen

13. Instabiler Gesundheitszustand/ Gebrechlichkeit
14. Bundesamt für Gesundheit (2015): Koordinierte Versorgung – Situationsanalyse.
15. Brüngger B. et al. (2014): Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten.
16. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015.
17. Brüngger B. et al. (2014): Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten.
18. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit (2012). «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung».
19. Bundesrat (2016): Demografischer Wandel in der Schweiz. Handlungsfelder auf Bundesebene. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 13.3697 Schneider-Schneiter. 4.9 Gesundheit vom 9. Dez. 2016.
20. Bundesrat (2016): Bestandaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege
21. Ebd.
22. Bundesamt für Statistik (2015): Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2014. Zahlen und Trends.
23. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015.
24. Bundesamt für Gesundheit (2016): Spitalaustritt – planen und koordinieren.
25. Ebd.
26. Bundesamt für Gesundheit (2015): Koordinierte Versorgung – Situationsanalyse.
27. Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2012): Anforderungsprofil der stationären geriatrischen Rehabilitation.
28. Art. 25a Abs. 2 rKVG

Als (hoch-)betagte, multimorbide Menschen werden Personen bezeichnet, die an zwei oder mehr chronischen Krankheiten bzw. fortgeschrittener Gebrechlichkeit («frailty»)¹³ leiden und in der Regel 80 Jahre oder älter sind.¹⁴ Aufgrund ihres Gesundheitszustandes nehmen diese Patientinnen und Patienten an verschiedenen Punkten und zu unterschiedlichen Zeiten im Gesundheitssystem Leistungen in Anspruch.¹⁵ Dabei gibt es häufig Wechsel zwischen dem akuten stationären und ambulanten Versorgungsbereich, was eine effektive und koordinierte Versorgung unabdingbar erscheinen lässt, da ansonsten Informationsunterbrüche, unnötige Behandlungen sowie häufigere Spitalaufenthalte die Folge sein könnten.^{16, 17}

Behandlung und Betreuung in der Praxis

Die *Hausarztpraxen* verzeichnen aufgrund des steigenden Anteils an (hoch-)betagten, multimorbiden Menschen eine Veränderung im Versorgungsbedarf ihrer Patientinnen und Patienten.¹⁸ Zudem stellen sie eine erhöhte Anzahl an chronischen, multimorbiden Erkrankungen sowie einen steigenden Bedarf an neuen Versorgungsformen, z.B. im Bereich der Palliative Care fest.¹⁹

Auch die ambulante Pflege im Kontext der *Spitex* befindet sich im Wandel. Ein Trend geht dahin, dass sich die Pflege von der stationären Langzeitpflege hin zu anderen Betreuungsformen (*Spitex*, intermediäre Strukturen) verlagert.²⁰ Dies wird die Nachfrage nach ambulanter Betreuung verstärken.²¹ Die Zahlen des Bundesamts für Statistik (BFS) belegen, dass mehr als die Hälfte der von der *Spitex* geleisteten Stunden von Personen über 80 Jahren bezogen werden. Ausserdem beziehen sie durchschnittlich 60 Stunden pro Jahr an *Spitex*-Leistungen.²² Weitere Einflussfaktoren können die kürzere Hospitalisierungsdauer, der Wunsch eines möglichst langen Verbleibs in der häuslichen Umgebung und ein daraus resultierender späterer Eintritt in ein Pflegeheim sein.²³

Für die *Akutsptäler* kann die sorgfältige Entlassungsplanung aufgrund des immer kürzeren Aufenthaltes häufig erschwert sein.²⁴ Zum Zeitpunkt des Austrittes besteht bei dieser Patientengruppe oftmals ein hoher Bedarf an postakuter Pflege sowie sozialer Betreuung.²⁵ Dies hat zur Folge, dass die Austrittsplanung häufig sehr komplex ist (z.B. häusliche oder familiäre Situation) und viele Personen involviert sind (Ärztenschaft, Pflegedienst, Sozialdienst, Angehörige etc.).²⁶

Im Bereich der *Rehabilitationskliniken* ist festzustellen, dass der Anteil an (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten steigt. Im Bereich der stationären Rehabilitation kommt es zu Überschneidungen zwischen der organspezifischen und der geriatrischen Rehabilitation, insbesondere im Bereich der Neurologie.²⁷

Es bestehen keine schweizweit anerkannten Definitionen für Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation. Deshalb können insbesondere auch Abgeltungsfragestellungen aus Gründen unklar definierter Zuständigkeiten auftreten, beispielsweise wenn eine akutgeriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Akutspital bereits stattgefunden hat, jedoch zusätzlich noch eine stationäre geriatrische Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik erfolgen soll.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde 2011 die *Akut- und Übergangspflege (AÜP)* eingeführt. Diese erfolgt im Anschluss an einen Spitalaufenthalt und unterscheidet sich in der Finanzierung von Leistungen im Pflegeheim. Die Dauer der AÜP ist auf 14 Tage begrenzt.²⁸

Im stationären Pflegebereich lässt sich feststellen, dass der Eintritt in ein *Pflegeheim* zu einem immer späteren Zeitpunkt erfolgt und damit der Pflege- und Betreuungsbedarf der Personen steigt.²⁹ Hieraus resultiert ein steigender Bedarf an Pflegepersonal mit differenzierter ausgebildetem Fachwissen.³⁰ Zudem erfolgt der Eintritt in ein Pflegeheim zunehmend kurzfristiger, was die Eintrittsplanung und die Auslastung des Pflegeheimes erschwert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die in diesem Kapitel genannten Faktoren zu einem erhöhten Bedarf an Koordinations- und Informationsleistungen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern führen. Die Klärung der Leistungsabgeltung an den Schnittstellen dient einer patientenorientierteren sowie effizienteren Versorgung. Es gibt bereits vereinzelte Regionen oder Kantone, in denen Modelle für eine abgestimmte Versorgungsform bereits testweise eingeführt worden sind.^{31, 32} Eine Übersicht dieser Beispiele zur guten Praxis («Good Practice») wurde im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» erarbeitet.³³

29. Bundesrat (2016): Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege.

30. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015.

31. **Réseau de Santé:** Im Kanton Waadt wurde der Sozialdienst durch die *Infirmière de Liaison* ersetzt. Durch das Réseau de Santé wird in den Akutspitälern eine sogenannte «Verbindungspflege» (*Infirmière de Liaison*) zur Verfügung gestellt. Sie hat die Koordinationsaufgaben des Spital-Sozialdienstes übernommen und ist im Spital stationiert. Eine ihrer Hauptaufgaben ist die Zusammenstellung aller relevanten Informationen über die Patienten (sozio-medizinisch) sowie die Organisation der Entlassung. Sie fungiert in der Verantwortung des Réseau de Santé und ist «unabhängig» vom Spital. Diese Stellen werden durch das Réseau de Santé finanziert. (Vgl. dazu: Spitalentlassungsworkshop im BAG vom 8. Dez. 2016)

32. **Associazione locarnese e valmaggese di assistenza e cura a domicilio (ALVAD):** Die ALVAD verfolgt den Zweck, es jeder Person zu ermöglichen weiterhin zu Hause zu verbleiben, die wegen Krankheit, Unfall, Behinderung, Mutterschaft, Altersgebrechen oder soziefamiliären Schwierigkeiten Pflege und Hilfe benötigt. Dazu arbeiten alle Gemeinden sowie Einrichtungen und Vereine aus den Bezirken Locarno und Maggiate auf überprofessioneller und nicht gewinnorientierter Ebene zusammen. (Vgl. dazu: Spitalentlassungsworkshop im BAG vom 8. Dez. 2016)

33. Sottas formative works (2016): Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung.

34. Art. 117 der Bundesverfassung (BV)

4.2 Gesetzliche Grundlagen

Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung.³⁴ Von Bedeutung sind auf Bundesebene insbesondere das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die dazugehörigen Verordnungen, wie die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Ebenfalls relevant ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG). Es definiert Grundsätze, Begriffe und Institute des Sozialversicherungsrechtes, regelt das Sozialversicherungs- und Rechtspflegeverfahren und ordnet die Leistungskoordination. Die Bestimmungen des ATSG kommen zur Anwendung, sofern das KVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

Der Gesetzgeber verfolgte mit dem Erlass des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung drei Ziele:

1. Versorgungsziel: Mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, Lücken im Leistungskatalog zu schliessen.
2. Solidaritätsziel: Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bei der Prämienzahlung finanziell zu entlasten, Einheitsprämien
3. Kostendämpfungsziel: Die Entwicklung der Gesundheits- bzw. Krankenversicherungskosten einzudämmen

Die Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen werden den versicherten Personen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet (sog. «Kostenerstattungsprinzip»). Die Kantone (und nicht die Krankenversicherer) tragen aufgrund der verfassungsmässigen Kompetenzaufteilung die Verantwortung, dass die medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung gewährleistet ist. Die Versicherten beschaffen sich die notwendigen medizinischen Dienstleistungen selbst. Dabei sind sowohl die Leistungen gesetzlich festgelegt, als auch diejenigen Personen und Institutionen bezeichnet, die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen («Leistungserbringer»).

Der Gesetzgeber folgt bei der Bezeichnung der zulässigen Leistungserbringer dem Listenprinzip.³⁵ Leistungserbringer, die auf der Liste sind, können zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen. Hierzu gehören u.a. Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Spitäler und Pflegeheime oder Fachpersonen, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin/eines Arztes Leistungen erbringen (z.B. Pflegefachpersonen, therapeutische Berufe). Die detaillierten Anforderungen an die fachlichen Voraussetzungen der Leistungserbringer sind sowohl im KVG und in den dazugehörigen Verordnungen als auch in den kantonalen Gesundheitsgesetzen geregelt. Damit die Leistungserbringer ihre Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen, bedürfen sie in der Regel einer kantonalen Bewilligung, die ihnen von der kantonalen Gesundheitsbehörde bei Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen ausgestellt wird.

Art. 32 KVG enthält eine Generalklausel mit zentralen Leistungsvoraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Leistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG vergütet wird. Demnach müssen alle erbrachten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW-Kriterien) sein. Die ärztlichen Leistungen der Krankheitsbehandlungen werden in einer offenen Liste bzw. einem offenen und beschränkten «Ausschluss- oder Voraussetzungskatalog» geführt. Im Gegensatz dazu werden für Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände, präventivmedizinische Leistungen, Leistungen bei Mutterschaft sowie für Leistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern abschliessende Listen geführt (sog. Positivlisten, Art. 33 Abs. 2 KVG). Alle ärztliche Leistungen werden daher vergütet, wenn nicht etwas anderes bestimmt wird (sog. Vertrauensprinzip). Neue oder umstrittene Behandlungen können von der Vergütung ausgeschlossen werden, bis sie einer methodischen Überprüfung auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit standhalten (Art. 33 Abs. 3 KVG).³⁶ Das Eidgenössische Departement des Innern EDI bezeichnet die Leistungen, die diese WZW-Kriterien erfüllen. Daneben hat der Leistungserbringer stets auch im konkreten Fall zu sicherzustellen, ob die WZW-Kriterien erfüllt sind. Entsprechend enthält dieser Artikel somit eine allgemeingültige Regel, die stets beachtet werden muss.

35. Art. 35 Abs. 2 KVG

36. Die Wirksamkeit einer medizinischen Leistung wird bejaht, wenn sie objektiv geeignet ist, auf den angestrebten medizinischen Nutzen hinzuwirken. Die Zweckmässigkeit soll vordergründig eine Auswahl unter verschiedenen möglichen medizinischen Massnahmen ermöglichen (Messung des medizinischen Nutzens im Vergleich zu den Risiken). Die Wirtschaftlichkeit setzt voraus, dass unter Massnahmen mit einem vergleichbaren medizinischen Nutzen die kostengünstigste zu wählen ist. Vgl. BGE 130 V 532 E. 2.2 S. 535 f.; BGE 127 V 43 E. 2b S. 46 f.; BGE 124 V 196 E. 3 S. 200 f.; BGE 121 V 216 E. 2a/bb S. 220 f.

37. Art. 61 Abs. 2 KVG

38. bei besonderen Versicherungsformen nach Art. 62 KVG können die Prämien tiefer angesetzt werden

39. Art. 49a Abs. 1 und Abs. 2 KVG; «dualfixe Spitalfinanzierung»

40. Art. 49a Abs. 3 KVG

4.3 Zuständigkeiten der Finanzierung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG hat verschiedene Finanzierungsquellen. Zentral sind dabei die Prämien sowie die Kostenbeteiligungen der Versicherten. Die Prämien sind grundsätzlich Einheitsprämien, d.h. der Versicherer darf die Prämien weder entsprechend dem individuellen Risiko der versicherten Person noch alters- oder einkommensabhängig ausgestalten. Hingegen wird dieser Grundsatz in verschiedener Hinsicht relativiert. So ist es erlaubt, dass Prämien kantonal und regional unterschiedlich ausgestaltet werden dürfen³⁷ sowie gemäss gewähltem Versicherungsmodell variieren können.³⁸

In Bezug auf die Finanzierung der Leistungen muss primär zwischen stationären und ambulanten Behandlungen unterschieden werden. Bei stationären Leistungen übernehmen Kanton und Versicherer anteilmässig die Kosten, wobei der kantonale Anteil mindestens 55% bei Listenspitälern beträgt.³⁹ Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil grundsätzlich direkt dem Spital.⁴⁰

Bei der ambulanten Pflege oder der Pflege im Heim müssen jene Kosten, die nicht durch die Beiträge der Krankenversicherer und der Versicherten gedeckt

sind, von den Kantonen und Gemeinden übernommen werden (Restfinanzierung).⁴¹ Weiter ist zudem zu berücksichtigen, dass sowohl Haushaltsleistungen (wie Aufräumen, Kochen oder Reinigen etc.) als auch Betreuungsleistungen grundsätzlich nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

Reichen die finanziellen Mittel seitens der Versicherten für Pflegeleistungen nicht aus für die anteilmässige Deckung der entstandenen Krankheitskosten, können Ergänzungsleistungen (EL) als Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und zur Invalidenversicherung (IV) geltend gemacht werden. Gewisse Kantone und Gemeinden sehen zur Unterstützung zudem auch Beihilfen vor. Erst wenn die eigenen finanziellen Mittel sowie die anderen finanziellen Mittel (AHV, IV, EL) nicht ausreichen, kommt die Sozialhilfe als letztes Netz zum Tragen.

4.4 Tarife

Grundsätzlich hat die versicherte Person Anspruch auf eine Kostenübernahme für gesetzliche Pflichtleistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG. Aus dem Tarifschutz⁴² folgt, dass die zugelassenen Leistungserbringer für ihre Leistungen nur Anspruch auf Vergütung nach Tarif haben. Es ist ihnen nicht erlaubt, eine zusätzliche Vergütung zu verlangen.

Die Tariffestsetzung folgt dem Grundsatz der Vertragsfreiheit: Die Tarife werden primär in Tarifverträgen zwischen den Versicherern und Leistungserbringern vereinbart.⁴³ Zwar haben die Parteien grundsätzlich ein hohes Mass an Tarifautonomie, die Verträge müssen jedoch behördlich genehmigt werden.⁴⁴ Es sind immer die allgemeinen Tarifgestaltungsgrundsätze⁴⁵ zu berücksichtigen:

- Es ist eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten anzustreben⁴⁶
- Tarife sind betriebswirtschaftlich zu bemessen und sachgerecht zu strukturieren⁴⁷
- Des Weiteren müssen Tarifverträge gesetzeskonform sein sowie mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen⁴⁸

Es gibt verschiedene Tarifarten. Art. 43 Abs. 2 lit. a – c KVG zählt die gebräuchlichen Tarifarten auf:

- Zeittarife (lit. a)
- Einzelleistungstarife (lit. b)
- Pauschaltarife (lit. c)

Möglich sind auch Kombinationen.

Nachfolgend ist auf zwei besonders relevante Tarifarten näher einzugehen:

- Der *Tarmed* ist der gesamtschweizerische Einzelleistungstarif für ambulante ärztliche Leistungen, der seit dem 1. Januar 2004 in der OKP gilt. Mit seinen über 4500 Tarifpositionen weist er den verschiedenen Leistungen Taxpunkte zu. Die Festlegung des Taxpunktwertes erfolgt in der Regel in kantonalen Tarifverträgen. Ambulante ärztliche Leistungen werden nach Abzug der Kostenbeteiligung zu 100% durch den Krankenversicherer abgegolten.
- Bei der stationären Behandlung im Spital sind Pauschaltarife vorgeschrieben. In der Regel sind *Fallpauschalen* festzulegen.⁴⁹ Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.⁵⁰

41. Art. 25a KVG

42. Art. 44 Abs. 1 KVG

43. Art. 43 Abs. 4 KVG

44. Art. 46 Abs. 1 KVG

45. Art. 59c KVV

46. Art. 43 Abs. 6 KVG

47. Art. 43 Abs. 4 KVG

48. Art. 46 Abs. 4 KVG

49. Art. 49 Abs. 1 KVG

50. Art. 49 Abs. 1 KVG

Der Tarif für Fallpauschalen im Akutspitalbereich ist nach diagnosebezogenen Fallgruppen bzw. «Diagnosis Related Groups» (DRG) strukturiert. Jeder stationären Behandlung wird anhand von Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.

4.5 Pflegefinanzierung

Im Zusammenhang mit (hoch-)betagten, multimorbiden Menschen sind die Vergütungen für die Pflege sehr wichtig:⁵¹ Die Neuordnung der Pflegefinanzierung trat zusammen mit den Ausführungsverordnungen des Bundes am 1. Januar 2011 in Kraft. Sie betrifft die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie die Ergänzungsleistungen. Folgende Leistungen werden unterschieden:

1. Für Pflegeleistungen vergütet die OKP einen Beitrag.⁵² Es gibt hier keine Tarifverträge. Das EDI setzt die Beiträge bei Pflegeheimen differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken in der KLV fest. In der ambulanten Pflege ist die Abgeltung abhängig vom Zeitaufwand und wird in einem Stundentarif abgerechnet. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität sowie effizient und kostengünstig erbracht werden. Auf die versicherten Personen dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.
2. Ausnahme bilden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die ärztlich angeordnet sind, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (Art. 25a Abs. 2 KVG). Versicherer und Kantone teilen sich dementsprechend die vereinbarten Pauschalen.

Die Pflegeleistungen werden von Pflegefachpersonen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie Pflegeheimen erbracht.

Die Restfinanzierung in der Pflegefinanzierung ist in den 26 Kantonen⁵³ unterschiedlich geregelt und wird hier nicht im Detail beleuchtet. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung wird derzeit evaluiert.⁵⁴ Die Ergebnisse werden 2018 erwartet.

51. Art. 25a KVG

52. Art. 7 und Art. 7a KLV

53. Bundesrat (2016): Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege.

54. Vgl. dazu Eidgenössisches Department des Inneren, Bundesamt für Gesundheit (2016): Pflichtenheft. Externe Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung.

5 — Fallbeispiele

Dieses Kapitel umfasst insgesamt zehn Fallbeispiele.
Davon stammen acht aus den Schnittstellen der Bereiche:

- **Akutspitäler**
- **Hausarztpraxen**
- **Pflegeheime**
- **Rehabilitationskliniken**
- **Spitex**

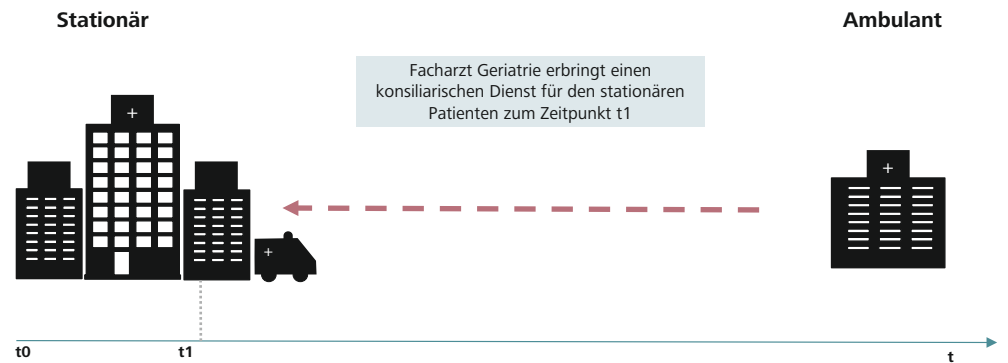
Weiter werden zwei Fallbeispiele aus der interprofessionellen
Begleitung aufgeführt:

- **Rundtischgespräche**
- **Advanced Practitioner
Nurse (APN)**

5.1 Akutspital

5.1.1 Fallbeispiel: Konsilien

Schnittstelle	Akutspital – Fachärzte Geriatrie
Typische Leistungen	Erbrachtes Konsil durch externe Geriaterin/externen Geriater im Akutspital ohne akutgeriatrischen Leistungsauftrag



Fallbeispiel Nach einem Sturz zu Hause wird Frau S. notfallmässig operiert. Die Operation verläuft komplikationslos. Frau S. ist medizinisch stabil und die Austrittsplanung ist eingeleitet. Währenddessen stellt der behandelnde Chirurg bei Frau S. ein Delir fest, was einer sofortigen Intervention bedarf. Das Akutspital, in dem Frau S. chirurgisch versorgt wird, hat *keinen akutgeriatrischen* Leistungsauftrag. Zur Besprechung, welche Möglichkeiten einer Behandlung bestehen, wird *eine spitalexterne Fachärztin Geriatrie konsiliarisch* hinzugezogen.

Varianten zum Fallbeispiel

- Akutspitäler offerieren und beauftragen *Konsilien regelmässig*, weil sie der Ansicht sind, dass sich diese langfristig positiv auf den Zustand der Patientinnen und Patienten auswirken können.
- Nicht alle Spitäler verfügen über einen *akutgeriatrischen Leistungsauftrag* und nicht alle Kantone vergeben akutgeriatrische Leistungsaufträge. Die Spitäler richten sich entsprechend in der Behandlung der Patientinnen und Patienten aus.

Abgeltungsfragestellung **Wie und von wem können geriatrische Konsilien in Akutspitälern ohne akutgeriatrischen Leistungsauftrag abgegolten werden?**

Rechtliche Einschätzung

Die stationäre Akutbehandlung ist grundsätzlich mittels Pauschalen abzugelten.⁵⁵ Verfügt das Spital in einem bestimmten Segment über keinen angestellten Facharzt oder keine angestellte Fachärztin, zieht es im Einzelfall und bei Bedarf niedergelassene Spezialistinnen und Spezialisten für Konsilien hinzu. Die Kosten des Konsiliums sind durch das Spital zu tragen und in der Pauschale abgegolten. Frau S. entstehen keine zusätzlichen Kosten, unabhängig davon, ob das Spital einen Leistungsauftrag in der Geriatrie hat.

In der Spitalliste weist der Kanton jedem Spital einen Leistungsauftrag zu.⁵⁶ Ein Leistungsauftrag bezeichnet das Leistungsangebot der Einrichtungen auf der Spitalliste.⁵⁷ Ein Leistungserbringer darf nur diejenigen Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen, für die er einen Leistungsauftrag hat.⁵⁸ Fehlt für die Behandlung eines Leidens ein Leistungsauftrag, ist die betroffene Person an ein Spital zu überweisen, dem ein derartiger Leistungsauftrag zugewiesen wurde.

Ein Spital, das Patientinnen und Patienten für Behandlungen ausserhalb seines Leistungsauftrages versorgt, hat keinen Anspruch auf eine KVG-Vergütung.⁵⁹ Weder der Krankenversicherer noch der Kanton muss bezahlen, die angefallenen Kosten dürfen jedoch auch nicht auf die versicherte Person überwält werden.

Bedarf Frau S. nach der Operation einer geriatrischen Akutbehandlung, so muss das Spital ohne Leistungsauftrag die Patientin an ein Spital mit Leistungsauftrag in der Akutgeriatrie überweisen. In einem Kanton, der auf seiner Spitalliste keinen akutgeriatrischen Leistungsauftrag erteilt, behandelt das Spital Frau S. i.d.R. auf der medizinischen Abteilung, allenfalls weiter unter konsiliarischem Beizug des Facharztes oder der Fachärztin für Geriatrie.

- Fazit**
- Die Kosten für den konsiliarischen Beizug von Geriatern sind in der Fallpauschale des Spitals enthalten und dürfen nicht auf Patient oder Patientin überwält werden.
 - Grundsätzlich besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung für Leistungen, für welche das Spital keinen Leistungsauftrag hat. In der Konsequenz müsste die betroffene Person hierfür an ein Spital überwiesen werden, das über einen derartigen Leistungsauftrag verfügt.

55. Art. 49 Abs. 1 Satz 1 KVG

56. Art. 58e Abs. 3 KVV

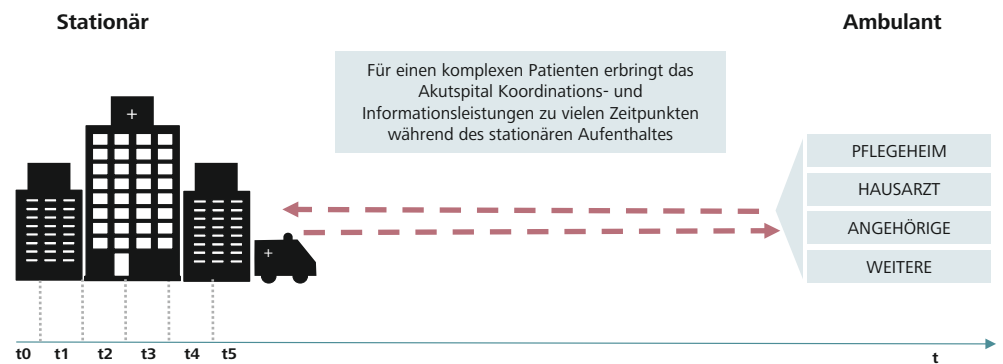
57. Art. 39 Abs. 1 lit. e und Art. 58b Abs. 3 KVV bzw. Art. 58e KVV

58. BVGer C-7498-2008, E.5.4.

59. BGE 125 V 448, E.3b.

5.1.2 Fallbeispiel: Informations- und Koordinationsaufwand im Akutspital

Schnittstelle	Spitalinterne Schnittstellen – nachgelagerte Leistungserbringer
Typische Leistungen	Erbrachte Pflege-, Koordinations- und Informationsleistungen seitens aller involvierten Fachpersonen im stationären Bereich



Fallbeispiel Nach der Versorgung einer Oberschenkelhalsfraktur in der Chirurgie wird Herr B. aufgrund eines Delirs in die Abteilung für Akutgeriatrie verlegt. Dort diagnostiziert die behandelnde Ärztin eine fortgeschrittene *Demenz*. Herr B. benötigt während des gesamten stationären Aufenthaltes umfassende pflegerische Betreuung. Er kann mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr nach Hause austreten und eine Lösung für die künftige Betreuung muss gefunden werden. Die Angehörigen sind mit der neuen Situation überfordert und verlangen nach *Beratungsgesprächen* und *Informationen* zu Möglichkeiten der Weiterbetreuung. Der *Sozialdienst* des Akutspitals plant einen Pflegeheimübertritt für Herrn B.

Varianten zum Fallbeispiel

- Der Zeitaufwand für die Austrittsplanung des Patienten ist seitens des gesamten Teams im Akutspital stark erhöht, bedingt durch viele und lange Angehörigengespräche (betrifft neben Demenz auch Palliative Care, Gerontopsychiatrie) und Abklärungen mit den nachgelagerten Versorgern.
- Der Sozialdienst benötigt mehrere Tage um den Austritt zu organisieren, da aufgrund von fehlenden Angehörigen weitere Institutionen beigezogen werden müssen.

Abgeltungsfragestellung **Ist der Aufwand für Koordinations- und Informationsleistungen sowie die Pflege für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen (insbesondere mit Demenz, Palliative Care, Gerontopsychiatrie) im Fallpauschalen-System abgebildet?**

Rechtliche Einschätzung Die stationäre Akutbehandlung ist grundsätzlich mittels Pauschalen abzugelten – dies gilt auch für aufwendige Medizinbereiche,⁶⁰ wie z.B. die Gerontopsychiatrie oder Palliativmedizin. Dazu gehören auch Leistungen des Sozialdienstes, dessen Kosten i.d.R. über die Fallpauschalen des Spitals gedeckt sind.

Als Ausnahme zur pauschalen Abgeltung können die Parteien vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen getrennt in Rechnung gestellt werden.⁶¹ Diesbezüglich hat der Gesetzgeber vor allem an seltene und besonders aufwendige Leistungen gedacht, wie zum Beispiel ausserordentlich komplizierte Massnahmen oder die Verwendung einer äusserst kostspieligen Spitzentechnologie. Bei den Tarifstrukturen im stationären Bereich sind solche sogenannte Zusatzentgelte für bestimmte Leistungen vorgesehen. Der Bundesrat hat als zuständige Genehmigungsbehörde geprüft, ob dies mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

Fazit Die Kosten des spitalinternen Sozialdienstes bezogen auf das Fallbeispiel fliessen in die Berechnung der DRG-Pauschalen ein.

- In der Altersmedizin sind auch die aufwändigen Medizinbereiche (z.B. Gerontopsychiatrie oder Palliativmedizin) von den DRG-Pauschalen umfasst.
- Für besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen können die Spitäler und Versicherer auf gesamtschweizerischer Ebene eine separate Vergütung zu den Pauschaltarifen vereinbaren.

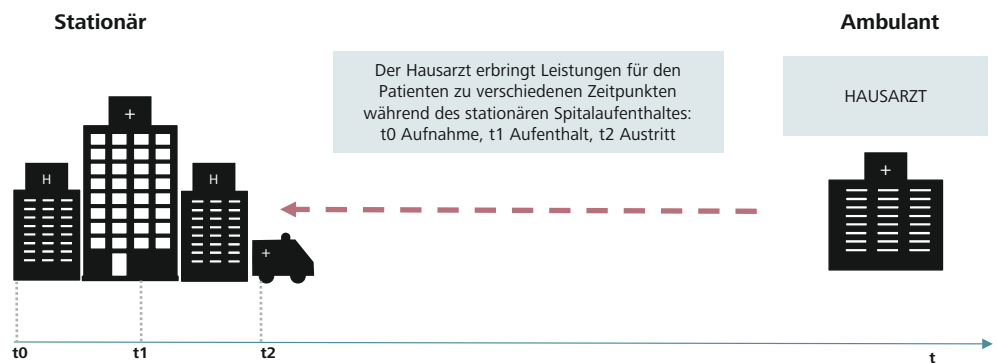
60. Art. 49 Abs. 1 Satz 1 KVG

61. Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG

5.2 Hausarztpraxis

5.2.1 Fallbeispiel: Erbrachte Leistung zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes

Schnittstelle	Spitalinterne Schnittstellen – nachgelagerte Leistungserbringer
Typische Leistungen	Erbrachte Pflege-, Koordinations- und Informationsleistungen seitens aller involvierten Fachpersonen im stationären Bereich



Fallbeispiel Herr U. befindet sich im stationären Aufenthalt, ist medizinisch stabil und ein Austritt nach Hause ist geplant. Während der Austrittsplanung erfordert es die Situation, dass die *Hausärztin* hinzugezogen wird. Der behandelnde Arzt im Spital möchte die zukünftige *Behandlung* im Rahmen der Austrittsplanung besprechen. Die Hausärztin erbringt damit eine Leistung während des *stationären Aufenthaltes*.

Varianten zum Fallbeispiel

- Die Hausärztin erbringt während der gesamten Zeit des stationären Aufenthalts *Informations- und Koordinationsleistungen* innerhalb des *ambulanten und stationären Settings*. Dazu gehören die Klärung von möglichen Rückfragen mit dem Akutspital, Anpassungen des Pflegeplanes und der Medikamentenliste mit der Spitex sowie Gespräche mit Angehörigen etc.
- Lediglich in *komplexen Fällen*⁶² werden Hausärzte in die Austrittsplanung einbezogen.
- Es findet ein *regelmässiger (informellerer) Austausch* zwischen dem Akutspital und den Hausärztinnen und Hausärzten, z.B. im Rahmen von Fachschulungen, statt. Hierbei werden gelegentlich Fälle besprochen, um sich zur «Best Practice» auszutauschen.
- Die Hausärzte erkundigen sich auf *Eigeninitiative* nach dem Zustand und dem geplanten weiteren Vorgehen zu ihren Patienten.

62. Vgl. Glossar, Seite 4

Abgeltungsfragestellung **Wie und wo können Hausärztinnen und Hausärzte erbrachte Leistungen während des stationären Aufenthaltes der Patientin, des Patienten abgeltet?**

Rechtliche Einschätzung

Beantwortet ein frei praktizierender Arzt oder frei praktizierende Ärztin telefonisch Fragen des Spitalpersonals zum medizinischen Zustand der Patientin oder des Patienten, gilt dies als Teil der stationären Leistung.⁶³ In der Folge gelten die Krankenversicherer die Leistungen der Hausärztin oder des Hausarztes gegenüber dem Spital über die Fallpauschale des Spitals und nicht als ambulante Leistung ab.

Für die Abgrenzung, ob eine Leistung der Hausärztin oder des Hausarztes der stationären oder ambulanten Behandlung zuzurechnen ist, ist die Frage relevant,

- ob die Hausärztin oder der Hausarzt beigezogen wurde, um Informationen über die Patientin oder den Patienten in Erfahrung zu bringen, die für dessen Spitalaufenthalt von Relevanz sind,
- ob die Leistungen der Hausärztin oder des Hausarztes sowohl für den Spitalaufenthalt der Patientin oder des Patienten als auch bei der Planung der medizinischen Behandlung nach dessen Spitalaustritt notwendig sind,
- oder ob die Hausärztin oder der Hausarzt einzig für die Planung der medizinischen Behandlung des Patienten nach Spitalaustritt beigezogen wurde.

Die Leistungen der Hausärztin/des Hausarztes im ersten Szenario sind Teil der Spitalbehandlung bzw. der stationären Leistung zuzurechnen. So ist beispielsweise das Wissen des Spitals darüber, welche Arzneimittel der Patientin oder dem Patienten verschrieben und welche Vorerkrankungen diagnostiziert wurden, für die erfolgreiche Spitalbehandlung von Bedeutung. Da solche Informationsleistungen der Hausärztin oder des Hausarztes der Spitalbehandlung zuzurechnen und mit der Kostenübernahme der stationären Leistung i.S.v. Art. 49a KVG abgegolten sind, kann die Hausärztin oder der Hausarzt derartige Leistungen nicht zusätzlich separat in Rechnung stellen. Soll eine derartige Dienstleistung separat entschädigt werden, obliegt es dem Spital und der Hausärztin/dem Hausarzt, zu vereinbaren, in welchem Umfang und in welcher Höhe die Entschädigung ausfallen soll. Als sinnvoller Richtwert für die Höhe der Entschädigung bieten sich die Tarmed-Positionen «Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten» an.

Auch in der zweiten Konstellation (Hausärztin/Hausarzt und das Spital besprechen sowohl die gegenwärtige medizinische Ausgangslage während des Spitalaufenthaltes der Patientin oder des Patienten als auch die medizinischen Rahmenbedingungen nach dessen Austritt) sind die Leistungen der Hausärztin oder des Hausarztes der stationären Behandlung zuzurechnen und eine separate Entschädigung über Tarmed ist nicht möglich.⁶⁵ Entsprechend müssen auch in dieser Konstellation das Spital und die Hausärztin/der Hausarzt vereinbaren, in welchem Umfang und in welcher Höhe das Spital die erbrachten Leistungen entschädigen soll.

Noch offen lässt die Rechtsprechung, ob auch Leistungen der stationären Behandlung zuzurechnen sind, wenn die Hausärztin oder der Hausarzt beigezogen wird, um die medizinische Situation der Patientin oder des Patienten nach Austritt aus dem Spital zu regeln. Relevant ist, ob diese Besprechungen als Teil der Spitalbehandlung zu qualifizieren sind oder nicht. Ist die Spitalbehandlung abgeschlossen, so hat die Hausärztin/der Hausarzt in beschränktem Umfang die Möglichkeit, seine Leistungen z.B. über Tarmed (Positionen unter «Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten») abzurechnen.

- Fazit**
- Bei der Frage, ob eine Leistung der Hausärztin/des Hausarztes als stationäre oder ambulante Leistung zu qualifizieren ist, ist zu unterscheiden, ob die Tätigkeit der Hausärztin/des Hausarztes der Spitalbehandlung zuzurechnen ist oder nicht.

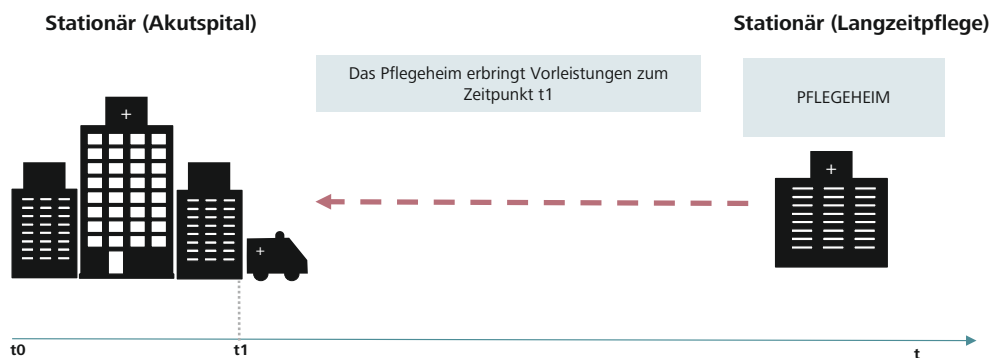
63. BGE 137 V 36

- Sind die Informationen der Hausärztin oder des Hausarztes über die zu behandelnde Person, z.B. in Bezug auf Arzneimittel, Vorerkrankungen etc. für den Spitalaufenthalt relevant, so kann dieser Aufwand nicht gegenüber dem Patienten bzw. dem Krankenversicherer abgerechnet werden. Der Aufwand ist mit der Spitalpauschale vollständig abgegolten. Eine zusätzliche separate Abrechnung z.B. über Tarmed ist nicht möglich.⁶⁴ Hat das Spital ein Interesse an der Mitarbeit der Hausärztin/des Hausarztes, kann es die Hausärztin/den Hausarzt direkt für seine Leistungen entschädigen.
- Gleiches gilt für Leistungen der Hausärztin/des Hausarztes, die gleichzeitig für den stationären Aufenthalt als auch für die Zeit nach dem Spitalaustritt relevant sind.
- Leistungen der Hausärztin/des Hausarztes während eines Spitalaufenthalts der Patientin, die für eine adäquate Planung der Nach- und Weiterbehandlung nach Spitalaustritt von Bedeutung sind, können von der Hausärztin oder dem Hausarzt z.B. über Tarmed (Positionen unter «Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten») verrechnet werden.

5.3 Pflegeheim

5.3.1 Fallbeispiel: Vorleistungen

Schnittstelle	Akutstationär – Pflegeheim
Typische Leistungen	Erbrachte Koordinations- und Informationsleistungen seitens des Pflegeheims vor Eintritt der Bewohnerin/ des Bewohners



Fallbeispiel Bei der Austrittsplanung im Akutspital wird entschieden, dass Frau N. nicht nach Hause zurückkehren kann, sondern in ein *Pflegeheim* verlegt werden soll. Der spitalinterne Sozialdienst fragt bei verschiedenen Pflegeheimen telefonisch an, ob ein freies Bett verfügbar ist. Wenn ein Platz zum gewünschten Austrittsdatum vorhanden ist, erfolgt eine *Anmeldung*. Das geschieht in Form eines durch Frau N. (bzw. die Angehörigen oder den Beistand) unterschriebenen Anmeldeformulars. Das Pflegeheim eröffnet

64. vgl. zum Ganzen auch BGE 137 V 36

einen neuen Fall und leitet sogenannte Vorleistungen ein. Zu diesen gehören Absprachen mit der heiminternen Pflege oder dem Arztdienst, das Durchführen eines Beratungsgesprächs mit den Angehörigen, die Reservation des Zimmers etc. Kurz bevor der eigentliche Übertritt in das Pflegeheim stattfinden soll, kommt es zu einer Absage.

Varianten zum Fallbeispiel

Die Absage bez. des Nicht-Eintritts kann unterschiedlich begründet werden:

- (1) Der positive Bescheid einer Kostengutsprache für eine Rehabilitationsbehandlung, (2) ein Todesfall, (3) der Entscheid für ein anderes Pflegeheim, (4) eine Entlassung nach Hause mit ambulanter Betreuung oder (5) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands.
- Dies tritt in Kombination mit der Absenz eines unterschriebenen Anmeldeformulars seitens des Pflegeheims auf.

Abgeltungsfragestellung

Wie und von wem werden die durch das Pflegeheim erbrachten Vorleistungen bei Nicht-Eintritt der zukünftigen Bewohnerin/des zukünftigen Bewohners abgegolten? Werden dabei je nach Grund für den Nicht-Eintritt Unterscheidungen gemacht?

Rechtliche Einschätzung

Der Vertrag, der den Aufenthalt im Pflegeheim regelt, wird zwischen der Patientin/ dem Patienten und dem Pflegeheim geschlossen, allenfalls wenn nötig unter Beizug einer vertretungsberechtigten Person. Ist der Träger des Pflegeheims öffentlich-rechtlicher Natur, untersteht dieser Vertrag öffentlichem Recht, ansonsten gilt allgemeines Obligationenrecht. Beiden Vertragssystemen ist eigen, dass der Vertrag zustande kommt, wenn übereinstimmende Willensäusserungen der beiden Vertragspartner vorliegen. Das Spital kann hierbei im Auftrag der Patientin/des Patienten und als Bevollmächtigter für die Person gegenüber dem Pflegeheim handeln. Hierzu muss aber zwischen der Patientin oder dem Patienten und dem Spital ebenfalls vorgängig ein entsprechendes Auftragsverhältnis zustande gekommen sein; ansonsten handelt das Spital als Geschäftsführer ohne Auftrag im eigenen Risiko.

Für die Beurteilung des Sachverhalts werden folgende Szenarien unterschieden:

- Der Patient/die Patientin hat seinem zukünftigen Aufenthalt im Pflegeheim zugestimmt und das Spital beauftragt, ihn oder sie anzumelden: Die Patientin/der Patient trägt die entstandenen Kosten des Pflegeheims entsprechend der vertraglichen Vereinbarung.
- Das Spital hat die Patientin/den Patienten ohne dessen Vollmacht aus eigenem Antrieb beim Pflegeheim angemeldet: Das Spital ist gegenüber dem Pflegeheim haftbar. Handelte das Spital einzig im Interesse der Patientin/des Patienten, so ist dieser oder diese verpflichtet, das Spital von dessen Verpflichtungen zu befreien, die dieses im Zuge der Geschäftsbesorgung eingegangen ist.
- Es liegt bei Anmeldung keine rechtsverbindliche Unterschrift weder vom Spital noch von der Patientin/dem Patienten vor: Das Pflegeheim hat die entstandenen Kosten selber zu tragen. Es wäre in seiner Verantwortung gewesen, um rechtsverbindliche Anmeldung nachzufragen.

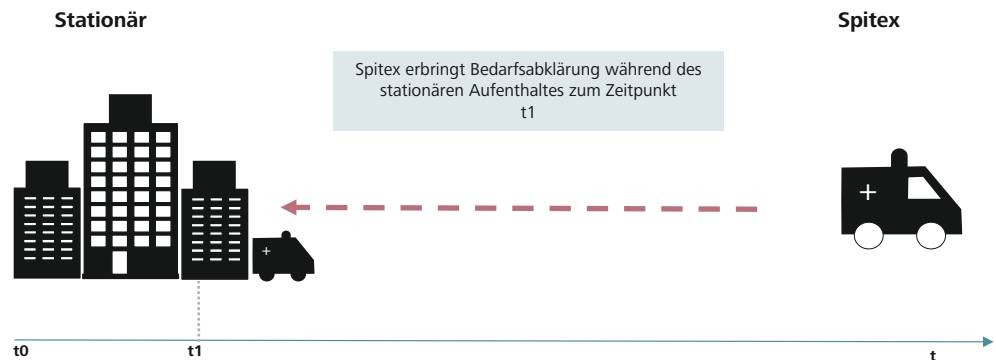
Fazit

- Hat das Pflegeheim die Vorleistungen basierend auf einer rechtsverbindlichen Anmeldung der Patientin/des Patienten erbracht, hat die Patientin/der Patient gemäss vertraglicher Vereinbarung für die entstandenen Kosten aufzukommen.
- Liegt keine rechtsverbindliche Vereinbarung vor, hat das Pflegeheim die Kosten selbst zu tragen.

5.4 Spitex

5.4.1 Fallbeispiel: Bedarfsabklärung

Schnittstelle	Akutspital – Spitex
Typische Leistungen	Erbrachte Bedarfsabklärung für die Patientin/den Patienten zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt



Fallbeispiel Im Rahmen der Austrittsplanung während des akutstationären Aufenthaltes von Herrn T. wird entschieden, dass er nach Hause entlassen werden kann und dort Spitexleistungen in Anspruch nehmen wird. Dazu erfolgt eine *Bedarfsabklärung* von Seiten der Spitex während des stationären Aufenthaltes. Die zukünftig geleisteten ambulanten Pflegeleistungen basieren nach ärztlicher Anordnung auf dieser Bedarfsabklärung, die zeitnah zum Entlassungstag erfolgt. In der Phase des Übertrittes besteht eine enge Zusammenarbeit mit der zuständigen Pflegeperson des Akutspitals.

Daraus resultierend werden diverse Vorbereitungen für einen lückenlosen Übertritt getroffen. Dazu gehören zum Beispiel die Klärung der Medikamentenbereitstellung mit Herrn T. bzw. den Angehörigen oder dem Beistand, die Organisation von benötigten Materialien (Pflegebett, Rollator, etc.) oder weitere Abklärungen (Beratungsgespräche zur Finanzierung der in Anspruch genommenen Leistungen, Mediation bei schwierigen Familienverhältnissen etc.).

Abgeltungs- fragestellung

Wie und durch wen kann die Bedarfsabklärung durch die Spitex für die Pflege zu Hause während des akutstationären Aufenthaltes abgegolten werden?

Rechtliche Einschätzung

Die stationäre Behandlung ist grundsätzlich mittels Pauschalen abzugelten.⁶⁵ Als Ausnahme zur pauschalen Abgeltung könnten die Parteien vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen getrennt in Rechnung gestellt werden.⁶⁶ Diesbezüglich hat der Gesetzgeber vor allem an seltene und besonders aufwendige Leistungen gedacht, wie zum Beispiel ausserordentlich komplizierte Massnahmen oder die Verwendung einer äusserst kostspieligen Spitzentechnologie, nicht aber an Spitex und damit verbundene Dienstleistungen.

Das Spital kann nur jene stationären Leistungen abrechnen, die von seinem Leistungsauftrag abgedeckt sind. Dementsprechend kann es für Leistungen, die ausserhalb seines Leistungsauftrages liegen, auch keine tariflichen Vereinbarungen abschliessen.

Steht dagegen eine zusätzlich zu erbringende Behandlung aufgrund eines anderen Leidens in keinem direkten Zusammenhang mit dem Spitalaufenthalt, so wird diese Leistung weder von der Pauschale erfasst, noch ist sie eine besondere diagnostische oder therapeutische Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG. Sie ist damit auch nicht Gegenstand des Tarifvertrags des betreffenden Spitals. Bedarf bspw. eine Person während eines stationären Spitalaufenthaltes spitalexterne ärztliche Behandlung eines weiteren Leidens, für dessen Behandlung das Spital keinen Leistungsauftrag hat (bspw. Dialyseleistungen während eines Rehabilitationsaufenthaltes), ist diese spitalexterne ärztliche Behandlung nicht in der Pauschale enthalten und kann vom spitalexternen Arzt zusätzlich zur Pauschale der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden.

Wenn die spitalexternen Leistungen ausserhalb des zugewiesenen Leistungsauftrags des Spitals liegen, so darf das Spital die Leistungen nicht nach Massgabe von Art. 49 Abs. 1 KVG abrechnen. Das Spital verfügt über keinen Leistungsauftrag in der Spitex und ist deshalb auf externe Fachexpertise angewiesen. Pflegende im Spital haben nicht dasselbe praktische Fachwissen wie Pflegende der Spitex. So wissen die Pflegenden im Spital oft nicht ausreichend, welche Hilfsmittel für zu Hause zur Verfügung stehen. In komplexen Situationen ist es deshalb unbedingt notwendig, dass eine Fachperson aus dem Bereich der ambulanten Pflege die Bedarfsabklärung im Spital noch während des Spitalaufenthalts vornimmt. Dadurch ist die ärztlich angeordnete Abklärung des Pflegebedarfs durch die Spitex-Leistungserbringer, die während des stationären Aufenthaltes erbracht wurde, der Krankenversicherung in Rechnung zu stellen.

Vgl. hierzu auch Fallbeispiel 5.2.1. und nachfolgend 5.4.2.

Fazit

Komplexe Fälle⁶⁷ mit multimorbiden Patientinnen und Patienten: Die Abklärung des Pflegebedarfs erfolgt durch Pflegefachpersonen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Auch wenn die Bedarfsabklärung während des Spitalaufenthalts durchgeführt wird, vergütet die OKP einen Beitrag an die Kosten.⁶⁸

65. Art. 49 Abs. 1 Satz 1 KVG

66. Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG

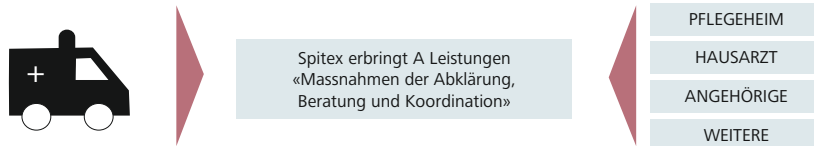
67. Vgl. Definition eines komplexen Falles im Glossar, Seite 4.

68. gemäss aktuell bestehender Regelungen mit den Kostenträgern (KLV Art. 7 und 7a, KVG Art. 25a, KVV 33)

5.4.2 Fallbeispiel: A-Leistungen «Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination»

Schnittstelle	Spitex – Hausärztin/ Hausarzt – Angehörige/Patientinnen, Patienten
Typische Leistungen	Erbrachte Koordinations- und Informationsleistungen an sämtlichen Schnittstellen wie Hausarztpraxen, Angehörige, andere Institution etc.

Spitex



t

Fallbeispiel Frau S. befindet sich im Übertrittsprozess aus dem Akutspital in eine ambulante Pflegebetreuung durch die Spitex. Die Bedarfsabklärung ist abgeschlossen und weitere Vorbereitungen für die Versorgung sind organisiert (z.B. Material oder Medikamente). Zu Beginn der *Spitexbetreuung* stellt sich heraus, dass der initial *geplante Pflegeaufwand* für Frau S. nicht ausreicht und die Pflegeplanung deshalb angepasst werden muss. In diesem Fall müssen alle an der Versorgung beteiligten Personen informiert oder aktiv mit einbezogen werden. Der Hausarzt muss die Anpassung in der Pflegeplanung visieren sowie eine Kontrolle der Medikationsliste vornehmen. Es findet mindestens ein Gespräch mit den Angehörigen oder dem Beistand statt, um die neue Situation zu besprechen. Eventuell müssen noch andere involvierte Organisationen informiert werden (Krankenversicherer, etc.). Dadurch ist der Anteil an *A-Leistungen* («Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination») erhöht.

**Abgeltungs-
fragestellung** **Wie kann die steigende Anzahl an A-Leistungen bei (hoch-)betagten,
multimorbiden Personen abgegolten werden? Gibt es Limitierungen?**

**Rechtliche
Einschätzung**

Als Leistungen gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen,⁶⁹ die aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden.⁷⁰ Darunter fallen folgende Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:

- Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes der Patientin oder des Patienten und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit der Ärztin oder dem Arzt und der Patientin oder dem Patienten,
- Beratung der Patientin oder des Patienten sowie gegebenenfalls der nicht-beruflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege und Vornahme der notwendigen Kontrollen,
- Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen.

Das Gesetz sieht keine explizite Zeitlimite für einzelne Massnahmen vor. Jedoch gilt die Vermutung, dass nicht mehr als 60 Stunden Pflegemassnahmen (umfassend alle Massnahmen, auch die der Untersuchung und der Behandlung sowie der Grundpflege) pro Quartal benötigt werden. Sollte dem doch so sein, kann die ärztliche Anordnung vom Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin⁷¹ überprüft werden.⁷²

Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren gemeinsame Kontroll- und Schlichtungsverfahren bei ambulanter Krankenpflege.⁷³ Im vertragslosen Zustand setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten das Verfahren fest. Die Krankenversicherer können somit kein einseitiges Kontrollverfahren initialisieren, sondern haben sich an die vertraglichen Vereinbarungen oder Vorgaben der Kantonsregierung zu halten.

Fazit

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sind durch das spezialisierte Pflegepersonal zu erbringen (und nicht durch ärztliches Personal).
- Das Gesetz sieht keine explizite Zeitlimite für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination durch das spezialisierte Pflegepersonal vor.⁷⁴
- Spitex und Versicherer vereinbaren gemeinsam ein Kontroll- und Schlichtungsverfahren. Hierbei wird auch die Kostentragung geregelt.
- Fehlt eine Vereinbarung, legt die Kantonsregierung das Verfahren fest.

69. Art. 33 lit. b KVV

70. Abs. 2 lit. a und nach Art. 8 KLV

71. Art. 57 KVG

72. Art. 8a Abs. 3 KLV

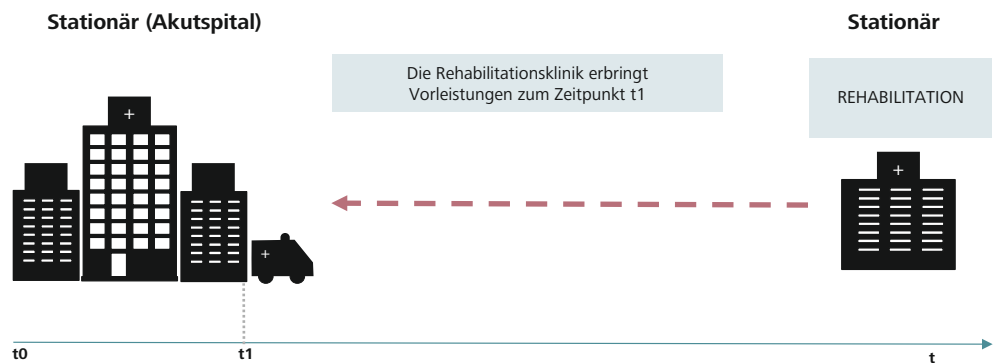
73. Artikel 8a Absatz 1 lit. a und b KLV

74. Art. 8a Abs. 3 KLV

5.5 Rehabilitation

5.5.1 Fallbeispiel: Vorleistungen

Schnittstelle	Akutspital – Rehabilitationsklinik
Typische Leistungen	Erbrachte Koordinations- und Informationsleistungen bevor die Patientin/ der Patient die Rehabilitation antritt (Vorleistung)



Fallbeispiel Frau L. wird nach einer Schenkelhalsfraktur chirurgisch versorgt und befindet sich im Akutspital. Die behandelnde Ärztin verordnet eine anschließende *Rehabilitation*. Sie meldet Frau L. in der gewünschten Rehabilitationsklinik an und beantragt eine Kostengutsprache bei der Krankenkasse. Das Akutspital sendet das ausgefüllte Anmeldeformular sowie zusätzlich benötigte Dokumente, wie z.B. die Medikamentenliste, an die Rehabilitationsklinik. Diese trifft daraufhin *Vorleistungen* für den Eintritt von Frau L. Hierzu gehören verschiedene Absprachen mit der behandelnden Ärztin, der Stationspflege, dem Sozialdienst und den Angehörigen/dem Beistand. Des Weiteren werden bereits einige *administrative Vorleistungen* getroffen. Dies beinhaltet die Reservation des Zimmers, die Dossiereröffnung etc. Kurz bevor der Übertritt in die Rehabilitationsklinik erfolgen soll, ist die Kostengutsprache noch offen, weil der Vertrauensarzt noch offene Punkte klären muss. Das Bett bleibt während dieser Zeit reserviert.

Varianten zum Fallbeispiel

- Die Kostengutsprache wird abgewiesen. Die fallführende Ärztin führt weitere Gespräche mit der Krankenversicherung bis diese eine Kostengutsprache erteilt.
- Die Kostengutsprache wird abgewiesen und Frau S. tritt die Rehabilitation nicht an.

Abgeltungsfragestellung **Wie und von wem werden erbrachte Vorleistungen bei Nicht-Eintritt oder verzögertem Eintritt der zukünftigen Patientin abgegolten?**

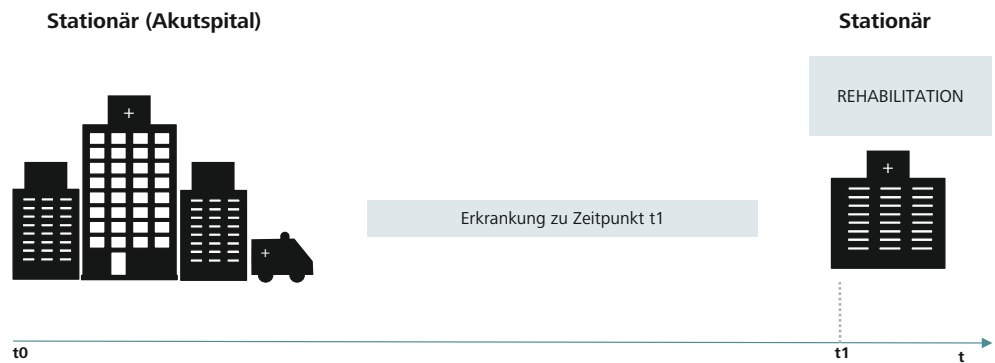
Rechtliche Einschätzung

Die Rehabilitationsklinik leistet diese Vorarbeiten zugunsten des ihr vorangehenden Akutspitals und zugunsten der Patientin oder des Patienten, um einen raschen und übergangslosen Eintritt in die Rehabilitation zu ermöglichen. Wenn jedoch weder das Akutspital noch die Patientin oder der Patient diese Vorleistungen bestellt haben, so erbringt die Rehabilitationsklinik diese Leistungen freiwillig. Die dadurch anfallenden Kosten werden in die Fallpauschale eingerechnet und dadurch abgegolten. Es liegt hierbei im Interesse der Rehabilitationsklinik, diese entsprechenden Kosten möglichst gering zu halten, da die Tarife einem Vergleichswettbewerb⁷⁵ unter den Kliniken ausgesetzt ist. Ein Abwälzen der Kosten auf das vorgelagerte Akutspital oder die Krankenversicherung steht ausser Frage, ausser die Parteien hätten eine entsprechende Vereinbarung getroffen. Ob der Krankenversicherer im Nachgang dazu eine Kostengutsprache für den Klinikaufenthalt spricht oder nicht, ist für die Kostentragung unter diesen Umständen irrelevant. Anders wäre der Fall nur zu beurteilen, wenn das Akutspital oder die Patientin bzw. der Patient den Aufwand der Rehabilitationsklinik bewusst bestellt oder zumindest aktiv verursacht hat.

Fazit Werden Vorleistungen der Rehabilitationsklinik vom Akutspital und der Patientin oder dem Patienten nicht explizit bestellt, erbringt die Rehabilitationsklinik diese auf eigenes betriebliches Risiko.

5.5.2 Fallbeispiel: Erkrankung während Rehabilitation

Schnittstelle	Akutspital – Rehabilitationsklinik
Typische Leistungen	Erfolgte Abklärung, ob der Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten eine Rehabilitation zulässt



Fallbeispiel Herr D. tritt nach einem Akutspitalaufenthalt in die Rehabilitationsklinik mit einer Kostengutsprache über drei Wochen ein. Am ersten Tag wird durch das Team der Rehabilitationsklinik eine (*schwere*) Grippe festgestellt, die behandelt werden muss und den Beginn der Rehabilitationsbehandlung nicht zulässt. Es ist abzusehen, dass dieser Zustand einige Tage anhalten wird. Während dieser Zeit wird Herr D. medizinisch versorgt und nimmt an keinen Therapien teil. Herr D. benötigt häufigere ärztliche Visiten sowie Hygiene- und Isolationsmassnahmen.

Die Behandlungsziele der Rehabilitation sind auf einen Therapiezeitraum von drei Wochen ausgelegt. Am Ende der drei Wochen sind aufgrund des *verzögerten Beginns* während der ersten Tage die Behandlungsziele noch nicht erreicht. Die Kostengutsprache läuft aus.

**Abgeltungs-
fragestellung**

Wer kommt für die entstandenen (Mehr-)Kosten auf (z.B. häufigere ärztliche Visiten sowie Hygiene- und Isolationsmassnahmen)? Unter welchen Umständen wird eine Kostengutsprache verlängert?

**Rechtliche
Einschätzung**

Die Behandlung eines grippalen Infekts stellt keine besondere diagnostische oder therapeutische Leistung im Sinne des Gesetzes dar. Die Kosten für derartige Erkrankungen sind dementsprechend mit der zwischen Klinik und Versicherung vereinbarten Pauschale abgedeckt.

Die Kostenübernahme der Rehabilitation erfolgt nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.⁷⁶ Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft vorgängig zur Kostengutsprache, ob bei der Patientin oder dem Patienten die Spitalbedürftigkeit gegeben ist. Würde die Spitalbedürftigkeit fehlen, wäre die Indikation für eine stationäre Rehabilitation nicht gegeben. Ist der erwartete Rehabilitationserfolg nach Ablauf der durch die Kostengutsprache erteilten Dauer nicht gegeben, kann ein Anspruch auf eine Aufenthaltsverlängerung bis der erwartete Rehabilitationserfolg geltend gemacht werden. Die Klinik hat dies jeweils im Einzelfall gegenüber dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu begründen. Die Patientin oder der Patient hat Anspruch auf eine Verlängerung, wenn eine Verbesserung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Ergibt die Abklärung jedoch nicht, dass durch eine weitere Behandlung eine Verbesserung des Ergebnisses zu erwarten ist, besteht kein Anspruch mehr auf Verlängerung des Aufenthalts. Es gilt die Austrittsplanungen die Hand zu nehmen.

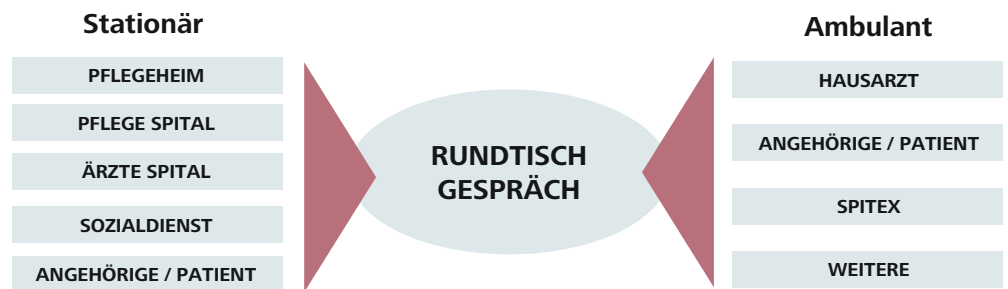
Fazit

- Mehrkosten der Rehabilitationskliniken, die ihr wegen eines grippalen Effektes ihres Patienten oder ihrer Patientin entstehen, sind mit der Pauschale für die stationäre Behandlung abgegolten.
- Kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer weiteren relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden, hat der oder die Versicherte Anspruch auf eine Verlängerung der Kostengutsprache der Versicherung. Die Klinik hat dies entsprechend gegenüber dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu begründen.

5.6 Interprofessionelle Begleitung

5.6.1 Fallbeispiel: Rundtischgespräche

Schnittstelle Akutspital – nachgelagerte Leistungserbringer
Typische Leistungen Erbrachte Leistungen im Rahmen der weiteren Versorgungsplanung für die Patientin/den Patienten in Form eines Gesprächs im interprofessionellen Team



Fallbeispiel Herr M. ist 85 Jahre alt und unheilbar krank. Nach seinem akutstationären Aufenthalt soll er zu Hause palliativ weiter betreut werden. Teil seiner Austrittsplanung ist ein Rundtischgespräch mit einem interprofessionellen Team bestehend aus ärztlichem Dienst, Pflege, Sozialdienst, Angehörigen / Beistand sowie Herrn M. selbst. Seine Hausärztin, die Spitex, seine Physio- und Ergotherapeutin sowie seine Ernährungsberaterin nehmen ebenfalls teil. Dieses interprofessionelle Team bespricht und entscheidet, wie der Behandlungs- und Betreuungsplan für Herrn M. aussieht. Das Gespräch dauert eine Stunde.

- Varianten zum Fallbeispiel**
- Das Rundtischgespräch findet nach dem Austritt von Herrn M. statt
 - Das Rundtischgespräch findet auch für Patientinnen und Patienten ausserhalb des palliativmedizinischen Bereiches statt

Abgeltungsfragestellung **Wie und wo können Teilnehmende eines Rundtischgespräches ihre Zeit abgelden?**

Rechtliche Einschätzung

Die rechtliche Einschätzung in Bezug auf die Kostendeckung unterscheidet sich je nach Leistungsauftrag des Spitals sowie der teilnehmenden Fachpersonen.

Hausärztinnen und Hausärzte, welche an solchen Rundtischgesprächen teilnehmen, können ihre Leistungen über Tarmed (Positionen unter «Leistung in Abwesenheit des Patienten») abrechnen, sofern es sich um Leistungen handelt, die nur den Zeitraum nach Spitalaustritt betreffen. Hingegen werden Leistungen des Hausarztes, die für die Spitalbehandlung selbst von Relevanz sind (z.B. Informationen über Vorerkrankungen des Patienten) abschliessend über die stationären Leistungen⁷⁷ abgegolten und können nicht zusätzlich separat in Rechnung gestellt werden⁷⁸ (Vgl. Fallbeispiel 5.2.1).

Für Leistungen der Spitex gilt das gleiche: Leistungen der Spitex im Rahmen des Rundtischgespräches,⁷⁹ die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zusätzlich zur Fallpauschale des Spitals entrichtet, sofern es sich um Leistungen handelt, die nur den Zeitraum nach Spitalaustritt betreffen. (Vgl. Fallbeispiel 5.4.1)

- Fazit**
- Nimmt eine Hausärztin oder ein Hausarzt an solchen Rundtischgesprächen mit oder ohne Patientin oder Patient teil, werden seine Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung über Tarmed limitiert übernommen, unter der Voraussetzung, dass es sich um Leistungen handelt, die nicht für den Spitalaufenthalt selbst, sondern nur für die Zeit nach Spitalaustritt von Relevanz sind.
 - Bei Teilnahme der Spitex an solchen Rundtischgesprächen werden ihre Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt, sofern es sich um Leistungen handelt, die nur den Zeitraum nach Spitalaustritt betreffen.

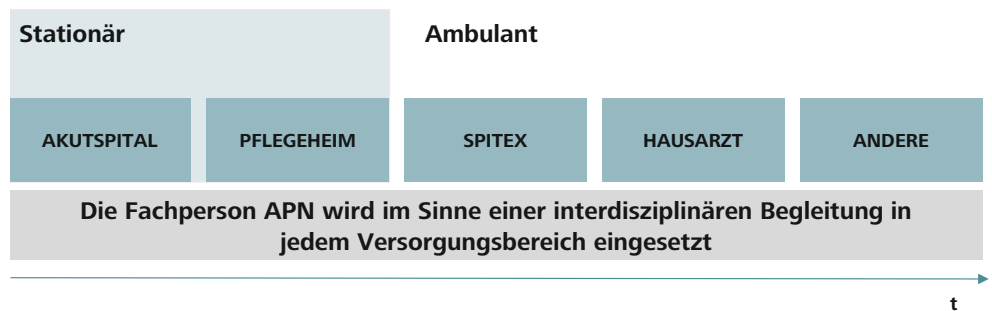
77. i.S.v. Art. 49 KVG

78. vgl. hierzu BGE 137 V 36 und die Ausführungen zum Fallbeispiel 5.2.2

79. i.S.v. Art. 33 lit. b KVV und Art. 8 KLV

5.6.2 Fallbeispiel: Advanced Practitioner Nurse (APN)

Schnittstelle	Vorgelagerte Leistungserbringer - Akutspital – nachgelagerte Leistungserbringer
Typische Leistungen	Erbrachte Koordinations- & Informationsleistungen an den Schnittstellen



Fallbeispiel Herr W. hat Diabetes und kommt zu den regelmässigen Kontrolluntersuchungen in seine Hausarztpraxis. Die Untersuchung und Beratung wird neben seiner Hausärztin von einer Advanced Practice Nurse (APN) vorgenommen, die ebenfalls in der Hausarztpraxis angestellt ist.

Varianten zum Fallbeispiel

- Einsatz von APN im ambulanten Setting: Die APN ist in der Spitex tätig
- Einsatz von APN im akutstationären Setting: Die APN wird als Ergänzung zum Sozialdienst eingesetzt, z.B. für die Vernetzung aller an der Betreuung beteiligten Fachpersonen (Koordinationsaufgaben)
- Einsatz von APN in der stationären Langzeitpflege, z.B. für Koordinationsleistungen bei multimorbiden Patienten, für die Entwicklung von Qualitätsstandards

**Abgeltungs-
fragestellung** **Wie und durch wen können die erbrachten Leistungen der APN
abgegolten werden?**

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung sowie in den dazugehörigen Verordnungen⁸⁰ ist die Pflegeexpertin APN nicht spezifisch erwähnt. Ihre Leistungen sind dementsprechend nach der gegenwärtigen Gesetzeslage der allgemeinen Krankenpflege zuzurechnen.

**Rechtliche
Einschätzung**

Ist die APN im ambulanten Setting tätig, gelten die Leistungsbereiche, wie sie in Art. 7 KLV beschrieben sind. Sie kann somit auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination,⁸¹ Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung⁸² sowie Massnahmen der Grundpflege⁸³ zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vornehmen. Die Leistungen müssen jedoch von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern⁸⁴ oder von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause⁸⁵ erbracht werden, ansonsten dürfen die Leistungen durch die Krankenversicherer nicht übernommen werden.⁸⁶

- Fazit**
- Die gegenwärtige Gesetzgebung unterscheidet nicht zwischen APNs und anderen Pflegefachpersonen.
 - Die Leistungen, welche die APN zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen darf, sind in Art. 7 KLV beschrieben. Hierzu gehört insbesondere auch die Bedarfsabklärung.
 - Die Leistungen der APN im stationären Spitalbereich sind von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Pauschalen bereits abgegolten.

80. KVV, KLV

81. Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV

82. Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV

83. Art. 7 Abs. 2 lit. c KLV

84. Art. 49 KVV

85. Art. 51 KVV

86. Vgl. dazu die Ausführungen zu
Beispiel 5.4.1

6 — **Schlussbemerkungen**

Bedingt durch den demografischen Wandel steigt die Anzahl an (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten. Diese Patientengruppe zeichnet aufgrund ihrer Komplexität in der Versorgung und Betreuung besondere Bedürfnisse und Herausforderungen. Um diesbezüglich eine möglichst hochstehende und effiziente Versorgung dieser Patientengruppe zu gewährleisten, ist deren koordinierte Versorgung von grösster Bedeutung.

Während sich die verschiedenen Leistungserbringer an ihren Schnittstellen für eine optimale Behandlung dieser Patientengruppe immer besser koordinieren, verbleiben die Abgeltungssysteme in der obligatorischen Krankenversicherung auf die erhöhte Komplexität der Behandlung abzustimmen. Es ist festzustellen, dass viele neue Herausforderungen bereits durch die bestehenden Regelungen abgebildet werden können. Offene Fragestellungen sollen durch die Tarifpartner geregelt werden.

7 — Literatur

- Quellen** Brüngger B., Fischer B., Früh M., Rapold R., Reich O., Telser H., Trottmann M. (2014): Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Polynomics. Helsana.
http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Helsana_Schlussbericht_Koordinationsbedarf_20141219.pdf
- Bundesamt für Gesundheit (2015): Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsanalyse.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html>.
(Zugriff: Januar 2017)
- Bundesamt für Gesundheit (2015): Koordinierte Versorgung.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>.
(Zugriff: Januar 2017)
- Bundesamt für Statistik (2015): Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2014: Zahlen und Trends.
- Bundesamt für Gesundheit (2016): Spitalaustritt – planen und koordinieren.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html>
(Zugriff: Mai 2017)
- Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitsstatistik 2014.
- Bundesamt für Statistik (2013): Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz.
- Bundesrat (2016): Demografischer Wandel in der Schweiz. Handlungsfelder auf Bundesebene. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.3697 Schneider-Scheiter. 4.9 Gesundheit. Stand 9. Dezember 2016.
<https://www.bk.admin.ch/themen/planung/04632/index.html?lang=de>.
(Zugriff: Januar 2017)
- Bundesrat (2017): Verordnung über die Krankenversicherung.
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/index.html#a33>.
(Zugriff: Januar 2017)
- Eidgenössisches Department des Inneren, Bundesamt für Gesundheit (2016): Pflichtenheft. Externe Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv.html>
(Zugriff: Februar 2017)
- ETH (NA): Effective Roundtable Facilitation Techniques.
<https://www.systems.ethz.ch/sites/default/files/RoundtableFacilitatingTechniques.pdf>.
(Zugriff: Januar 2017)
- FMH (2015): Berufstätige Ärzte FMH-Schwerpunkte und Ausweise
<http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>
(Zugriff: Januar 2017)
- H+ Die Spitäler der Schweiz (2014): Patienten bleiben heute weniger lang im Spital. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer.
http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_monitor/gesamtbranche/leistungen/aufenthaltsdauer/
(Zugriff: Februar 2017)
- Bundesrat (2016): Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3604 Fehr Jacqueline vom 15. Juni 2012; 14.3912 Eder vom 25. September 2014 und 14.4165 Lehmann vom 11. Dezember 2014
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2012): Anforderungsprofil der stationären geriatrischen Rehabilitation.
www.sfgg.ch/pages/de/publikationen.php
(Zugriff: Januar 2017)

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2016): Definition der Geriatrie.
<http://www.sfgg.ch/pages/de/definition-der-geriatrie.php>
(Zugriff: Januar 2017)

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit (2012).
«Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung». Bericht der Arbeitsgruppe
«Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG. Bern.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische
Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015.
http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d.pdf
(Zugriff: Januar 2017)

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (2006): Profil der Geriatrie in der Schweiz.
http://www.sfgg.ch/media/aktuell/Profil_Geriatrie_Schweiz_Internet.pdf
(Zugriff: Januar 2017)

Spitex Verband Schweiz (2012): Kompetenzrahmen für die Mitarbeitenden in der Hilfe und
Pflege zu Hause.
http://www.kinder-spitex.ch/media/Aktuelles/Mindestanforderungen_SVS_dt.pdf
(Zugriff: Mai 2017)

Sottas formative works (2016): Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten,
geriatrischen Versorgung.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html>
(Zugriff: Mai 2017)

swissAPN Interessengruppe SBK für Advanced Nursing Practice (2012):
Reglementierung der Pflegeexpertin APN.
<http://www.swiss-anp.ch/berufsrolle.html>
(Zugriff: Januar 2017)

Gesetzesgrundlagen

Bundesgerichtsentscheid 9C_110/2010 vom 23. Feb. 2011.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2017)
(SR 832.10).

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-
Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (Stand am 10. Januar 2017) (SR 832.112.31).

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (Stand am 1. Januar
2016) (SR 101).

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000
(Stand am 1. Januar 2012) (SR 830.1).

Projekt «Koordinierte Versorgung» Das Projekt «Koordinierte Versorgung» des Bundes hat zum Ziel, die koordinierte Versorgung für diejenigen Patientengruppen zu verbessern, die viele unterschiedliche und aufwändige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen – also jene 10 Prozent der Versicherten, die gemeinsam 70-80 Prozent der Leistungen beanspruchen. Es wurden verschiedene Studien durchgeführt, die zeigen, dass dazu z.B. hochbetagte multimorbide Menschen, chronisch kranke Menschen, psychisch kranke Menschen oder Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger gehören. Ein weiteres Ziel des Projekts ist es, dass die Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung, v.a. in den Bereichen Finanzierung, Bildung und elektronisches Patientendossier, überprüft und allenfalls verbessert werden. In diesem Zusammenhang wurde der vorliegende Bericht verfasst.

Weitere Informationen unter www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung

Die präsentierten Inhalte und Handlungsempfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamts für Gesundheit BAG wieder.

Mitwirkende Autoren Marc-André Giger, KPMG AG
Elvira Häusler (KPMG AG bis 28.02.2017)
Melanie Sander KPMG AG
Daniel Staffelbach, walderwys Rechtsanwälte

Gestaltung/Layout skop Gestaltung und Konzept GmbH
www.skop.design

Auskünfte Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Tel. 058 463 06 01
gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Copyright Bundesamt für Gesundheit, CH-3003 Bern

Auszugweiser Abdruck – ausser für die kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplars an das Bundesamt für Gesundheit gestattet.

Bezugsquelle Diese Publikation kann gratis bestellt werden.
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.ch
verkauf.zivil@bbl.admin.ch
Bestellnummer:
316.757.d

