

Merkblatt SPITEX/ambulante Pflege: Verrechnung von Wegkosten gegenüber Klientinnen und Klienten



Wegkosten der Spitex-Organisationen mit einer Versorgungspflicht bilden keinen direkten Bestandteil der tarifgeschützten Pflegeleistungen und können daher, sofern die Einwohnergemeinden diese nicht unter dem Titel „gemeinwirtschaftliche Leistungen“ gemäss Leistungsvertrag übernehmen, den Klienten und Klientinnen weiterverrechnet werden.

1. Adressatinnen und Adressaten des Merkblattes

Dieses Merkblatt richtet sich als Orientierungshilfe an Organisationen der ambulanten Pflege und Betreuung zu Hause, welche eine Versorgungspflicht für die Bevölkerung ihres Einzugsgebietes haben, sowie an Einwohnergemeinden, Behörden und Verbände. Das Merkblatt ist in Zusammenarbeit mit dem Verband der solothurnischen Einwohnergemeinden (VSEG) entstanden; der Inhalt wird von diesem unterstützt.

2. Neuordnung Pflegefinanzierung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung trat am 1. Januar 2011 in Kraft und verfolgt vor allem zwei Ziele: zum einen soll die schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden, zum andern soll die Krankenversicherung, welche zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen zu übernehmen hatten, vor weiteren finanziellen Belastungen geschützt werden. Gemäss Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005 ist es die Absicht, dass die Krankenversicherungen ihre Leistungen im Pflegebereich vermehrt wieder auf den Kernauftrag ausrichten, also vor allem krankheitsbedingte medizinische Leistungen vergüten bzw. abdecken.

Gemäss Art. 25a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung entsprechend nur einen **Beitrag** an die Pflegeleistungen. Vorausgesetzt Letztere sind aufgrund einer ärztlichen Anordnung und infolge eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant (einschliesslich Tages- oder Nachtstrukturen) oder im Pflegeheim erbracht worden. Gemäss Abs. 4 setzt der Bundesrat die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Gleichzeitig dürfen gemäss Abs. 5 der versicherten Person von den nicht durch Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des maximalen vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

3. Tarifschutz

Gemäss Art. 44 KVG müssen sich Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife sowie Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen verrechnen. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung hat dazu geführt, dass die Leistungen nach KVG klarer eingegrenzt und auf die krankheitsbedingten medizinischen Leistungen konzentriert worden sind. Damit verläuft heute die Grenze zwischen nach KVG entschädigungsfähigen Leistungen und anderen Leistungen deutlicher und es fallen diverse Leistungen nicht mehr unter den Tarifschutz. Wo der Tarifschutz nie bestand oder dieser nicht mehr besteht, können Preis und Leistung relativ frei gestaltet werden.

Unter den Tarifschutz fallen jedenfalls die Pflegekosten, die im Kanton Solothurn gemäss Art. 144^{bis} Abs. 2 Sozialgesetz vom 31. Januar 2007 (SG; BGS 831.1) durch die Beiträge der Krankenversicherung sowie der Patientenbeteiligung von höchstens 20 % nach Art. 25a Abs. 5 KVG grundsätzlich gedeckt sind.

4. Begriff und Gegenstand der Pflege

Pflege ist eine umfassende, ausgesprochen vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit, die sich einer scharfen Definition weitgehend entzieht (Botschaft zur Neuordnung Pflegefinanzierung vom 16.2.2005). Wie auch immer die Pflege umschrieben werden mag: allen Definitionsgrundsätzen gemein ist die starke Verknüpfung medizinischer, psychischer, sozialer und funktioneller Aspekte, der bei der Leistungserbringung im Einzelfall Rechnung getragen werden muss.

Gemäss Art. 44 Abs. 1 KVG dürfen für versicherte Pflegeleistungen weder direkt noch indirekt weitergehende Vergütungen berechnet werden. Zusätzliche Entschädigungen dürfen nur für echte Mehrleistungen verlangt werden.

5. Wegkosten

Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung; KLV; SR 832.112.31) umschreibt den Leistungsbereich der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim. Dabei handelt es sich um Massnahmen der Abklärung und Beratung (a), Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (b) und Massnahmen der Grundpflege (c).

Weder in Art. 7 KLV noch in Art. 41 Abs. 1 Buchstabe b der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101) lässt sich ein Hinweis darauf finden, dass die Wegkosten in den Beiträgen der Krankenversicherer miteingeschlossen sein sollen. Auch in dem zwischen dem Spitex Verband Schweiz, der Association Spitex Privée Suisse und der santésuisse im Dezember 2010 abgeschlossenen Tarifvertrag findet sich kein spezieller Passus zu den Wegkosten.

Da sich aus dem Wortlaut der massgebenden Bestimmungen nicht erschliessen lässt, ob die Wegkosten in den von den Krankenversicherern geleisteten Beiträgen an die Pflegeleistungen bereits eingeschlossen sind, müssen die Bestimmungen nach Sinn und Zweck sowie in Analogie zu verwandten Sachverhalten wie folgt ausgelegt werden:

- Da die Krankenversicherer seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung nur noch Beiträge an die Pflege zu leisten haben und somit von einer Kostendeckung zulasten der Patienten und der öffentlichen Hand entbunden wurden, liegt die Deutungshoheit betreffend Tarifschutz nicht mehr allein bei den Krankenversicherern.
- Zwar ist unbestritten, dass der Weg des Spitex-Personals eine Vorbedingung bildet, um den Klienten bzw. die Klientin in deren Zuhause pflegen zu können. Damit steht der Weg zweifellos in einem gewissen funktionellen Zusammenhang mit der Pflege. Der Weg ist allerdings von seinem Wesen her nicht eng verknüpft mit der ambulanten Pflege. So vergüten die Krankenversicherer bis anhin die gleichen Beiträge an sog. Inhouse-Spitex-Dienste wie an die externen Spitex-Dienste, obwohl deren Wegkosten weitgehend entfallen. Wären die Wegkosten der externen Dienste in den Pflegeleistungen mitenthalten, so wären diese gegenüber den Inhouse-Spitex wirtschaftlich benachteiligt.
- Nach TARMED (Position 00.0065) kann die Ärzteschaft bei Hausbesuchen eine Besuchsinkonvenienzpauschale (BIP) zur Konsultation dazuschlagen. Damit anerkennen die Krankenversicherer, dass Hausbesuche eine Mehrleistung ausserhalb der eigentlichen Behandlung bilden. Obwohl in solchen Fällen, in denen Patienten den Arzt nicht selber aufsuchen können, der Hausbesuch auch eine Vorbedingung für die eigentliche medizinische Leistung bildet, wird mit der zusätzlichen Besuchsinkonvenienzpauschale zum Ausdruck gebracht, dass zwischen Behandlung und Weg keine enge Verknüpfung besteht.
- Seit Jahren stellen die privaten Profitorganisationen, die ihre Pflegeleistungen nach den gleichen KLV-Tarifen abrechnen wie die öffentlichen Spitex-Organisationen, ihre gemeinwirtschaftlichen Leistungen inklusive Wegkosten ihren Klientinnen und Klienten separat in Rechnung, ohne dass die Krankenversicherer dagegen opponiert hätten. Aus der Krankenversicherungsgesetzgebung lässt sich keine Grundlage für eine allfällige Ungleichbehandlung von Profit- und Nonprofit-Organisationen ableiten.

- Wären die Wegkosten tatsächlich in den ambulanten Pflegeleistungen inbegriffen, so wären insbesondere die ländlichen Spitex-Dienste mit grossem Einzugsgebiet und damit längeren Wegen benachteiligt. Sie könnten pro Gesamt-Einsatzstunde weniger Pflegeleistungen verrechnen und müssten die im Verhältnis höheren, nicht verrechenbaren Wegkosten selber tragen und damit ein höheres Defizit in Kauf nehmen. Bei Einschluss des Weges in die Pflegeleistungen hätten die Pflegetarife nach KLV somit zumindest eine Abstufung nach mehreren Zeiteinheiten für den Weg (kurz, mittel, lang) vorsehen müssen.

6. Empfehlung

Die separate Erhebung der Wegkosten zusätzlich zur Verrechnung der Pflegeleistungen im Rahmen der ambulanten Pflege wird im Kanton Solothurn als zulässig qualifiziert. Da der Spitex-Bereich nach der Sozialgesetzgebung ein kommunales Leistungsfeld darstellt, sollen die Einwohnergemeinden grundsätzlich selber entscheiden, ob sie die Wegkosten als gemeinwirtschaftliche Leistungen tragen oder ob diese den Patienten und Patientinnen weiterverrechnet werden sollen.

Es wird den Einwohnergemeinden und Spitex-Organisationen jedoch empfohlen, über die Regelung der Wegkosten aktiv Verhandlungen zu führen und eine explizite Vereinbarung zu treffen. Diese kann entweder weiterhin eine Übernahme der Wegkosten unter dem Titel der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch das Gemeinwesen vorsehen oder aber den Spitex-Organisationen die Weiterverrechnung der Wegkosten an die Klientinnen und Klienten in Form einer Wegkostenpauschale erlauben. Mit der Ausgestaltung als wegzeitunabhängige Wegkostenpauschale soll gewährleistet werden, dass die Einwohner und Einwohnerinnen im Einzugsgebiet der gleichen Spitex-Organisation tariflich gleichgestellt werden, unabhängig von der effektiven Wegzeit, welche entsprechend der Wohnlage individuell benötigt wird.

Im Falle einer Weiterverrechnung der Wegkosten wird ausserdem empfohlen, die Höhe der Wegkostenpauschale zu begrenzen. Zum einen soll die ambulante Pflege nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiterhin erschwinglich bleiben. Zum andern sollen die Unterschiede zwischen den Einwohnergemeinden für die solothurnische Wohnbevölkerung in einem vertretbaren Rahmen gehalten und der soziale Zusammenhalt im Kanton gewahrt werden. In Anlehnung an entsprechende Regelungen im Kanton Bern erscheint derzeit eine Wegkostenpauschale von höchstens Fr. 6.00 pro Tag als angemessen.

7. Inkrafttreten

Dieses Merkblatt tritt per 1. Mai 2015 in Kraft.

Amt für soziale Sicherheit