



Spitex Verband Schweiz

Bundesamt für Gesundheit
Kranken- und Unfallversicherung
3003 Bern

Bern, 31. März 2009

Anhörung: Teilrevision der KVV, KLV und der AHVV

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Departement des Innern EDI hat mit Schreiben vom 18. Dezember 2008 die Verordnungsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung zur Anhörung unterbreitet. Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Bereits in unserem Schreiben vom 15. Juli 2008 haben wir darauf hingewiesen, dass verschiedene Umsetzungsfragen vor der Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung geklärt sein müssen: Insbesondere im Bereich der Definition der Vollkosten und der Restkostenabgeltung durch die Kantone, bei der Definition der Akut- und Übergangspflege sowie der Tages- und Nachtstrukturen muss der Bund Kriterien festlegen, damit eine möglichst einheitliche Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung möglich wird. Diese Elemente sind notwendig, damit die Kantone die rechtlichen Grundlagen schaffen und die erforderlichen finanziellen Mittel bereitstellen können. Für den kantonalen Budget- und Gesetzgebungsprozess ist ausreichend Zeit einzuräumen; eine Inkraftsetzung auf den 1.1.2010 erscheint unter diesem Aspekt kaum möglich.

Der Entwurf zeigt, dass einzelne unserer Anliegen aufgenommen wurden. Dafür bedanken wir uns. Auch wenn wir begrüssen, dass die Kantone den nötigen Spielraum bei der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung erhalten, bestehen doch noch grosse Regelungslücken, die der Bund in der Verordnung schliessen muss, damit die neue Pflegefinanzierung einigermaßen einheitlich umgesetzt werden kann. Die Verfahren müssen am Schluss für die PatientInnen transparent und für die Leistungserbringer administrativ handhabbar sein.

Wir fassen im Folgenden die **Hauptanliegen** nochmals zusammen und verweisen auf die Tabelle in Beilage, in welcher alle Änderungsvorschläge synoptisch dargestellt werden:

1. Inkraftsetzung der neuen Pflegefinanzierung:

1. Januar 2011, eine Einführung unter Jahr wird strikt abgelehnt. Wir unterstützen die Forderung der GDK.

2. Beiträge der Versicherer und Zeiteinheit für die Abrechnung (KLV 7a):

Die *kostenneutrale Einführung* der neuen Pflegefinanzierung für die Versicherer verlangt eine Erhöhung der *Spitex-Beiträge* um *durchschnittlich 8% (aaO Abs.1)*. Die diesbezüglichen Forderungen der GDK werden unterstützt.

Die Festlegung der Vergütungseinheit (aaO Abs.2) bei Spitex auf 5 Minuten (pro Einsatz mindestens 10 Minuten) können wir nur zustimmen, wenn die Beiträge um 8% erhöht werden. Sollten die Beiträge nicht erhöht werden, ist die Vergütungseinheit bei jeweils 10 Minuten (pro Einsatz mindestens 15 Minuten) festzulegen.

3. Akut- und Übergangspflege (KLV 7c: neu):

Eine Definition in der KLV ist notwendig. Die Definition der GDK wird ausdrücklich unterstützt.

4. Kriterien für die Berechnung der Vollkosten und für das Vergütungsverfahren bei der Langzeitpflege in der KLV festlegen (KLV 9) :

Weil die Kantone gemäss KVG 25a Abs. 5 die Restfinanzierung regeln, ist es unabdingbar, dass der Bund Kriterien für den Abrechnungsmechanismus in der Langzeitpflege festlegt. (KLV 9 Abs. 3ff). Es muss zudem festgehalten werden, dass die Kantone die Kompetenz erhalten, die Vollkosten der Leistungserbringer (100%) normativ festzulegen. Nur so kann der „Rest“, der durch die Kantone zu tragen ist, definiert werden. Die Berechnung der Vollkosten ist vom Bund in Form von Rahmenkriterien zu normieren.

Wie für die Vergütung der Kosten bei der Akut- und Übergangspflege (KLV 7b) ist das **Vergütungsverfahren bei der Langzeitpflege** im Grundsatz in der Verordnung festzulegen. Dabei ist zu ermöglichen, dass die Kantone ihren Anteil an den Kosten den Leistungserbringern nach Art. 7 Abs. 1 lit. b (Spitex-Organisation /KVV 51) direkt auszahlen. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können aber auch vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil z.B. für die Leistungserbringer nach Art. 7 Abs. 1 lit. a (Pflegefachfrauen, Pflegefachmännern/KVV 49) dem Versicherer auszahlt und dieser dem Leistungserbringer bzw. dem Versicherten beide Anteile überweist.

5. Obergrenze der Patientenbeteiligung bei Spitex festlegen:

Bei der ambulanten Pflege (Spitex) entspricht die Patientenbeteiligung maximal 20% des Stunden-Beitrags der Versicherer für die Leistungen der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit a KLV). Bei hohen Pflegestunden-Zahlen pro Monat, welche über einen längeren Zeitraum erbracht werden müssen, kann die Patientenbeteiligung deshalb sehr hoch ausfallen. Sie ist aus diesem Grund in der Verordnung auf max. 7'100.- Fr./Jahr zu beschränken.

6. Die Pflegeleistungen sind bezüglich besonderer Pflegesituationen (z.B. Palliativpflege und demenzielle Erkrankungen) so rasch als möglich zu überprüfen:

Die Pflegeleistungen zu Hause (ambulant) und im Pflegeheim (Art.7 KLV) sollen gemäss Kommentar vom 18.12.2008 zur aktuellen Revision der KLV (Abschnitt 13) in einem späteren Zeitpunkt überprüft werden. Dabei soll insbesondere geklärt werden, ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt werden und ob Anpassungen nötig sind.

Die Neuregelung der Pflegefinanzierung bringt es mit sich, dass auch Pflegeleistungen, die durch eine schwere Akutkrankheit bedingt sind (z.B. Krebserkrankungen), nach zwei Wochen Pflege ausserhalb des Spitals nur noch nach den Regeln für die Langzeitpflege mit

Patientenbeteiligung vergütet werden. Bei der ambulanten Langzeitpflege von Demenzkranken ergeben sich zudem höhere Patientenbeteiligungen, weil der Zeitaufwand aufgrund der Verwirrtheit der Pflegebedürftigen grösser ist. Eine rasche Umsetzung der vorgesehen Überprüfung von Art. 7 KLV ist deshalb zwingend.

7. Das Kontroll- und Schlichtungsverfahren (KLV 8a Abs. 3):

Die Stundengrenze soll der Praxis der Versicherer angepasst werden: 90 statt 60 Stunden. Die paritätische Kontrolle (Leistungserbringer / Versicherer) nach KLV 8a soll bei der Zweckmässigkeits- und Wirtschaftskontrolle erhalten bleiben. Unilaterale Entscheide durch den Vertrauensarzt werden abgelehnt.

Wie das Verfahren neu funktionieren soll, muss geklärt und im Kommentar erläutert werden.

8. Die Hilflosenentschädigung darf nicht für die Deckung des Kantonsanteils an den Restkosten der Pflege verwendet werden.

Die Hilflosenentschädigung ist eine Sozialversicherungsleistung, die aufgrund objektiver Kriterien (Behinderungsgrad) ausbezahlt wird. Sie dient der Abgeltung behinderungsbedingter Mehrkosten. Neu wird sie auch zur Finanzierung der Patientenbeteiligung eingesetzt werden (müssen).

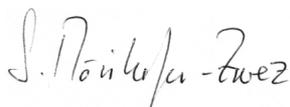
Es wird jedoch immer wieder die Idee propagiert, dass die Hilflosenentschädigung für die Abgeltung von ungedeckten Pflegekosten eingesetzt werden kann, die gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG neu in die Leistungspflicht der Kantone fallen. Ein Einsatz der Hilflosenentschädigung für diesen Bereich ist unzulässig.

Damit hier klare Verhältnisse geschaffen werden, sollte diese Sachlage entweder in den Verordnungen zum KVG oder zum AHVG klargestellt werden.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen im Voraus und stehen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Spitex Verband Schweiz



Dr. Stephanie Mörikofer
Präsidentin



Dr. Beatrice Mazenauer
Zentralsekretärin

www.spitex.ch

Beilage:

Tabelle vom 31. März 2009 mit allen Aenderungsvorschlägen

Beilage zum Brief vom 30.3.2009: Anhörung BAG zur Teilrevision der KVV, KLV und AHVV

Artikel	Vorschlag Spitex Verband Schweiz	Begründung
KLV 7 Abs. 1	Keine Aenderung	
KLV 7 Abs.2 ^{ter} Ergänzung	Die Leistungen können ambulant, in einem Pflegeheim oder in einer vom Kanton anerkannten Tages- und Nachtstätte erbracht werden.	<p>Die Kantone müssen die Möglichkeit haben, Tages- und Nachtstätten anzuerkennen.</p> <p>Mit der vom Departement vorgeschlagenen Formulierung würden Tagesstätten, die nicht einem Heim oder einer Spitex-Organisation angegliedert sind und die vor allem die tageweise Pflege und Betreuung von Demenzkranken übernehmen, von der Finanzierung im Rahmen der OKP ausgeschlossen. Dies war mit Sicherheit nicht die Absicht des Parlamentes zumal diese Tagesstätten schon heute Beiträge der Krankenversicherer erhalten.</p>
KLV 7 Abs. 3	Keine Aenderung	
KLV 7a Abs.1. - Ergänzung - Änderung	<p>¹ Die Versicherung übernimmt für Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b folgende Beiträge an die Kosten der Leistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und Artikel 7 Absatz 2 pro Stunde:</p> <p>a. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a: 79.20 86.00 Franken;</p> <p>b. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b: 64.80 70.00 Franken;</p> <p>c. für Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe c: 54.00 58.30 Franken.</p>	<p>Die neue Pflegefinanzierung soll kostenneutral für die Versicherer umgesetzt werden. Die Zahlen der Spitex-Statistik 2007 müssen auf 2009 hochgerechnet werden. Berechnungen der GDK auf dieser Basis zeigen klar, dass das BAG die Beiträge zu tief veranschlagt hat. Der Spitex Verband Schweiz unterstützt daher die neuen Tarifvorschläge der GDK.</p> <p>In jedem Fall müssen die OKP-Beiträge nach Inkraftsetzung nochmals anhand der definitiven statistischen Daten des Jahres vor Inkrafttreten überprüft und angepasst werden (s. Ziff II Abs. 2 KVV).</p> <p>Der Einschub „Art. 25a Abs. 1 KVG“ ist notwendig, damit festgehalten ist, dass diese Beiträge für die Langzeitpflege gelten.</p>
KLV 7a Abs. 2 Aenderung	<p>Variante 1: ²Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 10 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 15 Minuten.</p>	<p>Sollte unserem Anliegen auf Erhöhung der Beiträge nicht entsprochen werden, müssen die Abrechnungseinheit auf 10 Minuten und die Mindestvergütungsdauer auf 15 Minuten erhöht werden.</p> <p>Im Kommentar zur KLV ist klarzustellen, dass bei mehreren Einsätzen am gleichen Tag jeweils immer mind. 15 Minuten verrechnet werden können.</p> <p>2008: kantonale Tarifverträge: 15 Min-Takt: FR,GE,VD,GL,SH,ZH 10 Min-Takt: VS,LU,NW,OW,UR,ZG,SZ 5 Min-Takt: JU,AI,AR,GR,SG,TG,TI,AG, BE, BL,BS,SO</p> <p>Heute wird nur in 12 Kantonen im 5 Minuten-Takt abgerechnet. In den grossen Kantonen VD und ZH wird mit 15 Minuten-Schritten abgerechnet. Ein Umstellen auf 5 Minuten ist mit sinkenden Erträgen verbunden.</p>

Beilage zum Brief vom 30.3.2009: Anhörung BAG zur Teilrevision der KVV, KLV und AHVV

Artikel	Vorschlag Spitex Verband Schweiz	Begründung
KLV 7a Abs. 2 Vorschlag BAG	<p>Variante 2: ²Die Vergütung erfolgt in Zeiteinheiten von 5 Minuten. Zu vergüten sind mindestens 10 Minuten.</p>	<p>Werden die Beiträge, wie vorgeschlagen, um ca 8% erhöht, kann die Abrechnungseinheit bei 5 Minuten bleiben.</p> <p>Mindestens aber muss pro Einsatz 10 Minuten verrechenbar sein.</p> <p>Im Kommentar zur KLV ist klarzustellen, dass bei mehreren Einsätzen am gleichen Tag jeweils immer mind. 10 Minuten verrechnet werden können.</p>
KLV 7b Abs. 1	Keine Aenderung	
KLV 7b Abs. 2 Ergänzung	<p>²Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer. Die Modalitäten werden zwischen Leistungserbringer und Wohnkanton vereinbart. Versicherer und Wohnkanton können vereinbaren, dass der Wohnkanton seinen Anteil dem Versicherer leistet und dieser dem Leistungserbringer beziehungsweise dem Versicherten beide Anteile überweist. Die Rechnungsstellung zwischen Leistungserbringer und Versicherer richtet sich nach Artikel 42 KVG.</p>	<p>Der Verweis auf KVG 42 ist zu begrüssen. Die Ergänzung ist nötig, wenn die KLV für Tiers payant und für Tiers garant anwendbar sein soll.</p>
KLV 7 c neu	<p>Definition der Akut- und Übergangspflege:</p> <p>¹Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig. b. Die Patientin oder der Patient benötigt eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal. c. Es liegt keine Rehabilitationsfähigkeit vor, welche einen Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nahe legen würde. d. Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. e. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. d aufgestellt. <p>²Soweit ebenfalls medizinische, therapeutische oder psychosoziale Betreuung oder Behandlung notwendig sind, können diese ambulant oder im Pflegeheim als Einzelleistungen erbracht werden. Sie sind nicht Bestandteil der Akut- und Übergangspflege.</p>	<p>Die Akut- und Übergangspflege muss unbedingt in der Verordnung definiert werden, insbesondere in Abgrenzung zu einem Spitalaufenthalt, der Geriatrie, der Langzeitpflege im Pflegeheim und der Rehabilitation.</p> <p>Ohne einheitliche und klare Definition im Sinne einer Abgrenzung bleibt der neue Begriff nicht anwendbar und Streitigkeiten bezüglich der Indikation bzw. der Verordnung sind vorprogrammiert.</p> <p>Der Spitex Verband Schweiz unterstützt deshalb die von der GDK vorgeschlagene Formulierung eines Artikels 7c, welche als praxistauglich beurteilt wird.</p>

Beilage zum Brief vom 30.3.2009: Anhörung BAG zur Teilrevision der KVV, KLV und AHVV		
Artikel	Vorschlag Spitex Verband Schweiz	Begründung
KLV 8 Abs. 3 Ergänzung	³ Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem einheitlichen Formular festgehalten.....	Nicht nur für die Bedarfsabklärung bei Akut- und Übergangspflege, auch bei der Bedarfsabklärung für die Langzeitpflege ist ein einheitliches Formular nötig.
KLV 8 Abs. 3 ^{bis}	Das einheitliche Formular für die Bedarfsabklärung bei Akut- und Übergangspflege	Das einheitliche Formular wird explizit unterstützt .
KLV 8 Abs. 6+7	Keine Änderung	
KLV 8a	Kontroll- und Schlichtungsverfahren:	Im Kommentar zur KLV ist auszuführen, wie das Kontroll- und Schlichtungsverfahren neu unter Einbezug des Vertrauensarztes (Art. 57 KVG) funktionieren soll und welche Aufgabe dem Vertrauensarzt zukommt:
--- Abs. 1+2	Keine Änderung	
--- Abs. 3 Einschub Vertrauensarzt....	
KLV 8a Abs.3, Aenderung 2. und 3. Satz	Die ärztlichen Aufträge oder Anordnungen sind zu überprüfen, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden 90 Stunden pro Quartal benötigt werden. Werden voraussichtlich weniger als 60 Stunden 90 Stunden pro Quartal benötigt.....	Die Wirtschaftlichkeitsgrenze zum Pflegeheim liegt bei ca 2 Stunden Pflege pro Tag. Die Grenze für die Überprüfung sollte daher bei dieser Revision auf mindestens 90 Stunden/Quartal erhöht werden. Dies entspricht der aktuellen Praxis der Versicherer.
KLV 9 Abs. 1+ 2	Keine Änderung	

Beilage zum Brief vom 30.3.2009: Anhörung BAG zur Teilrevision der KVV, KLV und AHVV

Artikel	Vorschlag Spitex Verband Schweiz	Begründung
<p>KLV 9 Abs. 3+4 KLV 9 Abs. 3 Ersetzt</p>	<p>Ersetzen mit: ³Der Kanton legt für die Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 7a Abs. 1 und 3 normative Vollkosten für die Leistungserbringer gemäss Art. 7 Abs. 1 fest. Die Bestimmungen der VKL sind sinngemäss anwendbar. Das eidgenössische Departement des Innern erlässt Rahmenkriterien über die zu berücksichtigenden, betriebsnotwendigen Kostenarten. Es hört dabei die Kantone und die Leistungserbringer an.</p>	<p>Die Verpflichtung der Kantone, die Deckung der Restkosten zu regeln, die weder von den Versicherern noch von den Patienten übernommen werden müssen (Art. 25a Abs. 5 KVG (neu), bedingt eine Festlegung der Vollkosten (100%). Die nötige Rechtssicherheit für Versicherte und Leistungserbringer kann dabei nur gewährleistet werden, wenn die Kantone die Vollkosten nach einheitlichen Kriterien berechnen und festlegen. Im Rahmen einer gesamtschweizerischen Sozialversicherung sind 26 verschiedene Regelungen nicht annehmbar.</p> <p>Aus den Rahmenkriterien, welche analog zur „Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung“ (VKL) zu gestalten sind, muss hervorgehen, welche Kostenarten bei der Berechnung der Vollkosten berücksichtigt werden dürfen. Die Rechtsprechung der letzten Jahre zur VKL ist zu berücksichtigen. Die VKL allein genügt als rechtliche Grundlage nicht, da dort die ambulanten Pflegeleistungen nicht einbezogen sind.</p>
<p>KLV 9 Abs. 4 Ersetzt</p>	<p>⁴Für Leistungserbringer gemäss KLV 7 Abs. 1 gilt für die Langzeitpflege unter Berücksichtigung von Art. 42 KVG folgendes Abrechnungsverfahren:</p> <ol style="list-style-type: none"> Der Leistungserbringer stellt dem Versicherten beziehungsweise dem Versicherer Rechnung über die vom Kanton gemäss Abs. 3 festgelegten Vollkosten abzüglich des Kostenanteils der öffentlichen Hand. Der Versicherer verrechnet dem Versicherten Selbstbehalt und Franchise, sowie die vom Kanton festgelegte Patientenbeteiligung (max.20% des höchsten vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrags der Versicherer). Der Anteil der öffentlichen Hand entspricht den vom Kanton festgelegten Vollkosten gemäss Abs. 3 abzüglich des Beitrags der Versicherer gemäss Art. 7a Abs. 1 und 3 und der vom Kanton festgelegten Patientenbeteiligung. Er wird zwischen Kanton bzw. Gemeinden und dem Leistungserbringer direkt abgerechnet. 	<p>Es ist unabdingbar, dass der Bund Kriterien für den Abrechnungsmechanismus in der Langzeitpflege festlegt.</p> <p>Dabei muss berücksichtigt werden, dass bei der Langzeitpflege drei Kostenträger sich an der Finanzierung beteiligen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Versicherer mit dem vom Bundesrat festgelegten Pflegebeitrag, - die PatientInnen mit der Patientenbeteiligung (max. 20%) und - der Kanton oder die Gemeinde mit der Restfinanzierung. <p>Der Kostenanteil der öffentlichen Hand beinhaltet gegebenenfalls auch die ganze oder einen Teil der Patientenbeteiligung.</p>

Beilage zum Brief vom 30.3.2009: Anhörung BAG zur Teilrevision der KVV, KLV und AHVV

Artikel	Vorschlag Spitex Verband Schweiz	Begründung
<p>KLV 9 Abs. 5 Neu</p>	<p>⁹In Abweichung von Absatz 4 Buchstaben a und c können Versicherer und Wohnkanton vereinbaren, dass der Leistungserbringer dem Versicherten bzw. dem Versicherer die vom Kanton gemäss Abs. 3 festgelegten Vollkosten verrechnet. Der Wohnkanton bzw. die zuständige Gemeinde bezahlt den Kostenanteil der öffentlichen Hand dem Versicherer und dieser vergütet dem Leistungserbringer bzw. dem Versicherten den Anteil des Versicherers und den Anteil der öffentlichen Hand.</p>	<p>Die in Abs.5 eröffnete Möglichkeit ist in erster Linie für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen von Bedeutung. Die Spitex-Organisationen bevorzugen die Abrechnungsmöglichkeit gemäss Absatz 4.</p>
<p>Patientenbeteiligung bei Spitex begrenzen</p>	<p>Antrag: Das BAG muss die maximale Patientenbeteiligung im Bereich der ambulanten Pflege in der Verordnung (KLV oder KVV) in Franken festlegen, und zwar auf max. Fr. 7'100.-.</p>	<p>Die SGK-N liess in ihren Medienmitteilungen vom 1. Juni 2007 und vom 26. Oktober 2007 verlauten, dass auf die Pflegebedürftigen jährlich maximal etwa 7100 Franken überwältzt werden dürfen.</p> <p>Bei ambulanter Pflege würde dieser Beitrag ab einer Pflegestundenzahl von ca 400 – 410 Stunden pro Jahr (resp. bei gut 30 Stunden pro Monat) überschritten.</p> <p>Es gibt zwar nur relativ wenige PatientInnen, welche dies betrifft. In denjenigen Kantonen, in welchen das Pflegebetten-Angebot sehr beschränkt ist, trifft es mehr Personen, als in Kantonen, wo es kaum Wartefristen für den Eintritt in ein Pflegeheim gibt.</p> <p>Zum Schutz der PatientInnen muss der Bund die maximale Patientenbeteiligung, in Franken festlegen, welche die Kantone auf die PatientInnen überwälzen dürfen.</p>
<p>KLV II</p>	<p>Diese Änderung tritt auf den 1. Juli 2009 1. Januar 2011 in Kraft.</p>	<p>Für die Vorbereitung und die Anpassung der kantonalen gesetzl. Grundlagen benötigen die Kantone sämtliche Bestimmungen auf eidgenössischer Gesetzes- und Verordnungsebene. Für die Gesetzesanpassungen und die anschliessenden Umsetzungsarbeiten bei den Leistungserbringern sind 1 ½ Jahre zu veranschlagen.</p> <p>Keine Einführung unter dem Jahr: Bei 2 verschiedenen Tarifen im gleichen Jahr erhöht sich der Aufwand für die Administration der Leistungserbringer.</p>

Beilage zum Brief vom 30.3.2009: Anhörung BAG zur Teilrevision der KVV, KLV und AHVV

Artikel	Vorschlag Spitex Verband Schweiz	Begründung
KVV 33 lit b	Keine Aenderung	
KVV 33 lit h	Lit h. „das Verfahren der Bedarfsermittlung abklärung “	In der KLV wird konsequent der Begriff der Bedarfsabklärung benützt. Es erleichtert die Interpretation, wenn die KVV diese Terminologie übernimmt. In Französisch ist die Begrifflichkeit in der KLV und in der KVV identisch.
KVV II Abs. 2 (neu) (Von GDK)	² Die Einhaltung der Bestimmung nach Abs. 1 der Übergangbestimmungen der Änderung vom 13. Juni 2008 des Gesetzes wird im dritten Jahr nach Inkraftsetzung überprüft anhand der Beiträge gemäss Art. 7a Abs. 1 und 3 KLV unter Berücksichtigung der Bestimmung nach Art. 7a Abs. 2 KLV, der seit der erstmaligen Ermittlung der Beiträge aufgelaufenen allgemeinen Teuerung sowie der Entwicklung der Anzahl Bezügerinnen und Bezüger von Pflegeleistungen gemäss Art. 25a Abs. 1 des Gesetzes nach Pflegebedarfsstufe und Kategorie. Das Departement passt gegebenenfalls die Bestimmungen nach Art. 7a Abs. 1–3 KLV an. Es hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherten an.	Die Überprüfung der für die OKP kostenneutralen Umsetzung muss in der KVV präzisiert werden. Dabei ist unmissverständlich festzuhalten, dass die Kostenneutralität im 1. Jahr auf Basis der Bestimmungen nach Art. 7a Abs. 1–3 KLV gewährleistet sein muss (OKP-Beiträge und Bestimmung zur Abrechnung).
KVV III Übergangsbestimmung	„Diese Aenderung tritt auf 4. Juli 2009 1. Januar 2011 in Kraft.“	Für die Vorbereitung und die Anpassung der kantonalen gesetzl. Grundlagen benötigen die Kantone sämtliche Bestimmungen auf eidgenössischer Gesetzes- und Verordnungsebene. Für die Gesetzesanpassungen und die anschliessenden Umsetzungsarbeiten bei den Leistungserbringern sind 1 ½ Jahre zu veranschlagen. Keine Einführung unter dem Jahr: Bei 2 verschiedenen Tarifen im gleichen Jahr erhöht sich der Aufwand für die Administration der Leistungserbringer.

Spitex Verband Schweiz

Bern, 31. März 2009