



Als freiberufliche Pflegefachfrau ist Monica Rahm auf Hausbesuch und erklärt ihrer Klientin das Blutzuckermessgerät.

Pflegefinanzierung

Freiberufliche Pflege am Scheideweg

Kurzsichtiger Spardruck und unnötiger Bürokratismus machen den selbstständig tätigen Pflegefachperson das Leben schwer und gefährden deren ökonomische Existenz. Statt den geforderten Grundsatz «ambulant vor stationär» zu fördern, lassen die Krankenkassen und die politischen Behörden die freiberufliche Pflegefinanzierung zu einem unwürdigen Bazar verkommen.

PIERRE-ANDRÉ WAGNER

ICH habe einen Traum. Darin kommen vor: die 23-jährige Adrienne X. und ihre Eltern; ein Team von acht Pflegefachfrauen, drei Ärzten und diversen Therapeutinnen; und eine Krankenkasse mit ihrem «Bodenpersonal». Adrienne X. leidet an Mukoviszidose; im Alter von zehn Jahren wurden ihr

Herz und Lunge transplantiert. Infolge der Immunsuppression hat sie eine Multiresistenz gegen Antibiotika entwickelt und wird sie von wiederkehrenden schweren Nasennebenhöhlenentzündungen heimgesucht. Eine weitere Belastung ist ihr instabiler insulinabhängiger Diabetes mellitus. Die mit der schweren Erkrankung (und ihrer Behandlung) einhergehenden psychi-

schen Schäden versucht Adrienne mit einer Psychotherapie in den Griff zu bekommen. Ihre Betreuung ist so komplex, dass in ihrem ganzen Wohnsitzkanton kein Arzt bereit ist, sie zu übernehmen. Sie muss deshalb durch ein Team von Spezialärzten und Therapeuten am Universitätsspital erfolgen. Vor Ort wird die Umsetzung der Behandlung und die Pflege durch ein hoch-

kompetentes, motiviertes, durchorganisiertes Pflege-team gewährleistet, das sich bei Adrienne ablöst und ihr ermöglicht, zuhause zu bleiben und die Besuche in die entfernte Uniklinik auf ein Minimum zu reduzieren.

Vergleichbare Situationen sind schweizweit an den Fingern einer oder zweier Hände abzuzählen. In meinem Traum arbeitet nicht nur ein ganzes therapeutisches Team Hand in Hand und Schulter an Schulter – auch die Krankenkasse leistet ihren Beitrag und gibt sich jede erdenkliche Mühe, um die finanziellen Rahmenbedingungen dieser offensichtlich hochwirksamen und den Umständen entsprechend kostengünstigsten Pflege zu sichern. Der Vertrauensarzt und die Pflegeexpertin der Kasse pflegen einen regelmässigen und respektvollen Austausch mit den Ärzten und den Pflegenden, lassen sich von ihnen über die komplexe Behandlung auf dem Laufenden halten und bieten ihre Unterstützung bei der Bewältigung allfälliger administrativer Probleme an. Soweit der Traum.

Das Trauerspiel der Kassen

In der Wirklichkeit lässt sich die Krankenkasse monatelang Zeit, um die vom Pflege-team eingereichte Dokumentation nach Sparpotenzial zu durchforsten. Nach fast einem halben Jahr mäkelte die Kasse, am Zustand der Patientin sei keine Besserung feststellbar(!). Der Beratungsaufwand sei völlig überrissen – Adrienne sei schliesslich alt genug, um mit ihrer Krankheit alleine klar zu kommen. Diverse – ärztlich verordnete! – Untersuchungen wie Blut- und Urinzuckerbestimmungen, weitere Laboruntersuchungen und Vitalzeichenkontrollen seien grösstenteils entbehrlich. Die Kasse meint nicht nur, ihre Kürzungen medizinisch nicht näher begründen zu müssen. Sie nimmt auch nicht nur ein einziges Mal mit den zuständigen Ärzten Kontakt auf. Sie lässt sich auch nicht von eingehenden schriftlichen Erläuterungen seitens der Pflegefachfrauen und von den spontanen, unterstützenden Stellungnahmen seitens der Ärzte von ihrem Sparkurs abbringen.

Besonders kritisch: solange das Pflege-team an der Richtigkeit der erbrachten Verrichtungen festhält und nicht

bedingungslos kapituliert, bezahlt die Kasse keinen Rappen. Sie verweigert also auch die Bezahlung des von ihr gar nicht bestrittenen Anteils. Neun Monate nach Einreichung der Bedarfsmeldung betragen die offenen Rechnungen des Pflege-teams um die 25 000 Franken. Neun Monate lang haben acht Pflegefachfrauen also gratis ambulante Intensivpflege geleistet. Und das Trauerspiel geht weiter. Das Team ruft die Schlichtungskommission SBK-santésuisse an und wendet sich an den SBK. Dieser fordert die Generaldirektion der Krankenkasse zu einer Aussprache auf, die denn auch sehr schnell gewährt wird. Die Chefetage zeigt sich peinlich berührt und entschuldigt sich bei ihrer Kundin für den unangebrachten, arroganten Ton in den Schreiben ihrer Mitarbeiterinnen. Doch in der Sache verweist die Kasse auf das laufende Schlichtungsverfahren. Die Schlichtungskommission gibt den Pflegenden recht – es ist aber noch offen, ob die Kasse den Schlichtungsspruch akzeptiert, oder ob das Pflege-team vor Gericht ziehen muss, wobei es selbstverständlich mit der umfassenden Unterstützung des SBK rechnen kann.

Hier ist wohl ein Zugeständnis angebracht, um sich den Vorwurf der übermässigen Parteilichkeit zu ersparen: erfreulicherweise arbeiten etliche Krankenkassen höchst korrekt, zuverlässig und professionell; diese Kassen achten die Arbeit der Ärzte und der Pflegenden und bemühen sich nach Kräften um das Wohl ihrer kranken Kunden. Bei genauer Betrachtung sind es nur wenige Kassen, deren Philosophie gesamthaft dem blanken Ökonomismus verfallen ist. Oft liegen die Probleme vielmehr beim unseligen Geist, der in einzelnen Leistungszentren weht oder sogar bei einzelnen MitarbeiterInnen.

Fehlende Kompetenz

Und umgekehrt: peinlicherweise lassen die Leistungen einiger selbstständig erwerbender Pflegefachpersonen die nötige Fach- oder Selbstkompetenz vermissen. Gemeint ist einerseits die Minderheit von Pflegefachleuten, deren Pflege nicht den Regeln der Kunst entspricht, andererseits alle, die ihre im Übrigen wirksame und qualitativ hoch stehende Pflege ungenügend dokumen-

SBK

Der Vertrag mit den Versicherern

Mit der KVG-Revision von 1996 läutete die Geburtsstunde der freiberuflichen Pflege in der Schweiz. Mittlerweile sind gut 1500 Pflegefachfrauen und -fachmänner selbstständig erwerbend. Die kantonale Berufsausübungsbewilligung setzt ein Diplom sowie ein bestimmtes Mass an Berufserfahrung voraus; um ihre Leistungen den Krankenkassen in Rechnung stellen zu können, benötigen sie ausserdem eine sogenannte ZSR-Nr. von santésuisse. Über die Formalitäten der Leistungserbringung – was ist in der Bedarfsmeldung anzugeben? Innert welcher Frist müssen die Versicherer die Rechnungen bezahlen usw. – haben der SBK und die Versicherer einen Vertrag abgeschlossen.

ZSR-Nr. und Vertragsbeitritt sind gebührenpflichtig, für SBK-Mitglieder allerdings im Mitgliederbeitrag inbegriffen. Dass sich daraus ein grosses Machtgefälle im Verhältnis zu den Krankenkassen ergibt, bedarf keiner weiteren Erläuterung. Gravierendere Streitfälle konnten bis vor kurzem einer paritätisch vom SBK und von den Versicherern bestellten Schlichtungskommission vorgelegt werden. Obschon die Kommission manchem Gerichtsverfahren vorgebeugt hat, waren die Versicherer nicht mehr bereit, ihren Anteil der Kosten zu tragen, und sie musste aufgelöst werden – ein weiteres Opfer der neuen Pflegefinanzierung, und der neuen Vertragsphilosophie von santésuisse.

Als hoffentlich gleichwertigen Ersatz schwebt dem SBK ein bilaterales Schlichtungsverfahren vor: Vertreter des SBK und der betroffenen Krankenkasse versuchen, am runden Tisch eine Einigung zu erzielen.



Ruth Hostettler als freiberufliche Pflegefachfrau im Gespräch mit einer Mutter: Zum anderen Teil arbeitet sie bei der Kinderspitex Bern.

Fotos: Martin Glauser

tieren oder die gesetzlichen und administrativen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit nicht kennen oder missachten.

Wer bei einem ängstlichen, nervösen Kind einen komplizierten Wundverband wechselt, während die Eltern sich streiten und das Geschwisterchen sich auf dem Patientenbett lümmelt und mit dem Verbandsmaterial spielt, diese Umstände aber nicht dokumentiert, darf sich nicht wundern, wenn die Kasse den entsprechenden Rechnungsbeitrag kürzt. Und die Pflegefachperson, die der Sachbearbeiterin, welche zu Recht auf die Einhaltung bestimmter Formen und Fristen beharrt, böse vor-

wirft, sie unterstelle ihr Inkompetenz, verhält sich in der Tat unprofessionell. Solche Missverständnisse neigen dazu, schnell zu eskalieren; ein rechtzeitiger Beizug des SBK und eine im Ton gegenseitiger Achtung gehaltene Aussprache am runden Tisch tragen erfahrungsgemäss zu einer Klärung bei und bereiten den Boden für eine fruchtbarere Zusammenarbeit.

Falsche im Fadenkreuz

Es erstaunt und ärgert umso mehr, wenn oftmals die Falschen ins Fadenkreuz der Kassen geraten; und es er-

staunt nicht, wenn Pflegefachfrauen, die mit Hingabe und nach allen fachlichen Massstäben mit höchster Kompetenz arbeiten, mit der Zeit wütend reagieren, wenn sie von Sachbearbeiterinnen, sogenannten Pflegeexpertinnen oder sogar Vertrauensärzten ohne spezifische Fachkenntnisse schikaniert und behindert werden.

Ursache dieses alltäglichen Alptraumes und des ganz normalen, von mancher freiberuflichen Pflegefachfrau erlebten Wahnsinns ist die hochtoxische Verbindung eines von Politik und Wirtschaft auferlegten, kurzsichtigen Spar-drucks mit einer bürokratisch unterfütterten Misstrauenskultur. Dies drückt sich in einer enormen Geringschätzung der Leistungserbringer aus, die generell als parasitäre Kostentreiber diffamiert werden, und zu denen übrigens nicht nur die Pflegefachleute, sondern auch die Ärzte zählen, die die Leistungen der Pflegenden bekanntlich immer noch auslösen müssen. Auch und insbesondere als Prämienzahler kann man den Krankenversicherern nicht ernsthaft das Recht absprechen, ihre Zahlungen von der Einhaltung bestimmter formeller Bedingungen, von Anforderungen an die Kompetenz der Leistungserbringer und davon abhängig zu machen, dass die Leistungen nachweislich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wie es das KVG verlangt.

Schutz vor Kassenwillkür

Mit Entschiedenheit sprechen wir den Krankenversicherern aber das Recht ab, eine chronisch schwer kranke Patientin schroff aufzufordern, sich ein bisschen mehr Mühe zu geben; wir sprechen ihnen das Recht ab, ohne jede Rücksprache mit dem verordnenden Spezialarzt den Zeitbedarf für Blutentnahmen zu Laborzwecken von 30 Minuten pro Woche auf 10 Minuten pro Monat zu kürzen; und wir sprechen ihnen das Recht ab, die betroffene Pflegefachfrau auszuhungern, ausser sie gebe klein bei.

Und so artet in der Realität, in der meistens um Beträge gestritten wird, die einzeln in keinem Verhältnis stehen zum Aufwand eines Schlichtungs- oder gar eines Gerichtsverfahrens, zusammen gerechnet aber durchaus existenzbedrohliche Dimensionen annehmen

können, der Umgang mit den Kassen zu einem unwürdigen Bazar aus. Nüchtern betrachtet besteht eine erdrückende, vom Gesetzgeber (Stichwort Krankenkassenlobby) freilich durchaus gewollte Übermacht der Kassen. Da das mit der Aufsicht über die Kassen an sich beauftragte Bundesamt für Gesundheit das gleiche Ziel verfolgt wie diese – möglichst tiefe Ausgaben –, können sich weder Patienten, noch Leistungserbringer von ihm wirksamen Schutz gegen die Kassenwillkür erhoffen.

Debakel Pflegefinanzierung

Mit der neuen Pflegefinanzierung ist nun ein weiterer übermächtiger Kontrahent auf den Plan getreten: die Kantone. Verfolgte jene aufwändige Reform ursprünglich das Ziel einer besseren Abbildung der Vollkosten der Gesundheitsleistungen, droht nun auch dies in einem Debakel zu enden. Der Plan: die Kantone übernehmen die Differenz zwischen den neu vom Bundesrat festgesetzten Beiträgen der Kassen und den effektiven Kosten der ambulant oder im Heim erbrachten Pflege. SBK und Freiberufliche erhofften sich eine Verbesserung – endlich – der bis anhin knapp Existenz sichernden Tarife. Der absehbare Nachteil für die Pflegefachleute: statt einer einzigen Rechnung müssen sie nun zwei, oder, wo der Kanton von seinem Recht Gebrauch macht, die Patienten an die Kosten zu beteiligen, drei, oder, wo der Kanton einen Teil der Kosten auf die Gemeinden überwälzt, sogar vier Rechnungen stellen!

Der Nachteil für den SBK: konnte er sich bis anhin auf einen Verhandlungspartner – *santésuisse* – konzentrieren, muss er sich nun mit 26 Kantonen, mit einzelnen Gemeinden und Gemeindepräsidentenverbänden und -verbänden herumschlagen. Das Desaster fing damit an, dass die Einführung des neuen Modells in den meisten Kantonen fahrlässig spät geplant wurde und am 1. Januar 2011 kaum jemand wusste, wie es konkret funktionieren sollte. Die meisten Modelle hatten aber eines gemeinsam: eine krasse Diskriminierung der freiberuflichen Pflegenden im Verhältnis zu den subventionierten Spitzorganisationen und eine zum Teil

SBK

Qualitätsprogramm mit Qualitätstagen, Selbst- und Fremdevaluation

Das Krankenversicherungsgesetz KVG und die Krankenversicherungsverordnung KVV schreiben allen Leistungserbringern, die zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung arbeiten, vor, ihre Qualität kontinuierlich zu überprüfen, und erwarten von deren Verbänden, dass sie entsprechende Qualitätsprogramme entwickeln. Im Tarifvertrag von 1998 wurde diese Verpflichtung bekräftigt und mit einem Qualitätsvertrag 1999 untermauert. Im Anschluss daran nahm eine paritätische Qualitätskommission ihre Arbeit auf und diskutierte in akribischer Kleinarbeit Wort für Wort ein Qualitätskonzept für die freiberuflichen Pflegefachpersonen in der Schweiz.

Da sich die Arbeiten am Konzept erheblich in die Länge zogen, entschloss sich der SBK, ohne Unterstützung von *santésuisse*, dem Verband der Krankenversicherer, ein Pilotprogramm zu starten, um seiner gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen. Jährlich stattfindende Qualitätstage, Fremdevaluationen bei einer Stichprobe von 2% der freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen und eine Selbstevaluation nach dem europäischen Qualitätsmanagement-Modell EFQM bildeten die Kernelemente davon. Konzipiert wurde das Pilotprogramm von einer Arbeitsgruppe von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen, die es auch heute noch steuert. Die Fremdevaluationen führte von Anfang an und führt heute noch die SBK-Tochterfirma Concret AG durch. Sie wendet dabei eine adaptierte Variante ihres zertifizierten Pflegequalitäts-Messinstruments an.

In der Zwischenzeit verabschiedete die paritätische Qualitätskommission ein Konzept zuhanden von *santésuisse*, MTK (die Eidgenössische Medizinaltarifkommission als Vertreterin der Invaliden-, Militär-

und Unfallversicherer) und SBK. Der SBK-Zentralvorstand genehmigte in der Folge das Konzept und erteilte der Geschäftsstelle den Auftrag, die Finanzierung sicher zu stellen und das Pilotprogramm in ein festes Qualitätsprogramm zu überführen.



Monate später stellte sich heraus, dass auf Seiten der Versicherer dagegen die Diskussionen nie über die Delegation in der paritätischen Kommission hinausgetragen, geschweige denn das Konzept vom Verwaltungsrat oder der MTK formell genehmigt wurde. Seither ist es nie mehr gelungen, die paritätische Qualitätskommission aus ihrem Winterschlaf zu wecken.

Das Qualitäts-Pilotprogramm selber dagegen wird auch ohne gemeinsam verabschiedetes Konzept kontinuierlich weiterentwickelt und etabliert sich nach und nach bei den freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen. Qualitätstage, Selbst- und Fremdevaluation wurden inzwischen ergänzt mit Vorgaben zur Weiterbildung und vergleichbaren Aktivitäten sowie Einführungskursen für neu in den Freiberuf Einstiegender.

Lucien Portenier



Foto: Bilderbox

Diabetesberatung

Seit 7 Jahren ohne Vertrag

Zwei Spezialleistungen für Pflegefachpersonen mit entsprechenden Zusatzqualifikationen sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definiert: die Diabetesberatung und die Stillberatung. Während für die Stillberatung nach Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes bald einmal ein Vertrag zustande kam, gingen dem Vertragsabschluss für die Diabetesberatung intensive Verhandlungen voraus, in denen der SBK immer wieder detaillierte Berechnungen zu den Einkommensverhältnissen von freiberuflich tätigen Diabetesberaterinnen vorlegte. Schliesslich kam eine Einigung zustande, die der Bundesrat 2004 jedoch dann nicht genehmigte, weil die vereinbarte Pauschale ungefähr 15% über der mit der Schweizerischen Diabetesgesellschaft SDG vereinbarten lag.

Seither verhandeln SBK und SDG gemeinsam mit *santésuisse*, die immer wieder von Neuem aktuelle Zahlen fordert, sie aber nicht ernst nimmt. So dauert der vertragslose Zustand nun schon 7 Jahre an. lp

eklatante Missachtung der bundesrechtlichen Vorgaben, ja sogar von Grundrechten wie der Handels- und Gewerbefreiheit.

Viele Kantone setzen ohne jede sachliche Berechnung künstlich tiefe Tarife fest, einige gehen so weit, sich die Restfinanzierung überhaupt zu schenken, manche errichten für die freiberufliche

Tätigkeit willkürliche und absurde Hürden: so schreibt der Kanton Tessin den Freiberuflichen ihre Jahresarbeitszeit vor, will ihre Honorare in Form eines Quartalslohnes abgelten und verlangt, dass die meisten Bedarfsmeldungen vom Kantonsarzt genehmigt werden, noch bevor sie dem behandelnden Arzt vorgelegt werden...

Aber auch was den Kassenanteil der Pflegefinanzierung anbelangt, ist es unübersichtlicher geworden: zwar bestimmt nun wie gesagt der Bundesrat die Pfl egetarife schweizweit auf den Rappen genau. Doch die administrativen Abläufe müssen nach wie vor vom SBK verhandelt werden, allerdings nicht mehr mit *santésuisse*, sondern mit dessen Tochter «tarifsuisse». Diese Aktiengesellschaft «verkauft» die von ihr ausgehandelten Verträge den Krankenkassen, die sie damit beauftragen, das sind aber bei weitem nicht alle – so bestehen einige der grossen Kassen auf eigenen Verträgen.

Prüfen rechtlicher Schritte

Der SBK lässt von spezialisierten Anwälten abklären, welche rechtliche Schritte gegen die Kantone ergriffen werden könnten, sollten diese auf seinen Protest nicht eingehen. Im Bundes- und in den kantonalen Parlamenten bereitet er, mit der nötigen medialen Begleitmusik, Vorstösse vor, mit dem Ziel, Politik und Öffentlichkeit vor den Folgen einer Demolierung des freiberuflichen Pflegeangebots zu warnen. Damit wären wir beim Dauerbrenner Sichtbarkeit der Pflege. Auch wenn sich die freiberuflichen Pflegefachpersonen immer öfter zu Teams oder Netzwerken zusammen schliessen, bleibt jede von ihnen Einzelunternehmerin bzw. -kämpferin.

Abgesehen von ihrer relativen Machtlosigkeit den Kassen gegenüber besteht ihr grösstes Problem darin, dass ihr durchaus wertvolles Angebot für die, die davon profitieren könnten, kaum wahrnehmbar bzw., aus Sicht der anderen Anbieter, also der Spitexorganisationen, unerwünscht ist. So berücksichtigen nach wie vor viele Ärzte und die grosse Mehrheit der Spitäler ausschliesslich die öffentliche Spitex. Auch etliche Kantone sind nicht davor gefeit, die freiberuflichen Pflegenden

aktiv zu behindern, um «ihre Spitex» vor der unliebsamen Konkurrenz zu schützen. Dabei besteht, wie die gelebte Realität manchenorts bereits jetzt zeigt, zwischen den Spitexorganisationen und den Freiberuflichen weniger ein Konkurrenz- als ein komplementäres Verhältnis, zumal letztere oft auf bestimmte Nischenangebote spezialisiert sind und Leistungen erbringen, die jene der Spitex sinnvoll ergänzen.

Ambulant vor stationär

Auch angesichts der bevorstehenden Umwälzungen in der Gesundheitsversorgung – mit dem zu erwartenden gewaltigen Schub in der Nachfrage nach «extra muros»-Pflege liegt im Angebot der freiberuflichen Pflege eine grosse Chance für unser Gesundheitssystem. Es gilt, dieses Chance nicht zu verspielen, was voraussetzt, «ambulant vor stationär» nicht nur in gesundheitspolitischen Sonntagsreden zu bemühen, sondern endlich umzusetzen, in aller – auch finanzieller – Konsequenz.

Soll diese Mobilisierung aber gelingen, werden die Freiberuflichen selber nicht umhin kommen, sich kollektiv berufspolitisch innerhalb des SBK stärker zu organisieren. Bis zur Gründung der Deutschsprachigen Interessengruppe für freiberufliche Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (DIGFP) bestand keine gemeinsame Interessenvertretung; diese wurde ausschliesslich von der SBK-Geschäftsstelle wahrgenommen. Dass dieser Verband seine Tätigkeit kürzlich auf die ganze Schweiz ausgedehnt hat, zeugt von der Entschlossenheit seiner Mitglieder, nicht Zeugen ihres eigenen Schicksals und, schlimmstenfalls, Niedergangs zu sein, sondern mit dem SBK die Zukunft zu erkämpfen, die ihnen gebührt. Wir wünschen und hoffen, dass der Funke auf jede freiberufliche Pflegefachfrau, auf jeden freiberuflichen Pflegefachmann überspringt. □

www.sbk-asi.ch

- Freiberufliche Pflege
- Berufspolitik
- Gesundheitspolitik