

Beschluss Nr. 361/2019
Schwyz, 21. Mai 2019 / ju

Motion M 8/18: Sicherstellung der ambulanten Krankenpflege für UV-, MV- und IV-versicherte Personen im Kanton Schwyz
Beantwortung

1. Wortlaut der Motion

Am 13. Dezember 2018 haben Kantonsrätin Pia Isler und die Kantonsräte Simon Stäubli, Markus Hauenstein, Franz-Xaver Risi, Markus Ming und Daniel Woodtli folgende Motion eingereicht:

„Das Gesundheitsgesetz des Kantons Schwyz vom 16. Oktober 2002 verpflichtet die Gemeinden für ihre Einwohner, ein Angebot für Hauskrankenpflege, hauswirtschaftlichen Dienste, sowie den Entlastungsdienst für betreuende und pflegende Angehörige sicher zu stellen. Die Gemeinden haben diese Angebote zu finanzieren, soweit die Aufwendungen nicht durch gesetzliche Verpflichtungen Dritter oder die betroffene Person, die die Leistung beansprucht, gedeckt werden. Alle Gemeinden kommen ihrer Verpflichtung nach, indem sie mittels Leistungsaufträgen Dritten diese Aufgaben übertragen (die Hauskrankenpflege an Spitex-Organisationen). Ambulante Pflege (Hauskrankenpflege) kann erforderlich sein bei Krankheit, Unfall oder Invalidität. Gemäss der Beurteilung, des für den Gesundheitsbereich zuständigen Amtes für Gesundheit und Soziales des Kantons, beschränkt sich die Verpflichtung der Gemeinden auf die Sicherstellung und Mitfinanzierung der Pflege bei Krankheit. Demnach ist die Pflege bei Unfall und Invalidität nicht Sache der Gemeinden.

Für die Finanzierung der ambulanten Pflege bei Krankheit gelten die Regeln der Pflegefinanzierung. Diese sehen nebst den Beiträgen der Krankenversicherung und der Person, welche die Pflege in Anspruch nimmt, eine Kostenbeteiligung der öffentlichen Hand (Restfinanzierung) vor. Für die Pflege bei Unfall und Invalidität gelten zurzeit von den Versicherern bzw. deren Vertretungen festgelegte Übergangstarife. Am 1. Januar 2019 tritt ein Tarifvertrag in Kraft, welcher zwischen den nationalen Spitex-Verbänden einerseits und den Vertretungen der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherern andererseits ausgehandelt wurde. Dieser sieht Tarife zwischen Fr. 90.- und Fr. 114.96 pro Stunde Pflege vor. Er beinhaltet keine Verpflichtung der öffentlichen Hand zur Kostenbeteiligung. Hingegen lässt er den örtlichen und regionalen Spitex-Organisationen die

Möglichkeit offen, aus dem Vertrag auszutreten und damit auf die Pflege bei Unfall und Invalidität zu verzichten.

Für alle zehn Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinden des Kantons Schwyz («öffentliche Spitex») gilt, dass die künftigen Tarife für Pflege bei Unfall und Invalidität ihre Vollkosten nicht decken. Besonders belastet wird eine Spitex-Organisation, wenn sie eine verunfallte Person mit hohem Pflegebedarf betreut (z.B. bei Paraplegie), ohne dass die Kosten vollumfänglich gedeckt sind. Müssen die von den Gemeinden beauftragten Organisationen mangels ungesicherter Finanzierung ihrer Leistung die Pflege bei Unfall und Invalidität ablehnen, so ist eine umfassende ambulante Krankenpflege nicht mehr sicher gestellt, da der neue Tarifvertrag auch die Leistungserbringer ohne Leistungsauftrag der Gemeinden («private Spitex») nicht zur Pflege verpflichtet.

Der Regierungsrat des Kantons Schwyz wird beauftragt dem Kantonsrat eine Änderung bzw. eine Präzisierung von § 15 GesG zu unterbreiten. Die Änderung soll die Sicherstellung der Hauskrankenpflege für alle Sozialversicherungen gemäss Gesetzgebung des Bundes zum Ziel haben.

Vorschlag: «Die Gemeinden sorgen für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck eignen Einrichtungen oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitexleistungen oder selbständig tätige Pflegepersonen.»

2. Antwort des Regierungsrates

2.1 Ausgangslage

Der Bund sieht keine Beteiligung der Kantone oder Gemeinden für stationär und ambulant erbrachte Pflegeleistungen an versicherten Personen der Invalidenversicherung (IV), Militärversicherung (MV) und Unfallversicherung (UV) vor (vgl. Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959, IVG, SR 831.20; Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992, MVG, SR 833.1; Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, UVG, SR 832.20). Einzig im Bereich der Kostenvergütung für stationäre Behandlungen an IV-Versicherte sieht der Bund in Art. 14^{bis} IVG eine Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand respektive die Kantone vor. Danach sind 80% der Kosten durch die Versicherung und 20% durch den Wohnkanton zu tragen. Im Bereich der Krankenpflege sieht der Bund vor, dass die Kantone die Restfinanzierung regeln (Art. 25a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, KVG, SR 832.10). Entsprechend hat der Kanton Schwyz in § 15 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes vom 16. Oktober 2002 (GesG, SRSZ 571.110) vorgesehen, dass jede Gemeinde ein Angebot für die Hauskrankenpflege, die hauswirtschaftlichen Dienste sowie den Entlastungsdienst für betreuende und pflegende Angehörige sicherstellt. In § 15 Abs. 2 GesG wird weiter festgehalten, dass die Gemeinden diese Angebote finanzieren, soweit die Aufwendungen nicht durch gesetzliche Verpflichtungen Dritter oder die Person, die die Leistung beansprucht, gedeckt werden.

Aus den Erläuterungen zu § 15 Abs. 1 GesG geht hervor, dass es sich bei den Pflegedienstleistungen um solche i.S. des KVG handelt (RRB Nr. 1426/2001 S. 4 f. und 12). Dass sich § 15 Abs. 1 GesG auch auf erbrachte Leistungen im Bereich IV, MV und UV beziehen soll, geht weder aus dem Wortlaut der Bestimmung noch aus den dazugehörigen Erläuterungen hervor. Der Regierungsrat gelangt daher in Übereinstimmung mit den Motionären zur Auffassung, dass den Gemeinden keine Pflicht zur Mitfinanzierung der Pflegeleistungen im Bereich der IV, MV und UV zukommt.

Anzumerken bleibt, dass nach dem UVG die Unfallversicherung für alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmenden sowie für arbeitslose Personen, die beim RAV angemeldet sind, obligatorisch ist. Personen, die nicht UVG-unterstellt sind, wird automatisch die Unfalldeckung nach dem KVG gewährt. Letzteres betrifft wohl die Mehrheit der Personen. Entsprechend richtet sich die Kostenbeteiligung der versicherten Person und die Restfinanzierung nach den Bestimmungen des KVG. Die angefallenen Kosten sind aufgrund der Kostenbeteiligung des nach KVG unfallversicherten Patienten, durch Vergütung der Krankenversicherung und der Restfinanzierung durch die öffentliche Hand vollumfänglich gedeckt.

2.2 Prinzipien der Leistungserbringung und Tariffestsetzung im Bereich IV, MV und UV

Im Bereich der IV, MV und UV gilt das Naturalleistungsprinzip, wonach die Versicherungen als Versicherungsträgerinnen die Pflegeleistungen der Ärzte, Therapeuten und Heilanstalten schulden und nicht der Versicherte. Innerhalb des Naturalleistungssystems kann unterschieden werden, ob der Versicherungsträger die Leistung in natura erbringt (etwa durch Heilbehandlung in einer stationären Einrichtung des betreffenden Versicherungsträgers) oder ob er dies einem Leistungserbringer überträgt. Der Versicherer kann damit direkt Einfluss auf den Ablauf sowie auf die Entwicklung von Behandlungen und medizinischen Massnahmen nehmen. Er nimmt dabei Abklärungen vor und entscheidet mit, ob eine medizinische Leistung für einen bestimmten Patienten zweckmässig ist oder nicht. Im Bereich des KVG gilt hingegen das Kostenrückerstattungsprinzip, wonach die versicherte Person Schuldnerin gegenüber dem Leistungserbringer ist. Sie hat jedoch Anspruch darauf, dass der Versicherungsträger ihr diese Kosten ersetzt.

Umgesetzt wird das Naturalleistungsprinzip mittels Abschluss von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen mit Leistungserbringern, denen die Behandlung der Versicherten anvertraut wird (vgl. Art. 56 Abs. 1 UVG; Art. 26 Abs. 1 MVG). Im IV/MV/UV-Tarifwesen herrscht weitgehend Tarifautonomie und bei der Tarifbildung ist die Wirtschaftlichkeit massgebend. Die Tarifautonomie gilt als Leitmotiv und im Gegensatz zur Krankenversicherung (vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG) unterliegen die von den Parteien ausgehandelten Tarife nicht der Genehmigung durch eine Behörde (BVGer C-529_2012 vom 10. Dezember 2014 E. 8.1). Die Tarifverträge betreffend UV, IV und MV sind auf gesamtschweizerischer Ebene abzuschliessen (vgl. Art. 27 Abs. 3 IVG; Art. 26 Abs. 4 MVG i.V.m. Art. 13 Abs. 1 der Verordnung über die Militärversicherung vom 10. November 1993, MVV, SR 833.11; Art. 56 Abs. 4 UVG i.V.m. Art. 70 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982, UVV, SR 832.202). Soweit keine Tarife vertraglich festgesetzt werden, legt der Bund diese fest (Art. 27 IVG; Art. 26 Abs. 2 f. MVG, Art. 56 Abs. 2 und 3 UVG). Die Kantone können die vereinbarten oder durch den Bund festgelegten Tarife folglich nicht abändern.

2.3 Tarifsituation IV, MV, UV

Der Verein „Medizinaltarif-Kommission UVG“ (MTK) setzt sich für die einheitliche Regelung der sich aus dem Medizinalrecht und den Medizinaltarifen ergebenden Fragestellungen durch die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ein. Weitere Themengebiete, insbesondere die Invaliden- und Militärversicherung werden, wo nötig und sinnvoll in die Tarifkoordination und die Tätigkeiten des Vereins miteinbezogen. Die MTK schliesst im Namen der Sozialversicherungen IV, MV, UV Tarif- und Zusammenarbeitsverträge mit einzelnen medizinischen und paramedizinischen Leistungserbringern oder deren Verbänden sowie Spitälern, Kliniken und weiteren Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung von Verunfallten bzw. Versicherten ab.

Aufgrund des Naturalleistungsprinzip muss davon ausgegangen werden, dass die MTK für alle Bereiche (IV, MV und UV) die Kosten für die von ihr eingekauften respektive übertragenen Leistungen zur Sicherstellung des Versorgungsangebots für die Versicherten deckt oder ansonsten die Leistung selbst in natura erbringen muss.

Nach jahrelangen Verhandlungen haben sich MTK und IV zusammen mit dem Verband Spitex Schweiz und dem Verband Association Spitex Privéé Suisse (ASPS) per 1. Januar 2019 im Bereich der IV, MV und UV auf einen neuen Tarifvertrag einigen können. Jedes Aktivmitglied der Spitex-Kantonalverbände ist Vertragspartei. Der Vertrag lässt den örtlichen und regionalen Spitex-Organisationen jedoch die Möglichkeit offen, aus dem Vertrag auszutreten (Art. 3 Abs. 1 des Tarifvertrags) und damit auf die Pflege bei Unfall und Invalidität zu verzichten (vgl. Art. 12 Abs. 2 bis 4 des Tarifvertrags). Der Tarifvertrag sieht Tarife zwischen Fr. 90.-- und Fr. 114.96 pro Stunde für erbrachte Pflegedienstleistungen vor. Vom Versicherten dürfen keine zusätzlichen Vergütungen verlangt werden (Art. 11 des Tarifvertrags). Die neuen Tarife wurden anhand eines Kostenmodells berechnet. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Eckwerte des Kostenmodells zu prüfen und die Stundenkostensätze neu zu verhandeln, sobald die Datengrundlagen von zwei vollständigen Jahren in der geeigneten Qualität und Repräsentativität vorliegen. Es gilt der Grundsatz, dass Normkosten ermittelt werden sollen, die den Aufwand eines effizient arbeitenden Betriebes decken. Diese sind nicht zwangsläufig die Vollkosten einer einzelnen Spitex-Organisation (Art. 14 Abs. 2 und 3 des Tarifvertrags). Zudem verpflichten sich die Spitexverbände, die Repräsentativität und Homogenität ihrer Datengrundlagen zu verbessern (Art. 14 Abs. 1 des Tarifvertrags). Erneute Vertragsverhandlungen können erstmals am 1. Januar 2021 aufgenommen werden (Art. 14 Ziff. 7 des Tarifvertrags).

Die Spitexverbände sind der Auffassung, dass die neu vereinbarten Stundentarife die anfallenden Kosten nicht decken. Sie erhoffen sich eine Erhöhung der Tarife, wenn neue Daten vorliegen. Auch die Motionäre sind der Auffassung, dass die neu vereinbarten Tarife die Vollkosten der zehn Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag der Gemeinden des Kantons Schwyz (öffentliche Spitex) bei Unfall und Invalidität nicht decken. Dies gelte insbesondere dann, wenn die öffentliche Spitex Personen mit einem hohen Pflegebedarf betreue. Gemäss einer vom Spitex Kantonalverband Schwyz vorgenommenen Erhebung bei den von Gemeinden beauftragten Spitex-Organisationen für das Jahr 2018 ist sodann davon auszugehen, dass aufgrund ungedeckter Tarife im Bereich IV, MV und UV Restkosten von rund Fr. 70 000.-- pro Jahr bestehen (vgl. Unterlagen zur Empfehlung vszgb vom 5. Februar 2019).

In den Verhandlungen hat sich im Übrigen gezeigt, dass die Kostenstrukturen der einzelnen Spitex-Organisationen und zwischen den Kantonen stark differieren. Die Tarife sind jedoch für die Versicherten der einzelnen Sozialversicherungen schweizweit einheitlich festzusetzen (vgl. Art. 27 Abs. 3 IVG; Art. 26 Abs. 4 MVG i.V.m. Art. 13 Abs. 1 MVV; Art. 56 Abs. 4 UVG i.V.m. Art. 70 Abs. 1 UVV).

Wie bereits erwähnt, ist es im Bereich IV, MV und UV nicht vorgesehen, dass sich die Kantone oder Gemeinden an den Kosten für erbrachte Leistungen für Versicherte in irgendeiner Form beteiligen. Wenn die Kantone oder Gemeinden dies tun, dann deshalb, weil die heute bei IV/MV/UV zur Anwendung kommenden Tarife offensichtlich nicht kostendeckend sind und man die Versorgung von Patienten (insbesondere Kindern und ihren Eltern) im Bereich IV, MV und UV nicht gefährden möchte.

2.4 Haltung des Regierungsrates

Die grundlegende Frage ist damit, ob aufgrund der nicht kostendeckenden Tarife und der fehlenden gesetzlichen Verankerung für eine Restfinanzierung im Bereich IV, MV und UV Handlungsbedarf besteht.

Das Amt für Gesundheit und Soziales (AGS) verzichtete mangels gesetzlicher Grundlage bisher, die Gemeinden zu verpflichten, die Restfinanzierung für erbrachte Pflegeleistungen im Bereich der IV, MV und UV zu übernehmen. Auch von einer Empfehlung sah das Amt bislang ab. Im Bereich der IV, MV und UV gilt nämlich das Naturalleistungsprinzip mit dem Leitmotiv der Tarifautonomie. Es liegt daher im Interesse der Parteien, ihre Kosten im Rahmen der vereinbarten Tarife

gedeckt zu wissen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Kosten für erbrachte Leistungen zu 100% von den Sozialversicherern zu vergüten sind. Wird die Übernahme ungedeckter Kosten für Leistungen ausserhalb des KVG-Bereichs durch die öffentliche Hand allerdings zum Standard, besteht für Tarifverhandlungen keine Dringlichkeit und die Versicherer werden wenig Bereitschaft zeigen, künftig kostendeckende Tarife zu bezahlen, da die Finanzierung auch anderweitig sichergestellt werden kann.

Dieser Auffassung folgt auch der Regierungsrat. Hinzu kommt, dass mit dem neu ausgehandelten Tarifvertrag die Leistungserbringer bestrebt sein werden, repräsentative Daten bereitzuhalten. Schliesslich kann es nur in ihrem Interesse sein, per 1. Januar 2021 für sie vorteilhaftere Tarife auszuhandeln (vgl. Art. 14 des Tarifvertrags). Repräsentative Daten schaffen automatisch mehr Transparenz, weshalb Pflegeleistungen einfacher auf ihre Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit hin überprüft werden können. Dies liegt offensichtlich im öffentlichen Interesse den stetig ansteigenden Pflegekosten entgegenzuwirken. Auch die Sozialversicherungen werden bestrebt sein, eine einvernehmliche Lösung herbeizuführen, da sie andernfalls das Leistungsangebot selber anbieten müssen, um ihrer Verantwortung für die Versorgung der nach IV-, MV- und UV-Versicherten nachzukommen (vgl. Art. 1a IVG; Art. 4 und 8 MVG; Art. 10 ff. UVG). Sind die Tarife nämlich zu niedrig, würden sich die Leistungserbringer nicht länger bereit erklären, im Bereich IV, MV und UV tätig zu sein, da sie die Kosten gemäss Art. 11 des Tarifvertrags nicht auf die Versicherten abwälzen dürfen.

Demnach würde die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine Restfinanzierung im Bereich der IV, MV und UV durch die Gemeinden nicht nur der Vertragsautonomie der Parteien zuwiderlaufen, sondern auch verhindern, dass Vorkehrungen getroffen werden, um kostendeckende Tarife auszuhandeln. Daher gelangt der Regierungsrat zur Auffassung, dass von einer gesetzlichen Regelung abgesehen wird.

Insofern ist die vorliegende Motion als nicht erheblich zu erklären.

Beschluss des Regierungsrates

1. Dem Kantonsrat wird beantragt, die Motion M 8/18 nicht erheblich zu erklären.
2. Zustellung: Mitglieder des Kantonsrates.
3. Zustellung elektronisch: Mitglieder des Regierungsrates; Staatsschreiber; Sekretariat des Kantonsrates; Sicherheitsdepartement; Departement des Innern; Amt für Gesundheit und Soziales.

Im Namen des Regierungsrates:

Kaspar Michel
Landammann



Dr. Mathias E. Brun
Staatsschreiber