

**Auszug aus dem Protokoll
des Regierungsrates des Kantons Zürich**

KR-Nr. 22/2003

Sitzung vom 19. März 2003

360. Anfrage (Keine Spitexleistungen mehr für psychisch Kranke)

Die Kantonsräte Markus Brandenberger, Uetikon a. S., Hans Fahrni und Christoph Schürch, Winterthur, haben am 13. Januar 2003 folgende Anfrage eingereicht:

Kürzlich wurde bekannt, dass zwei namhafte Krankenkassen ihre Leistungen für die ambulante Pflege von psychisch Kranken gestrichen haben.

Mit der Weigerung, diese Pflichtleistung zu bezahlen, wird nicht nur gegen das Gesetz verstossen, sondern es wird eine wichtige ambulante Spitexleistung in Frage gestellt, die entscheidend mithilft, psychiatrische Hospitalisationen zu vermeiden oder mindestens zu verkürzen.

Verschiedene regionale Vereine für Sozialpsychiatrie bieten mit der «sozial-psychiatrischen Wohnbegleitung» durch qualifiziertes Fachpersonal eine ähnliche Leistung an. Die Finanzierung dieses Angebotes (die Beiträge werden aktuell durch den Bund über Art. 74 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] ausgerichtet) wird – paradoxerweise – durch die im Rahmen der 4. IVG-Revision geplante Einführung einer Assistenzentschädigung ebenfalls erschwert werden.

In diesem Zusammenhang bitten wir den Regierungsrat um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Kann abgeschätzt werden, wie viele Versicherte von der Leistungsverweigerung durch die Krankenkassen betroffen sind?
2. Wie beurteilt der Regierungsrat die Folgen dieser Leistungsverweigerung für die Versicherten und für die psychiatrische Versorgung?
3. Hat der Regierungsrat Möglichkeiten, in dieser Angelegenheit gegenüber den Krankenkassen aktiv zu werden?
4. Welche anderen Massnahmen kann der Regierungsrat einleiten oder unterstützen, um alternative Finanzierungen für die Spitex-Pflege und später allenfalls auch für die sozial-psychiatrische Wohnbegleitung zu finden?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion
beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Markus Brandenberger, Uetikon a.S., Hans Fahrni und Christoph Schürch, Winterthur, wird wie folgt beantwortet:

Gemäss Medienberichten sind die Krankenversicherer Helsana und CSS seit mehreren Monaten nicht mehr bereit, verschiedene ärztlich verordnete und bisher im Rahmen der ambulanten Krankenpflege erbrachte psychiatrische Pflegeleistungen zu übernehmen. Dem Spitex Verband Kanton Zürich (SVKZ) waren im Dezember 2002 rund zehn entsprechende Fälle bekannt. Der Kantonalverband hat in der Folge mit der Helsana Verhandlungen geführt; eine Einigung konnte jedoch nicht erzielt werden. Seither wurden dem Verband keine entsprechenden Fälle mehr gemeldet, was aber nicht heisst, dass die beiden Krankenkassen die neue Abrechnungspraxis aufgegeben haben.

Nach dem im Psychiatriekonzept des Kantons Zürich festgehaltenen Stufenmodell psychiatrischer Hilfeleistungen gilt das Prinzip, dass stationäre Hilfe so wenig wie möglich und – wenn nötig – so kurz wie möglich eingesetzt wird und auch teilstationäre Angebote verwendet werden, wenn ambulante Betreuungen nicht mehr möglich sind oder keinen gleichartigen Erfolg erzielen. Daraus ergibt sich eine Reihe abgestufter Hilfsangebote, die im Bereich der Grundversorgung von der Selbst- und Laienhilfe über ambulante und (hauptsächlich kurzfristige) stationäre Angebote bis zur Langzeitbetreuung in Wohnheimen und geschützten Werkstätten reichen. Weiter entspricht es auch dem Rehabilitierungs- und Resozialisierungsanliegen dieses Konzeptes, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten von einer höheren bzw. intensiveren Betreuungsstufe wieder auf eine tiefere bzw. betreuungsärmere Stufe zurückkehren oder schliesslich, soweit noch notwendig, auch mit privater Hilfe auskommen können.

Im Bereich der ambulanten Versorgung bilden die Spitex-Organisationen einen wichtigen Stützpfiler dieses Stufenmodells psychiatrischer Hilfeleistungen. Dank den ambulanten psychiatrischen Pflegeleistungen dieser Organisationen können psychisch Kranke zu Hause gepflegt werden, die sonst vielleicht in eine Klinik eingewiesen werden müssten. Zudem können die Patientinnen bzw. Patienten früher aus der Klinik entlassen werden. Dabei ist insbesondere auch die Nachbehandlung bzw. Nachbetreuung nach der Klinikentlassung zur Vermeidung oder Verminderung des so genannten «Drehtüreffektes» (Rehospitalisation) von zunehmender Bedeutung. Zudem ist die ambulante Betreuung wirtschaftlicher. Schliesslich ist ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ein grosser Einschnitt in die Lebensumstände der Be-

troffenen. Er sollte erst dann erfolgen, wenn alle ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft worden sind. Die Unklarheit bezüglich der strittigen Leistungspflicht der Krankenkassen im ambulanten Bereich darf deshalb nicht dazu führen, dass psychisch Kranke, die aus ärztlicher Sicht zu Hause gepflegt werden könnten, in stationäre Einrichtungen eingewiesen werden, nur weil dort die Krankenkassen und die öffentliche Hand die Behandlungskosten in jedem Fall übernehmen müssen. Damit würde das Psychiatrie-Konzept ernsthaft in Frage gestellt.

Strittig ist der Umfang der von den Krankenversicherern zu übernehmenden Pflegeleistungen. Diese werden in Art. 7 Abs. 2 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) näher umschrieben. Danach vergütet die Krankenversicherung neben den Massnahmen der Abklärung und Beratung (lit. a) jene der Untersuchung und der Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit. c). Zur Grundpflege gehören die allgemeine Grundpflege bei Patientinnen und Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen, lagern und mobilisieren, aber auch die Dekubitusprophylaxe, Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken (Ziffer 1) sowie die psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege (Ziffer 2). Die Leistungen werden vergütet, wenn sie auf Grund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag von Krankenschwestern oder Krankenpflegern, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder von Pflegeheimen erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KLV).

Die Helsana stellt sich auf den Standpunkt, sie sei lediglich verpflichtet, für die vorerwähnten körperlichen Pfl egetätigkeiten einen etwas längeren Zeitbedarf unter dem Titel Grundpflege zu vergüten. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 125 V 305) gehören zu der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege ausdrücklich auch «Betreuungsgespräche». Vor diesem Hintergrund ist insbesondere auch die Unterstützung beim Aufbau einer Tagesstruktur (wie beispielsweise Gespräche führen und Förderung der Eigenmotivation zur selbstständigen Erfüllung der Grundbedürfnisse) von den Krankenkassen zu übernehmen. Weil ein wesentlicher Streitpunkt bereits höchststrichterlich entschieden wurde, sollten die Spitex-Leistungserbringer und die Versicherer die umstrittenen Fragen in einer weiteren Gesprächsrunde einvernehmlich regeln. Falls keine Einigung erzielt werden kann, bleibt den Parteien lediglich noch die Möglichkeit offen, entweder beim Eidgenössischen Departement des Innern, das für die Festsetzung des Krankenpflege-Leistungskatalogs zuständig ist, eine Präzisierung der

strittigen Regelung anzuregen oder aber bezüglich Umfang der Leistungspflicht nach Art. 7 KLV in der heute geltenden Fassung den Prozessweg zu beschreiten.

Nach geltendem Recht haben die Gemeinden für die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege zu sorgen (§ 59 Gesundheitsgesetz; LS 810.1). Soweit für die Spitex-Leistungen keine Beiträge des Bundes, der Versicherer und anderer Kostengaranten geltend gemacht werden können und wenn – falls kein Tarifschutz gilt – keine angemessenen Eigenleistungen der Patientinnen und Patienten mit einbezogen werden können, sind in erster Linie die Gemeinden für die Spitex-Finanzierung verantwortlich, wobei der Staat nach § 59 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes einen Kostenanteil von bis zu 40% der beitragsberechtigten Kosten an die Spitex-Organisationen leistet.

Im Bereich der sozial-psychiatrischen Wohnbegleitung werden die Leistungen so weit möglich über Tagestaxen sowie den Beitrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen (Art. 74 Gesetz über die Invalidenversicherung; SR 831.20) abgegolten. Im Übrigen beteiligt sich der Staat mit bis zu 60% der beitragsberechtigten Ausgaben dieser Einrichtungen (§ 7 Abs. 1 lit. b Gesetz über die Beitragsleistungen des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide; LS 855.1).

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi