

Pflege und Rehabilitation

CAS Krankenversicherungsrecht vom 25.05.2023

Prof. Dr. iur. Hardy Landolt LL.M.

**HAVE
REAS**

Inhalt

- Leistungspflicht für Pflege
- Leistungspflicht für Rehabilitation

Leistungspflicht für Pflege

- Entwicklung
- Versicherte Pflegeformen
- Versicherte Pflegeleistungen
- Zugelassene Leistungserbringer
- Bedarfsabklärung und ärztliche Anordnung
- WZW-Gebot

Entwicklung

- KUVG (1911)
 - keine obligatorische Leistungspflicht für Pflegeleistungen
 - nur Leistungspflicht für ärztlich angeordnete und von medizinischem Hilfspersonal erbrachte Heilmassnahmen (Behandlungspflege)
 - Als „Hilfsperson“ waren auch freiberuflich tätige Pflegefachpersonen anerkannt
 - Keine Leistungspflicht für Spitex- und Heimpflege – auch nicht gestützt auf den Grundsatz der Austauschbefugnis (BGE 111 V 324 E. 2a)
- KVG (1996)
 - Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung
 - nicht nur Behandlungs-, sondern auch Grundpflege
 - alle zugelassenen Leistungserbringer
 - Vollkostenprinzip

Entwicklung

- Bundesverfassung (1999)
 - verpflichtet Bund und Kantone, eine angemessene Pflegeversorgung sicherzustellen (BV 41 I b und 112c I)
 - kein Sozialrecht (BV 41 IV)
- Neuordnung der Pflegefinanzierung (2008)
 - Einführung von provisorischen Rahmentarifen (2004) – siehe BVGE 2011/61
 - BG über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (2008 – in Kraft seit 2011/2013)
 - Unterscheidung zwischen Spitalpflege und ambulanter Pflege
 - Einführung Beitragsprinzip für ambulante Pflege (KVG 25a)
 - Pflegekostenselbstbehalt und Restkostenfinanzierung durch Kanton

Entwicklung

- UNO-Behindertenrechtskonvention (2006/2014) verpflichtet die Vertragsstaaten sicherzustellen (BRK 19):
 - freie Wahl des Aufenthaltsortes - keine Verpflichtung, in besonderen Wohnformen zu leben
 - Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause, einschliesslich der persönlichen Assistenz



Committee on the Rights of Persons with Disabilities

Concluding observations on the initial report of Switzerland*

40. Recalling its general comment No. 5 (2017), the Committee recommends that the State party, in close consultation with organizations of persons with disabilities, including women with disabilities:

(a) Develop a strategy and action plan to end, as a matter of priority, the institutionalization of all persons with disabilities, including in small residential homes, with measures to prevent transinstitutionalization and to support the transition from institutions to life in the community, with specific time frames, sufficient human, technical and financial resources, and clear responsibilities for implementation and independent monitoring;

(b) Strengthen personal assistance support and services for persons with disabilities for living independently in the community, and ensure access for persons with disabilities to affordable and accessible housing in the community on the basis of individual choice.

Koordination

- Pflegeentschädigung (IV, UV, MV, KV und EL)
- Grundsatz der absoluten Priorität (ATSG 64 I)
- Stufenfolge der Leistungspflicht (ATSG 64 II)
 - Militärversicherung
 - Unfallversicherung
 - Invalidenversicherung
 - Krankenversicherung
 - (Ergänzungsleistungen)
- Krankenversicherung ist
 - vorleistungspflichtig (ATSG 70 II a – wenn Leistungspflicht prioritär leistungspflichtiger Versicherungsträger an sich nicht feststeht)
 - subsidiär leistungspflichtig (auch bei Geburtsgebrechen – BGer 9C_886/2010 E. 4)

Versicherte Pflegeformen

- Spitalpflege (KVG 25 II a/e)
 - Regeln der Spitalfinanzierung gelten
- Akut- und Übergangspflege (KVG 25a II)
 - zwei Wochen nach Spitalentlassung
 - Regeln der Spitalfinanzierung gelten
- ambulante Pflege (Langzeitpflege – KVG 25a I)
 - ambulante Pflege Zuhause
 - Pflege in Tages- und Nachstrukturen
 - Pflege im Heim

ECOPLAN
Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

**Serdaly
& Ankers**



Version vom 06.12.2022

Akut- und Übergangspflege

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

**HAVE
REAS**

Versicherte Pflegeleistungen

- Unterscheidung zwischen
 - Pflegedienstleistungen (KVG 25a III)
 - Pflegesachleistungen (KVG 25a I und 52)
- Pflegedienstleistungen
 - Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden (KVG 25 II a)
 - Untersuchungen und Behandlungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (KVG 25 II a) bzw. Pflegeleistungen, die ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden (KVG 25a I)
- Pflegesachleistungen
 - Mittel und Gegenstände, die für Pflegedienstleistungen verwendet werden (KVG 25a I und 52)
 - zu unterscheiden von Pflegehilfsmitteln gemäss jeweiliger Hilfsmittelliste

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Konkretisierung des Leistungsumfangs in KLV 7 II
- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (KLV 7 II a)
 - Ermittlung des Pflegebedarfs und des Umfelds des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen
 - Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen
 - Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (sog. Behandlungspflege)
 - Negativliste in KLV 7 II b
 - Versicherte Massnahmen:
 - Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht),
 - einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin,
 - Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken,
 - Massnahmen zur Atemtherapie (wie O₂-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen),
 - Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen,
 - Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse,
 - Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten,
 - enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen,
 - Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen,

Versicherte Pflegedienstleistungen

Pflegerecht 3/2012 | S. 130–139 **130**

Wissenschaft

Ersatzpflicht des Krankenversicherers für Kommunikationsleistungen in der Pflege



Annette Jamieson, lic. rer. pol. (Ökonomin), Abteilung Gesundheitspolitik, Helsana Versicherungen AG, Zürich



Hardy Landolt, Prof. Dr. iur. LL.M., Lehrbeauftragter an den Universitäten St. Gallen und Zürich, Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Inhaltsübersicht:

I. Einleitung

II. Umfang der Ersatzpflicht für Pflegeleistungen

- A. Allgemeines
- B. Versicherte Pflegemassnahmen

III. Kommunikationsleistungen als versicherte Leistungen

- A. Allgemeines
- B. Beratung bei der Durchführung versicherter Pflegeleistungen
- C. Beratung von psychisch kranken Personen

IV. Kommunikationsleistungen gemäss PLAISIR

- A. Allgemeines
- B. CSB-Leistungen als Abklärungs- und Beratungsleistung
- C. CSB-Leistungen als Koordinationsleistung
- D. CSB-Leistungen als Dokumentationsleistung
- E. Tabellarische Übersicht

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (sog. Behandlungspflege)
 - Versicherte Massnahmen:
 - Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern,
 - pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz,
 - Hilfe bei Medizinal-Teil- oder -Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen,
 - pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,
 - Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Massnahmen der Grundpflege (KLV 7 II c)
 - Allgemeine Grundpflege bei Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können, insbesondere:
 - Beine einbinden
 - Kompressionsstrümpfe anlegen
 - Betten
 - Lagern
 - Bewegungsübungen
 - Mobilisieren
 - Dekubitusprophylaxe
 - Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut
 - Hilfe bei der Mund- und Körperpflege
 - Hilfe beim An- und Auskleiden
 - Hilfe beim Essen und Trinken

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Massnahmen der Grundpflege (KLV 7 II c)
 - Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung
 - psychiatrische Natur der Pflege (nicht psychiatrische Diagnose – unklar KLV 7 II c 2) ist entscheidend (BGer 9C_839/2018 E. 6.2.2)
 - versicherte Massnahmen (nicht abschliessend):
 - Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur
 - zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte
 - Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Abgrenzungsfragen
 - Grund- versus Behandlungspflege
 - Substitutions- versus Heilbehandlungsbedarf
 - BGer 9C_43/2012 E. 4.1.1: Leistungen im Zusammenhang mit der Kontrolle der Ausscheidung (Durchfall), die Temperaturkontrolle, die Beurteilung von Allgemeinzustand/Kreislaufkontrolle/Schmerz- erfassung sowie die Lagerung/Hilfestellung bei Aspirationsgefahr und Shuntlagerung, welche für die Beschwerdeführerin in der Nacht notwendig sind, sind behandlungspflegerischer Natur (Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV). Schwierigkeiten bereitet demgegenüber die leistungsrechtliche Einordnung der Hilfestellungen rund um das chemotherapiebedingte Erbrechen
 - Beispiel Dekubitusprophylaxe
 - Grundpflegeleistung (KLV 7 II c)
 - Gemäss Leitlinien Aufgabe der diplomierten Pflegefachpersonen

Versicherte Pflegedienstleistungen



Mehr wissen. Alles geben.

Leitlinie Dekubitusprävention und Dekubitusmanagement Kategorien I-II

2 Geltungsbereich

Diese Leitlinie regelt die systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos und Interventionen im Sinne einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflege zur Prävention von Druckschäden sowie die Versorgung von Dekubitus, die der Kategorie I und II zugeordnet werden. Die Leitlinie ist verbindlich und kommt bei allen Patientinnen und Patienten zur Anwendung; Abweichungen werden in der Pflegedokumentation begründet.

Die Anwender dieser Leitlinie sind Pflegende². Sie tragen gemäss ihrem Kompetenzbereich die Verantwortung für die Durchführung eines strukturierten Risikoassessments, die Planung, Umsetzung, Evaluierung und Dokumentation von Massnahmen zur Prävention und Versorgung von Dekubitus. Auf ärztliche Verordnung werden Therapiedienste in den Behandlungsprozess eingebunden.

¹ Rechtsdienst USB (2011)

² Pflegende meint hier folgende Mitarbeitende: Dipl. Pflegefachpersonen (einschliesslich OP Pflege und Anästhesie, Hebammen und Fachangestellte Gesundheit sowie Pflegende/ Hebammen in Ausbildung).

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Abgrenzungsfragen
 - Grundpflege versus nicht versicherte Personenhilfe (Betreuung)
 - Kriterium der ausschliesslichen oder primären medizinischen Indikation zwecks Verhinderung eines Behandlungsbedarfes
 - Beispiele
 - Hilfe beim Essen und Trinken kann kontextabhängig eine Grundpflegeleistung sein (KLV 7 II c 1)
 - Begleitung der pflegebedürftigen Person vom Schlafzimmer zum Esssaal ist keine Grundpflege (BGE 136 V 172 E. 5.3.2)
 - Spitex-Einsätze bei versicherten Personen, die wegen ihrer krankheitsbedingten Desorientierung beispielsweise wiederholt zu wenig essen oder trinken, sich falsch kleiden, die Wohnung nicht lüften, die Rollläden nicht öffnen oder den Kochherd nicht abstellen, sind grundpflegerischer Natur (BGer 9C_528/2012 E. 5.4.3)

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Abgrenzungsfragen
 - Beratung versus Psychiatriepflege
 - keine psychotherapeutische Massnahmen (BGE 131 V 178 E. 2.2.2.)
 - Beratungen hinsichtlich des Umgangs mit dem Krankheitsbild sowie stützende Gespräche in Krisensituationen, soweit keine ärztliche Intervention erforderlich ist (KLV 7 II a – BGE 131 V 178 E. 2.2.2.)
 - BGE 131 V 178 E. 2.3:
 - Nicht zu übersehen ist, dass sich gewisse Massnahmen (beispielsweise Überwachung und Unterstützung im Alltag sowie in Krisensituationen) im Einzelfall sowohl unter lit. a (Beratung) als auch unter lit. c (Grundpflege) von Art. 7 Abs. 2 KLV subsumieren lassen und eine klare Abgrenzung der Massnahmen der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege gemäss lit. c Ziff. 2 der Verordnungsbestimmung von den nicht zu den Pflichtleistungen gehörenden Massnahmen der Hilfe im Haushalt und der sozialen Betreuung mit Schwierigkeiten verbunden ist.

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Abgrenzungsfragen
 - Aktive versus passive Intervention
 - Überwachung
 - BGE 147 V 73 E. 4.5: Die Überwachung der Atmung über eine Trachealkanüle, die eine stetige unmittelbare Interventionsbereitschaft durch medizinisch geschultes Personal erfordert, ist eine Pflegeleistung im Sinne von Art. 39 Abs. 2 IVV und nicht bloss Überwachung gemäss Art. 39 Abs. 3 IVV.
 - BGE 142 V 144 E. 5.2: Die nächtliche Überwachung des Beatmungsgeräts, die bei einer am Undine-Syndrom leidenden Versicherten notwendig ist und während der ganzen Überwachungsdauer stete Aufmerksamkeit der Spitexfachkraft erfordert, gilt als Massnahme im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 9 KLV.
 - Wartezeiten
 - BGer 9C_43/2012 E. 4.1.1: Nicht zu beanstanden ist der angefochtene Entscheid zunächst, soweit darin die "toten" Zeiten nicht als bloss Überwachung qualifiziert werden, für welche keine Leistungspflicht der Krankenversicherung besteht. Diese Massnahmen sind nicht planbar und können auch nicht durch ein Alarmsystem organisiert werden, weshalb eine stetige Bereitschaft gewährleistet sein muss. Damit ist indes nichts darüber gesagt, ob sämtliche Leistungen integral als Behandlungs- oder als Grundpflege zu betrachten sind.

Versicherte Pflegedienstleistungen

- Abgrenzungsfragen
 - Aktive versus passive Intervention
 - pro memoria – die IV deckt die medizinische Überwachung bei Geburtsgebrechen (VO des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen):
 - medizinische Kurzzeitüberwachung: ausführliche, umfassende Beurteilung des Allgemeinzustandes der versicherten Person, mit dem Ziel, Anzeichen einer Zustandsverschlechterung möglichst frühzeitig zu erkennen und entsprechende Massnahmen sofort durch eine Pflegefachperson einleiten zu können;
 - medizinische Langzeitüberwachung: Überwachung einer versicherten Person, bei der jederzeit eine lebensbedrohliche oder gesundheitsgefährdende Situation auftreten kann, die eine Intervention durch eine Pflegefachperson erfordert.

Versicherte Pflegesachleistungen

- Versichert sind (KVG 25 II a 3 und b)
 - Analysen
 - Arzneimittel
 - der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände
- Mittel und Gegenstände (KVG 25a I/II i.V.m. KVG 52)
 - KLV 20 ff. (Revision vom 18.12.2020 betreffend Pflegematerial – in Kraft seit 01.10.2021)
 - siehe auch Übergangsbestimmung zur Änderung vom 18. Dezember 2020 (Vergütung des Pflegematerials)

Versicherte Pflegesachleistungen

Inkrafttreten der Änderung des KVG : Vergütung des Pflegematerials

Am 4. Juni 2021 hat der Bundesrat das Datum des Inkrafttretens der KVG-Änderung betreffend Vergütung des Pflegematerials (20.046) auf den 1. Oktober 2021 festgesetzt.



Dokumente	Links	Gesetze	Medien
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Vergütung des Pflegematerials) (PDF, 524 kB, 13.07.2021)			
Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) im Zusammenhang mit der Vergütung des Pflegematerial (PDF, 503 kB, 13.07.2021)			
Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) im Zusammenhang mit der Vergütung des Pflegematerials (PDF, 578 kB, 13.07.2021)			
Änderungen und Kommentar im Wortlaut (Vergütung des Pflegematerials) (PDF, 161 kB, 03.06.2021)			

Letzte Änderung 13.07.2021

[^ Zum Seitenanfang](#)

Versicherte Pflegesachleistungen

- Unterscheidung zwischen drei Pflegematerialkategorien:

Kategorie A: Einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z. B. Handschuhe, Gaze, Desinfektionsmittel, Maske und Schutzkleidung) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z. B. Blutdruckmessgeräte, Stethoskope, Fieberthermometer, spezielle ergonomische Kissen, wiederverwendbare Instrumente wie Scheren und Pinzetten). Sie werden weiterhin nicht separat, sondern entsprechend der Neuordnung der Pflegefinanzierung vergütet.

Kategorie B: Bisher in der MiGeL beinhaltetete Mittel und Gegenstände (z. B. Inkontinenzhilfen, Verbandmaterial, Inhalationsgeräte, Stomaartikel, Kompressionstherapiemittel, Tracheostoma-Hilfsmittel). Sie können nicht nur von der versicherten Person selbst oder mit Hilfe einer nichtberuflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person verwendet werden, sondern auch von Pflegefachpersonen.

Kategorie C: Mittel und Gegenstände, die ausschliesslich von Pflegefachpersonen angewendet werden können (z. B. Wund-Vakuum-Therapiesystem, Heimventilation).

Zugelassene Leistungserbringer

- gesundheitspolizeiliche Bewilligung versus Zulassung
 - gesundheitspolizeiliche Bewilligung ist Voraussetzung für Zulassung
- Zulassung für folgende Pflegeleistungserbringer (KVG 35 II):
 - Hebammen
 - Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen
 - insbesondere freiberuflich tätige Pflegefachpersonen (KVV 49)
 - Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (KVV 51) und
 - Pflegeheime (KVG 39 III)
 - Abgabestelle für Mittel und Gegenstände (KVG 35 II g und KVV 55)
- Zulassungsvoraussetzungen
 - Erfordernis einer Zulassung durch Kanton (KVG 36 – nicht Pflegeheime)
 - Unterschiedliche Zulassungsvoraussetzungen (KVG 36a/39 III und KVV 49/51)

Zugelassene Leistungserbringer

- Zulassung gewährleistet qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung (KVG 36a I)
 - Ausbildung
 - Weiterbildung
 - für die Qualität der Leistungserbringung notwendige Anforderungen
- Erfordernis des erforderlichen Fachpersonals (KVG 39 I b und KVV 51 c)
 - Administrativvertragliche Vorgaben für Anstellung von nicht diplomiertem Pflegepersonal
 - Anstellung von pflegenden Angehörigen für Grundpflegeleistungen ist zulässig, sofern Angehörigenperson hinreichend instruiert und überwacht wird (BGE 145 V 161)

Zugelassene Leistungserbringer

Anhang 4 Fachpersonal

4 a) ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 4				
	Ausbildung / Berufsbezeichnung	Bedarfsabklärung / Beratung / Koordination	Grundpflege	Untersuchung, Behandlungspflege
Tertiärstufe	Pflegepersonal mit mindestens Tertiärstufen-Ausbildung: AKP, GKP, PsyKP, KWS, DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann, DN I mit mind. 2-jähriger Berufserfahrung Pflegefachfrau/-mann FH + HF	Ja	Ja	Ja
	DN I, Pflegefachfrau/-mann mit bis zu zwei Jahren Berufserfahrung	Nein	Ja	Ja
	BP Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung	Nein	Ja	Ja
Sekundärstufe II	PKP (FaSRK)	Nein	Ja	Ja
	Hauspfleger/in mit EFZ, oder Diplom mit Zusatzmodul Behandlungspflege Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe)	Nein	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Vitalzeichen • verabreichen von Medikamenten und weitere Behandlungspflegemassnahmen ¹⁾
	Betagenbetreuer/in (BB) Fachangestellte/r Betreuung (FaBe)	Nein	Ja	Nein
	Med. Praxisassistent/in (MPA)	Nein	Auf Handreichungen beschränkt	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Vitalzeichen • verabreichen von Medikamenten ¹⁾ • Blutentnahmen
	Assistentin / Assistent Gesundheit und Soziales	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Vitalzeichen • Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten ¹⁾
	Pflegeassistentin Pflegehelfer/in ²⁾ Haushelfer/in mit Pflegehelfer-Kurs ²⁾	Nein	Keine umfassende, fallführende Grundpflege	Nein
¹⁾ gemäss Ausbildungsbestimmungen und Berufserfahrung ²⁾ Anerkennung Lehrgang gemäss Anerkennungsverfahren der Spitexverbände		Andere und ausländische Berufsabschlüsse werden im Einzelfall auf ihre jeweilige Gleichwertigkeit überprüft. Alle Absolvent/innen der Sekundärstufe II sowie DN I mit weniger als 2 Jahren Berufserfahrung arbeiten unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung einer/eines Absolventen/in der Tertiärstufe.		

4 b) ambulante Pflegeleistungen gemäss Art. 4 Abs. 5

Bei Tages- und Nachtstätten obliegt die Gesamtverantwortung einer diplomierten Pflegefachperson, sie oder eine adäquate Vertretung ist vor Ort.



Administrativ-Vertrag Spitex

Vertragsnummer: 42.500.2053D

vom 1. Januar 2022

betreffend die

Abgeltung von krankensicherungspflichtigen Leistungen im Bereich Spitex

Zugelassene Leistungserbringer

T 4.2 Alters- und Pflegeheime: Prognosen zum Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal 2029 und 2035 nach Ausbildungsstufe

	2019	2029			2035		
		Minimal-szenario	Referenz-szenario	Maximal-szenario	Minimal-szenario	Referenz-szenario	Maximal-szenario
Tertiärstufe	20 100	23 200 <i>+3 200</i>	25 200 <i>+5 100</i>	27 300 <i>+7 300</i>	26 300 <i>+6 300</i>	29 800 <i>+9 800</i>	33 800 <i>+13 700</i>
Sekundarstufe II	31 200	36 000 <i>+4 900</i>	39 100 <i>+7 900</i>	42 400 <i>+11 300</i>	40 800 <i>+9 600</i>	46 300 <i>+15 100</i>	52 400 <i>+21 200</i>
Andere/ohne Ausbildung	20 900	24 200 <i>+3 300</i>	26 300 <i>+5 400</i>	28 600 <i>+7 700</i>	27 600 <i>+6 700</i>	31 300 <i>+10 400</i>	35 500 <i>+14 600</i>
Total Pflege und Betreuung	72 100	83 500 <i>+11 300</i> +16%	90 700 <i>+18 500</i> +26%	98 400 <i>+26 200</i> +36%	94 700 <i>+22 600</i> +31%	107 400 <i>+35 200</i> +49%	121 700 <i>+49 500</i> +69%

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

Anmerkung: In kursiv werden die zusätzlichen Personen gegenüber 2019 ausgewiesen

© Obsan 2021

Versichert, aber nicht versorgt!

Personalknappheit – zukünftiger Personalbedarf

T 5.4 Spitex: Prognosen zum Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal 2029 und 2035 nach Ausbildungsstufe

	2019*	2029			2035		
		Minimalszenario	Referenzszenario	Maximalszenario	Minimalszenario	Referenzszenario	Maximalszenario
Tertiärstufe	12 800	14 600 <i>+1 800</i>	15 400 <i>+2 600</i>	16 200 <i>+3 400</i>	15 500 <i>+2 700</i>	16 800 <i>+4 000</i>	18 200 <i>+5 400</i>
Sekundarstufe II	10 500	12 000 <i>+1 500</i>	12 600 <i>+2 100</i>	13 200 <i>+2 700</i>	12 700 <i>+2 200</i>	13 800 <i>+3 300</i>	14 900 <i>+4 400</i>
Andere/ohne Ausbildung	7 400	8 400 <i>+1 000</i>	8 900 <i>+1 400</i>	9 300 <i>+1 900</i>	8 900 <i>+1 500</i>	9 700 <i>+2 200</i>	10 500 <i>+3 000</i>
Total Pflege und Betreuung	30 800	35 000 <i>+4 200</i> +14%	36 700 <i>+5 900</i> +19%	38 500 <i>+7 700</i> +25%	37 100 <i>+6 300</i> +20%	40 100 <i>+9 300</i> +30%	43 200 <i>+12 500</i> +40%

Quellen: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) und Strukturhebung (SE)

2019*: Für die Berechnung des künftigen Bedarfs an Pflege- und Betreuungspersonal werden die revidierten Bestände als Grundlage herangezogen.

Anmerkung: In kursiv werden die zusätzlichen Personen gegenüber 2019 ausgewiesen.

© Obsan 2021

Bedarfsabklärung und ärztliche Anordnung

- Abklärung des versicherten Pflegebedarfs
 - Versicherter Pflegebedarf
 - ausgewiesener Pflegebedarf (KVG 25a I) bzw. Aufwand für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden (KVG 25a IV)
 - prospektive Feststellung des versicherten Pflegebedarfes (KLV 8a IV) unter Berücksichtigung der Gesamtsituation und des persönlichen Umfelds der versicherten Person (KLV 8a III)
 - Abklärung des Bedarfs
 - Bundesrat regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung (KVG 25a III und KLV 8a f.)
 - Bedarfsabklärung erfolgt:
 - durch Pflegefachperson (KLV 8a I) mit mindestens zweijähriger praktische Tätigkeit in der Fachrichtung Psychiatrie (für psychiatrische Pflegeleistungen – KLV 7 II^{bis} b)
 - unter Verwendung einheitlicher Kriterien bzw. eines anerkannten Pflegebedarfsinstrumentes (KLV 8a IV und V)
 - besondere Anforderungen für Bedarfsabklärung im Pflegeheim (KLV 8b – validierte Zeitstudien, die Abgrenzung zu nicht versicherten Leistungen ermöglichen)
 - Bekanntgabe des Abklärungsergebnisses an Arzt und Versicherer (KLV 8a I und VI)

Bedarfsabklärung und ärztliche Anordnung



Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme

Schlussbericht
Zürich, 10. März 2017

Anna Vettori, Thomas von Stokar, Christoph Petry, Deborah Britt (INFRAS)
Heidrun Gattinger, Dr. Susi Saxer (Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
IPW-FHS)

INFRAS
Forschung und Beratung
www.infras.ch

Tabelle 9: Aktueller Erfüllungsgrad möglicher Mindestanforderungen

Mindestanforderung	RAI-NH 2.0	BESA (LK2010)	PLAISIR
Stossrichtung A			
1. Systematische Bedarfsabklärung	MDS-Assessment ✓	Assessment und Beobachtung ✓	Datenerhebung (mit FRAN) ✓
2. Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse	Von interdisziplinärem Forscherkonsortium entwickelt, Einbezug bestehender Skalen Weiterentwicklung unter Einbezug von Expertinnen und Experten, teilweise evidenzbasiert (bspw. Skalen) ✓	Ressourcentransaktionsmodell von Hornung und Gutscher und Biopsychosoziales Modell nach ICF als konzeptionelle Basis Weiterentwicklung unter Einbezug von Expertinnen und Experten, vor allem erfahrungsbasiert, nicht forschungsbasiert ✓	Entwickelt von Fachkraftkomitees nach dem Grundprinzip Bedürfnisorientierung Abstützung auf Pflegemodell nicht bekannt (✓)
3. Zeitstudien	Zeitstudie 2004 Ergebnisse von Zeitstudie 2016 (basierend auf CURAtime-Messung) nur von Kt. SO umgesetzt (✓)	Zeitstudie für LK 2010 Anpassungen aus Zeitstudie 2014/15 (CURAtime-Messung) ausstehend (✓)	Letztmals 2004/2010 für einzelne Aspekte x
4. Qualitätsindikatoren	Qualitätsmodul ✓	Qualitätsmodul ✓	Nicht bekannt ?
5. Transparenz	Teilweise (✓)	Teilweise (✓)	Teilweise (✓)
Stossrichtung B			
6. Einhaltung eines Toleranzbereichs für maximale Abweichung innerhalb eines PBES	x (siehe Abschnitt 3.3)	x (siehe Abschnitt 3.3)	x (siehe Abschnitt 3.3)
Stossrichtung C			
7. Einstufung basierend auf einem Leistungskatalog	x	✓	✓
8. Einstufung über Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe	✓	x	x

✓ = grösstenteils/vollständig erfüllt, (✓) = teilweise erfüllt, x = nicht bzw. grösstenteils nicht erfüllt, ? = aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich.



Bedarfsabklärung und ärztliche Anordnung

Abbildung 2: Anwendung der Pflegebedarfserfassungssysteme BESA, RAI und PLAISIR (Stand 2013)



Der Kt. VD plant zurzeit den Wechsel auf interRAI.

Bedarfsabklärung und ärztliche Anordnung

- Ärztlicher Auftrag oder ärztliche Anordnung (KVG 25a I und KLV 8)
 - Anordnung ist generell, Auftrag erfolgt an eigene Hilfspersonen (im Spital oder Heim)
 - Spitalarzt für Akut- und Übergangspflege
 - Hausarzt bzw. Facharzt für Psychiatrie (psychiatrische Behandlungspflege)
 - Feststellung, dass versicherte Person (versicherte) Pflegeleistungen benötigt (KLV 8 I)
 - Anordnung des Arztes erfolgt vor, in der Praxis regelmässig nach der Bedarfsabklärung (KLV 8a I)
 - initiale Anordnung (KLV 8 II) und Verlängerung (KLV 8 IV)
 - Akut- und Übergangspflege (zwei Wochen ohne Verlängerungsmöglichkeit – KLV 8 II b)
 - Pflegeleistungen
 - initial für 9 Monate (KLV 8 II a) mit Verlängerungsmöglichkeit
 - unbefristete Gültigkeit bei Hilflosenentschädigung mittleren/schweren Grades – erneute Anordnung nur notwendig bei Revision der Hilflosenentschädigung (KLV 8 III)
 - ausdrückliche Zustimmung des Arztes für Behandlungspflege (KLV 8a II)

Sonderfall: psychiatrische Pflege

Entwicklung der Rechtsprechung:

Gesundheitsschaden	Ärztliche Anordnung	Bedarfsabklärung	Erwägungen zur Leistungspflicht	Urteil	Datum
paranoide Schizophrenie	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	diplomierte psychiatrische Krankenpflegerin	Keine ärztliche Behandlung im Sinne des KVG bilden psychotherapeutische Massnahmen, die lediglich zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu einem anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zweck durchgeführt werden. Gewisse Massnahmen (beispielsweise Überwachung und Unterstützung im Alltag sowie in Krisensituationen) im Einzelfall sowohl unter lit. a (Beratung) als auch unter lit. c (Grundpflege) von Art. 7 Abs. 2 KLV subsumieren lassen und eine klare Abgrenzung der Massnahmen der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege gemäss lit. c Ziff. 2 der Verordnungsbestimmung von den nicht zu den Pflichtleistungen gehörenden Massnahmen der Hilfe im Haushalt und der sozialen Betreuung mit Schwierigkeiten verbunden ist.	BGE 131 V 178	20050318
Demenz, mindestens mittelschweren Grades			Einsätze zur Überwachung und Unterstützung der Körperhygiene und Nahrungsaufnahme sind psychiatrische Grundpflegemassnahmen.	9C_528/2012	20130620
		freiberufliche Pflegefachfrau im Bereich der ambulanten psychiatrischen Pflege	Die Verwendung von RAI-Mental-Health darf vom Kanton vorgeschrieben werden.	9C_176/2016	20170221
	Hausarzt	Pflegefachmann für Psychiatrie	RAI-Mental-Health ist massgeblich. Hausarzt darf psychiatrische Grundpflege (KLV II c Z. 2) anordnen. Psychiatrische Statuserhebung und Diagnosestellung ist erforderlich.	9C_698/2016	20170504
Autismus (Samuel Friedli)			KLV 7 IIbis b gilt auch für psychiatrische Grundpflege (KLV II c Z. 2) bei somatischer Diagnose	9C_839/2018 = SVR 2019 KV Nr. 20 S. 115	20190628
Multiple Sklerose	Hausarzt (Facharzt für Innere Medizin)		KLV 7 IIbis b gilt auch für psychiatrische Grundpflege (KLV II c Z. 2) bei somatischer Diagnose Für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen gilt Merkblatt "Grundsätzliche Voraussetzungen für die Anrechnung praktischer Pflegetätigkeit in Psychiatriepflege"	9C_456/2019	20191218
Erschöpfungsdepression und latente Suizidalität	Facharzt für Allgemeine Medizin		Offengelassen, ob bei genügender fachärztlicher Abstützung psychiatrische Behandlungspflege im Sinne von Art. 7 Abs. 2 lit. b Ziff. 13 und 14 KLV durch den Hausarzt respektive einen Allgemeinmediziner oder allein durch einen Psychiater verordnet werden kann.	9C_307/2020	20200810

WZW-Gebot

- Leistungspflicht besteht nur für (KVG 32 und 56):
 - wirksame Pflegeleistungen
 - zweckmässige Pflegeleistungen
 - wirtschaftliche Pflegeleistungen
- Beurteilung der Zweckmässigkeit
 - Umstände des Einzelfalles (Gesundheitszustand, Alter, Erwerbstätigkeit etc.)
 - Von einer zweckmässigeren Pflegeformen ist dann auszugehen, wenn diese im Vergleich einen klaren Vorteil mit sich bringt.
- Beurteilung der Wirtschaftlichkeit
 - weder absolut noch ab einer bestimmten Höhe der (gesamtwirtschaftlichen) Kosten (BGE 145 V 116 E. 3 und 136 V 395 E. 7.8)
 - Massgeblich ist: Verhältnis der Pflegekosten, welche vom Krankenversicherer zu finanzieren sind

WZW-Gebot

- Korrelation Zweckmässigkeit/Wirtschaftlichkeit
 - Es existiert nur eine zweckmässige Pflegeform (ambulante Pflege oder Heimpflege)
 - Die Höhe der Pflegekosten ist grundsätzlich unerheblich. Bei einer versicherten Person, welche während der Nacht auf ein Beatmungsgerät angewiesen ist, dessen Funktionieren von einer Pflegefachperson überwacht werden muss, sind jährliche Pflegekosten von CHF 204'619 zu vergüten (BGE 142 V 144)
 - Es existieren zwei oder mehrere zweckmässige Pflegeformen
 - Gleiche Zweckmässigkeit
 - grundsätzlich uneingeschränkte Wahlfreiheit
 - Verbot des groben Missverhältnisses
 - Erheblicher Unterschied in Bezug auf Zweckmässigkeit
 - eingeschränkte Wahlfreiheit
 - Verbot des groben Missverhältnisses wird verletzt, wenn höhere Pflegekosten das Dreieinhalbfache ausmachen (BGE 126 V 334)
 - Geringfügiger Unterschied in Bezug auf Zweckmässigkeit
 - eingeschränkte Wahlfreiheit
 - Verbot des groben Missverhältnisses wird verletzt, wenn höhere Pflegekosten das Zweieinhalbfache ausmachen

WZW-Gebot

- Korrelation Zweckmässigkeit/Wirtschaftlichkeit
 - Es existieren zwei oder mehrere zweckmässige Pflegeformen
 - Geringfügiger Unterschied in Bezug auf Zweckmässigkeit
 - In Fällen, in denen die ambulante Pflege als wirksamer und zweckmässiger (wenn auch nicht als erheblich wirksamer und zweckmässiger) qualifiziert wurde, bejahte das Bundesgericht einen Anspruch auf Spitex-Pflege namentlich bei 2,6 - 2,9-mal sowie bei 2,87-mal höheren Kosten (BGer K 33/02 E. 2.2 und K 201/00 E. 3c).
 - In BGE 139 V 135 (Alzheimerdemenz im fortgeschrittenen Stadium litt, bettlägrig war, sich in einem Zustand totaler Abhängigkeit) wurde ein Anrecht auf Spitex-Leistungen bei einem Faktor von 2,56 hingegen abgelehnt, obschon die ambulante Pflege als leicht wirksamer und zweckmässiger eingestuft wurde.
 - BGer 9C_41/2020: Bei Gesamtkosten der Hauspflege von jährlich rund Fr. 80'000.- und einem daraus im Vergleich zu den Kosten der Heimpflege resultierenden Faktor von 3,4 ist die Wirtschaftlichkeit bei einer 1919 geborenen und dementiell erkrankten Person zu verneinen.
 - Den Anspruch auf Kostenerstattung bejahte das Bundesgericht demgegenüber bei ebenfalls leicht wirksamerer und zweckmässigerer ambulanter Pflege und 2,57-fach höheren Kosten, wobei die versicherte Person im betreffenden Fall lediglich unter einer leicht demenziellen Entwicklung litt und sich in der häuslichen Umgebung noch mittels Rollator fortbewegen, an familiären und sozialen Aktivitäten teilnehmen sowie teilweise noch den Haushalt selbstständig führen konnte (BGer 9C_343/2013 E. 4.2.1).

Leistungspflicht für Rehabilitation

- Entwicklung
- Versicherte Rehabilitationsleistungen
- Zugelassene Leistungserbringer
- Ärztliche Anordnung

Entwicklung

- Rehabilitation
 - Wiederherstellung von Fähigkeiten
 - Unterscheidung in
 - medizinische Rehabilitation
 - berufliche Rehabilitation
 - soziale Rehabilitation
- Unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen
 - Übereinkommen Nr. 159 über die berufliche Rehabilitation und die Beschäftigung der Behinderten vom 20. Juni 1983
 - Art. 26 Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 verlangt
 - ... umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste ..

Versicherte Rehabilitationsleistungen

- Versichert sind ärztlich angeordnete:
 - Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (KVG 25 II d)
 - Badekuren (KVG 25 II c)
- Unterscheidungen
 - Rehabilitation versus (nicht versicherter) Erholungskur
 - BGE 126 V 323:
 - Bei der medizinischen Rehabilitation gelangen Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung, die auch stationär erfolgen können. Sie ist auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mit medizinischen Mitteln gerichtet. Erholungskuren dagegen dienen ohne besondere Pflege- oder Behandlungsbedürftigkeit zur Erholung und Genesung nach Erkrankungen, die eine wesentliche Verminderung des Allgemeinzustandes zur Folge hatten.
 - Im vorliegenden Fall wird eine Spitalbedürftigkeit nach Behandlung eines Mammakarzinoms und Durchführung einer Blinddarmoperation verneint, da nur noch eine Erholungsbedürftigkeit gegeben war. Zudem stand während des Klinikaufenthaltes die alternativmedizinische Behandlung des Krebsleidens im Vordergrund.
 - Rehabilitations- versus (geringer versicherter) Pflegebedürftigkeit
 - K 53/04: schweres Thoraxkompressionstrauma mit Anoxie und in der Folge schwerer tetraspastischer Bewegungsstörung sowie einem apallischen Syndrom (Wachkoma) - Rückweisung

Versicherte Rehabilitationsleistungen

- Die medizinische Rehabilitation
 - schliesst an die eigentliche Krankheitsbehandlung an und
 - bezweckt, die durch die Krankheit oder die Behandlung selbst bewirkte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen ganz oder teilweise zu beheben, oder
 - sie dient insbesondere bei Chronischkranken der Erhaltung und allenfalls Verbesserung des verbliebenen Funktionsvermögens (BGer K 180/00 E. 1c)
- Eine medizinische Rehabilitation kann
 - ambulant, teilstationär, in einer Kuranstalt, in einem Pflegeheim oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik erfolgen. Im letzten Fall ist eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt, welche nach der notwendigen Behandlungsintensität, dem Behinderungsgrad, der Pflegebedürftigkeit und der Schwere des Hauptleidens oder zusätzlich komplizierender Krankheiten zu beurteilen ist (BGE 126 V 323 E. 2c).

Versicherte Rehabilitationsleistungen

- Eine stationäre Rehabilitation geht nur dann zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, wenn
 - die Massnahmen ausschliesslich stationär erfolgen können und
 - das ambulante Behandlungspotenzial nachgewiesenermassen hinreichend ausgeschöpft worden ist (BGer K 53/04 E. 4.3.3)



Versicherte Rehabilitationsleistungen

■ Praxis

■ Medizinische Rehabilitation verneint

■ Mangels Spitalbedürftigkeit

- Bei einer schwersten Pflegebedürftigkeit infolge Nervenkrankheit (Chorea Huntington) entfällt frühere Spitalbedürftigkeit, wenn eine Betreuung im Pflegeheim mit gelegentlichen Spitalaufenthalten möglich ist (BGer 9C_369/2009)
- ausgeprägter Erschöpfungszustand bei Status nach noch nicht ganz abgeklungener schwerer Gastroenteritis und nach Infekt der oberen Atemwege sowie chronischer Migräne, Depression und Status nach Mammaamputation links wegen Karzinom (BGer K 112/01)
- mehrwöchige Adipositasbehandlung (BGer K 68/06)
- Multiple Sklerose, wenn frühere Klinikaufenthalte lediglich eine leichte Verbesserung der motorischen Leistungen und eine leichte Verminderung des spastischen Muskeltonus bewirkten (BGer 9C_413/2012)
- posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2) und Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und ängstlich vermeidenden Zügen (BGer 9C_107/2011 E. 2.2)
- eine intensiv anleitende Betreuung durch Bezugspersonen begründet keine Akutspitalbedürftigkeit (BGer 9C_447/2010 E. 5.2)

Versicherte Rehabilitationsleistungen

■ Praxis

■ Medizinische Rehabilitation verneint

■ Mangels Nachbehandlungsbedürftigkeit

- Coxarthrose deformans links (Hauptdiagnose) sowie Status nach lateraler und medialer Menishektomie links (Nebendiagnose), ausserdem bestand ein Verdacht auf Angina pectoris - Gehfähigkeit an zwei Stockhilfen (BGer K 180/00 E. 2)
- Erholung von der Erschöpfung, zu welcher es durch die Pflege und Betreuung der erkrankten Ehefrau gekommen ist. Versicherter hat weder der medikamentösen Behandlung bedurft noch hat er sonstige pflegerische Massnahmen oder Therapien benötigt (BGer 9C_253/2020 E. 3 f.)

■ Medizinische Rehabilitation bejaht

- längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik hat noch den Charakter einer Akutbehandlung (BGer 9C_447/2010 E. 2.1)
- Versicherte wurde in der Klinik in einer Weise behandelt worden, die in einem geschlossenen Heim nicht möglich gewesen wäre (BGer 9C_402/2007 E. 3).

Zugelassene Leistungserbringer

- Keine spezifische Zulassungsvorschriften für Rehabilitationsdienstleister
 - Leistungsaufträge Rehabilitation für Spitäler (KVG 39 I i.V.m. KVV 58f VI b und Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 23. Juni 2021 III)
 - Pflegeheim i.S.v. KVG 39 III setzt eine Anstalt, Einrichtung oder Abteilung voraus, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen
 - Ambulante Pflegedienstleister?
 - Rehabilitationsgymnastik als versicherte Behandlungspflege (KLV 7 II b 11)
 - Abgrenzung zur Akut- und Übergangspflege

Ärztliche Anordnung

- Ärztliche Durchführung oder Anordnung ist vorausgesetzt (KVG 25 II d)

Besten Dank

**HAVE
REAS**

Zentrum für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht (HAVE)
Centre du droit de la responsabilité civile, des assurances privées et sociales (REAS)
Centro di diritto della responsabilità civile, delle assicurazioni private e sociali (REAS)
Centre for Civil Liability, Private and Social Insurance Laws (LIPS)

Übungsfälle

Pflege und Rehabilitation

**HAVE
REAS**

Zentrum für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht (HAVE)
Centre du droit de la responsabilité civile, des assurances privées et sociales (REAS)
Centro di diritto della responsabilità civile, delle assicurazioni private e sociali (REAS)
Centre for Civil Liability, Private and Social Insurance Laws (LIPS)

Ambulante Pflege

- <https://www.srf.ch/play/tv/kassensturz/video/kanton-glarus-laesst-schwerbehinderte-im-stich?urn=urn:srf:video:c46af117-2aa3-4b6c-a867-fcd643723555>



Ambulante Pflege

- Ausgangslage
 - Autismus-Spektrum-Störung
 - Mutter und Assistenzpersonen betreuen Samuel Friedli rund um die Uhr.
- Fragen
 - Welche Dienstleistungen bezahlt die Krankenkasse?
 - Sind Angehörigenpflegeleistungen zu vergüten?

Selbstbestimmt Wohnen

Wohnen

Selbstbestimmt und behindertengerecht



Individuelle Serviceleistungen

Wir bieten unterschiedliche Serviceleistungen im Bereich der Pflege, der Freizeitgestaltung oder Gesundheit an, die individuell und nach Bedarf vereinbart werden können:

- Begleitung und Pflege
- WBZ-Spitex
- Therapie
- Wohntraining
- Freizeitangebot
- Hauseigene Gastronomie
- Entlastungsplätze für kurzzeitige Aufenthalte

t +41 61 755 71 07
f +41 61 755 71 00
cornelia.truffer@wbz.ch

WOHN- UND BÜROZENTRUM FÜR KÖRPERBEHINDERTE

Aumattstrasse 70–72, Postfach,
CH-4153 Reinach 1

t +41 61 755 77 77
f +41 61 755 71 00

info@wbz.ch
www.wbz.ch



Selbstbestimmt Wohnen

- Ausgangslage
 - Pflegebedürftige Personen leben in einer Institution gemäss IFEG und werden dort gepflegt.
- Fragen
 - Zulassung einer IFEG-Institution als zugelassener Leistungserbringer?
 - Welche Pflegeleistungen muss die Krankenkasse bezahlen?



Nachsorge bei Schenkelhalsfraktur

- Ausgangslage
 - 78j. Patient mit M. Parkinson, Sturzneigung, kognitiven Defiziten und chronischen Rückenschmerzen erleidet eine Schenkelhalsfraktur. Er wird orthopädisch versorgt mit einer Hüft-TP. Erfahrungsgemäss kann dieser multimorbide Patient nicht direkt nach Hause und braucht eine Form von Nachsorge über etliche Wochen.
- Fragen
 - Akutgeriatrie?
 - Geriatrische Rehabilitation?
 - Übergangspflege?
 - Orthopädische Rehabilitation?
 - Neurorehabilitation?
 - Siehe: <https://www.vertrauensaerzte.ch/manual/4/rehastartchapt/rehaallgem/abgrenzungen/>