



27. Februar 2012

IV-Rundschreiben Nr. 308

Kinderspitex-Leistungen nach Artikel 13 IVG in Verbindung mit Artikel 14 IVG¹

Die Auswirkungen des IV-Rundschreibens 297 vom 1. Februar 2011 wurden analysiert und mit den beteiligten Organisationen besprochen. In der Folge wurde das Rundschreiben inhaltlich angepasst und lautet neu:

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die im Rahmen der HE/IPZ-Abklärung zu machende Unterscheidung zwischen medizinischen Massnahmen nach Artikel 13 IVG (in Verbindung mit Artikel 14 IVG) und den Geldleistungen der Hilflosenentschädigung (HE) / des Intensivpflegezuschlags (IPZ) oftmals mit Schwierigkeiten verbunden ist. Dies hat auch immer wieder zu Gerichtsfällen geführt. Das Bundesgerichtsurteil 8C 81/2010 vom 7. Juli 2010 hat massgeblich zur Klärung der rechtlichen Situation beigetragen. Das Bundesgericht hält darin folgendes fest (Regeste): *Bei Hauspflege vorgenommene Vorkehren, deren Durchführung keine medizinische Berufsqualifikation erfordert, stellen keine medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV dar, sondern begründen gegebenenfalls einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung und auf einen Intensivpflegezuschlag (E. 7 und 10).*

Das Urteil des Bundesgerichts war Anlass dazu, eine abschliessende Liste derjenigen Leistungen im Bereich der Kinderspitex zu erstellen, welche nach Artikel 13 bzw. 14 IVG als medizinische Massnahmen von der IV übernommen werden. Es sind dies:

Unter Artikel 13 bzw. 14 IVG anrechenbare medizinische Massnahmen im Bereich Kinderspitex

Massnahmen der Abklärung und Beratung	maximal anrechenbarer Zeitaufwand ²
Abklärung und Dokumentation des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten (versicherte Person vP) oder der Patientin (vP) und Planung der notwendigen Massnahmen (=Pflegediagnosen und Pflegeziele) zusammen mit dem Arzt / der Ärztin und der vP und eventuell weiteren involvierten Diensten (inklusive Wiederholungsabklärung und telefonische Arztvisite).	5 Stunden bei neuem Pflegefall und / oder Revision
Beratung und Instruktion der vP sowie der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit der Erkrankung, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte. Instruktion in	

¹ Ersetzt das IV-Rundschreiben Nr. 177 vom 1. Mai 2003 sowie das IV-Rundschreiben 297 vom 1. Februar 2011

² Vgl. die Erläuterungen zur Tabelle

Pflegeverrichtungen und Vornahme der notwendigen Kontrollen. Die Instruktionsleistungen sind detailliert zu dokumentieren.		
	ab Pflegebeginn zu Hause insgesamt	45 Stunden in den ersten 3 Monaten
	danach	35 Stunden pro Jahr
Koordinative Massnahmen im Rahmen hochkomplexer und gleichzeitig sehr instabiler Pflegesituationen		6 Stunden pro Woche
	in terminalen Phasen	Antrag durch den behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der involvierten Pflegefachperson

Massnahmen der Untersuchung und Behandlung	maximal anrechenbarer Zeitaufwand
Beurteilung des Allgemeinzustandes (inkl. Vitalzeichen)	10 Minuten pro Einsatz ³
Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken	20 Minuten pro Entnahme
Massnahmen zur Atemtherapie (wie O2-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen), soweit nicht physiotherapeutische Massnahmen verfügt sind	120 Minuten pro Einsatz
Einführen von Sonden und / oder Kathetern und die damit verbundenen medizinischen Massnahmen	35 Minuten pro Einsatz
Medizinische Massnahmen bei enteraler oder parenteraler Ernährung, inkl. Vorbereitung und Durchführung	120 Minuten pro Tag
Medizinische Massnahmen bei Peritonealdialyse	120 Minuten pro Einsatz, maximal 12 Stunden pro Woche
Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten - per oral, subkutan, intramuskulär, anal, transdermal, Abgabe Medikamente per Sonde - intravenös, Kurzinfusionen - Transfusionen, Virostatika, Zytostatika	45 Minuten pro Einsatz 60 Minuten pro Medikament plus 45 Minuten für jedes weitere i/v Medikament 2 Stunden pro Einsatz
-Überwachung und Beurteilung bei im Vordergrund stehenden komplexen Hautproblemen inkl. medizinischer Behandlung von Wunden, Körperhöhlen, Stomapflege etc. -Epidermolysis bullosa -Medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit Therapiebädern bei komplexen Hautproblemen	60 Minuten pro Einsatz 120 Minuten pro Einsatz 30 Minuten pro Einsatz

³ Die Bezeichnung „pro Einsatz“ meint die zeitlich ununterbrochene Präsenz bei der versicherten Person (von der Begrüssung bis zur Verabschiedung). Sofern medizinisch notwendig, sind auch mehrere Einsätze pro Tag möglich.

Medizinische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung	60 Minuten pro Einsatz
Symptomkontrolle und entsprechende medizinische Massnahmen in terminalen Situationen	Antrag durch den behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der involvierten Pflegefachperson
In Situationen, in welchen während 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen zu rechnen ist (als alleinige Leistung, nicht kumulierbar mit anderen Leistungen der Kategorie "Massnahmen der Untersuchung und Behandlung")	maximal 8 Stunden pro Tag (als alleinige Leistung)

Erläuterungen zur Tabelle:

Die Liste der medizinischen Massnahmen im Rundschreiben umfasst diejenigen Massnahmen, die von einer Spitexorganisation zulasten der IV erbracht werden können, ausser die Eltern oder andere Bezugspersonen übernehmen diese Leistungen freiwillig im Rahmen ihrer Kapazitäten und Fähigkeiten.

Bei der Abklärung soll mit Hilfe der oben stehenden Liste der effektive Zeitaufwand für diejenigen Leistungen ermittelt werden, die im vorliegenden Einzelfall aus medizinischer Sicht tatsächlich erbracht werden müssen. In der linken Spalte sind abschliessend diejenigen Leistungen aufgeführt, die unter Artikel 13 IVG in Verbindung mit Artikel 14 IVG als medizinische Spitexmassnahmen gelten. Der in der rechten Spalte bei jeder Leistung aufgeführte maximal anrechenbare Zeitaufwand ist eine Obergrenze, die auch bereits sehr schwierige und aufwändige Pflegesituationen berücksichtigt. In den allermeisten Fällen sollte der effektive Pflegeaufwand also unter der angegebenen Obergrenze liegen. In den angegebenen Zeiten ist der Aufwand für die Pflegedokumentation inbegriffen. Es besteht in keinem Fall ein Anspruch auf pauschale Anrechnung der angegebenen Zeitwerte!

Die aufgeführten Zeiten bezeichnen den maximalen Aufwand, der pro Einzelleistung anfallen kann, wenn die Leistung alleinig durchgeführt wird. Bei der Kombination von mehreren Leistungen muss berücksichtigt werden, dass gewisse Leistungen parallel durchgeführt werden können. Die einzelnen, pro Leistung anrechenbaren Zeiten können deshalb nicht einfach addiert werden, sondern es ist unter Berücksichtigung möglicher Parallelbehandlungen die notwendige Präsenzzeit der medizinischen Fachperson zu bestimmen.

Wenn in seltenen Ausnahmefällen aufgrund einer speziellen Pflegesituation ein erheblich höherer Zeitbedarf als der maximal anrechenbare ausgewiesen ist, kann der behandelnde Arzt in Zusammenarbeit mit der involvierten Pflegefachperson einen begründeten Antrag zur Übernahme dieses Mehrbedarfs an die zuständige IV-Stelle stellen.

Die letzte aufgeführte Position „In Situationen, in welchen während 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen zu rechnen ist“ gilt als alleinige Leistung. Sie ist daher nicht mit anderen Leistungen der Kategorie "Massnahmen der Untersuchung und Behandlung" kumulierbar. Damit wird berücksichtigt, dass eine pro Tag mehrstündige Anwesenheit einer Pflegefachperson ausreicht, um auch alle anderen oben aufgeführten erforderlichen medizinischen Massnahmen durchzuführen. Die Leistung darf nicht der reinen Elternentlastung dienen.

Die Beurteilung der Pflegeanforderungen durch die IV-Stellen soll durch die oben stehende Liste unterstützt werden.

Um die IV Stellen bei den Abklärungen zu unterstützen, das Verfahren zu beschleunigen und gemeinsam mit den verantwortlichen Ärzten, Eltern und Spitexorganisationen für die Durchführung der bevorstehenden Massnahmen einen guten Konsens zu erreichen, wurde ein Antragsformular im Sinne einer medizinischen Verordnung geschaffen. Dieses muss in jedem Fall bei erstmaligen Gesuchen (vorwiegend für Kinder bei/nach einem Spitalaufenthalt) bei der zuständigen IV Stelle im Voraus eingereicht werden. Die Absicht der Verordnung ist, dass in einem ersten Schritt die verantwortlichen Ärzte/Pflegedienstleitungen in den Spitälern zusammen mit den betroffenen Eltern klären, in welchem Ausmass zuhause Massnahmen notwendig sein werden und welchen Teil davon die Eltern übernehmen. Hernach bestätigt die Spitexorganisation mit ihrer Unterschrift auf dem selben Formular, dass sie der entsprechenden Aufgabenteilung zustimmt und den erforderlichen Bedarf decken wird/kann (im weiteren wird auf die Erläuterungen zum Ausfüllen auf der Verordnung verwiesen).

Es wurde bewusst auf eine detailliertere Reglementierung verzichtet, um genügend Freiraum für die Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation zu lassen. Bei Langzeit- oder sehr aufwändigen Fällen ist zu prüfen, ob zusammen mit einer Fachperson der involvierten Spitexorganisation eine Abklärung vor Ort durchzuführen ist. Die Entscheidung über die Zusprache der von der IV maximal zu bezahlenden Leistungen der Kinderspitexorganisation obliegt alleine der zuständigen IV-Stelle.

Alle anderen, von der IV nicht zugesprochenen medizinischen Leistungen, die von der Kinderspitex erbracht werden, gehen nicht zulasten der Invalidenversicherung. Bei der Verrechnung von Verbrauchsmaterial gelten die Höchstansätze der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) im Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung des KVG. Die im Rahmen der Hilflosenentschädigung (HE) und des Intensivpflegezuschlags (IPZ) anrechenbaren Leistungen sind im Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit (KSIH) aufgeführt. Dazu zählt insbesondere die dauernde persönliche Überwachung (KSIH Kapitel 5.2.2.2 bzw. Artikel 39 Absatz 3 IVV).

In der Verfügung an die Versicherten ist der von der Invalidenversicherung zu übernehmende Aufwand für „Abklärung und Beratung“ sowie „Untersuchung und Behandlung“ separat anzugeben. Bei der Rechnungskontrolle ist darauf zu achten, dass diese beiden Kategorien ebenfalls separat ausgewiesen und mit dem jeweils richtigen Tarif abgerechnet werden.

Tarif für Spitexleistungen nach Artikel 13 bzw. 14 IVG:

Per 1.1.2011 tritt das „Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung“ in der Krankenversicherung in Kraft. Es bringt eine Vereinheitlichung der bislang kantonalen Spitextarife mit Einheitstarifen von Fr. 79.80 (Abklärung und Beratung), Fr. 65.40 (Untersuchung und Behandlung) und Fr. 54.60 (Grundpflege).

Das BSV erklärt die Tarife für „Abklärung und Beratung“ (Fr. 79.80 pro Stunde) und „Untersuchung und Behandlung“ (Fr. 65.40 pro Stunde) für die ab 1.1.2011 zulasten der Invalidenversicherung erbrachten Spitexleistungen als anwendbar. Der Tarif für „Grundpflege“ (Fr. 54.60 pro Stunde) ist nicht anwendbar, da diese Grundpflegeleistungen mit der Hilflosenentschädigung (HE) und dem Intensivpflegezuschlag (IPZ) bereits abgegolten sind.

Aufgrund einer Übergangsfrist von 3 Jahren können anstelle der neuen Bundestarife die bekannten kantonalen Spitextarife bis längstens Ende 2013 weiter abgerechnet werden. Das Bundesamt für Gesundheit BAG sagt dazu: *„Nach Absatz 2 der Übergangsbestimmung zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 sind die geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren ab Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Die Angleichung von den heutigen Tarifen an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge gemäss Artikel 7a KLV obliegt den Kantonen und muss bis 31. Dezember 2013 erfolgen.“*

Alle Ausführungen gelten sinngemäss auch für Leistungen, die von selbständig tätigen Pflegefachpersonen gemäss Tarifvertrag mit dem Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK vom 25. Oktober 1999 erbracht und abgerechnet werden. Der Tarifvertrag wird ab 2011 revidiert und an die neuen Gegebenheiten angepasst.

Übergangsbestimmungen:

1. Neuanmeldungen sind somit nach dem vorliegenden Rundschreiben zu beurteilen, selbst wenn Leistungen für die Zeit vor Inkrafttreten dieses Rundschreibens zu beurteilen sind.
2. Laufende befristete Leistungszusprachen sind erst mit Ablauf der Befristung nach dem vorliegenden Rundschreiben zu beurteilen, es sei denn, es liege bereits vorher ein Grund für eine revisionsweise Neubeurteilung vor.
3. Laufende unbefristete Leistungszusprachen sind erst mit Vorliegen eines Revisionsgrundes bzw. anlässlich der nächsten ordentlichen Revision nach dem vorliegenden Rundschreiben zu beurteilen.
4. Fälle, welche zwischenzeitlich bereits nach dem Rundschreiben Nr. 297 angepasst wurden, werden auf Antrag der versicherten Person nach dem vorliegenden Rundschreiben überprüft und für den Fall, dass ein höherer Anspruch festgestellt wird, entsprechend angepasst, auch wenn kein Revisionsgrund gegeben ist. Hierbei erfolgt die Anpassung per 1. März 2012.

Dieses Rundschreiben tritt per 1. März 2012 in Kraft.

Beilage: Formular „Verordnung für die Spitex-Behandlungspflege“