



1. Februar 2011

IV-Rundschreiben Nr. 297

(ersetzt das IV-Rundschreiben Nr. 177 vom 1. Mai 2003) Kinderspitex-Leistungen nach Artikel 13 IVG in Verbindung mit Artikel 14 IVG

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 BC 81/2010 vom 7. Juli 2010 hat nun massgeblich zur Klärung der rechtlichen Situation beigetragen. Das Bundesgericht hält darin folgendes fest (Zitat):

Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung ihres Geburtsgebrechens. Streitig und zu prüfen ist, ob die von der Kinder-Spitex Zürich erbrachten Leistungen solche Massnahmen darstellen. ... Der Rechtsstreit dreht sich um die Frage, was unter einer medizinischen Massnahme im Sinne von Art. 13 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 14 Abs. 1 lit. A IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV zu verstehen ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nur Vorkehren, welche notwendigerweise durch den Arzt oder – auf seine Anordnung – durch medizinische Hilfspersonen im umschriebenen Sinne vorzunehmen sind, als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 13 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 14 Abs. 1 lit. A IVG und Art. 2 Abs. 3 GgV gelten können. Das trifft nicht zu bei Vorkehren, welche, ob nun mit oder ohne Anleitung, durch Personen ohne medizinische Spezialausbildung durchgeführt werden können.

... Sodann hielten die Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV (RAD) fest, es würden keine medizinischen Massnahmen durchgeführt, die ausschliesslich von einer diplomierten Krankenschwester erfüllt werden müssten. ... Die Anhörungsreaktion des Kinderspitex ... bestätige im Prinzip, dass es bei den Spitex-Leistungen um einen reinen Entlastungsdienst gehe (RAD-Bericht vom 27. Juli 2009). Die einzelnen Verrichtungen dienten der Entlastung der Eltern und erforderten nicht eine diplomierte Krankenschwester (RAD-Bericht vom 18. September 2009).

Die Vorinstanz hat weiter erwogen, obschon die Eltern einen – im Vergleich zur Betreuung gesunder Kinder – immens höheren Aufwand auf sich nehmen müssten und dies auch bemerkenswert meisterten, könne die von ihnen geleistete Pflege nicht als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 13 Abs. 1 und Artikel 14 Abs. 1 lit. a IVG qualifiziert werden. Das gelte folgerichtig auch für den die Eltern entlastenden Einsatz der Kinder-Spitex. ... Diese Beurteilung ist im Rahmen der dargelegten Grundsätze nicht zu beanstanden. So verständlich das Anliegen der Eltern aufgrund der gegebenen Umstände auch ist, kann doch nicht auf eine medizinische Massnahme im Sinne der gesetzlichen Regelung geschlossen werden. ... Das heisst nun aber nicht, dass für den durch das Geburtsgebrehen erforderlichen pflegerischen Mehraufwand der Eltern und für deren Entlas-

tion durch die Kinder-Spitex kein Leistungsanspruch aus der IV besteht. Diesem Anspruch ist aber nicht unter dem Titel der medizinischen Massnahmen, sondern über die Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag Rechnung zu tragen. Solche Leistungen wurden denn auch bereits verfügt.

Das oben zitierte 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
Abklärung und Dokumentation des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten (vP ¹) 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 Pflegeverrichtungen und Vornahme der notwendigen Kontrollen. Die Instruktionsleistungen sind detailliert zu dokumentieren. ab Pflegebeginn zu Hause insgesamt danach in terminalen Phasen	45 Stunden in den ersten 3 Monaten 35 Stunden pro Jahr 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
Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken	20 Minuten pro Entnahme
Medizinische Massnahmen bei der Atmung (z.B. O2- Verabreichung, Beatmung, Trachealkanülenpflege, Inhalation etc.)	120 Minuten pro Einsatz
Einführen von Sonden und / oder Kathetern und die damit verbundenen medizinischen Massnahmen	35 Minuten pro Einsatz

¹ (vP) = versicherte Person

Medizinische Massnahmen bei parenteraler Ernährung, inkl. Vorbereitung und Durchführung	60 Minuten pro Einsatz
Medizinische Massnahmen bei Peritonealdialyse	120 Minuten pro Woche
Medizinische Massnahmen bei der Medikamentenverabreichung (per oral, subkutan, intramuskulär, intravenös, etc) bei Infusionen und Transfusionen	45 Minuten pro Einsatz
Überwachung und Beurteilung bei im Vordergrund stehenden komplexen Hautproblemen inkl. medizinischer Behandlung von Wunden, Körperhöhlen, Stomapflege etc.	60 Minuten pro Einsatz
Medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit Therapiebädern bei komplexen Hautproblemen	30 Minuten pro Einsatz
Medizinische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung	45 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 über 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen durch diplomiertes Pflegefachpersonal zu rechnen ist (als alleinige Leistung, nicht kumulierbar mit anderen Leistungen der Kategorie "Massnahmen der Untersuchung und Behandlung")	maximal 7 Stunden pro Tag (als alleinige Leistung)

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

Bei der Vor-Ort-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. Es besteht in keinem Fall ein Anspruch auf pauschale Anrechnung der angegebenen Zeitwerte! 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/RAD stellen.

Es ist darauf zu achten, dass lediglich derjenige Zeitbedarf angerechnet wird, der die Anwesenheit einer Pflegefachperson erfordert bzw. effektiv von einer Pflegefachperson geleistet werden soll. Für Leistungen, die von nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden (mit oder ohne vorangegangene Instruktion durch die Pflegefachperson) selbständig durchgeführt werden können, kann kein Zeitaufwand angerechnet werden.

Die letzte aufgeführte Position „In Situationen, in welchen über 24 Stunden pro Tag mit medizinischen Notfallinterventionen durch diplomiertes Pflegefachpersonal 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 ausreichen sollte, um auch alle anderen oben aufgeführten erforderlichen medizinischen Massnahmen durchzuführen. Die Leistung darf nicht der reinen Elternentlastung dienen. Es

muss eine medizinische Krisensituation vorliegen, bei der ohne fachlich fundiertes Eingreifen eine akut lebensbedrohliche Situation entstehen würde.

Die Beurteilung der Pflegeerfordernisse durch die Abklärungsdienste der IV-Stellen soll durch die oben stehende Liste unterstützt und ein möglichst einheitlicher Vollzug sichergestellt werden. Es wurde aber bewusst auf eine detailliertere Reglementierung verzichtet, um genügend Freiraum für die Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation zu lassen. Wir empfehlen den Abklärungsdiensten, die HE/IPZ-Abklärung vor Ort zusammen mit einer Fachperson der involvierten Spitexorganisation durchzuführen. Die Begehren der Leistungserbringer und Versicherten sind jedoch kritisch zu prüfen. Der Entscheid über die Zusprache der von der IV maximal zu bezahlenden Leistungen der Kinderspitex 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).

Im Rahmen der HE/IPZ-Abklärung ist der gemäss obenstehender Liste resultierende Zeitaufwand für die medizinischen Massnahmen nach Artikel 13 bzw. 14 IVG zu ermitteln. In der Verfügung bzw. Mitteilung an die Versicherten ist der von der Invalidenversicherung zu übernehmende Aufwand für „Abklärung und Beratung“ sowie „Untersuchung und Behandlung“ separat anzugeben. Bei der Rechenkontrolle 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).

Aus der Botschaft zu diesem Bundesgesetz ist zu entnehmen: *„Grundidee des Modells ist, dass die Krankenversicherung die Kosten für jene medizinischen Massnahmen voll vergütet, welche ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung einer Krankheit verfolgen (Behandlungspflege), während an die auf die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse ausgerichtete Grundpflege ein Beitrag entrichtet wird.“*

Daraus ergibt sich, dass die Tarife für „Abklärung und Beratung“ und „Untersuchung und Behandlung“ kostendeckend kalkuliert wurden und somit für diese Leistungen keine Zusatzrechnungen gestellt werden dürfen.

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.

Diese Bestimmungen treten per 1.2.2011 in Kraft.