



CH
IGWS Interessengruppe Wundspezialisten
GISP Groupe d'intérêt suisse des spécialistes en soins de plaies et cicatrisation
GICF Gruppo d'interesse delle specialiste nella cura della ferita

Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. September und vom 7. November 2017: Überlegungen zur Bedeutung und zum weiteren Vorgehen

Am Verfahren, das mit dem Urteil vom 01.09.2017 seinen Abschluss fand (im Urteil vom 07.11.2017 bestätigte das Bundesverwaltungsgericht lediglich seine Rechtsprechung), waren einerseits die CSS und 41 weitere, von tarifsuisse AG vertretene Krankenversicherer, andererseits ein (nicht namentlich genannter) Verband von Alters- und Pflegeheimen beteiligt. Angesichts des Umstandes, dass der rechtliche Rahmen der Abgeltung der ambulanten (von Spitexorganisationen und freiberuflichen Pflegefachpersonen) erbrachten Pflegeleistungen der gleiche ist, ist die vorliegende Rechtsprechung auch auf diese *tel quel* anwendbar.

Die wesentlichste Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichts: Die Kosten des in der MiGeL-Liste aufgeführten Pflegematerials („Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen“) dürfen von den Krankenversicherern nur übernommen werden, wenn es vom Patienten selber oder von nicht beruflich Mitwirkenden angewendet wird. Material, das von den Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Pflege verwendet wird, ist mit den Ansätzen gem. Art. 7a KLV und der kantonalen Restfinanzierung (einschliesslich einer allfälligen Patientenbeteiligung) abgegolten. Die Finanzierung der Pflegeleistungen nach Art. 25a KVG bzw. die Beiträge nach Art. 7a KLV umfassen damit sowohl Lohn- wie auch Sachkosten: *Da die Materialien zur Applikation durch Pflegefachpersonen definitionsgemäss für das Erbringen der OKP-pflichtigen Pflegeleistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV notwendig bzw. untrennbar damit verbunden sind, sind sie den jeweiligen einzelnen Pflegeleistungen gem. Art. 7 Abs. 2 KLV zuzuordnen und gelten mit der Vergütung dieser Pflegeleistungen als abgegolten (so das Bundesverwaltungsgericht in Erwägung 9.6.3.).*

Bei der Einführung der neuen Finanzierung der Leistungen der Langzeitpflege (in den Heimen und ambulant)(auf den 01.01.2011) bestand die gesetzgeberische Vorgabe, den Übergang zum neuen System für die Krankenversicherer kostenneutral zu gestalten; deren Beitrag wurde auf die in Art. 7a KLV festgesetzten Beträge plafoniert; der (für die Kantone fakultative) Beitrag der Patienten wird aufgrund der Beiträge nach Art. 7a KLV berechnet und ist demnach ebenfalls (auf CHF 15.95/Tag) plafoniert; zudem gilt den Patienten gegenüber das Gebot des Tarifschutzes; als Teil der Pflegevollkosten gehen die im Rahmen der Pflege verwendeten Mittel und Gegenstände demzufolge zulasten der Restkostenfinanzierung durch den Kanton (ggf. den Gemeinden).

Wo dies bisher noch nicht der Fall war, müssen die Materialkosten in die Berechnung der kantonalen Restfinanzierung einfließen. Da diese Kosten je nach Art der erbrachten Pflegeleistungen stark variieren, führt dies praktisch zwangsläufig zu einer entsprechend differen-

zierten Restfinanzierung. Hier stellt sich die Frage der konkreten Ausgestaltung einer solchen Abstufung (hauptsächlich betroffen sind wohl die in der Wundbehandlung tätigen freiberuflichen Pflegefachleute; es wird aber im Rahmen der bevorstehenden Datensammlung eruiert werden müssen, in welchen weiteren Bereichen der Pflege welches bzw. wieviel Material verwendet wird).

Hinsichtlich der anstehenden Verhandlungen mit den Kantonen (und/oder Gemeinden) wird der SBK den Schulterschluss mit den Verbänden aller betroffenen Leistungserbringer (Heime und Spitexorganisationen) suchen. Es zeichnet sich jetzt schon ab, dass die Kantone - entgegen der eindeutigen Aussagen des Bundesverwaltungsgerichtes - die Verantwortung auf das für die KLV zuständige Bundesamt für Gesundheit (BAG) abzuschieben trachten und eine Erhöhung der OKP-Ansätze anstreben werden. Damit es nicht einmal ansatzweise zum erwarteten Schwarzpeterspiel kommt, erscheint es unumgänglich, BAG und Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) an einen Tisch mit den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer zu bringen. Danach sind unverzüglich Verhandlungen mit den Kantonen aufzunehmen, welche selbstverständlich das Sammeln der einschlägigen Daten und Statistiken voraus (im Sinne einer Umrechnung der Kosten der angewandten Mittel und Gegenstände auf die Pflege-stunde).

Die Berechnung und Aushandlung der Restfinanzierungsansätze wird einige Zeit benötigen, während der gesetzlich vorgeschriebene Zahlungen ausbleiben werden; um ein „Leistungserbringersterben“ abzuwenden, ist eine Übergangslösung anzustreben. Es kann z.B. auch nicht im Interesse der Versicherer sein, dass sich die Patienten auf Leistungserbringer verlegen, die nach TarMed oder DRG abrechnen. Allerdings haben die Versicherer der HSK-Gruppe samt CSS bereits erklärt, dass sie seitens des BAG über keinerlei Handlungsspielraum verfügen im Hinblick auf eine weitere Übernahme der Kosten des Pflegematerials. Sie sehen sich aufgrund der nun geklärten Rechtslage vielmehr gezwungen, eine Rückforderung der bereits bezahlten Materialkosten zu erwägen. Eine verbindliche Stellungnahme der weiteren Versicherer (Tarifsuisse, Supra, Assura) zur Möglichkeit einer Übergangslösung steht noch aus; es ist indessen schwer vorstellbar, dass sie von einer abweichenden Interpretation der Urteile ausgehen werden.

Eine Berufung auf Art. 20a KLV, wonach

„Mittel und Gegenstände, die in den Körper implantiert werden oder von Leistungserbringern nach Art. 35 Abs. 2 KVG im Rahmen ihrer Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verwendet werden, sind in der [MiGeL] nicht aufgeführt. Die Vergütung wird mit der entsprechenden Untersuchung oder Behandlung in den Tarifverträgen geregelt“.

greift ins Leere, wie das Bundesverwaltungsgericht übrigens ausdrücklich festhält. Die in dieser Bestimmung erwähnten Tarifverträge sind nach der Einführung der neuen Pflegefinanzierung ihrer gesetzlichen Grundlage verlustig gegangen; die Abgeltung der ambulanten Pflegeleistungen erfolgt denn auch nicht mehr aufgrund von Tarifverträgen, sondern nach den erwähnten Regeln jener Pflegefinanzierung. Art. 8 der verschiedenen Administrativverträge, die eine Verrechnung der Mittel und Gegenstände zum Ansatz der MiGeL (je nach Vertrag minus 15%) vorsieht, ist mit der neuen Rechtsprechung nicht mehr vereinbar; er ist mit anderen Worten gegenstandslos geworden.

Die vorliegende Rechtsprechung hebt die Bedeutung der Kantone/Gemeinden hervor und unterstreicht die Tatsache, dass die Ansätze gem. Art. 7a KLV lediglich den Beitrag der Krankenversicherer an den Pflegekosten darstellt. Folgerichtig trifft die Kantone eine grosse Verantwortung im Hinblick auf die Definierung und Berechnung der Pflege(voll)kosten. Ohne korrekte Berechnung lässt sich der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und der Aufbau effizienter ambulanter Strukturen für die Versorgung von Patienten, welche Langzeitpflege benötigen, nicht umsetzen. Dies gilt es bei der Aushandlung angemessener Restkostenansätze mit den Kantonen stets zu bedenken.

Mit seinen Partnern verfolgt der SBK somit drei Ziele:

1. Die Sicherung einer angemessenen Abgeltung der Pflegematerialien über eine entsprechende Erhöhung der kantonalen Restfinanzierung.
2. Die Sicherung der Existenz der betroffenen Leistungserbringer in der Übergangsphase.
3. Die Abwehr von Rückforderungen.

Zu diesem Zweck hat die Geschäftsstelle SBK eine „Taskforce Pflegematerial“ eingesetzt.

Dieser gehören an:

- Yvonne Ribl, Geschäftsführerin SBK
- Ruth Hostettler, Verantwortliche Freiberufliche SBK
- Esther Gerber, Kontaktperson MiGeL SBK
- Gérard Villarejo, Präsident Curacasa
- Monika Sutter, Präsidentin der SBK-IG Wundspezialistinnen IGWS
- Doris von Siebenthal, Co-Präsidentin Swiss Association for Woundcare SAFW
- Pierre-André Wagner, Leiter Rechtsdienst SBK

Weiteres Vorgehen:

- Zusammenarbeitsangebot an die Verbände der mitbetroffenen Leistungserbringer
- Runder Tisch des SBK und seiner Partner mit BAG und GDK
- Insb. Rückendeckung des BAG für eine Übergangslösung mit den Versicherern
- Aufbau politischen Drucks, auch via Medien
- Datensammlung durch SBK/Curacasa bei den Leistungserbringern
- Erarbeitung von Restfinanzierungsmodellen
- Verhandlungen mit den Kantonen

In allen Phasen ist ein enger Einbezug der SBK-Sektionen zwingend vorgesehen.

Der SBK wird seine Sektionen sowie seine betroffenen Mitglieder und deren Organisationen regelmässig über die Entwicklung der Situation informieren.

Konkrete Handlungsempfehlungen an die betroffenen freiberuflichen Pflegefachpersonen folgen in Kürze.

Stand: 13.03.2018

*Pierre-André Wagner, Leiter Rechtsdienst SBK
Gérard Villarejo, Präsident Curacasa
Esther Gerber und Ruth Hostettler, SBK-Verantwortliche Freiberufliche
Monika Sutter, Präsidentin der SBK-IG Wundspezialistinnen IGWS
Doris von Siebenthal, Co-Präsidentin SAFW*