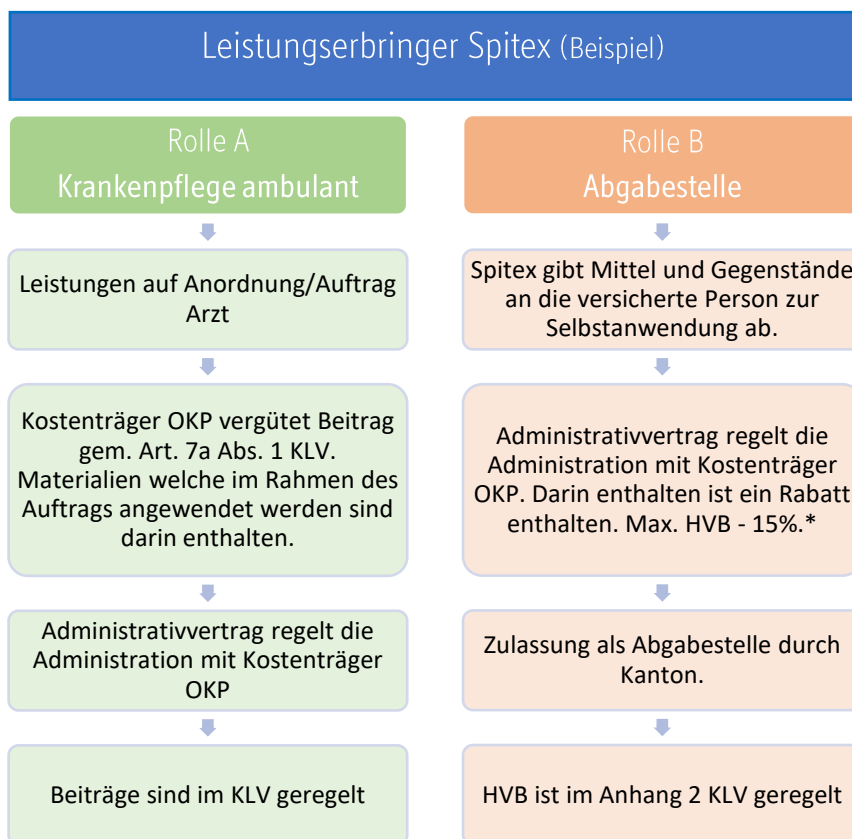


Bedeutung BVG-Urteil C-3322/2015 – Analyse von Rolf Müller, Zutat GmbH

Die Auswirkungen des BVG-Urteils C-3322/2015 für die Pflege sind rein administrativer Natur und betreffen somit keine Kürzung der Finanzierung der Pflegedienstleister. Beiträge an Mittel und Gegenstände welche bis heute zu einem grossen Teil durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) getragen wurde, gehen künftig verstärkt zu Lasten der Restfinanzierung (welche durch die Kantone geregelt ist). Dies da die Beiträge der OKP sowie der versicherten Person gedeckelt sind (siehe unten), und es sich um einen rein rechnerischen Splitt und nicht um eine sachbezogene Aufteilung handelt, ist es gegeben, dass das Gesetz eine stärkere Beanspruchung der Restfinanzierung vorsieht.

Jetzt gilt es mit den Kantonen klare Regelungen zu schaffen. Als Beispiel die Bemessung der Wirtschaftlichkeit. Hier ist zu erwähnen, dass freiberufliche Pflegefachpersonen mit Schwerpunkt «Wundbehandlung» weitaus höhere Materialkosten haben im Vergleich zu einer Spitexorganisation welche ein breit gefächertes Leistungsangebot anbietet. Es braucht klare Bedingungen für sämtliche Beteiligten welche durch die Kantone zu erarbeiten sind. Hingegen ist eine engagierte Beteiligung seitens Leistungserbringer als Chance zu betrachten um gemeinsam mit dem jeweiligen Kanton eine praxisnahe Regelung zu finden.

Die davon betroffenen Leistungserbringer müssen sich ihrer Rollen klar sein, da sie nicht selten mehrere Funktionen innehaben. Insbesondere sind zwei Rollen zu erwähnen: «Heime, Einrichtungen oder Personen die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen» und «Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen». Entweder benötigt der Leistungserbringer Mittel und Gegenstände, um der Anordnung des Arztes Folge zu leisten (Rolle A) oder der Leistungserbringer gibt der versicherten Person Material ab welches dieser selbst anwendet (Rolle B). Bei der Abrechnung der Leistungen wurde bis anhin eine Durchmischung der beiden Rollen gemacht, was nicht im Sinne des Gesetzes ist. Diese beiden Rollen gilt es strikt zu trennen.



* Bei der Abgabe von Mittel und Gegenständen waren Verhandlungen möglich da es sich um Höchstvergütungsbeträge und nicht um festgelegte Beiträge handelt.

In der Vergangenheit wurden teils Mittel und Gegenstände, welche im Rahmen von Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV eingesetzt wurden, gemäss MiGeL (Anhang 2, KLV) der OKP in Rechnung gestellt. Das Bundesverwaltungsgericht hält im Urteil C-3322/2015 mitunter fest, dass diese Praxis rechtswidrig ist. Die MiGeL kommt ausschliesslich in Situation zum Tragen, in welchen die versicherte Person oder eine nicht beruflich an der Behandlung beteiligten Person die Mittel und Gegenstände einsetzt (vgl. Art. 20 KLV).

Aktuell besteht bei Heim- und Spitexorganisationen eine Unsicherheit bezüglich der Rückvergütung von Mittel und Gegenständen, welche im Rahmen eines Leistungsauftrags nach Art. 7 KLV angewendet werden.

Es geht somit um Pflegeleistungen, welche erbracht werden und folgende Punkte abdecken:

- Sie erfolgen im Auftrag oder auf Anordnung einer Ärztin / eines Arztes.
- Die Leistung ist wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich.
- Das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen ist unbestritten.
- Leistung dienen der Behandlung oder Untersuchung einer Krankheit oder deren Folge.

Gemäss Art. 25 Abs. 2 Bst. b KVG umfassen die Leistungen nach Art. 25 Abs. 1 KVG die *ärztlich [...] verordneten [...] der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände.*

Das Bundesverwaltungsgericht hat geklärt, wie die Vergütung von Mittel und Gegenständen erfolgt, welche im Rahmen einer Pflegeleistung genutzt werden, unabhängig davon, ob es auf der MiGeL (Anhang 2, KLV) gelistet ist oder nicht. Das Gericht hält fest, dass drei Kostenträger die Pflegeleistungen, welche nach Art. 25 KVG geleistet werden, vergüten.



Die Beiträge der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der versicherten Person sind klar deklariert. Die öffentliche Hand ist dabei in der Pflicht, die Finanzierung der Restkosten (Bruttokosten abzüglich Anteil OKP, abzüglich Anteil versicherte Person) sicherzustellen.

Die Praxis, dass wiederrechtlich Sachkosten zusätzlich der OKP in Rechnung gestellt und durch diese auch vergütet wurden, hat dazu geführt, dass die OKP mehr Beiträge geleistet hat als vorgesehen und rechtlich zulässig. Im Gegenzug wurden die Kantone und Gemeinden entlastet.

Diese Bevorteilung von Kanton und Gemeinde hat nicht in deren Auftrag stattgefunden, sondern hat sich zunehmend eingebürgert.

Bei der Finanzierung der Pflegeleistungen handelt es sich um eine rechnerische und nicht um eine sachliche Aufteilung. Daher besteht ein grundsätzlicher Anspruch auf eine Vergütung durch die Gesamtheit der Kostenträger. Auf nationaler Ebene ist geregelt, welche Beiträge die OKP sowie die versicherte Person leisten muss und darf. Diese beiden Kostenträger dürfen keine zusätzlichen Leistungen vergüten, jedoch auch nicht weniger.



Die drei Kostenträger

Bedeutung für die Erbringer von Pflegeleistungen

Das Urteil C-3322/2015 und die Schreiben der Versicherer stellen nicht die Qualität, Effizienz oder Wirtschaftlichkeit in Frage. Es geht lediglich darum, dass ein Kostenträger (OKP) Beiträge vergütet hat welche nicht so vorgesehen und nach KVG auch nicht rechtmässig sind.

Es ist dringend zu empfehlen, dass sich die Dachverbände der betroffenen Leistungserbringer zeitnah, den Kantonen anbieten, partnerschaftlich die Administration zu regeln und ein für alle Seiten gewinnbringendes Regelwerk zu schaffen. Ziele müssen sein: Baldmöglichste Klarheit, hohes Mass an Transparenz und kein Ausbau der Administration für Kanton, Gemeinden und Leistungserbringer.

Heute haben teils Kantone sehr viel Kompetenzen an die Gemeinden weitergegeben. Der Trend von Organisationen, welche weit über die Gemeindegrenzen hinaus Kunden betreuen, wird anhalten, was für eine kantonale Regelung spricht.

Aktuell sind die Kantone gefordert, da wo keine Regelung besteht, zeitnah Unterstützung zu bieten, sodass die Existenz von Leistungserbringern nicht gefährdet ist durch unklare, administrative Bedingungen und Abläufe. Die Kantone müssen die Probleme hören – strukturiert und sachlich.

Die Leistungserbringer sind nicht in der Pflicht, die Herausforderungen der Kantone zu lösen und auch nicht in der Lage dazu. **Veränderungen in der Organisationsstruktur und/oder -abläufe vorzunehmen, in einer Zeit der Unsicherheit, ist nicht zu empfehlen.** Der Wechsel von der Vergütung durch die OKP hin zu einer Vergütung, geregelt mittels Restfinanzierung, führt weder zu Einsparungen, noch zu Mehrkosten für das Gesundheitssystem. Es handelt sich lediglich um einen anderen Rechnungsempfänger.