

Sitzung vom 6. Juni 2018

505. Anfrage (Zusätzliche Kosten für Gemeinden infolge Verrechnung der Mittel- und Gegenständeliste [MiGeL] in Pflegeheimen und Spitex-Organisationen)

Die Kantonsräte Ronald Alder, Ottenbach, Christoph Ziegler, Elgg, und Jörg Mäder, Opfikon, haben am 19. März 2018 folgende Anfrage eingereicht:

Das Bundesverwaltungsgericht hat in zwei Urteilen entschieden, dass die von den Pflegeheimen verwendeten sogenannten Mittel und Gegenstände (MiGeL) zu den Pflegekosten gehören und nicht zusätzlich von den Krankenversicherungen zu vergüten sind. Diese MiGeL-Materialien wie z. B. Inkontinenzmaterial, Verbandsmaterial, Sauerstofftherapien etc. sind gemäss Bundesverwaltungsgericht zusätzlich durch die Restfinanzierer zu übernehmen. Die Krankenversicherer zahlen ab dem 1. Januar 2018 kein MiGeL-Material mehr, welches durch Fachpersonal angewendet wird. Ausserdem prüfen die Krankenversicherungen die Rückabwicklung der vergüteten MiGeL-Materialien für die vergangenen Jahre.

Da die MiGeL-Leistungen, basierend auf der aktuellen Regelung, nicht den Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeheime verrechnet werden können, fallen diese beim Restfinanzierer sprich den Gemeinden, an. Es handelt sich hier um Zusatzkosten von mehreren Millionen für die Gemeinden. Dies ist ein weiteres Beispiel dafür, wie den Gemeinden klamheimlich zusätzliche Kosten aufgebürdet werden.

In diesem Zusammenhang bitten wir den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Mittlerweile haben einzelne Pflegeheime bereits begonnen, die MiGeL-Aufwände an die Gemeinden mittels Pauschalen in Abhängigkeit der Pflegestufen zu verrechnen. Auf welcher gesetzlichen Grundlage werden diese Pauschalen festgelegt und wie werden die Pauschalen berechnet? Ist dieses Vorgehen zulässig oder sind weitere Rechtsprozesse zu befürchten?
2. Ist ein solches Vorgehen auch für Spitex-Organisationen anwendbar? Wenn ja, wie?
3. Welche potenziellen Zusatzkosten haben die Gemeinden bei Pflegeplätzen und Spitexorganisationen zu gewärtigen?
4. Wie wirkt sich das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes auf das Kostenverhältnis ambulant/stationär aus?

5. Was unternimmt der Regierungsrat, um diese Mehrkosten für die Gemeinden zu vermeiden?
6. Wie geht der Regierungsrat vor, um gegebenenfalls eine gesamtschweizerische Lösung zu finden?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Ronald Alder, Ottenbach, Christoph Ziegler, Elgg, und Jörg Mäder, Opfikon, wird wie folgt beantwortet:

Zu Fragen 1 und 2:

Die Finanzierung der ambulant und stationär erbrachten Pflegeleistungen ist im Grundsatz in Art. 25a Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) geregelt. Danach dürfen der versicherten Person «von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung». Der Bund hat die Pflegebeiträge der Krankenversicherer für ambulante Leistungserbringer (Spitex) gestuft nach der Art der Pflegemassnahmen auf Fr. 54.60 bis Fr. 79.80 pro Stunde und für Pflegeheime gestaffelt nach dem Pflegebedarf auf Fr. 9 bis Fr. 108 pro Pfl egetag festgelegt (Art. 7a Krankenpflege-Leistungsverordnung; KLV, SR 832.112.31). Der Kanton Zürich hat die Restfinanzierung der Pflegeleistungen in § 9 des Pflegegesetzes (LS 855.1) wie folgt geregelt: Von den Pflegekosten ist in einem ersten Schritt der Beitrag der Sozialversicherung abzuziehen (§ 9 Abs. 1 Pflegegesetz). In einem zweiten Schritt darf von den verbleibenden Kosten für Pflegeleistungen nach KVG bei ambulanten Leistungserbringern höchstens ein Beitrag von Fr. 8 pro Pfl egetag und bei Pflegeheimen höchstens ein Beitrag von (zurzeit) Fr. 21.60 pro Pfl egetag von der versicherten volljährigen Person erhoben werden (§ 9 Abs. 2 Pflegegesetz in Verbindung mit Art. 25a Abs. 5 KVG und Art. 7a KLV). Die restlichen Kosten sind bei von der Gemeinde betriebenen oder beauftragten Leistungserbringern von der Wohnsitz- bzw. Herkunftsgemeinde zu übernehmen (§ 9 Abs. 4 und 5 Pflegegesetz); besteht kein Leistungsauftrag der Gemeinde, so hat diese die effektiven ungedeckten Pflegekosten zu übernehmen, jedoch höchstens im Umfang des kantonalen Normdefizits (§§ 15–17 Pflegegesetz).

Mittel und Gegenstände wurden bisher von den Krankenversicherern separat, d. h. zusätzlich zu den erwähnten Beiträgen für pflegerische Leistungen vergütet. Das Bundesverwaltungsgericht hat nun festgestellt, dass die von den Pflegefachpersonen direkt verwendeten Materialien bereits

mit den von den Krankenversicherern gemäss Art. 7a KLV zu vergütenden Pflegebeiträgen für Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV abgegolten sind (Urteil C-3322/2015 vom 1. September 2017). Die Materialkosten müssen deshalb neu vom Restfinanzierer, im Kanton Zürich mithin von den Gemeinden, übernommen werden. Aufgrund der klaren gesetzlichen Regelung (Rangfolge der Kostenträger: Sozialversicherung, Patientin/Patient, Restfinanzierer gemäss kantonalem Recht) und der nunmehr erfolgten gerichtlichen Klärung im Bereich der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) ist nicht mit weiteren Gerichtsprozessen zu rechnen.

Um den administrativen Aufwand für die Pflegeheime und die Gemeinden im Rahmen zu halten, haben der Gemeindepräsidentenverband des Kantons Zürich (GPV) und der Heimverband Curaviva Kanton Zürich in einer gemeinsamen Empfehlung einstweilen festgehalten, dass die Pflegeheime die MiGeL-Kosten den Gemeinden zusätzlich zu den bisherigen Restkosten verrechnen dürfen. Dieser pragmatische Ansatz ist zu begrüssen. Eine pauschalierte Abgeltung der MiGeL-Kosten sollte wohl auch für die ambulanten Leistungserbringer (Spitex-Organisationen, selbstständig erwerbende Pflegefachpersonen) möglich sein: Den Verbänden der ambulanten Leistungserbringer steht es offen, sich mit dem GPV über eine pauschalierte Vergütung der MiGeL-Leistungen zu einigen. Sollte mit den Gemeinden keine Einigung möglich sein, wären die Leistungserbringer berechtigt, die Leistungen den Gemeinden einzeln zu belegen und in Rechnung zu stellen.

Zu Fragen 3 und 4:

Der Heimverband Curaviva Kanton Zürich rechnet mit einem Kostenvolumen für MiGeL-Leistungen von rund 15 Mio. Franken im Jahr. Das ergibt ungefähr Fr. 2 pro Pflageetag (was Fr. 1.20 pro Pflagestunde entspricht).

Das Kostenverhältnis ambulant zu stationär bleibt vom Urteil des Bundesverwaltungsgerichts unberührt, weil lediglich der Kostenträger für MiGeL-Leistungen wechselt (weg von den Krankenversicherern hin zu den Gemeinden), jedoch keine zusätzlichen Kosten anfallen.

Zu Fragen 5 und 6:

Das Eidgenössische Departement des Innern legte die Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten im Rahmen der KLV-Revision vom 24. Juni 2009 im neuen Art. 7a fest. Bei der Berechnung dieser Beiträge wurden die Mittel und Gegenstände nicht einbezogen. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) wies deshalb das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit Schreiben vom 15. Dezember 2017 darauf hin, dass die Beiträge der Krankenversicherer schon seit 2011 auf falschen bzw. zu tiefen Zahlen be-

ruhen. Die GDK forderte das BAG auf, die Neuberechnung dieser Beiträge umgehend an die Hand zu nehmen. Eine Anpassung der Beiträge dürfe nicht hinausgezögert werden, da die Krankenversicherer die Pauschalen für Pflegematerialien nicht mehr bezahlten und die Leistungserbringer mit erheblichen ungedeckten Kosten auskommen müssten.

Die Gesundheitsdirektion wird sich zusammen mit der GDK für eine Klärung der Sachlage auch hinsichtlich der vergangenen Jahre einsetzen.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:
Kathrin Arioli