

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 13. Juli 2011

920. Krankenversicherung (Tarife für Nebenleistungen [Arzt, Arznei, Therapien und Pflegematerialien] in Pflegeheimen; vorsorgliche Massnahmen)

A. Für die Verrechnung von Pflegepflichtleistungen und von Nebenleistungen (Arzt, Arznei, Therapien und Pflegematerialien) in den Pflegeheimen des Kantons Zürich galt bis 31. Dezember 2010 einerseits der Pflegeheimvertrag vom 1. April 2007 (mit dem Bewohner-Einstufungs- und Abrechnungssystem BESA; im Folgenden BESA-Pflegeheimvertrag genannt), anderseits der Vertrag mit dem Pflegebedarfsabklärungssystem RAI/RUG (Resident Assessment Instrument / Ressource Utilization Groups) vom 1. Januar 2008 (im Folgenden RAI/RUG-Vertrag), der auf einer kostenneutralen Umrechnung der Pflegetarife gemäss BESA-Pflegeheimvertrag beruhte. Beide Verträge sahen neben der Vergütung von Pflegepflichtleistungen auch eine pauschale Abgeltung der Kosten für Nebenleistungen in Pflegeheimen des Kantons Zürich vor. Sie wurden vom Regierungsrat mit Beschlüssen Nrn. 1806/2007 und 732/2008 genehmigt.

B. Mit Schreiben vom 25. Juni 2009 kündigte *santésuisse* sowohl den Pflegeheimvertrag wie auch den RAI/RUG-Vertrag auf den 31. Dezember 2009. Nachdem die Tarifverhandlungen zwischen den Leistungserbringern und *santésuisse* gescheitert waren, verlängerte der Regierungsrat mit Beschlüssen Nrn. 236/2010 und 938/2010 sowohl den RAI/RUG-Vertrag als auch den Pflegeheimvertrag bis zum 31. Dezember 2010.

C. Da die Pflegepflichtleistungen gemäss dem am 13. Juni 2008 revidierten Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) ab 1. Januar 2011 nicht mehr von den Tarifpartnern festzulegen sind, hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 652/2010 gestützt auf Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur neuen Pflegefinanzierung bestimmt, dass die auf Ende 2010 geltenden Tarife und Tarifmodalitäten zur Abgeltung der Pflegepflichtleistungen durch die Krankenversicherer für alle Leistungserbringer von Pflegeleistungen im Sinne von Art. 25a Abs. 1 KVG (in der Fassung vom 13. Juni 2008) für 2011 unverändert gelten. Die von *santésuisse* hiegegen erhobene Beschwerde ist beim Bundesverwaltungsgericht hängig. Das Gericht hat aber mit Zwischenverfügung vom 17. Dezember 2010 der Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzogen, weshalb die Vergütung von Pflegepflichtleistungen einstweilen geregelt ist.

D. Für die nach wie vor von den Tarifpartnern auszuhandelnden Nebenleistungen kamen am 6. April 2011 zwischen Curaviva Kanton Zürich und dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich einerseits sowie den Versicherern Helsana Versicherungen AG, Sanitas Grundversicherungen AG und KPT Krankenkasse AG anderseits drei separate, für 2011 geltende Vereinbarungen zustande. Für alle anderen Versicherer besteht, da sich diese mit den Leistungserbringern nicht auf eine Vereinbarung über die Abgeltung der Nebenleistungen einigen konnten, seit 1. Januar 2011 ein vertragsloser Zustand im Sinne von Art. 47 Abs. 1 KVG.

E. Mit Schreiben vom 20. Dezember 2010 stellten das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich und Curaviva Kanton Zürich als Vertreter der Leistungserbringer folgende Anträge:

- «1. Es sei festzustellen, dass die Pflegeheime als Leistungserbringer für Nebenleistungen im Sinne der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gelten und berechtigt sind, zu Lasten der OKP abzurechnen.
2. Die Krankenversicherungen – bis Dezember 2010 vertreten durch *santésuisse* – seien zu verpflichten, mit den Pflegeheimen im Kanton Zürich als Leistungserbringer bzw. den Vertretern Curaviva Kanton Zürich und Stadt Zürich zu den Nebenleistungen (Arzt, Arznei, Therapien, Pflegematerialien) Vertragsverhandlungen aufzunehmen.
3. Für die Dauer des vorliegenden Verfahrens mit Wirkung ab 1. Januar 2011 sowie für die Dauer der nachfolgenden Vertragsverhandlungen bis maximal zu einem Jahr seien die Leistungserbringer Pflegeheime im Sinne von vorsorglichen Massnahmen berechtigt zu erklären, die weiteren Pflichtleistungen (Arzt, Arznei, Therapien, Pflegematerialien) im Umfang und nach den Modalitäten der im Jahr 2010 angewendeten Tarife abzurechnen.»

Die Leistungserbringer begründeten ihre Anträge im Wesentlichen damit, dass Pflegeheime eigenständige Leistungserbringer seien. Daher seien sie berechtigt, Nebenleistungen (wie bisher) mit einer Pauschale oder als Einzelleistung über eine eigene Zahlstellenregisternummer (ZSR-Nummer) zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen. Da sich *santésuisse* weigere, mit den Leistungserbringern Verhandlungen über die Abgeltung von Nebenleistungen aufzunehmen, habe der Regierungsrat *santésuisse* entsprechend zu verpflichten. Der Erlass von vorsorglichen Massnahmen sei notwendig, damit die Pflegeheime ihre Leistungen, die Pflichtleistungen im Sinne des KVG seien, ab 1. Januar 2011 abrechnen könnten. Andernfalls könnten die Pflegeheime in Liquiditätsengpässe geraten. Da die Leis-

tungserbringer eine schnelle Umsetzung der Tarife für Nebenleistungen anstreben würden, müssten die Ersatztarife bis zur Einigung der Parteien, höchstens jedoch für ein Jahr ab Beginn der Vertragsverhandlungen gelten. Dabei seien als Ersatztarife für die Nebenleistungen die im Pflegeheimvertrag und im RAI/RUG-Vertrag vereinbarten Regelungen zu übernehmen.

F. Mit Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 22. Dezember 2010 wurde santésuisse zur Stellungnahme eingeladen. In ihrer Stellungnahme vom 18. Januar 2011 beantragte santésuisse Folgendes:

- «1. Auf das Feststellungsbegehren gemäss Ziff. 1 sei nicht einzutreten, eventualiter sei dasselbe abzuweisen.
2. Dem Entscheid zu vorstehendem Antrag 1 folgend sei der Antrag zu Ziff. 2 als obsolet zu bezeichnen, eventualiter derselbe abzuweisen.
3. Entsprechend sei vom Erlass vorsorglicher Massnahme gemäss Antrag Ziff. 3 abzusehen und der Antrag folglich abzuweisen.
4. In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei die Beilage 2 (Übertragungsvertrag santesuisse/tarifsuisse ag vom 17./23. Dezember 2010) den Gegenparteien nicht offen zu legen oder, soweit doch nötig, auf jene sachdienlichen Stellen zu beschränken, die für das vorliegende Verfahren von Relevanz sind.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Antragssteller.»

Zur Begründung machte santésuisse zusammengefasst geltend, eine weitere Verlängerung des Pflegeheimvertrags und des RAI/RUG-Vertrags sei nicht zulässig, da der Regierungsrat diese Verträge bereits bis 31. Dezember 2010 verlängert habe. Weiter seien Pflegeheime keine selbstständigen Leistungserbringer für Nebenleistungen. Daher bestehe mit ihnen kein Kontrahierungszwang. Auch sei kein Feststellungsinteresse gegeben. Sodann bestehe für santésuisse keine Verhandlungspflicht, eine solche gelte nur für die einzelnen Krankenversicherer. Weiter seien die beantragten vorsorglichen Massnahmen nicht zulässig, da sie in keinem Zusammenhang mit den materiellen Anträgen der Leistungserbringer stehen würden. Schliesslich sei festzuhalten, dass die Krankenversicherer nicht in der Lage seien, einen «konkreten Tarif» zu beantragen, weil ihnen die entsprechenden Leistungs- und Kostenrechnungsdaten der Pflegeheime fehlen würden.

G. Mit Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 25. Januar 2011 wurden die Leistungserbringer aufgefordert, bis 8. Februar 2011 einen Antrag auf Festsetzung konkreter Tarife für Nebenleistungen in Zürcher Pflegeheimen zu stellen. Mit Schreiben vom 7. Februar 2011 wurden folgende Eventualanträge gestellt:

- «1. Es seien folgende Tarife für Nebenleistungen (ärztliche und therapeutische Leistungen, Medikamente, Pflegematerialien) in Pflegeheimen festzusetzen:
- a. Die kassenpflichtigen ambulanten ärztlichen Leistungen seien gemäss TARMED mit dem zurzeit gültigen Taxpunktwert für frei praktizierende Ärzte zu verrechnen und von den Versicherern zu übernehmen.
 - b. Die von den Leistungserbringern abgegebenen kassenpflichtigen Mittel und Gegenstände seien zu maximal den Höchstansätzen unter Abzug eines Rabattes von 10% zu verrechnen und durch die Versicherer zu übernehmen, mit Ausnahme der Mittel und Gegenstände, welche durch Pauschalen begrenzt sind und welche zu den Pauschalbeträgen zu übernehmen seien; die Kosten für Medikamente seien nach der Spezialitätenliste (SL) unter Abzug eines Rabattes von 10% zu verrechnen und durch die Versicherer zu übernehmen.
 - c. Die zusätzlich ärztlich angeordneten, kassenpflichtigen paramedizinischen Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung oder medizinische Analysen seien gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen und zurzeit gültigen Taxpunktwerten für ambulante Leistungserbringer zu verrechnen und durch die Versicherer zu übernehmen.
 - d. Alle zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) tarifierten Leistungen wie Dialysen, Transplantationen usw. seien gemäss den dort vereinbarten Taxen zu verrechnen und durch die Versicherer zu übernehmen.
2. Für die Vergütung der Leistungen sei das System des Tiers payant anzuwenden. Pflegeheime könnten gegenüber santésuisse bzw. den Krankenversicherungen erklären, dass ihre Rechnungsstellung nach dem Tiers garant erfolge. Die Modalitäten der Rechnungsstellung seien entsprechend der Regelung in den bis Ende 2010 anwendbaren Verträgen festzulegen.»

Zur Begründung machten die Leistungserbringer im Wesentlichen geltend, die Krankenversicherer hätten im Verlauf der Verhandlungen erklärt, sie wünschten eine Umstellung auf Einzelleistungsverrechnung der Nebenleistungen. Für eine Einzelleistungsverrechnung seien bereits bestehende Tarifstrukturen anzuwenden. Bezüglich der Modalitäten zur Rechnungsstellung erklärten die Leistungserbringer, dass sich die bisherigen Regelungen nach BESA-Pflegeheimvertrag und RAI/RUG-Vertrag, die insbesondere eine Wahlmöglichkeit zwischen tiers payant

und *tiers garant* vorsehen würden, bewährt hätten und sachgerecht seien, weshalb die Modalitäten entsprechend den bisherigen Regelungen festzulegen seien.

H. In ihrer Stellungnahme vom 9. März 2011 beantragte *santésuisse* Folgendes:

- «1. Grundsätzlich unverändertes Rechtsbegehren gemäss Stellungnahme vom 18. Januar 2011.
2. Die Eventualanträge der Curaviva Kanton Zürich bzw. der Stadt Zürich in der Eingabe vom 7. Februar 2011 seien abzuweisen, soweit darauf überhaupt eingetreten werden kann.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Antragssteller.»

Zur Begründung hielt *santésuisse* im Wesentlichen an ihren bisherigen Ausführungen fest. Ergänzend führte sie aus, dass die Festsetzungsbehörde nicht befugt sei, das System des *tiers payant* anzuordnen.

I. Mit Eingabe vom 15. April 2011 beantragten die Leistungserbringer, es seien die Krankenversicherer Helsana, KPT und Sanitas samt deren angeschlossenen Versicherer von Festsetzungsverfahren auszunehmen, da zwischen diesen Versicherern und den Leistungserbringern am 6. April 2011 Vereinbarungen betreffend Abgeltung der Nebenleistungen zustande gekommen seien. In Abänderung des Eventualantrages vom 7. Februar 2011 stellten die Leistungserbringer sodann folgende Anträge:

- «a. Kassenpflichtige ambulante ärztliche Leistungen seien gemäss TAR-MED mit dem im Kanton Zürich gültigen Taxpunktwert für frei praktizierende Ärzte abzurechnen.
- b. Die ärztlich angeordneten, kassenpflichtigen paramedizinischen Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung oder medizinische Analysen seien gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen und geltenden Taxpunktwerten für ambulante Leistungserbringer abzurechnen. Verordnungen für Physiotherapie und Ergotherapie für die ersten 36 Sitzungen nach Art. 5 und 6 der Verordnung des EDI über Leistungen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995 seien von den Versicherern zu akzeptieren.
- c. Kassenpflichtige Medikamente seien auf Basis der Spezialitätenliste (SL) mit einem Rabatt von 10% abzurechnen. Der Pharmacode sei nach Möglichkeit auf der Rechnung anzugeben. Werden vom Arzt verschriebene Medikamente im Sinne einer Dienstleistung in der Apotheke bezogen, seien die Leistungserbringer berechtigt zu erklären, den in der Apotheke bezahlten Betrag zu verrechnen, unter Beilage einer Kopie der Apotheker-Rechnung.

d. Die von den Leistungserbringern abgegebenen kassenpflichtigen Mittel und Gegenstände seien auf Basis des Höchstvergütungspreises MiGel abzüglich 15% abzurechnen. Von der Rabattierung der Höchstvergütungspreise seien die auf Zeiteinheiten basierenden Pauschalen auszunehmen. Die Positionsnummer sei auf der Rechnung aufzuführen.

e. Alle zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) tarifierten Leistungen wie Dialysen, Heimdialysen, Peritonealdialysen, künstliche Ernährung, mechanische Heimventilation, Transplantationen etc. seien gemäss den dort vereinbarten Taxen abzurechnen.

Im Falle eines gekündigten Vertrages bzw. vertragslosen Zustandes seien die zuletzt gültigen Vereinbarungen zu den einzelnen Nebenleistungen als anwendbar zu erklären bis ein neuer Tarifvertrag zustande gekommen sei bzw. die Tarife hoheitlich festgelegt seien.»

Zur Begründung machten die Leistungserbringer geltend, die vorgeschlagenen Festlegungen entsprächen den mit den Versicherern Helsana, KPT und Sanitas für das Jahr 2011 abgeschlossenen Verträgen. Mit der Übernahme dieser Tarife könne eine einheitliche Regelung für alle Tarifpartner erreicht werden. Mit den bereits abgeschlossenen Verträgen bestünde immerhin für etwa 40% der Versicherten «im hohen Alter» eine Regelung zur Abrechnung von Nebenleistungen.

J. Mit Schreiben der Gesundheitsdirektion vom 5. Mai 2011 wurden die Änderungsanträge der Leistungserbringer santésuisse zur Kenntnisnahme zugestellt.

K. Nach Art. 46 Abs. 4 KVG bedürfen Tarifverträge der Genehmigung durch den Regierungsrat. Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, setzt die Kantonsregierung nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest oder verlängert den bestehenden Vertrag um ein Jahr (Art. 47 KVG).

Vorsorgliche Massnahmen sind zulässig, wenn überwiegende öffentliche oder private Interessen zu wahren sind und der definitive materielle Entscheid aus verfahrensmässigen Gründen nicht sogleich getroffen werden kann. Es ist zu beachten, dass vorsorgliche Massnahmen den materiellen Entscheid nicht präjudizieren oder verunmöglichen sollen (vgl. Kölz/Bosshard/Röhl, Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegengesetz des Kantons Zürich, 2. Auflage, N. 9 und 14 zu § 6 VRG).

Vor dem Endentscheid des Regierungsrates muss den Beteiligten sowie im Falle einer Tariffestsetzung auch der Preisüberwachung (Art. 14 Preisüberwachungsgesetz) und den Patientenschutzorganisationen (Art. 43 Abs. 4 Satz 3 KVG) Gelegenheit zur Stellungnahme

eingerräumt werden. Da diese Verfahrensschritte einige Zeit beanspruchen werden, und solange keine rechtlich gesicherte Grundlage für die Abgeltung der Nebenleistungen (Arzt, Arznei, Therapien und Pflegematerialien) in Pflegeheimen vorhanden ist, besteht ein rechtlich geschütztes Interesse an der vorsorglichen Festsetzung des Tarifs.

L. Der Erlass von vorsorglichen Massnahmen dient in der Regel dazu, einen tatsächlichen oder rechtlichen Zustand einstweilen zu erhalten.

Bei den hier zu treffenden vorsorglichen Massnahmen hat sich die entscheidende Behörde grundsätzlich auf die Akten zu stützen, ohne zeitraubende Erhebungen anzustellen. Eine vertiefte Abklärung der von den Leistungserbringern und den Versicherern im Zusammenhang mit der Begründung ihrer Anträge aufgeworfenen tatsächlichen und rechtlichen Fragen wird längere Zeit in Anspruch nehmen, weshalb im Rahmen der vorsorglichen Massnahmen darauf verzichtet werden muss.

M. Nach Art. 47 Abs. 1 KVG setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest, wenn zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande kommt. Da die Verhandlungen offensichtlich gescheitert sind und mithin die von den Leistungserbringern erbrachten Nebenleistungen seit 1. Januar 2011 nicht mehr abgerechnet werden können, liegt ein tarifloser Zustand im Sinne von Art. 47 Abs. 1 KVG vor. Die Kantonsregierung hat deshalb in jedem Falle zur Durchsetzung des Tarifschutzes einen Tarif festzulegen. Entsprechend kann offenbleiben, ob für santésuisse als Verband der Krankenversicherer oder nur für die einzelnen Krankenversicherer eine Tarifverhandlungspflicht besteht oder nicht.

N. Die Legitimation der Stadt Zürich für die von ihr geführten bzw. getragenen Pflegeheime wird von santésuisse zu Recht nicht bestritten. Die Legitimation von Curaviva Kanton Zürich ergibt sich aus den von dieser mit Schreiben vom 15. April 2011 nachträglich eingereichten Vollmachten und sowie Art. 2 der Statuten von Curaviva Kanton Zürich vom 16. März 2006.

O. santésuisse macht im Wesentlichen geltend, Pflegeheime seien nicht berechtigt, zusätzlich zu den Pflegepflichtleistungen auch die Nebenleistungen als selbstständige Leistungserbringer abzurechnen. Sämtliche Nebenleistungen dürften nur über separate, vom KVG zugelassene Leistungserbringer (wie Ärztinnen und Ärzte) abgerechnet werden. Die durch die Krankenversicherung gedeckten Leistungen der Pflegeheime seien abschliessend in Art. 50 KVG in Verbindung mit Art. 7 KLV umschrieben. Pflegeheime seien als ambulante Leistungserbringer – im Gegensatz zu den als stationäre Einrichtung geltenden Spitälern – nicht befugt, von einer Heimärztin oder einem Hausarzt erbrachte oder

angeordnete Leistungen (wie Verschreibung von Arzneimitteln und Therapien) zu verrechnen. Diese Auffassung werde seit Kurzem auch vom Bundesamt für Gesundheit geteilt.

P. Entgegen der Auffassung von *santésuisse* sind Pflegeheime nach wie vor auch für die bei der Erbringung von Pflegepflichtleistungen erforderlichen, im Pflegeheim erbrachten Nebenleistungen als Leistungserbringer zugelassen. Art. 39 KVG regelt die Voraussetzungen für Spitäler und andere Einrichtungen zulasten der OKP. In Abs. 3 wird ausdrücklich festgehalten, dass die für Spitäler geltenden Voraussetzungen von Abs. 1 sinngemäss auch für Pflegeheime gelten. Art. 39 Abs. 1 lit. a bis c KVG verlangt, dass die Einrichtungen ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen sowie eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten. Pflegeheime sind somit verpflichtet, entsprechende Leistungen anzubieten (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Auflage S. 655, Rz. 777). Pflegeheime können ihren integralen Auftrag zur pflegerischen und medizinischen Versorgung von Pflegepatientinnen und -patienten nur erfüllen, wenn sie – wie dies seit Inkrafttreten des KVG der Fall ist – nebst den Pflegepflichtleistungen auch die notwendigen, im Pflegeheim an der Patientin oder am Patienten zu leistenden Nebenleistungen erbringen. Diese Versorgung kann das Pflegeheim in Bezug auf ärztliche Leistungen wie ein Spital durch Anstellung oder durch entsprechende Aufträge an frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte sicherstellen. Für die Erbringung der übrigen Nebenleistungen gelten die allgemeinen Tarifregeln des KVG. Gemäss Art. 43 ff. KVG erstellen die Leistungserbringer ihre Rechnung nach Tarifen oder Preisen. Für Medikamente, Mittel und Gegenstände gelten die entsprechenden Listen. Andere Leistungen (wie ärztliche oder therapeutische) können nach Zeit-, Einzelleistungs- oder Pauschaltarifen im Sinne von Art. 43 Abs. 2 lit. a bis c KVG abgerechnet werden. Weiter ist festzuhalten, dass das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 im Bereich des KVG lediglich die Finanzierung der Beiträge an die Pflegeleistungen neu regelt. Die Art der versicherten Leistungen und die nach KVG zugelassenen Leistungserbringer werden von der Gesetzesänderung nicht berührt (vgl. Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Rz. 4 zu Art. 25). Lediglich der Kostentragungsmodus für Pflegepflichtleistungen nach Art. 7 Abs. 2 KLV wird mit neu Art. 25a KVG geändert, indem im Bereich der Langzeitpflege der Grundsatz der vollen Deckung der Kosten durch die OKP nicht mehr gilt und die Versicherung auch für die Akut- und Übergangspflege nicht die vollen

Kosten zu übernehmen hat. Hinsichtlich der übrigen Pflichtleistungen wie ärztliche und therapeutische Leistungen bleibt somit der heutige Zustand unverändert. Die neue Pflegefinanzierung hat an dem seit rund 15 Jahren geltenden, bewährten Vergütungssystem bezüglich ärztlicher und anderer nicht pflegerischer Leistungen nichts geändert. Entgegen der Behauptung von *santésuisse* wird die Auffassung, Pflegeheime könnten keine selbstständigen Leistungserbringer von Nebenleistungen sein, nicht vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geteilt. Vielmehr haben Vertreter des BAG am 5. April 2011 gegenüber Vertretern der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erklärt, dass es zwar grundsätzlich vorrangige Aufgabe der Pflegeheime sei, Pflegeleistungen zu erbringen. Um die medizinische Betreuung der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner zu gewährleisten, könne aber das Pflegeheim diesen gegenüber auch weitere KVG-Leistungen (wie ärztliche Leistungen) erbringen. Dabei sei aber klarzustellen, dass Pflegeheime – im Gegensatz zu den Spitälern – nicht berechtigt seien, ambulante KVG-Leistungen für Nichtbewohnerinnen und -bewohner abzurechnen, weshalb sich die Verrechnung von ambulanten KVG-Leistungen auf Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner zu beschränken habe.

Zusammenfassend ergibt sich, dass Pflegeheime nach wie vor als selbstständige Leistungserbringer gelten und entsprechend berechtigt sind, gegenüber ihren Bewohnerinnen und Bewohnern neben den Pflegepflichtleistung auch Nebenleistungen (Arzt, Arznei, Therapien und Pflegematerialien) abzurechnen.

Q. Die Leistungserbringer beantragen mit ihren Eingaben vom 7. Februar und 15. April 2011, die Nebenleistungen entsprechend den jeweils anzuwendenden Tarifwerken (TARMED usw.) abzurechnen. Sie machen geltend, dass die Krankenversicherer im Verlaufe der Verhandlungen eine Einzelleistungsverrechnung gewünscht hätten. *santésuisse* hat in ihrer Stellungnahme vom 18. Januar 2011 festgehalten, Nebenleistungen seien zwar nicht durch Pflegeheime, grundsätzlich aber gemäss den vorhandenen Tarifregelwerken abzurechnen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, im Rahmen der vorsorglichen Massnahmen für Nebenleistungen der Pflegeheime die von den Leistungserbringern mit Schreiben vom 15. April 2011 beantragten Tarife (vorne lit. I) provisorisch mit Wirkung ab dem 1. Januar 2011 für die Dauer des vorliegenden Tariffestsetzungsverfahrens festzulegen. Dies ist umso mehr gerechtfertigt, als diese Regelung den bereits mit den Krankenversicherern Helsana, KPT und Sanitas getroffenen Vereinbarungen vom 6. April 2011 entspricht, womit gegenüber sämtlichen Versicherern dieselben Tarife gelten und damit der administrative Aufwand in Grenzen gehalten werden kann. Die seitens der Leistungs-

erbringer beantragten Regelungen erscheinen auch deshalb als sachgerecht, weil sie auf bereits vom Regierungsrat geprüfte und von diesem genehmigte Tarifregelwerke verweisen.

R. Soweit die Leistungserbringer für die Vergütung der Nebenleistungen das System des *tiers payant* beantragen, ist festzuhalten, dass die Tariffestsetzungsbehörde hiezu nicht befugt ist, da die Leistungen der Pflegeheime nicht als «stationäre Behandlungen» im Sinne von Art. 42 Abs. 2 KVG gelten. Entsprechend gilt für die Rechnungsstellung der Nebenleistungen das System des *tiers garant* im Sinne von Art. 42 Abs. 1 KVG. Es steht den Leistungserbringern und Versicherern aber jederzeit frei, gestützt auf die genannte Bestimmung eine Vergütung nach dem System des *tiers payant* zu vereinbaren.

S. Zu bemerken bleibt, dass die Leistungserbringer die Kosten für Nebenleistungen in ihren Rechnungen separat, detailliert und verständlich aufzuführen haben (Art. 42 Abs. 3 KVG).

T. Um den Endentscheid nicht zu präjudizieren, ist für den Fall, dass Tarife festgesetzt werden, die von den vorsorglich festgesetzten abweichen, die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten vorzubehalten.

U. Der Instanzenzug richtet sich nach demjenigen des Endentscheids. Demgemäss steht gegen diesen Zwischenentscheid das Rechtsmittel der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht offen (Art. 53 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 31 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht).

V. Da bei einer Beschwerde gegen diesen Zwischenentscheid ab 1. Januar 2011 keine rechtlich gesicherten Grundlagen für die Abgeltung der Nebenleistungen in Pflegeheimen vorhanden wären, ist im Interesse der Rechtssicherheit Beschwerden gegen diesen Zwischenentscheid die aufschiebende Wirkung zu entziehen.

W. Über Verfahrenskosten und Parteientschädigungen ist im Endentscheid zu befinden.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Für die Dauer des Verfahrens betreffend Festsetzung der Tarife für Nebenleistungen (Arzt, Arznei, Therapien und Pflegematerialien) in den auf der Zürcher Pflegeheimliste aufgeführten Institutionen mit Standort im Kanton Zürich werden die Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Nebenleistungen für alle Versicherer – aus-

genommen diejenigen Versicherer, die mit Leistungserbringern Verträge zur Abgeltung der Nebenleistungen vereinbart haben – mit Wirkung ab 1. Januar 2011 provisorisch wie folgt festgesetzt:

- a. Kassenpflichtige ambulante ärztliche Leistungen sind gemäss TAR-MED mit dem im Kanton Zürich gültigen Taxpunkt看wert für frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte abzurechnen.
- b. Die ärztlich angeordneten, kassenpflichtigen paramedizinischen Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung oder medizinische Analysen sind gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen und geltenden Taxpunkt看werten für ambulante Leistungserbringer abzurechnen. Verordnungen für Physiotherapie und Ergotherapie für die ersten 36 Sitzungen nach Art. 5 und 6 der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) sind von den Versicherern zu akzeptieren.
- c. Kassenpflichtige Medikamente sind auf der Grundlage der Spezialitätenliste (SL) mit einem Rabatt von 10% abzurechnen. Der Pharmacode ist nach Möglichkeit auf der Rechnung anzugeben. Werden von der Ärztin oder vom Arzt verschriebene Medikamente im Sinne einer Dienstleistung in der Apotheke bezogen, sind die Leistungserbringer berechtigt, den in der Apotheke bezahlten Betrag zu verrechnen, unter Beilage einer Kopie der Apothekerrechnung.
- d. Die von den Leistungserbringern abgegebenen kassenpflichtigen Mittel und Gegenstände sind auf der Grundlage des Höchstvergütungspreises MiGel abzüglich 15% abzurechnen. Von der Rabattierung der Höchstvergütungspreise sind die auf Zeiteinheiten beruhenden Pauschalen auszunehmen. Die Positionsnummer ist auf der Rechnung aufzuführen.
- e. Alle zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) tarifierten Leistungen wie Dialysen, Heimdialysen, Peritonealdialysen, künstliche Ernährung, mechanische Heimventilation, Transplantationen usw. sind gemäss den dort vereinbarten Taxen abzurechnen.

Im Falle eines gekündigten Vertrages bzw. vertragslosen Zustandes gelten die zuletzt gültigen Vereinbarungen zu den einzelnen Nebenleistungen als anwendbar, bis ein neuer Tarifvertrag zustande gekommen bzw. der Tarif hoheitlich festgelegt ist.

II. Vorbehalten bleibt die rückwirkende Geltendmachung der Tariffdifferenz durch die Berechtigten, falls im Endentscheid Tarife festgesetzt werden, die von den vorsorglich festgesetzten abweichen.

III. Über Verfahrenskosten und Parteientschädigungen wird im Endentscheid entschieden.

IV. Gegen diesen Beschluss kann innert 30 Tagen ab Eröffnung beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; dieser Beschluss und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat.

V. Beschwerden gegen diesen Zwischenentscheid wird die aufschiebende Wirkung entzogen.

VI. Dispositiv I bis V werden im Amtsblatt veröffentlicht.

VII. Mitteilung an Fryberg Augustin Schmid Rechtsanwälte und Notare, Quaderstrasse 8, 7000 Chur (zuhanden von santésuisse, Alfred-Escher-Strasse 82, Postfach 2018, 8021 Zürich [E]); Curaviva Kanton Zürich, Tösstalstrasse 23, 8400 Winterthur (E); das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, Postfach, 8035 Zürich (E), sowie an die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:

Husi