

Sitzung vom 26. März 1997

**692. Anfrage (Kostenansätze in der Klinik Rheinau)**

Kantonsrat Peter Marti, Winterthur, hat am 13. Januar 1997 folgende Anfrage eingereicht:

Gestützt auf ein Abkommen zwischen den Krankenkassen und der Klinik Rheinau bezahlen die Krankenkassen dieser Klinik für Patienten, die sich dort auf freiwilliger Basis aufhalten, pro Aufenthaltstag Fr. 234. Für Patienten, die von einer Behörde (Strafverfolgungsbehörden, Vormundschaftsbehörden usw.) in die Klinik eingewiesen wurden, stellt die Klinik Rheinau – offenbar basierend auf einer Verfügung zur Taxordnung dieser Klinik – pro Tag Fr. 591 in Rechnung (Grundtaxe und Zusatztaxen für ausserkantonale Patienten). Der Betrag von Fr. 234 wird auch in solchen Fällen von den Krankenkassen entrichtet, während der Differenzbetrag von Fr. 357 der einweisenden Behörde in Rechnung gestellt wird.

In diesem Zusammenhang stelle ich dem Regierungsrat folgende Fragen, für deren Beantwortung ich bestens danke:

1. Trifft es zu, dass verschiedene Tagesansätze in Rechnung gestellt werden, je nachdem, ob sich eine Patientin oder ein Patient freiwillig in der Klinik Rheinau aufhält oder von einer Behörde in diese Klinik eingewiesen wurde?  
Wenn ja: auf welcher Rechtsgrundlage beruht dieser Unterschied?
2. Worin unterscheiden sich die Leistungen der Klinik Rheinau bezüglich solchen Patientinnen und Patienten, die freiwillig oder ärztlich in die Klinik eintraten bzw. eingewiesen wurden, von solchen, die von einer Behörde eingewiesen wurden (Unterbringung nicht im Hochsicherheitstrakt, wo zusätzliche Fr. 480 pro Tag in Rechnung gestellt werden)?
3. Weshalb werden für Patientinnen und Patienten, die ihren Wohnsitz im Kanton Zürich haben und von einer Behörde in die Klinik eingewiesen wurden, der Tagesansatz für ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Rechnung gestellt?
4. Ist der Regierungsrat für den Fall, dass diese Ungleichbehandlung (Frage 3) Tatsache sein sollte, bereit, die entsprechenden Kostenansätze insofern zu überdenken, dass für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Zürich die gleichen Ansätze gelten? Wenn nein: weshalb nicht?

Auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens  
beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Peter Marti, Winterthur, wird wie folgt beantwortet:

Nach dem Gesundheitsgesetz (§§39 und 41) haben die vom Staat geführten Krankenhäuser Patientinnen und Patienten aufzunehmen und medizinisch zu versorgen. Dieser Leistungsauftrag gilt auch für die psychiatrischen Kliniken. Die Höhe der Taxen für den stationären Aufenthalt von Personen, welche in psychiatrische Kliniken des Kantons eingewiesen werden, ist deshalb davon abhängig, ob der Aufenthalt durch einen gesundheitsrechtlichen Leistungsauftrag gedeckt ist oder nicht. Soweit die Psychiatrischen Kliniken des Kantons Personen aufnehmen, welche primär keine stationäre psychiatrische Behandlung, sondern fürsorgliche oder resozialisierende Massnahmen benötigen, ist ihr Handeln nicht vom gesundheitsrechtlichen Leistungsauftrag gedeckt. In solchen Fällen kommt §4 der Verfügung der Gesundheitsdirektion vom 30. November 1995 über die ab 1. Januar 1996 geltenden Taxen in den kantonalen Krankenhäusern zur Anwendung. Diese Bestimmung sieht vor, dass Personen, die von Behörden (Strafuntersuchungs-, Strafvollzugsbehörden und andere Behörden, Gerichte usw.) eingewiesen werden oder sich im Massnahmevollzug befinden, die Taxen für schweizerische Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung verrechnet werden. Die entsprechenden Taxen haben gemäss §13 Abs. 2 der Taxordnung vom 1. April 1992 (TaxO) 100% der Betriebs- und Investitionskosten zu decken. Dass den zürcherischen Patientinnen und Patienten der Allgemeinabteilung bzw. ihrer Krankenversicherung (obligatorischen Krankenpflegeversicherung) tiefere Ansätze in Rechnung zu stellen sind, als Personen, welche primär fürsorgliche oder resozialisierende Massnahmen erfordern, ist durch den

gesetzlich statuierten Kostenübernahme- bzw. Kostenverteilungsschlüssel bedingt. So dürfen Selbstzahlerinnen und Selbstzahler sowie Kassenpatientinnen und Kassenpatienten (soweit es sich um Zürcher Patientinnen und Patienten der Allgemeinabteilung sowie Patientinnen und Patienten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung handelt) grundsätzlich maximal 50% der anrechenbaren Betriebskosten in Rechnung gestellt werden (vgl. §13 Abs. 1 TaxO und Art. 49 Krankenversicherungsgesetz), wobei das Restdefizit zulasten der Gesundheitsdirektion bzw. der Staatsrechnung geht. Die dargestellte Regelung entspricht auch dem im Finanzhaushaltsgesetz statuierten Prinzip der Verursacherfinanzierung.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Direktion des Gesundheitswesens.

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

Husi