

Sitzung vom 17. November 1993

**3515. Anfrage  
(Krankenhäuser, Pflegeabteilungen usw., Krankenkassenbeiträge)**

Die Kantonsräte Christoph Schürch, Winterthur, Dr. Bernhard A. Gubler, Pfäffikon, und Kantonsrätin Crista Weisshaupt Niedermann, Uster, haben am 23. August 1993 folgende Anfrage eingereicht:

Nachdem der Souverän die Dübendorfer-Initiative angenommen hat, richtet der Kanton gleich hohe Beträge an die Pflegestationsbewohnerinnen und -bewohner von Altersheimen wie auch an die Bewohnerinnen und Bewohner von Krankenhäusern aus. Nicht so die Krankenkassen. Diese bezahlen unterschiedliche Beiträge: Fr. 9 (für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegestationen, Pflegegruppen) und Fr. 45 (für solche in Krankenhäusern). Dabei wird ausschliesslich die Bezeichnung der bewohnten Institution und nicht die effektive Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Seitens der Krankenkassen wird auch argumentiert, nur Patientinnen und Patienten eigentlicher Krankenhäuser bekämen die Fr. 45. Tatsächlich bekommen aber auch diejenigen, welche in Krankenhäusern leben, ungeachtet ihrer Pflegebedürftigkeit, die höheren Beiträge. So werden diese Krankenkassenbeiträge in der Praxis willkürlich ausbezahlt.

Wir bitten den Regierungsrat, auf folgende Fragen zu antworten:

- Welche Möglichkeiten sieht der Regierungsrat, auf diese willkürliche Handhabung der Krankenkassen betreffend ihre Beiträge an die Bewohner und Bewohnerinnen von Krankenhäusern, Pflegestationen und Pflegegruppen Einfluss zu nehmen?
- Ist der Regierungsrat bereit, bei den Krankenkassen dahingehend vorstellig zu werden, dass die Beiträge aufgrund der BAK-Pflegebedürftigkeitserhebung und nicht wie bisher ausgestellt werden?
- Welche anderen Möglichkeiten erachtet die Regierung als sinnvolle Alternative zum bisherigen System?

Auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens

**b e s c h l i e s s t d e r R e g i e r u n g s r a t :**

I. Die Anfrage Christoph Schürch, Winterthur, Dr. Bernhard A. Gubler, Pfäffikon, und Crista Weisshaupt Niedermann, Uster, wird wie folgt beantwortet:

Art. 24 der Verordnung III über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände vom 15. Januar 1965 bestimmt, dass die Krankenkassen für Behandlungen in einer Heilanstalt die Kosten für die ärztliche Behandlung, die wissenschaftlich anerkannten Heilanzeigen, die Arzneimittel und Analysen sowie einen täglichen Mindestbeitrag von Fr. 9 an die «übrigen Kosten» der Krankenpflege leisten müssen. Dieser Mindestbeitrag ist befristet; er wird während 720 Tagen innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet. Unter die «übrigen Kosten» fällt vor allem der Aufwand für die Pflege. Er beträgt ein Vielfaches von Fr. 9. Als Heilanzeigen gelten Einrichtungen, die der Behandlung von Kranken unter ärztlicher Leitung dienen. Der Zürcher Krankenkassenverband gibt den Krankenkassen im Sinne einer Empfehlung die Pflegeabteilungen bekannt, welche die Voraussetzungen zur Erfüllung der Mindestleistungen an spitalbedürftige Patienten erfüllen.

Der Mindestbeitrag ist auf den 1. Juli 1974 von Fr. 6 auf Fr. 9 erhöht worden. Er ist seither nicht mehr angepasst worden. Die Heilanstaltskosten der Krankenkassen je Versicherten gemäss Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherung, die von 1966 bis 1974 bereits um

242% gewachsen waren, nahmen von 1974 bis 1991 um nochmals 396% zu. Sie dürften Ende 1993 etwa Fr. 685 betragen und stiegen somit seit 1974 um rund 460%. Allerdings sind darin alle Spitalkategorien enthalten; in den Einrichtungen zur Langzeitpflege dürfte die Zunahme kleiner sein. Wäre der gesetzliche Beitrag der Krankenkassen an die «übrigen Heilanstaltskosten» im selben Ausmasse erhöht worden, betrüge er nunmehr rund Fr. 50 (Ansätze von 1974) bzw. rund Fr. 115 (Ansätze von 1966).

Die Krankenkassen müssen lediglich dann höhere Leistungen an die «übrigen Heilanstaltskosten» erbringen, wenn sie sich durch Vertrag dazu verpflichtet haben. Im Kanton Zürich gilt dies für die Akutspitäler, die psychiatrischen Kliniken und die meisten Krankenhäuser. In den Verträgen mit den Krankenkassen ist eine Pauschale vereinbart worden, welche sämtliche Pflichtleistungen einschliesst. Sie beträgt Fr. 45. Die durchschnittlichen Kosten für die ärztlichen Leistungen, Arzneimittel, Analysen und Heilbehandlungen werden zurzeit auf rund Fr. 15 je Tag geschätzt. Die Pauschale leistet daher mehr als die gesetzlichen Fr. 9 an den Pflegeaufwand.

Die Dringlichen Bundesbeschlüsse über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung von 1991 und 1992 haben bewirkt, dass die Krankenkassen keine Verträge abschliessen, welche ihnen vermeidbare Kosten bringen. Die Krankenkassen können nach der Bundesgesetzgebung durch den Kanton nicht verpflichtet werden, mit weiteren Institutionen Verträge abzuschliessen oder von der Gesetzgebung nicht zwingend vorgesehene Ausgaben neu zu übernehmen.

Die beste Lösung nach heutigem Recht ist eine Erhöhung der erwähnten Mindestleistung. Der Bundesrat könnte diese kurzfristig beschliessen. Die Gesundheitsdirektion hat sich deshalb seit 1988 in verschiedenen Schreiben beim Eidgenössischen Departement des Innern als antragstellendem Departement wiederholt mit Nachdruck dafür eingesetzt, dass der Mindestbeitrag angemessen erhöht wird. Schon 1990 antwortete der damalige Departementsvorsteher, es wäre an der Zeit, den Mindestbeitrag deutlich zu erhöhen; er verzichtete jedoch darauf, dem Bundesrat dies zu beantragen. Die Antwort auf den letzten diesbezüglichen Antrag der Gesundheitsdirektion vom 27. Juli 1993 steht trotz wiederholter Anfragen noch aus.

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

Zürich, den 17. November 1993

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:  
**Roggwiller**