

Auszug aus dem Protokoll des Stadtrates von Zürich

07.05.2008

481.

Dringliche Schriftliche Anfrage von Franziska Graf und Joe A. Manser und 31 Mitunterzeichnenden betreffend Volksabstimmung vom 1. Juni 2008 über den Verfassungsartikel «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung», Auswirkungen auf die Stadt Zürich

Am 26. März 2008 reichten Gemeinderätin Franziska Graf (SP), Gemeinderat Joe A. Manser (SP) und 31 Mitunterzeichnende folgende Dringliche Schriftliche Anfrage GR Nr. 2008/150 ein:

Am 1. Juni 2008 findet die Eidgenössische Abstimmung zum Verfassungsartikel „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ statt.

Zu den Errungenschaften des neuen KVG's aus dem Jahre 1994 gehört ein umfassender Leistungsbereich, der nebst Krankheit, Mutterschaft und subsidiärer Unfalldeckung vor allem auch die Pflegekosten abdeckt und zusätzlich, mit dem Versicherungsobligatorium und der Einheitsprämie, eine Solidarität quer durch alle Altersstufen und zwischen den Geschlechtern garantieren will.

Der zur Abstimmung vorliegende Verfassungsartikel greift umfassend ins Regelwerk der Krankenpflegeversicherung ein, die erwähnten Errungenschaften werden in Frage gestellt. Neu soll der Wettbewerb mit hoher Priorität verankert werden, damit wird ein zunehmender Druck für die Arbeitnehmenden und entsprechend auf die Arbeitsqualität geschaffen.

Im neuen Verfassungstext wäre bei der Pflegebedürftigkeit nur noch eine KANN-Formulierung vorgesehen. Die Finanzierung der Pflege, insbesondere im Alter, müsste so unter Umständen ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung geregelt werden.

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

1. Wie beurteilt der Stadtrat die Folgen dieser Gesetzesänderung, die die Pflegekosten nicht mehr als zwingenden Leistungsbereich im KVG verankert, für die pflegebedürftigen Menschen in den städtischen Alters- und Pflegeheimen, den Stadtspitälern oder betreut durch die SPITEX?
2. Welche Konsequenzen bezüglich der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsmotivation sieht der Stadtrat für die Arbeitnehmenden, wenn sich die städtischen Alters- und Pflegeheime, die beiden Stadtspitäler und die Spitem hauptsächlich nach Wettbewerbsprinzipien organisieren müssen und die Fallpauschalen eingeführt werden?
3. Welche Auswirkungen könnte der neue Verfassungsartikel nach Meinung des Stadtrates auf die Leistungen und Verpflichtungen, die von der Stadt erbracht werden, im weiteren noch haben?
4. Wie viele Bewohnerinnen der städtischen Alters- und Pflegeinstitutionen, wie viele Patientinnen in den Stadtspitälern und wie viele von der Spitem betreute pflegebedürftige Menschen werden von einer Reduktion der KVG Leistungen durch die Änderung dieses Verfassungsartikels betroffen sein?

Der Stadtrat beantwortet die Anfrage wie folgt:

2004 wurde die Eidgenössische Volksinitiative der SVP «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» eingereicht. Diese hatte zum Ziel, die Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung zu senken. Dazu forderte sie im Kern eine Neudefinition des Leistungskatalogs. Bundesrat und Parlament lehnten die Initiative ab. In der Wintersession 2007 nahmen beide Räte jedoch den von ihnen erarbeiteten Gegenentwurf zur Initiative an. Die Initiative wurde in der Folge zurückgezogen.

Der Bundesrat sprach sich bei den Beratungen über die Volksinitiative gegen einen Gegenentwurf auf Verfassungsebene aus, weil er einen solchen nicht als nötig erachtete. Er befürchtete, dass mit der Erarbeitung eines Gegenentwurfs die laufenden Gesetzesrevisionen weiter verzögert würden. Zudem bedauerte der Bundesrat, dass der Verfassungsartikel unter Zeitdruck und ohne das übliche Konsensverfahren verabschiedet worden sei. Weil die neue Verfassungsbestimmung aber insgesamt in die richtige Richtung weise, stellt sich der Bundesrat heute hinter den vorgeschlagenen Verfassungsartikel.

Zu Frage 1: Nach Art. 117a Abs. 2 des neuen Verfassungsartikels sieht die Krankenpflegeversicherung Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vor; sie kann auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Unfall vorsehen.

Gemäss dem heute geltenden Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) umfassen die Leistungen bei Krankheit und Unfall auch die Massnahmen der Pflege. Diese Leistung kommt im Rahmen von Akutbehandlungen oder als Pflege von Langzeitpatientinnen und -patienten zu Hause, ambulant oder in Pflegeheimen vor. Gemäss Art. 7 Abs. 2 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) umfasst die spitalexterne Krankenpflege einen abschliessenden Katalog von Leistungskategorien, nämlich Aufklärung und Beratung, Behandlungspflege und Grundpflege. Damit ist von der aktuellen Gesetzgebung her sichergestellt, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten bei Pflegebedürftigkeit übernimmt.

Der neue Verfassungsartikel sieht vier Leistungsbereiche vor, nämlich Krankheit, Mutterschaft, Pflegebedürftigkeit und Unfall. Für die Bereiche Krankheit und Mutterschaft muss die Krankenpflegeversicherung Leistungen vorsehen. Für Unfall und Pflegebedürftigkeit können Leistungen gewährt werden. Dem Gesetzgeber wird damit ein bestimmter Spielraum gegeben. Er kann – sofern er überhaupt Leistungen für Pflegebedürftigkeit vorsehen will – diese innerhalb oder ausserhalb der Krankenpflegeversicherung festsetzen. Es bleibt somit offen, ob sich die Versicherer weiterhin an den Pflegekosten ausserhalb des Spitals beteiligen müssen.

Ein allfälliger Ausschluss der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit würde eine subsidiäre Gewährleistung der Finanzierung durch die öffentliche Hand z. B. in Form von zusätzlichen Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe erforderlich machen. Bei der Spitex wäre massgebend, ob die Gemeinden bereit wären, die pflegerischen Leistungen der Spitex zu finanzieren. Mit dieser Abhängigkeit von den finanziellen Möglichkeiten der Gemeinden würde nicht nur die gleichwertige Versorgung mit Spitex-Leistungen im Kanton Zürich gefährdet, sondern könnte darüber hinaus auch die Grundversorgung mit Spitexleistungen generell in Frage gestellt werden.

Eine solche Änderung in der Finanzierung der Pflegekosten ist nicht im Sinne der Stadt Zürich und wird vom Stadtrat daher abgelehnt.

Zu Frage 2: Die Einhaltung von Wettbewerbsprinzipien ist weder für die Spitäler noch für die Pflege- und Altersheime oder die Spitex grundsätzlich neu. Die öffentlichen Spitäler im Kanton Zürich stehen bezüglich ihrer Fallkosten seit Jahren zueinander im Wettbewerb. Die gewichteten Durchschnittskosten pro Fall der einzelnen Spitäler werden jährlich in den Medien bekannt gemacht. Spitäler mit höheren Durchschnittskosten als ihre Konkurrenten müssen mit Kürzungen des Globalbudgets rechnen. Auch im Qualitätsbereich herrscht Wettbewerb. Die öffentlichen Spitäler müssen sich an Qualitätsmessungen (Outcome-Messungen) beteiligen.

Der Übergang zu diagnosebezogenen Fallpauschalen wurde bereits im Rahmen der letzten KVG-Revision vom Parlament beschlossen und erfolgt somit unabhängig von der Abstimmung über den Verfassungsartikel. Mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (Swiss DRG) wird sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Spitälern voraussichtlich weiter verkürzen. Die Belastung für das Personal wird damit tendenziell steigen.

Die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsmotivation werden jedoch durch die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen nicht zwingend beeinträchtigt. Entscheidend wird viel mehr sein, wie die übrigen Rahmenbedingungen ausgestaltet werden können.

Zu Frage 3: Wie bereits in der Antwort zu Frage 1 dargestellt, würde eine Einschränkung oder ein Verzicht auf Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Pflegebedürftigkeit zusätzliche Leistungen der öffentlichen Hand erforderlich machen mit entsprechenden Mehrkosten für die Stadt Zürich.

Mit dem neuen Verfassungsartikel erhalten Behörden und Parlament ausserdem den Auftrag, eine monistische Finanzierung einzuführen. Die Beiträge der öffentlichen Hand sollen nicht mehr an die Leistungserbringer ausgerichtet werden, sondern an denjenigen Träger, der die Leistungen vergütet. Dies sind heute die Krankenkassen. Nach dem monistischen Finanzierungssystem werden die Leistungen der Krankenversicherung aus einer Hand finanziert und nicht mehr wie heute dualistisch, d. h. mit Beiträgen der Versicherer und der öffentlichen Hand.

Eine monistische Finanzierung durch die Versicherer würde eine wesentliche Gewichtsverschiebung von der öffentlichen Hand zu den Versicherern bedeuten und den Einfluss der Versicherer auf die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung erhöhen, verbunden mit einer Schwächung der demokratischen Kontrolle über die Mittelverwendung. Es wäre zu befürchten, dass die Versicherer einseitig auf die Kosten der Leistungen fokussieren und Qualität oder Versorgungssicherheit weniger Beachtung erfahren. Die Gestaltungsmöglichkeiten von Stadt und Kanton als Subventionsgeber würden tendenziell eingeschränkt werden. Eine monistische Finanzierung mit den Versicherern als Monisten wird daher vom Stadtrat abgelehnt.

Zu Frage 4: Es ist nicht davon auszugehen, dass der neue Verfassungsartikel die Abgeltung der Pflege in den Spitälern tangieren würde. In den übrigen Institutionen wären bei einer Änderung der Versicherungsleistungen potentiell alle Personen betroffen, die heute KVG-pflichtige Pflegeleistungen erhalten. In den Pflegezentren sind alle Bewohnerinnen und Bewohner pflegebedürftig, d. h. rund 1600 Personen. Bei den Altersheimen beträgt der Anteil 60 Prozent, was etwa 1200 Bewohnerinnen und Bewohnern entspricht. 75 Prozent der Spitex-Kundinnen und Kunden erhalten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dies entspricht rund 7500 Personen, die von einer neuen Finanzierung der Pflege betroffen wären.

Vor dem Stadtrat
der Stadtschreiber
Dr. André Kuy