

Pflegefinanzierung: massive Mehrbelastung betreuungsbedürftiger Personen in einzelnen Kantonen

INTERPELLATION

vom 12.4.2011

**Susanne Leutenegger
Oberholzer**

Nationalrätin SP

Kanton Basel-Landschaft



Auf den 1. Januar 2011 wurde in den meisten Kantonen die Neuordnung der Pflegefinanzierung umgesetzt. Es zeigt sich jetzt, dass das Bundesrecht sehr unterschiedlich interpretiert wird. In einigen Kantonen, wie zum Beispiel in Baselland und Solothurn, führt die Neuordnung zu einer massiven Mehrbelastung von betreuungsbedürftigen Heimbewohnerinnen und -bewohnern.

Die Taxen für die KVG-pflichtige Pflege ist abschliessend in KLV Artikel 7 Absatz 2 umschrieben. Der Kanton Solothurn hat festgelegt, dass die öffentliche Hand nichts zu zahlen braucht, also in der höchsten Pflegebedarfsstufe die 108 Franken pro Tag der Krankenkassen und die 21.60 Franken pro Tag der Bewohner ausreichen sollen. Demgegen-

über leisten Gemeinden im Kanton Obwalden für die gleiche Pflegebedarfsstufe Beiträge an die KVG-pflichtige Pflege von bis zu 200 Franken pro Tag als Restfinanzierung. Die nicht KVG-pflichtigen Betreuungstaxen als Gegenstück zur KVG-pflichtigen Pflege variieren enorm: Im Kanton Zug sind die Betreuungstaxen auf 15 Prozent des Totals aus Betreuung und Pflege begrenzt, und in Obwalden betragen sie rund 18 Prozent. Im Kanton Basel-Landschaft dagegen beträgt der Anteil der Betreuungstaxen, die in einzelnen Heimen verrechnet werden, bis zu 60 Prozent des Totals von Betreuung und Pflege (d.h. bis gegen 200 Franken pro Tag). Angemessen wären wohl bis zu 20 Prozent. Die Betreuungstaxen liegen damit höher als die KVG-pflichtigen Pflgetaxen.

Die hohen Betreuungstaxen führen zu Mehrkosten für pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und -bewohner von bis zu mehreren Tausend Franken im Monat. Das ist für die Betroffenen eine untragbare Situation. Sie müssen einzeln gegen die Umsetzungspraxis des Kantons vorgehen. In Baselland sind bereits zahlreiche Beschwerden oder Klagen angekündigt. Auch beim Preisüberwacher liegen viele Beschwerden.



Dazu stellen sich folgende Fragen:

1. Am 7. März 2011 stellte der Bundesrat fest, dass Kantone gegen Bundesrecht verstossen, die indirekt über überhöhte Betreuungskosten die Rechtsfinanzierungspflicht gemäss KVG Artikel 25a Absatz 5 nicht wahrnehmen. Wie sichert er eine korrekte Umsetzung des Bundesrechts?
2. Wie beurteilt er die Umsetzung der Pflegefinanzierung in den Kantonen?
3. Ist er bereit, zur Pflegefinanzierung Weisungen zur Abgrenzung von KVG-pflichtiger Pflege und der Betreuung zu erlassen und die Aufsichtsinstrumente des BAG beziehungsweise des Preisüberwachers zu verstärken?

Stand der Beratung:

im Plenum noch nicht behandelt.

Sparen auf Kosten der Kranken?

MOTION

vom 17.12.2010

Bea Heim

Nationalrätin SP

Kanton Solothurn



Der Bundesrat wird beauftragt, die Erhöhung des Spitalbeitrags um 50 Prozent zurückzunehmen. Der Beitrag pro Spitaltag für alle Erwachsenen ist auf dem aktuellen Beitrag von 10 Franken pro Spitaltag zu belassen. Dazu ist er mit der Festsetzung eines jährlichen Höchstbeitrags zu begrenzen.

Begründung

Wir begrüssen alle Massnahmen, die bei gleicher Versorgungsqualität zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führen. Und wir begrüssen, dass der jüngste Bundesratsentscheid die Diskriminierung Alleinstehender gegenüber Verheirateten aufhebt. Die Erhöhung des Spitalbeitrags um 50 Prozent aber, eine Entlastung der Kassen auf Kosten der Patientinnen und Patienten, vor allem der chronisch Kranken und der älteren Menschen, lehnen wir ab. Die zusätzlichen 5 Franken pro Tag scheinen gering, summieren sich aber rasch und würden das Budget nicht weniger Familien oder von älteren Menschen mit kleinen Renten sprengen. Das ist leider schon heute mit den 10 Franken pro Spitaltag so. Darum ist unseres Erachtens, um übermässige Belastungen zu vermeiden, ein Höchstbeitrag pro

Jahr festzusetzen. Der Spitalbeitrag wurde seit 1996 nicht angehoben, doch dafür sind die Krankenkassenprämien massiv gestiegen. Vergleicht man die kantonalen Durchschnittsprämien von 2001 mit jenen von 2011, haben sich die Prämien der Erwachsenen und der Kinder um fast 70 Prozent erhöht und die junger Erwachsener sogar um 126 Prozent. Nur, der Bundesratsbeschluss betreffend Spitalbeitrag bringt keine Einsparungen. Und die anvisierten Mehreinnahmen vermögen angesichts der Mehrausgaben der Kassen nur schon für Werbe- und Maklerkosten und die vielen jährlichen Kassenwechsel den Prämienanstieg nicht zu dämpfen. Das Geld bei den Kranken einzufordern und dabei wichtige Leistungen zu streichen (z.B. Beitrag Brillen) ist keine Strategie zugunsten der Patienten, sondern nur zu deren Lasten. Die Erhöhung des Spitalbeitrags ist zu streichen.

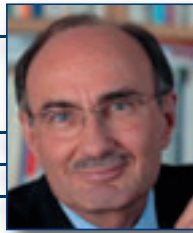
Stand der Beratung:

im Plenum noch nicht behandelt.

Schwellenwert von 100 000 Franken für medizinische Therapien?

INTERPELLATION
vom 18.3.2011

Felix Gutzwiller
Ständerat FDP
Kanton Zürich



Zur Therapie der Muskelerkrankung Morbus Pompe steht das Medikament Myozyme zur Verfügung. Dieses wurde im letzten Jahr von Swissmedic auch zur Behandlung von erwachsenen Patienten zugelassen. Es handelt sich um ein sogenanntes Orphan Drug, das noch nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen worden ist und das die Krankenkassen deshalb gemäss SL-Handbuch in der Grundversicherung vergüten müssen, wenn der wissenschaftliche Nachweis vorliegt, es medizinisch unbestritten ist und der Vertrauensarzt zustimmt. Am 23. November 2011 entschied das Bundesgericht in einem Einzelfall, dass eine

Krankenkasse keine weitere Vergütung für Myozyme mehr leisten müsse, weil die Kosten-Nutzen-Beurteilung ungünstig sei. Gleichzeitig legte das Bundesgericht willkürlich einen jährlichen Kostenschwellenwert von 100 000 Franken fest. Da dieser BGE nur für diesen Einzelfall Gültigkeit hat, ist es für die Krankenkassen Pflicht, weiterhin jedes Gesuch für die Vergütung von Myozyme individuell zu prüfen. In der Praxis aber zogen nach dem BGE alle Krankenkassen ihre bisherigen Kostengutsprachen zurück. Der Kassenverband santésuisse forderte ihre Mitglieder in ihrer Information «Infosantésuisse» (1/2011) mit Bezug auf den BGE auf, generell keine Kostengutsprachen mehr für Myozyme zu leisten.

Vor diesem Hintergrund stellen sich folgende Fragen:

1. Wie beurteilt der Bundesrat das Vorgehen von santésuisse und der Kassen in diesem Fall und wie beabsichtigt er allenfalls, darauf zu reagieren?

2. Ist er der Meinung, dass sich Krankenkassen bei Kostengutsprachegesuchen künftig generell auf den in einem individuellen Fall vom Bundesgericht festgelegten Kostenschwellenwert von maximal 100 000 Franken berufen können?
3. Wie beabsichtigt er, den sich mit der Interpretation des BGE einschleichenden Rationierungsbestrebungen der Kassen im Interesse der Patienten entgegenzuwirken?
4. Wie will er, der mit dem Vorgehen der Krankenkassen entstandenen Rechtsungleichheit für einzelne Patientengruppen entgegenzuwirken?
5. In der abgeänderten Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 2. Februar 2011 ermächtigt der Bundesrat die Versicherer neu, die Höhe der Vergütung für Orphan Drugs selbst bestimmen zu können. Wie beurteilt er vor dem Hintergrund der erwähnten Entwicklung mit Myozyme die damit entstehende Entscheidungsmacht der Kassen über die Vergütung von Orphan Drugs, die zwangsläufig zu einer Ungleichbehandlung von Patienten mit seltenen Krankheiten führen wird?

Stand der Beratung:
im Plenum noch nicht behandelt.

Wie viel soll die Gesellschaft für ein Lebensjahr zahlen?

POSTULAT
vom 17.3.2011

Iganzio Cassis
Nationalrat FDP
Kanton Tessin



Das Bundesgericht hat mit seinem Entscheid 9C_334/2010 (Übernahme der Kosten für Myozyme) eine Frage aufgeworfen, die für die Zukunft des Gesundheitssystems und der sozialen Krankenversicherung von zentraler Bedeutung ist und die weitreichende ethische, soziale und politische Aspekte betrifft: Eine solche politische Debatte hat bisher in der Schweiz noch nicht stattgefunden. In anderen europäischen Staaten hingegen wird das Problem schon seit Jahren diskutiert. Der Bundesrat wird deshalb ersucht, die im Bundesgerichtsentscheid thematisierten Probleme vertieft zu untersuchen und insbesondere folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie weit kann die Solidarität der Gesellschaft ausgedehnt werden? Bis zu welchem Punkt und unter welchen Bedingungen müssen die Bürgerinnen und Bürger die medizinischen Kosten, die die Krankheit eines einzelnen Menschen verursacht, solidarisch mittragen?
2. Anhand welcher Kriterien und mit welchen Instrumenten können die Grenzen der Finanzierung solcher Kosten durch die Gesellschaft abgesteckt werden?
3. Welche Rolle könnte eine nationale Health-Technology-Assessment-Agentur (vgl. Motion 10.3451) dabei spielen?
4. Wäre es denkbar, einen Spezialfonds einzurichten, für Patientinnen und Patienten, die unter einer seltenen Krankheit leiden und bei denen die Krankenversicherung aufgrund des Bundesgerichtsentscheids die Medikamentenkosten nicht mehr vergütet?

Begründung

In seinem begleitenden Entscheid vom 23. November 2010 nimmt das Bundesgericht neben der konkreten Fragestellung (Rück-

erstattung des Medikaments Myozyme bei Morbus Pompe) erstmals auch zu grundsätzlichen Fragen des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von medizinischen Massnahmen, der Rationierung und der Grenzen der Finanzierung im Bereich des Gesundheitswesens Stellung. Dabei umschreibt er klar die finanziellen Spielräume der Gesellschaft und die zumutbaren Kosten in Bezug auf die Erhaltung eines Menschenlebens. Heute findet eine implizite Rationierung statt, aber allgemein anerkannte Kriterien für diese Beurteilung fehlen. Diese Situation ist unbefriedigend, weil sie für alle Beteiligten grosse Rechtsunsicherheit und zugleich Rechtsungleichheit schafft, indem bestimmte Behandlungen je nach dem Entscheid einzelner Ärzte oder Krankenkassen vorgenommen beziehungsweise vergütet werden oder nicht. Die schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (KVG), die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) und andere beratende Gremien sollen eine Grundlage für das anspruchsvolle Thema schaffen, sodass der Bundesrat die politische Debatte hierüber lancieren kann.

Stand der Beratung:
im Plenum noch nicht behandelt.