

# Neue Zürcher Zeitung

## Gesundheits-Grossreform nimmt erste Hürde *Die einheitliche Finanzierung medizinischer Leistungen könnte dafür sorgen, dass Versicherungsprämien auch künftig nur wenig steigen*

SIMON HEHLI

Wird endlich gut, was lange währt? Seit Jahren basteln Gesundheitspolitiker an einer bedeutenden Reform des Gesundheitswesens herum: der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (Efas). Am Donnerstag hat nun erstmals der Nationalrat einen konkreten Vorschlag durchberaten. Hier eine Übersicht über die hochkomplexe Angelegenheit.

### Wie ist die Situation heute?

Heute gibt es für Operationen mit Spitalübernachtungen einerseits und kleinere Eingriffe in Arztpraxen oder Spitalambulatorien andererseits unterschiedliche Finanzierungen: Stationäre Behandlungen bezahlt zu mindestens 55 Prozent der Kanton mit Steuergeldern, 45 Prozent steuern die Krankenkassen bei; ambulante Behandlungen beim Hausarzt oder Spezialisten hingegen zahlt der Versicherer.

### Wieso ist das Modell problematisch?

Es ist nicht nur kompliziert, sondern birgt auch Fehlanreize. Fortschritte in der Medizin machen es möglich, dass immer mehr Patienten kurze Zeit nach einer Operation wieder nach Hause dürfen, eine Spitalübernachtung wird überflüssig. Das ist aus Sicht des Gesamtsystems positiv, dadurch sinken die Kosten. Die Krankenkassen haben jedoch wenig davon, wenn sie die Verlagerung in den ambulanten Bereich vorantreiben. Dazu ein Rechenbeispiel:

### Statt Pflasterlipolitik nun der grosse Wurf

Kommentar auf Seite 11

spiel: Eine Meniskusoperation im Spital kostet mit Übernachtung 3700 Franken, ambulant 2400 Franken. Doch da die Kasse für diesen Betrag alleine aufkommen muss, fährt sie schlechter. Für eine stationäre OP zahlt sie ja nur 45 Prozent, das wären 1665 Franken. Die

Kantone hingegen sparen Geld mit jedem Eingriff, der ohne Spitalübernachtung stattfindet – oder der vermieden werden kann. Diese Gemengelage führt dazu, dass heute nicht alle Patienten auf die Art behandelt werden, die medizinisch und wirtschaftlich am sinnvollsten ist.

### Wie sieht die diskutierte Lösung aus?

Der Nationalrat hat sich am Donnerstag dafür ausgesprochen, dass künftig die Krankenkassen für jede Behandlung 77,4 Prozent der Kosten übernehmen, die Kantone den Rest – unabhängig, ob stationär oder ambulant. Dieses Verhältnis leitet sich von der Tatsache ab, dass die Kantone heute 22,6 Prozent aller Leistungen finanzieren, wenn man die Blöcke stationär und ambulant zusammenzählt. Vorgesehen ist, dass Ärzte und Spitäler Rechnungen nur noch an die Krankenkassen schicken. Diese erhalten dann später von den Kantonen den festgeschriebenen Anteil an den Kosten zurückvergütet. Insgesamt soll die Reform Einsparungen von geschätzt einer Milliarde Franken im Jahr bringen.

### Wer ist für die einheitliche Finanzierung?

Im Prinzip stehen alle wichtigen Akteure hinter der Reform: der Bundesrat, die meisten grossen Parteien, die Krankenkassen, die Verbände von Ärzten, Spitalern und Heimen. Und auch die einflussreichen kantonalen Gesundheitsdirektoren. Doch Letztere sind nicht zufrieden mit der Umsetzung.

### Warum opponieren die Gesundheitsdirektoren?

Die Kantone, aber auch die Gemeinden und Städte fordern ultimativ, dass auch die Pflege Teil des Efas-Pakets wird. Hintergrund ist, dass die Kosten der Pflege in den kommenden Jahrzehnten stark ansteigen werden, weil die grosse Generation der Babyboomer ins Seniorenalter kommt. Das geht vor allem zu-

# Neue Zürcher Zeitung

lasten der öffentlichen Hand; denn die Beiträge der Krankenkassen pro Pflegepatienten sind plafoniert, die Tagesansätze sind seit Jahren gleich. Würde die Pflege Teil von Efas, würden die Versicherer und damit die Prämienzahler stärker an den Kostensteigerungen beteiligt – dagegen wehren sich die Kassen. Die Kantone hingegen argumentieren, dass eine integrierte Behandlung nur dann funktioniert, wenn die einheitliche Finanzierung auch die Pflege daheim oder in einem Heim umfasst.

**Was passiert, wenn sich das Parlament um die Forderungen der Kantone und Gemeinden foutiert?**

Dann könnte es zu einem Scherbenhaufen kommen, denn die Kantone drohen mit dem Referendum. Dass sie ein solches gewinnen können, haben sie 2004 bewiesen, als sie gegen das damalige Steuerpaket auf die Barrikaden stiegen. Der Bundesrat und das Parlament haben zwar versprochen, dass sie Efas später auch auf die Pflege ausdehnen. Doch damit wollen sich die Kantone nicht zufriedengeben. Ihre Befürchtung: Wenn die Krankenkassen mit der ersten Efas-Phase bekommen hätten, was sie wollten, würden sie gegen den Einbezug der Pflege lobbyieren – und das Parlament könnte dann einknicken.

**Warum wehrt sich die SP gegen Efas?**

Die Sozialdemokraten haben sich auf einen Teil der Reform eingeschossen, der eher nebensächlich ist. Sie befürchten, dass Privatspitäler, die auf keiner kantonalen Spitalliste figurieren, übermässig profitieren könnten. Patienten, die sich dort behandeln lassen, bekommen kein Geld vom Kanton, aber sehr wohl von der Grundversicherung. Aufgrund des neuen stationären Kostenteilers soll die Krankenkasse neu 77,4 Prozent der Kosten übernehmen statt wie bis anhin 45 Prozent. Das bedeutet, dass private Zusatzversicherungen weniger bezahlen müssten und damit ihren Kunden attraktivere Konditionen anbieten könnten. Auch gäbe es für Privatkliniken weniger Anreiz, auf eine kantonale Spitalliste zu kommen. Dies wiederum würde die kantonale Spital-

planung unterlaufen, mahnt auch der Bundesrat. Doch dafür hatte die Mehrheit des Nationalrates kein Gehör.

**Ein hochpolitischer Streit tobt um Brutto- oder Nettokosten. Was hat es damit auf sich?**

Es geht darum, ob der Kostenteiler zwischen Kanton und Kasse vor (brutto) oder nach (netto) dem Abzug der Beteiligung durch den Patienten erfolgen soll. Eine Bruttolösung, wie sie die Kommission vorschlägt, kann zur absurden Situation führen, dass eine Krankenkasse an einer Operation verdient. Dazu ein Beispiel: Patient Meier geht für eine Operation ins Spital, die 3000 Franken kostet. Er hat eine Franchise von 2500 Franken und muss auf die restlichen 500 Franken noch einen Selbstbehalt von 10 Prozent leisten, also insgesamt 2550 Franken. Die Krankenkasse begleicht den Rest der Rechnung von 450 Franken – bekommt vom Kanton jedoch 22,6 Prozent der Kosten vergütet, das wären 678 Franken. Der Bundesrat ist deshalb dafür, dass sich Kanton und Kasse nur die Nettokosten teilen, in diesem Beispiel die 450 Franken. Doch auch diese Version hat einen Nachteil: Die Kantone zahlen bei Eingriffen an Patienten mit hoher Franchise weniger. Dies mindere die Attraktivität solcher Versicherungsmodelle, prophezeit der Krankenkassenverband Santésuisse. Der Nationalrat stellte sich am Donnerstag jedoch auf die Seite der Regierung und sprach sich für die Nettolösung aus.

**Wie geht es nun weiter?**

Der Nationalrat hat es nicht für nötig befunden, auf das Hauptanliegen der Kantone einzugehen. Nun ist der Ständerat am Zug. Die Landesvertreter dürften sich bezüglich eines verbindlichen Einbezugs der Pflege offener zeigen – nicht nur wegen der Referendumsdrohung.