



05.025

**Bundesgesetz
über die Neuordnung
der Pflegefinanzierung**

**Loi fédérale
sur le nouveau régime
de financement des soins**

Fortsetzung – Suite

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 19.09.06 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 21.06.07 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 24.09.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 25.09.07 (FORTSETZUNG - SUITE)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 04.12.07 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 04.03.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.05.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 05.06.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 11.06.08 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 13.06.08 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.06.08 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung
Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins**

Ziff. 3 Art. 25a

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Festhalten

Abs. 1bis

Streichen

Abs. 2

Festhalten

Abs. 3

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Abs. 4

Streichen

Abs. 5

.... überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

Antrag der Minderheit

(Fetz, Brunner Christiane, Ory)

Abs. 1bis

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Abs. 4

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates





Ch. 3 art. 25a

Proposition de la majorité

Al. 1

Maintenir

Al. 1bis

Biffer

Al. 2

Maintenir

Al. 3

Adhérer à la décision du Conseil national

Al. 4

Biffer

Al. 5

.... hauteur de 20 pour cent au maximum de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel.

Proposition de la minorité

(Fetz, Brunner Christiane, Ory)

Al. 1bis

Adhérer à la décision du Conseil national

AB 2007 S 773 / BO 2007 E 773

Proposition de la minorité

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)

Al. 4

Adhérer à la décision du Conseil national

Abs. 1 – Al. 1

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Im Nationalrat wurden Befürchtungen geäussert, dass mit der Streichung der Tages- und/oder Nachtstrukturen die entsprechenden Leistungserbringer ausgeschlossen würden. Tatsache ist aber, dass diese Leistungen auch bei Einrichtungen mit ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen oder bei Pflegeheimen vergütet werden, sofern die leistungserbringende Institution an sich anerkannt ist. Die Tagesinstitution muss also entweder auf der Tagesheimliste geführt werden, oder sie ist als Spitex-Organisation anerkannt, oder sie wird von einer Spitex-Organisation betreut; dann wird die Leistung der Spitex-Organisation übernommen.

Im Rahmen der Spitalfinanzierung wurde das Konzept "Teilstationär" gestrichen. Aus Sicht des KVG ist das Konzept "Teilstationär" grundsätzlich eine Abwandlung des akutstationären Konzeptes. Die Pflegeeinrichtungen, die heute Tages-, Nacht- oder Ferienpatienten aufnehmen, sind nach der heute geltenden Interpretation unter den Pflegeheimen subsumiert. In diesem Sinne stellt die Streichung des Begriffs "teilstationär" keine Streichung von Tageseinrichtungen dar.

Ich möchte aber noch festhalten, dass nur die Kosten der Pflegeleistungen von den Krankenversicherern übernommen werden. Die Aufenthaltskosten hingegen werden von der Krankenversicherung nur bei einem stationären Aufenthalt übernommen.

Ich bitte Sie, dem Antrag Ihrer Kommission auf Festhalten zuzustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous sommes d'avis que la solution du Conseil des Etats est meilleure; elle évite d'introduire une nouvelle catégorie de fournisseurs de prestations dans la LAMal.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Abs. 1bis – Al. 1bis





Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Hier gibt es eine Mehrheit und eine Minderheit. Ich spreche im Namen der Mehrheit.

Gemäss Nationalrat soll die Übergangspflege voll von den Krankenversicherern übernommen werden. Die volle Übernahme der Kosten, so der Nationalrat, sei notwendig, weil mit den geplanten Fallpauschalen in den Spitälern die Verkürzung der Spitalaufenthalte eingeleitet werde. Das wiederum bedinge aber eine nachgelagerte professionelle Akut- und Übergangspflege. Nur so könnten mögliche Wiedereintritte in ein Spital verhindert werden. Als Teil der Behandlung einer akuten Erkrankung sei diese Pflege zwingend voll durch die Krankenversicherer zu übernehmen. Zudem könne die Akut- und Übergangspflege nicht mit der Langzeitpflege über einen Leisten geschlagen werden, weshalb sie voll über die OKP zu finanzieren sei.

Der Nationalrat hat nach unserer Meinung mit dem Entscheid, dass die OKP die Vollkosten der ärztlich angeordneten Akut- und Übergangspflege, die ambulant oder im Pflegeheim durchgeführt wird, während einer vom Bundesrat bestimmten Dauer übernehmen soll, einen Entscheid getroffen, der weit über die ursprünglichen Absichten des Parlamentes bei der Pflegefinanzierung hinausgeht.

Die Mehrheit Ihrer Kommission ist deshalb der Meinung, dass an unserem Beschluss festgehalten werden soll. Die Unterscheidung bei der Pflege ist nicht von Vorteil, ja kann zu falschen Anreizen führen. Insbesondere würde die Langzeitpflege dadurch schlechtergestellt. Die Krankenversicherer sollten dazu verpflichtet werden, die Kosten für die Pflege zu tragen, unabhängig davon, wie lange die Pflege dauert. Eine Sonderbehandlung der Akutpflege würde zu Mehrkosten führen, die über die Prämien zu finanzieren wären. Dies wiederum widerspricht unserem Grundsatzentscheid, dass die Überführung der Pflegefinanzierung kostenneutral zu geschehen hat. Mit einem solchen Entscheid würde zudem eine eigentliche "Wundertüte", wie das in unserer Kommission gesagt worden ist, geöffnet, weil die Übergangspflege nirgends definiert ist.

Die Kostenfolge wird von den verschiedenen Kostenträgern denn auch unterschiedlich eingeschätzt. Für den Fall, dass die Kosten z. B. während 60 Tagen voll von der Krankenversicherung übernommen werden müssen, wird seitens des Departementes mit einem zusätzlichen Betrag für die Krankenversicherer von rund 130 bis 250 Millionen Franken gerechnet. Bei einem Stimmenverhältnis von 9 zu 3 bittet Sie die Kommission deshalb, auf Absatz 1 bis zu verzichten.

Die Mehrbelastung wiegt umso mehr, als dadurch die finanzielle Last der Patientinnen und Patienten nicht etwa kleiner wird. In den meisten Kantonen wird mit dieser Finanzierungsänderung nämlich nicht der Patient, sondern die öffentliche Hand entlastet. Die Rechnung für den Patienten zur Finanzierung der nichtgedeckten Kosten wird trotz Vollfinanzierung nicht kleiner werden.

In diesem Sinn bitte ich Sie, der Mehrheit zu folgen.

Fetz Anita (S, BS): Die Kommissionsminderheit beantragt Ihnen, hier dem Nationalrat zu folgen. Ich möchte vorausschicken, dass es sich hier um eine der Kerndifferenzen bei der Pflegefinanzierung handelt, die aus unserer Sicht genauso wichtig ist wie die Beschränkung der Patientinnen- und Patientenbelastung auf 20 Prozent; denn es gibt sehr viele Leute, die davon betroffen sind oder es sein werden. Deshalb bitte ich Sie, sich genau zu überlegen, wem Sie hier folgen wollen.

Im Nationalrat war es eine grosse Mehrheit, die sich dafür eingesetzt hat, dass die Kosten der nachgeordneten Akut- und Übergangspflege von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, und zwar zeitlich beschränkt. Einfach, damit das klar ist: Es handelt sich hier im Maximum um zweimal 30 Tage, die Pflege muss ärztlich verordnet sein, und es muss auch entsprechend nachgewiesen werden können, dass sie nötig ist. Es werden also sämtliche Einschränkungen, die notwendig sind, in diesem Artikel genannt. Es ist deshalb nicht einzusehen, warum ärztlich verordnete Pflegeleistungen im Akut- und Übergangsbereich nicht von der OKP übernommen werden sollen.

Eine der Überlegungen hat die Kommissionspräsidentin schon genannt: Wir schätzen die Auswirkungen der Regelung anders ein. Wir haben ja gestern in der Spitalvorlage entschieden, dass wir jetzt auf Fallpauschalen umsteigen, was wir alle befürworten. Man muss einfach wissen, dass das Einführen der Fallpauschalen sicher zu einer Verkürzung der Spitalaufenthalte führen wird, was ja auch richtig und in unserem Sinn ist; denn die teuerste Form der Behandlung ist die Spitalbehandlung. Durch die Verkürzung der Spitalaufenthalte wird es aber immer mehr vor allem ältere Patientinnen und Patienten geben, die auf eine anschliessende Übergangspflege angewiesen sein werden, die je nachdem im Heim oder zu Hause erfolgt. Diese Pflege, das kann nicht genug betont werden, ist krankheitsbedingt und deshalb auch durch die Krankenversicherung zu übernehmen. Wenn das nicht geschieht, also wenn wir hier sozusagen meinen, wir würden etwas sparen, dann erhöhen wir ganz einfach den Anreiz, Leute länger im Spital zu lassen, insbesondere, wenn sie zu Hause nicht entsprechend betreut werden können – und das ist dann ein sehr teurer Anreiz.

Dann möchte ich noch etwas zu den befürchteten Kosten sagen: Es stimmt, die Spitex-Kosten sind in den



letzten Jahren im Vergleich überdurchschnittlich stark gestiegen. Das hat natürlich damit zu tun, dass wir sehr viel mehr ältere Leute haben, die auf die Spitex angewiesen sind; aber diese Wachstumsrate darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich immer noch um eine relativ kleine Summe handelt. Ich

AB 2007 S 774 / BO 2007 E 774

möchte Ihnen zum Vergleich nur sagen, dass die Wachstumsrate bei der Spitex über mehrere Jahre, nämlich 1989 bis 2005, zu einem Ausgabenanstieg von insgesamt 164 Millionen Franken führte; allein die Medikamentenkosten sind innerhalb eines Jahres, zwischen 2004 und 2005, um 144 Millionen Franken gestiegen. Was ich Ihnen mit diesem Vergleich sagen möchte: Es ist nicht lauter, die Erhöhung der Spitex-Kosten isoliert zu betrachten und zu meinen, das sei nun ein neuer Kostentreiber im Gesundheitswesen. Die Kostentreiber liegen ganz woanders: Die liegen im Spitalbereich, und sie liegen im Medikamentenbereich. Spitex ist nicht nur eine der günstigsten, sondern immer noch eine der patientenfreundlichsten Unterstützungsmassnahmen. Wenn Sie dann noch einberechnen, dass die Mehrkosten bei der Spitex dadurch kompensiert werden, dass teure Spitalaufenthalte verkürzt werden und es keinen Anreiz mehr gibt, Leute nur deshalb in ein Spital einzuweisen, weil die Pflege sonst von der Krankenkasse nicht bezahlt würde, dann darf man, glaube ich, mit Fug und Recht behaupten, dass diese Bezahlung der Akut- und Übergangspflege durch die Krankenkasse – beschränkt auf Patienten mit ärztlichem Zeugnis, beschränkt auf zweimal 30 Tage – sicher nicht einen Kostenschub auslösen wird.

In diesem Sinne möchte ich Sie bitten, bei Absatz 1 bis dem Nationalrat zu folgen.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich möchte auch hier darauf hinweisen, dass Mehrkosten, die Sie der Grundversicherung anlasten, zu Prämien erhöhungen führen. Die Kommission hat sich eigentlich immer ganz klar für Lösungen eingesetzt, die eben nicht prämientreibend sind. Sie hat sich auf den Standpunkt gestellt, man solle an der bisherigen Kostentragung keine Änderung vornehmen. Die Krankenversicherer bzw. die Prämienzahler sollen also in etwa gleich viel bezahlen, wie sie das heute tun.

Ich möchte hier das, was ich gestern schon gesagt habe, wiederholen: Man muss nicht immer davon sprechen, die Krankenversicherer würden das bezahlen; die Krankenversicherer sind hier Zahlstelle, sie belasten das den Prämienzahlern. Wir müssen deutlich sagen, was der Nationalrat will: Der Prämienzahler soll die Vollkosten zahlen – das ist die Aussage.

Die Kommissionsmehrheit ist nun der Auffassung, dass man auch im Pflegebereich nicht die vollen Kosten der Akutpflege auf die Prämienzahler überwälzen soll, sondern dass ein Teil wie bisher über die Steuerzahler zu bezahlen ist, also über die öffentliche Hand, über den Träger usw. Da muss man jetzt schon klar die Frage beantworten: Wollen Sie wirklich alles auf die Prämienzahler überwälzen, oder sind Sie auch im Bereich der Pflege für eine gemischte Finanzierung?

Die Kommission hat im Weiteren festgehalten, dass es grundfalsch sei, wenn Sie nur im Spital eine Leistungsfinanzierung einführen. Sie verlangen von den Spitälern Effizienz, nachdem wir ja über Jahrzehnte hinweg mit der Kostenfinanzierung unmögliche Strukturen geschaffen haben, in einzelnen Spitälern übersetzte Preise haben. Wir korrigieren das jetzt bei den Spitälern. Und zum gleichen Zeitpunkt kommen wir und sagen: Aber wenn sie dann aus dem Spital entlassen werden, führen wir das alte Kostenprinzip Vollkostenfinanzierung bei der Pflege ein. Das mit entsprechenden Mehrkosten; das ist so. Das kann es nicht sein!

Ich meine, dass wir auch im Pflegebereich Effizienz durchsetzen müssen. Wir müssen auch die Kostentragung durch den Träger haben, also durch Gemeinden, Kantone, allenfalls Stiftungen, welche die Pflegeleistungen erbringen. Diese müssen eben auch einen Anteil bezahlen. Sonst haben sie überhaupt kein Interesse, effizient zu arbeiten. Dass wir in der Kommission die Frage der sozialen Abfederung mit der 20-Prozent-Beschränkung aufgenommen haben, ist meiner Meinung nach zu befürworten.

Ich habe es gesagt: Die Spitalfinanzierung, wie wir sie gestern geregelt haben, wirkt prämientreibend; jetzt werden Prämien erhöhungen stattfinden. Ich bitte Sie einfach, bei der Pflegefinanzierung jetzt darauf zu achten, nicht wieder Beschlüsse zu fassen, die zu Prämien erhöhungen führen – und zwar auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung, die auf uns zukommt. Machen wir uns nichts vor: Im Pflegebereich werden wir in den nächsten Jahren aus demografischen Gründen einiges an Kostensteigerungen erleben und irgendwann einmal auch über Sonderfinanzierungen reden müssen. Das Nationalratskonzept ist – ich möchte das feststellen – erstens nicht prämienneutral, zweitens prämientreibend und setzt drittens falsche Anreize.

Ich bitte Sie deshalb, dem Konzept der Mehrheit unserer Kommission zuzustimmen und an unserem Beschluss festzuhalten.

Maissen Theo (C, GR): Wir haben dieses Geschäft über die Pflegefinanzierung zum ersten Mal in der letzten



Herbstsession in Flims behandelt, und Sie können sich erinnern, dass ich dort eine Reihe von Anträgen gestellt habe, die nicht angenommen worden sind. Der Nationalrat ist jetzt in die Richtung dieser Anträge gegangen, und auch die ständerätliche Kommission hat jetzt einzelne dieser Punkte, die ich damals unterbreitet habe, übernommen.

Jetzt gibt es allerdings einen Punkt, auf den ich aufmerksam gemacht hatte; die Kommissionssprecherin, Frau Forster, hat gesagt, man gehe dem näher auf den Grund. Das betrifft Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f, den Sie auf der Fahne auf Seite 11 oben links sehen. Hier geht es um den Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung. Ich hatte damals den Antrag gestellt, das nicht zu streichen; es ist nun gestrichen. Aber es wurde damals gesagt, man müsse dieser Frage nachgehen, und ich erlaube mir nun, Herr Präsident, noch etwas zu Artikel 25a Absatz 1 zu sagen. Ich habe mich nämlich vorher gemeldet, und Sie haben mir das Wort nicht gegeben.

Ich stelle hier keinen Antrag zu Absatz 1. Es gibt hier nun eine Differenz zum Nationalrat, und ich möchte zuhänden des Amtlichen Bulletins sagen, dass der Nationalrat sich hier überlegen müsste, ob er nicht eine andere Formulierung, eine andere Regelung wählen sollte. Es geht mir immer an und für sich um ein Gesamtsystem, auch von den Kosten her. Es braucht eine Gesamtschau. Es ist nicht so, dass es nicht anderswo eine Auswirkung hat, wenn wir auf der einen Seite sparen. Wenn man zum Beispiel bei der Spitex spart, dann werden Sie einfach anderswo und dort allenfalls gar höhere Aufwendungen haben. Darum geht es auch bei dem nun gestrichenen Buchstaben f, Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung. Das wissen wir. Das wird in Zukunft noch mehr der Fall sein – Herr Brändli hat darauf hingewiesen –, das wird mit der demografischen Entwicklung ein Problem werden. Herr Couchepin hat jüngst den Vorschlag gemacht, dass man auch Pensionierte in den ganzen Pflegedienst einbinden sollte im Sinne von Freiwilligenleistung. Ich finde das einen positiven Ansatz.

Aber man muss dann natürlich Folgendes sehen: Wir haben bereits heute die sogenannte informelle Pflege. Das bedeutete im Jahre 2000 eine Kostenersparnis von 20 Prozent oder von 1,2 Milliarden Franken. Diese Pflege wird von Angehörigen oder Bekannten gemacht. Aber diese können das nicht 365 Tage lang machen, sondern sie müssen eine Möglichkeit haben, sich selber auch zu erholen und vielleicht für zwei oder drei Wochen die Person, die von ihnen gepflegt wird, in eine entsprechende Einrichtung zu geben. Das war an und für sich die Idee von Litera f im vorangehenden Artikel.

Nun hat der Nationalrat mit Absatz 1 wieder etwas in diese Richtung gemacht.

Wie ich gestern von der Kommissionspräsidentin, Frau Forster, erfahren habe, war das Problem in der Kommission bei der Regelung von Absatz 1, dass damit nicht nur die Pflegekosten finanziert werden sollen, sondern auch die Hotelkosten, also die Verpflegung usw. Ich möchte nun beliebt machen, dem Nationalrat das Anliegen weiterzugeben, also die Frage, ob man bei Absatz 1 nicht eine Formulierung finden könnte, mit der mindestens die Pflegekosten finanziert wären – ohne die Aufenthaltskosten als solche, die ja dann zu Hause wegfallen. Mein Anliegen bei Absatz 1 ist also, dass man eine angemessene Regelung findet.

AB 2007 S 775 / BO 2007 E 775

Nun zu Absatz 1bis: Hier schliesse ich mich ganz klar der Kommissionsminderheit an. Auch hier muss man das Gesamtsystem sehen. Wir haben heute die Situation, dass in den Spitälern Fallpauschalen geplant sind. Diese zielen zu Recht auf eine Verkürzung der Aufenthalte im Spital ab. Damit werden wir Kosten sparen. Nun ist es so: Je mehr die Dauer der Aufenthalte im Spital verkürzt wird, umso mehr ist eine anschließende Pflege notwendig – sie wird hier als Übergangspflege bezeichnet –, die früher bei den längeren Spitalaufenthalten im Spital geleistet wurde, und zwar zu viel höheren Kosten. Wenn wir nun die Fallpauschalen einführen und die Spitalaufenthalte verkürzen, ist es konsequent, dass wir die dadurch bedingte nachgelagerte professionelle Akut- und Übergangspflege während einer beschränkten Zeit finanzieren. Es heisst ja hier, dass der Bundesrat die Dauer der Kostenübernahme bestimmt, es ist also nicht ein Fass ohne Boden, sondern es wird ganz klar beschränkt. Es ist auch so, dass bei der Finanzierung der weiteren Pflege die Steuerzahler mitmachen müssen. Wir haben ja Absatz 5, wo wir den Anteil der Leistungsbezüger bei höchstens 20 Prozent festlegen. Aber dort wird dann bei der Pflegeleistung gesagt, dass die Kantone die Restfinanzierung regeln. Dort sind Kantone und Gemeinden also eingebunden. Es geht mir wirklich um die beschränkte Zeit der Akut- und Übergangspflege, die sich, nachdem wir nun die Spitalaufenthalte verkürzen, vermehrt ergibt. Ich empfehle Ihnen deshalb, bei Absatz 1bis der Minderheit zu folgen.

Stähelin Philipp (C, TG): Was Artikel 25a Absatz 1 anbetrifft, kann ich Kollege Maissen beruhigen: Wir sind hier schlicht und einfach daran, die teilstationäre Behandlung, die wir als Begriff im übrigen KVG jetzt weggelassen haben – davon sind wir weggekommen –, auch im Bereich der Pflegeleistungen zu eliminieren. Es ändert aber



in der Sache gar nichts. Wenn man diesen Artikel anschaut, sieht man ja, dass der Bereich "ambulant oder im Pflegeheim" alles abdeckt. Das ist abgedeckt, es ist nicht ein Unterschied. Herr Maissen, wir wollen hier nicht irgendwie die Behandlung in Einrichtungen, Tages- oder Nachtstrukturen, quasi bestrafen und ausschliessen; das ist gar nicht der Fall. Das ist abgedeckt, entweder ist es ambulant oder stationär. Wir wollen einfach diesen ambivalenten Begriff der teilstationären Behandlung, der nirgends richtig definiert ist, nicht mehr im Gesetz haben; es geht nur darum. Wenn immer eine Pflegeleistung aufgrund einer ärztlichen Anordnung erfolgt – das ist hier der Fall, darum geht es hier –, wird diese auch abgegolten.

Noch ein letztes kurzes Wort zu den Bemerkungen zu Absatz 1bis beziehungsweise zur Systemwahl: Herr Maissen hat gesagt, wir müssten das Gesamtsystem sehen. Genau das machen wir mit dem Antrag der Mehrheit. Der Antrag der Mehrheit geht im Grunde genommen eben dahin, dass wir auch im Bereich der Pflegemassnahmen vom Kostendenken – Abgeltung der Kosten – zur leistungsbezogenen Entschädigung, zu einem Preisdanken übergehen. Das entspricht dem System, das wir nun generell im KVG gefunden haben. Wir wollen im Bereich der Pflegefinanzierung nicht wieder in eine andere Richtung gehen. Wir sehen exakt das Gesamtsystem, und darum geht es uns hier.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

Fetz Anita (S, BS): Kollege Stähelin hat mich noch einmal auf den Plan gerufen. Mir geht es auch darum, dass Sie wirklich verstehen, worüber wir hier abstimmen. Es ist mir gestern schon aufgefallen; es ist wirklich ein komplexes Gebiet: Wenn wir ausschliesslich von Systemen reden – wir sind gar nicht so verschiedener Meinung darüber –, dann möchte ich die Gelegenheit schon nochmals wahrnehmen und auch über die Menschen reden, die davon betroffen sind. Bei jedem System haben Sie Schnittstellen, bei welchen ein Übergang stattfindet. Darum geht es bei dieser Frage: Soll der Übergang zwischen Spital und Wiederselbstständigkeit für eine kurze Zeit von der Krankenkasse bezahlt werden oder nicht? Das ist die Frage.

Kollege Maissen hat selbstverständlich Recht, wenn er sagt, der systemische Druck, den wir jetzt aufbauen, sei wichtig, damit die Spitalaufenthalte kürzer werden. Man darf aber doch nicht vergessen, was mit den Menschen passiert, die nachher nicht einfach wieder fit und auf den Beinen sind, sondern eine Übergangspflege brauchen, sei das nun im Heim oder zu Hause. Wir finden, es ist nicht gerechtfertigt, dass diese Pflege für eine kurze Zeit nicht von der Krankenkasse übernommen wird.

Ein letzter Punkt: Wir sind hier die Vertretung der Kantone. Wir mussten uns heute medial vorwerfen lassen, dass wir die Kantone gestern nicht optimal vertreten haben. Der Nachteil des Antrages der Kommissionsmehrheit ist relativ einfach zu formulieren: Das Beitragssystem, das die Mehrheit will, setzt voraus, dass es Auffangnetze für die sogenannten Härtefälle gibt, also z. B. die Ergänzungsleistung oder die Hilflosenentschädigung. Das ist auch richtig, diese gibt es. Das gilt allerdings nur für Personen, die entweder eine AHV- oder eine IV-Rente beziehen. Für die vielen Chronischkranken, die nicht berentet sind, gibt es diese Auffangnetze nicht. Was passiert mit ihnen, wenn sie die Kosten nicht übernehmen können? Die Sozialhilfe muss einspringen, das heisst, die Kosten werden einfach zur Sozialhilfe und damit zu den Kantonen und den Gemeinden verschoben. Das wird passieren. Ich finde es nicht richtig, dem Risiko ausgesetzt zu sein, ein Sozialfall zu werden, wenn man pflegebedürftig ist. Dafür haben wir die Krankenversicherung.

Altherr Hans (RL, AR): Ich ersuche Sie, dem Antrag der Mehrheit zu folgen, und ich möchte nur ganz kurz auf das Votum von Frau Fetz reagieren. Sie hat gesagt, jedes System habe Schnittstellen. Wenn Sie aber dem Antrag der Minderheit folgen, schaffen Sie zwei zusätzliche Schnittstellen: Wo beginnt die Akut- und Übergangspflege, und wo endet sie? Wo geht es dann weiter im System – davon abgesehen, worauf Frau Forster hingewiesen hat, dass die Definition der Akut- und Übergangspflege äusserst unsicher ist?

Es kommt dazu, dass jedes System auch Anreize schafft. Überlegen Sie sich einmal etwas ganz Einfaches: Wir haben zuerst einen Spitalaufenthalt. Der wird mit DRG vermutlich kürzer. Das heisst, in den Spitälern werden Betten oder Abteilungen frei. Dann schaffen Sie ein System der Übergangspflege, mit welchem Sie die Kosten übernehmen, nicht irgendwelche Leistungen, sondern die Kosten. Jedes Spital, das vor diesem Problem – freie Betten – steht, wird eine Abteilung für Akut- und Übergangspflege schaffen. Das ist betriebswirtschaftlich völlig normal, man reagiert auf die Anreize. Aber volkswirtschaftlich ist das verheerend. Die Kosten werden weiter massiv steigen. Das kann nicht das richtige System sein. Für die Idee habe auch ich ein gewisses Verständnis, aber wenn schon, dann müsste man das anders machen.

Ich mache Ihnen beliebt, selbst wenn Sie unsicher sind, der Mehrheit zuzustimmen. Damit schaffen Sie eine Differenz zum Nationalrat, und die Diskussion kann hier weitergeführt werden.

Stadler Hansruedi (C, UR): Schon gestern habe ich anständig zugehört, jetzt auch. Ich möchte als Nichtmitglied der Kommission eine Bemerkung aus der Praxis abgeben. Ich unterstütze in diesem Falle den Antrag der



Kommissionsminderheit.

Früher sagte man in den Spitälern: "Ja, wir behalten Sie noch eine Weile." Heute fragt man – etwas überspitzt formuliert – in den Spitälern: "Wann gehen Sie endlich?" Dies vor allem aufgrund der Fallpauschalen, die richtig sein mögen. Gerade in dieser Hinsicht spielt die ärztlich angeordnete Akut- und Übergangspflege eine wichtige Rolle, ja gar eine segensreiche Rolle.

Ich wünsche niemandem unter uns, dass er ein Fall für eine Fallpauschale wird. Es sei einfach einmal gesagt: Auch wenn das System der Fallpauschalen richtig und gut sein mag, ist der Mensch nicht nur eine Maschine, bei welcher beispielsweise ein Ölwechsel vorzunehmen ist, sondern der

AB 2007 S 776 / BO 2007 E 776

Mensch ist etwas komplexer. Es sei einfach gesagt, dass in solchen Fällen die Spitex und die ärztlich angeordnete Akut- und Übergangspflege eine wichtige Rolle spielen.

Deshalb unterstütze ich hier den Antrag der Kommissionsminderheit.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Dans le domaine de la santé, je ne connais pratiquement aucun prestataire de soins qui n'ait pas, dans son "carquois", l'argument suivant: "Si vous dépensez plus pour mes prestations, vous allez économiser ailleurs." Tous les prestataires de soins utilisent cet argument. Lorsqu'on interroge les représentants de l'industrie pharmaceutique, ils disent: "Naturellement, on évite que les gens aillent à l'hôpital." Lorsqu'on interroge les représentants des hôpitaux, ils affirment: "Nous sommes de plus en plus efficaces, et le système DRG va nous obliger à être encore plus efficaces à l'avenir. Ainsi, on va économiser de l'argent." Monsieur Altherr a dit avec raison qu'en soi, le système DRG ne signifie encore rien, parce qu'il est possible que la durée moyenne du séjour soit réduite et que, par conséquent, des lits soient libres. Mais avant qu'on accepte que la conclusion soit de fermer un hôpital ou de fermer une section, on inventera beaucoup de choses pour réussir à réoccuper ces lits. Or, une chose parmi les plus simples est de créer de nouvelles prestations telles que celle qui est proposée par le Conseil national.

Les médecins qui pratiquent en ambulatoire nous expliquent que, grâce à eux, on évite le traitement en "stationnaire ambulatoire", qui est plus cher; ceux qui pratiquent en "stationnaire ambulatoire" nous disent que, grâce à eux, on évite l'hospitalisation. Bref, dans le système de la santé, chacun prétend que si on fait un petit effort en faveur de sa corporation, on va avoir un bénéfice pour tous. En réalité, il y a toujours un peu de vrai dans ce discours; mais il ne faut jamais pousser ce système à l'extrême: un système aussi complexe que celui-là ne peut fonctionner de manière efficace que s'il est modéré.

Les soins à domicile (Spitex) entrent exactement dans cette catégorie. C'est quelque chose de doux, de bienveillant: Madame Mörkofer ici présente est une personne sympathique, et s'attaquer aux coûts du Spitex est quelque chose qui est quasiment contre la morale. Or le Spitex est en train de nous coûter très cher. Les coûts ne sont pas sous contrôle. Et parmi les explosions de coûts auxquelles on assiste ces temps-ci, il y a ceux relatifs aux soins à domicile. Mais la somme absolue est encore relativement faible, si bien que les 10 ou 12 pour cent d'augmentation ne provoquent pas une catastrophe. Cependant, petit à petit, les soins à domicile deviendront un problème, car leurs coûts ne sont pas sous contrôle, malgré toute la sympathie que nous inspirent les personnes qui sont à la tête de cette organisation.

Par conséquent, il faut être très prudent et ne pas inscrire dans la loi des "moteurs à explosion" qui, un jour, tireront à conséquence et feront qu'on devra revenir en arrière. Personne ne conteste l'intérêt des soins à domicile ni leur importance accrue dans le futur aussi du fait du vieillissement de la population, du système DRG et, je l'espère, de la réduction du nombre de lits. Mais le système DRG seul n'aboutit à aucune économie. C'est seulement si, à la suite de l'introduction du système DRG, on peut réduire les prestations fournies par les hôpitaux et qu'on supprime des lits que cela se produira. Est-ce que ça aura lieu? J'ai quelques doutes à ce sujet. Par conséquent, personne ne peut affirmer qu'introduire des prestations supplémentaires en faveur du système des soins à domicile débouchera sur des économies, surtout lorsque, comme dans le cas présent, on introduit une terminologie qui n'a plus cours dans la loi, ce qui permettra, comme l'ont dit Monsieur Altherr et d'autres orateurs, sous cette terminologie, d'avoir des prestations extrêmement larges et généreuses.

Bien sûr, Madame Fetz, si le système DRG est bien appliqué, il faudra trouver des solutions, et on les trouvera, mais ça coûtera déjà plus. Si vous commencez à l'avance à ouvrir largement la porte à de nouvelles prestations, on va probablement vers une catastrophe. Pendant les cinq, dix premières années, ça se passera bien, et puis tout à coup il faudra lancer des programmes urgents ou des programmes d'économies qui auront pour conséquence la suppression de certaines prestations.

Je dois dire que le Conseil des Etats et sa commission ont travaillé avec bon sens. Tout le monde est sensible aux avantages des soins à domicile, mais il vaut mieux une loi relativement sobre et modeste – il y a déjà



10 pour cent d'augmentation simplement sur la base de la loi actuelle –, qui, avec le temps, expérience faite, permettra d'améliorer des prestations, plutôt que de prévoir dans le texte dès le départ un élargissement des prestations, ce qui tout à coup nous placera devant un désastre qui nous obligera à revenir en arrière.

Selon nos calculs, la solution que préconise le Conseil national coûte au minimum 130 millions de francs de plus – ce qui n'est pas peu pour un seul secteur. Et surtout, elle introduit une certaine insécurité dans les termes et dans les définitions.

C'est pour cela que je suis convaincu que pour l'instant, les choses étant ce qu'elles sont – peut-être que dans cinq ou dix ans on pourra revoir les choses en fonction des expériences faites –, il faut faire preuve d'une certaine prudence dans les définitions inscrites dans la loi, s'en tenir à ce qui est sûr et soutenir la proposition de la majorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 26 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 12 Stimmen

Abs. 2, 3 – Al. 2, 3

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit

Adopté selon la proposition de la majorité

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Ich möchte an dieser Stelle Folgendes festhalten: Wir haben bei uns die Usanz, dass zuerst die Anträge der Mehrheit und dann diejenigen der Minderheit begründet werden. Danach haben die Mitglieder der Kommission, dann diejenigen des Rates und am Schluss der Bundesrat das Wort. Zudem sollte man sich in der Regel auf ein einziges Votum beschränken – auch im Hinblick auf den Zeitplan.

Abs. 4 – Al. 4

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Ganz kurz: Der Nationalrat hat entschieden, dass der Beitrag der Krankenversicherung alle zwei Jahre gemäss Mischindex angepasst werden muss. Die Mehrheit Ihrer Kommission vertritt die Auffassung, dass damit eine präjudizierende Wirkung einhergehen könnte, die auch anderswo ungewollte Automatismen nach sich ziehen würde. Es sei nicht opportun, einer einzelnen Gruppe von Leistungserbringenden eine Zusicherung bezüglich Index zu machen, die anderen nicht zusteht. Deshalb haben wir mit 9 zu 3 Stimmen entschieden, hier an unserem Beschluss festzuhalten. Ich bitte Sie, der Mehrheit zu folgen.

Fetz Anita (S, BS): Hier geht es um den Mischindex; im Prinzip brauche ich nicht viel zu sagen. Die Meinungen sind geteilt, die Frage ist: Will man die OKP alle zwei Jahre gemäss Mischindex anpassen? Die Minderheit und vor allem der Nationalrat finden, dass das richtig ist. Ich möchte Sie bitten, hier der Minderheit zu folgen. Es ist nämlich die Frage, was passiert, wenn die Beiträge der OKP nicht angepasst werden. Irgendwo entsteht dann eine Lücke, wenn nicht regelmässig an die Teuerung angepasst wird. Diese Frage ist letztendlich offen. Jetzt können Sie sagen: Ja, okay, das gibt einen Druck auf die Lohnkosten usw. Aber dann muss man ehrlich sagen, dass der fehlende Teuerungsausgleich auf Kosten der Qualität geht. Wir haben in sämtlichen anderen Systemen auch die Regel, dass die Teuerung via Mischindex ausgeglichen wird.

AB 2007 S 777 / BO 2007 E 777

Deshalb bitte ich Sie, dem Nationalrat und der Minderheit zu folgen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Nous soutenons la proposition de la majorité.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 23 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 8 Stimmen

Abs. 5 – Al. 5

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Der Nationalrat will eine Begrenzung der Kostenbelastung für die Pflege einführen. Der Rest soll von den Kantonen bezahlt werden. Gemäss einem Zusatzbericht der Verwaltung teilen sich die Zusatzkosten auf einen Beitrag der Versicherung und einen Restbetrag auf,



der prozentual vom Versicherten mitgetragen wird. Wenn im Sinne einer statistischen Schätzung die Gesamtkosten berechnet werden, muss man von einer Mehrbelastung von 630 Millionen Franken für die Kantone ausgehen, wobei 152 Millionen an Subventionen und 168 Millionen an EL-Beiträgen entfallen, sodass die tatsächliche Mehrbelastung rund 310 Millionen Franken beträgt. Dies deckt sich auch mit den Schätzungen der Kantone, die eine Mehrbelastung der Kantone im Umfang von 300 bis 340 Millionen Franken prognostizieren. Die GDK macht zudem geltend, dass es nicht Sache der Kantone sein kann, dass Personen ohne finanziellen Bedarf von ihnen subventioniert werden müssen. Der Finanzbedarf der Pflegebedürftigen sei über die EL hinreichend gedeckt.

Die Kommission kann sich dem Anliegen des Nationalrates insofern anschliessen, als der Anteil der Kostenbelastung für die versicherten Personen begrenzt werden soll. Sie ist aber der Meinung – da besteht eine Differenz zum Nationalrat –, dass die Restfinanzierung, das heisst die innerkantonalen Restkosten, von den Kantonen in eigener Kompetenz geregelt werden soll. Im KVG haben wir nur zu regeln, was von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmen ist. Wie die Kantone die restlichen Kosten begleichen, soll in ihrer eigenen Kompetenz bleiben. Es ist damit aber gesichert, dass der Versicherte höchstens zu 20 Prozent des Höchsttarifs belangt werden kann.

Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit
Adopté selon la proposition de la majorité

Ziff. Ia

Antrag der Mehrheit
Festhalten

Antrag der Minderheit

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)
Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates
(= Streichen)

Ch. Ia

Proposition de la majorité
Maintenir

Proposition de la minorité

(Brunner Christiane, Fetz, Ory)
Adhérer à la décision du Conseil national
(= Biffer)

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Absatz 1 besagt, dass die Beiträge an die Pflegeleistungen so festgesetzt werden, dass die Kostenneutralität beim Übergang gewahrt ist. Durch die gesamtschweizerische Festlegung der Beiträge werden in einzelnen Kantonen die Versicherten die Beiträge je nach Stufe erhöhen müssen; in anderen Kantonen werden die Beiträge nach unten angepasst werden müssen. Die Zahl 200X, die wir festhalten, macht klar, dass heute noch nicht absehbar ist, wann das Gesetz in Kraft treten wird. Sollte das Gesetz zum Beispiel im Jahr 2008 in Kraft treten, was unwahrscheinlich ist, würde bei der Berechnung der Beiträge auf die Vergütung von 2006 abgestellt. Tritt es 2009 in Kraft, soll auf die Vergütung von 2007 abgestellt werden. Da ein Systemwechsel vorgesehen wird, ist eine Übergangsregelung vorzusehen, die einen gewissen Freiraum zulässt; deshalb auch die Regelung, dass der Bundesrat Anpassungen vorsehen kann, wenn die Regelung nicht im ersten Jahr erfolgen kann.

Absatz 2 besagt dann – wenn Sie gestatten, Herr Präsident –, dass die geltenden Tarife und Tarifverträge innert drei Jahren anzupassen sind. Die Angleichung wird von den Kantonsregierungen bestimmt.

Fetz Anita (S, BS): Hier geht es ja bezüglich der gesamten Finanzierung der Pflege um die Kostenneutralität für die Krankenversicherer. Wir beantragen Ihnen, dem Beschluss des Nationalrates zu folgen und diese – ich sage einmal: – einseitige Kostenneutralität für die Krankenversicherer aus mehreren Gründen zu streichen. Erstens möchte ich Sie daran erinnern, dass die Kosten für die Pflege ja über die vereinbarten Rahmentarife übernommen werden müssen. Wir alle – zumindest alle, die in diesem Bereich kundig sind – wissen aber, dass diese Rahmentarife seit 1997 nicht mehr angepasst worden sind und dass die Kosten trotzdem steigen,



sodass hier eine Deckungslücke entsteht. Man muss sich wieder fragen, wer diese ungedeckten Kosten bezahlt. Mit der Vorlage über die Pflegefinanzierung ist die Kostenneutralität von Anfang an vorgegeben worden. Mir scheint es nicht nachvollziehbar, warum ausgerechnet nur für einen Kostenträger – die Kosten tragen ja verschiedene: die Haushalte, die öffentliche Hand und die Krankenversicherer – die Kostenneutralität gelten soll. Jetzt werden Sie natürlich sagen: "Ja, die Erhöhung der Kosten in der Krankenversicherung bedeutet auch eine Erhöhung der Prämien." Ich bin diesbezüglich nicht so pessimistisch wie die Krankenversicherer, dass die Kosten derart stark steigen. Sie werden innerhalb der generellen Steigerung im Gesundheitswesen zunehmen. Aber wir müssen hier auch einmal zur Kenntnis nehmen, dass die Zunahme der Kosten im Gesundheitswesen damit zu tun hat, dass wir mehr Bedarf haben, weil die Menschen älter werden – das kann man den Menschen nicht vorwerfen.

Deshalb meine ich: Wir sollten hier nicht nur für einen Kostenträger die Kostenneutralität definieren. Damit verlagern wir einfach die Kosten auf die Haushalte und die öffentliche Hand.

Ich bin mir darüber im Klaren: Sie werden hier sicher nicht der Minderheit zustimmen, wie Sie das schon die ganze Zeit nicht machen. Aber ich möchte klar darauf aufmerksam machen, dass das ein Kernproblem ist, und es wird sich vermutlich in unserem Differenzbereinigungsprozess noch irgendeine sinnvolle Lösung finden lassen. Ich denke schon über den heutigen Tag hinaus, denn diese einseitige Kostenneutralität ist jetzt wahrlich weder im Sinne der Mehrheit noch im Sinne der öffentlichen Hand oder der Patientinnen und Patienten.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je vous recommande de soutenir la proposition de la majorité de la commission du Conseil des Etats. Ce que vient de dire Madame Fetz est faux, à savoir que les tarifs n'ont pas été réadaptés; ils l'ont été à plusieurs reprises. Dans la loi, dont on a prolongé la validité l'année dernière, il y a une invitation adressée au Conseil fédéral de réadapter les tarifs en fonction du renchérissement. Donc, prétendre qu'il n'y a pas eu de réadaptation est faux; on n'est pas "réalités-fremd" au point de ne pas réadapter les tarifs en fonction de l'évolution du coût de la vie.

Ce qui est vrai, c'est qu'il s'agit d'un point de départ: celui des tarifs. Ensuite, ils évolueront en fonction d'un certain nombre de facteurs. Mais je le répète, le Spitex, les soins à domicile ne sont pas sous contrôle actuellement du point de vue des coûts, ce qui ne veut pas dire qu'on gaspille – je n'en sais rien. Leurs coûts ont augmenté massivement au cours de ces derniers mois. Alors on partira non pas d'une

AB 2007 S 778 / BO 2007 E 778

somme globale qui date d'une période historique, mais d'une somme globale qui sera fixée au dernier moment. Par conséquent, c'est déjà plus qu'aujourd'hui! Il y a déjà une augmentation. Si on fixe dès le départ, alors qu'on sait que dans ce domaine-là les dépenses progressent à un rythme soutenu, la base à un niveau plus élevé qu'au moment où cela entre en vigueur, dans la réalité on crée un double dynamisme et on "met le turbo". A la fin, il y a quelqu'un qui paie, mais ce ne sont pas les assurances-maladie. Elles ne sont pas des banques nationales irresponsables qui créeraient de la fausse monnaie.

Les assurances-maladie transfèrent les coûts et les frais aux citoyens et aux citoyennes. Et socialement, c'est probablement encore moins juste que si de temps en temps c'est le contribuable qui paie, car on sait que ce dernier paie en fonction de sa capacité contributive. Dans l'assurance-maladie, on paie par tête, ce qui est une bonne chose parce que ça implique une certaine responsabilité de tous, mais il est faux de prétendre que, si on met à la charge des caisses-maladie, c'est social et que, si on ne met pas à la charge des caisses-maladie, ce n'est pas social. C'est le citoyen ordinaire qui doit payer au nom d'une politique sociale saine, au nom d'une volonté de contenir le volume des coûts, sans bloquer l'évolution.

Nous vous invitons à soutenir la proposition de la majorité de la commission.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 25 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 7 Stimmen

Ziff. Ib

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

mit Ausnahme von:

Art. 10 Abs. 2 Bst. a

a. werden. Die Kantone sorgen dafür, dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet wird;



Ch. Ib

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

à l'exception de:

Art. 10 al. 2 let. a

a. en raison du séjour dans un home ou dans un hôpital. Les cantons veillent à ce que le séjour dans un établissement médicosocial reconnu ne mène pas, en règle générale, à une dépendance à l'aide sociale;

Präsident (Bieri Peter, Präsident): Die Berichtstatterin teilt mir mit, dass es sich lediglich um entsprechende Anpassungen infolge früherer Beschlüsse handelt.

Angenommen – Adopté