

SUMMER SCHOOL WE'G 2007

Wer soll das bezahlen? Die Debatte um die Pflegefinanzierung.

Hintergrundinformationen zum Referat "Wie kann die Pflege im Alter auch in Zukunft finanziert werden" vom 29. August 2007

Pflege kostet, auch wenn rund 75% der Pflege und Betreuung zu Hause durch Angehörige erbracht werden¹. Die Frage, wer diese Kosten tragen soll, ist der Kern der aktuellen Debatte um die Pflegefinanzierung. Diese ist nur nachvollziehbar auf der Basis ihrer Entwicklung, die im folgenden nachgezeichnet wird.

1. Pflege und Pflegefinanzierung vor 1996

Professionelle Pflege zu Hause gibt es in der Schweiz zumindest in Ansätzen seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Die "Gemeindeschwester" war lange Zeit ein integrierender Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Bürgerliche Pflegeheime ausserhalb des kirchlichen Kontextes entstanden bereits früher, so z.B. das Burgerspittel in Bern in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Getragen wurden diese Pflegeangebote sowohl von privaten, gemeinnützigen Vereinen als auch durch die öffentliche Hand bzw. durch die Bürgergemeinden. Die Finanzierung der Pflege erfolgte zu einem beträchtlichen Teil aus privaten Mitteln und stützte sich auch wesentlich auf ehrenamtliche Aktivitäten ab.

Das alte Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1911, das 1961 revidiert und 1996 durch das aktuelle Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgelöst wurde, sah nur in ganz beschränktem Umfang Beiträge an die Pflege vor. Im ambulanten Bereich mussten die Versicherer "die vom Arzt angeordneten, durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen"² zeitlich unbeschränkt³ übernehmen. An die Grundpflege wurden keine Beiträge ausgerichtet. Diese musste von den Pflegebedürftigen selber bezahlt bzw. im Bedarfsfall durch die öffentliche Hand übernommen werden (Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe). Beim Aufenthalt in einem Heim zahlten die Versicherer einen Pflegebeitrag, der die Kosten allerdings in keiner Art und Weise abdeckte. Bei Langzeitpflege wurde dieser Beitrag jedoch nur während 720 Tagen bezahlt – anschliessend erfolgte die Aussteuerung⁴.

2. Verbesserung der Pflegefinanzierung im KVG von 1996

Diese völlig unbefriedigende Situation in der Pflegefinanzierung sollte mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz grundsätzlich geändert werden. Art. 25 KVG umschrieb die allgemeinen Leistungen bei Krankheit neu wie folgt:

- 1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.
- 2a Diese Leistungen umfassen: die Untersuchungen, Behandlungen und **Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen**, stationär, teilstationär **oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden**.

¹ 30 Mio Pflegestunden pro Jahr (gemäss "Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen" Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen 2006) gegenüber 10 Mio. durch Spitex erbrachte Pflegestunden (Spitex-Statistik 2005, Bundesamt für Sozialversicherung).

² Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung; Änderung von 1961; Art. 12 Abs. 2 lit. 1b (entspricht weitgehend dem heutigen Begriff der Behandlungspflege gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b KLV).

³ a.o.O. Art. 12 Abs. 3

⁴ a.o.O. Art. 12 Abs. 4

In den Erläuterungen des Bundesrates zur Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 gehörte diese Neuerung zu den 4 speziell erwähnten wichtigen Punkten: "*Lücken in der Grundversicherung werden geschlossen: Die Krankenkassen vergüten zum Beispiel die Krankenpflege zu Hause (Spitex) und im Pflegeheim.*" Das KVG wurde in der Volksabstimmung knapp angenommen (51.8% Ja). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Vorlage ohne die erweiterte Pflegefinanzierung gescheitert wäre.

3. Der Rückzieher von 1998

Das KVG mit seiner neuen Pflegefinanzierung trat per 1.1.1996 in Kraft. Nur zwei Jahre später wurde die neue Pflegefinanzierung bereits massiv eingeschränkt. Hintergrund waren die Ausgaben der Krankenversicherer für die Pflege in Heimen. Diese waren bereits 1997 mit über 900 Mio. Franken wesentlich höher als die geschätzten Mehrkosten von 560 Mio. Franken in der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991⁵.

Per 1.1.1998 wurde deshalb in die Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) ein Artikel 9a eingefügt, welche für alle Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim Rahmentarife vorsah, welche nach Pflegebedarfsstufen (Heime) bzw. Komplexität der Pflege (Spitex) abgestuft wurden. Die nötige gesetzliche Grundlage wurde mit Art. 104 a KVG per 1.1.2001 nachgeliefert. Die Rahmentarife sollten so lange gelten, bis die Leistungserbringer mit einer Kostenrechnung die effektiven Pflegekosten ausweisen könnten.

Es versteht sich von selbst, dass die Rahmentarife schon von Anfang an nicht kostendeckend waren. Heute decken die Zahlungen der Krankenversicherer für die Pflege gemäss verschiedenen unveröffentlichten Studien des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) 55 – 60% der effektiv anfallenden Kosten und zwar sowohl in den Heimen als auch bei Spitex.

4. Die aktuelle Situation der Pflegefinanzierung

Die erwähnte unzureichende Kostendeckung führt zu ungedeckten Pflegekosten im Ausmass von 40 – 45 %. Diese dürfen aufgrund des Tarifschutzes (Art. 44 KVG) nicht auf die Patientinnen und Patienten überwältzt werden. Grundsätzlich muss die öffentliche Hand diese Kosten übernehmen, weil sonst kein Kostenträger vorhanden ist – auch wenn dies nicht explizit im KVG steht.

Bei Spitex wurden die ungedeckten Kosten bisher durch die Kantone und/oder die Gemeinden sowie durch die AHV (Art. 101bis AHVG) übernommen. Mit dem neuen Finanzausgleich entfallen die Zahlungen der AHV. Diese zusätzliche Finanzierungslücke muss ebenfalls durch Kantone und/oder Gemeinden übernommen werden. Insgesamt belief sich der Beitrag der öffentlichen Hand an die Spitex im Jahr 2005 auf 518 Mio. Franken⁶, was 47% der Einnahmen der Spitexorganisationen entspricht. In diesem Betrag sind allerdings nicht nur die Beiträge an die Pflege enthalten sondern auch diejenigen an die hauswirtschaftlichen Leistungen, weil die Statistik hier nicht differenziert. Geht man näherungsweise davon aus, dass der prozentuale Anteil der öffentlichen Hand an den Kosten der Pflege- und an die Hauswirtschaftsleistungen gleich gross ist, ergibt sich für die Pflege ein Beitrag von rund 360 Mio. Franken.

Bei den Pflegeheimen wird insbesondere in der deutschen Schweiz der Tarifschutz häufig missachtet. Die ungedeckten Pflegekosten werden den Patientinnen und Patienten oft im Rahmen der Unterkunfts- und Betreuungskosten belastet. Dies entspricht zwar nicht den gesetzlichen Vorschriften, doch konnte eine gerichtliche Klärung bis heute nicht herbeigeführt werden.

5. Die Ursache der Debatte um die Pflegefinanzierung

Per 1. Januar 2003 wurde die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) in Kraft gesetzt. Diese Verordnung ermöglicht den Pflegeheimen, die effektiven Kosten der Pflege nachzuweisen. Damit entfällt die Grundlage für die Festlegung von nicht kostendeckenden Rahmentarifen durch den Bundesrat gemäss Art. 104a KVG und Art. 9a KLV. Das heisst, dass die Pflegekosten in Heimen gemäss Art. 25 KVG (s.o.) effektiv durch die Krankenversicherer über-

⁵ Bundesblatt 1992, Bd. 1, S. 220

⁶ Spitex-Statistik 2005, Bundesamt für Sozialversicherungen

nommen werden müssten, sobald die Kostenrechnungen effektiv vorliegen. Eine analoge Situation ergibt sich auch für Spitex durch die Einführung einer einheitlichen Kostenrechnung auf der Basis des Finanzmanuals des Spitex Verbandes Schweiz.

Rechnet man die Deckungslücke aufgrund des Pflegekostenanteils der Krankenversicherer im Jahre 2005 hoch, würde sich bei voller Deckung der Pflegekosten durch die Versicherer eine Mehrbelastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von 768 – 864 Mio. Franken ergeben. Dies unter der Voraussetzung, dass sich die öffentliche Hand vollständig aus der Finanzierung der Pflege zurückzieht. Die von den Krankenversicherern gelegentlich behaupteten Mehrkosten von über 1 Mia. Franken dürften deutlich zu hoch gegriffen sein. Trotzdem würden die Mehrkosten bei voller Deckung der Pflege zu einem Prämien-schub von bis zu 10% führen. Diese sozialpolitisch problematische Perspektive hat die aktuelle Debatte um eine Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöst.

6. Der Vorschlag der Leistungserbringer

Obschon insbesondere Patienten- und Seniorenorganisationen sowie die Leistungserbringer in der Pflege gerne eine uneingeschränkte Umsetzung der Pflegefinanzierung gemäss geltendem KVG gesehen hätten, setzte sich schon bald die Auffassung durch, dass nur mit einer sozialpolitisch akzeptablen Aufteilung der Pflegekosten auf verschiedene Träger eine Lösung der anstehenden Probleme möglich sein würde. Die Verbände der Leistungserbringer in der Pflege (Curaviva, H+, SBK und Spitex Verband Schweiz) unterbreiteten im April 2004 dem Eidgenössischen Departement des Innern einen eigenen Lösungsvorschlag⁷. Dieser beinhaltete insbesondere folgende Punkte:

1. Die Finanzierung der Pflege basiert auf einem **Vollkostenmodell**.
2. Der Anteil der Krankenversicherer an den Vollkosten der **Langzeitpflege** ist prozentual zu fixieren und zwar oberhalb des heutigen Kostendeckungsgrades von ca. 50%. **Die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten beträgt höchstens 20%** und darf nur erhoben werden, wenn bei Bedarf die Möglichkeit des Bezugs von Ergänzungsleistungen besteht. Eine Finanzierungslücke ist aus Mitteln der öffentlichen Hand zu decken.
3. **Alle übrigen Arten der Pflege** (Akutpflege, insbesondere auch nach einer Spitalentlassung, rehabilitative Pflege, Übergangspflege, Langzeitpflege für Personen, welche kein Anrecht auf Ergänzungsleistungen haben, psychiatrische Pflege etc.) müssen uneingeschränkt durch die Krankenversicherer im Rahmen der Grundversicherung finanziert werden.
4. Die übrigen **Sozialversicherungen** und insbesondere die **Ergänzungsleistungen** müssen so angepasst werden, dass der Beitrag an die Langzeitpflege für wirtschaftlich schwächere Pflegebedürftige keine unzumutbare Belastung darstellt.
5. Eine Neuregelung der Finanzierung der Langzeitpflege im unter Punkt 2 erwähnten Sinn ist nur in Kombination mit einer sozialen Abfederung im Sinne von Punkt 4 akzeptabel (**Paketlösung**).

7. Die Botschaft des Bundesrates vom 16. Februar 2005⁸

Die Anregungen der Leistungserbringer für eine Neuordnung der Pflegefinanzierung, welche auch im Vernehmlassungsverfahren nochmals eingebracht wurden, sind bei der Ausarbeitung der Botschaft nicht berücksichtigt worden. Der Bundesrat schlug in der Botschaft vor, dass die Krankenversicherer die Behandlungspflege voll übernehmen (analog KUVG vor 1996; vgl. oben unter Punkt 1) und einen Beitrag an die Grundpflege zahlen sollten. Dieser Beitrag sollte so ausgestaltet werden, dass für die Krankenversicherer insgesamt keine höheren Kosten im Pflegebereich entstehen (Kostenneutralität). Eine Anpassung der Beiträge an die Teuerung wurde nicht vorgesehen. Der Tarifschutz hätte sich bei der Grundpflege auf den Beitrag der Versicherer beschränkt und hätte nicht mehr – wie heute – die gesamten Pflegekosten abgedeckt. Bei der Evaluation der Kostenfolgen für die Versicherten ging das

⁷ Finanzierung der Pflege. Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer. Bern/Zürich 6. April 2004 (Fundort z.B. www.sbk-asi.ch; Dokumenten-Download; verbandsspezifische Dokumente; Berufspolitik)

⁸ Bundesblatt No. 10 vom 15.03.2005, S. 2033

Departement davon aus, dass Kantone und Gemeinden ihre bisherigen Beiträge an die Pflege aufrecht erhalten würden, ohne allerdings eine entsprechende gesetzliche Verpflichtung vorzusehen. Der Überwälzung ungedeckter Pflegekosten auf die Versicherten stand damit nichts mehr im Wege.

Die Differenzierung der Finanzierung nach Grund- und Behandlungspflege wurde sowohl von der Gesundheitsdirektorenkonferenz als auch von den Leistungserbringern vehement bekämpft. In der Praxis hätte sie zu schwierigen Abgrenzungsproblemen und damit zu fast unlöslichen Konflikten mit den Versicherern geführt. Der Vorschlag des Bundesrates wurde in der parlamentarischen Debatte nicht mehr weiter verfolgt.

Unbestritten war der Vorschlag des Bundesrates, für Personen, die zu Hause gepflegt werden, eine Hilflosenentschädigung auch für eine leichte Hilflosigkeit einzuführen. Dieser Beitrag soll mithelfen, die unvermeidbare finanzielle Beteiligung der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten zu decken.

8. Der Entscheid des Ständerates

Der Ständerat hat auf Antrag seiner Kommission am 19. September 2006 im wesentlichen wie folgt entschieden:

- Die obligatorische Krankenversicherung leistet einen **Beitrag an die Pflegeleistungen**, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden.
- Eine Begrenzung der Patientenbeteiligung an den Pflegekosten wird abgelehnt, ebenso eine Verpflichtung der Kantone, einen Teil der Finanzierungslücke zu übernehmen.
- Die Beiträge der Versicherer an die Pflege werden durch den Bundesrat ohne Berücksichtigung der effektiven Kosten festgelegt. Eine Anpassung an die Teuerung wird abgelehnt.
- Beiträge an den Aufenthalt in teilstationären Einrichtungen (z.B. ambulante Tagesstrukturen für Demenzkranke) werden nicht mehr ausgerichtet.
- Eine Übernahme der vollen Kosten für die Akut- und Übergangspflege durch die Krankenversicherer wird abgelehnt.
- Die Überführung in die neue Regelung erfolgt für die Krankenversicherer kostenneutral.
- Verbesserungen bei den Ergänzungsleistungen durch eine Erhöhung der Vermögensfreigrenzen, insbesondere für selbstbewohntes Wohneigentum, werden abgelehnt.
- Die Einführung einer Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit bei Pflege zu Hause wird angenommen.

Eine Umsetzung dieser Beschlüsse in die Praxis würde dazu führen, dass

- ☞ die gesamte Finanzierungslücke von 40 – 45% der Pflegekosten auf die Patientinnen und Patienten abgewälzt werden kann. Dies würde nicht nur für die Langzeitpflege gelten sondern auch für die Akut- und Übergangspflege nach einem frühen Spitalaustritt, welche mit der Einführung der Fallpauschalen (DRG) die Regel werden dürfte. Betroffen wären auch alle anderen Pflegebereiche wie ambulante psychiatrische Pflege, Palliativ-Pflege etc. Berechnungen der Interessengemeinschaft (IG) Pflegefinanzierung⁹ haben ergeben, dass sich das verfügbare Einkommen¹⁰ der Betroffenen gegenüber der heutigen Regelung um bis zu 20'000 Franken reduzieren würde. Zudem würde ein verfügbares Einkommen von über 25'000 Franken erst bei einem Renteneinkommen von über 74'000 Franken erreicht.
- ☞ eine soziale Abfederung der Patientenbeteiligung durch Ergänzungsleistungen bei Vorhandensein von (bescheidenem) Wohneigentum auch bei sehr tiefen Renteneinkommen nicht möglich wäre. Dies trifft insbesondere Personen, die zu Hause gepflegt werden, so-

⁹ Der Interessengemeinschaft Pflegefinanzierung gehören Patienten-, Senioren- und Behindertenorganisationen an sowie die Verbände der Leistungserbringer in der Pflege (Curaviva, H+, SBK, Spitex).

¹⁰ Verfügbares Einkommen = Renteneinkommen nach Abzug der fixen Kosten wie Miete bzw. Hypothekarzinsen, Steuern, Krankenkassenprämien und Kosten der hauswirtschaftlichen Leistungen von Spitex.

wie jene Fälle, bei welchen ein Ehepartner im Pflegeheim lebt und der andere in der eigenen Liegenschaft.

↪ die Entlastung von pflegenden Angehörigen durch Tagesstrukturen, insbesondere für Demenzkranke, nicht mehr möglich wäre.

9. Der Entscheid der Nationalrates

Der Nationalrat hat am 21. Juni 2007 auf Antrag seiner Kommission den Entscheid des Ständerates in weiten Teilen umgestossen und korrigiert. Die wesentlichen Punkte dieses Entscheides sind:

- Die Krankenversicherer zahlen einen Beitrag an die Pflege zu Hause und im Pflegeheim.
- Die Patientenbeteiligung an den Pflegekosten wird auf 20% des höchsten Pflegebeitrags der Krankenversicherer (Tagespauschale oder Stundentarif) begrenzt. Gemäss Berechnungen des Bundesamtes für Gesundheit bedeutet dies für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen eine maximale Belastung von rund 7100 Franken pro Jahr (zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt). Bei Pflege zu Hause (1 Stunde pro Tag) wäre die Belastung rund 5400 Franken. Die Pflegekosten, welche weder durch die obligatorische Krankenversicherung (OKP) noch durch die Patientenbeteiligung abgedeckt sind, müssen durch die Kantone übernommen werden.
- Die Kosten der Akut- und Übergangspflege sollen auch dann voll durch die Krankenversicherer übernommen werden, wenn die Pflege nicht im Spital sondern zu Hause oder im Pflegeheim erbracht wird.
- Beiträge der OKP werden auch bezahlt für die Pflegeleistungen in ambulanten Tages- und/oder Nachtstrukturen.
- Für die Berechnung der Ergänzungsleistungen wird die Freigrenze für selbstbewohntes Wohneigentum im Pflegefall auf 300'000 Franken erhöht. Ebenfalls erhöht werden die Freigrenzen für das freie Vermögen.
- Die absolute Forderung nach Kostenneutralität der Gesetzesrevision für die Krankenversicherer wurde gestrichen.

Die Revision der Pflegefinanzierung wurde in der Schlussabstimmung mit 151:2 Stimmen gutgeheissen.

Die Umsetzung dieser Beschlüsse in die Praxis würde bedeuten, dass

↪ die Pflegekosten zwischen der Krankenversicherung, den Pflegebedürftigen und der öffentlichen Hand aufgeteilt würden (mit Ausnahme der Akut- und Übergangspflege, welche ganz durch die OKP zu übernehmen wäre). Der Anteil der Patientinnen und Patienten ist bereits festgelegt. Die Aufteilung zwischen OKP und öffentlicher Hand muss noch definiert werden.

↪ eine soziale Abfederung der Patientenbeteiligung im Bedarfsfall möglich ist, auch wenn Pflegebedürftige über bescheidenes Wohneigentum verfügen.

↪ die Entlastung der pflegenden Angehörigen durch ambulante Tages- und/oder Nachtstrukturen finanziell unterstützt wird.

↪ die Verkürzung der Spitalaufenthalte durch Fallpauschalen nicht auf dem Buckel der Patientinnen und Patienten finanziert wird, sondern durch die OKP übernommen werden muss.

10. Wie geht es weiter

Insgesamt sind die Entscheide des Nationalrates ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, auch wenn wichtige, eher technische Fragen, wie die Aufteilung der Pflegekosten zwischen Krankenversicherern und öffentlicher Hand auf der Basis einer standardisierten Vollkostenrechnung, noch geregelt werden müssen. Als Nächstes ist nun wieder der Ständerat an der Reihe, der möglicherweise bereits im September 2007 entscheiden wird. Die Differenzen zwischen National- und Ständerat sind sehr gross und der Ausgang der Differenzbereinigung

ungewiss. Es ist jedoch zu hoffen, dass die Kernpunkte der Vorlage wie z.B. die Begrenzung der Patientenbeteiligung und die Aufteilung der Pflegekosten auf die 3 Kostenträger Krankenversicherung, öffentliche Hand und Patient/Patientin letztendlich Bestand haben werden. Andernfalls ist mit einem Referendum zu rechnen.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR:

vgl. Fussnoten im obigen Text.

zusätzlich:

a) Studien des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (www.obsan.ch):

Hélène Jaccard Ruedin et al.: Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, 2006, 55 pages

Sonia Pellegrini et al.: Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile – Prévisions à l'horizon 2030 2006, 41 pages

François Höpflinger,
Valérie Hugentobler: Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter - Perspektiven für die Schweiz, 2005, 137 Seiten

b) Weitere Quellen:

www.santésuisse.ch: Verschiedene Publikationen zum Thema Pflegefinanzierung

Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Statistik (www.bsf.admin.ch)

Neuregelung der Pflegefinanzierung; 2007; Studie des Büro Bass für die SP Schweiz (www.buerobass.ch/pdf/2007/SP_langzeitpflege_schlussbericht.pdf)