

Krankenkassen und Altersheime

Autor(en): **Humbel Näf, Ruth**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA**

Band (Jahr): **64 (1993)**

Heft 7

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-811383>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Krankenkassen und Altersheime

Von Ruth Humbel Näf

1. Allgemeine Rahmenbedingungen der Krankenkassen

Verunsicherung im heutigen Gesundheits- und Krankenkassenwesen.

Eine gewisse Unsicherheit zeigt sich bereits bei der Frage, welche gesetzliche Grundlage massgebend ist, das Krankenversicherungsgesetz von 1911 oder der dringliche Bundesbeschluss von 1992. *Die zuständigen Behörden kümmern sich wenig um die Anwendung und Durchsetzung des gültigen Rechts. Und die Krankenkassen scheinen zurzeit die Prellböcke des schweizerischen Gesundheitswesens zu sein.* Mit ihrer Berichterstattung und den Prämienvergleichen tragen die Medien oft wenig zu einer seriösen Aufklärung bei, sondern im Gegenteil, sie verunsichern die Bevölkerung zusätzlich. Die Versicherten jammern über die jährlich massiv ansteigenden Krankenkassenprämien, vor allem dann, wenn sie jahrelang keine Leistungen der Krankenkassen bezogen haben. Die Klagen beginnen aber erst recht, wenn sich jemand im Krankheitsfall für ein alternatives Heilmittel entscheidet und dann die Krankenkasse aus der Grundversicherung nichts bezahlt. Die eidgenössischen Räte verordnen Notrecht, begrenzen Preise und Tarife der Leistungserbringer sowie die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. Gleichzeitig fordern Bundesrat und Bundesbeamte von den Krankenkassen härtere Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und eine effizientere Rechnungskontrolle.

1.1 Der dringliche Bundesbeschluss und seine Folgen für die Krankenkassen

Nach 1992 haben die eidgenössischen Räte für dieses Jahr erneut einen *Bundesbeschluss über befristete Massnahmen* gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung erlassen und für dringlich erklärt. Im wesentlichen beinhaltet dieser dringliche Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 folgende Bestimmungen:

- *Im ambulanten Bereich werden die Tarife und Preise für das Jahr 1993 auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe begrenzt.* Unter bestimmten Voraussetzungen werden Ausnahmen zugelassen.
- *Im stationären Bereich dürfen Tarife und Preise nur gemäss der Preis- und Lohnentwicklung angepasst werden.*
- *Beim Aufenthalt in einer Heilanstalt wird neu auch eine Kostenbeteiligung von Fr. 10.- pro Aufenthaltstag erhoben.* Kinder, Frauen bei Mutterschaft sowie Personen, welche sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten, sind vom Selbstbehalt befreit.
- *Das Eidgenössische Departement des Innern legt für jeden Kanton einen Höchstbetrag für Krankenkassenprämien fest (Beispiele: AG Fr. 108.15, ZH Fr. 130.20, BE Fr. 140.80, LU Fr. 117.75, BS Fr. 132.35, BL Fr. 131.90, VD Fr. 222.10).* Dieser Prämienhöchstbetrag betrifft nur die Pflege-Grundversicherung.
- *Die Leistungen aus der Krankenpflege-Grundversicherung werden auf die Pflichtleistungen gemäss Art. 12 bis 14 KUVG beschränkt. In folgenden Bereichen dürfen die Leistungen erwei-*

tert werden: Unfälle, Pflege und Aufenthalt in einer Heilanstalt, für die von einem Arzt angeordnete Behandlung und Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim, für die in kantonalen Obligationen vorgesehenen Leistungen, für Leistungen im Ausland, für Arzneimittel.

Diese Bestimmungen schränken den Handlungsspielraum der Krankenkassen enorm ein, sind aber kaum kostenwirksam. Obwohl bereits im letzten Jahr die Tarife und Preise durch einen Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung begrenzt worden sind, haben die Kosten aus der Krankenpflege-Grundversicherung pro versicherte Person im schweizerischen Mittel um 9,9 Prozent zugenommen. Mit dem Bundesbeschluss werden wohl die Preise und Tarife limitiert, die Mengenausweitung hingegen bleibt davon nicht tangiert. Die Mengenausweitung, das heisst die Tatsache, dass es im Gesundheitswesen immer mehr Anbieter gibt und dass immer mehr Leistungen erbracht werden, ist aber das weit grössere Problem.

1.2 Krankenkassen als Versicherung für wirtschaftliche Folgen bei Krankheit

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Kostenübernahme der Betagtenbetreuung im Grunde genommen keine Aufgabe der Krankenkassen darstellt. Das Alter allein ist keine Krankheit. Freilich ist vor allem im Alter die Grenze zwischen gesund und krank fließend. Die Abgrenzung spielt aber für die Aufgabenteilung in der Sozialversicherung eine wichtige Rolle. Die Krankenkassen sind nämlich nur ein Teil der Einrichtungen der sozialen Sicherheit und haben für die wirtschaftlichen Folgen bei Krankheit aufzukommen. Je nachdem welchem Versichertenkreis ein Patient angehört, können verschiedene Einrichtungen (AHV, IV, SUVA, UVG, Krankenkassen) alleine oder zusammen, ganz oder teilweise für die Kosten der Pflege aufkommen. Selbst im Rahmen der krankheitsbedingten Pflegebedürftigkeit bietet die Krankenversicherung keinen unbegrenzten Schutz. Sie kommt nur für die eigentliche Krankheitsbehandlung auf. Die Leistungen aus der Grundversicherung richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen des KUVG. Je nach Krankenkasse werden dann freiwillig weitergehende Leistungen aus den Zusatzversicherungen gewährt.

1.3 Kassenleistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz (KUVG)

Wenn im folgenden von *Kassenleistungen* die Rede ist, sind damit immer die *Leistungen aus der Krankenpflege-Grundversicherung* gemeint. Art. 12 des Krankenversicherungsgesetzes (KUVG) schreibt die Versicherungsleistungen vor. *Danach umfasst die ambulante Behandlung folgende Leistungen:*

- die ärztliche Behandlung
- die vom Arzt angeordneten und von medizinischen Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilwendungen (Physiotherapie, Ergotherapie)
- die vom Arzt verordneten Arzneimittel (gemäss ALT und Spezialitätenliste)

- die vom Arzt angeordneten Analysen (gemäss Analysenliste bzw. Arzttarif)
- die Behandlung durch einen Chiropraktor

Im stationären Bereich haben die Kassen grundsätzlich die gleichen Leistungen zu übernehmen. Hinzu kommt lediglich ein täglicher Mindestbeitrag an die übrigen Kosten der Krankenpflege von mindestens Fr. 9.- pro Tag (Art. 24 Abs. 1 der Verordnung III über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände). Von Gesetzes wegen müssen die Krankenkassen die Aufenthaltskosten für Kost und Logis in einem Spital nicht übernehmen.

Für ambulante Behandlungen sind die Leistungen der Krankenkassen zeitlich unbeschränkt. Demgegenüber müssen die Kassen die Leistungen für stationäre Behandlungen von Gesetzes wegen nur für die Dauer von 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen erbringen (Art. 12 Abs. 4 KUVG). Nach dieser Zeitdauer ist die Krankenkasse zu keiner Leistung mehr verpflichtet. Viele Krankenkassen wenden die sogenannte Erschöpfung allerdings nicht mehr in dieser absoluten Form an.

Bis Ende des letzten Jahres wurde bei stationären Patienten keine Kostenbeteiligung erhoben. Nach Art. 3 der befristeten Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung beträgt der Selbstbehalt neu Fr. 10.- pro Aufenthaltstag in einer Heilanstalt. Wie erwähnt, gibt es Ausnahmen. Für den ambulanten Bereich ist der Selbstbehalt von Gesetzes wegen vorgesehen (Art. 14bis KUVG). Er setzt sich aus einer Jahresfranchise von Fr. 150.- und einem Kostenanteil von 10 Prozent des die Franchise übersteigenden Betrages zusammen.

1.4 Kostenübernahme bei einer stationären Behandlung

Damit die Krankenkassen die Kosten einer stationären Behandlung übernehmen, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Heilanstaltsbedürftigkeit als Eigenschaft des Patienten und
2. der Heilanstaltscharakter als Eigenschaft der Institution.

Nach Art. 23 der Verordnung III über die Krankenversicherung gelten als Heilanstalten Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der Behandlung von Kranken unter ärztlicher Leitung dienen. Unter bestimmten Voraussetzungen gelten auch Pflegeabteilungen von Altersheimen als Heilanstalten im Sinne des Gesetzes. Die Voraussetzungen, welche erfüllt sein müssen, damit eine Institution als Heilanstalt anerkannt werden kann, sind im Gesetz nicht festgehalten. Deshalb hat der AKV in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsdepartement einen Kriterienkatalog erarbeitet und ein Anerkennungsverfahren festgelegt.

2. Kriterien für die Anerkennung von Pflegeabteilungen in Altersheimen

2.1 Institution

Die Leistungspflicht der Krankenkassen gemäss Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KVG, in Verbindung mit Art. 23 Abs. 1 der Verordnung III zum KVG, ist gegeben, wenn eine Pflegeabteilung oder ein Heim mit entsprechender Zweckbestimmung pflegeabhängige bzw. spitalbedürftige Patienten aufnimmt und nachstehende Bestimmungen erfüllt.

2.2 Allgemeine Umschreibung

Voraussetzung für die Leistungspflicht der Krankenkassen ist die Heilanstaltsanerkennung. Um als Heilanstalt anerkannt werden zu können, muss die Institution über genügend und fachgemäss

ausgebildetes Personal verfügen, das vor allem den pflegerischen und therapeutischen Anforderungen genügt, welche die besondere Zwecksetzung der Institution stellt. Diese Einrichtungen müssen zudem einen Mindeststandard an baulichen Voraussetzungen und zweckentsprechende Einrichtungen medizinischer und pflegerischer Richtung aufweisen.

2.3 Personelle Voraussetzungen

- Die Kontinuität der Pflege und Aufsicht muss rund um die Uhr durch Personal mit abgeschlossener Ausbildung im Pflegebereich oder Personal mit praktischer Berufserfahrung und berufsbegleitender Weiterbildung gewährleistet sein. Ein Dienstplan belegt den Einsatz.
- Die Betreuung der Patienten muss nach ärztlichen Anordnungen erfolgen. Ärztliche Hilfe muss innert nützlicher Frist erreichbar und für Notfälle jederzeit sichergestellt sein.

2.4 Bauliche Voraussetzungen, Einrichtungen, Hilfsmittel

- Die Patientenzimmer müssen in der Grösse und der Einrichtung unbehindert die ärztliche Untersuchung und die Pflege zulassen; der Patient liegt in einem zur Pflege geeigneten Bett, das notwendige Zubehör ist vorhanden; eine Notrufanlage ist eingerichtet.
- Bei mehr als einem Stockwerk ist ein Bahrenlift unabdingbar. Die Zugänge im Patientenbereich müssen rollstuhlgängig sein. Sanitäre Einrichtungen müssen in ausreichender Zahl vorhanden sein. Ferner muss ein Ausgussraum mit einem geeigneten Steckbeckenspülapparat zur Verfügung stehen.
- Für den Arzt und das Pflegepersonal steht ein abschliessbarer Raum (Stationszimmer) mit abschliessbarem Medikamentenschrank zur Verfügung.
- Für den Gebrauch durch die Patienten oder für ihre Betreuung sowie die Hilfeleistungen müssen alle erforderlichen Hilfsmittel (Rollstuhl, Gehbock, Stöcke, Bettgitter, Badelift, Sauerstoffeinrichtung usw.) zur Verfügung stehen.

2.5 Dienstleistungen

Neben allgemeinen persönlichen Dienstleistungen (Beratung, Wäsche- und Flickdienst, Besorgungen usw.) müssen auf Weisung des Arztes medizinische und therapeutische Behandlungen möglich sein, ebenso verordnete Spezialverpflegung (Diät).

2.6 Anerkennungsverfahren

Will ein Altersheim als Heilanstalt anerkannt werden, muss es einen Fragebogen ausfüllen, der beim Aargauischen Krankenkassen-Verband bezogen werden kann. Anschliessend wird das Altersheim besichtigt und die Angaben werden vom Gesundheitsdepartement und vom AKV geprüft. Das Gesundheitsdepartement gibt zuhanden des Krankenkassen-Verbandes eine Empfehlung ab. Abschliessend entscheidet der Vorstand des Aargauischen Krankenkassen-Verbandes über Anerkennung oder Nichtanerkennung eines Altersheimes als Heilanstalt.

2.7 Folgen einer Aussteuerung

Wird ein Altersheim anerkannt, gilt es als Heilanstalt im Sinne des Gesetzes. Die Krankenkassen haben die gesetzlichen Mindestleistungen gemäss Art. 12 Abs. 2 KUVG zu erbringen. Der Beitrag an die Kosten der Krankenpflege beträgt Fr. 9.- pro Tag. Auf diese Leistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Die Leistungsdauer ist allerdings auf 720 Tage begrenzt. Von Gesetzes wegen müssen die Krankenkassen danach keine weiteren Leistungen mehr erbringen. Grundsätzlich kann ein Patient nicht auf den täglichen Beitrag von Fr. 9.- verzichten. Wenn beispielsweise ein

Patient Anspruch auf Ergänzungsleistungen hat, werden ihm diese Fr. 9.- angerechnet.

Der grosse Nachteil einer Anerkennung des Altersheimes als Heilanstalt liegt darin, dass trotz des geradezu symbolischen Beitrages von Fr. 9.- pro Tag die Aussteuerung droht. Ein Patient bezieht während 720 Tagen pro Tag. Fr. 9.-, was einen Betrag von total Fr. 6480.- ausmacht. Theoretisch ist der Fall denkbar, dass ein Patient nach der Aussteuerung verunfallt und in einem Akutspital hospitalisiert werden muss. Die Kosten dieses Spitalaufenthaltes hat er dann vollumfänglich selber zu tragen.

2.8 Kassenleistungen in anderen Institutionen

Leider haben wir die Tatsache, dass chronischkranke Patienten finanziell unterschiedlich behandelt werden, je nachdem wo sie gepflegt werden.

Krankenheim oder Pflegeabteilung eines Akutspitals

Krankenhäuser gelten als Heilanstalten. Sie sind Bestandteil der kantonalen Spitalplanung und den Akutspitalern gleichgestellt. Die Krankenkassen haben eine vertragliche Vollpauschale von Fr. 48.- zu bezahlen. Die Fr. 48.- setzen sich zusammen aus einer Behandlungspauschale von Fr. 23.- für ärztliche Behandlung, Therapien, Medikamente usw. und einer Pauschale für die Pflegeaufwendungen von Fr. 25.-. Die Leistungsdauer ist begrenzt.

Nicht anerkannte Altersheime

Diese gelten nicht als Heilanstalten. Die Krankenkassen übernehmen die Leistungen wie bei einer ambulanten Behandlung. An die übrigen Kosten der Krankenpflege wird kein Beitrag ausgerichtet. Die Leistungsdauer ist unbegrenzt.

Pflege durch die spitalexternen Dienste

Neben den gesetzlichen Leistungen für eine ambulante Behandlung übernehmen die Krankenkassen Beiträge nach der Spitexvereinbarung. Wenn ein Patient zu Hause gepflegt wird und der Spitexeinsatz vom behandelnden Arzt angeordnet wird, übernehmen die Krankenkassen Fr. 9.- pro Stunde an die Leistungen der Krankenpflege und Fr. 6.- pro Stunde an die Leistungen der Hauspflege. Zeitlich sind die Leistungen auf insgesamt maximal 8 Stunden Kranken- und Hauspflege pro Tag begrenzt. Die Ausrichtung der Spitexleistungen erfolgt zeitlich unbeschränkt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es für einen chronischkranken Patienten *vier verschiedene Pflegemöglichkeiten* mit vier verschiedenen Finanzierungssystemen gibt. Es sind dies *Pflegeheime, anerkannte* und *nicht anerkannte Altersheime* sowie der *Spitexdienst*. Als stationär gilt der Patient in einem Pflegeheim und in einem anerkannten Altersheim. In diesen Fällen droht nach 720 Tagen die gesetzliche Aussteuerung. Wenn ein Patient nach der Aussteuerung in einem Akutspital hospitalisiert werden muss, kann es grosse Finanzierungsprobleme geben. Im Moment ist den Altersheimen daher abzuraten, eine Anerkennung anzustreben. Erst ein neues Krankenversicherungsgesetz kann eine zufriedenstellende Lösung bringen, weil erst ein neues Gesetz Pflegepatienten berücksichtigt und vor allem die Aussteuerung aufhebt.

Autorin:

lic. iur. Ruth Humbel Näf
Geschäftsführerin des Aargauischen Krankenkassen-Verbandes
Mellingerstrasse 26, 5400 Baden

Der Text diente als Grundlage für ein Referat, welches die Autorin beim Verein Aargauischer Alterseinrichtungen hielt.

VSA

Verein für
Schweizerisches Heimwesen

Heim-Verzeichnis

Ein Heimverzeichnis, wozu?

Um Versorgern, Heimen und anderen Interessierten einen umfassenden Überblick über das gesamte Angebot an Betreuungsplätzen im Erziehungsbereich zu verschaffen.

Das Heimverzeichnis VSA umfasst gegenwärtig 223 Institutionen in der deutschsprachigen Schweiz, geographisch geordnet und mit allen wichtigsten Informationen in einem einheitlichen Raster vorgestellt.

Heime für Kinder- und Jugendliche
Heilpädagogische Pflegefamilien
Sozialpädagogische Wohngruppen
Grossfamilien

In regelmässigen Abständen (zirka alle 1-2 Jahre) erhalten Sie automatisch Änderungen und Neuzugänge gegen zusätzliche Verrechnung. Mit diesem Service verfügen Sie somit laufend über ein aktuelles Nachschlagewerk.

Preis: Fr. 79.- inkl. Ordner (zuzüglich Porto und Verpackungskosten)

Ich bestelle ein Heimverzeichnis

Heimverzeichnis inkl. Ordner, Fr. 79.-

Name _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Unterschrift und Datum _____

Ich nehme davon Kenntnis, dass ich zirka alle 1 bis 2 Jahre automatisch eine Nachlieferung der ergänzten und korrigierten Blätter gegen Bezahlung erhalten werde. Die Nachlieferung kann ich jeweils bis Ende des Jahres **schriftlich** abbestellen.

Bitte einsenden an:

VSA Verein für Schweizerisches Heimwesen
Verlag, Seegartenstrasse 2
8008 Zürich, Tel. 01 383 47 07