

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 75 (2004)
Heft: 9

Artikel: Pflegefinanzierung - der Bundesrat schlägt zwei neue Modelle vor : weniger Kostenwachstum und trotzdem keine Armutsfalle
Autor: Leser, Markus
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-804470>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pflegefinanzierung – Der Bundesrat schlägt zwei neue Modelle vor

Weniger Kostenwachstum und trotzdem keine Armutsfalle

■ Markus Leser

Es herrscht dringender Reformbedarf im Krankenversicherungsgesetz. Nach dem Nein der eidgenössischen Räte zur KVG-Revision im letzten Dezember stellt der Bundesrat nun zwei Modelle zur Diskussion, die alternativ die künftige Pflegefinanzierung regeln sollen.

Die beiden im Folgenden dargestellten Modelle geben die Botschaft des Bundesrates wieder und verfolgen das Ziel, die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung zu stabilisieren. Im Heimbereich beziehen sich die angestellten Überlegungen ausschliesslich auf die Pflegekosten. Diese sind gemäss Krankenversicherungsgesetz

(KVG, Artikel 25) nach Vorliegen einer Kostentransparenz von Seiten der Leistungserbringer durch die Krankenkassen vollumfänglich zu übernehmen. Reformbedarf besteht nun deshalb, weil die geforderte Kostentransparenz (KLV 7-9) inzwischen vorliegt, die Krankenkassen jedoch nach wie vor lediglich die verordnungsrechtlich festgelegten Rahmentarife vergüten (KLV 9).

Modellvariante A

Das vom Bundesrat als Variante A bezeichnete Modell geht von der Grundüberlegung aus, dass das KVG ein Krankheitsrisiko abzudecken hat und nicht ein generelles, altersbeding-

tes Pflegerisiko. Da jedoch in der Praxis des Pflegealltages eine Trennung von krankheits- und altersbedingter Pflege kaum möglich sein wird, benutzt das Modell A den Begriff der «Behandlungspflege» als zentrales Element. «Die Behandlungspflege verfolgt in der Regel ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung von Krankheiten oder zur Bekämpfung deren Folgen und gehört daher in den Leistungsbereich des KVG», heisst es im Bericht des Bundesamtes für Gesundheit zur vorliegenden Variante. In Ergänzung hierzu steht die «Grundpflege», die der Aufrechterhaltung der allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen (ATL) dient.

Heimtaxen pro Monat am Beispiel eines Pflegeheims im Kanton Zürich, 2003

(Pflegekostenzuschlag abhängig vom Pflegebedürftigkeitsgrad, in Franken)

	Pflegebedarfsstufe (Pflegegrad)	Effektive Kosten pro Monat	Anteil Versicherer pro Monat	Anteil Bewohner pro Monat
Pflegekosten	Stufe 1	690	600	90
	Stufe 2	1800	1200	600
	Stufe 3	3300	1800	1500
	Stufe 4	4650	2100	2550
Pflegematerial (nach MiGeL/KLV)		80	80	0
Pensionskosten (inkl. soziale Betreuungskosten)		2790	0	2790
Total Heimtaxe pro Monat	für schwerpflegebedürftige Person (Pflegegrad 4)	7520	2180	5340

Quelle: Gesundheitswesen Schweiz 2004 – 2006

Das Modell geht weiter davon aus, dass in komplexe und einfache Pflegesituationen zu unterscheiden sei. Wesentlich dabei ist, dass die Krankenversicherungen bei einfachen Pflegeleistungen keine Vergütungen mehr vornehmen, jedoch bei komplexen Pflegesituationen voll dafür aufkommen müssten. Da komplexe Situationen definitionsgemäss immer einen medizinischen Hintergrund aufweisen, muss die Behandlungs- und Grundpflege von qualifizierten Pflegepersonen ausgeführt und überwacht werden. Nur dann fällt sie in den Leistungsbereich der Krankenversicherung. Einfachen Pflegesituationen ohne Behandlungsbedarf unterstellen die Entwickler des Modells das Fehlen eines Krankheitshintergrundes. Sie gehen davon aus, dass eine solche Pflegesituation auch von Laien wie z.B. Angehörigen ohne besondere fachliche Qualifikation ausgeführt werden kann. Aus diesem Grund werden in einem solchen Fall keine Krankenversicherungsleistungen fällig. Als Kompensation und durchaus als Anreiz gedacht, möglichst lange keine stationäre Einrichtung beanspruchen zu müssen, wird in der AHV für Personen, die zu Hause leben, eine Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit eingeführt.

Modellvariante B

Dieses Modell geht bei der gesamten Pflege von zwei zeitlich voneinander abgegrenzten Phasen aus: der Phase der Akutpflege und der Phase der Langzeitpflege. Die Phase der Akutpflege gilt für die ersten 90 Tagen ausserhalb des Spitals. Die dafür entstehenden Kosten werden zu 100% von der Krankenkasse bezahlt. Diese Phase zeichnet sich durch einen plötzlichen, in der Regel vorübergehenden Verlust der Autonomie aus, während dessen Dauer die Pflege die allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen (ATL) für die Patienten übernimmt» schreibt das Bundesamt für

Umsetzung des heutigen KVG ist am gerechtesten

Der Fachbereich Alter von Curaviva nimmt derzeit gemeinsam mit den Sektionen Stellung zu den vorhandenen Vorschlägen (die definitive Stellungnahme zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit kann in der zweiten Septemberhälfte unter www.seniorennetz.ch abgerufen werden). Curaviva vertritt allerdings nach wie vor die Haltung, dass die Umsetzung des heutigen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die beste und gerechteste Pflegefinanzierung ist. Denn wird das KVG nicht wie versprochen umgesetzt, wird an einer Versicherungsleistung gerüttelt, die gerade bei dessen Einführung im Jahre 1994 zu einem der Hauptargumente in der Abstimmungskampagne wurde. Aus diesem Grund und auch aufgrund der grossen Unterschiede zwischen tatsächlichen Pflegekosten und Rahmentarifen (vgl. Tabelle) sowie wegen der vorhandenen Kostentransparenz fordert Curaviva die volle Kostenübernahme durch die Versicherer im Bereich der Pflegekosten.

Unter der Voraussetzung, dass die Umsetzung des KVG politisch nicht machbar ist, tendiert der Verband zur Einführung der Modellvariante B. Dies jedoch nur unter den folgenden Bedingungen:

1. Es wird klar und verbindlich geregelt, wie und durch welche Beiträge die vollen Pflegekosten unter den drei Akteuren Versicherer, öffentliche Hand und Bewohner aufgeteilt werden.
2. Ältere Menschen dürfen bei Pflegebedürftigkeit nicht mit zu hohen Kostenbeiträgen in die Armut getrieben werden.
3. Die übrigen Sozialversicherungen sind in einem Gesamtpaket anzupassen.
4. Heime müssen eine Sicherheit erhalten, dass die ihnen effektiv entstandenen Kosten entsprechend vergütet werden (vgl. Kommentar).

(ml)

Gesundheit (BAG). Ab dem 91. Tag beginnt die Phase der Langzeitpflege. Dies ist irreversibel und damit zeitlich unbegrenzt.

Die Pflege beinhaltet neben den Verrichtungen des täglichen Lebens auch aktivierende, präventive sowie palliative Massnahmen und ist ausgerichtet auf die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität der älteren Menschen. Dies ist eine Zielsetzung, die zum Grundauftrag der Alters- und Pflegeheime gehört. In dieser Phase der Pflege bezahlt der Versicherer einen noch zu bestimmen Beitrag. Dieser wird gemäss dem BAG so festgelegt, «dass die Krankenversicherung gegenüber der heute geltenden Regelung mit behördlich festgelegten Rahmentarifen nicht zusätzlich finanziell belastet wird.

Die restliche Finanzierung erfolgt durch die öffentliche Hand und die Pflegebedürftigen gemeinsam, wobei

erwogen wird, die Ergänzungsleistungen entsprechend auszubauen.

Armutsfalle verhindern

Mit den beiden vorgestellten Modellen möchte der Bundesrat gleichzeitig ein sozial- und finanzpolitisches Ziel erreichen. So geht es ihm zum einen darum, die Ausgaben der Versicherer im Pflegebereich nicht weiter anwachsen zu lassen, und zum anderen darum, zu verhindern, dass pflegebedürftige ältere Menschen in eine Armutsfalle geraten. Bis zur definitiven Einführung der neuen Pflegefinanzierung nach dem Modell A, B oder einer Alternativlösung ist eine Übergangsregelung vorgesehen. Diese soll die heute geltenden Rahmentarife in den beiden oberen Bedarfsstufen moderat anpassen. Ansonsten sollen die Rahmentarife bis zum In-Kraft-Treten des revidierten Gesetzes auf dem heutigen Niveau eingefroren werden.