

Finanzierung der Pflege – mehr als nur eine Frage der Kostenverteilung

Aus gesundheitsökonomischer Sicht wird aufgezeigt, wie die Pflege heute finanziert wird und welche Grundfragen sich für die Zukunft stellen.

Willy Oggier

Wie wird die Pflege in der Schweiz heute finanziert? Was ist bei der zukünftigen Finanzierung der Pflege zu berücksichtigen? Diese Fragen sollen die folgenden Ausführungen etwas näher beleuchten.

Finanzierung der Pflege heute

Im Zusammenhang mit der Finanzierung der Pflege spielt der Begriff der Pflegebedürftigkeit eine grosse Rolle. Pflegebedürftigkeit ist nämlich eine Voraussetzung für die Finanzierung der Pflege durch die Sozialversicherungen.

Das Sozialversicherungsrecht geht in der Schweiz von einer weitgehend einheitlichen Definition von Pflegebedürftigkeit und Hilflosigkeit aus: Wer für die täglichen Lebensverrichtungen dauernd Hilfe, Pflege oder Überwachung durch Dritte braucht (und bei bestimmten Sozialversiche-

rungszweigen zusätzlich auch noch Rentenempfängerin oder -empfänger ist), kann einen Anspruch geltend machen. Dabei wird vom autonomen Menschen als Massstab ausgegangen. Pflegebedürftigkeit beschreibt demnach einen individuellen Autonomieverlust.¹ Der Anspruch auf Pflegeleistungen wird allerdings je nach Sozialversicherungsbereich nach unterschiedlichen Kriterien abgeklärt beziehungsweise ermittelt. Auch der Leistungsumfang kann je nach Versicherungszweig unterschiedlich ausfallen. Zudem haben sich auf kantonaler Ebene sehr unterschiedliche Realitäten zu den Definitionen der Pflegebedürftigkeit herausgebildet.

Wenn der sozialversicherungsrechtliche Schutz fehlt, wenn die Sozialversicherungsleistungen nicht ausreichen oder wenn die Leistungen der Sozialversicherungen nicht rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden können, springt die Sozialhilfe ein (siehe auch *Kasten*).

Bei pflegebedürftigen Menschen im AHV-Alter – der wohl wichtigsten Klientengruppe für den Pflegebereich – ist heute keinesfalls immer die Sozialhilfe an der Finanzierung der Pflege beteiligt. Alter bedeutet heute kaum mehr generell finanzielle Abhängigkeit von der Sozialhilfe. Dies ist vor allem auf die AHV und die Ergänzungsleistungen



Willy Oggier

zur AHV/IV zurückzuführen. Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, auf die ein Rechtsanspruch besteht, sind nicht als Sozialhilfe zu betrachten, denn sie werden gemäss dem Versorgungsprinzip ausgerichtet. Bei den nach dem Versorgungsprinzip ausgerichteten Leistungen geht es grundsätzlich darum, gezielt bestehende Lücken in der sozialen Sicherheit zu schliessen, die von den klassischen Sozialversicherungen nicht abgedeckt werden (können) und nicht mit der Sozialhilfe abgedeckt werden sollen. Diese Leistungen sind aus Steuermitteln finanziert.

Diese Ergänzungsleistungen erfüllen für kranke und pflegebedürftige Rentnerinnen und Rentner eine wichtige Funktion. In der ganzen Schweiz sind rund 60 Prozent der in einem Alters- oder Pflegeheim lebenden AHV-Berechtigten auf die EL-

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999
EL	Ergänzungsleistung(en) zur AHV/IV
IV	Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994

¹ Quelle: Latzel Günther, Andermatt Christoph, Walther Rudolf: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Beratungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit, in: Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Schriftenreihe des Bundesamtes für Sozialversicherung, Nr. 6/97, S. 2 f.

Kasten:

Sozialversicherungen und Sozialhilfe

Mit Ausnahme der AHV und der IV sind die klassischen Sozialversicherungen und ergänzende andere rechtliche Bestimmungen in der Schweiz darauf ausgerichtet, eher kurzfristige Einkommensausfälle (infolge Krankheit, Unfall oder Erwerbslosigkeit) zu decken. Damit sollen für die einzelnen Personen Anreize geschaffen werden, sich wieder in den Erwerbsprozess zu integrieren oder, falls dies nicht gelingt, die Kosten selber zu übernehmen. Lang anhaltende Erwerbslosigkeit oder ein ungenügendes Erwerbseinkommen (Phänomen der so genannten Working Poor) stellen neue Herausforderungen für das schweizerische Sozialversicherungssystem dar, welche die genannten Anreize mindestens teilweise in Frage stellen.

Sozialversicherungen und Sozialhilfe ergänzen sich in der Schweiz komplementär. Allerdings ist die Sozialhilfe eigentlich in das System der sozialen Sicherheit integriert²: Das Recht auf Existenzsicherung ist in der neuen Bundesverfassung als Recht auf Hilfe in Notlagen verankert worden (Art. 12 BV): «Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.» Diese Formulierung soll verhindern, dass aus diesem Grundrecht eines Tages ein Anspruch auf einen garantierten Mindestlohn hergeleitet wird.

Im Unterschied zu den Sozialversicherungen gewährt die Sozialhilfe ihre Leistungen in jeder Notsituation, im Gegensatz zu den Sozialversicherungen also unabhängig von deren Ursache. Ein weiterer Unterschied ist das bei der Sozialhilfe geltende Wohnortsprinzip. Zudem soll mit der Sozialhilfe nur das soziale Existenzminimum gewährt werden; die Wirkungsweise der Sozialversicherungen geht in der Regel weiter. Die Sozialhilfeleistungen werden nach dem Individualisierungsprinzip ausgerichtet. Es wird also in jedem Einzelfall der individuelle Bedarf geprüft.

Leistungen angewiesen.³ Angesichts dieses hohen Anteils von EL-Bezüglerinnen und -Bezüglern in Alters- und Pflegeheimen darf davon ausgegangen werden, dass es sich hier nicht um ein individuelles, sondern um ein strukturelles Problem handelt. In Pflegeheimen wird das Geld der Bewohnerinnen und Bewohner oft schnell aufgebraucht. Dort findet sich in der Regel auch ein im Vergleich zur gesamten Gesellschaft überproportionaler Anteil an Alleinstehenden und an geschiedenen oder verwitweten Frauen. Letztere haben nicht selten zuerst über Jahre ihren pflegebedürftigen Mann gepflegt, bis es nicht mehr ging, und danach über den zumutbaren Vermögensverzehr das in den Ehejahren gemeinsam ersparte Vermögen zu grossen Teilen für den Pflegeheimaufenthalt des Ehemannes brauchen müssen.

Finanzierung der Pflege in Zukunft

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass die Finanzierung der Pflege in der Schweiz heute auf einer Vielzahl von Regelungen basiert. Die Kosten der Pflege werden teilweise von den

Sozialversicherungen und/oder der Sozialhilfe, teilweise von den Betroffenen selber übernommen. Diese Lösung mag für die Vergangenheit ausreichend gewesen sein. Für die Zukunft dürfte sie jedoch nicht genügen.

Die Pflegebedürftigkeit hat sich in

«Die Finanzierung der Pflege in der Schweiz basiert heute auf einer Vielzahl von Regelungen.»

den letzten Jahren und Jahrzehnten international zu einem wichtigen Risiko entwickelt, welches in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen dürfte. Wegen des zunehmenden Bedarfs an Pflegeleistungen und der steigenden Kosten im Gesundheitswesen (sowie je nach nationaler Regelung auch im Sozialstaat) wurde deshalb in vielen Ländern eine neue Risikobewertung der Pflegebedürftigkeit durch die Politik vorgenommen⁴, und in verschiedenen Ländern wurden teilweise umfassende, abgestimmte Pflegeleistungen entwickelt.

In der Schweiz fehlen solche Lösungen bisher weitgehend. Im Folgenden soll zuerst aufgezeigt werden, wie sich der Pflegebedarf in Zukunft entwickelt. In einem zweiten Schritt sollen dann Massnahmen zur Deckung des Pflegebedarfs in anderen Ländern vorgestellt werden. Schliesslich werden Schlussfolgerungen für die Schweiz gezogen.

Entwicklung des Pflegebedarfs

Von Bedeutung für die Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen und von Pflegeleistungen im Speziellen ist in der Regel nicht nur die demografische Entwicklung, sondern auch die Frage, wieweit das steigende Alter mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gekoppelt ist und wieweit die traditionellen informellen Pflegepersonen (Töchter, Ehefrauen) weiterhin Leistungen erbringen können und wollen.

Neuere Forschungen deuten darauf hin, dass die älteren Menschen die gewonnenen Lebensjahre zu einem grossen Teil ohne eine Zunahme von gesundheitlichen Beeinträchtigungen erleben werden. So können 65-jährige Männer in der Schweiz damit rechnen, 79 Prozent ihrer verbleibenden Lebensjahre ohne Behinderungen zu erleben. Für Frauen liegt der Prozentsatz bei 76 Prozent.⁵ Allerdings überdecken diese Durchschnittszahlen die erheblichen Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Schichten.

Neben der hohen Lebenserwartung, der dynamischen Entwicklung des Alterungsprozesses und der Feminisierung der älteren Bevölkerung ist auch ein Trend zum zunehmenden Wegfall der Pflegemöglichkeiten durch Familienangehörige festgestellt worden. Dies kann mit der geringeren Kinderzahl, der männlichen Mortalität und der zunehmenden

² Quelle: Carigiet Erwin: Gesellschaftliche Solidarität. Prinzipien, Perspektiven und Weiterentwicklung der Sozialen Sicherheit, Helbing & Lichtenhahn, Basel/Genf/München, 2001, S. 120 f.

³ Quelle: Carigiet Erwin, a.a.O., S. 155.

⁴ Quelle: Scheil-Adlung Xenia, a.a.O., S. 201 ff.

⁵ Quelle: Scheil-Adlung Xenia: Neue Leistungen bei Pflegebedürftigkeit älterer Menschen, in: Ron Aviva, Scheil-Adlung Xenia (Hrsg.): Gesundheitspolitische Innovationen in der sozialen Sicherheit, Peter Lang, Bern, 2002, S. 199 ff. Für die folgenden Abschnitte dieses Kapitels sei auch auf die dort zitierte Literatur verwiesen.

Erwerbstätigkeit der Frauen begründet werden. Dies dürfte auch dazu führen, dass die Menschen vermehrt in Ein-Personen-Haushalten statt in Mehr-Generationen-Familien leben. Um den dargestellten Entwicklungen zu begegnen, braucht es nicht nur ein grösseres Pflegeangebot, sondern auch neue Konzeptionen. Besorgnis erregend ist insbesondere der Wegfall von Pflegemöglichkeiten durch Familienangehörige. Um ihn zu kompensieren, müssen neue Formen der formellen und der informellen Pflege entwickelt werden. Als erschwerende Rahmenbedingung gilt es dabei auch den bereits heute bestehenden Druck auf die Budgets der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen.

Internationale Erfahrungen

Grundlegende Reformen im Bereich der Pflegesysteme führten in den letzten Jahren in Europa insbesondere Deutschland, Österreich und Luxemburg durch. Andere Länder (z.B. Grossbritannien) haben gezielte Massnahmen zur Unterstützung der Pflegebedürftigen eingeführt beziehungsweise ausgebaut. Die häufigsten Reformziele sind in der *Tabelle* aufgeführt.

In der Praxis wurden mit Reformvorhaben oft mehrere der in der *Tabelle* aufgeführten Ziele verfolgt. So wird beispielsweise mit der Förderung der ambulanten Pflege die Hoffnung verbunden, bessere Leistungen anzubieten, Kosten einzusparen, Armut zu reduzieren und/oder den Bedarf an Pflegeheimen einzuschränken.

Als zentrale Innovationen können in diesem Zusammenhang folgende Elemente angeführt werden⁶:

- Pflegegeld
- Neu entwickelte Sachleistungen
- Soziale Absicherung der informellen Pflegenden.

Pflegegeld wird zur Entschädigung des häuslichen Pflegeaufwands ausgerichtet. Es werden in der Regel Pauschalzahlungen ausgerichtet, welche die verschiedenen benötigten Dienste abdecken sollen. Insbesondere in skandinavischen Ländern

Tabelle:

Vorrangige Reformziele von OECD-Ländern im Pflegebereich

	Vorrangige Reformziele
Leistungsebene	Qualität der Pflegeleistungen steigern Effizienz der Leistungserbringung steigern Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege
Ausgabenebene	Kostenkontrolle Beiträge/Steuern begrenzen Finanzielle Entlastung von Krankenversicherung und Sozialhilfe
Individuelle Ebene	übermässige Inanspruchnahme von Leistungen verhindern Abhängigkeit von Sozialhilfe verhindern übermässige individuelle Kostenbelastung verhindern Armut vermeiden
Institutionelle Ebene	Akutversorgungseinrichtungen entlasten Infrastrukturen für Pflegeleistungen aufbauen

sind auch lohnähnliche Zahlungen an die Pflegepersonen anzutreffen. Die Höhe des Pflegegelds ist nach Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Das häusliche Pflegegeld ist jedenfalls tiefer als die Taxen für die stationäre Pflege im Spital und in Heimen.

Bei den *neu entwickelten Sachleistungen* handelt es sich vor allem um neue und ausgebauten Angebote der

«Es braucht nicht nur ein grösseres Pflegeangebot, sondern auch neue Konzeptionen.»

häuslichen Pflege, deren Kosten ganz oder teilweise (alternativ oder in Ergänzung zum Pflegegeld) von der zuständigen Sozialversicherung beziehungsweise vom zuständigen Sozialstaat übernommen werden. Neben formellen werden dabei auch informelle Pflegepersonen eingesetzt, die allein oder zusammen mit professionellen Leistungserbringern die häusliche Versorgung mit Tages- und Nachtdiensten in den Bereichen Krankenpflege, Hilfe bei der Haushaltsführung, Hilfe beim Anziehen und so weiter abdecken sollen. Die Beratung und Schulung dieser informellen Pflegepersonen gehört mit zu den abgedeckten neuen Leistungen. Um die Pflege durch informelle Pflegenden (meist Angehörige) zu fördern, wurden Massnahmen zur

sozialen Absicherung der informellen Pflegepersonen ergriffen. In vielen Ländern können diese Personen Pflegeurlaub am Arbeitsplatz in Anspruch nehmen, und ihr Sozialschutz (Renten- und Unfallversicherung) während der Pflegezeit wird sichergestellt. In einigen Ländern wurden auch Angebote in den Leistungskatalog aufgenommen, die es den Angehörigen erlauben, während der Pflegezeit Urlaub zu machen oder Freizeit zu haben. Zu diesem Zweck wurde die stationäre Versorgung in besonderen Pflegezentren sowie die teilstationäre Versorgung von Pflegebedürftigen (z.B. verschiedene Formen von Tagespflegeeinrichtungen) ausgebaut.

Und die Schweiz?

Internationale Erfahrungen zeigen, dass sich die Politik in Sachen Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen nur langsam bewegt. Grössere Reformen müssen meist von Interessenverbänden oder Betroffenen gruppierungen über öffentlichen Druck aktiv angestossen werden. In der Schweiz ist diese Kultur mindestens im Bereich der Pflegeversorgung wenig verbreitet. Über die notwendigen Reformen wird hierzulande deshalb noch kaum diskutiert. Nach wie vor bringt es das schweizerische System fertig, gleiche Leistungen wegen ihrer unterschiedlichen Entstehungsursache unterschiedlich zu entschädigen. Und die politischen Forderungen von Kran-

⁶ Quelle: Scheil-Adlung Xenia, a.a.O., S. 209.

kenversicherern und Kantonen zielen gar in die Richtung, den Beitrag an die Pflege in der Krankenversicherung zu begrenzen. Eine solche Forderung ist nicht nur kaum vereinbar mit den Bestrebungen zu einer monistischen Finanzierung der Pflichtleistungen aus der obligatorischen Krankenversicherung, sondern sie dürfte auch solange als unehrlich zu bezeichnen sein, als nicht klar gesagt wird, wer für den Rest, also die Differenz zu den effektiv entstandenen, gemäss KVG zu übernehmenden Kosten, aufzukommen hat. Andernfalls besteht die Gefahr,

dass die Pflegeanbieter den Tarifschutz aushöhlen, indem sie einen Teil der Pflegekosten den Pflegeempfängerinnen und -empfängern in Rechnung stellen. Dies dürfte neben den Pflegebedürftigen selbst letztlich, über höhere Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe, auch die öffentliche Hand treffen. Mit einem solchen System könnten zudem die bereits heute bestehenden Anreize der potenziellen künftigen Pflegebedürftigen und ihrer Familien zur Konsumption (im Gegensatz zur Ersparnisbildung) und zur Steuerhinterziehung verstärkt werden.

Die Akteure der schweizerischen Gesundheitspolitik täten daher gut daran, vermehrt ausländische Erfahrungen zu integrieren sowie offensichtliche Systemineffizienzen zu beseitigen, statt über Kostenverteilungen zu diskutieren. ■

Autor:

Willy Oggier, Dr. oec. HSG

Gesundheitsökonomische

Beratungen AG

Konradstrasse 61

8005 Zürich

E-Mail: gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

KOLUMNE

Weniger Management und dafür mehr «Care»!

von Otto Brändli, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»

Unser Gesundheitswesen wird immer mehr zum Zuschauersport: Ärzte, Pflegende und Therapeuten laufen Kür und Fallmanager der Versicherer und Administratoren der Spitäler schauen auf der Tribüne zu. Die Kosten für die «Zuschauerplätze» allein auf Seiten der Versicherer haben sich seit 1960 von 3,5 auf 7,4 Prozent der Gesamtkosten verdoppelt. Im Spital brauchen die Manager immer mehr Raum und verdrängen die Patienten aus Zimmern und Aufenthaltsräumen.

Das «No» der Fallmanager führt zu immer mehr Leistungsverweigerungen, beispielsweise zur Ablehnung von Kostengutsprachen für Rehabilitation. Nicht so sicher ist aber, ob dies wirklich auch zur Kostensenkung beiträgt. Man wird den Eindruck nicht los, dass die Fallmanager Gesundheitsleistungen «gleichmässig» auf die Versicherten verteilen wollen. Dabei sollte die Krankenversicherung

doch eine Umverteilung von den Gesunden zu den «katastrophal» Kranken bewirken und nicht nur «Wellness-» oder «Fitness-Pakete» für alle finanzieren.

Zudem trägt Managed Care nur wenig zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeiter und zur Forschung im Gesundheitswesen bei. Dabei ist Forschung in der Schweiz unser wichtigster Rohstoff, und die Pharmaindustrie und das Gesundheitswesen sind noch immer Wirtschaftszweige mit Wachstum! So hat kürzlich eine Wertschöpfungsanalyse des Spitals Oberengadin gezeigt, dass dem Jahresverlust des Spitals eine doppelt so hohe regionale Wertschöpfung durch Zulieferbetriebe, Mitarbeiter und Patienten gegenübersteht: Die Einkommenssteuern der Mitarbeiter sind höher als die Defizitbeiträge der meisten Gemeinden, nicht nur der Standortgemeinde!

Managed Care wird wohl auch bei uns dazu führen, dass die betroffenen Patienten eine «Anti-Managed-Care-Gesetzgebung» einfordern, wie in den USA: Dort sind zwar nach Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Jahre 1982 heute nur noch 8 Prozent der versicherten Angestellten in einer Versicherung ohne Managed-Care-Einschränkungen. Dafür fordert ein «patient protection act» im Kongress jetzt wieder freie Arzt- und Spitalwahl und externe Überprüfung von verweigerten Kostengutsprachen. Mehr «Care» statt Managed Care, mehr Zeit für die Patienten statt für Papierkrieg – davon träumen die immer unzufriedeneren Patienten und ihre Ärzte!

Dr. med. Otto Brändli, Chefarzt Pneumologie, Zürcher Höhenklinik Wald, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»