

**Kurzbericht der Studie:
Neuregelung der Pflegefinanzierung**

Im Auftrag der

Bundeshausfraktion SP Schweiz

Matthias Wächter, Heidi Stutz

Bern, Februar 2007

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
1 Ausgangslage	1
1.1 Entwicklung der Pflegekosten zwischen 1998 und 2005	1
1.2 Bestimmung der «Deckungslücke» zwischen dem heutigen Anteil der Krankenkassen an der Pflegefinanzierung und der vollen Umsetzung des KVG	2
1.3 Künftige Finanzierungsprobleme: die Entwicklung der Pflegekosten bis 2030	3
2 Auswirkungen einer vollen Umsetzung des KVG im Sinne des Gesetzes von 1996	4
3 Die soziale Absicherung der Pflegefinanzierung durch die Optimierung des bestehenden Systems der Mischfinanzierung	5
3.1 Die notwendige Anpassung der Krankenkassenpflegebeiträge an die Kostenentwicklung	5
3.2 Schutz des Mittelstands durch eine gesetzliche Begrenzung der Patientenbeteiligung	6
3.3 Weitere Anpassungen des AHVG, ELG und KVG	7
4 Politische Vorschläge zur Einführung einer obligatorischen oder privaten Pflegeversicherung	8
5 Literatur	9

1 □ Ausgangslage

1.1 Entwicklung der Pflegekosten zwischen 1998 und 2005

Ein wichtiges Argument, den Vollzug der Vollkostenrechnung und damit die volle Übernahme der Pflegekosten (nach Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)) im Jahr 2005 auszusetzen und nach neuen Finanzierungsformen der Langzeitpflege zu suchen, bildeten die kontinuierlich steigenden Krankenkassenprämien und Pflegekosten. Vor allem das überdurchschnittliche Wachstum der Jahre 2001–2003, welches in der Folge wieder abgeflacht ist, führte zu einer Überinterpretation der Kostenentwicklung.

Entwicklung der Pflegeleistungen der obligatorischen Krankenversicherung

Die Analyse der Entwicklung der Pflegekosten zwischen 1998 und 2005 zeigt jedoch, dass sich die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung für die Pflegeheime mit 5.5 Prozent auf dem gleichen Niveau wie der Anstieg der Gesamtausgaben der Krankenkassen (ebenfalls 5.5 Prozent) bewegt. Die Spitexkosten sind im Vergleich mit durchschnittlich jährlich 8.2 Prozent zwar überdurchschnittlich gestiegen, aber basierend auf einem niedrigen Ausgangsniveau. Diese Wachstumsrate führte bei der Spitex zu einem Ausgabenanstieg von insgesamt 164 Mio. Franken zwischen 1998 und 2005. Zum Vergleich: Praktisch die gleiche Kostenzunahme haben die Ausgaben für Medikamente (Arzt und Apotheken) mit einem Anstieg von 144 Mio. Franken zwischen 2004 und 2005 in einem einzigen Jahr erreicht. Ein stärkeres Gewicht der Spitex ist gesundheitspolitisch nicht unerwünscht, da dadurch Überweisungen auf teure Pflegeheimplätze vermieden werden können.

Damit sollen die Ausgaben der Krankenversicherer für die Langzeitpflege (Spitex und Pflegeheime) nicht relativiert werden. Doch der Anteil der Pflegekosten an den gesamten Bruttoleistungen der Krankenkassen blieb in den vergangenen acht Jahren stabil. Er schwankte zwischen 9.4 Prozent und 10 Prozent, mit einem Anteil von 9.7 Prozent im Jahr 2005.

Entwicklung der Gesamtkosten der Pflegefinanzierung

Die Pflegebeiträge der Krankenversicherung machen nur einen Teil der gesamten Pflegekosten aus. Die Krankenkassenleistungen (brutto, vor Abzug der Selbstbehalte und Franchisen) deckten im Jahr 2004/2005 nur **ein Drittel** der Gesamtkosten für die **Spitex** und **ein Viertel** der Gesamtkosten für **Pflegeheime**.

Die Entwicklung der Jahre 1998 bis 2005 zeigt einen relativ stabilen Anteil der Gesamtkosten der Langzeitpflege an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Der Anteil lag für Pflegeheime zwischen 1998 und 2005 bei einem Prozentsatz zwischen 11.9 und 12.4 Prozent, für die Spitex zwischen 2.0 und 2.1 Prozent. Das durchschnittliche jährliche Wachstum zwischen 1998 und 2005 liegt mit 4.5 und 4.4 Prozent in beiden Bereichen nur leicht über dem Wachstum der gesamten Gesundheitsausgaben von 4 Prozent. Nach einem eher überdurchschnittlichen Anstieg in den Jahren 2001/2002 bei den Pflegeheimen und 2001/2003 bei der Spitex sind die Wachstumsraten in den Jahren 2004/2005 wieder deutlich unter den durchschnittlichen Wert gesunken. Volkswirtschaftlich gesehen liegt das Wachstum im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege erheblich über dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum des Bruttoinlandproduktes von 2.2 Prozent im Zeitraum 1998 bis 2005.

Beim Blick auf die Gesamtkosten zeigt sich also ein ähnliches Bild wie bei der Pflegefinanzierung der obligatorischen Krankenversicherung. Die Situation in der Langzeitpflege (Spitex und Pflegeheime) passt sich in die allgemeine Entwicklung des Gesundheitswesens ein. Sie sollte deshalb weder dramatisiert

noch aus dem Kontext des Wachstumsmarktes Gesundheit herausgebrochen werden. Der Kostendruck im gesamten Gesundheitswesen und in der obligatorischen Krankenversicherung wird auch bei einer verstärkten Privatisierung von Pflegekosten nicht entscheidend gedämpft. Die politische Aufmerksamkeit sollte sich daher eher auf Effizienz und Wirksamkeit der Pflege im Kontext einer integrierten Gesundheitsversorgung richten.

1.2 Bestimmung der «Deckungslücke» zwischen dem heutigen Anteil der Krankenkassen an der Pflegefinanzierung und der vollen Umsetzung des KVG

Umstritten bei der vollen Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Sinne von 1996 sind die Mehrkosten, die auf die Krankenkassen bei Einführung der Vollkostenrechnung zukommen würden. In den vergangenen Jahren basierte die Abrechnung der Pflegeleistungen auf Rahmentarifen, die nicht die vollen Kosten deckten. Die Deckungslücke wurde von den privaten Haushalten und der öffentlichen Hand getragen.

Im Bereich der Spitex mit Gesamtkosten in Höhe von 1'068 Mio. Franken (2004) tragen vor allem die Subventionen der Kantone und der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) mit über 50 Prozent den grössten Teil der nicht über die Krankenversicherung gedeckten Kosten. Die Beiträge der privaten Haushalte machen nur einen geringen Anteil aus, ebenso die bisherigen bedarfsorientierten Leistungen der EL. Verschiedene Quellen (SBK et al. 2004, GDK 2005, BAG 2005) schätzen den Kostendeckungsgrad der Krankenkassenbeiträge an den vollen Kosten der Pflegeleistungen im Spitex-Bereich auf zwischen 55 und 60 Prozent. Dies ergibt für das Jahr 2004 (laut Spitex Statistik 2004) tatsächliche Gesamtkosten der ambulanten Pflege (nach Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)) zwischen 576 und 628 Mio. Franken. Die nicht über die Krankenkassen finanzierte «Deckungslücke» beläuft sich folglich auf 230 bis 283 Mio. Franken, welche real von den Kantonen, Gemeinden und den Subventionen der AHV nach Art. 101^{bis}, nicht aber von den privaten Haushalten getragen werden. Bei der vollen Umsetzung des KVG wären bei den Krankenversicherern im Jahr 2004 im Bereich der ambulanten Pflege folglich Mehrausgaben in Höhe von 230 bis 283 Mio. Franken angefallen. Dies entspricht 1.2 bis 1.5 Prozent der Bruttoausgaben der obligatorischen Krankenversicherung.

Im Bereich der Pflegeheime mit Gesamtkosten in Höhe von 6'369 Mio. Franken im Jahr 2004 beteiligten sich die Krankenversicherer mit netto 1'339.5 Mio. Franken (21.0%) an den gesamten Pflegekosten. Über direkte Subventionen trugen Kantone und Gemeinden 639.9 Mio. Franken (10%) zur Finanzierung bei. Der Anteil der privaten Haushalte ist viel höher als bei der ambulanten Pflege, da auch die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung (über 2 Mia. Franken) in der Statistik unter den Kosten der Pflegeheime erfasst werden. Die Ausgaben der privaten Haushalte beliefen sich im Jahr 2004 auf 4'304.9 Mio. Franken (67.6 Prozent der gesamten Pflegeheimkosten). Insgesamt werden von ihren Kosten aber ca. 1'400 Mio. Franken durch staatliche Unterstützungsleistungen ausgeglichen. Die Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV für Pflegeheimbewohner/innen stellen davon mit 1'036.7 Mio. Franken (16.3 Prozent der Gesamtausgaben für die Langzeitpflege, ein Viertel der Ausgaben der privaten Haushalte) den grössten Anteil. Einen substantiellen Beitrag leistet auch die Hilflosenentschädigung.

Auf Grundlage verschiedener Quellen (SBK et al. 2004, GDK 2005, BAG 2005) wird der Kostendeckungsgrad durch Krankenversicherungsleistungen bei den Pflegeheimen ebenfalls zwischen 55 und 60 Prozent angesetzt. Bei Bruttokosten im Jahr 2004 von 1'573 Mio. Franken ergeben sich Pflegevollkosten in Höhe von 2'621 bis 2'860 Mio. Franken. Die «Deckungslücke» liegt damit bei 1'050 bis 1'287 Mio. Franken. Aufgrund der Mischfinanzierung durch direkte Subventionen, bedarfsorientierte

1 Ausgangslage

Ergänzungsleistungen (EL) und private Zahlungen wird sie von verschiedenen Trägern gedeckt: etwa je ein Drittel tragen die Kantone und Gemeinden durch direkte Subventionen, ein Drittel Bund und Kantone über die Ergänzungsleistungen für Heimbewohner/innen und ein Drittel die privaten Haushalte – in Zahlen: zwischen 350 und 430 Mio. Franken die Haushalte und zwischen 700 und 860 Mio. Franken Bund (über seinen Anteil an den EL vor NFA), Kantone und Gemeinden.

Bei Einführung kostendeckender Pflorgetarife würden daher die Pflegebedürftigen und ihre Familien nicht gesamthaft um 1'280 bis 1'570 Mio. Franken (Summe Spitex und Pflegeheime, Stand 2004) entlastet, sondern nur um einen Betrag zwischen 350 und 430 Mio. Franken (2.0 bis 2.5 Prozent des Prämienvolumens). Die grösste Entlastung würde bei den Kantonen und Gemeinden anfallen. Werden die von ihnen heute aufgebrachten Mittel im System belassen, sei dies im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung oder auch durch eine proportionale Aufteilung der Pflorgetaxen zwischen Krankenkassen und Kantonen/Gemeinden, müsste der Prämienanstieg nicht wie vielfach behauptet zwischen 8 und 10 Prozent zu liegen kommen.

1.3 Künftige Finanzierungsprobleme: die Entwicklung der Pflegekosten bis 2030

In den vergangenen Jahren sind verschiedene Studien in der Schweiz (z.B. BSV 2003; Pellegrini, Jaccard Ruedin, Jeanrenaud 2006) erschienen, die sich der Frage widmeten, ob sich das bisherige Wachstum der Pflegegesamtkosten der vergangenen Jahre von durchschnittlich 4.5 Prozent pro Jahr (nominal, nicht inflationsbereinigt) in fortsetzen wird oder durch den demografischen Wandel als treibenden Faktor noch wesentlich verstärkt wird.

Die drei wichtigsten Faktoren der zukünftigen Entwicklung sind die **Demografie**, die **Verschiebung der Krankheitsbilder** (und damit auch der Pflegebedürftigkeit) im Alter und die **Kostenstrukturen im Gesundheitswesen**. Die Demografie bezeichnet dabei nicht nur die Erhöhung des durchschnittlichen Lebensalters und die Verschiebung der Altersstruktur (auch mit Blick auf die Geburtenraten), sondern auch die Veränderungen im **Potential der informellen Pflege** (Familienstrukturen wie z.B. rückläufige Kinderzahlen, Haushaltssituationen, zeitliche Generationenabstände, Erwerbsintegration der Frauen, die bislang v.a. die Pflegeaufgaben übernahmen). Je nach Hypothese über die Entwicklung dieser Einflussfaktoren ergeben sich stark differierende Szenarien über die zukünftigen Kosten der Langzeitpflege im Jahr 2030. Wählt man als Referenzszenario eine Fortschreibung aktueller Trends, sowohl in den Szenarien der Bevölkerungsentwicklung, in den Gesundheitszustandsprognosen wie auch bei den Einheitskosten medizinischer Leistungen und geht von einem unveränderten sozialen (familialen) und institutionellen Kontext der Langzeitpflege aus, dann schätzen verschiedene Studien übereinstimmend, dass mit mehr als einer Verdoppelung der realen Kosten für die Spitex und Pflegeheime bis ins Jahr 2030 zu rechnen sei. Der demografische Beitrag der Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung macht dabei gerade nur ein Drittel aus.

Den Trendszenarien liegen durchschnittliche jährliche Wachstumsraten (zwischen 2001 und 2030) der Kosten (real, ohne Inflation) für die Langzeitpflege in Pflegeheimen von 2.9 Prozent und durch die Spitex von 3.4 Prozent (Obsan 2006) zugrunde.

Alternativszenarien zeigen den grossen Einfluss der Verschiebung von Krankheitsbildern und Pflegebedürftigkeit. Gelingt es, den Zeitpunkt der Inanspruchnahme von institutioneller Pflege durch die Spitex oder in Pflegeheimen nur um ein Jahr hinauszuschieben, dann ergibt sich im Jahr 2030 bereits eine Kostendifferenz zum Trendszenario von 14 Prozent. Der Prävention kommt folglich eine immer grössere Bedeutung zu. Als zweitwichtigster Einflussfaktor erweist sich eine Verzögerung des Fallkostenanstiegs

durch eine Verringerung der medizinischen Kosten. Den grössten Einfluss auf zukünftige Kostenstrukturen dürfte allerdings die Entwicklung der informellen Pflege haben, die jedoch von den Alternativszenarien nicht erfasst werden kann.

Obwohl der Anteil der demografischen Veränderungen im engeren Sinn (Geburtenraten, Mortalität, Lebenserwartung) geschätzt nur ein Drittel der Wachstumsdynamik prägt, darf dieser exogene Faktor nicht unterschätzt werden. Die aktuell publizierten Kostenschätzungen der Langzeitpflege gehen alle noch auf die demografischen Szenarien des BFS aus dem Jahr 2000 zurück. Nur fünf Jahre später sind aktualisierte Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung erschienen, die einer wesentlich stärkeren Zunahme der Lebenserwartung in den Jahren 1999 bis 2004 Rechnung tragen. Allein in diesen zurückliegenden fünf Jahren ist die Lebenserwartung von Frauen im Alter von 65 Jahren um 0.9 Jahre gestiegen, diejenige von Männern im Alter von 65 Jahren um 1.4 Jahre. Die korrigierten Trendszenarien gehen deshalb im Jahr 2050 von einem gegenüber bisherigen Szenarien zusätzlichen Zugewinn an Lebenserwartung von über 2 Jahren bei den Frauen im Alter von 65 Jahren und 3 Jahren bei den Männern aus.

2 □ Auswirkungen einer vollen Umsetzung des KVG im Sinne des Gesetzes von 1996

Die Entlastung der privaten Haushalte in geschätzter Höhe von 350 bis 430 Mio. Franken bei Einführung der Pflegevollkostenrechnung im Rahmen des KVG wird nicht zu einer Prämienexplosion führen, wenn die gleichzeitige Entlastung der Kantone und Gemeinden und der AHV in Höhe von 700 bis 860 Mio. Franken im Gesundheitswesen belassen wird. Dies kann sowohl im Rahmen der Neuordnung der Spitalfinanzierung als auch über eine proportionale Neuaufteilung der Pflegetarife zwischen Krankenkassen und öffentlicher Hand geschehen. In diesem Sinn ist die volle Umsetzung des KVG ohne Einführung einer Patientenbeteiligung im Rahmen eines vertretbaren Prämienanstiegs möglich.

Bei Pflegebedürftigkeit würde vor allem der Einkommensbereich des Mittelstands, der gerade keinen Anspruch mehr auf Ergänzungsleistungen (EL) hat, durch die volle Umsetzung des KVG und den Verzicht auf eine (einkommensunabhängige) Patientenbeteiligung entlastet. Durch die Übernahme der Vollkosten entfällt eine Abgrenzung zwischen Akut-, Übergangs- und Langzeitpflege. Die Leistungen der Krankenversicherung nähern sich den Pflegeleistungen der Unfall- und Militärversicherung an.

Eigene Berechnungen im Rahmen der Studie zeigen, wie wichtig bei der Einführung einer Vollkostenregelung eine Kompensation der Mehrbelastung der Krankenversicherer im Umfang der oben angesprochenen Entlastung der Kantone und Gemeinden ist. Ansonsten würden sich die Pflegeleistungen der Krankenkassen bis ins Jahr 2030 vervier- bis verfünffachen und von 1.65 Mia. Franken (2004) auf 6.3 bis 7.7 Mia. Franken anwachsen. Damit würde der Anteil der Pflegekosten an den gesamten Bruttoleistungen nach KVG bis ins Jahr 2030 von 8.6 Prozent auf rund 20 Prozent steigen. Der Prämiendruck würde stark erhöht.

Die von der SP vorgeschlagene Einführung einer Erbschaftssteuer auf Bundesebene zur Kompensation der wegfallenden Besteuerung in den Kantonen kann die obligatorische Krankenversicherung und die öffentliche Hand bei der Finanzierung der vollen Kosten der Pflege stark entlasten. Für eine prämieneutrale Einführung der Vollkostenvergütung ist ein Mindestvolumen der Erbschaftssteuer von 350 Mio. Franken notwendig. Diese Grösse liegt in einem realistischen Rahmen.

Der Druck auf das Prämienverbilligungssystem durch steigende Krankenkassenprämien wird in den kommenden Jahren anhalten. Die Studie widmet deshalb der Entwicklung der Prämienverbilligungen ein ausführliches Kapitel. Das Argument, man müsse die Pflegeleistungen der Krankenversicherung begren-

zen, um die Prämienbelastung der mittleren Einkommen, darunter vor allem der Familien mit Kinder, zu verringern und die Generationengerechtigkeit zu wahren, ist ein Stück weit politisch konstruiert. Denn bereits heute schöpfen Bund und Kantone ihre Möglichkeiten nicht aus, um diese Gruppen zu entlasten. In den vergangenen Jahren folgten die Subventionen für Prämienverbilligungen nur bedingt dem Prämienanstieg. Dies mag zum Teil den Verzerrungen des heutigen Finanzierungssystems (Anbindung an die Finanzkraft der Kantone) geschuldet sein, die mit dem NFA wegfallen. Der Hauptteil ist jedoch auf mangelnde Transparenz durch die Vielfalt der verschiedenen kantonalen Bestimmungen und eine fehlende klare Verknüpfung von Prämienanstieg und gesprochenen Subventionen zurückzuführen. Ein klares Bekenntnis zur Pflegefinanzierung als Teil der obligatorischen Krankenversicherung muss nicht zu Lasten der mittleren Einkommen und der Familien mit Kindern gehen, wenn die Prämienverbilligungen entsprechend angepasst werden.

3 □ Die soziale Absicherung der Pflegefinanzierung durch die Optimierung des bestehenden Systems der Mischfinanzierung

Alternativ zur vollen Umsetzung des KVG stehen ein Ausbau und eine Optimierung des bestehenden Systems der Mischfinanzierung der Langzeitpflege durch Krankenversicherung, Alters- und Invalidenversicherung (Hilflosenentschädigung und direkte Subventionen), Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV, direkte Subventionen durch Kantone und Gemeinden sowie Eigenleistungen der privaten Haushalte zur Diskussion. Bereits heute beteiligen sich die privaten Haushalte indirekt über höhere Tagestaxen für Unterkunft, Betreuung und Verpflegung (ein Teil der nicht kostendeckenden Pflege-Rahmentarife wird auf sie überwältzt) zu etwa 10 Prozent an den Vollkosten der Pflege. Wird eine solche Patientenbeteiligung klar begrenzt sowie transparent und gleichmässig auf die verschiedenen Pflegeformen und Pflegebedarfsstufen umgelegt, dann könnte dies im Verbund mit begleitenden Massnahmen zu einer vertretbaren Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien führen. Entscheidend ist, dass die Begrenzung der Patientenbeteiligung auch bei der zukünftig zu erwartenden Kostenentwicklung greift.

In ersten Simulationen wurden die Auswirkungen von unterschiedlichen Variationen der Mischfinanzierung durch Krankenversicherung, AHV/IV (Hilflosenentschädigung), Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV, direkte Subventionen der Kantone und Gemeinden sowie Eigenleistungen der privaten Haushalte auf das frei verfügbare Einkommen von Haushalten mit Pflegebedürftigen untersucht. Als kritische Parameter für eine ausgewogene Pflegefinanzierung erwiesen sich in der Studie folgende Punkte:

1. die notwendige Anpassung der zukünftigen Krankenkassenpflegebeiträge an die Kostenentwicklung der Pflege,
2. eine gesetzlich festgelegte Begrenzung der Patientenbeteiligung,
3. eine Anhebung der Vermögensfreibeträge im Rahmen der Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV und
4. die Einführung einer Sonderregelung für die Akut- und Übergangspflege.

Die einzelnen Punkte sind im Folgenden ausgeführt.

3.1 Die notwendige Anpassung der Krankenkassenpflegebeiträge an die Kostenentwicklung

Die Konsequenzen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) für die künftige Pflegefinanzierung werden oft unterschätzt. Sie sind schwerwiegender als der Wegfall der bisherigen AHV-Subventionen nach Art. 101^{bis} oder die unmittelbaren Kos-

tenverlagerungen bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, die im Rahmen der Globalbilanz kompensiert werden können.

Im Rahmen der NFA ist es zu einer an sich sinnvollen Aufgabenteilung gekommen, bei der die Kantone mit dem Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung sowie der Ergänzungsleistungen für Pflegebedürftige (sowohl ambulant über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten als auch im Bereich der Pflegeheime) eine grosse Finanzierungsverantwortung übernommen haben. Die Anreize sind bereits heute so gesetzt, dass die Kantone ein Interesse haben müssten, mit Investitionen in Prävention, eine umfassende Alterspolitik und innovative Pflegeansätze die zukünftige Pflegenachfrage günstig zu beeinflussen.

Die detaillierte Analyse der Studie zeigt, dass die zukünftigen finanziellen Risiken der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der Nachfrage nach bedarfsorientierten Subventionen der privaten Pflegekosten praktisch vollständig an die Kantone übertragen werden. Der Finanzierungsanteil des Bundes an den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ist sowohl für EL-Bezüger/innen zu Hause wie auch im Heim unabhängig von der Pflegebedürftigkeit. Der Finanzierungsaufwand für die Kantone hängt jedoch stark von der Pflegebedürftigkeit (sowohl ambulant wie auch stationär) ab.

Durch den Wegfall der AHV-Subventionen nach Art. 101^{bis} für die Pflege, die Aufhebung der Obergrenze der EL, einen höheren Kantonsanteil an den Prämienverbilligungen und die praktisch vollständige Übernahme der pflegebedingten Mehrkosten innerhalb der EL im Rahmen der NFA sehen sich die Kantone bereits starken Mehrbelastungen ausgesetzt. Wird nun darüber hinaus die Krankenversicherung bei der Revision des KVG aus der Verantwortung genommen, indem ihr Finanzierungsbeitrag an die Pflege von der Kostenentwicklung abkoppelt wird, dann tragen die Kantone und mit ihnen die privaten Haushalte auch die von ihnen nicht zu beeinflussenden exogenen Finanzierungsrisiken (demografischer Wandel, Entwicklung der Lohnstrukturen, medizinische Kosten) praktisch allein. Aus diesem Grund scheint eine **klare gesetzliche Verankerung der Anpassung der Krankenkassenbeiträge an die Entwicklung der Pflegekosten** notwendig und gerechtfertigt.

Dies ergibt sich auch aus Modellierungen der zukünftigen Kostenentwicklung und -aufteilung zwischen den verschiedenen Kostenträgern. Eine verlangsamte Anpassung der Krankenkassenbeiträge an die Kostensteigerung ohne Kompensation durch neue Finanzquellen führt mittelfristig zu einer Pflegekostenbeteiligung der Krankenkassen von unter 50 Prozent und zu hohen Belastungen der privaten Haushalte, die nicht mehr einfach bedarfsorientiert im Rahmen von Ergänzungsleistungen abgedeckt werden können.

3.2 Schutz des Mittelstands durch eine gesetzliche Begrenzung der Patientenbeteiligung

Ein zentraler Gradmesser für eine Optimierung der Pflegefinanzierung ist die Situation des Mittelstands. Mit dem Wegfall der Obergrenze der maximalen EL für Heimbewohner/innen sollten, abgesehen von der Frage des Vermögensverzehr, die unteren Einkommensgruppen über die Ergänzungsleistungen wirkungsvoll abgesichert sein. Dies gilt für diese Gruppe auch bei Einführung einer ausgewiesenen Patientenbeteiligung. Die reicheren Haushalte sind im bestehenden System und bei einem Anstieg der Patientenbeteiligung innerhalb bestimmter Grenzen ebenfalls weitgehend abgesichert. Das grosse Problem liegt beim Mittelstand.

Über eine Simulation am Beispiel des Kantons Basel Stadt werden in der Studie konkrete Einkommensbereiche aufgezeigt, für die das heutige System der Mischfinanzierung bei einer zu starken Ausweitung der Patientenbeteiligung problematisch wird. Bei einem Einkommen knapp oberhalb der Grenze für eine

Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen können bereits bei einer 20-prozentigen Patientenbeteiligung an den Kosten der Pflege (bei mittlerer Pflegebedürftigkeit) trotz Hilflosenentschädigung Belastungen durch die Krankenkassenprämien und Pflege-/Betreuungskosten von über 30 % des Bruttorenteneinkommens auftreten, die dann mit steigendem Einkommen wieder sinken. Für das Fallbeispiel einer alleinstehenden RentnerIn (Mietwohnung, Vermögen 40'000 Franken) mit mittlerer Pflegebedürftigkeit bei der Pflege zu Hause liegt diese maximale Belastung bei einem Renteneinkommen von ca. 55'000 Franken.

Hinzu kommt die Problematik eines rückläufigen verfügbaren Einkommens über einen weiten Einkommensbereich. Durch die einsetzenden Steuern ist das frei verfügbare Einkommen von Pflegebedürftigen nach Abzug von Miete, Steuern, Krankenkassenprämien und Pflegekosten im Fallbeispiel einer alleinstehenden Person und einer Patientenbeteiligung von 20% bei einem Renteneinkommen zwischen ca. 30'000 Franken und 55'000 Franken niedriger als der Ansatz für den allgemeinen Lebensbedarf nach EL und damit auch niedriger als das frei verfügbare Einkommen eines Haushalts mit einem Renteneinkommen unter 30'000 Franken.

Die Studie zeigt die Grenzen des an sich leistungsfähigen Ergänzungsleistungssystems bei der Pflegefinanzierung auf. Je höher die Patientenbeteiligungen ausfallen, desto stärker sind diese Effekte. Eine akzeptable Belastung des Mittelstands lässt sich nur über eine Begrenzung der Patientenbeteiligung, höhere direkte Subventionen oder eine Anhebung der Hilflosenentschädigung erreichen.

Aus diesen Analysen ergibt die Empfehlung, **bei Einführung einer transparent ausgewiesenen Patientenbeteiligung ihre maximale Höhe** mit Blick auf die Belastung des Mittelstands und eine wichtige Erwartungssicherheit für Haushalte **gesetzlich zu begrenzen**.

3.3 Weitere Anpassungen des AHVG, ELG und KVG

Bei einer Weiterführung der bestehenden Mischfinanzierung der Pflege durch Krankenversicherung, AHV und Ergänzungsleistungen müssten je nach Entscheid über die Einführung einer Patientenbeteiligung drei Punkte nochmals vertieft analysiert werden: 1. die Vermögensfreibeträge im Rahmen der Ergänzungsleistungen, 2. eine Sonderregelung bei der Akut- und Übergangspflege, 3. die Rolle der Hilflosenentschädigung und eine Anpassung der Karenzfristen. In der Studie wurden Grundlagen für politische Entscheidungen aufgearbeitet, die jedoch stark von der Grundsatzentscheidung über die Patientenbeteiligung abhängen.

Die Vorschläge zielen auf:

- eine Erhöhung der Vermögensfreibeträge, wenn die Ergänzungsleistungen mit der Einführung einer Patientenbeteiligung vermehrt die Rolle einer bedarfsorientierten Pflegeversicherung übernehmen,
- einen Verzicht auf eine Patientenbeteiligung innerhalb der Akut- und Übergangspflege, um einen optimalen Versorgungspfad zwischen Spital, Rehabilitation und ambulanter Pflege zu gewährleisten
- eine Überprüfung der Rolle der Hilflosenentschädigung und einer Herabsetzung der Karenzfrist von 12 Monaten.

4 □ Politische Vorschläge zur Einführung einer obligatorischen oder privaten Pflegeversicherung

Der demografische Wandel ist nicht nur mit einem Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger verbunden, sondern auch mit Herausforderungen in der Pflege und Betreuung wie Demenz, Multimorbidität, psychische Erkrankungen oder Vereinsamung. Der Pflegebedarf wird sich in qualitativer Hinsicht verändern. Betreuung und eine intensiviertere aktivierende Pflege gewinnen an Bedeutung. Eine Finanzierungsregelung im KVG setzt dem Zuwachs Grenzen, auch wenn über steigende Alterseinkommen die Nachfrage nach einer qualitativ hochstehenden Pflege steigt oder wenn das Angebot an informeller Pflege sinkt. Politische Vorschläge zur Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung oder zur Förderung der privaten Pflegevorsorge zielen darauf, den Finanzierungsspielraum bei der Langzeitpflege zu erweitern. Aus diesem Grund geht die Studie im letzten Kapitel kurz auf diese beiden Vorschlägen ein.

Die Belastungen des Mittelstands durch einen wachsenden Eigenanteil an den Pflege- und Betreuungskosten könnten auch mit der Einführung einer **obligatorischen Pflegeversicherung** wirkungsvoll gesenkt werden. Politisch müsste zunächst eine Definition und Abgrenzung der zu übernehmenden Leistungen erfolgen, bevor sich die finanziellen Auswirkungen genauer abschätzen lassen. Kostenrelevant sind vor allem die Frage nach dem Einbezug von Pensionskosten bei der Pflege im Heim und die finanzielle Unterstützung der Angehörigenpflege. Im Rahmen der Studie wurden aber erste Abschätzungen über die Höhe der notwendigen Prämien und ihre Rückwirkung auf das heutige Prämienverbiligungssystem vorgenommen. Ein von Stéphane Rossini skizziertes Modell einer Erweiterung der obligatorischen Krankenversicherung um Betreuungsleistungen, die Entschädigung pflegender Angehöriger und eventuell die teilweise Übernahme von Pensionskosten in Heimen ist eine interessante Variante zur obligatorischen Pflegeversicherung, welche in der Studie kurz vorgestellt wird.

Als weitere politische Alternative zur Entlastung der obligatorischen Krankenversicherung, der öffentlichen Hand und der privaten Haushalte mit Pflegebedürftigen wurde im Jahr 2006 eine Motion zur **Förderung der privaten Vorsorge nach dem Muster der 3. Säule der Altersvorsorge** eingereicht. Sie sieht die Abzugsfähigkeit von Beiträgen an eine private Pflegeversicherung (kapitalgedeckte Vorsorge) bis zur Höhe des maximalen Abzugs für Beiträge an die 3. Säule der Altersvorsorge vor. Damit soll ein Kapitalstock aufgebaut werden, der im Fall einer Pflegebedürftigkeit zur Pflegefinanzierung und damit zur Entlastung der betroffenen privaten Haushalte und öffentlichen Hand eingesetzt werden kann. Bei Nichtbezug wird das Kapital an die Erben weitergereicht.

Eine detaillierte Modellierung der vom Einkommen und der Haushaltssituation abhängigen Steuererleichterungen und der möglichen Höhe des angesparten Kapitals konnte im zeitlichen Rahmen der Studie nicht vorgenommen werden. Erste Simulationen zeigen jedoch, dass die grössten finanziellen Belastungen in der Langzeitpflege für die privaten Haushalte wie auch für den Staat bei Renteneinkommen anfallen, die auf einem Erwerbseinkommen basieren, welches kaum eine kontinuierliche steuerbegünstigte private Pflegevorsorge nach dem Muster der Säule 3A erlaubt. So wird voraussichtlich mit Steuergeldern der Ausbau einer kapitalgedeckten Vorsorge für Einkommensbereiche gefördert, die am wenigsten einer staatlichen Unterstützung bedürfen. Genauere Abschätzungen müssten an diesem Punkt ansetzen.

5 □ Literatur

- Bericht des Netzwerks Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) (2003), Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung, Forschungsbericht 22/03, BSV Bundesrat (2005), Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung Bundesrat (2005), Botschaft zur Ausführungsgesetzgebung zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2006), 05.025 s Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Grundzüge des Kompromissmodells und Berechnung der KVG-Beiträge. Erläuternder Bericht vom 12. April 2006, Bern
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2005), Pflegefinanzierung: Finanzielle Auswirkungen der drei Modellvorschläge, Zürich
- Bundesamt für Sozialversicherung (2006), Spitex-Statistik 2005, Bern
- Bundesamt für Sozialversicherung (2005), Spitex-Statistik 2004, Bern
- Bundesamt für Sozialversicherung (2006), Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2005, Bern
- Bundesamt für Sozialversicherung (2005), Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2004, Bern
- Bundesamt für Statistik (2005), Kosten des Gesundheitswesens und Demografie. Detaillierte Kosten nach Alter im Jahr 2002 und Entwicklung von 1985 bis 2020, BFS Aktuell, Neuchâtel, 2005
- Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen EKFF (2006), Pflegen, betreuen, bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen, EKFF, Bern
- Höpflinger, F., Hugentobler, V. (2005), Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Hans Huber, Bern
- Obsan/IRER (2004): Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée, Rapport à l'attention de l'OFSP
- Pellegrini, Sonja, Jaccard, Hélène, Jeanrenaud, Claude (2006), Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile. Prévisions à l'horizon 2030, Document de travail N°18, Obsan, Neuchâtel
- Hélène Jaccard Ruedin, Alexander Weber, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud (2006), Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Document de travail N°17, Obsan, Neuchâtel
- SBK et al (2004), Finanzierung der Pflege. Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer, SBK, Spitex Verband Schweiz, Forum stationäre Altersarbeit vertreten durch Curaviva-Verband Heime und Institutionen Schweiz und H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern, Zürich
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2005), Neuordnung der Pflegefinanzierung, Papier vom 24.08.2005 anlässlich des Hearings der SGK-S vom 29.08.05