

Neuregelung der Pflegefinanzierung

Wächter, Matthias; Stutz, Heidi

Veröffentlichungsversion / Published Version

Abschlussbericht / final report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wächter, M., & Stutz, H. (2007). *Neuregelung der Pflegefinanzierung*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-376327>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Neuregelung der Pflegefinanzierung

Schlussbericht

Im Auftrag der

Bundeshausfraktion SP Schweiz

Matthias Wächter, Heidi Stutz

Bern, Februar 2007

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Zusammenfassung	III
1 Ausgangslage	1
1.1 Gliederung der Studie	1
1.2 Kontext der Reform der Pflegefinanzierung	2
1.3 Die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Staat, Sozialversicherungen und privaten Haushalten: Status Quo	3
1.4 Künftige Finanzierungsprobleme: die Entwicklung der Pflegekosten bis 2030	11
1.5 Auswirkungen der Umsetzung der NFA-Ausführungsgesetzgebung auf die Pflegefinanzierung	14
1.5.1 Revision des AHV-Gesetzes	14
1.5.2 Totalrevision des EL-Gesetzes	15
1.5.3 Revision des KVG im Bereich Prämienverbilligungen	19
1.6 Zusammenfassung: Auswirkungen des demografischen Wandels und der Neugestaltung des Finanzausgleichs auf die Pflegefinanzierung	24
2 Die soziale Absicherung der Pflegefinanzierung durch eine Optimierung des bestehenden Systems	25
2.1 Die politische Ausgangslage	25
2.2 Kostenfolgen und Verteilungswirkungen verschiedener Modelle	26
2.3 Kostenfolgen und Verteilungswirkungen auf der individuellen Ebene	28
2.3.1 Die aktuelle Pflegefinanzierung durch die obligatorische Krankenversicherung, AHV und Ergänzungsleistungen	28
2.3.2 Auswirkungen der Einführung einer Patientenbeteiligung an den Pflegekosten	30
2.3.3 Simulationen und grafische Auswertungen	32
2.3.4 Vermögensverzehr und -freibeträge im Rahmen der Ergänzungsleistungen	34
2.3.5 Sonderregelung der Akut- und Übergangspflege	36
3 Politische Vorschläge zur Einführung einer obligatorischen oder privaten Pflegeversicherung	37
3.1 Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung	37
3.2 Förderung der privaten Pflegevorsorge nach dem Modell der 3. Säule der Altersvorsorge	42
4 Schlussfolgerungen	43
4.1 Entwicklung der Pflegekosten zwischen 1998 und 2005 als Teil einer Gesamtdynamik	43
4.2 Bestimmung der «Deckungslücke» zwischen dem heutigen Anteil der Krankenkassen an der Pflegefinanzierung und der vollen Umsetzung des KVG	43
4.3 Die schwierige Prognose der zukünftigen Kostenentwicklung: Von der Lasten- zur Risikoverteilung	44
4.4 Die Konsequenzen der NFA für die Pflegefinanzierung	45

4.5	Die zukünftige Belastung des Mittelstands	46
4.6	Weiterführung und Optimierung der bestehenden Mischfinanzierung der Pflege durch die Krankenversicherung, AHV und Ergänzungsleistungen	47
4.7	Politische Vorschläge zur Einführung einer obligatorischen oder privaten Pflegeversicherung	47
5	Literatur	48
6	Anhang	49

Zusammenfassung

Zusammenfassung

Anstelle einer ausführlichen Zusammenfassung dieses Kurzberichts sind die wichtigsten Überlegungen im Kapitel «Schlussfolgerungen» (Seite 43) zusammengefasst.

1 □ Ausgangslage

1.1 Gliederung der Studie

Die Studie wurde in **zwei Berichten** aufgeteilt. In einem **ersten, separaten Bericht** werden **Modellrechnungen zu den kurz- und mittelfristigen Kostenfolgen und Verteilungswirkungen** verschiedener politischer Modelle zur Neuregelung der Pflegefinanzierung vorgestellt und ihre Ergebnisse zusammengefasst. Die aktuell vorliegenden Daten und die komplexen Entwicklungszusammenhänge lassen nur eine grobe Abschätzung zu, die mit zunehmenden Erkenntnissen und komplexeren Modellierungsansätzen schrittweise verfeinert werden kann.

Der zweite, hier vorliegende Bericht fasst grundlegende Fakten und Überlegungen zu Mechanismen der Pflegefinanzierung, die die politischen Handlungsspielräume prägen, zusammen.

In den folgenden Abschnitten des **Kapitels 1** wird zunächst eine **Auslegeordnung der heutigen Situation** und der wichtigsten **Eckdaten des heutigen Finanzierungssystems** vorgenommen (Abschnitte 1.2 und 1.3). Eine Aktualisierung der Daten der Botschaft zur Pflegefinanzierung des Bundesrates auf den Stand 2005 ist wichtig, denn in den Jahren 2001/2002 war ein eher überdurchschnittlicher Kostenanstieg im Bereich der Langzeitpflege zu beobachten, der sich in den Jahren 2004 und 2005 wieder abgeschwächt hat. Auf Basis dieser Daten werden vorliegende Abschätzungen der heutigen Finanzierungslücke interpretiert und plausibilisiert. In Abschnitt 1.3 werden Szenarien über die Entwicklung der Pflegekosten bis zum Jahr 2030 vorgestellt. Abschnitt 1.4 stellt die Neuordnung der Pflegefinanzierung in den Kontext der Gesetzesänderungen von AHV, KVG und ELG innerhalb der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen.

Kapitel 2 präsentiert die verschiedenen politischen Vorschläge, das **heutige System der Pflegefinanzierung** durch das Zusammenspiel von obligatorischer Krankenversicherung, AHV/IV und bedarfsorientierten Ergänzungsleistungen durch Reformen in einzelnen Bereichen den veränderten Herausforderungen anzupassen und zu **optimieren**. Für die Vorschläge volle Finanzierung durch das KVG, Finanzierung über eine Erbschaftssteuer und Einführung einer Patientenbeteiligung unter Ausbau der Ergänzungsleistungen werden Kostenfolgen und Verteilungswirkungen anhand von drei Modellen mit je zwei Varianten abgeschätzt. Anhand des Beispiels des Kantons Basel-Stadt werden die Auswirkungen auf der Ebene individueller Haushalte (über einen kontinuierlichen Einkommensbereich) zur Illustration simuliert.

Kapitel 3 diskutiert aktuelle politische Vorschläge für einen Systemwechsel zu einer eigentlichen Pflegeversicherung. Dabei steht einerseits die **Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung** als Alternative zur Optimierung des bestehenden Systems und auch zur Entlastung der obligatorischen Krankenversicherung im Fokus. Wiederum werden anhand eines Modells die Kostenfolgen und Verteilungswirkungen abgeschätzt. Von bürgerlicher Seite wird andererseits verstärkt die Förderung der privaten Vorsorge durch den **Aufbau einer privaten Pflegeversicherung** in Anlehnung an die Säule 3a der privaten Altersvorsorge gefordert. Es folgt ein kurzer Vergleich beider Ansätze mit Blick auf ihre Verteilungswirkungen und ihr Potential, die demografischen Risiken abzufedern.

1.2 Kontext der Reform der Pflegefinanzierung

Vier Stränge laufen in der aktuellen politischen Debatte um die Neuregelung der Pflegefinanzierung zusammen:

Verletzung des Tarifschutzes

Erstens verletzt die aktuelle Gestaltung der Pflēgetarife in mehreren Kantonen den Tarifschutz. Das aktuelle Krankenversicherungsgesetz (KVG) sah bei seiner Einföhrung im Jahr 1996 die volle Übernahme von Pflēgeleistungen vor, welche in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Artikel 7 genau umschrieben sind. Aufgrund fehlender Instrumente zur Erfassung der Vollkosten dieser Pflēgeleistungen und Abgrenzung gegenüber den Kosten für Betreuung und Unterkunft wurde die Umsetzung zunächst verschoben und ein Übergangsregime mit Rahmentarifen, abgestuft nach Pflēgebedürftigkeit und -situation, eingeföhrt. Am 01.01.2003 trat die «Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflēgeheime in der Krankenversicherung (VKL)» in Kraft. Leistungserbringer, die die notwendigen Voraussetzungen für die Kostenermittlung und Leistungserfassung erbringen, durften nun über die Rahmentarife hinausgehende Vollkosten der Pflēge in Rechnung stellen. Diese Regelung wurde jedoch per dringlichem Bundesgesetz im Oktober 2004 bereits auf den 01. Januar 2005 wieder ausgesetzt – unter Fortführung und leichter Anhebung der Rahmentarife (Teuerungsausgleich). Die Übergangsbestimmung wurde im Dezember 2006 bis zum 31.12.2008 verlängert. Der Handlungsbedarf, die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung transparent und definitiv festzulegen und die Verletzung des Tarifschutzes zu beenden, ist dringlich.

Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)

Zweitens spielen Bund, Kantone und Gemeinden eine wichtige Rolle bei der Finanzierung der Langzeitpflēge. Die Kantone und Gemeinden leisten erhebliche direkte Subventionen an die Spitex, Pflēgeheime und Tagesstrukturen. Gemeinsam mit dem Bund werden zudem über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV Krankheits- und Behinderungskosten sowie der Aufenthalt in Pflēgeheimen bedarfsorientiert übernommen. Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) wurden wichtige Aufgabenentflechtungen im Bereich des Gesundheitswesens und der Langzeitpflēge zwischen Bund und Kantonen vorgenommen. Sie betreffen neben den Subventionen der AHV/IV nach Art. 101^{bis} auch die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die Prämienverbilligungen. Es kommt zu grossen Verschiebungen in der Finanzierungsverantwortung, welche im Rahmen der Globalbilanz erfasst und ausgeglichen werden müssen. Die Ausführungsgesetzgebung zur NFA wurde am 06. Oktober 2006 verabschiedet. Die Referendumsfrist ist am 25. Januar 2007 abgelaufen. Eine wichtige Frage ist, in wie weit die im Rahmen der NFA getroffenen Beschlüsse mit den aktuell diskutierten Modellen der Pflegefinanzierung kompatibel sind und in wie weit sie überarbeitet werden müssten. Wie stark präjudizieren Globalbilanz und der angestrebte Zeitpunkt des Inkrafttretens des neuen Finanzausgleichs die Neuregelung der Pflegefinanzierung?

Starke Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien durch Vermögensverzehr und hohe Heimtaxen

Eng verbunden mit diesem Strang ist ein drittes Anliegen: Der hohe private Anteil an der Pflegefinanzierung führte vor der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) in einer nicht unerheblichen Zahl von Pflegefällen zur Sozialhilfeabhängigkeit. Daneben ist der Vermögensverzehr, vor allem im Fall von Ehepaaren mit Wohneigentum und im Rahmen der Er-

gänzungsleistungen, mit einer starken Belastung des Mittelstands verbunden. In der Ausführungsgesetzgebung zur NFA wurde bereits eine Totalrevision des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) verabschiedet, in der die heutigen Obergrenzen für Ergänzungsleistungen, sowohl für Heimbewohner wie auch allgemein, aufgehoben wurden. Die Kantone sollen die auszahlenden Ergänzungsleistungen verstärkt über die Obergrenze der anrechenbaren Tagestaxen in Heimen steuern. Der Vermögensfreibetrag für selbstbewohntes Wohneigentum wurde um 50% auf 112'500 Franken angehoben, die anderen Freibeträge beibehalten. Genügen diese Reformen, um die Belastungen bei Pflegebedürftigkeit wirkungsvoll abzufedern und gerecht zu verteilen oder müssen weitere Anpassungen vorgenommen werden?

Die Pflegefinanzierung im Kontext des demografischen und gesellschaftlichen Wandels

Der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung und der demografische Wandel bilden den vierten Strang der aktuellen Pflegedebatte. Einerseits steht das Parlament mit Blick auf die Globalbilanz NFA und die bereits zweimal verlängerten Übergangsbestimmungen mit nicht kostendeckenden Rahmentarifen (unter Verletzung des Tarifschutzes) unter einem starken Handlungsdruck. Andererseits erfordert der demografische Wandel eine Neuordnung der Pflegefinanzierung, die auch den langfristigen Veränderungen gerecht wird. Um eine gewisse Erwartungssicherheit beim Aufbau einer ausreichenden Altersvorsorge zu gewährleisten, sollte rasch Klarheit geschaffen werden, in wie weit das Langzeitpflegerisiko als strukturelles Risiko anerkannt wird, welches wesentlich solidarisch über Sozialversicherungen (AHV/IV, Krankenversicherung, Aufbau einer obligatorischen Pflegeversicherung) und/oder allgemeine Steuermittel abgesichert wird, oder in welchem Ausmass es der privaten Vorsorge zugeordnet wird. Genügt zum jetzigen Zeitpunkt eine Optimierung des heutigen Systems oder muss die Alternative der Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung nochmals ernsthaft geprüft werden? Die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen des demografischen Wandels sind mit erheblichen Unsicherheiten verbunden, sei es mit Blick auf die Verschiebung von Krankheitsbildern und Pflegebedürftigkeit, das zukünftige Potential der informellen Pflege durch Familie und Verwandtschaft wie auch die allgemeine Entwicklung des Gesundheitssektors. Ebenso gross sind die Unsicherheiten über die finanziellen Auswirkungen. Ein erheblicher Teil der aktuellen politischen Auseinandersetzung dreht sich deshalb weniger um die Aufteilung der heute anfallenden Kosten als um die Verteilung der zukünftigen Finanzierungsrisiken. Der Modus der Festlegung der gültigen Tarife und ihrer Anpassung an steigende Pflegekosten sind letztlich entscheidender als die aktuelle Lastenverschiebung zwischen den Kostenträgern.

1.3 Die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Staat, Sozialversicherungen und privaten Haushalten: Status Quo

Die Entwicklung der Anteile der obligatorischen Krankenversicherung an der Pflegefinanzierung

Ein wichtiges Argument, den Vollzug der Vollkostenrechnung und damit die volle Übernahme der Pflegekosten (nach Art. 7 KLV) im Jahr 2005 auszusetzen und nach neuen Finanzierungsformen der Langzeitpflege zu suchen, bildeten die kontinuierlich steigenden Krankenkassenprämien und Pflegekosten. Tabelle 1.1 zeigt den Anteil der Kosten für die Spitex und Pflegeheime an den Bruttoausgaben der Krankenversicherung in den Jahren 1998 bis 2005.

Wichtig für die spätere Diskussion ist, dass sich **die Wachstumsrate der Ausgaben für die Pflegeheime in der jahresdurchschnittlichen Veränderung zwischen 1998 und 2005 mit 5.5 Prozent auf dem gleichen Niveau wie der allgemeine Anstieg der Ausgaben der Krankenkassen be-**

wegt. Dazu mag die Festlegung der Rahmentarife in der Übergangsbestimmung zum KVG beigetragen haben, doch fällt in diese Periode auch bereits die Anhebung der Tarife für die beiden höchsten Pflegebedarfsstufen in Pflegeheimen auf den 1. Januar 2005. **Die Spitexkosten sind im Vergleich mit den Gesamtausgaben mit durchschnittlich 8.2 Prozent überdurchschnittlich gestiegen, allerdings basierend auf einem niedrigeren Ausgangsniveau.** Diese Wachstumsrate führte zu einem Ausgabenanstieg von 164 Mio. Franken zwischen 1998 und 2005. Ein stärkeres Gewicht der Spitex ist gesundheitspolitisch nicht unerwünscht, da dadurch Überweisungen auf teure Pflegeheimplätze zu vermeiden sein sollten. 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.

Damit sollen die Ausgaben der Krankenversicherer für die Langzeitpflege (Spitex und Pflegeheime) nicht heruntergespielt werden. Doch der **Anteil der Pflegeleistungen** an den gesamten Bruttoleistungen der Krankenkassen blieb in den vergangenen 8 Jahren **stabil. Er schwankte zwischen 9.4 Prozent und 10 Prozent, mit einem Anteil von 9.7 Prozent im Jahr 2005.** Die Neuregelung der Langzeitpflege muss in diesem Kontext gesehen werden und in eine Gesamtschau integriert bleiben. Insgesamt zeigt sich eine Problematik, dass das durchschnittliche jährliche Wachstum der Krankenversicherungsleistungen (und damit verbunden auch der Krankenkassenprämien) mit 5.5 Prozent weit über dem durchschnittlichen Lohnanstieg liegt. Auch bei einer Ausgliederung der Pflegekosten in eine obligatorische Pflegeversicherung bleibt dieser über der Teuerung und dem Lohnwachstum liegende Anstieg.

Tabelle 1.1: Entwicklung der Anteile der Krankenversicherung (Grundversicherung nach KVG) an der Pflegefinanzierung 1998-2005

Jahr	Total Leistungen ¹	Ambulante Behandlung ¹	davon Medikamente (Arzt)	davon Medikamente (Apothek)	davon Spitex	«Intramuros» Behandlung ¹	davon Spital (stationär)	davon Pflegeheim
1998	14'024	9'333	934	1'788	224	4'691	3'570	1'092
1999	14'621	9'827	1'032	1'873	235	4'794	3'611	1'170
2000	15'478	10'543	1'143	2'098	253	4'936	3'696	1'215
2001	16'386	11'308	1'271	2'242	270	5'078	3'798	1'258
2002	17'096	11'865	1'261	2'525	290	5'231	3'784	1'392
2003	17'924	12'287	1'348	2'602	320	5'637	4'112	1'478
2004	19'140	12'931	1'399	2'750	365	6'209	4'569	1'573
2005	20'348	13'897	1'472	2'821	388	6'451	4'803	1'587
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1998-2005	5.5%	5.9%	6.7%	6.7%	8.2%	4.7%	4.3%	5.5%

Alle Zahlen sind in Mio. Franken.

¹Leistungen der Grundversicherung nach KVG (brutto, inklusive Kostenbeteiligung der PatientInnen)

Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2005, Bundesamt für Gesundheit, Auszug aus Tabelle T 2.16

Entwicklung der Gesamtkosten der Pflegefinanzierung

Die Anteile der Krankenversicherung machen nur einen Teil der gesamten Pflegekosten aus. In welchem Verhältnis stehen die Ausgaben der Krankenkassen zu den Beiträgen der privaten Haushalte, der Sozialversicherungen und der öffentlichen Hand? Tabelle 1.2 zeigt die **Entwicklung der Gesamtkosten der Pflegefinanzierung**. Die gesamten Ausgaben im Jahr 2005 betragen 6'586 Mio. Franken für Pflegeheime und 1'099 Mio. Franken für die Spitex (vgl. Tabelle 1.2). Die Krankenkassenleistungen (brutto) deckten somit nur ein Viertel der Pflegekosten für Pflegeheime und ein Drittel der Pflegekosten für die Spitex.

Tabelle 1.2 zeigt einen **relativ stabilen Anteil der Gesamtkosten der Langzeitpflege an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens** in Höhe von 52'930.7 Mio. Franken. **Er lag für die 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** allerdings in beiden Bereichen leicht über dem ebenfalls hohen 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 Durchschnitt gesunken.

Tabelle 1.2: Entwicklung der Gesamtkosten der Pflegefinanzierung und ihres Anteils an den gesamten Gesundheitskosten 1998-2005

	Gesamtes Gesundheitswesen	Anstieg gegenüber Vorjahr	Pflegeheime	Anteil	Anstieg gegenüber Vorjahr	Spitex	Anteil	Anstieg gegenüber Vorjahr
1998	40'292.4		4'830.1	12.0%		814.5	2.0%	
1999	41'585.6	3.2%	4'935.2	11.9%	2.2%	848.4	2.0%	4.2%
2000	43'365.3	4.3%	5'194.8	12.0%	5.3%	889.3	2.1%	4.8%
2001	46'129.5	6.4%	5'578.9	12.1%	7.4%	935.8	2.0%	5.2%
2002	47'981.5	4.0%	5'971.9	12.4%	7.0%	977.0	2.0%	4.4%
2003	49'880.6	4.0%	6'199.4	12.4%	3.8%	1'031.2	2.1%	5.5%
2004	51'647.3	3.5%	6'369.0	12.3%	2.7%	1'068.3	2.1%	3.6%
2005 ^p	52'930.7	2.5%	6'586.2	12.4%	3.4%	1'098.8	2.1%	2.9%
Jahresdurchschnittliche Veränderung 1998-2005		4.0%			4.5%			4.4%

Alle Zahlen sind in Mio. Franken.

2005^p: Die Zahlen für 2005 zu den Kosten des Gesundheitswesens sind mit Blick auf den Beitrag der Gemeinden, der noch mit dem Stand 2004 erfasst ist, provisorisch.

Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2006, eigene Zusammenstellung und Berechnungen.

Volkswirtschaftlich gesehen liegt das Wachstum im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege damit erheblich über dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum des Bruttoinlandproduktes von 2.2 Prozent (im Zeitraum 1998-2005). Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Finanzierung 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.

Aufteilung der Gesamtkosten der Pflegefinanzierung auf die verschiedenen Kostenträger

Da die Krankenversicherung nur etwa ein Viertel der Kosten von Pflegeheimen und ein Drittel von denjenigen der Spitex übernimmt, werden die anderen Kosten von den weiteren Sozialversicherungen, der öffentlichen Hand und den privaten Haushalten getragen. Tabelle 1.3 zeigt die Aufteilung der verbleibenden Pflegekosten auf die verschiedenen Kostenträger. Weil die Statistik über die Kosten des Gesundheitswesens für 2005 erst provisorisch vorliegt, vor allem mit Blick auf die noch nicht erfassten veränderten Beiträge der Gemeinden, bezieht sich die weitere Aufschlüsselung auf die Zahlen des Jahres 2004.

Tabelle 1.3: Aufteilung der Gesamtkosten der Pflegefinanzierung auf die verschiedenen Kostenträger (2004)

2004	Gesundheitswesen		Pflegeheime für Betagte und Chronisch Kranke		Spitex	
	in Mio. CHF	Anteil	in Mio. CHF	Anteil	in Mio. CHF	Anteil
Staat Insgesamt	8'811.1	17.1%	639.9	10.0%	395.7	37.0%
Bund	137.7	0.3%				
Kantone	7'269.9	14.1%	374.8	5.9%	215.9	20.2%
Gemeinden	1'403.4	2.7%	265.2	4.2%	179.8	16.8%
Sozialversicherungen Insgesamt	21'411.5	41.5%	1'341.5	21.1%	498.3	46.6%
KVG ¹	17'379.8	33.7%	1'339.5	21.0%	311.0	29.1%
UVG	1'537.8	3.0%			15.4	1.4%
IV-AHV	2'445.7	4.7%			171.4	16.0%
Militärversicherung	48.2	0.1%	2.0	0.0%	0.5	0.0%
Privatversicherungen ²	4'511.7	8.7%			38.9	3.6%
Private Haushalte ⁴	16'431.6	31.8%	4'304.9	67.6%	90.4	8.5%
Andere private Finanzierung	481.4	0.9%	82.7	1.3%	45.0	4.2%
Total	51'647.3	100.0%	6'369.0	100.0%	1'068.3	100.0%

¹Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG (Grundversicherung), netto nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten
²KVG Versicherer (Krankenkassen) für die Zusatzversicherung (VVG) und private Versicherungseinrichtungen
³Direktzahlungen von privaten Haushalten an Leistungserbringer für nicht gedeckte Leistungen («out of pocket») und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung
⁴Vor allem Spenden, Legate.
Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2006, eigene Zusammenstellung und Berechnungen aus den Tabellen:

Wie Tabelle 1.3 zeigt, beteiligen sich **Bund, Kantone und Gemeinden** über *direkte Subventionen* an Spitälern, Pflegeheimen und Spitex sowie über Mittel für Prävention und Verwaltung in einer Gesamthöhe von 8'811.1 Mio. Franken oder 17.1 Prozent an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Zusätzlich finanzieren sie im Rahmen der *Prämienverbilligungen* mit 3'025.3 Mio. Franken (5.9% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens) die Leistungen der Krankenversicherung mit. Die Prämienverbilligungen werden in der Statistik unter den Leistungen des KVG subsumiert und deshalb in Tabelle 1.3 nicht getrennt ausgewiesen. Darüber hinaus unterstützen Bund und Kantone die privaten Haushalte durch die steuerfinanzierten Leistungen der *Hilflosenentschädigung zur AHV/IV*, der *Ergänzungsleistungen zur AHV* für Bewohner in Pflegeheimen, die *Vergütung der Krankheits- und Gesundheitskosten im Rahmen der EL* sowie der *Sozialhilfe*. Diese Zahlungen, welche in der Statistik unter den Pflegeausgaben der privaten Haushalte erfasst sind, belaufen sich im Jahr 2004 auf 2'561.6 Mio. Franken. Damit beträgt der Anteil staatlicher Gelder, die zusätzlich zu den direkten Staatsausgaben in Höhe von 8'811.1 Mio. Fran-

ken noch über Prämienverbilligungen und die Unterstützungsleistungen an die privaten Haushalte ins Gesundheitswesen fliessen, 5'586.9 Mio. Franken, d.h. weitere 10.8 Prozent der Gesamtausgaben.

Die über die **Krankenkassen** finanzierten Gesundheitskosten in Höhe von 17'379.8 Mio. Franken (33.7 Prozent der Gesamtkosten) umfassen wie erwähnt die Prämienverbilligungen mit, bezeichnen im Unterschied zur Tabelle 1.1 allerdings die Nettoleistungen nach Abzug der Kostenbeteiligungen der privaten Haushalte (Selbstbehalt und Franchise) in Höhe von 2'832.3 Mio. Franken. Letztere werden den Ausgaben der privaten Haushalte zugeordnet. **Insgesamt waren im Jahr 2004 der steuerfinanzierte Anteil der öffentlichen Hand (gesamthaft 27.9%) an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens und der Anteil der Krankenkassen nach Abzug der Prämienverbilligungen (27.8%) praktisch gleich gross.**

Die Situation stellt sich bei der Spitex und den Pflegeheimen unterschiedlich dar. Deshalb gehen wir im Folgenden zunächst auf die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung und die Abschätzung der bei den Privathaushalten verbleibenden «Deckungslücke» bei der Spitex und anschliessend bei den Pflegeheimen ein.

Aufteilung der Finanzierungsverantwortung bei der Spitex

Die **direkten Subventionen durch Kanton, Gemeinden und AHV** machen mit einem **Anteil von 53 Prozent** den grössten Teil der Finanzierung der Spitex aus. **29 Prozent** werden von den **Krankenversicherern** und 5% durch andere Versicherungen (UVG und private Versicherer) getragen. Abzüglich der 4.2 Prozent «andere Finanzierung» bleibt für die privaten Haushalte nur ein geringer Eigenanteil von 8.5 Prozent (90.4 Mio. Franken). Diese werden im wesentlichen für Hauswirtschaftsleistungen und Mahlzeitendienste aufwendet. Ein Teil dieser privaten Kosten wird noch durch die Hilflosenentschädigung der AHV/IV bei mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit zu Hause und die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL ausgeglichen (siehe Tabelle 1.4). Die Ergänzungsleistungen vergüten Kosten für die Pflege, Betreuung und Mahlzeitendienste bedarfsorientiert. Ihr Finanzierungsbeitrag liegt bei schätzungsweise 33 Mio. Franken. Die Hilflosenentschädigung der AHV/IV kann nach dem eigenen Ermessen der Haushalte für die Pflege und Betreuung eingesetzt werden. Ein Teil wird sicher auch zur Finanzierung von Spitexleistungen eingesetzt.

Die Pflege zu Hause wird damit im heutigen System (bis auf die Kostenbeteiligung durch Franchise und Selbstbehalt und die Kosten für Hauswirtschaft und Betreuung) **weitgehend vergütet**. Eine wichtige Ausnahme bildet die Kontingentierung durch eine maximal vorgegebene Stundenzahl Spitex-Pflege in der Woche und im Quartal. Ausnahmen müssen von den Krankenversicherern ausdrücklich bewilligt werden. Allerdings umfasst die Statistik keine Leistungen der informellen Pflege durch Angehörige. Ebenfalls nicht ausgewiesen sind privat organisierte und finanzierte Arrangements für Betreuung und Hauswirtschaft, die nicht zur Pflege im Sinne des KVG gehören. Tabelle A.1 im Anhang zeigt, dass die Aufteilung der Kosten auf die verschiedenen Träger zwischen 2000 und 2005 praktisch unverändert geblieben ist. Allein der Anteil der Kantone und Gemeinden an der Finanzierung der Pflegeheime hat sich seit 2000 verdoppelt – ein Grund dürfte die Deckung der aufgrund des Tarifschutzes (Art. 44 KVG) eigentlich unzulässigen Finanzierungslücke sein.

Abschätzung der «Deckungslücke» bei der Spitex

Die genaue Abschätzung der Deckungslücke, die aufgrund der Rahmentarife in den Übergangsbestimmungen im Vergleich zur vollen Kostenübernahme durch das KVG besteht, gestaltet sich schwierig. Erstens liegen erst in einigen Kantonen genauere Untersuchungen zum Kostendeckungsgrad vor. Zweitens sind die Definition und Abgrenzung der nach Art. 7 KLV von der Krankenversicherung zu übernehmen-

den Pflegeleistungen zum Teil noch umstritten. Drittens kann sich eine volle Kostenübernahme durch die Krankenkassen an der individuellen Kostenabrechnung von Spitexdiensten orientieren, sie kann aber auch im Rahmen von Tarifstrukturen, die in einem Benchmarking-Verfahren mit ausgewählten Referenzbetrieben ermittelt wurden, erfolgen. Eine neue Studie des BAG soll in demnächst erscheinen und eine verbesserte Verständigungsbasis zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Behörden schaffen. Dennoch ist eine erste Abschätzung auf der Grundlage bereits erhobener Daten möglich und sinnvoll.

Der Kostendeckungsgrad der Krankenkassenleistungen an den Spitexleistungen nach Art. 7 KLV liegt nach Schätzungen verschiedener Quellen zwischen 55% und 60% (SBK et al. 2004, GDK 2005, BAG 2005). Dies bedeutet bei einem Krankenkassen-Leistungsumfang in Höhe von 345.6 Mio. Franken (laut Spitex Statistik 2004) für das Jahr 2004 **tatsächliche Gesamtkosten der ambulanten Pflege (nach KLV) zwischen 576 und 628 Mio. Franken**. Die nicht über die Krankenkassen finanzierte **Deckungslücke** beträgt folglich **230 bis 283 Mio. Franken**, welche real von den Kantonen, Gemeinden und den Subventionen der AHV nach Art. 101^{bis} getragen wird. **Bei der vollen Umsetzung des KVG im Bereich der ambulanten Pflege wären bei den Krankenversicherern im Jahr 2004 also Mehrausgaben in Höhe von 230 bis 283 Mio. Franken angefallen**. Dies entspricht 1.2 bis 1.5 Prozent der Bruttoausgaben der obligatorischen Krankenversicherung. Würde diese Summe den Krankenkassen überbunden, wären es nicht die privaten Haushalte, sondern aufgrund ihrer Finanzierungsanteile die Kantone und Gemeinden, die entlastet würden. Die Anreize zur Angehörigenpflege verschieben sich also kaum, denn bereits heute werden die ambulanten Pflegekosten praktisch vollständig übernommen.

Die zukünftige Aufteilung der ambulanten Pflegekosten auf die verschiedenen Kostenträger hängt von zwei weiteren Entwicklungen ab:

1. Die volle Kostenübernahme nach KVG bedeutet im Grunde genommen eine Anpassung der Pflorgetarife an die Kostenentwicklung. Diese ist jedoch vor allem von Seiten der Krankenversicherer und des Bundes heftig umstritten. Beide drängen auf eine langsamere Anpassung, so dass sich mit der Zeit auf jeden Fall eine «Beitragslösung» (begrenzte Finanzierungsbeiträge der Krankenkassen an die Pflegeleistungen) entwickeln würde. Gleichzeitig drängen Bund und Krankenversicherer darauf, bereits bei der Festlegung der Ausgangstarife Kostenneutralität für die obligatorische Krankenversicherung zu wahren. Setzen sie sich in der einen oder anderen Form durch, werden die Krankenkassen kurz- oder mittelfristig nur noch einen Beitrag an die ambulanten Pflegekosten zahlen, so dass der Tarifschutz nur noch für diese Beiträge gilt. Es steht den Kantonen dann frei, ob sie die Finanzierungslücke weiterhin selbst decken oder über eine Patientenbeteiligung auf die privaten Haushalte abwälzen.
2. Gleichzeitig wird den Kantonen im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) eine grössere Verantwortung für den Heimbereich und die Pflege und Betreuung übertragen. Die Subventionen der AHV an private gemeinnützige Organisationen in Höhe von 171.4 Mio. Franken (entspricht 43 Prozent der direkten Subventionen von Kantonen und Gemeinden an die Spitex im Jahr 2004) fallen weg. Sie werden zwar im Rahmen der Globalbilanz kompensiert, aber es ist offen, in wie weit die Kantone das bislang von der AHV bezahlte Niveau der direkten Subventionen an die Spitex aufrechterhalten. Für die privaten Haushalte entsteht also eine grosse Unsicherheit, ob und in welchem Masse sie zukünftig an den Spitexkosten beteiligt werden.

Aufteilung der Finanzierungsverantwortung bei den Pflegeheimen

Im Bereich der Pflegeheime beteiligten sich die **Krankenversicherer im Jahr 2004 mit netto 1'339.5 Mio. Franken (21.0%, siehe Tabelle 1.3) an den gesamten Pflegekosten**. Der Anteil der privaten

Haushalte ist viel höher als bei der ambulanten Pflege, da auch die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung in der Statistik über die Kosten des Gesundheitswesens 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 Pflegekosten im Heim)**. Es ist wichtig, den Anteil der privaten Haushalte weiter aufzuschlüsseln, da die Ausgaben in weitaus stärkerem Masse als im ambulanten Bereich durch die Hilflosenentschädigung und bedarfsorientiert über die Ergänzungsleistungen ausgeglichen werden (siehe Tabelle 1.4).

Tabelle 1.4: Unterstützungsleistungen von Staat und Sozialversicherungen an die privaten Haushalte zur Finanzierung der privaten Gesundheits- und Pflegekosten (2004)

2004	Gesundheitswesen		Pflegeheime für Betagte und Chronisch Kranke		Spitex	
	in Mio. CHF	Anteil	in Mio. CHF	Anteil	in Mio. CHF	Anteil
Private Haushalte	16'431.6	31.8%	4'304.9	67.6%	90.4	8.5%
Hilflosenentschädigung zur AHV	408.5	0.8%	326.8	5.1%	<81.7	<7.6%
Sozialhilfe	381.7	0.7%	100	1.6%		
Ergänzungsleistungen zur AHV, Pflegeheimbewohner	1036.7	2.0%	1036.7	16.3%		
Vergütung von Krankheits- und Behindernungskosten im Rahmen der EL	421.4	0.8%	?	?	33	3.1%
Steuerabzüge durch Anrechnung der Krankheits- und Behinderungskosten	???	??%	???	??%	???	??%
Abschätzung von Referenzausgaben für Unterkunft und Verpflegung (Ansatz EL / Wohnen zu Hause) (eigene Berechnung)			2'067	32.5%		
Total	51'647.3	100.0%	6'369.0	100.0%	1'068.3	100.0%
<i>Kursiv: eigene Schätzungen.</i>						
???? Keine Schätzungen bekannt						
Quelle: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2006, eigene Zusammenstellung und Berechnungen.						

Zu den Ausgaben der privaten Haushalte für die stationäre Pflege in Pflegeheimen in Höhe von 4'304.9 Mio. Franken gehören auch die **Kosten für Unterkunft und Verpflegung**, die in einem bestimmten Ausmass auch anfielen, wenn die Betreuten weiter zu Hause wohnen würden. Um diesen Anteil abschätzen zu können, wurden in Tabelle 1.4 **Referenzausgaben** mit Hilfe der EL-Ansätze für den allgemeinen Lebensbedarf im Jahr 2004 von 17'300 Franken und Mietkosten in Höhe von 9'600 Franken (800 Franken pro Monat inkl. Nebenkosten) berechnet. Bei 28 Mio. Betreuungstagen in Institutionen für Betagte und chronisch Kranke (ohne Kurzaufenthalte) führen diese Ansätze zu jährlichen Ausgaben **in Höhe von 2'067 Mio. Franken**. Die daraus berechnete fiktive «Referenzgrösse für das Wohnen zu Hause» liegt bei 75 Franken und damit sicher unter den effektiven Kosten für Pension und Verpflegung in Pflegeheimen. Dennoch betragen diese Referenzausgaben fast 50 Prozent an den Gesamtkosten der privaten Haushalte.

Wie im ambulanten Bereich erhalten Pflegebedürftige in Pflegeheimen ebenfalls eine **Hilflosenentschädigung**: für mittlere und schwere Pflegebedürftigkeit in gleicher Höhe wie bei der Pflege zu Hause, zusätzlich aber auch eine Hilflosenentschädigung für leichte Pflegebedürftigkeit. In vielen Kantonen wird die Hilflosenentschädigung bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen in Heimen zum anrechenba-

1 Ausgangslage

ren Einkommen hinzugerechnet und damit wie die pflegestufenabhängige Rückvergütungen der Krankenkassen zur Begleichung der Pflege- und allgemeinen Tagestaxen herangezogen. Die Aufteilung der Hilflosenentschädigung auf den Bereich der Pflegeheime und denjenigen der Spitex im Verhältnis von 80% zu 20% lehnt sich an eine Schätzung des BAG an. Die Hilflosenentschädigungen belaufen sich auf 5.1 Prozent der privaten Pflegeausgaben. Zieht man die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von den privaten Ausgaben im Heimbereich ab, deckt die Hilflosenentschädigung ca. 15 Prozent der privaten Pflege- und Betreuungskosten im Heim.

Die **Ergänzungsleistungen** tragen auf zwei Wegen zur Vergütung der Pflegekosten bei: 1. Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten; 2. Unterstützung von Heimbewohnern im Rahmen der jährlichen EL. Der Anteil der Ergänzungsleistungen zur Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten an der Finanzierung der Langzeitpflege in Pflegeheimen ist nicht genauer abzugrenzen, da entsprechende Statistiken fehlen. Die Ergänzungsleistungen zur AHV für Pflegeheimbewohner tragen einen wichtigen Anteil der Pflege-, Betreuungs-, aber auch Pensionskosten in Pflegeheimen. Im Jahr 2004 beliefen sie sich auf 1'036.7 Mio. Franken (ein Sechstel der Gesamtausgaben für die Langzeitpflege in Pflegeheimen, ein Viertel der Ausgaben der privaten Haushalte). Es ist schwer abzuschätzen, in welchem Ausmass sie zur Kompensation der nicht kostendeckenden Rahmentarife und damit für die unmittelbaren Pflegekosten und in wie weit sie für die Betreuungs- und Unterkunftskosten eingesetzt werden. Es lässt sich jedoch umgekehrt eine Aussage treffen, in wie weit die Ergänzungsleistungen heute die Finanzierungslücke durch die nicht kostendeckenden Rahmentarife mittragen müssen (siehe nächsten Abschnitt).

Insgesamt werden von den 4.3 Mia. Franken Kosten für die Pflegeheimbewohner ca. 1.4 Mia. Franken durch staatliche Unterstützungsleistungen ausgeglichen. Der Eigenanteil ist damit zwar deutlich um ein weiteres Drittel reduziert, aber immer noch viel höher als im ambulanten Bereich.

Nicht berücksichtigt sind die Möglichkeiten, die Krankheits- und Behinderungskosten von den Steuern abzuziehen. **Die Steuererleichterungen sind zum Teil beträchtlich und mildern vor allem für Personen mit höheren Einkommen ebenfalls die Lasten der Langzeitpflege.**

Abschätzung der Deckungslücke bei den Pflegeheimen

Im Bereich der Pflegeheime sind die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV und Betreuungsleistungen noch grösser als im ambulanten Bereich. Wiederum müsste zunächst definiert werden, ob eine Vollkostenrechnung auf der Basis ausgewiesener individueller Pflegeheimtarife oder kostendeckender Tarife, welche im Benchmarking mit ausgewählten Referenzbetrieben ermittelt werden, angestrebt wird. Darüber hinaus fordern die Krankenversicherer auch eine genauere Definition und Abgrenzung der kassenpflichtigen Leistungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Die Instrumente zur Vollkostenrechnung sind weit entwickelt, doch haben sich Krankenversicherer und Leistungserbringer noch nicht definitiv einigen können.

Verschiedene Studien bieten eine Grundlage für eine erste Abschätzung, dass der **Kostendeckungsgrad durch Krankenversicherungsleistungen bei den Pflegeheimen ebenfalls zwischen 55 und 60%** (SBK et al. 2004, GDK 2005, BAG 2005) liegt. 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.** Wie verteilen sich die nicht gedeckten Kosten auf die Pflegetarife und die staatlichen Subventionen (zum Beispiel die Übernahme von Betriebsdefiziten)? Eine relativ robuste Schätzung dürfte bei einem Verhältnis von 2/3 auf den Tagestaxen und 1/3 auf den Subventionen von Kantonen und Gemeinden liegen. Da ca. 51% Prozent der Bewohner von

Pflegeheimen für Chronischkranke und Betagte Ergänzungsleistungen zur AHV beziehen, wird gut die Hälfte der auf die Tagestaxen abgewälzten Finanzierungslücke durch die EL übernommen. **Dies bedeutet, dass bei den Pflegeheimen die privaten Haushalte 1/3 der Deckungslücke durch die Heimtaxen, die Kantone und Gemeinden 1/3 durch direkte Subventionen und die Ergänzungsleistungen das letzte Drittel tragen – in Zahlen: zwischen 350 und 430 Mio. Franken die Haushalte und zwischen 700 und 860 Mio. Franken Kantone, Gemeinden und Bund (über seinen Anteil an den EL vor NFA).**

Zusammenfassung

Bei Einführung kostendeckender Pflorgetarife würden 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 fällt bei den Kantonen und Gemeinden an. 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. Übernehmen die Krankenkassen einen höheren Finanzierungsanteil, dann könnte ein Teil der von den Kantonen gesparten Gelder in die Prämienverbilligung fliessen und höhere Krankenkassenprämien bedarfsorientiert ausgleichen.

Bei den Pflegeheimen wie bei der Spitex ist der Weg, auf dem die Pflorgetarife in Zukunft festgelegt und angepasst werden, ebenso entscheidend wie der aktuelle Kostenteiler. Eine Vollkostenregelung muss auch die Anpassung der Pflorgetarife an die Kostenentwicklung umfassen. Werden die Krankenkassen künftig nur zu einer Beitragszahlung an die Pflegekosten verpflichtet, entfällt damit auch der bisherige Tarifschutz für die Beteiligung der öffentlichen Hand oder der Patienten. Die Unsicherheiten der künftigen Kostenentwicklung tragen dann allein die Pflegebedürftigen, die Kantone und Gemeinden.

1.4 Künftige Finanzierungsprobleme: die Entwicklung der Pflegekosten bis 2030

Wird sich das bisherige Wachstum der Pflegegesamtkosten von durchschnittlich 4.5 Prozent pro Jahr (nominal, mit Inflation) in den vergangenen Jahren fortsetzen oder durch den demografischen Wandel als treibenden Faktor noch wesentlich verstärkt? In den vergangenen Jahren sind verschiedene Studien in der Schweiz (z.B. BSV 2003; Pellegrini, Jaccard Ruedin, Jeanrenaud 2006) erschienen, die sich relativ detailliert mit dieser Frage auseinandersetzen. Die Bedeutung ihrer Ergebnisse liegt weniger in konkreten Kostenprognosen, als in einer sorgfältigen Analyse der verschiedenen Einflussfaktoren und im Aufzeigen der grossen Sensitivität der Kostenentwicklung vom Zusammenspiel grundlegender gesellschaftlicher Veränderungen.

Die **drei wichtigsten Faktoren** der zukünftigen Entwicklung bilden 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). Krankheitsbilder werden sich verändern. Bereits heute ist eine Zunahme der chronisch-degenerativen und psychischen Krankheiten zu beobachten. Zentrale Fragen bei der Abschätzung des zukünftigen Pflegebedarfs sind, in wie weit die steigende Le-

benserwartung für eine Mehrzahl von Menschen mit einem Gewinn an gesunden Lebensjahren verbunden ist, ob präventive oder medizinische Massnahmen gegen Demenz oder psychische Krankheiten im Alter greifen werden und in wie weit Krankheiten mit dem Lebensstil (schlechte Ernährung, mangelnde Bewegung, psychische Überlastung) verbunden sein werden. Die Kosten in der personenintensiven Pflege sind eng mit der Entwicklung ihrer institutionellen Einbettung und Lohnstrukturen einerseits und der medizinischen Kosten andererseits verbunden. Noch stärker hängen die durchschnittlichen Pflegekosten pro Pflegefall von dem immensen Beitrag der informellen Pflege durch Familienangehörige, Freundeskreis und Nachbarschaft ab. Auswertungen der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE 2004 ergeben beispielsweise, dass sich der **von Personen über 50 Jahren geleistete Zeitaufwand für die Pflege eines Haushaltsmitglieds oder von erwachsenen Verwandten ausserhalb des Haushalts im Jahr 2004 auf 46.2 Mio. Stunden beläuft**. Studien schätzen den Anteil professioneller Alterspflege am Gesamtvolumen auf 20 bis 30 Prozent.

Je nach Hypothese über die Entwicklung dieser wichtigen 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 die verschiedenen Studien übereinstimmend, dass mit **mehr als einer Verdoppelung der realen Kosten für die Spitex und Pflegeheime bis ins Jahr 2030** zu rechnen sei. Eine umfassende Studie des Obsan/IRER vom April 2006 (Obsan/IRER 2006) besagt, dass die Gesamtkosten für die Langzeitpflege in Pflegeheimen und die Spitex von 6.5 Mia. Franken im Jahr 2001 auf 15.3 Mia. Franken im Jahr 2030 ansteigen werden. Der demografische Beitrag der Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung macht dabei gerade nur ein Drittel aus. Diese Befunde sind im Einklang mit verschiedenen europäischen Studien.

Die Studie des Obsan/IRER (2004) «Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée, Rapport à l'attention de l'OFSP» geht in ihrem Trendszenario von einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate (zwischen 2001 und 2030) der Kosten (real, ohne Inflation) für die Langzeitpflege in Pflegeheimen von 2.8% und durch die Spitex von 3.1% aus. Diese Wachstumsraten liegen auch den Berechnungen in der Botschaft zur Pflegefinanzierung des Bundesrates zugrunde. Der demografiebedingte Anteil am Gesamtwachstum der Pflegekosten liegt bei 34%. In einer neueren Arbeit des Obsan/IRER (2006) «Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile. Prévisions à l'horizon 2030» werden diese Zahlen leicht nach oben korrigiert: **Es ergeben sich durchschnittliche jährliche Wachstumsraten für die Pflege in Pflegeheimen von 2.9% und durch die Spitex von 3.4%**. Wir übernehmen **diese Raten für die Abschätzung der Kostenfolgen verschiedener Finanzierungsmodelle für die Langzeitpflege im Rahmen dieser Studie (Variante 1: Pflegeheime 2.9%, Spitex 3.5%)**.

Alternativszenarien in der Studie des Obsan/IRER (2006) 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 bereits eine Kostendifferenz zum Trendszenario von 14 Prozent im Jahr 2030. Ähnliche Ergebnisse zeigen die Arbeiten von Höpflinger und Hugentobler (2003). **Der Prävention kommt folglich eine immer grössere Bedeutung zu**. Welche Investitionen stehen diesem Potential gegenüber und wie sind in heutigen und kommenden Finanzierungsregelungen der Langzeitpflege die Anreize verteilt, sie rechtzeitig zu tätigen? Als zweitwichtigster Einflussfaktor erweist sich eine Verzögerung des Fallkostenanstiegs durch eine Verringerung der medizinischen Kosten. Eine simulierte jährliche Wachs-

tumsrate von 1.5 % gegenüber den 2.6% des Trendszenarios führt zu einer Gesamtkostenreduktion im Jahr 2030 von 11 Prozent.

Doch den **grössten Einfluss auf zukünftige Kostenstrukturen** dürfte die **Entwicklung der informellen Pflege** haben. Auch die Alternativszenarien gehen immer von einem unveränderten sozialen und institutionellen Kontext, in der die Pflegeleistungen erbracht werden, aus. Das Potential der informellen Pflege ergibt sich allein schon mit Blick auf die oben zitierte Zahl von geleisteten Stunden in der SAKE Statistik. Andere Zahlen besagen, dass **2.5 Prozent der Bevölkerung auf Spitexleistungen zurückgreifen und 9 Prozent der Bevölkerung zusätzlich von informeller Pflege und Betreuung profitieren**. Wie verletzlich dieses Volumen gegenüber den demografischen Veränderungen (Geburtenraten, Zunahme der Alleinstehenden-Haushalte, Zunahme der Zahl von hochaltrigen Menschen mit verändertem Pflegebedarf) und denjenigen in den Erwerbsstrukturen (Flexibilität, Mobilität, Doppelverdienerhaushalte) ist und durch welche Massnahmen es geschützt und gestärkt werden muss, kann in dieser Studie nicht diskutiert werden. Doch müssten die Bilanzen der Pflegefinanzierung eigentlich die **notwendigen Investitionen** in diese Bereiche im Blick behalten.

Obwohl der Anteil der demografischen Veränderungen im engeren Sinn (Geburtenraten, Mortalität, Lebenserwartung) geschätzt nur ein Drittel der Wachstumsdynamik prägt, darf dieser exogene Faktor in keinem Moment unterschätzt werden. **Die zur Zeit 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 eine wesentliche stärkere Zunahme der Lebenserwartung in den Jahren 1999 bis 2004 zu Grunde legen mussten. **Allein in den fünf Jahren zwischen 1999 und 2004 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.** Dies führte zu starken Korrekturen der den Trendszenarien zugrunde liegenden Lebenserwartung in den Jahren 2050 und 2060. Die angepassten Szenarien gehen von einem zusätzlichen Zugewinn von über 2 Jahren bei den Frauen im Alter von 65 Jahren und 3 Jahren bei den Männern aus. Zwischen der Erarbeitung beider Trendszenarien liegen fünf Jahre! Neuere Kostenschätzungen der Langzeitpflege, die diese Bevölkerungsszenarien als Trend zu Grunde legen, müssen deutlich nach oben angepasst werden.

Tabelle 1.5: Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen 1999 und 2004 und notwendige Korrektur der Trendszenarien

	1999	2060		2004	2050
Trend-Szenario 2000			Mittleres Szenario 2005		
Männer bei Geburt	76.8	82.5	Männer bei Geburt	78.6	85.0
Frauen bei Geburt	82.5	87.5	Frauen bei Geburt	83.7	89.5
Männer im Alter von 65	16.7	18.9	Männer im Alter von 65	18.1	22.5
Frauen im Alter von 65	20.6	23.1	Frauen im Alter von 65	21.5	25.5
Kursive Zahlen: Hypothesen zur Lebenserwartung in den Trendszenarien zur Bevölkerungsentwicklung, die vom BFS in den Jahren 2000 und 2005 erstellt wurden.					

Aufschlussreich für die Neuregelung der Pflegefinanzierung ist deshalb auch der Blick auf die Entwicklung der **Alters- und Jugendquotienten** (siehe Tabelle 1.6). Die Verschiebungen sind deutlich und mussten in den neuesten Szenarien weiter nach oben korrigiert werden. Das mittlere Szenario des Jahres 2005 zeigt einen Anstieg des Altersquotienten von 25.7 auf 42.6 im Jahre 2030. Im Jahr 2050 ist sogar eine Verdoppelung zu erwarten.

Tabelle 1.6: Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen 1999 und 2004 und notwendige Korrektur der Trendszenarien

	2000	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Trend 2000								
Altersquotient in %	25.0		28.2		33.1	40.8	43.9	42.6
Jugendquotient in %	37.6		34.0		32.0	35.6	37.1	36.4
Mittleres Szenario 2005								
Altersquotient in %	25.0	25.7	28.0	30.7	33.5	42.6	48.9	50.9
Jugendquotient in	37.6	35.3	33.5	31.9	31.3	32.1	32.1	31.7
Altersquotient: 65-Jährige und Ältere im Verhältnis zu den 20– 64-Jährigen								
Jugendquotient: Unter 20-Jährige im Verhältnis zu den 20– 64-Jährigen								

Angesichts dieser Entwicklung ist fraglich, ob eine verstärkte kapitalgedeckte Finanzierung oder Förderung von Eigenvorsorge durch Vermögensbildung die beste Form der Risikovorsorge ist. Der Vermögensstock der über 65-Jährigen ist heute bereits ausgeprägt (wenngleich äusserst ungleich verteilt). Die meisten Formen der privaten Vorsorge für die Alterspflege führen höchstens zu einem weiteren Vermögensaufbau im Alter und damit angesichts der Entwicklung des Altersquotienten zu einer weiteren Verschiebung von Vermögen auf die Generationen über 65 Jahre. Vorsorge in einem erweiterten Sinn könnte angesichts dieser demografischen Verhältnisse am anderen Ende ansetzen: Investitionen in Prävention, in optimierte Infrastruktur, in die Erwerbsfähigkeit der jungen Generationen.

1.5 Auswirkungen der Umsetzung der NFA-Ausführungsgesetzgebung auf die Pflegefinanzierung

Die Pflegefinanzierung ist von der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) in den drei Bereichen «Subventionen der AHV/IV an gemeinnützige private Institutionen für Hilfeleistungen wie Haushalthilfe, Hilfe bei der Körperpflege und Mahlzeiten-dienst», «Ergänzungsleistungen der AHV/IV für Heimbewohner und die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten» und «Prämienverbilligungen» betroffen. Es sind mehr als marginale Änderungen, da sie bedeutende Finanzierungsrisiken neu verteilen.

1.5.1 Revision des AHV-Gesetzes

Im Rahmen der neuen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen werden die Zuständigkeiten für die individuelle und institutionelle Unterstützung von betagten und behinderten Menschen entflochten. Die Hilflosenentschädigung geht in die Finanzierungsverantwortung des Bundes über, die Unterstützung von Institutionen mehrheitlich in diejenige der Kantone. Aus diesem Grund werden auch die bisherigen Subventionen der AHV/IV an gemeinnützige privaten Institutionen neu geregelt. Neu werden

nach Art. 101^{bis} **nur noch gesamtschweizerisch tätige private Institutionen** durch die AHV/IV unterstützt. Zudem geht der **Aufgabenbereich von Hilfeleistungen für Betagte und Behinderte wie Haushaltshilfe, Hilfe bei der Körperpflege und Mahlzeitendienste vollständig an die Kantone** über. Damit werden in Zukunft bei der **Spitex Subventionen in Höhe 171.4 Mio. Franken (im Jahr 2004, 178.4 Mio. Franken im Jahr 2005) neu zu ordnen** sein. Sie stellen ein Sechstel der Gesamtausgaben für die Spitex dar. In einer Übergangsbestimmung werden die Kantone zunächst verpflichtet, die Subventionen weiterzuführen, bis eine kantonale Finanzierungsregelung für die Hilfe und Pflege zu Hause in Kraft tritt. Zwar werden die bisherigen Beiträge der AHV/IV in der Globalbilanz ausgeglichen, **doch neu sind Kantone und Gemeinden mit über 50 Prozent an der Finanzierung der Spitex beteiligt**. Es ist – bis zum Vorliegen der neuen kantonalen Bestimmungen – offen, in welchem Ausmass sie diese Belastungen an die privaten Haushalte weitergeben. Unter dem Tarifschutz des bestehenden KVG sind die Haushalte weitgehend vor einer Umlagerung geschützt. In Verbund mit einer anteilmässigen Finanzierung der ambulanten Pflege durch die Krankenkassen im Rahmen der KVG-Revision könnte der Tarifschutz auf die gesetzlichen Beiträge der Krankenversicherer begrenzt werden und damit diese Hürde fallen.

1.5.2 Totalrevision des EL-Gesetzes

Am 06. Oktober 2006 wurde im Rahmen der NFA-Ausführungsgesetzgebung auch eine **Totalrevision des Ergänzungsleistungsgesetzes verabschiedet**. Die Referendumsfrist lief am 25. Januar 2007 ungenutzt ab. Für die Neuregelung der Pflegefinanzierung sind die folgenden drei Punkte wichtig: Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen, Heraufsetzung des Vermögensfreibetrags für selbstbewohntes Wohneigentum, Aufhebung der Obergrenze für Heimbewohner wie auch allgemein.

Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen

Die Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen bei den Ergänzungsleistungen folgt dem Ansatz, dass **die Verantwortung für Pflege und Betreuung praktisch vollständig an die Kantone (und Gemeinden)** übergeht. Bei Personen, die noch in ihrer eigenen Wohnung leben und nicht pflegebedürftig sind, übernimmt der Bund neu 5/8 der Ergänzungsleistungen zur Sicherung der Existenz nach den Ansätzen des ELG. 3/8 werden von den Kantonen getragen. Dazu ist zu bemerken, dass die Übernahme der Krankenversicherungskosten in Höhe der Richtprämie über die Mittel des Prämienverbilligungsfonds erfolgt, letztlich also nicht im Verhältnis von 5/8 und 3/8, sondern nach dem Finanzierungsschlüssel der Prämienverbilligungen (zukünftig zunächst ca. im Verhältnis 1:1, siehe Abschnitt 1.5.3).

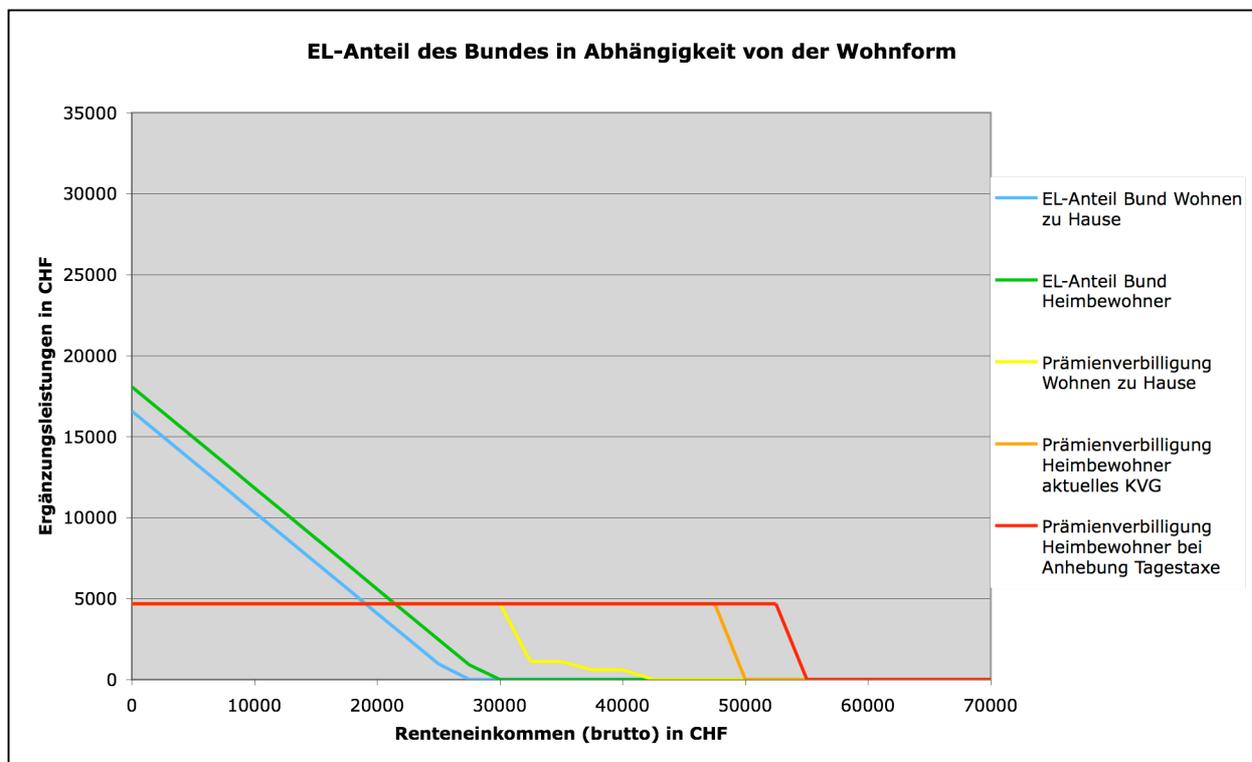
Gesundheitskosten, darunter auch Selbstbehalte und Franchisen, werden bei Anspruch auf EL bis zu einer bestimmten Höhe im Rahmen der **Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten** (Art. 14 ELG) durch die EL übernommen. Nach der NFA übernehmen **die Kantone zu 100% die Finanzierung**. Damit müssten sie auch eine Anhebung der Selbstbehalte und Franchisen kompensieren. Bei eintretender Pflegebedürftigkeit zu Hause bleiben die Ausgaben für die Existenzsicherung des Haushaltes gleich, d.h. die Ausgaben der jährlichen oder periodischen Ergänzungsleistung und damit des Bundes bleiben unverändert. Zusätzlich werden aber Ausgaben für Pflege, Haushaltshilfe oder Taxen für die Betreuung in Tagesstrukturen bis zu einer bestimmten Höhe über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten durch die EL getragen. Auch Personen, die auf Grund eines Einnahmenüberschusses keinen Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung haben, haben Anspruch auf eine Vergütung derjenigen Krankheits- und Behinderungskosten, welche den Einnahmenüberschuss übersteigen. Die

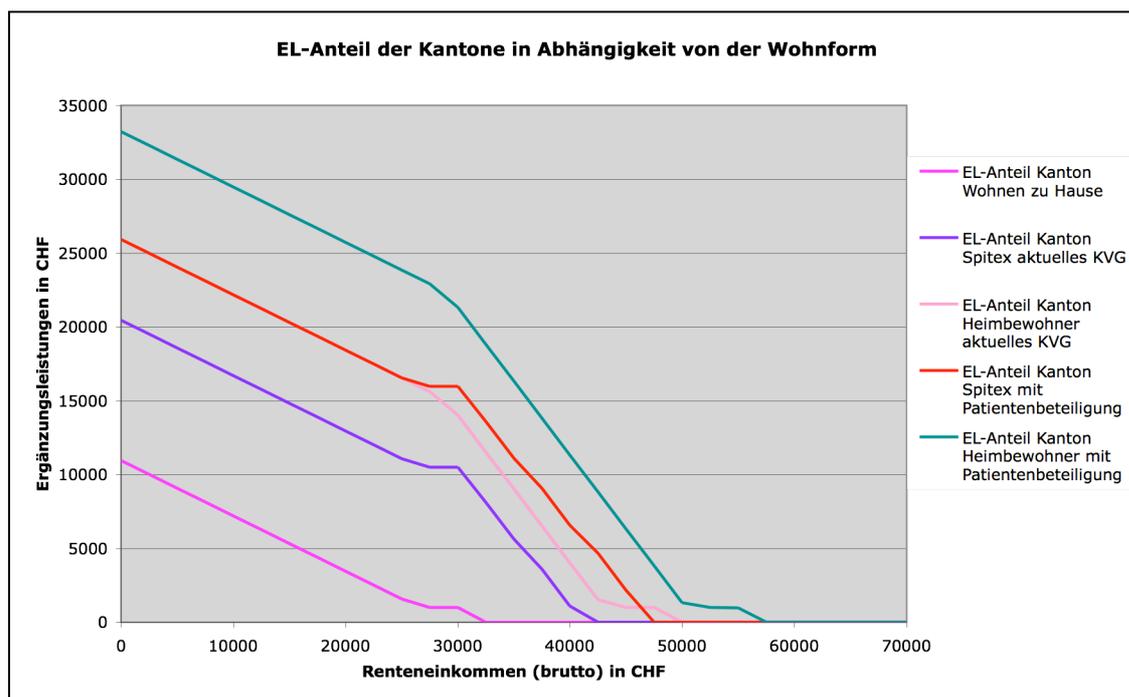
Hilflosenentschädigung der AHV wird den Haushalten dabei nicht als Einnahme angerechnet. Steigt die Zahl der Pflegebedürftigen oder werden die Anteile der Krankenkassen an der Finanzierung dieser Dienstleistungen reduziert (zusätzlich zum Wegfall der Subventionen durch die AHV), tragen die Kantone die zusätzlichen finanziellen Lasten allein.

Bei Pflegebedürftigkeit im Heim steigen die Kosten für den Bund nur leicht an. Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen für das Wohnen zu Hause werden die **realen Mietkosten** bis zu einem Maximum von 13'200 Franken für Alleinstehende und 15'000 Franken für Ehepaare angerechnet. Der Bund übernimmt dann 5/8 der Kosten. Beim Umzug ins Heim trägt der Bund einen leicht höheren Anteil, indem in die Kostenberechnung immer die EL-Obergrenze für Mietkosten eingeht. Wiederum zahlt er 5/8 der Kosten der fiktiven Referenz «Wohnen zu Hause». **Alle anderen Kosten, darunter auch diejenigen für Betreuung und Mehrkosten für die Unterbringung im Heim, werden jedoch von den Kantonen getragen.**

Grafik 1.7 zeigt die Auswirkungen dieser Neuregelung am Beispiel einer alleinstehenden Person, wohnhaft im Kanton Basel-Stadt. Die Person zahlt 900 Franken Miete (inkl. Nebenkosten), eine Krankenkassenprämie in Höhe der kantonalen Durchschnittsprämie, ist pflegebedürftig (mittlere Pflegebedürftigkeit bei der Einstufung der Hilflosenentschädigung), gibt 9750 Franken im Jahr für eine Spitex-Haushaltshilfe (5 Tage die Woche à 1 ¼ Stunden, 30 Franken pro Stunde) aus. Es wird angenommen, dass sie bei Einführung einer Patientenbeteiligung im Rahmen der Revision der Pflegefinanzierung 15 Franken Patientenbeteiligung pro Tag an der Pflege zu Hause zu zahlen hätte (1 Stunde jeden Tag). Beim Übergang in ein Pflegeheim würden im aktuellen Finanzierungsregime 200 Franken anfallen. Werden die Krankenkassenbeiträge nicht an die Kostenentwicklung angepasst, hätte die Person zu einem späteren Zeitpunkt 220 Franken (Heraufsetzung der Tagestaxen) zu zahlen.

Grafik 1.7: Neuaufteilung der Finanzierungsverantwortung für die EL zwischen Bund und Kantonen am Beispiel eines Alleinstehenden Haushaltes, Basel-Stadt





Grafik 1.7 zeigt, dass die EL-Ausgaben des Bundes vom Eintreten der Pflegebedürftigkeit und von der Einführung einer Patientenbeteiligung und Erhöhung der Tagestaxen kaum berührt werden. Die EL-Ausgaben der Kantone steigen hingegen mit wachsender Pflegebedürftigkeit und bei einer Reduktion der Krankenkassenleistungen für die Langzeitpflege stark an.

Zum Teil ist die Entflechtung der Aufgaben in der Altersbetreuung und -pflege erwünscht, denn die Kantone können über eine gute Alterspolitik, effiziente ambulante Strukturen oder Förderung der Prävention die Kosten der Langzeitpflege beeinflussen. Doch die Grafik 1.7 zeigt, dass **die Risiken der zukünftigen bedarfsorientierten Finanzierung der Pflegekosten ganz an die Kantone übertragen werden, auch für exogene, von ihnen nicht beeinflussbare Faktoren** wie den demografischen Wandel, die zukünftige Lohnentwicklung oder eine Reduktion der Krankenkassenbeiträge. Der Finanzierungsanteil des Bundes ist sowohl für EL-Bezüger/innen zu Hause wie auch im Heim unabhängig von der Pflegebedürftigkeit. Die Kosten für die Übernahme der Krankenkassenprämien im Rahmen der Prämienverbilligungen wachsen beim Übertritt ins Heim, da sich der Kreis der EL-Beziehenden aufgrund höherer anrechenbarer Kosten erweitert. Doch nach der Umsetzung NFA trägt der Bund zunächst nur die Hälfte der Prämienverbilligungsfinanzierung im Vergleich zum bisherigen Anteil von 2/3 (siehe auch nächsten Abschnitt). **Der EL-Finanzierungsaufwand für die Kantone hängt jedoch stark von der Pflegebedürftigkeit ab.** Bereits unter dem aktuellen KVG werden pflegebedürftigen EL-Bezüger/innen zu Hause die Kosten für die Haushaltshilfe oder Betreuung in Tagesstrukturen rückvergütet. Die Kantone tragen diese Kosten. Werden bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung die Kassenbeiträge beschränkt und Kosten auf die privaten Haushalte überwält, müssen die Kantone auch diese Kosten für die einkommensschwächeren Haushalte übernehmen. Beim Eintritt ins Pflegeheim schlagen höhere Tagestaxen sowohl auf die durchschnittlich auszahlenden Ergänzungsleistungen wie auch auf den Kreis der Anspruchsberechtigten durch. Erhöhen sich in Zukunft die Tagestaxen aufgrund sinkender Beiträge der Krankenkassen an den realen Kosten, dann tragen die Kantone diese Mehrkosten zu mehr als 50% über die EL mit.

Die Kantone tragen nach der Umsetzung der NFA somit im Wesentlichen die Finanzierungsrisiken der zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, auch für nicht von ihnen beeinflussbare exogene Faktoren. Ein Anstieg der durchschnittlichen Renteneinkommen durch die zunehmende Bedeutung von 2. und 3. Säule würde zunächst sowohl Bund als auch Kantone entlasten. Es ist jedoch fraglich, ob dieser Anstieg mit der Entwicklung der Kosten der Langzeitpflege mithält. Auch können biografische Risiken wie Scheidung oder Erwerbsbiografien mit Unterbrüchen, tiefem Verdienst oder Teilzeit-Phasen dazu beitragen, dass der Kreis der Anspruchsberechtigten auch in Zukunft nicht sinkt. **Die privaten Haushalte tragen die finanziellen Unsicherheiten der Kantone mit, denn es ist offen, in welchem Ausmass Lasten auf sie abgewälzt werden.**

Aufhebung der Obergrenze der maximalen Ergänzungsleistungen

Bereits in der Totalrevision des ELG im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung zur NFA wurden die Obergrenzen der maximalen EL sowohl allgemein wie auch für die Heimbewohner aufgehoben. Unter die erste Obergrenze fiel eine so geringe Zahl Haushalte, dass sie fallen gelassen werden konnte. Die Aufhebung der Obergrenze für Heimbewohner erfüllt die Forderung, dass Pflegebedürftigkeit nicht zur Sozialhilfeabhängigkeit führen dürfe. Nicht nur die Ansätze für den allgemeinen Lebensbedarf sind in der Sozialhilfe niedriger, sondern auch die Vorschriften zum Vermögensverzehr (Rate und geringer Freibetrag) führen zu einem raschen und praktisch vollständigen Verbrauch des eigenen Vermögens. Für die privaten Haushalte stellt diese Neuregelung deshalb eine echte Entlastung und Verbesserung dar.

Die zusätzlichen Belastungen für die EL sind vollständig von den Kantonen zu tragen. Die Schätzungen des Mehrbedarfs gehen weit auseinander. Die Botschaft des Bundesrates nannte zunächst einen Betrag in Höhe von 236 Mio. Franken, während ein Bericht des Obsan/IRER von geringeren Mehrkosten in Höhe von 120 Mio. Franken ausgeht. Die Entlastung der Sozialhilfe wird mit ca. 100 Mio. Franken veranschlagt. Diese Zahlen sind schwer zu überprüfen. Sie hängen auch stark von der zukünftigen Kostenbeteiligung der Krankenversicherer an den Pflegekosten im Heim ab. Die kantonalen Unterschiede dürften erheblich sein. **In einzelnen Kantonen könnte die Aufhebung der EL-Obergrenze einen zusätzlichen starken Druck auf die Pflegefinanzierung ausüben.**

Anhebung der Vermögensfreibeträge für selbstbewohntes Wohneigentum

Bereits in der Ausführungsgesetzgebung NFA wurde der Mindestwert für die Vermögensfreibeträge für selbstbewohntes Wohneigentum heraufgesetzt. Am 19.09.2006 hielt der Ständerat bei der Beratung der Pflegefinanzierung (05.025) zunächst am Vermögensfreibetrag für selbstbewohntes Wohneigentum von 75'000 Franken fest. Am 20.09.2006 beschloss der Nationalrat im Rahmen der NFA Ausführungsgesetzgebung (05.070) eine **Erhöhung des Vermögensfreibetrags für selbstbewohntes Wohneigentum um 50 Prozent von 75'000 Franken auf 112'500 Franken**. Am 26.09.06 hat der Ständerat dem Nationalrat im Rahmen des NFA (05.070) in diesem Punkt zugestimmt.

Die Mehrheit der Kantone muss den bisherigen Vermögensfreibetrag an die neue Mindestgrenze anpassen (siehe Tabelle 1.8). Nur fünf Kantone haben bereits in der Vergangenheit freiwillig einen höheren Freibetrag festgelegt. Die Rate des zulässigen Vermögensverzehrs für AHV-Rentner/innen wurde nicht herabgesetzt. Sie lag in den meisten Kantonen für Heimbewohner bei der maximalen Obergrenze von 20 Prozent. Nur 5 Kantone haben sie mit 10 respektive 13 Prozent niedriger angesetzt.

Tabelle 1.8: Übersicht über die bestehenden Vermögensfreibeträge und Raten des Vermögensverzehr (2004/2005)

Kanton	in CHF
Vermögensfreibetrag (2004/2005)	
Aargau, Nidwalden, Zürich	150'000
Fribourg, Jura	100'000
Appenzell-A.Rh., Appenzell-I.Rh., Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Genf, Glarus, Graubünden, Luzern, Neuenburg, Obwalden, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Uri, Waadt, Wallis, Zug	75'000
Tessin	Vorschuss
Vermögensverzehr (2004/2005)	
Basel-Landschaft, Genf, Tessin, Wallis	10%
Schwyz	13%
Aargau, Appenzell-A.Rh., Appenzell-I.Rh., Basel-Stadt, Bern, Fribourg, Glarus, Graubünden, Jura, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Uri, Waadt, Zug, Zürich	20%

1.5.3 Revision des KVG im Bereich Prämienverbilligungen

Bei einer Teilrevision des KVG im Jahr 2005 wurde die Harmonisierung der kantonalen Prämienverbilligungssysteme durch die Einführung eines umfassenderen Sozialziels abgelehnt, jedoch eine Entlastung für Familien mit Kindern beschlossen. **Die Prämien von Kindern und Jugendlichen in Ausbildung** sollen in Zukunft bis zu einer von den Kantonen festzulegenden Einkommensobergrenze **zu mindestens 50 Prozent der Richtprämie verbilligt** werden. Zur Finanzierung der Mehrkosten erhöhte der Bund seinen Anteil an den Subventionen in zwei Schritten in den Jahren 2006 und 2007 um je 100 Mio. Franken. Die jährliche Erhöhung der Subventionen um 1.5 Prozent wurde darüber hinaus beibehalten.

Diese neue Zusatzbestimmung ist schwach und wirkt sich in den meisten Kantonen vor allem für Familien mit Jugendlichen zwischen 19 und 25 Jahren in Ausbildung positiv aus. Darüber hinaus bewirkt es eine schwache Umverteilung von kinderlosen Haushalten zu Familien mit Kindern innerhalb der Prämienverbilligungen, doch bei **insgesamt knapper werdenden Finanzmitteln**. Dies zeigt eine Zusammenstellung der Entwicklung der Subventionen in den Jahren 1998 bis 2005 und ihre Verteilung auf Personen mit Ergänzungsleistungen und die übrigen Haushalten. Ergänzungsleistungsbeziehenden (AHV/IV) werden die gesamten Krankenkassenprämien in Höhe einer kantonalen Richtprämie, die nahe bei den kantonalen Durchschnittskosten liegt, erstattet. Damit wächst der Finanzbedarf in diesem Bereich proportional zum Prämienanstieg.

Tabelle 1.9: Entwicklung des Anteils der EL-Bezüger an den Prämienverbilligungsleistungen

Jahr	Anzahl BezügerInnen einer Prämienverbilligung			Leistungen Prämienverbilligung			Differenz zwischen «Total» und »Ausgaben für EL-Bezüger»
	Total	Davon Personen mit EL		Total ¹ In Mio. Fr.	Davon für Personen mit EL		
		Anzahl	In %		In Mio. Fr.	In %	
1998	2'240'500	186'900	8.3	2'263.3	430.7	19.0	1'832.6
1999	2'334'300	196'400	8.4	2'476.6	471.9	19.1	2'004.7
2000	2'337'700	202'700	8.7	2'532.8	575.2	22.7	1'958.2
2001	2'376'400	207'800	8.7	2'671.6	617.5	23.1	2'054.5
2002	2'433'800	217'000	8.9	2'848.4	679.2	23.8	2'168.6
2003	2'427'500	225'300	9.3	2'961.1	768.6	26.0	2'192.5
2004	2'361'400	234'800	9.9	3'025.3	842.9	27.9	2'182.4
2005	2'262'200	244'500	-	3'119.6	911.1	29.2	2'208.5
Veränderung							
1998-2005	0.1%	3.9%	-	4.7%	11.3%		2.7%

¹Subventionsbudget nach Kürzungen der Kantone;

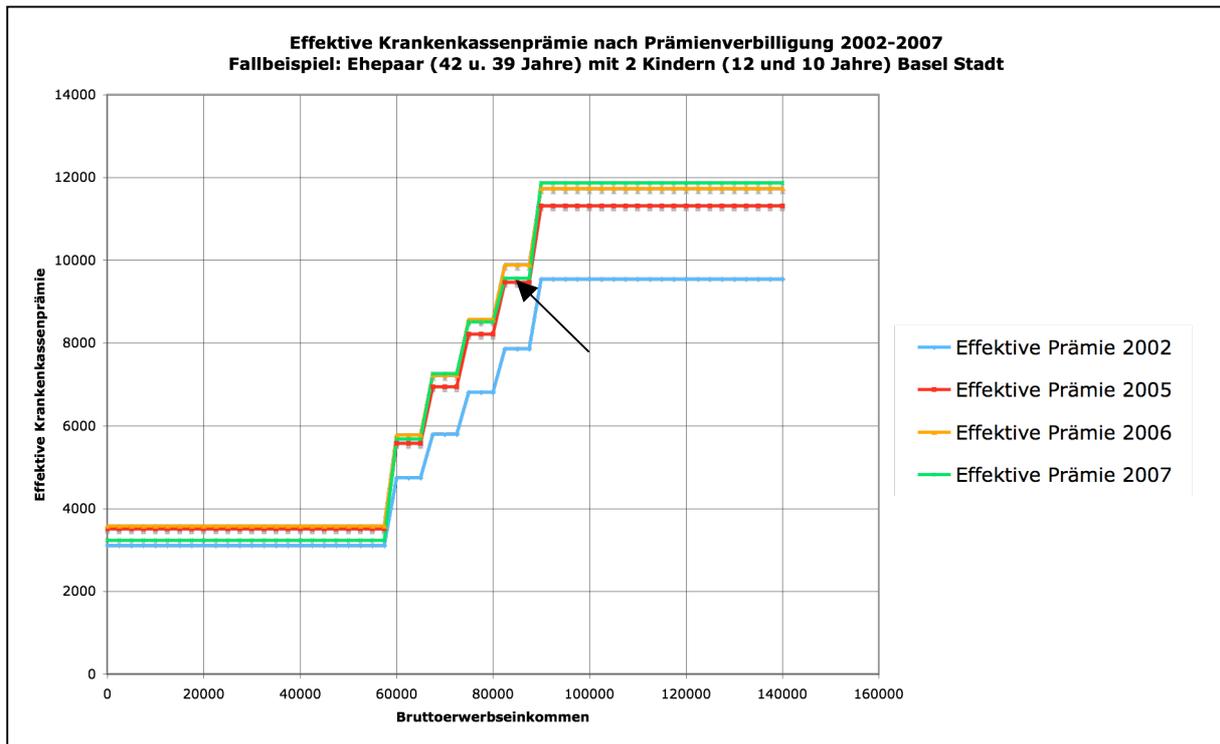
Quelle: BFS

Tabelle 1.9 zeigt, dass **ein grosser Teil des Wachstums der Subventionen in die Prämienverbilligung der Ergänzungsleistungsbeziehenden** floss. Für die individuelle Prämienverbilligung der übrigen Haushalte blieb (rechte Spalte) trotz eines durchschnittlichen jährlichen Prämienwachstums von 5.4 Prozent im gleichen Zeitraum nur eine halb so grosse Zuwachsrate der Subventionen (2.7 Prozent). In den vergangenen vier Jahren blieb die Summe für die individuelle Prämienverbilligung der Nicht-EL-Beziehenden praktisch konstant. Mitschuld an dieser Entwicklung ist sicher auch die Anbindung der Verteilung der Bundessubventionen an die Finanzkraft der Kantone und die damit verbundene Kürzungsregel. Der NFA wird diesbezüglich eine erhebliche Verbesserung bringen.

Die Frage, ob die vom Bund in den Jahren 2006/2007 zusätzlich eingespeisten 200 Mio. Franken nicht nur ein Tropfen auf den heissen Stein sind, muss Kanton für Kanton untersucht werden. Doch angesichts der Entwicklung der Gesamtsubventionen sind Zweifel an den versprochenen familienpolitischen Verbesserungen angesagt. Dies lässt sich am Beispiel des Kantons Basel-Stadt zeigen, für den bereits alle notwendigen Daten in einem Simulationsmodell vorliegen (vgl. Grafik 1.10).

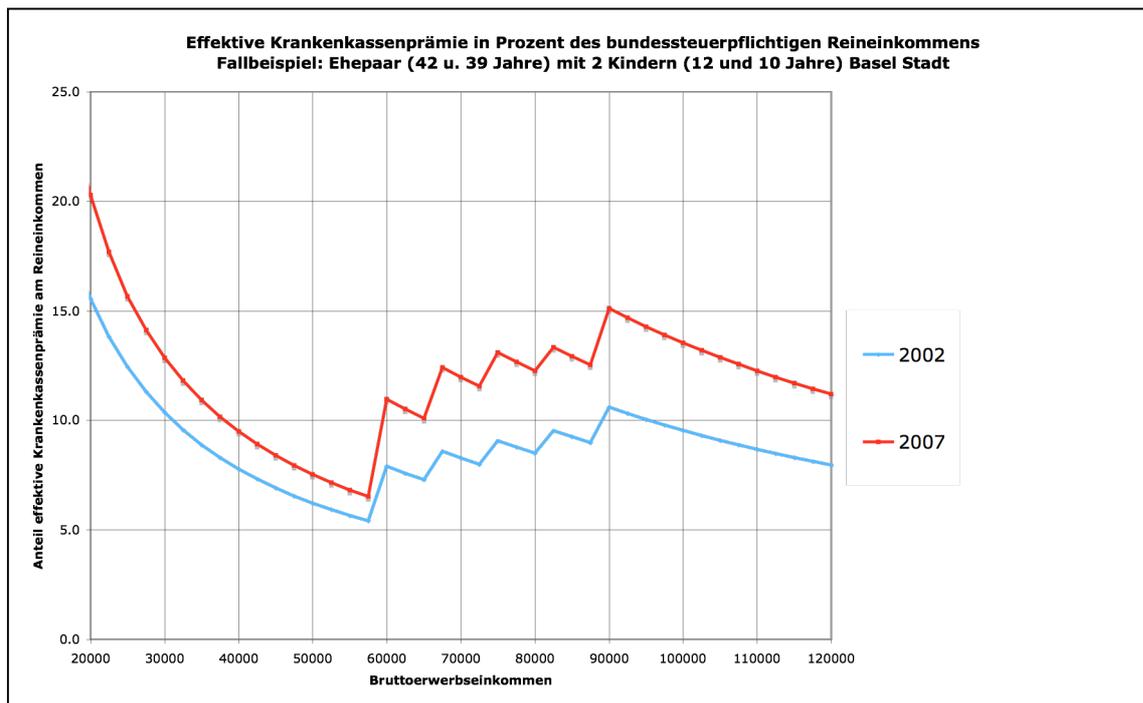
Die Auswertungen zeigen den Anstieg der effektiven Krankenkassenprämie einer Familie mit 2 Kindern unter 19 Jahren nach Prämienverbilligungen in den Jahren 2002 bis 2007. Die effektiven Prämien sind in den Jahren 2002-2005 im Kanton Basel-Stadt stark gestiegen, obwohl Basel die Bundessubventionen voll ausgeschöpft und sogar noch über den gesetzlichen Kantonsanteil hinaus zusätzliche eigene Mittel eingesetzt hat. Im Jahr 2006 und 2007 wurde der Anstieg auch durch ein unterdurchschnittliches Prämienwachstum verlangsamt. Die neue familienpolitische Regelung der KVG-Revision hat die Situation in Basel Stadt nur leicht verändert (siehe Pfeil in der Grafik 1.10), da der Kanton bereits in den Jahren zuvor die Prämien von Kindern stark subventioniert und damit die Richtgrösse einer fünfzigprozentigen Reduktion weitgehend erfüllt hat. Der wesentliche Anteil der zusätzlichen Mittel floss in die Prämienverbilligung für Familien mit Jugendlichen über 19 Jahren in Ausbildung (siehe Grafik Anhang).

Grafik 1.10: Die Entwicklung der Krankenkassenprämien nach Abzug der Prämienverbilligungen für eine Familie mit 2 Kindern (Basel-Stadt)



Das Prämienverbilligungssystem bietet das Bild einer zu kleinen Decke, die zwischen den verschiedenen Haushalten hin und her gezogen wird, insgesamt aber zu kurz bleibt, um den steigenden Bedarf zu decken. Grafik 1.11 zeigt den wachsenden Anteil der Krankenkassenprämien am Haushaltseinkommen, hier gemessen als Anteil am bundessteuerpflichtigen Reineinkommen. Er liegt für den Kanton Basel-Stadt **trotz der familienpolitischen Anstrengungen weit über den 8 oder 10 Prozent**, die einmal als Obergrenze genannt wurden. Ein relatives Maximum liegt für eine Familie mit 2 Kindern bei einem Anteil von 15 Prozent bei einem Bruttoerwerbseinkommen von 90'000 Franken.

Grafik 1.11: Die Belastung durch die Krankenkassenprämien gemessen als Anteil am bundessteuerpflichtigen Reineinkommen



Mit dem Inkrafttreten des neuen Finanzausgleichs NFA ändert sich das Bild erneut. Die Aufteilung der Bundessubventionen auf die Kantone nach ihrer Finanzkraft und die Kürzungsregel der Kantonsanteile entfällt. Damit werden wichtige Verzerrungen und unsinnige Anreize des heutigen Finanzierungssystems aufgehoben. Zu begrüssen ist auch die Neuerung, dass die Bundessubventionen neu an das Wachstum der Bruttoausgaben der obligatorischen Krankenversicherung (und damit relativ nahe auch an das Wachstum der Prämien) gebunden werden. Der **Bund wird einen fixen Anteil von 7.5 Prozent der Bruttoleistungen nach KVG für Prämienverbilligungen** zur Verfügung stellen und an die Kantone **nach Massgabe ihrer Wohnbevölkerung und der Zahl der Versicherten** verteilen.

Ebenso **entscheidend** für die individuelle Prämienentwicklung ist jedoch die Frage, wie gross **das Budget der gesamten Prämienverbilligungen** von Bund und Kantonen und der Bundesanteil im Verhältnis zu den Bruttokosten **im Jahr des Inkrafttretens des NFA** sind, da diese Zahlen in die Globalbilanz eingehen und damit den Finanzspielraum der Kantone mitbestimmen. Tabelle 1.12 zeigt, dass der Anteil der gesamten Subventionen von Bund und Kantonen an den Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenversicherung in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken ist. Der Gesamtbeitrag lag im Jahr 2005 noch bei 15.3 Prozent. Der **Bundesbeitrag fiel von 11.4 Prozent im Jahr 1998 auf 10.3 Prozent im Jahr 2005**, der Kantonsbeitrag lag nach einem zwischenzeitlichen Anstieg im Jahr 2005 bei 5.0 Prozent.

Hochrechnungen des Eidgenössischen Finanzdepartements (EFD) und eigene Berechnungen zeigen, dass trotz des zusätzlichen Bundesbeitrags von 200 Mio. Franken (verteilt auf die Jahre 2006/2007) der Anteil des Prämienverbilligungsbudgets an den Bruttoleistungen im Jahr 2008 sogar nur noch bei 14.6 Prozent (EFD, gemäss Botschaft NFA) respektive 15 Prozent (eigene Berechnungen), der **Bundesanteil bei 9.7 Prozent** (EFD) respektive **10 Prozent** (eigene Berechnungen) liegen wird. Die Folgen für die Haushalte: Je kleiner der Bundesanteil im Jahr des Inkrafttretens des NFA, desto kleiner die Differenz zur neuen Referenzgrösse des Bundesbeitrags an den Prämienverbilligungen von 7.5 Prozent der Bruttoleistungen nach KVG, desto kleiner der Ausgleichsbetrag in der Globalbilanz für die Kantone. Damit über-

nehmen die Kantone eine grössere Finanzierungsverantwortung für die Prämienverbilligungen zu einem Zeitpunkt, in dem die Decke der Prämienverbilligungen bereits sehr angespannt ist. Eine **Referenzgrösse des Bundesanteils von über 11 Prozent** wie in den Jahren zwischen 1998 und 2003 **würde einen um über 230 Mio. Franken höheren Bundesbeitrag in der Globalbilanz** bedeuten, der von den Kantonen für die Prämienverbilligungen genutzt werden könnte. In den Jahren, in denen die Bundessubventionen per Bundesbeschluss festgelegt wurden, hielt das Wachstum der ausgeschöpften Subventionen nicht mit dem Wachstum der Prämien und Bruttoleistungen mit. Erst ab 2008 und dann auf deutlich niedrigerem Niveau wächst der Bundesbeitrag mit den Gesundheitskosten.

Tabelle 1.12: Die Entwicklung der Prämienverbilligungsbudgets von Bund und Kantonen

	Bruttoleistungen KVG	Subventionsbudget nach Reduktion		Bundesbeitrag nach Reduktion		Kantonsbeitrag nach Reduktion	
	in Mio. CHF	in Mio. CHF	Anteil an Bruttoleistungen KVG	in Mio. CHF	Anteil an Bruttoleistungen KVG	in Mio. CHF	Anteil an Bruttoleistungen KVG
1998	14'024	2'263.3	16.1%	1'601.2	11.4%	662.1	4.7%
1999	14'621	2'476.6	16.9%	1'699.6	11.6%	777.0	5.3%
2000	15'478	2'532.8	16.4%	1'740.4	11.2%	792.4	5.1%
2001	16'386	2'671.6	16.3%	1'819.6	11.1%	852.0	5.2%
2002	17'096	2'848.4	16.7%	1'915.5	11.2%	933.0	5.5%
2003	17'924	2'961.1	16.5%	1'992.7	11.1%	968.3	5.4%
2004	19'140	3'025.3	15.8%	2'033.4	10.6%	991.9	5.2%
2005	20'348	3'119.6	15.3%	2'092.6	10.3%	1'027.0	5.0%
1998-2005	5.5%	4.7%		3.9%		6.5%	
2000-2005	5.6%	4.3%		3.8%		5.3%	
2008 ohne NFA	23'893	3'584.0	15.0%	2'389.1	10.0%	1'194.8	5.0%
2008 mit NFA (eigene Berechnungen)	23'893	3'584.0	15.0%	1'792.0	7.5%	1'792.0	7.5%
2008 mit NFA (Berechnungen EFD)	24'570	3'584.0	14.6%	1'842.8	7.5%	1'740.5	7.1%

Die Umstellung auf den neuen Finanzierungsmechanismus im Rahmen der NFA ist absolut sinnvoll, doch wurde auf dem Weg dorthin das Prämienverbilligungssystem in eine angespannte Finanzlage gebracht, die sich nicht unbedingt nach dem Bedarf der Haushalte richtet. Es ist richtig, dass die Kantone eine grössere Verantwortung für die Prämienverbilligungen übernehmen, doch **von einem höheren Ausgangsniveau in der Globalbilanz**. Sonst ist zu befürchten, dass die individuelle Prämienverbilligung von Haushalten (nicht diejenige der Ergänzungsleistungsbezüger) auch in Zukunft nicht dem ausgewiesenen Bedarf folgt. Auch die Kantone gehen mit dieser Neuregelung ein finanzielles Risiko ein, denn die Instrumente für das Monitoring der Prämienverbilligung erreichen langsam einen Stand, der die unterschiedliche Ausgestaltung für verschiedene Haushaltstypen und zwischen verschiedenen Kantonen transparent macht und damit den politischen Druck in Richtung dringender Nachbesserungen erhöht. Die Kosten dafür würden dann nach NFA die Kantone tragen.

1.6 Zusammenfassung: Auswirkungen des demografischen Wandels und der Neugestaltung des Finanzausgleichs auf die Pflegefinanzierung

Die Neugestaltung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen ist in vieler Hinsicht erwünscht und sinnvoll, vor allem auch im Bereich der Prämienverbilligung. Hier hat die Anbindung der Subventionen an die Finanzkraft der Kantone die Entwicklung des Systems verzerrt und behindert. Doch führt **der NFA zu einer Neuverteilung der finanziellen Risiken im Bereich des Gesundheitswesens und der Langzeitpflege zwischen Bund und Kantonen**, welche zum Teil unterschätzt wird.

Bei der vollen Umsetzung des KVG würden durch den NFA im Bereich der Pflegefinanzierung keine grossen Finanzrisiken verschoben, denn ein Ausgleich würde durch die Globalbilanz erfolgen. Die Krankenversicherer und der Bund (über die Prämienverbilligung) würden über die kostendeckenden Pflorgetarife an der Kostenentwicklung der Langzeitpflege partizipieren. Kommt es jedoch, wie in der Botschaft des Bundesrates zur Pflegefinanzierung und in den Entscheidungen des Ständerates vorgesehen, zu einer Beitragslösung für die Krankenversicherer und einer nur begrenzten Anpassung ihrer Beiträge an die Kostenentwicklung, dann gehen in Folge der im Abschnitt 1.4 skizzierten Entwicklung **alle wesentlichen Finanzrisiken an die Kantone und die privaten Haushalte über**. Mehrbelastungen, die auf die Kantone und letztlich auch auf die privaten Haushalte zukommen, sind: Wegfall der AHV-Subventionen (ein Drittel der gesamten direkten Subventionen an die Spitex), Aufhebung der Obergrenze EL, höherer Kantonsanteil an den Prämienverbilligungen, praktisch vollständige Übernahme der pflegebedingten Mehrkosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen.

Nimmt man die mit dem demografischen und gesellschaftlichen Wandel (siehe Abschnitt 1.3) verbundenen grossen Unsicherheiten und finanziellen Risiken hinzu, dann ergibt sich das Bild, dass die **Anpassung der Beiträge der Krankenversicherung an die Kostenentwicklung** zu einem **Schlüssel** für die **zukünftige Risikoverteilung** zwischen Bund und Krankenversicherern einerseits und Kantonen und privaten Haushalten andererseits wird. Ansonsten tragen die Kantone und mit ihnen die privaten Haushalte nicht nur die finanziellen Risiken der von ihnen beeinflussbaren Faktoren wie Prävention, institutionelle Organisation und Inanspruchnahme der professionellen Pflege, sondern auch die Risiken exogener Faktoren wie den demografischen Wandel, die Lohnstrukturen oder die Entwicklung der Beiträge der obligatorischen Krankenversicherung an die Pflegekosten.

2 □ Die soziale Absicherung der Pflegefinanzierung durch eine Optimierung des bestehenden Systems

2.1 Die politische Ausgangslage

Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen wurden bereits verschiedene Änderungen im Rahmen des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG) verabschiedet, die auch die Neuregelung der Langzeitpflege betreffen (siehe Abschnitt 1.4). Die **Obergrenze für maximale Ergänzungsleistungen** wurde sowohl allgemein als auch für Heimbewohner **aufgehoben**. Die Kantone sollen die Leistungen vermehrt über die Anerkennung der maximal anrechenbaren Tagestaxen steuern. Damit wurde eine wichtige Forderung verschiedener Akteure und Parteien bereits erfüllt. In der Totalrevision wurde auch der **(Mindest-)Vermögensfreibetrag für selbstbewohntes Wohneigentum um 50% auf 112'500 Franken heraufgesetzt**. Die anderen Vermögensfreibeträge in Höhe von 25'000 Franken für Alleinstehende und 40'000 Franken für Ehepaare wie auch die Bestimmungen über die Rate des Vermögensverzehr wurden beibehalten.

Abhängig von den Beschlüssen bei der Revision des KVG werden Vermögensfreibeträge und -verzehr erneut zu überprüfen sein. Weitgehend einig sind sich die Akteure über die Einführung einer **Hilflosenentschädigung für leicht Pflegebedürftige zu Hause**, finanziert durch den Bund und die AHV. Sie würde wohl dann nicht eingeführt, wenn es zu einer vollen Umsetzung des KVG oder voller Übernahme der Pflegekosten durch die Krankenkassen und die öffentliche Hand (Erbchaftssteuer) kommt.

Die verschiedenen Modelle der Pflegefinanzierung im Vergleich

Die wichtigsten Unterschiede in den verschiedenen politischen Modellen zur Revision des KVG liegen auf den Ebenen: 1. der Definition des Beitrags der obligatorischen Krankenversicherung, 2. des Modus der Tarifierung und 3. der Regelung der Akut- und Übergangspflege. Tabelle 2.1 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Modelle.

Tabelle 2.1: Die verschiedenen Modelle der Pflegefinanzierung im Vergleich

Modell Bundesrat (Botschaft 2005)	
Definition des Beitrags der obligatorischen Krankenversicherung	Die Behandlungspflege wird von den Krankenversicherern voll übernommen. An die Pflegemassnahmen der Grundpflege, die ambulant, bei Hausbesuchen oder im Pflegeheim durchgeführt werden, leisten sie hingegen nur einen Beitrag. (Verhältnis von Grundpflege zur Behandlungspflege 3:1). Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung. Die Kostenneutralität für die Krankenversicherer zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes soll gewährleistet werden.
Tarifierung	Die Tarife werden durch den Bundesrat festgelegt.
Akut- und Übergangspflege	Keine Sonderregelung
Modell Ständerat (Beschluss Erstrat Oktober 2006)	
Definition des Beitrags der obligatorischen Krankenversicherung	Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden. Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. In einer Übergangsbestimmung des revidierten KVG soll die Kostenneutralität für die Krankenversicherer festgehalten werden.
Tarifierung	Der Bundesrat entscheidet über die Anhebung der Beiträge der Krankenversicherer. Die Pflegetarife werden damit nicht automatisch an die Kostenentwicklung oder an einen Index wie den Mischindex zur AHV/IV Rentenanpassung angepasst.
Akut- und Übergangspflege	Verzicht auf eine Sonderregelung

Kompromissmodell von EDI und GDK/Verwaltung (Frühjahr 2006)	
Definition des Beitrags der obligatorischen Krankenversicherung	Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden. Die restlichen Leistungen werden den Leistungsbezügem in Rechnung gestellt und über Eigenmittel und bedarfsabhängige Sozialleistungen finanziert. Die Kostenneutralität für die Krankenversicherer zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes soll gewährleistet werden.
Tarifanpassung	Variante 1: Definition über absolute Frankenbeiträge. Anpassung über Mischindex (wie der Rentenindex der AHV/IV), Lohnindex oder Entwicklung der Pflegekosten Variante 2: Gesetzlich definierter Prozentsatz
Akut- und Übergangspflege	Diskussion verschiedener Varianten: Anbindung an einen Spitalaufenthalt, zeitliche Befristung der Pflegeleistungen; einmalige Gewährung pro Jahr.
Leistungserbringer / IG Pflegefinanzierung (Stand Februar 2007)	
Definition des Beitrags der obligatorischen Krankenversicherung	Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt einen gesetzlich festgelegten proportionalen Anteil an allen Pflegeleistungen nach Art. 7 der KLV, der im Jahr des Inkrafttretens des Gesetzes in etwa der bisherigen Kostenbeteiligung entspricht. Die durch die Einschränkung des Tarifschutzes auf diesen Beitrag mögliche Patientenbeteiligung der Pflegebedürftigen sollte gesetzlich auf ein Maximum von 20 Prozent begrenzt werden. Die öffentliche Hand trägt die Differenz.
Tarifanpassung	Die Festlegung der Tarife erfolgt auf der Basis der Vollkosten der Pflege. Sie kann auch auf der Basis von Referenztarifen, die in einem Benchmarking-Verfahren über ausgewählte Betriebe ermittelt wurden, beruhen. Die Tarife folgen damit weitgehend der realen Kostenentwicklung.
Akut- und Übergangspflege	Aufgrund der Einführung einer Patientenbeteiligung, der Karenzfristen der Hilflosentschädigung und der Voraussetzungen für einen EL-Anspruch wird die volle Vergütung der Akut- und Übergangspflege (in einem bestimmten Intervall auf ärztliche Verordnung hin) gefordert.
Volle Finanzierung durch das KVG / eventuelle Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand über die Einführung einer Erbschaftssteuer	
Definition des Beitrags der obligatorischen Krankenversicherung	Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt wie bei der KVG Revision im Jahr 1996 vorgesehen die gesamten Kosten für Pflegeleistungen nach Art. 7 der KLV. Eventuell könnte die öffentliche Hand diese Leistungen durch die Einführung einer Erbschaftssteuer mitfinanzieren oder die Mehrbelastungen der Krankenversicherer (bei eigener Entlastung) in anderen Bereichen wie der Spitalfinanzierung kompensieren.
Tarifanpassung	Die Festlegung der Tarife erfolgt auf der Basis der Vollkosten der Pflege. Sie kann auch auf der Basis von Referenztarifen, die in einem Benchmarking-Verfahren über ausgewählte Betriebe ermittelt wurden, beruhen. Die Tarife folgen damit weitgehend der realen Kostenentwicklung.
Akut- und Übergangspflege	Das Problem stellt sich weniger dringlich, da die vollen Kosten der Akutpflege im ambulanten Bereich (bis zu einer gewissen Stundenzahl übernommen werden). Eventuell Einführung einer Regelung für die Übergangspflege (z.B. zur rehabilitativen Pflege nach Spitaleingriff) in Pflegeheimen.

2.2 Kostenfolgen und Verteilungswirkungen verschiedener Modelle

Die laufende Anpassung der Krankenkassenbeiträge als Zünglein an der Waage

Im Grunde genommen gibt es zwischen allen Modellen vor allem eine grosse Trennlinie: Die Ansätze des Bundesrates und des Ständerates (unterstützt von den Krankenversicherern) sperren sich **gegen eine Anbindung der Leistungen der Krankenversicherer an die Kostenentwicklung** im Langzeitpflegebereich. Ihre Beiträge sollen in Franken festgelegt und **per Beschluss des Bundesrates** angepasst werden. Alle anderen politischen Vorschläge verlangen eine gesetzlich fixierte finanzielle Beteiligung der Krankenkassenpflegeleistungen an der Kostendynamik der Langzeitpflege. Bei **einer prozentualen Festlegung der Krankenversicherungsleistungen im Verhältnis zu kostendeckenden Pflegetarifen** (100% bei der vollen Umsetzung des KVG im Sinne von 1996; noch auszuhandelnde Prozentanteile in den Modellen Erbschaftssteuer, GDK, IG Pflegefinanzierung und der Leistungserbringer) erfolgt die Anpassung automatisch.

Hinter der Wachstumsdynamik treten die unmittelbaren Kostenfolgen einer Neuordnung der Pflegefinanzierung zurück. Wie bei der Abschätzung der aktuellen Differenz der Krankenkassenleistungen zu den vollen Kosten der Pflege in Kapitel 1.2 und im separaten Bericht über die Modellberechnungen zu den Kostenfolgen und Verteilungswirkungen verschiedener politischer Vorschläge gezeigt wurde, werden von der Deckungslücke in Höhe von 1'280 Mio. Franken (Referenz 2004) ca. 930 Mio. Franken von den Kantonen und 350 Mio. Franken von den privaten Haushalten getragen. Findet man einen geeigneten Finanzierungsschlüssel zwischen den Krankenversicherern und den Kantonen bei der Pflegefinanzierung oder im erweiterten Kontext der Spitalfinanzierung, dann können auch bei einer vollen Umsetzung des KVG im Sinne von 1996 die Mehrbelastungen der Krankenversicherungen weitgehend kompensiert werden. Die zusätzliche Finanzierung der Entlastung der privaten Haushalte wird zumindest kurzfristig keinen Prämienschock auslösen.

Bei Einführung einer Patientenbeteiligung könnte eine Zusatzfinanzierung in Höhe von 350 Mio. Franken vermieden werden. Bereits heute beteiligen sich die privaten Haushalte indirekt über höhere Tages- und Nachtgebühren für Unterkunft, Betreuung und Verpflegung (ein Teil der nicht kostendeckenden Pflege-Rahmentarife wird auf sie überwälzt) 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.

Die Modellierung der langfristigen Kostenfolgen und Verteilungswirkungen

Um eine grobe Abschätzung der zukünftigen Kostenfolgen und Verteilungswirkungen vornehmen zu können, wurden vier Modelle berechnet:

- Modell 1: Umsetzung des KVG im Sinne von 1996
- Modell 2: Finanzierung über Erbschaftssteuer
- Modell 3: Modell mit Patientenbeteiligung und Erweiterung Ergänzungsleistungen (Modell Bundesrat/Ständerat und optimiertes Modell)
- Modell 4: Separate obligatorische Pflegeversicherung (siehe Kapitel 3).

Die ersten drei Modelle beschreiben Reformen des bestehenden Systems, das vierte als Alternative die Einführung einer separaten obligatorischen Pflegeversicherung.

Die wichtigsten Ergebnisse der Modellrechnungen, die in einem separaten Bericht ausführlich beschrieben werden, lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

- Eine Umsetzung des KVG mit der vollen Übernahme der Pflegekosten durch die Krankenkassen muss mit einer Kompensation der Mehrbelastung im Umfang der Entlastung der Kantone verbunden sein. 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 Einführung einer Erbschaftssteuer auf Bundesebene kann die obligatorische Krankenversicherung und die öffentliche Hand bei der Finanzierung der vollen Kosten der Pflege stark entlasten. Für eine prämienneutrale Einführung der vollen Kostenübernahme ist ein Mindestvolumen von 350 Mio. Franken notwendig. Diese Grösse liegt in einem realistischen Rahmen. Das weitergehende Ziel einer Stabilisierung der Ausgaben der Krankenversicherung führt zu einem raschen Anstieg des erforderlichen Erbschaftsteueraufkommens bis zu einer Grössenordnung von 4 bis 5.5 Mia. Franken im Jahr 2030.

- Wird die Einführung einer Patientenbeteiligung mit dem Ziel einer Stabilisierung der Pflegeleistungen der obligatorischen Krankenversicherung verbunden, dann würde eine Anpassungsrate der Kassenbeiträge in Höhe von jährlich 1.2 Prozent dazu führen, dass die Krankenversicherung im Jahr 2030 nur noch ein Drittel resp. ein Viertel der kostendeckenden Pflgetarife übernimmt. Es ist unrealistisch, die verbleibende Differenz bedarfsorientiert über Ergänzungsleistungen zu decken. Vor allem der Mittelstand würde grosse Lasten zu tragen haben (siehe Abschnitt 2.3).
- Eine pragmatische Optimierung des Zusammenspiels von KVG, AHVG und ELG mit Blick auf eine gerechtere Verteilung der Finanzierungsrisiken und eine gewisse Erwartungssicherheit für die privaten Haushalte bieten die Anbindung der Krankenkassenbeiträge an die Kostenentwicklung und die gesetzliche Festlegung einer Obergrenze für die Patientenbeteiligung. Zusätzlich werden die Ergänzungsleistungen und die Hilflosenentschädigung ausgebaut. Die Ausgangsverteilung der relativen Finanzierungslasten bleibt bei diesem Modell konstant, die Verantwortung für die künftige Kostenentwicklung lastet auf mehreren Schultern.

Ob eine Patientenbeteiligung an den Pflegekosten zu einer gerechten Lastenverteilung führt und durch den Ausbau der Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen sozialverträglich ausgestaltet werden kann, lässt sich nur auf der Ebene individueller Haushalte und konkreter Fallbeispiele entscheiden.

2.3 Kostenfolgen und Verteilungswirkungen auf der individuellen Ebene

2.3.1 Die aktuelle Pflegefinanzierung durch die obligatorische Krankenversicherung, AHV und Ergänzungsleistungen

Grafik 2.1 zeigt anhand des Beispiels einer alleinstehenden Person im Rentenalter, wie AHV, Krankenversicherung und Ergänzungsleistungen im heutigen System der Pflegefinanzierung zusammenspielen. Diese Wechselwirkungen lassen sich nur auf der Basis der konkreten Sozial- und Steuergesetzgebung eines Kantons aussagekräftig nachzeichnen.

Den hier präsentierten Grafiken liegen folgende Annahmen zu Grunde: Die Person lebt im Kanton Basel-Stadt. Sie ist in mittlerem Ausmass pflegebedürftig und erhält eine Hilflosenentschädigung (im modellierten Jahr 2005 in Höhe von 6'456 Franken). Es werden drei verschiedene Situationen miteinander verglichen: 1. als Referenz ein gesunder alleinstehender AHV-Rentner, 2. die gleiche Person mit Pflege zu Hause und 3. mit Pflege im Heim.

Die Miete zu Hause beträgt monatlich 900 Franken inklusive Nebenkosten, die Krankenkassenprämien liegen auf dem Niveau der kantonalen Durchschnittsprämie in Höhe von 4'668 Franken pro Jahr. Die alleinstehende Person verfügt über ein Vermögen von 40'000 Franken mit einem Vermögensertrag von 400 Franken pro Jahr.

Im Fall der Pflege zu Hause bezieht die Person hauswirtschaftliche Leistungen von der Spitex in Höhe von 9'500 Franken jährlich. Zusätzlich benötigt sie täglich eine Stunde Pflege, die über die Krankenversicherung und staatlichen Subventionen abgegolten ist. Beim Übergang ins Pflegeheim zahlt sie eine Tagesrate von 200 Franken. Der Betrag für persönliche Auslagen im Rahmen der EL beträgt in Basel Stadt 3'600 Franken. Alle diese Grössen können im Modell leicht variiert werden.

Grafik 2.1 bildet das frei verfügbare Einkommen der alleinstehenden Person und die bezogenen Ergänzungsleistungen in Abhängigkeit vom Renteneinkommen aus der AHV und der zweiten Säule ab. Als frei verfügbares Einkommen gilt das verbleibende Einkommen nach Abzug der Steuern, Miete, Krank-

heits- und Pflegekosten, Betreuungskosten, Krankenkassenprämien. Es kennzeichnet die finanziellen Mittel für den Lebensunterhalt respektive für persönliche Auslagen im Heim.

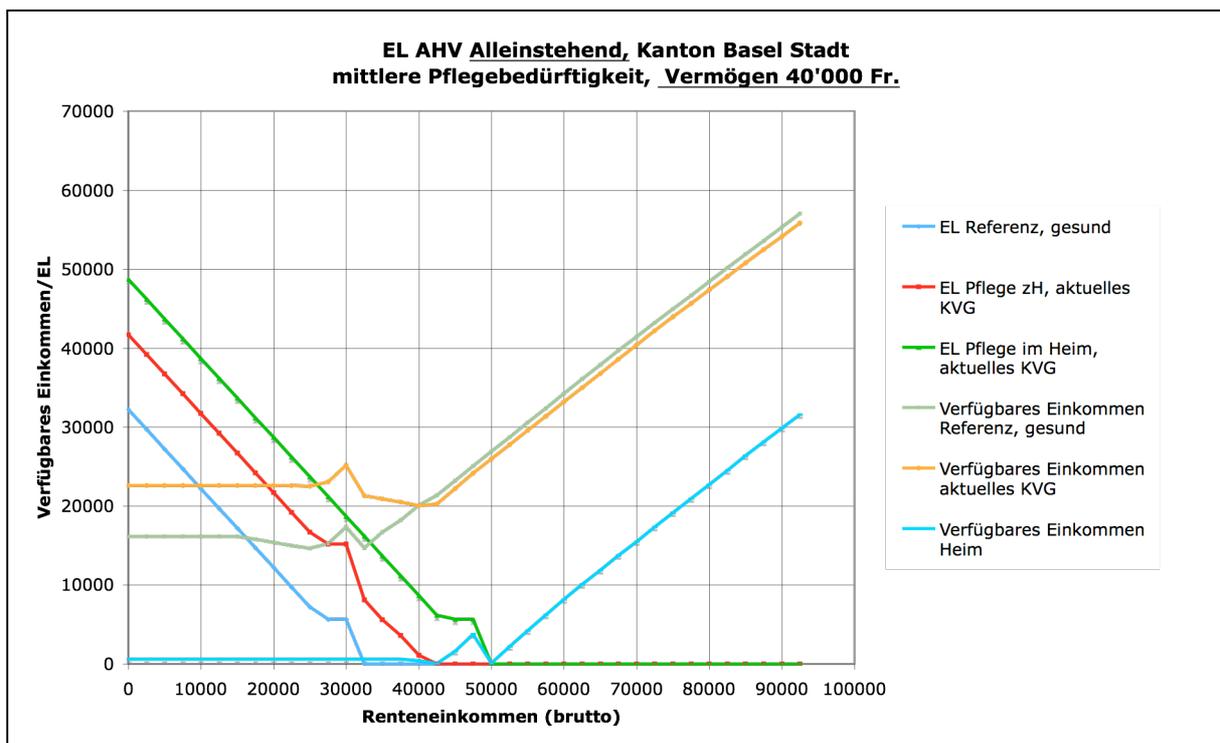
Bei einem Renteneinkommen von unter 30'000 Franken sind in Basel-Stadt Ergänzungsleistungen auch für gesunde Rentner/innen notwendig, um ein existenzsicherndes Einkommen nach den Ansätzen des ELG (Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf eines alleinstehenden Rentners im Jahr 2005: 17'640 Franken) zu gewährleisten. Zum Vergleich: Die Höhe der Maximalrente der AHV liegt im Jahr 2007 bei 26'520 Franken für Alleinstehende und bei 39'780 Franken für Ehepaare.

Im Falle der Pflege zu Hause übernehmen bei einem Einkommen unter der Anspruchsgrenze von 30'000 Franken die Ergänzungsleistungen vollständig die Ausgaben für die hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Die Leistungen für die Krankenpflege sind über die Krankenversicherung und Subventionen an die Spitex finanziert. Da die Hilflosenentschädigung nicht als Einkommen angerechnet wird, stehen der pflegebedürftigen Person diese Mittel zusätzlich zur Verfügung. Bei einem im Fallbeispiel vorausgesetzten Vermögen von 40'000 Franken spielt bei Alleinstehenden bereits der Vermögensverzehr, allerdings in geringem Ausmass.

Bei einem Einkommen knapp oberhalb von 30'000 Franken entfällt der Anspruch auf eine jährliche EL. Die die Einnahmen übersteigenden Krankheits- und Pflegekosten werden allerdings über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten durch die EL übernommen. Aufgrund der einsetzenden Steuern sinkt über eine gewisse Spanne das verfügbare Einkommen bei steigendem Renteneinkommen. Ab einem Einkommen von ca. 42'000 steigt dann das verfügbare Einkommen an, um bei einem «autonomen» Renteneinkommen von 45'000 Franken wieder das Niveau der EL-Beziehenden zu erreichen.

Ausserhalb der EL werden die zusätzlichen finanziellen Belastungen der pflegebedürftigen Person durch die Hauswirtschaftshilfe über die Hilflosenentschädigung und Steuerabzüge aufgrund der Krankheitskosten gegenüber einer gesunden Person im Rentenalter weitgehend kompensiert.

Grafik 2.1: Die Belastung pflegebedürftiger Personen (hier: alleinstehend) in der aktuellen Pflegefinanzierung



Im bestehenden System sind starke Anreize für die Pflege zu Hause gesetzt. Wird der Übergang in ein Pflegeheim notwendig, dann steigt die Grenze, bis zu der Ergänzungsleistungen zur Deckung der Ausgaben notwendig werden, auf 50'000 Franken an. Unterhalb dieser Grenze verbleiben nur 3'600 Franken im Jahr für persönliche Auslagen. Da bereits bei einem Vermögen von 40'000 Franken der Vermögensverzehr mit jährlich 3'000 Franken (für Heimbewohner) greift, bleiben als verfügbares Einkommen ohne Rückgriff auf das Vermögen noch 600 Franken. Oberhalb eines Einkommens von 50'000 Franken sind keine Ergänzungsleistungen notwendig. In diesem Bereich leistet die Hilflosenentschädigung einen kleinen Beitrag an den Pflegekosten. Der Abstand zwischen dem verfügbaren Einkommen eines pflegebedürftigen Rentner zu Hause und im Heim ist bei gleichem Renteneinkommen mit über 25'000 Franken sehr deutlich, auch wenn der allgemeine Lebensbedarf beim Wohnen zu Hause noch abgezogen werden muss.

2.3.2 Auswirkungen der Einführung einer Patientenbeteiligung an den Pflegekosten

Bei der Abschätzung der Auswirkungen der Einführung einer Patientenbeteiligung auf das verfügbare Einkommen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien müssen drei Einkommensbereiche unterschieden werden.

1. Pflegebedürftige mit einem niedrigen Einkommen und geringen Vermögen, die bereits im aktuellen System der Pflegefinanzierung einen Anspruch auf EL haben

Für Personen, die bereits heute eine jährliche (periodische) Ergänzungsleistung zur Sicherung ihres Lebensbedarfs erhalten, wird die Patientenbeteiligung weitgehend vom EL-System kompensiert werden. Im Bereich der ambulanten Pflege wird sie, um das Existenzminimum nach den EL Ansätzen zu sichern, im Rahmen der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten (wie bereits heute die hauswirtschaftliche Hilfe) übernommen werden. Dies gilt auch für Personen, die im bisherigen System der Pflegefinanzierung keine jährliche (periodische) EL bezogen, sondern nur einen Anspruch auf Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten hatten.

Im Bereich der stationären Pflege wurde die EL-Obergrenze für Heimbewohner aufgehoben. Den Kantonen steht es aber frei, die Kosten durch die Festlegung einer Obergrenze für Tagestaxen, die von der EL übernommen werden, zu steuern. Die Tagestaxen der Heime dürften durch die Einführung der Patientenbeteiligung, zumindest mit der Zeit, ansteigen. Es wird vom Verhältnis der Obergrenze zu dem kantonalen Spektrum der Heimtaxen abhängen, ob die Patientenbeteiligung kompensiert wird oder ob EL-beziehende Heimbewohner eine überdurchschnittliche Tagestaxe aus eigenen Mitteln tragen und letztlich vielleicht sogar zu einem Heimwechsel gezwungen werden. Eine gewisse Zahl von anerkannten Pflegeheimen sollte aber mit ihrer Tagestaxe unterhalb dieser Obergrenze liegen.

Für Pflegebedürftige und ihre Familien mit einer geringen Rente und einem niedrigen Vermögen unterhalb der Grenze der Vermögensfreibeträge werden sich die Verhältnisse bei Einführung einer Patientenbeteiligung dank der Ergänzungsleistungen nicht wesentlich ändern.

2. Pflegebedürftige und ihre Familien mit einem niedrigen Einkommen und Vermögen oder einem mittleren Einkommen (im aktuellen System der Pflegefinanzierung gerade knapp nicht auf EL-Bezüge angewiesen oder aufgrund ihres Vermögens nicht anspruchsberechtigt)

Bei Haushalten, deren Einkommen bisher gerade oberhalb der Anspruchsgrenze auf Ergänzungsleistungen lag, wird die Patientenbeteiligung zu einem Aufwandsüberschuss und damit zumindest einer

anteilmässigen Rückvergütung durch die EL führen. Im Bereich der Pflege zu Hause werden die Pflegebedürftigen und ihre Familien einen Teil der Patientenbeteiligung selbst tragen müssen. Ihre verfügbaren Einkommen sinken, werden aber durch die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten auf dem Niveau der Existenzsicherung nach EL-Ansätzen gehalten (respektive aufgrund der einsetzenden Steuerbelastung darunter).

In einigen Fällen wird aber sogar bei einem niedrigen Einkommen aufgrund des Besitzes von Wohneigentum (Beispiel: eine verwitwete Person im Eigenheim) auch bei einer steigenden Patientenbeteiligung kein EL-Anspruch entstehen und die entsprechende Mehrbelastung bis zur Höhe des anrechenbaren Vermögens (Differenz zwischen Vermögen und Vermögensfreibetrag) **voll** von den Pflegebedürftigen zu tragen sein. Ein Beispiel illustriert dies. Ein/e gesunde/r Alleinstehende/r im Eigenheim (Steuerwert 300'000 Franken, Hypothekenlast 100'000 Franken) mit einem Renteneinkommen aus erster und zweiter Säule in Höhe von 30'000 Franken und Vermögen von 20'000 Franken ist in Basel Stadt nicht auf Ergänzungsleistungen angewiesen. Wird er/sie pflegebedürftig, dann tragen im heutigen System die Krankenkassen und die Kantone, Gemeinden, AHV (durch ihre Subventionen an die Spitex) bis zu einer gewissen Stundenzahl die Pflegekosten. Bei Revision des KVG und Einführung einer Patientenbeteiligung entsteht aufgrund des Wohneigentums (sowohl bei einem Vermögensfreibetrag von 75'000 Franken wie auch von 112'500 Franken) selbst bei einer Patientenbeteiligung von 7'500 Franken (entspricht etwa 15 Prozent der vollen Kosten bei einer Stunde Pflege pro Tag) kein Anspruch auf EL und die Kosten müssen von der pflegebedürftigen Person vollständig selbst getragen werden. Bei einer Person mit einem Renteneinkommen von 30'000 Franken und Vermögen von 20'000 Franken, die zur Miete wohnt, übernehmen die Ergänzungsleistungen die Patientenbeteiligung.

Im stationären Bereich fallen die höheren Tagestaxen unter die anrechenbaren Ausgaben – bis zur kantonalen Obergrenze für Tagestaxen. Der Bezügerkreis dehnt sich leicht aus. Für die EL-Anspruchsberechtigten ohne grösseres Vermögen wird die Patientenbeteiligung praktisch vollständig kompensiert. Bei Vermögen tragen die Pflegebedürftigen in Heimen, die in der Nähe der bisherigen EL-Grenze (Tagestaxen ohne Patientenbeteiligung) für eine Anspruchsberechtigung lagen, im Rahmen des Vermögensverzehr die Patientenbeteiligung mit.

Die Frage des Vermögensverzehr wird in Kapitel 2.3.3 noch ausführlicher behandelt. **Es zeigt sich jedoch, dass auch bei mittleren Einkommen knapp oberhalb der bisherigen Grenze auf einen EL-Anspruch oder bei niedrigen Einkommen mit Vermögen oder Wohneigentum rasch ein grosser Teil der Patientenbeteiligung selbst zu tragen ist – in der gleichen Höhe wie von weitaus reicheren Haushalten.**

3. Pflegebedürftige und ihre Familien mit mittlerem und höherem Einkommen

Das Einkommen, ab dem die Patientenbeteiligung vollständig und in Folge dann trotz steigenden Einkommens und Vermögens weitgehend einkommens- und vermögensunabhängig zu tragen ist, hängt bei der ambulanten Pflege von den kantonalen Krankenkassenprämien, Mietkostenniveau und Höhe der eingeführten Patientenbeteiligung ab. Das Grenzeinkommen liegt aber je nach Pflegebedürftigkeit und Notwendigkeit einer hauswirtschaftlichen Unterstützung erstaunlich niedrig. Der Einkommensanteil der Krankheits- und Pflegekosten ist bei diesem Einkommen sehr hoch und sinkt erst mit steigenden Einkommen auf eine Grössenordnung von unter 15%. Diese Grenzen und Verhältnisse müssen für jeden Kanton einzeln bestimmt werden. Zum Teil trägt die (wiederum einkommensunabhängige) Hilflo-senentschädigung die Belastung, zum Teil wird sie auch durch Abzüge der Krankheitskosten bei den Steuern ausgeglichen (wobei dort Haushalte mit höheren Einkommen stärker entlastet werden).

2.3.3 Simulationen und grafische Auswertungen

Die angesprochenen Auswirkungen werden in Grafik 2.2 für das gleiche Fallbeispiel wie in Grafik 2.1 verdeutlicht: alleinstehende Rentnerin, in mittlerem Ausmass pflegebedürftig, Miete 900 Franken monatlich (inkl. Nebenkosten), 40'000 Franken Vermögen, eine Stunde Pflege täglich, zusätzliche hauswirtschaftliche Leistungen in Höhe von 9'500 Franken jährlich über die Spitex. Um das Wechselspiel mit dem Prämienverbilligungssystem und den Steuern besser zu erfassen, wird eine andere Darstellung gewählt. Die Grafik 2.2 gibt das gesamten Einkommen eines Haushaltes nach Erhalt der Sozialtransfers wie Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligungen und noch vor Abzug der Steuern und anderer Ausgaben in Abhängigkeit von seinem Renteneinkommen aus erster und zweiter Säule bei einem konstanten Vermögen von 40'000 Franken wieder. Zusätzlich verfügt der Haushalt noch über die Hilflosenentschädigung, die in die Grafik nicht aufgenommen wurde, da sie zum Teil für Zusatzkosten verwendet werden, die sehr individuell anfallen.

Die Grafik 2.2 schlüsselt das gesamte Einkommen nach verschiedenen Ausgabenbereichen auf. Die Höhe einer Schicht, beispielsweise die rote (dunkel- und hellrot), bezeichnet dabei die durchschnittlichen Ausgaben für die Krankenkassenprämie im Kanton Basel, die gelbe Schicht (dunkel- und hellgelb) die Wohnungsmiete in Höhe von jährlich 10'800 Franken, usw. Die dunklere Fläche kennzeichnet jeweils den Beitrag der EL (inklusive Prämienverbilligung) zur Existenzsicherung.

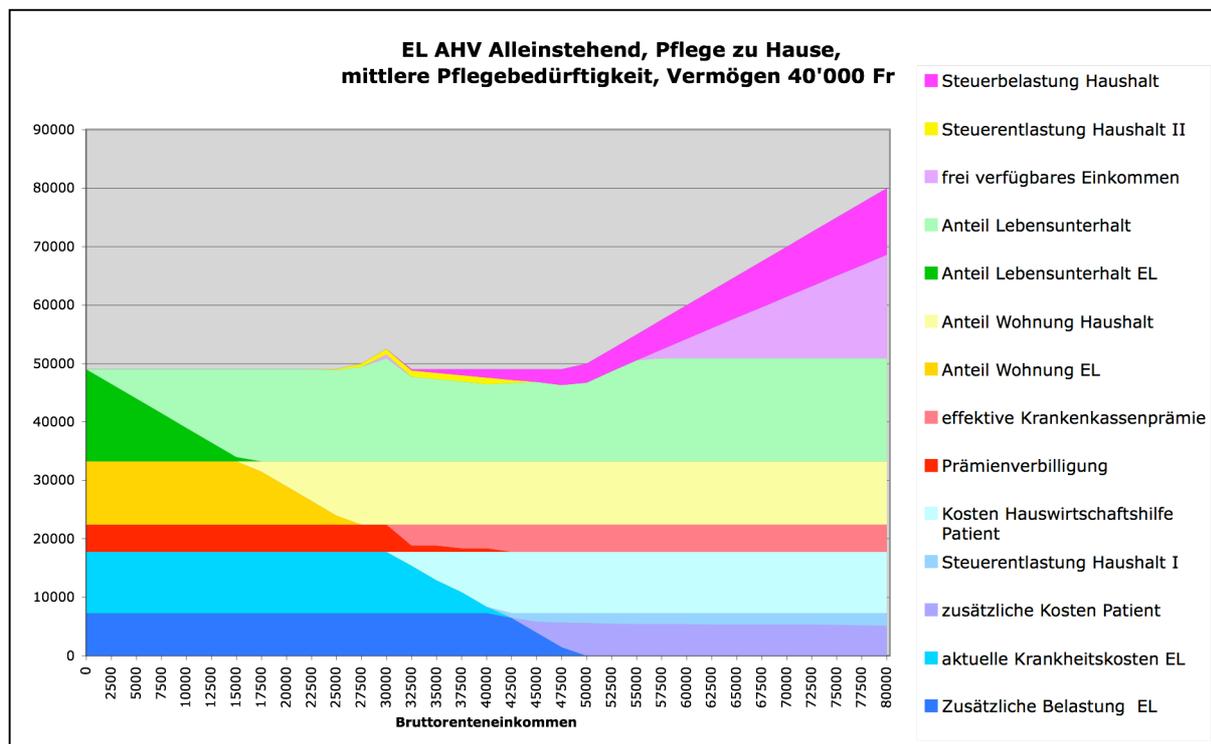
Ein Lesebeispiel (von unten nach oben in der Grafik) für drei verschiedene Einkommen:

Bei einem **Bruttorenteneinkommen von 15'000 Franken** eines/r alleinstehenden Rentners/Rentnerin übernimmt die EL die Patientenbeteiligung an der Pflege, die Hauswirtschaftshilfe, die Krankenkassenprämien, die Wohnungsmiete. Das eigene Einkommen «reicht» knapp zur Deckung des allgemeinen Lebensbedarfs (hellgrüne Fläche).

Bei einem **Renteneinkommen von 42'500 Franken** übernehmen die EL im Rahmen der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten einen Teil dieser Kosten, den anderen tragen die Haushalte selbst. Ebenso kommen die Ergänzungsleistungen für die Krankenkassenprämien, Miete und einen Teil des Lebensunterhalts auf. Ein Einkommen von 42'500 liegt gerade an der Grenze für eine Anspruchsbeziehung auf Prämienverbilligungen. Durch die einsetzenden Steuern (dunkelviolette Fläche) haben diese Haushalte sogar letztlich weniger Geld für den allgemeinen Lebensbedarf (hellgrün) als die EL-Ansätze.

Bei einem **Einkommen von 70'000 Franken** tragen die Haushalte alle Kosten selbst. Doch sinkt bei Einführung einer Patientenbeteiligung die Steuerlast, so dass ein Teil der Zusatzlast (unterste beiden Schichten rechts) durch Steuererleichterungen (zweitunterste mittelblaue Fläche) kompensiert wird. Bei einer Patientenbeteiligung von 7'300 Franken an den Pflegekosten werden immerhin bis zu 2'000 Franken geringere Steuern fällig.

Grafik 2.2: Die Belastung pflegebedürftiger Haushalte (alleinstehend, Miete) bei Einführung einer Patientenbeteiligung



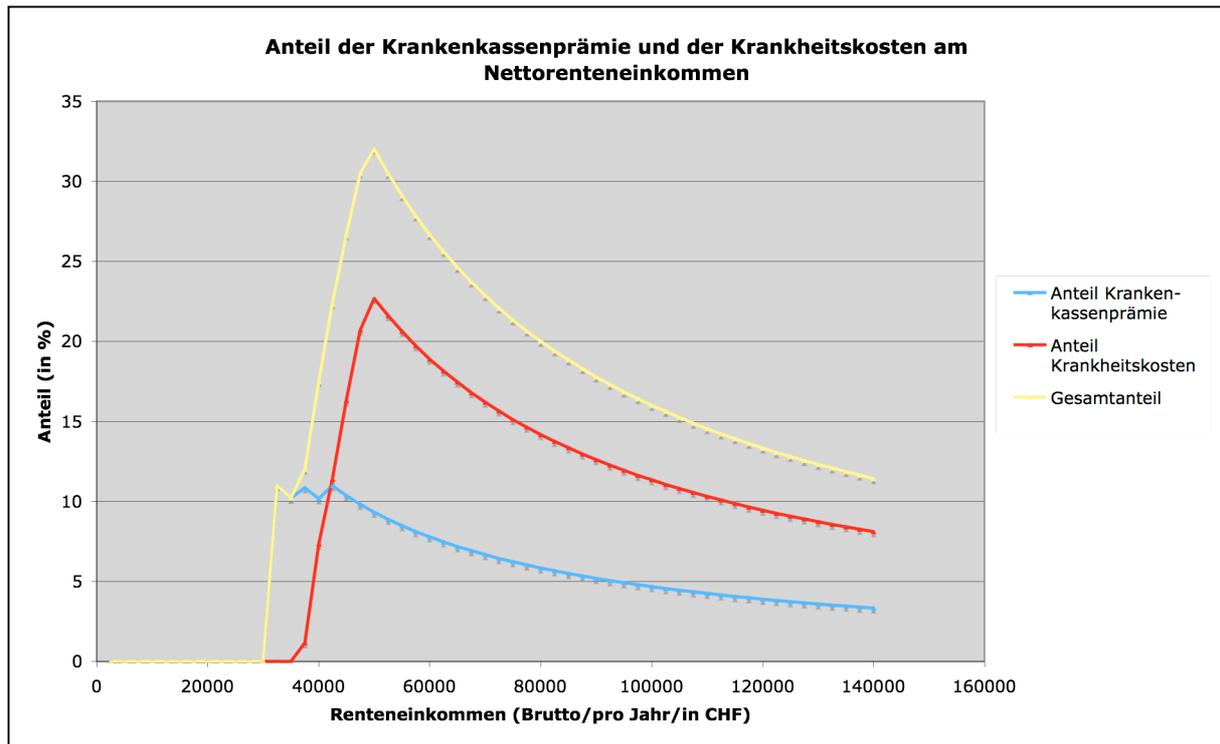
Grafik 2.2 illustriert **verschiedene Wechselwirkungen**: Zum einen erreichen Alleinstehende in den genannten Vermögensverhältnissen (40'000 Franken Vermögen) erst bei einem Einkommen von 55'000 Franken wieder das Einkommensniveau (nach Abzug der Steuern) der EL-Beziehenden mit niedrigerem eigenen Renteneinkommen. Zwischen einem Bruttorenteneinkommen von 32'500 bis 55'000 Franken liegt es aufgrund der Steuern sogar darunter. **Erst oberhalb von 55'000 Franken** haben die Haushalte wieder **ein frei verfügbares Einkommen** (hell-violette Fläche), **welches über den Ansätzen der EL für den allgemeinen Lebensbedarf liegt**.

Die **Krankenkassenprämien** werden für EL-Bezüger vollständig übernommen (dunkelrot). Doch jenseits der Anspruchsberechtigung auf jährliche (periodische) Ergänzungsleistungen fallen die Prämienverbilligungen im Stufensystem von Basel Stadt sofort auf die zweitunterste Stufe und laufen rasch aus. Gleichzeitig setzen in diesem Bereich die Steuern ein.

Die EL fangen die Patientenbeteiligung für die unteren Einkommen wirkungsvoll ab. **Im Mittelstand hingegen fallen sie jedoch weitgehend einkommensunabhängig an, gemildert durch Steuerabzüge**. Die resultierende Steuerreduktion beträgt bei einer Patientenbeteiligung von 7'300 Franken bis zu 2'100 Franken (Alleinstehend) und steigen zunächst sogar mit zunehmendem Einkommen leicht an. Zu den Kosten für die EL kommen (im Verhältnis zu den gesparten Kosten in der Pflegefinanzierung) nicht unerhebliche Steuereinsparungen für Kantone, Gemeinden und den Bund.

Grafik 2.3 zeigt die starke Belastung der mittleren Einkommen (Gesamtanteil der Krankenkassenprämien und Krankheitskosten (Spitex-Pflege und -Hauswirtschaft) von über 30% am eigenen Bruttorenteneinkommen), sowohl bei den Krankenkassenprämien als auch bei den Pflegekosten. Das Maximum liegt genau an der Grenze zu den EL-Beziehenden. Die Hilflosenentschädigung zur Entlastung der pflegebedürftigen wurde bei den Berechnungen des privat zu finanzierenden Eigenanteils an den Pflege- und Betreuungskosten bereits vollständig einbezogen.

Grafik 2.3: Die Belastung pflegebedürftiger Haushalte (alleinstehend, mittlere Pflegebedürftigkeit, Pflege zu Hause) als Anteil am Bruttorenteneinkommen pro Jahr



Nimmt man die in Grafik 2.2 aufgezeigte Problematik eines rückläufigen verfügbaren Einkommens über einen weiten Einkommensbereich hinzu, zeigen sich die **Grenzen des an sich leistungsfähigen Ergänzungsleistungssystems bei der Pflegefinanzierung**. Je höher die Patientenbeteiligungen ausfallen, desto stärker diese Effekte. Eine geringere Belastung des Mittelstands lässt sich nur über eine Begrenzung der Patientenbeteiligung, höhere direkte Subventionen oder eine Anhebung der Hilflosenentschädigung erreichen. Eine **obligatorische Pflegeversicherung** könnte mit einer stärkeren Übernahme von Pflege- und Betreuungskosten diese maximalen Belastungen ebenfalls mildern (siehe Kapitel 3).

2.3.4 Vermögensverzehr und -freibeträge im Rahmen der Ergänzungsleistungen

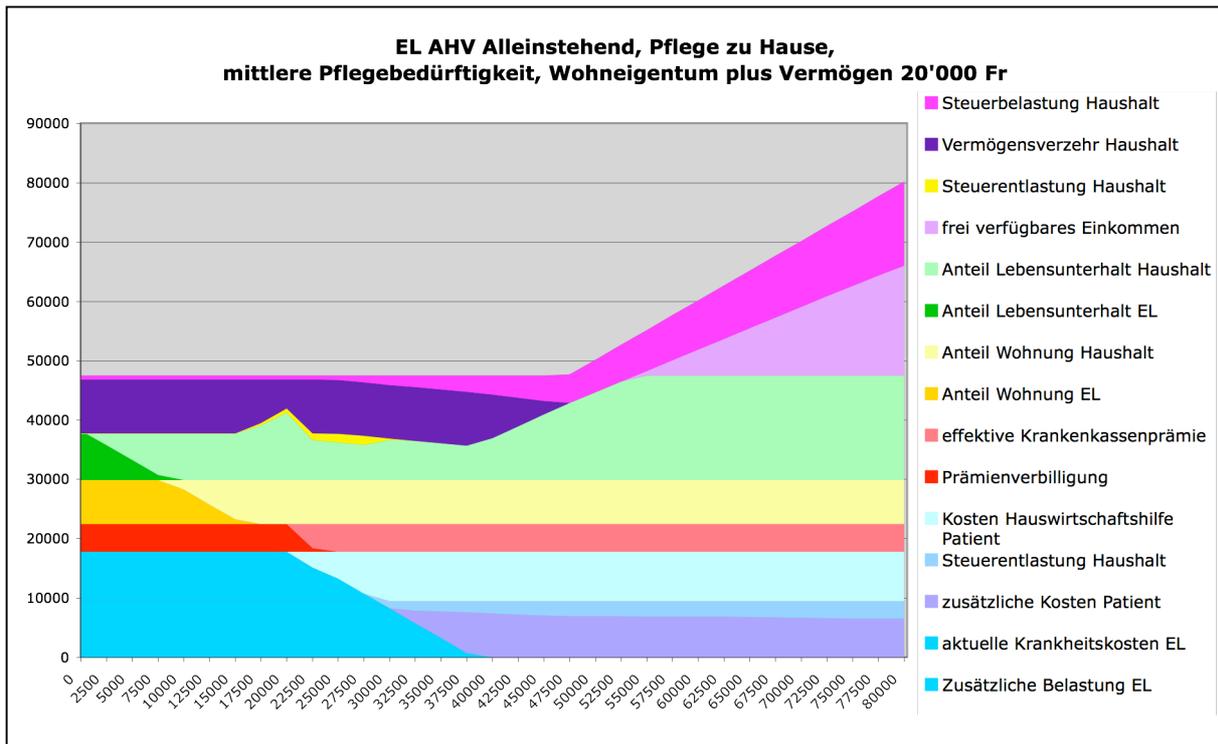
Die Problematik des Vermögensverzehr wurde in den vergangenen Abschnitten bereits angesprochen. Im Rahmen der NFA Ausführungsgesetzgebung wurde bei der **Totalrevision des ELG** der Vermögensfreibetrag für selbstbewohntes Wohneigentum um 50 Prozent auf 112'500 Franken angehoben.

Das in Abschnitt 2.3.2 skizzierte Beispiel einer verwitweten Person in einem Eigenheim im Kanton Basel-Stadt (Steuerwert 300'000 Franken, Hypothekenlast 100'000 Franken, zusätzlich Vermögen von 20'000 Franken) mit einer Rente von 30'000 Franken zeigt, dass auch die Anhebung des Vermögensfreibetrags auf 112'500 Franken die grundlegende Problematik nicht löst. Ist die Person gesund, ist sie nicht auf Ergänzungsleistungen angewiesen. Bei eintretender Pflegebedürftigkeit zu Hause muss sie auch beim erhöhten Vermögensfreibetrag bis zu einem zulässigen Vermögensverzehr von 8'250 Franken die Kosten für die Patientenbeteiligung voll tragen. Hätte sie kein flüssiges Vermögen, müsste sie eine Hypothek auf das Wohneigentum aufnehmen.

Eine Person mit einem Renteneinkommen von 30'000 Franken und einem Vermögen von 20'000 Franken, die zur Miete wohnt, muss die neue Patientenbeteiligung hingegen nicht tragen. Sie wird im Rahmen der Ergänzungsleistungen übernommen.

Grafik 2.4 zeigt das Ausmass des Vermögensverzehr, welchen ein Haushalt realisieren muss, um den Lebensbedarf nach den EL-Ansätzen (17'640 Franken im Jahr 2004) sicherzustellen. Die Höhe der dunkelvioletter, zweitobersten Schicht) repräsentiert den notwendigen Vermögensverzehr von jährlich 8'250 Franken.

Grafik 2.4: Der Vermögensverzehr bei Wohneigentum (Basel-Stadt, Steuerwert 300'000 CHF, Hypotheken 200'000 CHF, Vermögen 20'000 CHF)



Je stärker die Ergänzungsleistungen an die Stelle einer eigentlichen Pflegeversicherung treten, desto problematischer wird es, eine vernünftige Lösung für den Vermögensverzehr zu finden. Ursprünglich dienten die Ergänzungsleistungen hauptsächlich dazu, eine nicht existenzsichernde Altersrente auf ein Existenzminimum für Krankenkassenprämien, Miete und Grundbedarf anzuheben. Zu diesem Zweck scheint ein Vermögensverzehr bis hinunter zu einem recht geringen Vermögensfreibetrag gerechtfertigt, denn das Vermögen hätte alternativ zum Aufbau einer erweiterten Altersvorsorge eingesetzt werden können.

Langzeitpflege ist ein finanzielles Grossrisiko, welches privat gar nicht leicht abgesichert werden kann. Sie gilt (siehe Botschaft des Bundesrates) zunehmend auch als strukturelles Problem und unverschuldetes Lebensrisiko. Je stärker die Gesellschaft dieses Risiko nun aber bedarfsorientiert absichert, desto bedeutender wird die Rolle des Vermögensverzehr. Ist es wirklich gerechtfertigt, dass –aufgrund der Grösse des finanziellen Risikos auch durchaus ansehnliche– Vermögen rasch auf einen Betrag von 25'000 respektive 40'000 Franken reduziert werden, um ein unverschuldetes Lebensrisiko abzudecken? Es sind auch Vermögen von Haushalten mit einem mittleren Renteneinkommen, bei denen das Ausmass der Vererbung zwischen Generationen eher gering ist. Ist es ausgewogen, dass die Erbschaftssteuer für direkte Erben in den Kantonen weitgehend abgeschafft wurde, nun aber zur Entlastung der Kranken-

kassen und der öffentlichen Hand die privaten Anteile an der Langzeitpflege weiter erhöht werden? **Dieser Ausbau ist für viele Haushalte des Mittelstandes mit einem Vermögensverzehr verbunden**, welcher die Erbschaften für Schichten verringert, die anteilmässig eher weniger an ihre direkten Nachkommen zu vererben haben. **Sie zahlen also für ein unverschuldetes Risiko mit einer «vorgezogenen Erbschaftssteuer»**, denn höhere Vermögensfreibeträge werden häufig mit dem Argument des unerwünschten Erbenschutzes, welcher die öffentliche Hand oder (über höhere Prämien) die «Gemeinschaft der Krankenversicherten» belastet, abgelehnt.

Die Problematik des Vermögensverzehrs kann an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Ihre Klärung braucht aber eine gewisse Sorgfalt, denn eine **einseitige** Anhebung der Vermögensfreibeträge für selbstbewohntes Wohneigentum wird noch **stärkere Ungleichheiten zwischen verschiedenen Vermögensformen** bringen. Aus Sicht der Erben pflegebedürftiger Eltern liegen bereits heute aufgrund der Differenz zwischen Steuerwert und Verkehrswert und wegen des zusätzlichen höheren Vermögensfreibetrags erhebliche Vorteile beim selbstbewohnten Wohneigentum. Sein Wert wird zweifach reduziert, bevor er mit Geldvermögen oder Wertanlagen verglichen wird: zunächst die Differenz zwischen Verkehrswert und Steuerwert, dann noch der Abzug von 112'500 Franken. Dann erst wird mit diesem verbleibenden Wert über die Differenz zu den Vermögensfreibeträgen von 25'000 Franken (Alleinstehend) und 40'000 Franken (Ehepaare) der Vermögensverzehr bestimmt. Ein selbstbewohntes Eigenheim (alleinstehende Witwe) mit einem Verkehrswert von 500'000 Franken und einem Steuerwert von 300'000 Franken führt bei einer Hypothekenlast von 100'000 Franken und dem neuen Vermögensfreibetrag von 112'500 Franken zu einem jährlichen maximalen Vermögensverzehr von 6'250 Franken bei der Pflege zu Hause. Geldvermögen in Höhe von 87'500 Franken führt zu dem gleichen Vermögensverzehr. Bereits ein Vermögen von 150'000 Franken ist mit einem doppelt so hohen Vermögensverzehr von 12'500 Franken verbunden.

2.3.5 Sonderregelung der Akut- und Übergangspflege

Bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung wird meistens nur von den Pflegebedürftigen über 65 Jahren gesprochen. 20 Prozent der Spitex- PatientInnen haben jedoch das Rentenalter noch nicht erreicht. Ungefähr ein **Sechstel der Stunden der Spitex für Pflegeleistungen gehen an unter 65 Jährige**. Bei Einführung einer Patientenbeteiligung verschlechtert sich ihre Situation, denn kompensierende Leistungen wie Ergänzungsleistungen zur AHV/IV stehen ihnen oft noch nicht zu oder sind wie die **Hilflosenentschädigung** mit einer **Karenzfrist von einem Jahr** verbunden. Die Entlastung durch die Hilflosenentschädigung wird auch nicht wirksam, wenn unabhängig vom Alter direkt im Anschluss an einen akuten Spitalaufenthalt ein hoher Pflegebedarf entsteht.

Von verschiedenen Seiten wird, auch mit Blick auf die Neuregelung der Spitalfinanzierung und die Einführung von Fallpauschalen, die Forderung nach einer **vollen Kostenübernahme der Akut- und Übergangspflege** erhoben. Die **rehabilitative Pflege** und **palliative Pflege** sollte ambulant und in Pflegeheimen möglich sein, um unnötige Hospitalisationen zu vermeiden. **Der Ständerat hat sich jedoch zunächst gegen eine Sonderregelung entschieden.**

Eine Mehrbelastung der Krankenversicherer in Höhe von 300 Mio. Franken, zusammengesetzt aus Mengenausweitung und Preiseffekten, wurde als Argument gegen eine besondere Kostenregelung für die Akut- und Übergangspflege vorgebracht. Doch die Abschätzungen der Krankenversicherer, die zum Teil auch in Papieren der Verwaltung zitiert werden, sind nicht nachzuvollziehen. Zudem wurden mögliche Entlastungseffekte nicht gegen gerechnet. An dieser Stelle fehlen genauere, allgemein anerkannte Abschätzungen.

Darüber hinaus gilt auch hier, dass die Mehrkosten der Krankenversicherer für eine Sonderregelung der Akut- und Übergangspflege bei der Festlegung ihres (prozentualen) Anteils an den vollen Pflegekosten kompensiert und von den Kantonen und im Rahmen der Festlegung der Patientenbeteiligung auch den Pflegebedürftigen mitgetragen werden können. Sie könnten auch über die Krankenkassenprämien finanziert werden. Die starke Belastung des Mittelstandes durch die Krankenkassenprämien ist auch eine Folge der Ausgestaltung und finanziellen Ausstattung des Prämienverbilligungssystems und kann nicht unbedenken als Argument gegen «Investitionen» in effiziente, barrierefreie Versorgungswege und gegen Zusatzkosten vorgebracht werden.

Mögliche Ansätze für die Abgrenzung der Akut- und Übergangspflege könnte neben der Notwendigkeit einer ärztlichen Anordnung, die innerhalb von einem oder zwei Monaten erneuert werden muss, auch ein **Katalog mit verschiedenen Kriterien** sein, unter anderem die volle Kostenübernahme in **direkter Folge eines Spitalaufenthaltes** oder in anderen Fällen verbunden mit einer **fünf- bis zehntägigen Karenzfrist**, innerhalb derer die Patientenbeteiligung anfällt. Der beste Schutz gegen eine Überlastung der privaten Haushalte ist zudem eine gesetzlich festgelegte Begrenzung der Patientenbeteiligung.

Die Rolle der **Hilflosenentschädigung** und damit auch der Zweck der Karenzfrist von einem Jahr muss nochmals genauer geprüft werden. Sie wird im Rahmen der Ergänzungsleistungen für Personen, die zu Hause gepflegt werden, nicht angerechnet, bei Heimbewohnern jedoch häufig in die Finanzierung der Pflege einbezogen. Unklar ist, in wie fern sie der Kompensation von zusätzlichen Belastungen jenseits der Hauswirtschaft und Pflege, z.B. für den erhöhten Aufwand für die Teilhabe am sozialen Leben dient oder in wie fern die Hilflosenentschädigung bei Einführung einer Patientenbeteiligung ein kollektiver Beitrag der Altersvorsorge (AHV) zur Bewältigung des Pflegerisikos sein soll, ein Beitrag einer zweiten Sozialversicherung zu einem strukturellen Risiko und damit viel stärker auf den engeren Bereich der Pflege ausgerichtet. **Die Karenzfrist von 12 Monaten müsste auf die Höhe der Patientenbeteiligung abgestimmt und gegebenenfalls verkürzt werden.**

3 □ Politische Vorschläge zur Einführung einer obligatorischen oder privaten Pflegeversicherung

3.1 Einführung einer obligatorischen 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 intensivere 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 steigen oder das Angebot an informeller Pflege sinken wird.

Die Diskussion einer obligatorischen Pflegeversicherung gibt Raum für die Frage nach einem sinnvollen Leistungskatalog, zum Beispiel für die «Betreuung» als eigenständige Dienstleistung neben der Grundpflege, für die Unterstützung pflegender Angehöriger, etc. Offen bleibt, ob man zu diesem Zweck eine weitere Sozialversicherung einführen muss, mit neuen Schnittstellenproblemen zum KVG und zur AHV/IV.

Kapitel 3.1 gibt einen Überblick über zentrale Variablen für die Ausgestaltung einer separaten obligatorischen Pflegeversicherung oder den Ausbau der Krankenversicherung und eine erste Abschätzung über das notwendige Prämienvolumen und eine mögliche Prämiengestaltung.

Es untersucht damit indirekt Grundvoraussetzungen für eine Umsetzung eines politischen Diskussionsbeitrags von Stéphane Rossini, der eine Ausweitung und Professionalisierung von Langzeitpflege- und Betreuungsleistungen im Rahmen der bestehenden obligatorischen Krankenversicherung fordert. Sein Vorschlag regt die Beschränkung der Beitragspflicht für die Zusatzfinanzierung der erweiterten Pflege- und Betreuungsleistungen auf bestimmte Altersgruppen, zum Beispiel zwischen 50 und 65 Jahren an. Dadurch soll verhindert werden, dass Familien und Rentner stärker belastet werden. Stéphane Rossini fordert eine Prämiengestaltung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Haushalte. Weiterhin sollen die Prämien wie die Beiträge zur AHV von den Steuern abzugsfähig sein.

Erweiterung des heutigen Leistungskatalogs zu einer umfassenden Pflegeversicherung

Die Pflegeleistungen der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) werden in Art. 7 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)) definiert. Es werden, unter genau definierten Voraussetzungen, die Kosten von Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen) übernommen. Die anerkannten Leistungen umfassen die Abklärung, Beratung, Massnahmen der Behandlungs- und der Grundpflege, auch der psychiatrischen oder psychogeriatrischen Grundpflege.

Eigentliche Betreuungsleistungen, sei es im Heim, in Tagesstrukturen oder der eigenen Wohnung werden nicht übernommen. Sie werden einerseits von den Haushalten selbst getragen, andererseits durch die direkten Subventionen der Kantone und (vor dem NFA) der AHV mitfinanziert. Darüber hinaus werden sie durch die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten und die bedarfsorientierte Finanzierung von Heimaufhalten im Rahmen der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV mitgetragen. Einen wichtigen Beitrag leistet auch die Hilflosenentschädigung der AHV/IV.

Erleichtert die Zusammenfassung der Betreuungsleistungen in einer obligatorischen Sozialversicherung eine zukunftsorientierte Ausgestaltung, die zum Beispiel auch dezentrale Pflege in Alters«siedlungen» oder die Unterstützung pflegender Angehöriger umfasst?

Grobstrukturen eines Modells einer obligatorischen Pflegeversicherung für die Schweiz

Erste Abschätzungen einer möglichen Form einer obligatorischen Pflegeversicherung in der Schweiz und ihre finanziellen Auswirkungen wurden im Rahmen der Modellberechnungen zur vollen Umsetzung des KVG, zur Finanzierung der Pflege über eine Erbschaftssteuer und der Einführung einer Patientenbeteiligung bei reduzierter Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung (Modell Bundesrat/Ständerat) vorgenommen. Sie musste sich auf zwei grobe Varianten beschränken, denn wichtige politische Entscheide müssten zunächst gefällt werden.

In der Skizze einer obligatorischen Pflegeversicherung für die Schweiz werden die Pflegeleistungen der Krankenversicherung im Bereich der Langzeitpflege herüber genommen. Die Kostenanteile für die Pflege der unter 65jährigen werden nicht abgegrenzt. Die Frage nach der Übernahme der Kosten für die Akutpflege, zum Beispiel im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, wird nicht berücksichtigt. Es werden zwei Varianten unterschieden. In Variante A) sind die Betreuungsleistungen der obligatorischen Pflegeversicherung stark begrenzt. Im Gegensatz zu den aktuellen Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung übernimmt sie jedoch zusätzlich zu den Vollkosten der Grund- und Behandlungspflege Betreuungsleistungen in Höhe von 1'000 Mio. Franken. Variante B) führt zusätzlich noch eine Vergü-

tung für pflegende Angehörige in Höhe von 800 Mio. Franken ein. Sollen auch Anteile an den «Pensionskosten» in Pflegeheimen zur Entlastung des Mittelstands übernommen werden, würden die Ausgaben stark ansteigen.

Tabelle 3.1 gibt eine erste Abschätzung des notwendigen Finanzvolumens einer obligatorischen Pflegeversicherung. Die Kosten für die Verwaltung einer eigenständigen Pflegeversicherung und für Anreize zur Mengenausdehnung bei einer Leistungsausweitung wurden mit 8 Prozent der Gesamtausgaben angesetzt. Auch ohne die Berücksichtigung von Pensionskosten in Pflegeheimen ergibt sich ein Ausgabevolumen der obligatorischen Pflegeversicherung von 5 bis 6 Mia. Franken.

Tabelle 3.1: Abschätzung des Ausgabevolumens einer obligatorischen Pflegeversicherung

Ausgaben Referenz 2004	Variante A		Variante B	
	in Mio. CHF	Anteil	in Mio. CHF	Anteil
Pflege Spitex	576.0	11.5%	576.0	9.7%
Pflege Pflegeheim	2'622.0	52.5%	2'622.0	44.1%
Betreuungskosten (institutionelle Angebote)	1'000.0	20.0%	1'000.0	16.8%
Betreuung durch Angehörige	0.0	0.0%	800.0	13.4%
Moral Hazard	399.8	8.0%	476.0	8.0%
Verwaltungskosten	399.8	8.0%	476.0	8.0%
Total	4'997.6	100.0%	5'950.0	100.0%

Welche Einnahmen stehen diesen Ausgaben heute bereits gegenüber und welcher Anteil müsste aus neuen Finanzierungsquellen erschlossen werden?

Tabelle 3.2: Abschätzung der Aufteilung der Kosten auf verschiedene Finanzträger

Einnahmen Referenz 2004	Variante 4.A		Variante 4.B	
	in Mio. CHF	Anteil	in Mio. CHF	Anteil
Pflegeversicherung	3'997.6	80.0%	4'950.0	83.2%
Kanton und Gemeinden	1'000.0	20.0%	1'000.0	16.8%
Selbstbehalt	0.0	0.0%	0.0	0.0%
Total	4'997.6	100.0%	5'950.0	100.0%

Nicht alle direkten Subventionen der Kantone und Gemeinden, die in der Spitex-Statistik und der Statistik zu den Kosten der stationären Langzeitpflege aufgeführt sind, sind für die Pflege und Betreuung. Zum Teil decken sie auch Hotellerie-, Verpflegungs- und Infrastrukturkosten. In wie weit die Subventio-

nen vollständig an eine obligatorische Pflegeversicherung übertragen werden, ist eine politische Entscheidung. Aus diesem Grund werden nicht die gesamten bisherigen direkten Subventionen von Kantonen, Gemeinden und AHV in die Pflegeversicherung herüber genommen, sondern ein Betrag von 1'000 Mio. Franken angesetzt. Auch nicht berücksichtigt wird die Entlastung bei den Ergänzungsleistungen, die ebenfalls in eine Pflegeversicherung fließen könnte. Die Möglichkeit der Einführung eines Selbstbehaltes wurde unter den Einnahmen aufgeführt, aber nicht ausgeschöpft.

Das notwendige Prämienvolumen liegt damit zwischen 4 und 5 Mia. Franken, wenn die Kantone und Gemeinden Subventionen in Höhe von 1 Mia. Franken an die Pflegeversicherung übertragen. Die notwendige Höhe der Pflegeprämie wurde für drei verschiedene beitragspflichtige Altersgruppen berechnet: Beitragspflichtige über 50 Jahre, über 55 Jahre und nur zwischen 50 und 65 Jahren.

Tabelle 3.3: Anzahl Versicherte nach Altersgruppen Referenzjahr 2004

Alter	0-18	19-25	26-50	50-55	55-65	über 65	Total
Versicherte	1'535'695	618'684	2'799'628	485'705	854'176	1'117'847	7'411'735
Grenze 50	4'954'007			2'457'728			
Grenze 55	5'439'712				1'972'023		
Gruppe 55-65	4'954'007			1'339'881		1'117'847	

Der Kreis der Beitragspflichtigen sinkt von 2.5 Mio. über 2 Mio. auf 1.3 Mio. Dementsprechend steigt die zur Finanzierung notwendige Kopfprämie stark an. Sie liegt bei Variante A) zwischen monatlich 136 und 249 Franken und bei Variante B) zwischen 168 und 308 Franken. Jede weitere Milliarde Franken, die für die Finanzierung der Pflegeversicherung generiert werden muss, erfordert eine Prämienhöhung zwischen monatlich 34 und 62 Franken (siehe Tabelle unten). Die Altersgrenze hat also einen entscheidenden Einfluss auf die Prämienhöhe (fast eine Verdoppelung). Zentral ist auch, ob eine solche Pflegeversicherung auf national einheitlicher Basis eingeführt wird, oder die Prämien innerhalb der einzelnen Kantone festgelegt werden. Studien zeigen extreme Unterschiede in den kantonalen Kostenstrukturen, der Nachfrage und institutionellen Ausgestaltung der Pflege.

Tabelle 3.3: Durchschnitts-Pflegeprämien Referenzjahr 2004

Pflegeprämie	Variante 4.A		Variante 4.B		plus jede weitere Mia. CHF Prämienvolumen	
	Jahresprämie in CHF	Monatsprämie in CHF	Jahresprämie in CHF	Monatsprämie in CHF	Jahresprämie in CHF	Monatsprämie in CHF
Referenz 2004						
Grenze 50	1627	136	2014	168	407	34
Grenze 55	2027	169	2510	209	507	42
50-65	2984	249	3694	308	746	62

Die obligatorische Krankenversicherung wird um die bisherigen Nettoleistungen für die Spitex und Pflegeheime in Höhe von 1'650 Mio. Franken entlastet. Pro Kopf bedeutet dies eine durchschnittliche Entlastung von 223 Franken im Jahr, d.h. monatlich 18.60 Franken. Entscheidet man sich nur für eine Sen-

kung der Erwachsenenprämien, dann sinken die Durchschnittsprämien der Erwachsenen um jährlich 314 Franken, d.h. 26 Franken monatlich.

Ob diese Reduktionen wirklich die individuellen Haushalte erreichen, ist fraglich. Die Höhe der Pflegekopfprämien erfordert eine Ausweitung des Prämienverbilligungssystems.

Bei 182'662 EL-Bezügern über 50 Jahren müssten zur Sicherung des anerkannten Grundbedarfs (bei Wohnen zu Hause) und der persönlichen Auslagen (im Heim) die gesamten Pflegeprämien erstattet werden. Bei einer Altersgrenze 50 der Beitragspflicht führt dies zu Ausgaben zwischen 300 und 475 Mio. Franken (Variante A und B). Aber auch im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung müssen einkommensschwächere Haushalte entlastet werden. Zieht man die EL-Bezüger/innen ab, bleiben noch 390'691 Prämienverbilligungsbeziehende über 50 Jahre. Finanziert man ihnen nur ein Drittel der zusätzlichen Pflegeprämie, dann entstehen weitere Kosten für das Prämienverbilligungssystem in Höhe von 211 Mio. Franken. Und diese Schätzung ist in allen Annahmen sehr tief gegriffen. Voraussichtlich wird die **Senkung der durchschnittlichen Krankenkassenprämien daher nicht an die Prämienverbilligungsbezüger weitergegeben, sondern zur Entlastung der ursprünglichen Prämienverbilligung und damit letztlich zur Kompensation der neuen Ausgaben verwandt. Von der Prämienentlastung der obligatorischen Krankenversicherung profitieren letztlich dann die besser verdienenden Haushalte unter 50 Jahren.**

Zukünftige Finanzierung

Die Wachstumsdynamik einer obligatorischen Pflegeversicherung wird stark von der zukünftigen Rolle der informellen Pflege und den institutionellen Strukturen der Pflege abhängen. Die Finanzierungsrisiken bündeln sich per Konstruktion in dieser einen Sozialversicherung, so dass sich das notwendige Prämienvolumen bis ins Jahr 2030 verdoppelt bis verdreifacht. Eine Begrenzung dieses Pflege-Prämienwachstums könnte durch steigende Beiträge der öffentlichen Hand (eventuell finanziert durch eine Erbschaftssteuer) erfolgen.

Die Situation in Deutschland, wo im Jahr 1995 neben der privaten Pflegeversicherung eine gesetzliche (weitgehend obligatorische) Pflegeversicherung eingeführt wurde, verdeutlicht die Wachstumsproblematik. Die Versicherung wird einkommensabhängig über einen Prozentsatz von 1.7% des Bruttolohns finanziert. Ihre Finanzsituation ist alles andere als rosig. Seit Einführung der obligatorischen Pflegeversicherung sind die Leistungen nicht angepasst worden. Das Bremer Zentrum für Sozialpolitik schätzt, dass im ambulanten Bereich, Pflegestufe III, die Eigenbeteiligung um 28% angestiegen, im Pflegeheimbereich (inkl. Kost und Logis) gar um über 50%. Bisher ist im Gesetz keine Dynamisierung der Leistungen (Anpassung an die steigenden Kosten) festgelegt. Es wird zur Zeit eher über Leistungskürzungen diskutiert.

Die Schwarzarbeit im Pflegebereich hat in Deutschland aufgrund der Pauschalbeiträge, die für bestimmte Pflegestufen ausgezahlt werden, ein grosses Ausmass angenommen. Die Bundesagentur für Arbeit geht von 60'000 illegalen Pflegekräften, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste sogar von 100'000 Personen aus.

Abschätzung der finanziellen Eckdaten des «Modells Rossini»

Der Vorschlag von Stéphane Rossini sieht eine Integration erweiterter Pflege- und Betreuungsleistungen in die bestehende obligatorische Krankenversicherung vor. Basierend auf den Daten über die Versicherungsstruktur und die Zahl der Prämienverbilligungsbezüger nach Alter könnte man nach einer Eingrenzung des (gegenüber einer obligatorischen Pflegeversicherung deutlich reduzierten) Finanzvolumens der zusätzlichen Pflege- und Betreuungsleistungen die finanziellen Eckdaten über die notwendige Prämien-

höhe, Mitfinanzierung der öffentlichen Hand und Einbettung in das Prämienverbilligungssystem abschätzen (siehe letzte Spalte von Tabelle 3.3). Für jede Milliarde an zusätzlichen Ausgaben für diese erweiterten Leistungen wird bei einer Beitragspflicht der über 50jährigen eine zusätzliche Prämie von 407 Franken im Jahr (34 CHF im Monat), bei einer Beitragspflicht der über 55jährigen eine zusätzliche Prämie von 507 Franken im Jahr (42 CHF im Monat), bei einer Beitragspflicht der zwischen 50- und 65jährigen eine zusätzliche Prämie von 746 Franken im Jahr (62 CHF im Monat) notwendig. Aufgrund der grossen kantonalen Unterschiede sowohl in den Prämienverbilligungssystemen wie auch in der Nachfrage und im Angebot von professioneller und institutioneller Pflege ist es aber sehr aufwendig, die Kostenfolgen und Verteilungswirkungen genauer abzuschätzen. Sie müssten konkret auf der Ebene einzelner Kantone berechnet werden, um an Aussagekraft zu gewinnen.

3.2 Förderung der privaten Pflegevorsorge nach dem Modell der 3. Säule der Altersvorsorge

2006 wurde von bürgerlicher Seite eine Motion zur Förderung der privaten Pflegevorsorge nach dem Modell der 3. Säule eingereicht. Sie sieht eine 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 Entlastung der privaten Haushalte und öffentlichen Hand eingesetzt werden kann. Bei Nichtbezug wird das Kapital an die Erben weitergereicht werden.

Eine detaillierte Modellierung der vom Einkommen und der Haushaltssituation abhängigen Steuererleichterungen und der möglichen Höhe des angesparten Kapitals konnte im zeitlichen Rahmen dieser Studie nicht vorgenommen werden. Eine erste Abschätzung zeigt jedoch, dass die Steuererleichterungen für ein doppelverdienendes, kinderloses Konkubinatspaar durchaus bei mehreren tausend Franken im Jahr liegen können.

Aufschlussreich sind bereits die Grafiken 2.2 und 2.3 in Abschnitt 2.3.3. Die grössten finanziellen Belastungen in der Langzeitpflege für die privaten Haushalte wie auch für den Staat fallen in einem Renteneinkommensbereich von bis zu 55'000 Franken (Alleinstehend; die Simulation müsste für Ehepaare noch nachgeholt werden) an. Renteneinkommen bis zu dieser Höhe basieren meistens auf einem Erwerbseinkommen, 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.

4 □ Schlussfolgerungen

4.1 Entwicklung der Pflegekosten zwischen 1998 und 2005 als Teil einer Gesamtdynamik

Ein wichtiges Argument, den Vollzug der Vollkostenrechnung und damit die volle Übernahme der Pflegekosten (nach Art. 7 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, wurde für eine Überinterpretation der Entwicklung benutzt.

Die Analyse der Entwicklung der Pflegekosten zwischen 1998 und 2005 zeigt jedoch, dass sich die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Ausgaben für die Pflegeheime mit 5.5 Prozent auf dem gleichen Niveau wie der allgemeine Anstieg der Bruttoausgaben der Krankenkassen bewegt. Die Spitexkosten sind im Vergleich zu den Gesamtausgaben mit durchschnittlich 8.2 Prozent zwar überdurchschnittlich gestiegen, aber basierend auf einem niedrigeren Ausgangsniveau. Ein stärkeres Gewicht der Spitex ist gesundheitspolitisch nicht unerwünscht, da dadurch Überweisungen auf teure Pflegeheimplätze zu vermeiden sein sollten. 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 8 Jahren stabil. Er schwankte zwischen 9.4 Prozent und 10 Prozent, mit einem Anteil von 9.7 Prozent im Jahr 2005.

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

Die Krankenkassenleistungen (brutto, vor Abzug der Selbstbehalte und Franchisen) für die Pflege deckten im Jahr 2004/2005 **ein Drittel** der Gesamtkosten für die **Spitex** und **ein Viertel** der Gesamtkosten für **Pflegeheime**.

Im Bereich der Spitex tragen vor allem die Subventionen der Kantone und der AHV 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 schätzen den **Kostendeckungsgrad der Krankenkassenbeiträge** an den vollen Kosten der Pflegeleistungen im Spitex-Bereich zwischen **55 und 60 Prozent**. Dies bedeutet für das Jahr 2004 **tatsächliche Gesamtkosten der ambulanten Pflege (nach Krankenpflegeleistungsverordnung 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 also 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 beteiligen sich die **Krankenversicherer** im Jahr 2004 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 Pro-**

zent der gesamten Pflegekosten). Insgesamt werden von ihren Kosten aber **ca. 1.4 Mia. Franken durch staatliche Unterstützungsleistungen** ausgeglichen. Die **Ergänzungsleistungen zur AHV** für Pflegeheimbewohner 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 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 Ergänzungsleistungen 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 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 Pflgetarife** 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 Pflgetaxen zwischen Krankenkassen und Kantonen/Gemeinden, müsste der Prämienanstieg nicht wie vielfach behauptet zwischen 8 und 10 Prozent zu liegen kommen.

4.3 Die schwierige Prognose der zukünftigen Kostenentwicklung: Von der Lasten- zur Risikoverteilung

Verschiedene Studien zeigen die grosse Abhängigkeit der zukünftigen Kostenentwicklung von Faktoren, die kaum prognostizierbar sind. Die demografische Verschiebung der Altersstruktur wird einen wichtigen Anteil an der weiteren Kostensteigerung haben, wenn auch nur zu einem guten Drittel. Weitere wichtige Einflussfaktoren sind neben dem Anstieg der Lebenserwartung der Gesundheitszustand im Alter, die Kostenentwicklung bei den medizinischen Leistungen und den Löhnen, vor allem aber die Entwicklung des Potentials an informeller Pflege.

Vorliegende Szenarien geben einen guten Einblick in die **Dynamik** der Veränderungen, auch wenn ihre Annahmen immer wieder überarbeitet werden müssen. So führte allein der starke Anstieg der Lebenserwartung (im Alter von 65 Jahren) um durchschnittlich ein Jahr in nur fünf Jahren zwischen 1999 und 2004 zu einer deutlichen Korrektur der den Kostenschätzungen zu Grunde liegenden Bevölkerungsszenarien mit starken Kostenfolgen. Die grösste Unbekannte ist jedoch die soziale Entwicklung und ihre Folgen für die geleistete informelle Pflege. **Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten** der realen Kosten bis ins Jahr 2030 von etwa **3 Prozent (Pflegeheime)** oder **3.5 Prozent Spitex** weisen dennoch klar eine Richtung: **Bei Wachstumsraten in dieser Grössenordnung müssen Finanzierungsrisiken auf verschiedene Schultern verteilt werden**.

Eigene Berechnungen im Rahmen dieser Studie (siehe separaten Bericht zu den Modellrechnungen) zeigen, dass eine volle Umsetzung des KVG mit der Einführung kostendeckender Rahmentarife nur dann möglich und sinnvoll ist, wenn nicht die gesamten Lasten auf die Krankenkassen verlagert werden,

4 Schlussfolgerungen

sondern ein neuer Kostenteiler zwischen den Krankenkassen und der öffentlichen Hand bei der Pflegefinanzierung gefunden wird. Umgekehrt muss eine Politik der Stabilisierung der Krankenkassenprämien durch eine kontinuierliche Verlagerung der Lasten auf die öffentliche Hand und die privaten Haushalte durch eine steigende Patientenbeteiligung scheitern, wenn nicht neue Finanzquellen erschlossen werden. Eine nationale Erbschaftssteuer könnte hier ein gewisses Finanzvolumen generieren.

Eine verlangsamte Anpassung der Krankenkassenbeiträge an die Kostensteigerung, z.B. angelehnt an die Teuerungsrate oder den Mischindex der AHV, ohne Kompensation durch neue Finanzquellen führt mittelfristig zu einer Kostenbeteiligung der Krankenkassen von unter 50 Prozent und zu Belastungen der privaten Haushalte, die nicht mehr einfach bedarfsorientiert im Rahmen von Ergänzungsleistungen abgedeckt werden können. Hingegen ist eine **Fortsetzung der Mischfinanzierung des heutigen Systems denkbar**, bei der die bereits bestehende Mitfinanzierung der KLV-Pflegekosten durch die privaten Haushalte transparent als Patientenbeteiligung ausgewiesen und durch die Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen sozialverträglich abgedeckt wird. Sie **bedingt jedoch, dass der Beitrag der Krankenversicherung der Entwicklung der Gesamtkosten mindestens folgt**, wie es auch in den vergangenen Jahren mit einem Wachstum der Bruttopflegeleistungen der Krankenkassen von durchschnittlich 5.5 Prozent bei einem jährlichen Anstieg der Gesamtpflegekosten von durchschnittlich 4.4 bis 4.5 Prozent der Fall war.

Bei Einführung von kostendeckenden Pflgetarifen und Verzicht auf eine explizit ausgewiesene Patientenbeteiligung werden die Krankenkassenprämien steigen, auch wenn ein Kostenteiler zwischen Krankenversicherern und Kantonen gefunden wird, bei dem die Kantone Entlastungen bei ihren Subventionen und bisherigen bedarfsorientierten Leistungen ins System der Pflegefinanzierung zurückfliessen lassen. Der Bericht widmet der Entwicklung der Prämienverbilligungen einen eigenen Abschnitt. Das Argument, man müsse die Pflegeleistungen der Krankenversicherung begrenzen, 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. Bereits in den vergangenen Jahren folgten die Subventionen von Bund und Kantonen für Prämienverbilligungen nicht dem Prämienanstieg. Ein Teil mag den Verzerrungen des heutigen Finanzierungssystems (Anbindung an die Finanzkraft der Kantone) geschuldet sein, die mit dem NFA wegfallen. Der Hauptteil ist jedoch auf fehlende Transparenz und eine fehlende klare Verknüpfung von Bedarf und gesprochenen Subventionen zurückzuführen. **Ein klares Bekenntnis zur Pflegefinanzierung als Teil der Aufgabe der obligatorischen Krankenversicherung muss nicht zu Lasten der mittleren Einkommen und der Familien mit Kindern gehen.**

4.4 Die Konsequenzen der NFA für die Pflegefinanzierung

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

Im **Rahmen der NFA ist es zur einer an sich sinnvollen Aufgabenentflechtung** 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) bereits eine grosse Finanzierungsverantwortung übernommen haben (siehe Abschnitt 1.5). Die Anreize sind bereits heute so gesetzt, dass die Kantone ein Interesse haben

4 Schlussfolgerungen

müssten, mit Investitionen in Prävention, eine umfassende Alterspolitik und innovative Pflegeansätze die zukünftige Pflegenachfrage günstig zu beeinflussen.

Doch die detaillierte Argumentation in Kapitel 1.5.2 zeigt, dass **die Risiken der zukünftigen bedarfsorientierten Finanzierung der Pflegekosten ganz an die Kantone übertragen** werden. Der Finanzierungsanteil des Bundes ist sowohl für EL-Bezüger/innen zu Hause wie auch im Heim unabhängig von der Pflegebedürftigkeit. **Der EL-Finanzierungsaufwand für die Kantone hängt jedoch stark von der Pflegebedürftigkeit ab.**

Nimmt man die Krankenversicherung nun durch eine Entkopplung ihrer Finanzierungsbeiträge von der Kostenentwicklung aus der Verantwortung, dann tragen die Kantone und mit ihnen die privaten Haushalte auch die **exogenen Finanzierungsrisiken** (demografischer Wandel, Entwicklung der Lohnstrukturen, medizinische Kosten) weitgehend allein. Aus diesem Grund scheint eine **klare gesetzliche Verankerung der Anpassung der Krankenkassenbeiträge an die Entwicklung der Pflegekosten** notwendig und gerechtfertigt.

4.5 Die zukünftige Belastung des Mittelstands

Ein zentraler Gradmesser für eine Optimierung der Pflegefinanzierung ist die Situation des Mittelstands. Mit dem Wegfall der Obergrenze der maximalen EL für Heimbewohner sollten, abgesehen von der Frage des Vermögensverzehr, die unteren Einkommensgruppen über die Ergänzungsleistungen wirkungsvoll abgesichert sein. Dies gilt 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 wurden konkrete Einkommensbereiche aufgezeigt, für die das heutige System der Mischfinanzierung bei einer zu starken Ausweitung der Patientenbeteiligung durch den Rückgang der Krankenkassenleistungen problematisch wird. Oberhalb der Grenze für eine Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen können bereits bei einer 20-prozentigen Patientenbeteiligung an den Kosten der Pflege (bei mittlerer Pflegebedürftigkeit) 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 Person (Mietwohnung, Vermögen 40'000 Franken) mit mittlerer Pflegebedürftigkeit bei der Pflege zu Hause liegt diese Grenze bei ca. 55'000 Franken Renteneinkommen.

Hinzu kommt die im gleichen Abschnitt 2.3.3 aufgezeigte 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 und Krankenkassenprämien im Fallbeispiel einer alleinstehenden Person bei einem Renteneinkommen zwischen ca. 30'000 Franken und 55'000 Franken niedriger als der Ansatz für den allgemeinen Lebensbedarf nach EL.

Es zeigen sich die **Grenzen des an sich leistungsfähigen Ergänzungsleistungssystems bei der Pflegefinanzierung. Je höher die Patientenbeteiligungen ausfallen, desto stärker sind diese Effekte. Eine geringere 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 Patientenbeteiligung** mit Blick auf die Belastung des Mittelstands und eine gewisse Erwartungssicherheit für Haushalte **die maximale Höhe gesetzlich zu begrenzen.**

4.6 Weiterführung und Optimierung der bestehenden Mischfinanzierung der Pflege durch die Krankenversicherung, AHV und Ergänzungsleistungen

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. Überprüfung der **Vermögensfreibeträge**, 2. ein Rückkommen auf die Sonderregelung bei **der Akut- und Übergangspflege**, 3. die Rolle der **Hilflosenentschädigung** und der Anpassung der Karenzfristen. Im Bericht wurden Grundlagen für politische Entscheidungen aufgearbeitet, die jedoch stark von der Grundsatzentscheidung über die Patientenbeteiligung abhängen.

4.7 Politische Vorschläge zur Einführung einer obligatorischen oder privaten Pflegeversicherung

Die Belastungen des Mittelstands durch einen wachsenden Eigenanteil an den Pflege- und Betreuungskosten könnte 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.

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. Das aufzubringende Finanzvolumen und die damit verknüpfte Höhe der altersabgestuften Zusatzprämie sind jedoch stark von ausstehenden politischen Entscheidungen abhängig. Zugleich sind die kantonalen Unterschiede in der Pflegeanfrage und den Pflegeangebotsstrukturen sowie bei den Krankenkassenprämien und Prämienverbilligungssystemen so gross, dass die Umsetzungschancen und ein finanzierbarer Leistungskatalog nur anhand von kantonalen Simulationen abgeschätzt werden können.

Als weiterer politischer Vorschlag zur Entlastung der obligatorischen Krankenversicherung, der öffentlichen Hand und der privaten Haushalte wird die Förderung der privaten Vorsorge nach dem Muster der 3. Säule der Altersvorsorge diskutiert. Erste Abschätzungen dieser Studie (siehe Grafien 2.2 und 2.3 in Abschnitt 2.3.3) zeigen jedoch, dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass die Entlastungen in den Bereichen anfallen, in denen die grössten Lasten für die privaten Haushalte und die öffentliche Hand anfallen. So wird voraussichtlich mit Steuergeldern der Ausbau der kapitalgedeckten Vorsorge für Einkommensbereiche gefördert, die eigentlich keiner staatlichen Unterstützung bedürfen. Aus zeitlichen Gründen konnten im Rahmen dieser Studie aber keine präziseren Simulationen mehr vorgenommen werden.

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

6 □ Anhang

Tabelle A.1 Der Anteil der verschiedenen Kostenträger an der Finanzierung der Pflegekosten in der Entwicklung zwischen 2000 und 2005

	2000					2002				
	Gesundheitswesen	Pflegeheime		Spitex		Gesundheitswesen	Pflegeheime		Spitex	
			Anteil		Anteil			Anteil		Anteil
Staat Insgesamt	6'599.5	253.5	4.9%	299.7	33.7%	8'596.9	565.6	9.5%	375.3	38.4%
Bund	145.0					177.7				
Kantone	5'233.1	127.6	2.5%	172.1	19.4%	6'968.4	292.6	4.9%	212.8	21.8%
Gemeinden	1'221.4	125.8	2.4%	127.6	14.4%	1'450.9	273.1	4.6%	162.4	16.6%
Sozialversicherungen Insgesamt	17'518.1	1'034.9	19.9%	383.2	43.1%	19'185.0	1'188.2	19.9%	426.3	43.6%
KVG	14'059.1	1'033.2	19.9%	215.2	24.2%	15'483.3	1'186.6	19.9%	247.2	25.3%
UVG	1'422.4			10.5	1.2%	1'413.6			12.8	1.3%
IV-AHV	1'993.5			157.2	17.7%	2'241.2			165.9	17.0%
Militärversicherung	43.0	1.7	0.0%	0.2	0.0%	46.9	1.6	0.0%	0.4	0.0%
Privatversicherungen	4'546.7			2.3	0.3%	4'615.5			25.5	2.6%
Private Haushalte	14'257.3	3'841.4	73.9%	159.0	17.9%	15'106.3	4'125.5	69.1%	106.0	10.8%
Andere private Finanzierung	443.7	65.1	1.3%	45.1	5.1%	477.7	92.6	1.6%	44.0	4.5%
Total	43'365.3	5'194.8	100.0%	889.3	100.0%	47'981.5	5'971.9	100.0%	977.0	100.0%

	2004					2005				
	Gesundheitswesen	Pflegeheime		Spitex		Gesundheitswesen	Pflegeheime		Spitex	
			Anteil		Anteil			Anteil		Anteil
Staat Insgesamt	8'811.1	639.9	10.0%	395.7	37.0%	9'078.1	632.5	9.6%	399.5	36.4%
Bund	137.7					126.9				
Kantone	7'269.9	374.8	5.9%	215.9	20.2%	7'553.4	367.3	5.6%	219.7	20.0%
Gemeinden	1'403.4	265.2	4.2%	179.8	16.8%	1'397.8	265.2	4.0%	179.8	16.4%
Sozialversicherungen Insgesamt	21'411.5	1'341.5	21.1%	498.3	46.6%	22'514.6	1'366.3	20.7%	530.4	48.3%
KVG	17'379.8	1'339.5	21.0%	311.0	29.1%	18'272.7	1'364.5	20.7%	330.8	30.1%
UVG	1'537.8			15.4	1.4%	1'654.4			20.8	1.9%
IV-AHV	2'445.7			171.4	16.0%	2'538.5			178.4	16.2%
Militärversicherung	48.2	2.0	0.0%	0.5	0.0%	49.0	1.7	0.0%	0.5	0.0%
Privatversicherungen	4'511.7			38.9	3.6%	4'674.8			41.3	3.8%
Private Haushalte	16'431.6	4'304.9	67.6%	90.4	8.5%	16'163.1	4'490.8	68.2%	78.0	7.1%
Andere private Finanzierung	481.4	82.7	1.3%	45.0	4.2%	500.1	96.7	1.5%	49.6	4.5%
Total	47'981.5	5'971.9	100.0%	977.0	100.0%	52'930.7	6'586.2	100.0%	1'098.8	100.0%

Grafik A.2 Die finanzielle Entlastung von Familien mit Jugendlichen in Ausbildung in Folge der KVG Revision (50% Reduktion der Prämien für Kinder und Jugendliche in Ausbildung)

Effektive Krankenkassenprämie nach Prämienverbilligung 2002-2007
Fallbeispiel: Ehepaar (52 u. 49 Jahre) mit 2 Kindern (21 und 19 Jahre, in Ausbildung) Basel Stadt

