



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Sicherung und Finanzierung von
Pflege- und Betreuungsleistungen
bei Pflegebedürftigkeit*

Band I und Band II

Forschungsbericht Nr. 6/97

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autoren: Günther Latzel, Christoph Andermatt,
Rudolf Walther
BRAINS, Berater im Gesundheits- und Sozialwesen
Affolternstrasse 123
8050 Zürich
Tel. 01/311 37 27
Fax 01/311 37 12

Koordination und Auskünfte: Géraldine Luisier
Bundesamt für Sozialversicherung
Dienst Sozialpolitik und Forschung
Effingerstrasse 33
3003 Bern
Telefon 031/322 42 31

Vertrieb: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale
(EDMZ)
3000 Bern

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH – 3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle
Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines
Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Bestellnummer: 318.010.6/97 10.97 400

*Sicherung und Finanzierung
von Pflege- und
Betreuungsleistungen
bei Pflegebedürftigkeit*

Vorwort

Den Anstoss zur vorliegenden Studie gaben verschiedene Impulse, allen voran die Initiative Tschopp "AHV-Plus" (92.442 und das Postulat der nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit 93.3530), die bewirkt hat, dass man sich im Parlament und in der Öffentlichkeit mit der Pflege und Betreuung hochbetagter Personen auseinandergesetzt hat. Der tragenden Rolle der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV für Pensionärinnen und Pensionäre in Heimen ist man sich bei den Diskussionen um die Drei-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge bewusst geworden. Zudem hat die Einführung des KVG die kantonalen Finanzierungsmodelle der auf pflegebedürftige Personen ausgerichteten Dienste in Frage gestellt. Schliesslich tragen auch die immer noch debattierten Effekte der demographischen Alterung und die bedenkliche Entwicklung der Gesundheitskosten dazu bei, dass das Thema der Absicherung der Pflegebedürftigkeit nichts an Brisanz eingebüsst hat.

Die Finanzierung, mit ihren diversen Zuflüssen auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene und ihrer komplexen Verteilung der Kompetenzen, steht denn auch im Zentrum der Polemik um die Langzeitbetreuung. Doch neben den finanziellen Aspekten galt es in einer Studie über die Pflegebedürftigkeit auch die aktuellen Bedürfnisse zu evaluieren, sich über die Entwicklung der Nachfrage Gedanken zu machen, aber auch das Leistungsangebot in quantitativer und qualitativer Hinsicht zu überprüfen.

Nach einer Gegenwartsanalyse, angereichert mit ausländischen Erfahrungen, war es nun an der Zeit, einen Blick in die Zukunft zu werfen. Dazu war es wünschenswert, die kritische Meinung und die Vorschläge einer Reihe von Experten anzuhören, die sich zu den Schlussfolgerungen der Studie und den drei theoretischen Modellen geäussert haben.

Das BSV hofft, mit diesem Forschungsbericht eine gut dokumentierte Informationsquelle zur Verfügung zu stellen, die als Arbeits- und als förderliche Reflexionsgrundlage dienen wird.

G. Luisier

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Dienst Sozialpolitik und Forschung

Bundesamt für Sozialversicherung

Avant-propos

A l'origine de la présente étude, on trouvera plusieurs motivations, et d'abord l'impulsion donnée par l'initiative Tschopp "AVS plus" (92.442 et postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national 93.3530), avec la discussion qu'elle a suscitée au Parlement et dans le public autour de la prise en charge du "quatrième âge". Puis, dans la réflexion sur les trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité s'est imposée la reconnaissance du rôle essentiel des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI pour les pensionnaires de homes. Par ailleurs, l'introduction de la LAMal a remis en question les modèles cantonaux de financement des services aux personnes dépendantes. Enfin, toujours débattus, les effets du vieillissement démographique et l'évolution préoccupante des coûts de la santé conservent au thème de la couverture de la dépendance toute son acuité.

Par la multiplicité des canaux qu'il emprunte aux niveaux fédéral, cantonal et communal et par la complexe répartition des compétences qu'il suppose, le financement est bien au centre du problème des soins de longue durée. Mais une étude sur la prise en charge de la dépendance se devait encore, au-delà des aspects financiers, d'évaluer les besoins actuels, de s'interroger sur l'évolution de la demande et de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre de prestations.

Après un regard sur le présent, élargi aux expériences réalisées à l'étranger, un regard plus prospectif s'imposait. Pour ce faire, il a été souhaité de recueillir l'avis critique et les propositions d'une série d'experts qui se sont exprimés sur les conclusions de l'étude et sur trois modèles théoriques.

Avec ce rapport de recherche, l'Office fédéral des assurances sociales espère mettre à disposition une source d'information soigneusement documentée et offrir une base de travail et de réflexion stimulante.

G. Luisier

Collaboratrice scientifique, service Politique sociale et recherche

Office fédéral des assurances sociales

Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit

Band I

	Seite
Inhaltsverzeichnis	i
Kapitel 1: Die Sicherung bei Pflegebedürftigkeit Ist-Zustand der gesetzlichen Regelungen in der Schweiz	
1. Einleitung	1
2. Generelle Ueberlegungen	1
2.1 Kausalität und Finalität	1
2.2 Elemente der Definition von Pflegebedürftigkeit	2
3. Die gesetzliche Regelung auf Bundesebene	3
3.1 Pflegebedürftigkeit im Krankenversicherungsgesetz	4
3.2 Pflegebedürftigkeit in der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung, der Unfallversicherung und der Militärversicherung	5
3.2.1 Hilfflosenentschädigung in der Alters- und Hinterlassenenversicherung	6
3.2.2 Invalidenversicherung Medizinische Massnahmen	7
3.2.3 Invalidenversicherung Hilfflosenentschädigung	8
3.2.4 Unfallversicherung	9
3.2.5 Militärversicherung	10
3.3 Ergänzungsleistungen	11
3.4 Zusammenfassung	12
4. Die Regelung auf kantonaler Ebene	14
Literatur	16

Kapitel 2: Die Nachfrage nach Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

1.	Grundsätzliche Ueberlegungen zur Nachfrage bei Pflegebedürftigkeit	17
1.1	Qualitative Aspekte	18
1.2	Quantitative Aspekte	19
2.	Schätzungen zur Zahl der Nachfrager/innen	23
2.1	Bezüger/innen von Hilflosenentschädigung	24
2.2	Bewohner/innen von Heimen	26
2.3	Bezüger/innen von Spitex-Leistungen	32
2.4	Zusammenfassung: Pflegebedürftige in stationärer und ambulanter Betreuung	34
3.	Die internationale Datenlage	34
3.1	Generelle Fragen	34
3.2	Die Nachfrage in einzelnen Ländern	36
	Deutschland	36
	Oesterreich	37
	Dänemark	38
3.3	Merkmale der Nachfrager/innen nach Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	38
3.4	Die Nachfrage in der Schweiz im internationalen Vergleich	40
4.	Zusammenfassung und Folgerungen	42
	Literatur	45

Kapitel 3: Das Leistungsangebot bei Pflegebedürftigkeit

1.	Einleitung	47
2.	Uebersicht über die Angebotstypen	47
3.	Informelle Angebote	54
4.	Formelle Angebote	56
4.1	Ambulante Angebote	57
4.2	Halbstationäre Angebote	60
4.3	Stationäre Angebote	62
5.	Prävention	64
6.	Forschung	66
	Literatur	68

Kapitel 4: Pflegebedürftigkeit: Gesetzliche Regelungen und Leistungsangebot im internationalen Vergleich

1.	Einleitung: Zur Definition von Pflegebedürftigkeit	71
2.	Einzelne Länder im Vergleich	75
	Bundesrepublik Deutschland	75
	Oesterreich	82
	Frankreich	84
	Italien	85
	Niederlande	86
	Dänemark	90
3.	Fazit	91
	Literatur	96

Kapitel 5: Finanzierungsmodelle

1.	Einleitung	99
2.	Staatliche Modelle	101
2.1	Die Modell-Diskussion in Deutschland	102
2.2	Staatliche Modelle in anderen Ländern	107
2.3	Fazit zu den staatlichen Finanzierungsmodellen	109
3.	Private Versicherungs-Lösungen	110
3.1	Die internationale Situation	110
3.2	Die Situation in der Schweiz:	113
4.	Kombination zwischen staatlichen und privaten Versicherungen	113
5.	Modelle, die sich noch im Theorie-Stadium befinden	115
5.1	Spezifisch auf das Pflegerisiko ausgerichtete Modelle	116
5.2	Modelle zur grundsätzlichen Reform der Sozialen Sicherheit	118
6.	Zusammenfassung zu den Finanzierungsmodellen	120
	Literatur	123

Kapitel 6: Zusammenfassung und erste Folgerungen

1.	Ausgangslage	125
2.	Definition	126
3.	Bedarf / Nachfrage	127
4.	Angebot	129
5.	Finanzierung	134
6.	Alternative Systeme	138
7.	Folgerungen	140

Kapitel 7: Experteninterviews

1.	Ausgangsüberlegung	145
2.	Interviewpartner	145
3.	Ergebnisse	146

Band II: Anhänge

A.	Kantonale Fallstudien: Basel-Stadt, Genève, Neuchâtel, St. Gallen, Vaud
B.	Kantonale Regelungen von Pflegebedürftigkeit, Uebersicht
C.	Drei Entwicklungsszenarien
D.	Aufgabenteilung der Spitex-Kerndienste
E.	Einwohner/innen der Schweiz über 65 nach Haushaltstyp (Volkszählung 1990)
F.	Bezüger von Ergänzungsleistungen nach Pflegebedürftigkeit und Wohnsituation (BSV, 1996)
G.	Synopsis of Alternative Long-Term Care Systems in the European Union (R. Eisen, Frankfurt)

Kapitel 1: Die Sicherung bei Pflegebedürftigkeit

Ist-Zustand der gesetzlichen Regelungen in der Schweiz

1. Einleitung

Die Begriffe "Pflegebedürftigkeit" und "dépendance" sind alles andere als eindeutig. Dies gilt zuerst rein sprachlich, denn der französische Begriff bedeutet in seiner Uebersetzung "Abhängigkeit", ist also enger gefasst als "Bedürftigkeit". Gleichzeitig ist er auch weiter, denn im Sozialversicherungsrecht bedeutet "Dépendance" wirtschaftliche Abhängigkeit (z.B. eines Kindes, oder einer anderen zur Betreuung anvertrauten Person); und die im Rahmen dieser Studie durchgeführte Umfrage bei den Kantonen hat z.T. Verwirrung ausgelöst, weil Dépendance mit der Abhängigkeit von Drogen in Zusammenhang gebracht wurde. Im deutschsprachigen Raum bestehen diese Schwierigkeiten nicht, dafür ist unklar, was "Pflegebedürftigkeit" insgesamt umfasst: Gehören Hilfe- und/oder Betreuungsbedürftigkeit dazu? Im allgemeinen Sprachgebrauch schon, gemäss der Sprachregelung z.B. in der Krankenversicherung nicht.

In ersten Kapitel der Studie wird versucht, die Begriffe auf der Basis ihrer aktuellen Verwendung in der Schweiz zu klären: Zuerst werden generelle Ueberlegungen angestellt, darauf werden die einschlägigen Gesetze auf Bundes- und Kantonebene betrachtet.

2. Generelle Ueberlegungen zum Begriff "Pflegebedürftigkeit"

2.1 Kausalität und Finalität

Pflegebedürftigkeit war ursprünglich ein Problem, das nach einem finalen Modell innerhalb der Familie gelöst werden musste: Wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wurde, hatte die Familie - unabhängig von der Ursache (Krankheit, Unfall oder Alter) - so gut es ging, das betroffene Mitglied zu pflegen.

Subsidiär übernahmen kirchliche und andere caritative Institutionen Pflege- und Betreuungsaufgaben. Da sie medizinisch meist nicht mehr tun konnten als dies auch innerhalb der Familie möglich gewesen wäre, wurden diese Institutionen typischerweise für arme und/oder alleinstehende Menschen

geschaffen. Damit die Institution aktiv wurde, d.h. das Problem als "Pflegebedürftigkeit" akzeptierte bzw. definierte, musste es durch ein zweites, nämlich ein kausales Element - die finanzielle Bedürftigkeit - ergänzt werden, und oft durch eine weitere (ideologische) Kausalität, insbesondere die Angehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe, z.B. Religion.

Erst viel später begann sich der Staat mit diesem Thema zu befassen, indem er - liberalem Gedanken- gut folgend - die eben genannte Kausalitätsanforderung aufhob und, ähnlich wie bei der Volksschule, gleiches Recht für alle Bürger sichern wollte. Dies geschah z.T. indem er die vorher kirchlichen Institutionen (z.B. Spitäler) übernahm und öffnete, z.T. indem er sie (z.B. Heime) unterstützte. Dabei ergab sich eine "organische" Teilung, indem die Heime in der Regel der Gemeindeebene überlassen wurden, während die Region oder der Kanton das Spital übernahm, das ein überkommunales Einzugsgebiet abdeckte.

Seit noch nicht einmal 30 Jahren schaltet sich auch der Bund in diesen vorher ganz der kantonalen und kommunalen Hoheit überlassenen Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens ein. Mit der Invalidenversicherung, sowie mit den Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung wurde eine neue Stufe der Kausalität erreicht: Ganz bestimmte Ursachen, eben z.B. Invalidität, machen Pflegebedürftigkeit zu einem Sachverhalt, der Bundesleistungen auslöst. Das Kausalitätsprinzip wurde noch weiter getrieben, indem das Pflegerisiko bei Geburtsbehinderung, Krankheit oder Unfall - in Beruf und Freizeit oder im Militär - jeweils unterschiedlichen Versicherungszweigen zugeordnet wurde. Einzelne der Vorschläge zur zukünftigen Entwicklung gehen ebenfalls von einer kausalen Konzeption aus, z.B. das Postulat Tschopp zur Schaffung einer "AHV Plus" als zusätzlicher Säule der Sozialversicherung: Das Alter über 75 ist in diesem Modell der Grund für den Eintritt in die neue Versicherung.

Da es kaum mehr Langzeitpflegepatient/innen gibt, die keine Rente (IV oder AHV) erhalten, ist allerdings darauf hinzuweisen, dass Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen ein starkes finales Element enthalten.

In der Regel werden kausales und finales Prinzip kombiniert, in der Schweiz mit einem klaren Uebergewicht der Kausalität.

2.2 Elemente der Definition von Pflegebedürftigkeit

In dieser Studie werden "Pflegebedürftigkeit" und "Dépendance" synonym gebraucht. In Uebereinstimmung mit den meisten Definitionen (vgl. u.a. Conseil de l'Europe, La situation de

dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, 6e Conférence des Ministres européens responsables de la sécurité sociale, Lisbonne, 29 / 31 mai 1995, Strasbourg 1995) gilt der autonome Mensch als Massstab: Wenn ein Mensch nicht mehr alle Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig ausführen kann, bedarf er der Pflege Dritter, bzw. wird er abhängig von ihr. Pflegebedürftigkeit/Dépendance umschreibt also einen individuellen Autonomieverlust.

Da ein Mensch auch pflegebedürftig ist, wenn er nach einer Operation im Akutspital, oder mit einer Grippe zu Hause liegt, ist eine Abgrenzung vom Krankheitsfall nötig. Diese erfolgt über die Dauer: Von Pflegebedürftigkeit/Dépendance wird erst gesprochen, wenn die Abhängigkeit von der Hilfe Dritter eine Dauer erreicht, die über das hinausgeht, was als normale Rekonvaleszenzzeit bei einer akuten Erkrankung gilt. Wie lange die Dauer sein muss, damit die Pflegebedürftigkeit anerkannt wird, ist allerdings nicht objektiv zu klären, sondern wird normativ festgelegt, was wiederum dazu führt, dass auch hier keine Einheitlichkeit erreicht wird: In den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung drückt sich dies in Form unterschiedlicher Karenzfristen aus, die von 0 (UVG) über 1 Jahr (Hilflosenentschädigung) bis zu 2 Jahren (IVG) dauern. Bei diesen Karenzfristen steht die Missbrauchsvermeidung, d.h. die Sorge im Vordergrund, dass eine Versicherungsleistung zu früh, unnötiger-, oder gar unberechtigterweise in Anspruch genommen wird (sog. Moral Hazard). Solche Regelungen haben jedoch den Nachteil, dass oft die Sozialhilfe einspringen bzw. überbrücken muss, wenn trotz ausgewiesener Pflegebedürftigkeit (noch) keine der verschiedenen Versicherungen Leistungen erbringt.

Ein weiteres Element ist der Grad der Pflegebedürftigkeit. Da Pflegebedürftigkeit zwar ein allgemeines Risiko ist, sich aber individuell sehr unterschiedlich auswirkt, bereitet insbesondere die Festlegung der minimalen Pflegebedürftigkeit Mühe, von der an Leistungen bezogen werden können. Die Diskussion um die "mittlere Hilflosigkeit" bei AHV-Rentner/innen bleibt in frischer Erinnerung, jene um die Abschaffung der erst vor wenigen Jahren eingeführten Viertelsrenten der IV ist noch im Gange.

3. Die gesetzliche Regelung auf Bundesebene

Die Grundlagen für den Bund, sich mit der Pflegebedürftigkeit zu befassen, finden sich auf Verfassungsebene in den Artikeln 34bis (Auftrag, die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten) und 34quater (Auftrag, Massnahmen für eine ausreichende Alters- und Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge zu treffen). Solange das Ziel von Art. 34quater nicht erreicht ist, bleibt Art. 11 der Uebergangsbestimmungen relevant, der die Bundesbeiträge an die Finanzierung der

Ergänzungsleistungen regelt. Zu erwähnen ist ausserdem Art. 18 BV, der in Absatz 2 vorsieht: "Wehrmänner, welche infolge des eidgenössischen Militärdienstes ihr Leben verlieren oder dauernden Schaden an ihrer Gesundheit erleiden, haben für sich oder ihre Familien im Falle des Bedürfnisses Anspruch auf Unterstützung des Bundes."

Zu untersuchen sind demnach die aus diesen Verfassungsaufträgen abgeleiteten Bundesgesetze. Dabei ist anzumerken, dass die Folgen des neuen Krankenversicherungsgesetzes, das mit dem Obligatorium der Grundversicherung u.a. mehr Klarheit und Einheitlichkeit schaffen will, noch kaum absehbar sind. Einzelfragen konnten geklärt werden, z.B. wurde das Problem, dass wegen der Prämienverbilligung die Krankenversicherungsprämie bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen nicht mehr berücksichtigt wird, wodurch rund 12% Bezüger/innen kleiner Ergänzungsleistungen ihre Berechtigung verloren, durch die Anpassung der Einkommensgrenze auf den 1.1.1997 gelöst (vgl. U.Portmann und F. Huber, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und Verbilligung der Krankenkassenprämie, in: Soziale Sicherheit 4/96, S. 195 - 198). Z.Z. sind es vor allem die nach wie vor kantonal geführten Verhandlungen über die Versicherungsleistungen im Pflegefall, die vieles offen lassen. Es ist anzunehmen, dass etliche kantonale Gesetzgebungen in den nächsten Jahren den neuen Verhältnissen angepasst werden. Entsprechend verfrüht wäre es, bereits jetzt die Auswirkungen des KVG auf die Regelung der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit insgesamt analysieren zu wollen. Die folgende Zusammenstellung beschränkt sich daher auf die Beschreibung.

3.1 Pflegebedürftigkeit im Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Definition - Anspruchsberechtigte

Gemäss Art. 1 des KVG gewährt die soziale Krankenversicherung Leistungen bei Krankheit, Unfall (subsidiär) und Mutterschaft. In Artikel 2 werden Definitionen geliefert, wobei der Begriff "Krankheit" breit genug formuliert ist, dass er auch die Pflegebedürftigkeit umfasst: "Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat."

Leistungen

Die allgemeinen Leistungen bei Krankheit umfassen nach Art. 25 KVG Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder

in einem Pflegeheim (Art. 50) von Aerzten und Aerztinnen (...) und von Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Aerztin Leistungen erbringen.

Art. 7ff der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) befassen sich mit der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim. Art. 7 umschreibt den Leistungsbereich: Abs. 1: "Die Versicherung übernimmt die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden: a. von Krankenschwestern oder Krankenpflegern; b. von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause; c. von Pflegeheimen." Die Leistungen werden sodann einzeln und abschliessend aufgezählt.

In Art. 9 wird umschrieben, dass die finanziellen Leistungen nach Zeit- oder Pauschal- bzw. kombinierten Tarifen abgerechnet werden können. Die Tarifverträge können zeitliche Höchstgrenzen vorsehen.

Art. 110 KVV schliesslich bestimmt, dass bei einer parallelen Leistungspflicht anderer Sozialversicherungen (UV, IV, MV), deren Leistungen vorgehen.

Auftrag oder Anordnung der Leistungen können bei Langzeitpatienten für sechs Monate erteilt werden, wobei Wiederholungen möglich sind (Art. 8 KLV).

Umfang

Es handelt sich um eine obligatorische Grundversicherung, die die gesamte Bevölkerung einschliesst. Was die Zahl der aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit Leistungsberechtigten und den Aufwand für die Pflegeleistungen betrifft, so fehlen zur Zeit noch die Daten. Sicher ist jedenfalls, dass die vorgesehenen 625 Millionen Franken für die Abgeltung der Pflegeleistungen, die von den Gemeinden und Kantonen auf die Krankenversicherung übertragen wurde, keinesfalls ausreichen.

3.2 Pflegebedürftigkeit in der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung, der Unfallversicherung und der Militärversicherung

Um ein Fazit vorwegzunehmen: In allen diesen Versicherungswerken sind Bestimmungen über die "Hilflosigkeit" und deren Entschädigung enthalten. Der Begriff der Hilflosigkeit (Impotence) wird

praktisch synonym zu Pflegebedürftigkeit verwendet. Die Bestimmungen in den einzelnen Versicherungen entsprechen sich der Form nach, nicht jedoch inhaltlich:

3.2.1 Hilflosenentschädigung in der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG)

Definition - Anspruchsberechtigte

Art. 43bis regelt in Abs. 1 die formellen Kriterien der Anspruchsberechtigung (Wohnsitz in der Schweiz, keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung aus dem UVG, Rentenalter).

Abs. 5 verweist für den Begriff und die Bemessung der Hilflosigkeit auf die Bestimmungen des IVG.

Seit 1993 wird auch in der AHV die mittlere Hilflosigkeit als leistungsberechtigt anerkannt.

Leistungen

Art. 43bis Abs. 3 legt die Hilflosenentschädigung schweren Grades auf 80% des Mindestbetrages der einfachen Altersrente fest. Sie wird als Pauschale ohne weitere Bedingungen ausbezahlt.

Die Hilflosenentschädigung wird ausbezahlt, solange die Hilflosigkeit, die periodisch überprüft wird, besteht. In Art. 43bis Abs. 2 wird die Karenzfrist von mindestens einem Jahr genannt, während der die Hilflosigkeit bestanden haben muss, damit ein Anspruch entsteht (diese Karenzfrist wird aufgehoben, wenn vorher schon Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV bestand).

Umfang

Die Zahl der Bezüger/innen ist von insgesamt 26'945 (1993) auf 35'707 (Januar 1996) gestiegen. Am stärksten ist die Gruppe der mittelschwer Hilflosen gestiegen; sie hat sich mehr als verdoppelt. (Dies ist nicht weiter verwunderlich, weil die mittlere Hilflosigkeit erst seit 1993 anerkannt wird.) Erwähnenswert ist das Verhältnis von Männern (1996: 9'891) und Frauen (25'816), das vor allem auf die stärkere Vertretung der Frauen in den Altersgruppen ab 80 zurückzuführen ist.

Die Auszahlungen steigen ebenfalls, zwischen 1993 und 1996 von insgesamt 215 Millionen auf 277 Millionen Franken.

3.2.2 Invalidenversicherung (IVG) - Medizinische Massnahmen

Definition - Anspruchsberechtigte

Die Invalidenversicherung gewährt u.a. medizinische Massnahmen. Nach IVG Art. 14 Abs. 1 fällt darunter die Behandlung, die auf ärztliche Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird. Art. 4 IVV präzisiert:

"Überschreitet der Invaliditätsbedingt zu leistende Betreuungsaufwand in Hauspflege voraussichtlich während mehr als drei Monaten das zumutbare Mass, so übernimmt die Versicherung die Kosten für zusätzliche benötigte Hilfskräfte bis zu einer im Einzelfall festzusetzenden Höchstgrenze.

Das zumutbare Mass an Betreuungsaufwand ist überschritten, sobald im Tagesdurchschnitt invaliditätsbedingt zusätzliche Pflege von mehr als zwei Stunden oder eine dauernde Überwachung notwendig ist. "

Leistung

Die Vergütung richtet sich nach dem Betreuungsaufwand, der in vier Stufen gegliedert ist: Sehr hoch entspricht intensiver Pflege während mindestens acht Stunden pro Tag; gering bedeutet täglich mindestens zwei Stunden Pflege. Die Höchstgrenze liegt beim vollen Höchstbetrag der einfachen Altersrente.

Umfang

Die Zahl der Leistungsbezüger/innen und der Umfang der Leistungen unter diesem Titel können nicht mit der erwünschten Genauigkeit ermittelt werden: 1995 wurden für "Medizinische Massnahmen" knapp 340 Millionen Franken aufgewendet. Jedoch umfassen diese viel mehr als die oben beschriebenen Leistungen, und ausserdem sind in anderen Rubriken, wie "Taggelder" oder "Hilfsmittel" ebenfalls Leistungen enthalten, die mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen.

3.2.3 Invalidenversicherung (IVG) - Hilflosenentschädigung

Definition - Anspruchsberechtigte

Auch im IVG werden zuerst (in Art. 42, Abs. 1) die formalen Kriterien genannt: Wohnsitz in der Schweiz, keine Hilflosenentschädigung von der Unfall- oder der Militärversicherung. Die Anspruchsberechtigung beginnt frühestens am ersten Tag des der Vollendung des 18. Altersjahr folgenden Monats und endet spätestens am Ende des Monats, in welchem Männer das 65. und Frauen das 62. Altersjahr zurückgelegt haben.

"Als hilflos gilt, wer wegen Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Ueberwachung bedarf" (Abs. 2). Die Höhe der Entschädigung ist gleich wie im AHVG vorgesehen (Abs. 3).

In der Verordnung zum IVG werden Beginn und Erlöschen des Anspruchs geregelt (Art. 35 IVV), und Art. 36 geht detailliert auf die Bemessung der Hilflosigkeit ein:

"Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn der Versicherte vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn er in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf.

Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist oder
- b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf.

Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn der Versicherte trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, oder
- b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf, oder
- c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf, oder
- d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann."

Art. 69 bis 74 IVV regeln Abklärung der und Beschluss über die Anspruchsberechtigung.

Leistungen

Die Bestimmungen entsprechen denen der AHV.

Umfang

Die Zahl der Empfänger/innen von Hilflosenentschädigungen der Invalidenversicherung hat eine steigende Tendenz. Sie liegt aktuell bei etwa 22'000 (21'556 im Januar 1996), woran - im Gegensatz zur AHV - etwa gleichviele Frauen wie Männer beteiligt sind.

Die ausbezahlten Leistungen stiegen insgesamt von 102 Millionen (1993) auf 115 Millionen Franken (1996).

3.2.4 Unfallversicherung (UVG)

Definition - Anspruchsberechtigte

Gemäss Art. 10 hat der/die Versicherte Anspruch auf zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Wird er/sie "infolge Unfalls invalid, so entsteht der Anspruch auf eine Invalidenrente" (Art. 18, Abs. 1). "Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist" (Abs. 2). "Bedarf der Versicherte wegen der Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Ueberwachung, so hat er Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung" (Art. 26, Abs. 1). Es werden drei Kategorien der Hilflosigkeit unterschieden: Leicht, mittel und schwer.

Leistungen

In Art. 27 wird die Höhe geregelt: "Die Hilflosenentschädigung wird nach dem Grad der Hilflosigkeit bemessen. Ihr Monatsbetrag beläuft sich auf mindestens den doppelten (leichte Hilflosigkeit) und höchstens den sechsfachen (schwere Hilflosigkeit) Höchstbetrag des versicherten Tagesverdienstes." (Dieser beträgt 1996 Fr. 267.--.) In der Verordnung zum UVG wird in Art. 37 festgelegt, dass der

Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung am ersten Tag des Monats entsteht, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind, jedoch frühestens beim Beginn des allfälligen Rentenanspruchs.

Umfang

Die Zahl der Leistungsberechtigten hat sich in den letzten Jahren in allen Schweregraden und sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen kontinuierlich erhöht, von insgesamt 959 (1991) auf 1'265 (1995). Ausbezahlt wurden 1991 Fr. 8'276'986; 1995 Fr. 12'153'912.

3.2.5 Militärversicherung

Definition - Anspruchsberechtigte

Der Hilflosenentschädigung in der IV entsprechen in der Militärversicherung die Zulagen gemäss Art. 20 des MVG: "Ist dem Versicherten Hauspflege oder ein privater Kuraufenthalt bewilligt worden und erwachsen ihm dabei durch die versicherte Gesundheitsschädigung oder durch Hilflosigkeit Mehrkosten für Unterkunft, Ernährung, Pflege oder Betreuung, so gewährt ihm die Militärversicherung Zulagen."

Leistungen

Weisung 12 MVG bestimmt, dass die Zulagen für die behinderungsbedingten Mehraufwendungen (Diät, Pflege usw.) kostendeckend sein sollen. Der Bedarf wird individuell abgeklärt, und es wird ein Betrag festgelegt, der für die Abdeckung des Bedarfs nach ortsüblichen Tarifen ausreicht. Entsprechend variieren die Leistungen individuell.

Umfang

1995 wurden an 173 Empfänger rund 1,5 Millionen Franken ausbezahlt.

3.3 Ergänzungsleistungen (ELG)

Definition - Anspruchsberechtigte

Der Anspruch auf EL ist in ELG Art. 2 geregelt: "Den in der Schweiz wohnhaften Schweizer Bürgern (und gemäss Abs. 2: niedergelassenen Ausländer/innen), denen eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder der Invalidenversicherung zusteht, ist ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen einzuräumen, soweit das anrechenbare Jahreseinkommen einen (...) festzusetzenden Grenzbetrag nicht erreicht."

Leistungen

Die Pflegebedürftigkeit wird indirekt erfasst, nämlich über die abzugsberechtigten (Krankheits-)kosten. Das Prinzip der EL, die Differenz zwischen den zur Existenzsicherung (mit einer oberen Grenze) benötigten und den vorhandenen Mitteln zu finanzieren, führt zu individuell stark unterschiedlichen Leistungen. Weil die Kosten bei Pflegebedürftigkeit so hoch sein können, dass sie die obere Grenze übersteigen, erhöht sich die Einkommensgrenze (maximale EL ohne Krankheitskosten 1995: Fr. 16'600) für die Vergütung von Kosten, die durch Heimaufenthalt, Krankheit, Pflege oder Hilfsmittel entstehen, um einen Drittel (ELG Art. 2 Abs. 1bis). Die Kantone können die Einkommensgrenze bis zu einem weiteren Drittel erhöhen, was alle gemacht haben. Das heisst, dass die massgebende Einkommensgrenze bei Heimbewohner/innen und bei Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, um zwei Drittel erhöht ist, nämlich von Fr. 16'600 auf Fr. 27'768. Für Krankheits- bzw. Pflegekosten steht die Differenz zwischen den zur Existenzsicherung ausbezahlten Leistungen und der massgebenden Einkommensgrenze zur Verfügung (vgl. Kurt Müller, Die Ergänzungsleistungen heute, in Soziale Sicherheit 1/95, S. 5ff).

Umfang

Die Zahl der EL-Bezüger/innen stagniert seit 1991 bei rund 162'000. Dies ist einerseits auf einen (vermutlich durch das BVG bedingten) Rückgang bei den AHV-EL von 126'050 (1991) auf 121'722 (1994) und den Anstieg der IV-EL von 33'097 (1991) auf 38'204 (1994) zurückzuführen.

Die Leistungen haben sich demgegenüber in beiden Kategorien erhöht, nämlich insgesamt von 1,638 (1991) auf 2,112 Milliarden Franken (1994).

Lange nicht alle Bezüger/innen von EL-Leistungen sind pflegebedürftig. Wenn als pflegebedürftig Personen gelten, die sowohl Ergänzungsleistungen als auch eine Hilflosenentschädigung mittleren und schweren Grades erhalten, so ergibt sich folgendes Bild (Berechnungen durch das BSV für 1995):

Von den Bezüger/innen von Ergänzungsleistungen (AHV und IV) sind 14,1% pflegebedürftig. (Von diesen leben rund 85% in Heimen.) Im Jahr 1995 wurden ihnen rund 580 Mio Fr. EL (davon an Heimbewohner/innen 96%) ausgerichtet. Das heisst aber nicht, dass damit direkt Pflege finanziert wurde, da der EL-Betrag ein Saldobetrag ist, der individuell aus den Ausgaben minus den Einnahmen berechnet wird. Demnach hängt die Höhe des Betrags sowohl von den Einnahmen wie auch von den Ausgaben ab. Bei diesen machen die Aufwendungen für Pflege einen bedeutenden Teil aus.

Zu diesem Betrag müssten die - allerdings in ihrer Höhe unbekannt - kantonalen und kommunalen Zusatzleistungen gezählt werden.

3.4 Zusammenfassung

Definition - Anspruchsberechtigte

Die Definitionen von Pflegebedürftigkeit und Hilflosigkeit entsprechen sich in den Schweizer Sozialversicherungen weitgehend: Wer für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe, Pflege oder Ueberwachung durch Dritte bedarf (und Rentenempfänger ist), ist anspruchsberechtigt. AHV, IV, UVG stützen sich bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf eine ATL-Skala, währenddem bei der MV der Bedarf individuell erhoben und bei den EL der Aufwand individuell, aber mit Begrenzungen abgerechnet wird.

Leistungen

Im Krankenversicherungsgesetz wird keine Anspruchsberechtigung formuliert, sondern es werden die Leistungen abschliessend aufgezählt, die vergütungsberechtigt sind, wenn sie bei anerkannten Leistungserbringern bezogen werden.

Bei der IV ist zu unterscheiden zwischen den Pflegeleistungen, die im Rahmen der medizinischen Massnahmen auf ärztliche Anordnung bis zu einer individuell zu bestimmenden Höchstgrenze

(maximal voller Höchstbetrag der einfachen Altersrente) übernommen werden, und der Hilflosenentschädigung.

AHV, IV und UV kennen eine pauschale Hilflosenentschädigung nach drei Schwerestufen. Bei AHV und IV entspricht sie 80% des Mindestbetrages der einfachen Altersrente (z.Z. bei schwerer Hilflosigkeit pro Monat Fr. 776), bei der UV maximal dem sechsfachen Höchstbetrag des versicherten Tagesverdienstes (z.Z. Fr. 1'602 monatlich). Die Hilflosenentschädigung wird als Geldleistung ausbezahlt, unabhängig davon, wer die Hilfe oder Pflege erbringt - dies können also auch Familienangehörige sein.

Bei der MV und den EL variieren die (Geld-)Leistungen bei Pflegebedürftigkeit stark. Sie werden nach dem Bedarf ausgerichtet, bei der MV direkt aufgrund einer individuellen Bedarfserhebung, bei den EL anhand der individuellen Abrechnung.

Die Leistungen werden (bei AHV und IV nach einer Wartefrist) dauernd ausgerichtet bzw. solange die Pflegebedürftigkeit besteht.

Umfang

Die Zahl der Leistungsbezüger/innen und auch der Leistungen lässt sich nur bei einem Teil der Sozialversicherungen ermitteln. Zur Krankenversicherung, zu den medizinischen Leistungen der IV und zu den kantonalen und kommunalen Zusatzleistungen fehlen die statistischen Grundlagen.

Versicherung	Anzahl Leistungsbezüger/innen	ausbezahlte Leistungen Fr.	Durchschnittl. pro Bezüger Fr.
AHV-HE	35'707	277 Mio	7'756
IV-HE	21'556	115 Mio	5'335
UV-HE	1'265	12 Mio	9'644
MV-HE	173	1,5 Mio	8'671
EL*	25'357	580 Mio	22'900

* EL-Bezüger mit Hilflosenentschädigung mittleren oder schweren Grades 1995

Quellen: AHV/IV-Statistik März 1994 und Berechnungen des BSV 1995/96

4. Die Regelungen auf kantonaler Ebene

Wie nicht anders zu erwarten, bietet sich ein sehr heterogenes Bild: Der Umgang mit der Pflegebedürftigkeit variiert von Kanton zu Kanton - das Spektrum reicht vom Fehlen kantonaler Regelungen (z.B. Uri, Appenzell Innerrhoden) bis zu expliziten Bestimmungen über die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und die Ausrichtung eines Pflegegeldes auf kantonaler Ebene (NE).

Zwei Grundtypen zeichnen sich dennoch ab: Der eine Typ überlässt den Gemeinden die Finanzierung der Pflegekosten, die die individuellen Mittel der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familien übersteigen. Das bedeutet, dass die Pflegebedürftigkeit über die Fürsorge/Sozialhilfe abgesichert wird. Zum anderen Typ gehören die Kantone, die selber oder zusammen mit den Gemeinden Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen ausrichten, die auch zur Finanzierung der Pflege herangezogen werden können.

Es ist klar, dass in dieser Situation der Wunsch nach Einheitlichkeit bzw. Objektivität der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit besteht. Dieser Wunsch ist allerdings schon inhaltlich aufgrund der Komplexität des Begriffs kaum zu erfüllen: Ein bestimmter, messbarer Zustand der Pflegebedürftigkeit kann sich ganz unterschiedlich auswirken, je nach dem, ob das betreffende Individuum in einer Stadt oder in einer kleinen Gemeinde in den Bergen, allein oder mit einer Familie, im Wohlstand oder in Armut lebt. Hinzu kommt die Frage nach den Akteuren: Je nach Grund/Anlass für die Definition und nach der eigenen Interessenlage wird Pflegebedürftigkeit unterschiedlich umschrieben und gemessen: Ein Vertrauensarzt der IV muss einerseits dafür sorgen, dass Pflegebedürftige zu ihrem Recht kommen, andererseits muss er auch darauf achten, dass kein Missbrauch mit öffentlichen Mitteln getrieben wird; ein Krankenkassenvertreter ist interessiert daran, die Zahl der Pflegebedürftigen und ihren Bedürftigkeitsgrad möglichst niedrig zu halten; ein Heimleiter wird tendenziell die Zahl der schwerer Pflegebedürftigen als hoch angeben, wenn er dafür mehr Mittel erhält.

Aber selbst wenn eine Übereinstimmung im Inhalt gefunden würde, wäre die praktische Umsetzung nicht einfach zu vereinheitlichen. Wo das Kausalitätsprinzip dominiert, wird Pflegebedürftigkeit unterschiedlichen öffentlichen Aufgabenbereichen zugeordnet: Soweit es sich um akute Situationen handelt, ist in der Regel das Gesundheitswesen zuständig (Spitäler, Spitex), während Pflegebedürftigkeit aufgrund von chronischen bzw. Langzeitkrankheiten und von Invalidität zum Aufgabenbereich des Sozialwesens gehört (Heime).

Immerhin ist auch hier eine Entwicklung zu erkennen: Traditionell und heute noch in vielen ländlichen Gegenden, wo die Gemeindekrankenpflege oder ein Heim Quasi-Monopolstellungen innehaben, wird die Definition der Pflegebedürftigkeit dezentralisiert und der operativen Ebene, also der Gemeindegewerkschaft oder der Heimleitung, z.T. unterstützt vom Arzt, überlassen. Demgegenüber wird der Erlass von Gesundheits- oder Heimgesetzen bzw. der Abschluss von Subventionsverträgen in verschiedenen Kantonen (z.B. Waadt, Bern) und in grösseren Städten (z.B. Zürich) zunehmend strategisch benützt, um eine gewisse Gleichwertigkeit der operativen Definitionen zu erreichen, z.B. indem bestimmte Bedarfsklärungsverfahren als Voraussetzung für die Beitragsberechtigung einer Institution oder Organisation vorgeschrieben werden.

Das KVG könnte einen zusätzlichen Vereinheitlichungs-Schub auslösen: Aus der Verpflichtung zur Sicherung der pflegerischen Grundversorgung im Krankenkassenobligatorium leitet sich die Forderung ab, den Begriff "Pflegebedürftigkeit" einheitlich zu definieren. Allerdings muss man sich dabei bewusst sein, dass dadurch, insb. durch die strikte Trennung von pflegerischen (d.h. vom KVG gedeckten) und hauswirtschaftlichen (aus dem KVG ausgeschlossenen) Leistungen die ganzheitliche Betrachtung der Pflegebedürftigkeit mindestens erschwert ist - eine verstärkte "Medikalisierung" in der Grauzone zwischen Pflege und Hilfe dürfte selbst mit perfektionierten Abklärungsinstrumenten kaum zu verhindern sein.

Definition und Bemessung der Pflegebedürftigkeit in den Kantonen: siehe Anhang

Literatur

- J. Blondeau und D. Dubois, Le financement de la dépendance des personnes âgées en Europe, Manuskript für die No. 81, Oktober 1996 der Geneva Papers on Risk and Insurance
- E. Carigiet, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Zürich 1995
- Conseil de l'Europe, La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, 6e Conférence des Ministres européens responsables de la sécurité sociale, Lisbonne, 29 / 31 mai 1995, Strasbourg 1995
- Eidg. Kommission für Altersfragen, Altern in der Schweiz, Bern 1995, S. 59
- J.H. Fries, The compression of morbidity: near or far?, The Milbank Quarterly, vol. 67 n. 2, 1989).
- Instrumente zur Messung des Pflegeaufwandes in Altersheimen und Akutspitälern (ifg/isp, Lausanne, Aarau 1995)
- S. Katz, A.B. Ford, R.W. Moskowitz et al., Studies of illness in the Aged: the index of Activities of Daily Living, Journal of the American Medical Association, 1963, 185, S. 914 - 919
- K. Müller, Die Ergänzungsleistungen heute, in Soziale Sicherheit 1/95, S. 5ff
- U. Portmann und F. Huber, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und Verbilligung der Krankenkassenprämie, in: Soziale Sicherheit 4/96, S. 195 - 198

Kapitel 2: Die Nachfrage nach Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

1. Grundsätzliche Überlegungen zur Nachfrage bei Pflegebedürftigkeit

Im Fokus dieser Studie sind pflegebedürftige Menschen jeden Alters. Gegenstand der Literatur ist aber in der Regel die Gruppe der pflegebedürftigen alten Menschen, weil angenommen wird, dass diese Gruppe in Zukunft grosse Versorgungs- und Finanzierungsprobleme stellen wird (vgl. z.B. A. Wettstein, *Senile Demenz: Ursache - Diagnose - Therapie*, Bern 1991). Dies ist auch der Grund für die Ausrichtung des Vorstosses zur Schaffung einer AHV Plus von Nationalrat Tschopp.

Im Zusammenhang mit dem Versuch, Pflegebedürftigkeit zu definieren, wurde festgestellt, dass sie zwar ein allgemeines Lebensrisiko darstellt, das aber stark individuell geprägt ist. Daraus muss auf eine grosse Komplexität der die Nachfrage bestimmenden Einflüsse geschlossen werden. Diese Komplexität wird reduziert, indem aus der Gesamtheit der individuellen, subjektiven Bedürfnisse mittels systematischer Bedarfsklärung (Expertenbeurteilung, ADL-Listen u.a.) der "Bedarf" quasi objektiviert wird.

Allerdings ist diese Objektivierung an den Rahmen des verfügbaren Angebots gebunden. Dies festzuhalten ist wichtig, weil pflegebedürftige Menschen tendenziell in einer Position der Abhängigkeit zum Sicherungssystem bzw. zu den (potentiellen) Leistungserbringer/innen stehen, weil letztere oft in einer Monopol-ähnlichen Position sind, und weil - wo dies nicht zutrifft - der Markt für die Betroffenen kaum transparent ist. Das Angebot steuert also die Nachfrage sehr stark, was sich z.B. anhand von Umfragen zur Zufriedenheit der Klient/innen mit Pflege- und Hilfeleistungen belegen lässt: U.a. in der Spitex-Bedarfsplanung der Stadt Zürich (vgl. Gesundheits- und Wirtschaftsamt der Stadt Zürich, *Spitex-Bedarfsplanung*, Zürich 1992), in deren Rahmen keine nennenswerten Unterschiede in der Klient/innenzufriedenheit zwischen den 21 Spitex-Quartieren festgestellt wurden, obwohl ihr Leistungsangebot quantitativ von Quartier zu Quartier differiert, wobei die Extremwerte sich etwa um den Faktor zwei unterscheiden.

Im folgenden wird deshalb nicht nur auf die quantitativen Aspekte eingetreten; zuerst soll die Frage nach der Art und Qualität der nachgefragten Leistungen diskutiert werden:

1.1 Qualitative Aspekte

Da Pflegebedürftigkeit indirekt über den Autonomieverlust definiert wird, leitet sich der Bedarf ebenfalls daraus ab, und zwar im Sinne der Kompensation der Funktionen, die den Autonomieverlust begründen. Im Kapitel zum Angebot wird auf eine Einteilung von Willmot nach dem Kriterium der Art der Leistung hingewiesen. Die OECD greift diese Gliederung für die Typologisierung des Bedarfs pflegebedürftiger Menschen auf. Sie unterscheidet den Bedarf an:

- medizinischer Versorgung
- paramedizinischen Leistungen
- Hygiene
- Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens
- hauswirtschaftlichen Leistungen
- sozialer Unterstützung
- Ueberwachung

(vgl. OCDE, Les nouvelles orientations de la politique sociale, Etudes de politique sociale no.12, Kapitel 4, Paris 1994).

Das Verdienst dieser Gliederung liegt vor allem darin, dass sie die Vielfalt des abzudeckenden Bedarfs andeutet. Dabei bleibt klar, dass die individuellen Ausprägungen noch viel stärker variieren. Sie hängen insbesondere von der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit, dem sozialen Status, der Tragfähigkeit des informellen Netzes und der subjektiven Wahrnehmung ab.

Im Auftrag der EU-Kommission wurde eine Befragung über die wichtigsten unbefriedigten Bedürfnisse durchgeführt. Im Vordergrund stehen demnach:

- die Bedürfnisse alter Menschen mit psychischen Problemen
- die Bedürfnisse nach koordinierten Leistungen
- die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen
- die Bedürfnisse nach Information

Darüber hinaus wurden die unzureichenden Finanzen, die für die Pflege und Betreuung zur Verfügung stehen, und die Kapazitätsengpässe bewirken, kritisiert, wie auch der Mangel an Evaluation und Qualitätssicherung (J. Pacolet et al., Social prevention for dependancy in old age, Leuven, August 1994, zitiert in: Conseil de l'Europe, Les besoins spécifiques des personnes dépendantes, les coûts et le financement, Strasbourg 1995, S. 28).

Diese letzten Elemente beziehen sich weniger auf den Bedarf als auf die Nachfrage, der ein ungenügendes oder zu teures Angebot gegenübersteht. Bedarf und Nachfrage werden dabei wie folgt unterschieden: Zu den Elementen, die ein Bedürfnis zum Bedarf werden lassen, also Objektivierung und Anerkennung durch das leistungserbringende oder finanzierende System, kommt als weiteres Element dazu, dass ein dem Bedarf entsprechendes Angebot vorhanden ist oder geschaffen wird; ausserdem werden Mittel benötigt, um die Leistungen des Angebots zu finanzieren.

1.2 Quantitative Aspekte

Auch die quantitative Nachfrage hängt von vielen verschiedenen und noch kaum ausreichend geklärten Faktoren ab. Im Vordergrund stehen:

- die demographische Entwicklung (Alterung der Bevölkerung)
- die Entwicklung des Gesundheitszustandes der alten Menschen
- die soziale Entwicklung
- die Entwicklung der medizinisch-therapeutischen Instrumente und Techniken
- das Angebot
- die Finanzen

(vgl. J. de Jong-Gierveld, H.van Solinge, *Le vieillissement et ses conséquences sur le système socio-médical*, Conseil de l'Europe, Strasbourg 1995).

Die demographische Entwicklung (Alterung der Bevölkerung)

Die demographische Entwicklung ist allgemein bekannt: Die durchschnittliche Lebenserwartung und insbesondere die sog. Restlebenserwartung der 65jährigen und älteren steigt. Deshalb und aufgrund der Geburtenzahlen steigt auch die Zahl der alten Menschen in der Schweiz absolut und als Anteil an der Gesamtbevölkerung: Bis ins Jahr 2040 ist (nach dem Szenario Kontinuität des BFS) etwa mit einer Vervierfachung des Anteils der über 80jährigen an der Gesamtbevölkerung zu rechnen. Neben anderen Autoren beruft sich insbesondere Fahrländer auf diese demographische Entwicklung, wenn er einen grossen Pflegemangel prognostiziert (vgl. Hansjürg Fahrländer, *Die Zukunft der stationären Alterspflege in der Schweiz*, in *Schweizerische Aerztezeitung*, Heft 37, 1995, S. 1468-1473).

Die Entwicklung des Gesundheitszustandes der alten Menschen

Die gesundheitlichen Charakteristiken der heute 60 bis 70jährigen unterscheiden sich kaum von denen der jüngeren Erwachsenen. Insofern ist es richtig, das vierte Alter, in dem sich die früher auf längere Perioden verteilten Gesundheitsprobleme nun konzentrieren, als eigenen sozialpolitischen Gegenstand zu betrachten, der nach eigenen Lösungen verlangt.

An anderer Stelle ist bereits auf die beiden Hypothesen hingewiesen worden, die heute wissenschaftlich noch nicht bestätigt bzw. falsifiziert werden konnten: Ausdehnung oder Kompression der Periode von Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch die Lebensverlängerung (vgl. J.H.Fries, The compression of morbidity: near or far?, The Milbank Quarterly, vol.67 n.2, 1989).

Unabhängig von diesen Hypothesen wird generell angenommen, dass sich das Pflegerisiko mit steigender Lebensdauer erhöht. Dafür sind insbesondere psychische und chronisch-degenerative Krankheiten verantwortlich, die im Alter häufiger auftreten, und von denen einige Autoren sogar annehmen, dass sie überproportional wachsen werden. Das betrifft vor allem Alterspsychosen (z.B. Verwirrung, Depressionen), Hirnerkrankungen (Demenzen, Alzheimer), Gelenkserkrankungen (Arthrosen, Osteoporose), Inkontinenz und Seh- bzw. Hörprobleme (vgl. Bericht der eidg. Kommission für Altersfragen, Altern in der Schweiz, 5. Kapitel: Die Gesundheit, Bern 1995).

Die Annahmen zur Entwicklung der Morbidität im Alter und ihre Folgen sind noch kaum über das Spekulative hinausgelangt, weil sich zwar durch eine systematische Bedarfsklärung die Komplexität der Problemdarstellung und -bearbeitung reduzieren lässt, nicht aber des Problems selber. Abgesehen von der demographischen Entwicklung, über die - zwar in Varianten, aber doch mit einiger Gewissheit - Aussagen gemacht werden können, müssen alle Faktoren relativiert werden. Dazu nur zwei Beispiele:

Der Wandel von einer Generation zur nächsten ist ungewiss: Die sog. Baby-boom-Generation der Nachkriegszeit, die um 2030 herum 80jährig wird, wird dann kaum mit den heutigen 80jährigen zu vergleichen sein. Ihre Ausbildung ist besser. Viele leben gesundheitsbewusster, die Frauen sind selbständiger, die Einkommen in der Regel höher - alles Faktoren, die darauf schliessen lassen, dass der allgemeine Gesundheitszustand dieser Generation um 2030 besser sein wird als dies heute bei den 80jährigen der Fall ist.

Oder: Die traditionellen Gesundheitsindikatoren umfassen die Morbidität und Sterblichkeit bezogen auf spezifische Krankheiten, sowie allgemein die Lebenserwartung. Diese Indikatoren tragen jedoch

den funktionellen Veränderungen nicht Rechnung, die - ohne lebensgefährdend zu sein - die individuelle Autonomie im Alter beeinträchtigen können.

Die Entwicklung der medizinisch-therapeutischen Instrumente und Techniken

Die Häufigkeit und der Verlauf von Krankheiten und funktionalen Veränderungen können durch therapeutische Fortschritte entscheidend beeinflusst werden. Zwar ist die Altersmedizin noch zu selten Forschungsgegenstand, aber sie profitiert von den enormen Fortschritten, die die medizinische Technik im allgemeinen in den letzten Jahrzehnten gemacht hat. Zu nennen sind insbesondere die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die Erhöhung der Wirksamkeit von Medikamenten, die Verbesserung der Operationstechniken, die weniger belastende Eingriffe erlauben usw. Ähnliches ist in bezug auf verschiedene Therapien zu sagen: Alte Menschen profitieren von den allgemeinen Fortschritten in der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Pflegemethoden usw.

Es ist denkbar, dass Alterskrankheiten in Zukunft als Forschungsgegenstand interessanter werden, wenn die Zahl der Betroffenen steigt, d.h. dass ein Markt entsteht. Gewisse besonders kostspielige Krankheiten treten vorwiegend im hohen Alter auf. In den USA liegt die Alzheimer Krankheit bereits auf dem dritten Rang der teuersten Krankheiten nach den Herz-Kreislaufkrankheiten und dem Krebs. Modellrechnungen sollen gezeigt haben, dass jede Aufschiebung der Krankheit erhebliche Einsparungen bringen würde, und dass sich mit einer Aufschiebung um fünf Jahre die Kosten halbieren liessen (vgl. OECD, Conséquences du vieillissement démographique pour l'action des gouvernements, Paris, 13.Mai 1996, S. 43).

Allerdings können sich therapeutische Fortschritte sowohl steigend als auch senkend auf die Nachfrage nach Pflegeleistungen auswirken, wie eine in den USA durchgeführte Simulationsrechnung gezeigt hat: Untersucht wurden fünf lebensverkürzende Alterskrankheiten, d.h. solche mit normalerweise tödlichem Ausgang (Herz-Kreislauf-Erkrankung, Schlaganfall, Krebs, Diabetes, Demenz) sowie eine Krankheit, die zu funktionalen Störungen führt (Arthritis). Das Ergebnis ist eindrucklich: Mit einer Reduktion der Häufigkeit arthritischer Erkrankungen um 1% alle zwei Jahre von 2001 bis 2049 könnten 4 Millionen Personentage in Behinderung und der durch sie verursachte Aufwand "eingespart" werden. Demgegenüber würden entsprechende Fortschritte bei den anderen Krankheiten deren tödlichen Ausgang nicht verhindern, sondern "nur" hinausschieben können und dadurch Mehraufwand zur Folge haben. (vgl. Chad Boulton et al., Decreasing Disability in the 21st Century: The Future Effects of Controlling Six Fatal and Nonfatal Conditions, American Journal of Public Health, Vol.86, No.10, October 1996, S.1388 - 1393)

Die soziale Entwicklung

Aehnlich schwierig vorauszusagen ist die soziale Entwicklung. Der Trend zur Kleinfamilie und die vermehrte Mobilität dürften anhalten und dazu führen, dass die Zahl der in hohem Alter alleinstehenden Menschen steigt. Betroffen sind insbesondere die Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung - kombiniert mit dem Umstand, dass sie in der Regel Männer heiraten, die einige Jahre älter sind. Allein leben heisst jedoch nicht unbedingt, in Isolation leben. Trotz höherer Berufsquote der Frauen können sich viele alte Menschen nach wie vor auf die Hilfe v.a. ihrer Töchter und Schwiegertöchter verlassen (Männer mehr als Frauen). (vgl. R.M.Rüst-Walcher, Möglichkeiten und Grenzen der spitalexternen Betreuung und Pflege von Betagten, SGGP-Schriftenreihe No.28, 1993)

Die Entwicklung des Angebots

Es ist an anderer Stelle darauf hingewiesen worden, dass es sich bei den ambulanten Diensten - ähnlich wie bei den ärztlichen Leistungen - um einen Anbietermarkt handelt: Angebot schafft Nachfrage. (Im Gegensatz zu den traditionellen Altersheimen, an denen in der Schweiz eher ein Ueberangebot besteht, sodass die Nachfrager Wahlmöglichkeiten erhalten.) Die Entwicklung des Angebots hängt, was die Kapazität betrifft, von den verfügbaren Finanzen ab; was die Qualität betrifft, vor allem von der Ausrichtung der Dienste auf die Rehabilitation und der Bereitstellung der dafür benötigten Qualifikationen.

Die Finanzen

Gegenwärtig scheint in der Schweiz im allgemeinen die Kapazität der ambulanten Dienste auszureichen, denn die Klient/innenzahlen stagnieren seit etwa 1991/92. Wirklich einwandfreie Statistiken, geschweige denn Zeitreihen fehlen noch weitgehend. Die Aussage kann sich aber immerhin auf Quellen der Stadt Zürich (vgl. Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich, Jahresstatistiken der Zentralstelle Spitex) sowie der Kantone St.Gallen (vgl. Sanitätsdirektion des Kantons St. Gallen, Spitalleitbild, St. Gallen 1995), Bern (vgl. IUSP-Bericht, a.a.O) und Waadt (Service de la santé publique, Annuaire de statistiques sanitaires du canton de Vaud 1994, Lausanne 1995) stützen. Allerdings kann dies wenigstens zum Teil mit dem Preis der Leistungen zusammenhängen, der v.a. für die höheren Einkommens- und Vermögensklassen spürbar erhöht wurde. Die Nachfrage nach Spitex-Leistungen reagiert rasch negativ auf Preiserhöhungen. Bisher pendelte sie

sich aber nach etwa einem halben Jahr wieder auf der früheren Höhe ein (vgl. Spitex-Bedarfsplanung für die Stadt Zürich, IUSP-Bericht - Kanton Bern). Es ist fraglich, ob dies auch in Zukunft gilt.

Das am 1.1.1996 in Kraft getretene KVG verändert das Finanzierungssystem: Statt der bisherigen freiwilligen Beiträge an die ambulanten Leistungen und der Minimalbeiträge an die stationäre Langzeitpflege, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 25 Abs.2.a die Kosten für "die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden." Dafür sind hauswirtschaftliche Leistungen neu von der Finanzierung ausgeschlossen.

Obwohl noch nicht ganz klar ist, ob die Versicherungen tatsächlich kostendeckende Preise bezahlen werden (z.Z. sind diesbezüglich die Initiative Rychen und einige Rekurse beim Bundesrat hängig), ist zu befürchten, dass diese Finanzierung die Leistungen in eine unerwünschte Richtung steuern: Für die Klient/innen wird die von der Erstellung her kostengünstigste Leistung (Haushilfe) zur teuersten, weil sie nicht über die Kasse abgerechnet werden kann. Der Druck, vermehrt verrechenbare pflegerische zulasten der hauswirtschaftlichen Leistungen zu erbringen, ist absehbar. Die Kantone und Gemeinden könnten die Tendenz zur Medikalisierung der ambulanten Dienste bremsen, indem sie mindestens einen Teil ihrer durch das KVG eingesparten Beiträge zur Vergünstigung der hauswirtschaftlichen Leistungen einsetzen. Ob sie dies angesichts der Situation der öffentlichen Finanzen tun, ist z.Z. allerdings noch fraglich.

Diese Ausführungen zu den quantitativen Aspekten der Nachfrage mögen genügen, um zu zeigen, dass voraussehbare, messbare Faktoren nicht ausreichen, um eine Prognose zu erstellen, sondern dass politische und ethische Fragen im Zusammenhang mit den Alterskrankheiten und ihrer Behandlung in das Zentrum der Diskussion rücken werden.

2. Schätzungen zur Zahl der Nachfrager/innen

Angesichts der Tatsache, dass eine einheitliche Definition des Begriffs Pflegebedürftigkeit fehlt, sind die Schwierigkeiten offensichtlich, quantitative Angaben über die Zahl der Pflegebedürftigen zu machen. Annäherungen können jedoch von verschiedenen Seiten her versucht werden:

Mögliche Ansätze sind:

- Bezüger/innen von Hilflosenentschädigung

-
- Bewohner/innen von Heimen
 - Bezüger/innen von langfristigen Krankenkassenleistungen
 - Bezüger/innen von Spitex-Leistungen

Anmerkung 1: Gemäss unserer Definition der Pflegebedürftigkeit, die das Element "Langfristigkeit" beinhaltet, werden Patient/innen geriatrischer Kliniken oder anderer Akutspitäler für den Zweck dieser Studie nicht zu den pflegebedürftigen Personen gezählt.

Anmerkung 2: Im folgenden werden jeweils Annahmen getroffen und soweit möglich durch Untersuchungsergebnisse oder Ableitungen gestützt. Die auf der Basis dieser Annahmen und der vorhandenen statistischen Daten durchgeführten Berechnungen haben sehr vorläufigen Charakter, da die Datenlage ungenügend ist, und die Annahmen von zu vielen externen Faktoren abhängig sind.

2.1 Bezüger/innen von Hilflosenentschädigung

Wie bereits ausgeführt, wird Pflegebedürftigkeit in der Praxis der schweizerischen Sozialversicherungen synonym mit Hilflosigkeit definiert. Die Zahl der ausbezahlten Hilflosenentschädigungen ist deshalb ein gültiger Indikator für die Zahl der Nachfrager/innen.

Invalidenversicherung:

- Annahme:
1. Bei der IV-Abklärung wird immer auch der Anspruch auf Hilflosenentschädigung abgeklärt, sodass 100% der Hilflosen erfasst werden.
 2. Der Grad der Hilflosigkeit entspricht dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Resultat: Gemäss der Invaliditätsstatistik bezogen im Januar 1996 21'556 IV-Rentner/innen eine Hilflosenentschädigung. Davon waren 8'594 mit leichter Hilflosigkeit/Pflegebedürftigkeit eingestuft, 7'411 als mittelschwer pflegebedürftig und 5'551 als schwer pflegebedürftig.

Alters- und Hinterlassenenversicherung:

- Annahme:
1. 50% der AHV-Rentner/innen, die Anrecht auf eine Hilflosenentschädigung hätten, erhalten eine solche. (Bei den anderen 50%, meist zu Hause lebenden alten Menschen, wird die Abklärung verpasst.)
 2. Der Grad der Hilflosigkeit entspricht dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Die AHV kennt nur die Stufen mittelschwere und schwere Hilflosigkeit. Die Statistik weist aber dennoch 2'598 AHV-Rentner/innen mit leichter Hilflosigkeit aus; dabei handelt es sich um Personen, die vor Eintritt in das AHV-Alter eine Hilflosenentschädigung leichten Grades der IV erhalten hatten, und deren Besitzstand gewahrt bleibt. (Auf sie trifft Annahme 1 nicht zu, ihre Zahl wird deshalb nicht verdoppelt.)

Resultat: Im Januar 1996 bezogen 35'707 AHV-Rentner/innen eine Hilflosenentschädigung. Aufgeteilt auf die Schweregrade und umgerechnet auf die Zahl der Pflegebedürftigen, ergibt dies:

2'598 leicht Hilflöse	=	2'598 leicht Pflegebedürftige,
10'793 mittelschwer Hilflöse	=	21'586 mittelschwer Pflegebedürftige,
22'316 schwer Hilflöse	=	44'632 schwer Pflegebedürftige.

Unfallversicherung

- Annahme:
1. Mit dem UV-Rentenanspruch wird immer auch der Anspruch auf Hilflosenentschädigung abgeklärt, sodass 100% der Hilflosen erfasst werden.
 2. Der Grad der Hilflosigkeit entspricht dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Resultat: Gemäss der SUVA-Statistik (aufgrund von Angaben des zuständigen Sachbearbeiters um 15% erhöht, um alle Versicherungen unter dem UVG zu erfassen) bezogen im Jahr 1995 1'455 UV-Rentner/innen eine Hilflosenentschädigung. Entsprechend waren
765 leicht pflegebedürftig,
293 mittelschwer pflegebedürftig und
397 schwer pflegebedürftig.

Militärversicherung

1995 zählte die Militärversicherung 208 Empfänger von Hilflosenentschädigungen. Davon bezogen 35 Beiträge an Transportkosten, sodass 173 Pflegebedürftige bleiben. Da in der MV keine Pauschalen sondern Entschädigungen nach Aufwand bezahlt werden, ist eine Einteilung nach Schweregrad nicht möglich.

Zusammenfassung: Pflegebedürftige aufgrund der Zahlen über die Hilflosigkeit

Versicherung	Hilflosigkeit			Total
	leicht	mittel	schwer	
IV-HE	8'594	7'411	5'551	21'556
AHV-HE	2'598	10'793*	22'316*	35'707*
UV-HE	765	293	397	1'455
MV-HE		173		173
Total	11'957	18'670	28'264	58'891

* Unter der im Abschnitt über die AHV vorgelegten Annahme, dass nur die Hälfte der eigentlich Berechtigten eine Hilflosenentschädigung beantragt und erhält, müssen diese AHV-HE-Zahlen verdoppelt werden, um die Zahl der pflegebedürftigen Betagten zu ermitteln. Somit ergibt sich:

Total Pflegebedürftige	11'957	29'463	50'580	92'000
---------------------------	--------	--------	--------	--------

Anmerkung: Für den Bezug von Hilflosenentschädigungen gelten unterschiedliche Karenzfristen von Versicherung zu Versicherung. Die dadurch entstehenden Ungenauigkeiten werden angesichts der ohnehin groben Schätzungen vernachlässigt.

2.2 Bewohner/innen von Heimen

Bewohner/innen von Kranken(Pflege)heimen und von Alters- und Pflegeheimen

Die Schwierigkeiten mit diesem Indikator liegen einerseits im Fehlen klarer Abgrenzungskriterien für die Kranken- bzw. Pflegeheime, andererseits im Mangel an befriedigenden Statistiken.

Auf schweizerischer Ebene liegen die Ergebnisse einer Erhebung des Jahres 1991 über "Stationäre sozialmedizinische Institutionen" vor (M. Wyss, BFS-Bericht Gesundheit Nr. 14, 1993): Die Daten von 2'175 Betrieben (92,5%), die sich auf den 31.12.1991 beziehen, werden als repräsentativ bezeichnet. Die Resultate der Untersuchung werfen dennoch einige Fragen auf, u.a. in der Typologie der stationären sozialmedizinischen Institutionen (fünf Typen von Alters- und Pflegeheimen werden unterschieden).

Insgesamt wurden 98'765 Betten und 94'122 Bewohner/innen gezählt, was eine Belegung von gut 95% ergibt. Hochgerechnet auf alle Betriebe sind dies 106'770 Betten und 101'750 Bewohner/innen. Von diesen leben 20'000 in "Pflegeheimen" (etwa zur Hälfte in Heimen für schwere Pflege), und 54'000 in "Alters- und Pflegeheimen". (Erholungs- und Kurheime zählen rund 4'000 Bewohner/innen, die in den folgenden Rechnungen nicht berücksichtigt werden.)

Annahme:	1.	Alle Patient/innen der "Heime: Schwere Pflege" sind schwer pflegebedürftig:	10'000
	2.	Zwei Drittel der Patient/innen der anderen "Pflegeheime" sind mittelschwer pflegebedürftig:	6'000
	3.	Ein Drittel der Patient/innen der anderen "Pflegeheime" ist schwer pflegebedürftig:	3'000
	4.	20% der Bewohner/innen von "Alters- und Pflegeheimen" sind leicht pflegebedürftig:	11'000
	5.	35% der Bewohner/innen von "Alters- und Pflegeheimen" sind mittelschwer pflegebedürftig:	19'300
	6.	25% der Bewohner/innen von "Alters- und Pflegeheimen" sind schwer pflegebedürftig:	13'700
	7.	20% der Bewohner/innen von "Alters- und Pflegeheimen" sind nicht pflegebedürftig:	11'000

Resultat: Aufgrund der Erhebung über die stationären, sozialmedizinischen Institutionen lebten am 31.12.1991 in Kranken(Pflege)heimen und Alters- und Pflegeheimen total 74'000, nämlich 11'000 nicht pflegebedürftige sowie 11'000 leicht, 25'300 mittel und 26'700 schwer pflegebedürftige Menschen.

Bewohner/innen von therapeutischen Heimen

In der zitierten Erhebung des BFS wurden ausserdem (hochgerechnet) rund 22'000 Bewohner/innen therapeutischer Heime gezählt, nämlich gut 14'000 Bewohner/innen von "Institutionen für Invalide", 6'400 Bewohner/innen von "Heimen für Drogenabhängige und Alkoholranke" und 1'600 Bewohner/innen von "Heimen zur Behandlung psychosozialer Fälle".

- Annahme:
1. 50% der Bewohner/innen dieser Heime sind mittelschwer pflegebedürftig
 2. 50% der Bewohner/innen dieser Heime sind schwer pflegebedürftig.

Resultat: Aufgrund der Erhebung über die stationären, sozialmedizinischen Institutionen lebten am 31.12.1991 in "Institutionen für Invalide", in "Heimen für Drogenabhängige und Alkoholranke" und in "Heimen zur Behandlung psychosozialer Fälle"

11'000 mittel und
11'000 schwer pflegebedürftige Menschen.

Bewohner/innen von Altersheimen

Unabhängig davon, ob diese Kategorie von Heimen als Altersheime, Betagtenheime oder Alters- und Pflegeheime bezeichnet wird, steht fest, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit ihrer Bewohner/innen in den letzten 10 Jahren deutlich gestiegen ist. Dafür sind mehrere Gründe verantwortlich, insbesondere: Da sich der Gesundheitszustand älterer Menschen allgemein verbessert hat und dank des Ausbaus der Spitex-Dienste, können die alten Menschen länger selbständig leben. Das auf durchschnittlich 84 Jahre gestiegene Heim-Eintrittsalter bestätigt dies. Da die Präferenz der alten Menschen eindeutig die selbständige Lebensführung ist, wird der Heimeintritt erst vollzogen, wenn es nicht mehr anders geht, d.h. dass dann in der Regel eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

In der genannten Studie des BFS wurden 1988 (hochgerechnet) 4'360 reine "Altersheimbetten" gezählt; 1991 waren es nur noch 2'040, die von rund 1'900 alten Menschen bewohnt wurden.

Gemäss einer 1994 im Kanton Graubünden durchgeführten Einstufung der Altersheimbewohner nach dem BAK-System, waren 24% der Altersheimbewohner mittel, 16,8% schwer pflegebedürftig (vgl. Justiz, Polizei- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Bericht zur Gestaltung der neuen Alterspolitik im Kanton Graubünden, März 1996). Eine Vergleich von medizinischer Diagnose und

BAK-Einstufung, der 1994/95 im Kanton Zug durchgeführt wurde, kommt demgegenüber zum Ergebnis, dass 25% der Altersheimbewohner/innen nach BAK mittelschwer oder schwer pflegebedürftig sind (vgl. Sanitätsdirektion des Kantons Zug, Altersheime im Kanton Zug, Darstellung des Pflegeaufwandes nach BAK im Vergleich zu den medizinischen Diagnosen, Zug, 23.2.96). Da sich aus unserer eigenen Berner Untersuchung ergibt, dass rund ein Viertel der Altersheimbewohner/innen nicht pflegebedürftig ist (vgl. IUSP-Bericht, a.a.O), lassen sich folgende Annahmen vertreten:

- Annahme:
1. Da der Erfassungsgrad in dieser Kategorie von Heimen am geringsten ist (viele rein private Altersheime), erhöhen wir die Quote um 10% und rechnen statt mit 1'900 mit 2'100 Bewohner/innen.
 2. 25% der Bewohner/innen von "Altersheimen" sind nicht pflegebedürftig.
 3. 35% der Bewohner/innen von "Altersheimen" sind leicht pflegebedürftig.
 4. 25% der Bewohner/innen von "Altersheimen" sind mittelschwer pflegebedürftig.
 5. 15% der Bewohner/innen von "Altersheimen" sind schwer pflegebedürftig.

Resultat: Von 2'100 Bewohner/innen von "Altersheimen" sind:
 520 Bewohner/innen nicht pflegebedürftig,
 730 Bewohner/innen leicht,
 530 Bewohner/innen mittelschwer,
 320 Bewohner/innen schwer pflegebedürftig.

Zusammenfassung: Pflegebedürftige in Heimen

Heimtyp	Pflegetbedürftigkeit			Total
	leicht	mittel	schwer	
Kranken(Pflege)- heime/Alters- und Pflegeheime	11'000	25'300	26'700	63'000
Therapeutische Heime		11'000	11'000	22'000
Altersheime	730	530	320	1'580
Insgesamt	11'730	36'830	38'020	86'580

Ausserdem leben aufgrund dieser Berechnungen 11'520 nicht-pflegebedürftige, total also rund 98'100 Menschen in den Schweizer Heimen (ohne Erholungs- und Kurheime).

Weitere Berechnungen zu den Pflegebedürftigen in stationären Institutionen

Altersgruppe über 65 Jahre

In der BFS-Erhebung wurden keine Daten zu den Altersgruppen der Heimbewohner/innen erhoben, sodass wir erneut auf Annahmen und Schätzungen angewiesen sind:

- Annahme 1: Die Bewohner/innen therapeutischer Heime, also der Institutionen für Invalide, Heime für Drogenabhängige bzw. Alkoholranke und Heime zur Behandlung psychosozialer Fälle sind weniger als 65jährig.
- Annahme 2: Die Bewohner/innen der Kranken(Pflege)heime, Alters- und Pflegeheime sowie Altersheime sind älter als 65.

Demnach leben in Heimen 64'580 pflegebedürftige und 11'520 nicht-pflegebedürftige, total also 76'100 über 65jährige Menschen.

Diese Angabe wiederum liegt recht nahe bei der gesamtschweizerischen Quote der in Kollektivhaushalten lebenden über 65jährigen Bevölkerung gemäss der Volkszählung 1990. Nach Haushaltstyp aufgeschlüsselt, lebten 33'800 Personen über 65 in "Krankenanstalten" und 43'800 in "Heimen der Wohlfahrtspflege", "Sammel-" und "sonstigen Kollektivhaushalten". Total ergibt dies 77'600 über 65jährige Heimbewohner/innen (1990).

Die Datenprobleme zeigen sich aber gerade hier sehr deutlich:

Wenn man in bezug auf den Grad der Pflegebedürftigkeit die gleichen Annahmen trifft, wie bei den Kranken-, Alters- und Pflegeheimen, so ergibt sich aufgrund der Volkszählung in bezug auf über 65jährige Menschen, dass 22'500 mittel und 11'300 schwer Pflegebedürftige in Krankenanstalten lebten und in den übrigen Heimen u.a. weitere 15'000 mittel und 11'000 schwer Pflegebedürftige, also insgesamt 37'500 mittel und 22'300 schwer pflegebedürftige über 65jährige Personen (1990). Der Vergleich mit den Ergebnissen der Betriebszählung (vgl. Zusammenfassung oben) zeigt, dass dort insgesamt 36'830 mittelschwer pflegebedürftige Menschen gezählt wurden, also unter Einbezug

von 11'000 unter 65jährigen in Institutionen für Invalide u.ä., die in der Haushaltssstatistik nicht mitgezählt sind. Mindestens eine der beiden Angaben scheint also falsch zu sein. Bei den schwer Pflegebedürftigen stehen den gemäss der "Heim-Statistik" hochgerechneten rund 28'000 Heimbewohner/innen (ohne therapeutische Heime) in der Haushaltstatistik 22'300 Patient/innen über 65 Jahre gegenüber. Diese Differenz ist zwar geringer, sie kann aber z.Z. ebenfalls nicht überprüft werden.

Bezüger/innen langfristiger Krankenkassenbeiträge in stationären Einrichtungen

Seit 3 Jahren beteiligen sich 17 Krankenkassen, die gut 50% der Schweizer Bevölkerung versichern, an einer Erhebung von Administrativdaten durch das Bundesamt für Sozialversicherung. Aus den Daten von 1994 wurden die Personen ausgewählt, die mindestens 60 Tage in einer stationären Institution verbracht haben. (Diese Grösse wurde gewählt, weil die Daten nur jahrweise vorliegen. Je länger die vorgegebene Verweildauer ist, desto mehr Personen, die gegen Ende des Jahres eintreten, scheiden aus der Zählung aus, obwohl sie langfristig stationär untergebracht sind. 60 Tage erschien als akzeptabler Kompromiss, weil nur wenige Akutfälle so lange dauern.)

Bezüger/innen von langfristigen Krankenkassenbeiträgen in stationären Einrichtungen

	Altersgruppen				Total
	0 - 17	18 - 64	65 - 79	80+	
Anzahl Personen*	1'391	36'115	20'334	28'128	85'968
Anteil Versicherte	0,1%	0,8%	2,7%	10,1	

* auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet.

Quelle: Berechnungen des BSV, Okt. 1996

Kommentar:

Diese Statistik bestätigt die Tatsache, dass der Anteil der Personen, die in Institutionen leben, mit dem Alter steigt. Wie stark, ist allerdings nicht ganz eindeutig:

Gemäss den Daten des BSV liegt der Anteil der betroffenen Personen am Total der Versicherten bei 1,3% der Gesamtbevölkerung 1994, d.h. bei 91'247. Die Differenz zwischen dieser Zahl und der Addition der Ergebnisse pro Altersgruppe = 85'968 Bewohner/innen stationärer Einrichtungen kann sowohl durch die gleichartige Hochrechnung der unterschiedlichen Altersgruppen entstanden sein, als auch aufgrund der Tatsache, dass vor dem KVG-Obligatorium v.a. in der obersten Altersgruppe noch nicht alle Personen krankenversichert waren.

Auf diese zweite Begründung deutet auch der Umstand, dass von den rund 30% der über 80jährigen Personen, die in stationären Institutionen leben, nur rund ein Drittel (10,1%) Kassenleistungen erhält.

Trotz aller Unterschiede liegen die Ergebnisse der verschiedenen Ansätze recht nahe beisammen, sodass davon ausgegangen werden darf, dass sie in der Grössenordnung zutreffen. D.h., dass zur Zeit rund 85'000 - 90'000 pflegebedürftige Menschen in stationären Institutionen leben.

2.3 Bezüger/innen von Spitex-Leistungen

Die Datenlage im ambulanten Bereich ist wohl noch prekärer als bei den Heimen, weshalb ebenfalls lediglich Annäherungen mit verschiedenen Ansätzen gesucht werden können:

Daten zum Bedarf

Mangels aktueller Untersuchungen wird in der Schweiz noch immer auf eine Studie zurückgegriffen, die Abelin und Schlettwein vor über 10 Jahren durchführten (Behinderungen und Bedürfnisse Betagter, Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1986, vol. 116, S. 1524 - 1542). Sie haben für städtische Gebiete ermittelt, dass 27,1% der über 65jährigen gelegentlich bzw. 8,2% täglich Hilfe im Haushalt und 21,3% gelegentlich bzw. 6,1% täglich Pflege benötigen.

Daten zur Nachfrage (effektive Benützung ambulanter Dienste)

Unsere eigene Stichprobe in der Stadt Zürich hat eine nach Quartier unterschiedliche Inanspruchnahme ambulanter Dienste von 9,5% - 27% der selbständig lebenden über 80jährigen ergeben (vgl. Gesundheits- und Wirtschaftsamt der Stadt Zürich, Spitex-Bedarfsplanung, Zürich 1992). Diese Quoten wurden durch unsere Erhebungen in 25 Gemeinden des Kantons Bern und in 7 Gemeinden im Kanton St. Gallen bestätigt (vgl. IUSP-Bericht, Bern 1994 und Spitalleitbild des Kantons St. Gallen, 1995).

Wie nicht anders zu erwarten, zeigt sich eine beträchtliche Bandbreite in der Beanspruchung der ambulanten Dienste: Aufgrund der kantonalen Angaben für das Spitex-Inventar (vgl. BSV, Spitex-Inventar, Bern 1994) variieren die effektiven Klient/innenquoten um das Vier- bis Sechsfache.

Die Bandbreiten betragen in Prozenten der jeweiligen Altersgruppe:

- bei den unter 64jährigen	0,2%	bis	1,3%
- bei den 65-79jährigen	2%	bis	11%
- bei den über 80jährigen	11%	bis	40%.

Um einen Vergleich mit den Heimbewohnern zu ermöglichen, wurden in der Berner Erhebung die Klient/innen der ambulanten Dienste nach dem für den stationären Bereich entwickelten BAK-System eingestuft (vgl. IUSP-Bericht, Bern 1994). Die Einteilung der Klient/innen durch die ambulanten Dienste ergab ein Bild, das den Erwartungen entspricht: 62,8 % der Patient/innen/Klient/innen haben einen geringen Hilfebedarf, 23,2% einen leichten, 10,5 % einen mittleren und weitere 3,5 % einen schweren Hilfe- und Pflegebedarf. Im folgenden werden diese Daten auf die ganze Schweiz hochgerechnet:

- Annahme:
1. 10% der 65 - 79jährigen und 30% der über 80jährigen selbständig lebenden Menschen erhalten Spitex-Leistungen
 2. 85% der Spitex-Klient/innen sind über 65 Jahre alt
 3. 60% der Spitex-Klient/innen sind nicht pflegebedürftig.
 4. 25% der Spitex-Klient/innen sind leicht pflegebedürftig.
 5. 10% der Spitex-Klient/innen sind mittelschwer pflegebedürftig.
 6. 5% der Spitex-Klient/innen sind schwer pflegebedürftig.

Resultat¹⁾: 700'000 Einwohner/innen²⁾ von 65 - 79 Jahren 70'000 Spitex-Klient/innen
 180'000 Einwohner/innen³⁾ über 80 55'000 Spitex-Klient/innen
 insgesamt also 125'000 Spitex-Klient/innen über 65.

Hochgerechnet auf alle Altersstufen = 150'000 Spitex-Klient/innen.
 Davon sind 40'000 leicht,
 16'000 mittel und
 8'000 schwer pflegebedürftig.

¹⁾ Bevölkerungszahlen 1990

²⁾ 95% selbständig lebende von 734'366 Einwohner/innen

³⁾ 70% selbständig lebende von 254'519 Einwohner/innen

2.4 Zusammenfassung: Pflegebedürftige in stationärer und ambulanter Betreuung

Betreuung	Pflegebedürftigkeit			Total
	leicht	mittel	schwer	
stationär:				
Heime insg.	11'730	36'830	38'020	86'580
ambulant:				
Spitex-Bezüger/innen	40'000	16'000	8'000	64'000
Total	51'730	52'830	46'020	150'580

Kommentar:

Bei den rund 150'000 pflegebedürftigen Menschen aller Altersgruppen, handelt es sich um jene, die stationäre oder ambulante Leistungen in Anspruch nehmen. Unbekannt ist, wieviele pflegebedürftige Menschen darauf verzichten.

3. Die internationale Datenlage

3.1 Generelle Fragen

Obwohl das Problem der Pflegebedürftigkeit in allen europäischen Ländern anerkannt wird, gibt es kaum verlässliche Statistiken geschweige denn Prognosen zur Pflegebedürftigkeit. In den meisten Ländern werden die Zahlen nur geschätzt oder auf zweifelhafter Grundlage hochgerechnet. Dabei stehen zwei Ansätze im Vordergrund: Der eine basiert auf der Zahl der pflegebedürftigen Menschen, was aufgrund der Schwierigkeiten mit den Definitionen problematisch ist. Nach dem anderen werden die Bezieher/innen von Pflegeleistungen gezählt. Aber auch dies ergibt ein schiefes Bild, insofern als eine unbekannte Zahl von Mehrfachbezieher/innen mitgezählt wird. Die Nachfrage nach Pflegeleistungen muss jedenfalls immer unter zwei Gesichtspunkten analysiert werden: nach der Zahl der Nachfrager/innen und nach der Art bzw. Qualität der nachgefragten Leistungen. In beiden Hinsichten ist die Datenlage in allen Ländern prekär.

Lassen sich wenigstens generelle Entwicklungen festhalten?

Die Zahl der Nachfrager/innen nach Pflegeleistungen wird durch demographische, epidemiologische und soziale Faktoren bestimmt. Konkret: In allen Ländern führt die absolute und relative Zunahme der Zahl der alten Menschen als Folge der Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung zu einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Wegen der sozialen Veränderungen (Kleinfamilien, Mobilität etc.) erhöht sich auch die Zahl der Nachfrager/innen nach Leistungen von Pflege- und Hilfsdiensten. Diese Faktoren sind allgemein bekannt, weshalb wir uns hier mit ein paar Stichwörtern begnügen können (vgl. Joel, Les besoins, S.23):

Demographische Entwicklung: In Europa liegt der Anteil der über 80jährigen heute zwischen 1,4% (Türkei) und 4,3% (Schweden) der Gesamtbevölkerung; bis zum Jahr 2040 wird sich dieser Anteil auf 5 bis 7% erhöhen.

Epidemiologische Entwicklung: Die enorme Erhöhung der Lebenserwartung in diesem Jahrhundert ist einerseits auf den Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit (v.a. in der ersten Hälfte des Jahrhunderts) zurückzuführen, und andererseits auf die Lebensverlängerung bei Menschen ab 60 Jahren, deren "Restlebenszeit" sich seit dem zweiten Weltkrieg um etwa ein Drittel erhöht hat.

Soziale Entwicklung: Unter anderen Faktoren ist wohl der wichtigste, dass die Zahl der pflegenden Frauen durch den Wandel der Familienstrukturen und der Frauenarbeit mitbestimmt wird: Für eine wachsende Zahl von alten Menschen steht eine sinkende Zahl von potentiell pflegenden Töchtern/Schwiegertöchtern zur Verfügung. Von 1960 bis 1990 hat sich diese Zahl in der BRD halbiert.

Generell ist festzuhalten, dass die Struktur der Nachfrage nach Pflegeleistungen sehr komplex ist und ebenfalls kaum empirisch analysiert wurde. Die folgenden Variablen bilden die Gesamtstruktur der Nachfrage:

- medizinische Pflege (Medikamente, Behandlung, Hilfsmittel)
- paramedizinische Pflege (Fusspflege, Ergotherapie etc.)
- Körperpflege
- Hilfe bei anderen Tätigkeiten des täglichen Lebens (Essen, Ankleiden)
- Haushilfe (Waschen, Putzen etc.)
- Kommunikationshilfe (Integration in das gesellschaftliche Leben)
- Betreuungs- und Nothilfe.

Noch grössere Probleme bietet die Zuordnung der Nachfrager/innen zur "richtigen" Leistung. Während diese Probleme im Kleinen (Familie oder auch im Rahmen einer kleineren Gemeinde) pragmatisch und aufgrund von Erfahrungen lösbar waren, werden in grösseren Gemeinwesen, wie es

Städte oder gar Staaten sind, objektivierende Methoden der Bedarfsklärung benötigt. In Europa werden solche Klassifizierungssysteme erst seit kurzem eingesetzt. Ihre Entwicklung erfordert einen erheblichen Aufwand, wie die vorhandenen Konzepte zeigen, die meist aus den USA z.B. RAI (Resident Assessment Instrument) kombiniert mit RUGs (Resource Utilization Groups) oder Kanada (PLAISIR) stammen.

Wenig bekannt sind in jedem Fall die versteckten oder verdrängten Momente der Nachfrage, d.h. jene Bedürfnisse, die ohne Zweifel existieren, über die aber weder die Betroffenen noch die professionell mit der Pflege Beschäftigten reden. Dazu gehören zum Beispiel die Frage der Prävention des Pflegerisikos, die Defizite bei der Betreuung psychisch kranker und verwirrter Menschen oder das Problem der Vereinsamung und der sozialen Verelendung alter Menschen.

3.2 Die Nachfrage in einzelnen Ländern

Da sich die qualitativen und quantitativen Probleme im Bereich der Pflegebedürftigkeit europaweit gleichen, beschränken wir uns auf präzisierende Hinweise aus wenigen Ländern. Die dort angesprochenen Probleme bestehen - mit minimalen Abweichungen - auch in allen anderen Gesellschaften.

Bundesrepublik Deutschland

Anfangs der neunziger Jahre wurde in Deutschland eine grosse Erhebung durchgeführt: Mit Hilfe einer Stichprobe über rund 60'000 in Privathaushalten wohnende Personen rechneten Schneekloth/Potthoff hoch, dass 1,4% der Bevölkerung Pflegebedarf und 2,7% der Gesamtbevölkerung hauswirtschaftlichen Hilfebedarf aufweisen. Der Pflege- und Hilfebedarf steigt mit dem Alter stark an: 7,6% bzw. 12,5% der über 65jährigen, und 16,4% bzw. 22,7% der über 80jährigen sind pflege- bzw. hilfebedürftig (nach: Schneekloth/Potthoff, Hilfe- und Pflegebedürftige, S. 52 ff.).

Schneekloth/Potthoff (S. 66 ff.) unterscheiden Personen mit ständigem, mit täglichem und mit mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf sowie hauswirtschaftlich Hilfebedürftige.

- "Personen mit ständigem Pflegebedarf sind in allen Bereichen der körperbezogenen Verrichtungen weitgehend hilflos. Die Personen sind mehrheitlich immobil. 97% können allein nicht das Bett verlassen und 94% nicht die Toilette benutzen. Das markanteste Profilvermerkmal

besteht darin, dass die körperbezogenen Basisaktivitäten wie etwa Wasser- und Stuhlhalten bei 88% oder auch die basale Fähigkeit der Nahrungsaufnahme bei 66% allein nicht ausgeführt werden können".

- "Personen mit täglichem Pflegebedarf sind vor allem im Bereich der täglichen Hygiene betroffen" (67% können sich allein unmöglich baden, 58% nicht allein duschen). "Ebenfalls stark eingeschränkt ist die Mobilität bzw. Motorik" (30% können sich nicht allein an- und ausziehen, 22 nicht allein das Bett verlassen). "Unterstützungsbedarf besteht auch in dieser Gruppe bei der Nahrungsaufnahme" (34% können nicht allein Nahrungsmittel schneiden).
- "Personen mit mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf" sind vor allem beim "Baden, Duschen, Waschen (40%) und Treppensteigen (49%)" auf fremde Hilfe angewiesen.
- "Hauswirtschaftlich Hilfebedürftige haben mit Ausnahme von 17%, die sich nicht baden können, keine nennenswerten körperbezogenen Einschränkungen, die allein unmöglich ausgeführt werden können".

Der Übergang von der Hilfs- zur Pflegebedürftigkeit ist fließend und hängt ausser von den persönlichen Fähigkeiten auch von äusseren Faktoren ab (Wohnsituation, Verkehrsanbindung etc.).

Oesterreich

Das österreichische Bundesministerium für Arbeit und Soziales konstruierte für die Ermittlung der Zahl der Pflegebedürftigen einen ATL-Index mit einer Punkteskala. Als schwerst pflegebedürftig gilt, wer Indexwerte zwischen 26 und 30 Punkten (Maximum) aufweist; dazu gehören 2,5 % der Bevölkerung über 60. Als in erheblichem Masse behindert und damit als pflegebedürftig gelten 3,4% der über 60jährigen. Die Quote der insgesamt 5,9% pflegebedürftigen wird ergänzt durch 22,3% hilfsbedürftige Menschen über 60. (Zahlen nach: Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter, hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wien 1990, S.10.).

Auf der Basis von Clusteranalysen und einer Stichprobenerhebung erstellten Badelt u.a. eine Hochrechnung für das ganze Land (Ch. Badelt u.a., Kosten der Pflegesicherung, Wien, Köln, Weimar 1995, S. 33ff). Danach sind 30,9% aller Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren betreuungsbedürftig, bei einem starken Uebergewicht der geringer betreuungsbedürftigen. Auch diese

Studie weist einen starken Anstieg der Betreuungsbedürftigkeit mit dem Alter aus: 57,8% der 80 - 84jährigen und 81,84% der über 85jährigen (ebd. S. 44).

Dänemark

Der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung ist zwischen 1960 und 1990 von 10,6% auf 15,6% gestiegen; er soll bis 2020 auf 17,9% wachsen. Der Anteil der über 80jährigen wächst schneller, er wird um 2020 bei 3,7% liegen.

Im Vergleich zu anderen Ländern leben mehr alte Menschen in Dänemark allein (53%), und eine 1992 im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführte Erhebung ergab, dass lediglich 14% der alten Menschen täglichen Kontakt mit anderen Familienmitgliedern haben (EU-Durchschnitt: 44%). Dies drückt sich im Nachfrageverhalten aus, denn viele Däninnen und Dänen gehen von einem Rechtsanspruch auf öffentliche Pflege- und Hilfe aus und halten sie auch für wichtiger als die Familienhilfe. Es ist umstritten, inwieweit der starke Ausbau der Dienste diese Aenderung der Sozialstruktur herbeigeführt hat. Jedenfalls schätzt die OECD, dass in Dänemark die ambulanten Dienste unter allen Mitgliedsländern am besten ausgebaut sind: 1989 beanspruchten und erhielten 18% der 67 bis 74jährigen, 43% der 75 - 84jährigen und 77% der über 85jährigen ambulante Dienstleistungen in irgend einer Form. (OECD, Protéger les personnes âgées dépendantes, Paris 1996, S. 129ff)

Insgesamt wurden 1990 230'000 Pflegebedürftige gezählt, was 3,67% bezogen auf die Gesamtbevölkerung entspricht. Von den 230'000 Pflegebedürftigen sind 195'000 älter als 65 Jahre. Nur 38'500 leben in stationären Einrichtungen, für sie fallen aber etwa 60% der Gesamtkosten zur Deckung der Pflegerisikos an (Zahlen nach: M.-E. Joel, Les besoins, 73 ff.).

3.3 Merkmale der Nachfrager/innen nach Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Verschiedene Studien gehen auch auf einzelne Nachfrager/innengruppen ein:

Geschlecht: "Insgesamt betrachtet gibt es einen höheren Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Frauen als Männer. Dieser Effekt hängt vermutlich mit der höheren Lebenserwartung der Frauen zusammen" (Schneekloth/Potthoff S. 11).

Familienstand: "Bezogen auf den Familienstand sind auf den ersten Blick nur geringfügige Änderungen zu erkennen. Der Anteil der Verheirateten sinkt bei den Pflegebedürftigen von 32% auf 30% im Jahre 2030. Insgesamt bleiben die Strukturen stabil, so dass auch in Zukunft ungefähr jeder dritte Hilfe- als auch Pflegebedürftige vom Ehepartner gepflegt werden wird. Diese Betreuungssituation gilt jedoch nicht mehr für hochbetagte Personen. Der Anteil der Verheirateten fällt bis zum Jahre 2030 bei Pflegebedürftigen ab 80 Jahren von 15% auf 10% und bei hochbetagten Hilfebedürftigen von 12% auf 7% (Charlotte Höhn/Juliane. Roloff, Die Alten der Zukunft, Stuttgart, Berlin, Köln 1994, S. 112).

Haushaltsgrösse: Dieselbe Entwicklung weist die Haushaltsgrösse auf. "Im Jahre 2030 wird... mit 30% fast jeder dritte Pflegebedürftige in einem 1-Personen- sowie 38% in einem 2-Personenhaushalt leben. Bei den Hilfebedürftigen sind es gegenüber dem aktuellen Anteil von 42% im Jahre 2030 sogar 51%, die in einem 1-Personenhaushalt leben" (ebd.).

Höhn/Roloff weisen jedoch auch auf die Unwägbarkeiten solcher Prognosemodelle hin: "Bei der Darstellung der Pflegebedarfsstufen sind allerdings Abweichungen zu erwarten, je nach dem wie sich die Heimübergänge und die medizinische und sozialpflegerische Versorgung entwickeln wird. Die Interpretation der Ergebnisse hängt stark von der jeweiligen Fragestellung ab. Die deutliche Zunahme der Anzahl und der Anteile der Hilfe- und Pflegebedürftigen muss einerseits Konsequenzen haben im Hinblick auf einen weiteren Ausbau der sozialpflegerischen (ambulanten und stationären) Versorgung. Der bekannte Gedanke der Stärkung der Prävention und der Ausschöpfung der Möglichkeiten der Rehabilitation muss in Anbetracht dieser Entwicklung noch viel stärker als bisher für ältere Menschen zur Anwendung kommen. Ein entsprechendes Umdenken gerade im Bereich der Rehabilitation scheint vor diesem Hintergrund unumgänglich zu sein. Auf der anderen Seite wirft die dargestellte Entwicklung Fragen der "Finanzierbarkeit auf" (ebd. 195 ff.).

In der Studie des österreichischen Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (s.o.) wurde versucht, nach Geschlecht, Altersgruppen, sozialen Verhältnissen, Wohn- und Lebensformen sowie nach Wohnsituation und Wohnumfeld zu differenzieren. Dies führte u.a. zu folgenden Ergebnissen:

- Ehemalige Angestellte bzw. Beamte sind sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern am seltensten von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit betroffen.
- Ehemalige Arbeiter weisen ein im Vergleich zu den Angestellten und Beamten 3,3 mal höheres Pflegerisiko auf.

- Leichtere Formen funktionaler Behinderungen sind bei den ehemaligen Landwirten besonders häufig.
- Demographisch nach den Kriterien Alter, Geschlecht, Zivilstand differenziert, erscheinen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit "in erster Linie" als "ein Frauenproblem": unverheiratete Frauen bzw. Witwen stellen 68% der über 75jährigen Pflegebedürftigen, dagegen leben 21'000 von 27'000 pflegebedürftigen Männer über 75 nicht allein. "Das bedeutet: Zwei von drei pflegebedürftigen älteren Menschen haben keinen Ehepartner (mehr) und sind daher permanent und ausschliesslich auf die Unterstützung durch Dritte angewiesen" (ebd., S.16).
- Bei den Frauen sind ehemals in der Landwirtschaft Tätige in sehr viel höherem Ausmass von körperlichen Verschleisserscheinungen betroffen als pensionierte Arbeiterinnen, vor allem aber als Angestellte oder Beamtinnen. Fast zwei Drittel aller Bäuerinnen sind im Alter auf Hilfe oder Pflege angewiesen - bei den Männern unter einem Drittel. (vgl. dazu die analogen Ergebnisse der Gruppe Grugrispa: Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui, St Saphorin, 1983, 354/358, zit. in: Altern in der Schweiz, Bern 1995, S. 260f)

3.4 Die Nachfrage in der Schweiz im internationalen Vergleich

Die zur Zeit wohl beste statistische Untersuchung ist die bereits zitierte repräsentative Erhebung der Infratest in Deutschland, die rund 22'000 Haushalte und 3'000 Senioren-Haushalte mit Personen ab 70 Jahren erfasste, insgesamt rund 61'000 in privaten Haushalten lebende Personen (vgl. Schneekloth et al. a.a.O.). Ziel der Erhebung war "die quantitative Abgrenzung der Personengruppen, die in der "selbständigen Lebensführung" beeinträchtigt sind, sowie die differenzierte Beschreibung der damit einhergehenden Beeinträchtigungen und der Versorgungssituation" (Schneekloth, S.7).

Hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland haben 1,4% der in privaten Haushalten lebenden Gesamtbevölkerung einen regelmässigen Pflegebedarf, wovon 17% ständig, 42% täglich und 41% mehrmals wöchentlich der Pflege bedürfen.

Der Pflegebedarf steigt mit dem Alter: Bei den über 65jährigen Selbständigwohnenden sind 12,5% hilfebedürftig und 7,6% haben einen Pflegebedarf. Bei der über 80jährigen Bevölkerung im eigenen Haushalt sind die entsprechenden Werte 22,7% und 16,4%.

Ausserdem wird in dieser Studie festgestellt: "Rechnet man die (geschätzten) rund 450'000 Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen hinzu, so ergeben sich für das Jahr 1991 im Bundesgebiet im Ergebnis rund 1,6 Millionen Personen mit Pflegebedarf" Die 1,6 Millionen Personen mit Pflegebedarf entsprechen 2% der Gesamtbevölkerung der BRD (alte und neue Bundesländer zusammen), die Quote der stationär untergebrachten pflegebedürftigen Menschen liegt entsprechend bei 0,6%. (Schneekloth, S.9).

Umgerechnet auf die Schweiz ergäbe dies 142'000 Personen mit Pflegebedarf, von denen 100'000 in privaten und 42'000 in kollektiven Haushalten leben würden. Der zur Kontrolle dieser Umrechnung vorgenommene Vergleich mit den vorhandenen Schweizer Zahlen zeigt enorme Unterschiede:

Gemäss unseren Berechnungen anhand der BFS-Statistik (s.o., BFS, Bern 1993) leben in der Schweiz 86'580 pflegebedürftige Menschen in stationären sozialmedizinischen Institutionen. Umgerechnet auf die Bevölkerung ergibt dies einen Anteil von 1,3 % gegenüber 0,6 % in Deutschland. D.h., dass aufgrund dieser Zahlen in der Schweiz im Vergleich mit Deutschland anteilmässig mehr als doppelt so viele Menschen in kollektiven Haushalten leben.

Das Ergebnis wird bestätigt, wenn die Institutionalisierungsquoten der über 65jährigen Bevölkerung in verschiedenen Ländern verglichen werden¹⁾:

Belgien	6,0	Niederlande ²⁾	9,1
Deutschland (alte Bundesländer)	4,3	Norwegen	6,3
Finnland	5,4	Oesterreich	3,6
Frankreich	5,8	Schweden	5,1
Italien	2,0	Schweiz	7,7

¹⁾ Die Vergleichszahlen sind mit Vorsicht aufzunehmen. Sie datieren zwischen 1987 und 1992 und sind von den Autor/innen aus verschiedenen Quellen zusammengestellt worden.

²⁾ Der hohe Institutionalisierungsgrad in den Niederlanden wird auf die Wohnbaupolitik nach dem 2. Weltkrieg zurückgeführt: In den 50er und 60er Jahren haben die Behörden die Heimplatzierungen gefördert, um den starken Wohnungsmangel im Land zu lindern.

Quelle der Länderzahlen (ohne Schweiz, die keine Angaben lieferte): J. de Jong-Gierveld, H. van Solinge, Le vieillissement et ses consequences sur le système socio-médical, Conseil de l'Europe (ohne Datum), S. 40ff.

Die Nachfrage nach ambulanten Diensten

Nach der Erhebung von Schneekloth et al. (a.a.O. S. 176f) nehmen lediglich 33% der Pflege- und 16% der Hilfebedürftigen professionelle ambulante Dienste in Anspruch. Die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen können/müssen also etwa zwei Drittel des Pflegebedarfs und fünf sechstel des Hilfebedarfs selber decken. (Diese Daten liegen nur gesamthaft vor, über die Gruppe der Betagten ist dazu nichts bekannt.) Rechnet man die Zahlen auf die Gesamtbevölkerung der Altersgruppe der über 80jährigen um, so ergibt dies 5,3%, die ambulante Pflege bzw. bzw. 3,6%, die ambulante Hilfe in Anspruch nehmen. Demgegenüber ist für die Schweiz mit einer Quote von rund 30% der selbständig wohnenden über 80jährigen zu rechnen, die Spitex-Dienste beanspruchen.

In bezug auf die Nachfrage bzw. Beanspruchung der ambulanten Dienste bestätigt sich die zur Heimquote gemachte Feststellung, dass grosse Unterschiede zwischen der Schweiz und Deutschland bestehen. Zwar differieren die Alterspyramiden der beiden Länder; aber der in der Schweiz höhere Anteil der Betagten an der Gesamtbevölkerung (bei den über 65jährigen 14,7% gegenüber 13,8%) kann die Differenz nicht erklären. Ebenso wenig bestehen epidemiologische Hinweise auf eine stark unterschiedliche Morbiditätsstruktur, die zu einer höheren Quote der Pflegebedürftigkeit führen könnte. Die Abweichung dürfte viel eher darauf zurückzuführen sein, dass in Deutschland nur bei 65% der pflegebedürftigen Menschen ein ambulanter Dienst im Wohnumfeld vorhanden ist (Schneekloth et al, S.177). Angesichts der gegen 100% tendierenden Abdeckung der Schweiz mit ambulanten Diensten bietet sich die Erklärung, dass das Angebot sich seine Nachfrage schafft, geradezu an. (Sie wird übrigens durch die auch in der Schweiz grossen Bandbreiten der Spitex-Benützung und - wenn auch weniger ausgeprägt - der Heimquoten bestätigt.)

4. Zusammenfassung und Folgerungen

Zusammenfassend kann nur wiederholt werden, was einleitend festgestellt wurde:

- Trotz einigen bemerkenswerten Ansätzen fehlt es an empirisch halt- und international vergleichbaren Daten und darauf gestützten inhaltlichen Analysen der Nachfragestruktur.
- Die Zahl der Nachfrager/innen wird in den einzelnen Ländern aufgrund unterschiedlicher Kriterien geschätzt.

-
- Die Art bzw. Qualität der nachgefragten Leistungen ist allenfalls im lokalen Rahmen einigermaßen bekannt, aber kaum systematisch erforscht worden.
 - Dasselbe gilt für den Hintergrund der Nachfrage, die physischen, psychischen und sozialen Ursachen von Pflegebedürftigkeit sowie die Chancen präventiver Intervention.
 - Übereinstimmung erreichen die verschiedenen Untersuchungen lediglich in den Aussage, dass der Anteil der Pflegebedürftigen und unter diesen der Frauenanteil mit dem Alter steigt.

Fast alle Angaben über die Nachfrage bzw. die zukünftige Anzahl Pflegebedürftiger beruhen auf Hochrechnungen, wobei sich diese in den seltensten Fällen auf genaue Abgrenzungen stützen können (z.B. sind Mehrfachzählungen möglich und geht die Altersstruktur der Nachfragenden oft nicht oder zu wenig differenziert in die Hochrechnungen ein). Am schwerwiegendsten ist aber wohl, dass die Nachfrage in der Regel anhand des konsumierten Angebots gemessen wird, weshalb unbefriedigte bzw. verdrängte Nachfrage nicht berücksichtigt wird. Zukünftige Analysen müssen sich deshalb vor allem mit der Vielschichtigkeit der Nachfrage befassen, um zu einem realistischen qualitativen Profil und einer korrekten Berechnung der Zahl der Nachfrager/innen zu gelangen.

Nach Ansicht des Europarates ist die Datenlage in Dänemark vergleichsweise noch am besten, weil dank langjähriger Praxis und aufgrund des Drucks, die hohen Kosten zu rechtfertigen, zureichende statistische Ergebnisse zur Verfügung stehen mussten. Aus diesen Erfahrungen geht auch hervor, dass die Abstimmung des Angebots auf die Nachfrage nach Pflegeleistungen das Vorhandensein bzw. die Berücksichtigung epidemiologischer Studien bedingt.

Anmerkung: In statistischer Hinsicht figuriert die Schweiz (vgl. Joel, Les besoins, S. 19) als Gegenstück zu Dänemark: Zwar ist das Niveau der Pflegeleistungen in beiden Ländern hoch, aber in der Schweiz existieren nur unzureichende statistische Grundlagen, um den Befund stützen oder korrigieren bzw. die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen evaluieren zu können.

Der Versuch, die Grösse der Nachfrage zu schätzen, stösst an zusätzliche Hindernisse: An die Komplexität der Nachfrage, die je nach Art und Ausmass der Pflegebedürftigkeit, aber auch nach familiärer, sozialer und finanzieller Situation individuell sehr unterschiedlich sein kann; ebenso aber an verschiedene Faktoren, die die Nachfrage quantitativ beeinflussen, insbesondere die demographische Entwicklung, aber auch die Morbidität, die soziale Struktur usw.

Auf verschiedenen Wegen wurde trotz dieser Einschränkungen versucht, die Zahl der Pflegebedürftigen zu schätzen, und zwar:

- anhand der Zahl der Bezüger/innen einer Hilflosenentschädigung:
Ausgehend von 58'891 Bezüger/innen einer Hilflosenentschädigung ergaben die Schätzungen rund 92'000 Pflegebedürftige
- anhand der Nachfrager/innen nach stationären oder ambulanten Leistungen:
 - Bewohner/innen von Heimen 86'580 Pflegebedürftige
 - der Benützer/innen ambulanter Dienste 64'000 Pflegebedürftige

Die pflegebedürftigen Bezüger/innen von Hilflosenentschädigungen dürften zu annähernd 100% entweder Bewohner/innen von Heimen oder Benützer/innen ambulanter Dienste sein, d.h. dass die erste Zahl in den beiden letzten enthalten ist. Demnach ergibt sich eine Zahl von rund 150'000 pflegebedürftigen Menschen, die ambulante oder stationäre Dienste in Anspruch genommen haben.

Angesichts der guten Versorgung der Schweiz mit solchen Diensten und des anscheinend überdurchschnittlichen Konsums von Leistungen durch Schweizer Pflegebedürftige, darf angenommen werden, dass die Zahl der Pflegebedürftigen, die zwar einen Bedarf haben, diesen aber nicht über ihre Nachfrage realisieren, gering ist. Das heisst, dass bis zum Vorliegen besserer Daten von dieser Zahl: rund 150'000 Pflegebedürftige in der Schweiz (1996) ausgegangen werden kann.

Abschliessend zu diesem Kapitel soll nochmals auf einen besonderen Faktor hingewiesen werden: Aufgrund verschiedener Indizien kann angenommen werden, dass das Angebot die Nachfrage stark beeinflusst. Falls diese Hypothese stimmt, so erhält die Nachfragesteuerung über das Angebot politische und ethische Dimensionen: Zum einen: Der internationale Vergleich zeigt, dass in der Schweiz bei Pflegebedürftigkeit sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich bedeutend mehr Leistungen konsumiert werden als in den meisten anderen Ländern, deren Angebote quantitativ und qualitativ weniger gut ausgebaut sind. Zum andern: Simulationsrechnungen in den USA haben ergeben, dass Rehabilitationsanstrengungen bei Krankheiten, die normalerweise zum Tode führen, diesen zwar hinausschieben können, aber - wegen der verlängerten Pflegebedürftigkeit - zu sehr hohen Kosten. Im Gegensatz dazu können Rehabilitationsmassnahmen bei Krankheiten, die lediglich zu Funktionsstörungen führen (das Beispiel Arthritis ist gerechnet worden), die Nachfrage nach Leistungen reduzieren und grosse Einsparungen erzielen. Angesichts knapper öffentlicher Mittel wird deshalb eher früher als später ein politischer Entscheid in bezug auf Art, Umfang und Tiefe des Angebots sowie auf die Berechtigung, es zu benützen, gefällt werden müssen.

Literatur

Abelin/Schlettwein, Behinderungen und Bedürfnisse Betagter, Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1986, vol. 116

C. Boulton et al., Decreasing Disability in the 21st Century: The Future Effects of Controlling Six Fatal and Nonfatal Conditions, American Journal of Public Health, Vol.86, No.10, October 1996, S.1388-1393

E. Carigiet, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Zürich 1995

J. de Jong-Gierveld, H.van Solinge, Le vieillissement et ses conséquences sur le système socio-médical, Conseil de l'Europe, Strasbourg 1995

Eidg. Kommission für Altersfragen, Altern in der Schweiz, 5. Kapitel: Die Gesundheit, Bern 1995

HJ. Fahrländer, Die Zukunft der stationären Alterspflege in der Schweiz, in: Schweizerische Aerztezeitung, Heft 37, 1995, S. 1468-1473

J.H.Fries, The compression of morbidity: near or far?, The Milbank Quarterly, vol.67 n.2, 1989

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Integrale Überprüfung des stationären und ambulanten Akut- und Langzeitbereichs, Bern 1994

Gesundheits- und Wirtschaftsamt der Stadt Zürich, Spitex-Bedarfsplanung, Zürich 1992

Justiz, Polizei- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden, Bericht zur Gestaltung der neuen Alterspolitik im Kanton Graubünden, März 1996

P. Meyer-Fehr u.a., Förderung von sozialer Unterstützung und Gesundheit in der Stadt (Projekt SUGES), Zürich 1993

OCDE, Les nouvelles orientations de la politique sociale, Etudes de politique sociale no.12, Kapitel 4, Paris 1994

- OCDE, Conséquences du vieillissement démographique pour l'action des gouvernements, Paris, 13.Mai 1996
- J. Pacolet et al., Social prevention for dependancy in old age, Leuven, August 1994, zitiert in: Conseil de l'Europe, Les besoins spécifiques des personens dépendantes, les couts et le financement, Strasbourg 1995
- R.M.Rüst-Walcher, Möglichkeiten und Grenzen der spitalexternen Betreuung und Pflege von Betagten, SGGP-Schriftenreihe No.28, 1993
- Sanitätsdirektion des Kantons Zug, Altersheime im Kanton Zug, Darstellung des Pflegeaufwandes nach BAK im Vergleich zu den medizinischen Diagnosen, Zug, 23.2.96
- U. Schneekloth, P. Potthoff, Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Stuttgart Berlin Köln, 1993
- A. Wettstein, Senile Demenz: Ursache - Diagnose - Therapie, Bern 1991
- M. Wyss, Stationäre sozialmedizinische Institutionen, BFS-Bericht Gesundheit Nr. 14, Bern 1993

Kapitel 3: Das Leistungsangebot bei Pflegebedürftigkeit

1. Einleitung

Ausgangspunkt für die meisten Definitionen der Pflegebedürftigkeit ist die individuelle Autonomie, deren Einschränkung ihr Mass. Generelles Ziel der Pflege, Hilfe- und Betreuungsangebote ist daher die Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Autonomie durch im weitesten Sinn präventive, rehabilitative und kompensierende Massnahmen. Daneben haben aber auch palliative Massnahmen, die einem pflegebedürftigen Menschen das Leben und Sterben erträglich machen, ihren Platz. Um diese Ziele zu erreichen, werden geeignete Strukturen, Räume, Einrichtungen und eine Umgebung benötigt (vom selbständigen bis zum kollektiven Wohnen), die eine gute Pflege und Betreuung erlauben. Das Angebot wird von verschiedenen Akteuren bereitgestellt - von pflegebedürftigen Menschen selbst, ihrer Familie, Laien, professionellen Institutionen, vom Staat. Es hat die Form von Sachleistungen oder von Geldleistungen, mit denen die Sachleistungen bezahlt werden können.

Diese unvollständige Aufzählung deutet die Breite und Differenziertheit des Angebots für die Betreuung Pflegebedürftiger nur an. Da zudem die Zuordnung der Aufgaben zur politischen Ebene - Gemeinde, Kanton, Bund - vielgestaltig ist, wird der Beschreibung der konkreten Leistungen in der Schweiz eine Uebersicht über die Angebotstypen vorangestellt.

2. Uebersicht über die Angebotstypen

Um das Angebot in seiner Differenziertheit darstellen zu können, werden seine Elemente im folgenden nach verschiedenen Kriterien geordnet, und zwar nach:

- dem Leistungsziel
- der Art der Leistung
- dem Ort der Leistungserbringung
- dem Entscheid über die Leistungsberechtigung und die Leistung
- der Finanzierung
- der/dem Leistungserbringer/in und benötigter Qualifikation
- dem Anbieter

Kriterium: Leistungsziel

Bis vor kurzem dominierte als Leistungsziel die "würdige Aufbewahrung" der pflegebedürftigen Menschen zu Hause, oder wenn dies nicht mehr möglich war, in einer stationären Institution.

"Rehabilitation" wurde zuerst im Zusammenhang mit Behinderten als Leistungsziel gesetzt: Das Gesetz über die Invalidenversicherung, das 1960 In Kraft trat, baut ausdrücklich auf dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente" auf - gemeint ist die Eingliederung am Arbeitsplatz. Zu diesem Zweck werden neben den medizinischen Massnahmen berufliche Rehabilitationsmassnahmen ergriffen. Allerdings hat sich dieses Leistungsziel in den letzten Jahren relativiert: Angesichts der Arbeitsmarktsituation werden auch bei relativ jungen Menschen, häufig schon mit knapp über 40 Altersjahren, keine solchen Massnahmen mehr durchgeführt.

Nicht ausdrücklich als Leistungsziel der IV ist die soziale Eingliederung genannt. Dennoch wird sie unterstützt, indem private Vereinigungen, die sich dafür einsetzen, Mittel (Art. 74 IVG) erhalten.

Anerkannt ist, dass mit zunehmendem Alter immer weniger die berufliche, sondern die soziale Rehabilitation im Vordergrund steht. Aber erst mit der Erkenntnis, dass Pflegebedürftigkeit nicht eine normale Alterserscheinung, sondern die Folge von Krankheiten im Alter ist, denen vorgebeugt werden kann, und die behandelt werden können, änderte sich auch das Leistungsziel: Nicht mehr "sauber, trocken, satt", sondern "Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Autonomie". Allerdings hat sich dieser "Paradigmawechsel" (vgl. H.P. Tews, Altersbilder, Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter, KDA-Forum 16, Köln 1991) noch nicht voll durchgesetzt.

Kriterium: Art der Leistung

Die von pflegebedürftigen (alten) Menschen benötigten Leistungen können in Leistungsarten gegliedert werden. Es ist auch der Versuch gemacht worden, eine Hierarchie zu errichten (vgl. P. Willmott, Social Networks, Informal Care and Public Policy, Policy Studies Institute, London 1986):

- a) medizinische Leistungen: Chirurgie, Medikamente und Geräte, die unter Aufsicht durch einen qualifizierten Arzt/eine Ärztin eingesetzt werden
- b) andere Gesundheitsdienste: Zahnmedizin, Optiker, Pedicure, Bewegungstherapie
- c) persönliche Pflege: Pflege der Hygiene und des Wohlbefindens, insb. sich waschen, baden, sich kleiden, sich ernähren, auf die Toilette gehen

- d) Hilfe im Haushalt: Küche, Haushalt, Wäsche
- e) Unterhalt der Wohnung: Einkäufe, Kleinreparaturen, Gartenarbeiten
- f) Sozialhilfe: Kontakte mit der Verwaltung, Besuche, Begleitung
- g) Ueberwachung: Reduktion der Risiken (Stürze, Weglaufen...), die alte Menschen bedrohen.

Diese Einteilung ist einerseits "klassisch", indem sie die medizinische Leistung und entsprechend die Aerzte als Leistungserbringer an die Spitze der Hierarchie stellt. Andererseits ist sie deshalb interessant, weil sie die Breite des geforderten Leistungsspektrums und der benötigten Qualifikationen zeigt und dadurch hervorhebt, dass Pflegebedürftigkeit umfassend gesehen werden muss.

In der Praxis wird die Art der Leistung in der Regel durch die Leistungserbringer/innen definiert, und diese werden durch die Finanzquelle bestimmt. Während bisher die Krankenkassen - in beschränktem Rahmen zwar, aber immerhin - auch Beiträge an hauswirtschaftliche Leistungen entrichteten, sind diese im KVG ausdrücklich ausgeschlossen. Dafür enthält das Gesetz eine abschliessende Liste von vergütungsberechtigten Pflegeleistungen. Damit wird die Entwicklung in Richtung auf eine ganzheitliche Betrachtung der Pflegebedürftigkeit, die sich seit einigen Jahren abzeichnet, gefährdet.

Kriterium: Ort der Leistungserbringung

Gegenwärtig kann von einer eigentlichen Polarisierung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung gesprochen werden: Im allgemeinen Verständnis gilt das eigene Zuhause als der Ort, an dem die individuelle Autonomie am besten gewahrt ist. Seit den sechziger und siebziger Jahren hat sich - nicht zuletzt ausgehend von der radikalen italienischen Psychiatriereform - die Abneigung gegen die stationäre Unterbringung pflegebedürftiger Menschen akzentuiert. In der Folge der Psychiatriereform wurde erkannt, dass die De-Institutionalisierung nur gelingen kann, wenn sie vom Aufbau ambulanter Strukturen begleitet wird, da ohne solche Strukturen die Familien der Betroffenen von der ihnen aufgebürdeten Belastung überfordert werden. Dies gilt über die Psychiatriepatient/innen hinaus generell für alle pflegebedürftigen Menschen.

Dennoch ist nicht zu übersehen, dass der Institutionalisierungsgrad mit dem Alter deutlich steigt, sodass von einem Phasenmodell gesprochen werden kann: Ein beträchtlicher Teil der alten Menschen erlebt zwei Phasen der Pflegebedürftigkeit, eine erste, in der sie von den Angehörigen und den ambulanten Diensten gepflegt werden können. Die zweite Phase der stationären Betreuung wird zwar immer weiter aufgeschoben, wird aber dennoch für rund 30% der Menschen über 80 zur Realität.

In der Schweiz ist, wie in allen europäischen Ländern, in den achtziger Jahren eine klare Tendenz zum Ausbau der ambulanten Leistungen festzustellen. Es muss in diesem Zusammenhang daran erinnert werden, dass zwar schon lange ambulante Dienste bestehen, meistens von kirchlichen oder anderen wohltätigen Organisationen (z.B. Landfrauenverein) bereitgestellt, dass aber erst seit Mitte der achtziger Jahre von einem flächendeckenden Spitex-Angebot gesprochen werden kann. Das Angebot weist allerdings nach wie vor grosse Unterschiede zwischen den Kantonen und innerhalb dieser zwischen den Gemeinden auf (vgl. BSV, Spitex-Inventar, Bern 1994).

Neben dem Argument der Lebensqualität sind die dadurch möglichen Kosteneinsparungen als zweites Motiv für den Ausbau der ambulanten Dienste eher in den Hintergrund getreten. Zum einen kosten Aufbau und Betrieb ambulanter Dienste ebenfalls Geld, zum andern bewirken sie - wenn überhaupt - nur dann Einsparungen, wenn tatsächlich in gleichem Mass stationäre Plätze abgebaut werden (vgl. u.a. W.G. Weissert and S. C. Hendrick, Lessons from community-based long-term care, Journal of the American Geriatrics Society, Vol.42/3, 1994, S. 348-353).

Aus dieser Sicht stehen sich heute zu oft noch ambulante und stationäre Angebote als Konkurrenz gegenüber, statt als Alternative bzw. Ergänzung. Aus der Sicht der Klient/innen sollte sich das Angebot ohnehin als Kontinuum darstellen, das von einzelnen ambulanten Dienstleistungen bis zur stationären Vollversorgung reicht.

Die Grenzen beginnen sich jedoch zu verwischen. Zum einen entwickeln sich immer mehr teilstationäre Angebote an den Schnittstellen (z.B. Tageskliniken). Zum andern unterscheidet das in diesem Bereich wichtigste Gesetz, das KVG die Leistungen nicht mehr nach dem Ort der Leistungserbringung: Mindestens dem Buchstaben nach, werden ambulant und stationär erbrachte Pflegeleistungen gleich behandelt und vergütet.

Im Zusammenhang mit den stationären Angeboten sind neben den Heimen (Alters-, Betagten-, Pflege-, Krankenhäuser u.ä.) die Spitäler zu nennen, die Pflegebedürftige nicht nur in den dafür geschaffenen C-Abteilungen betreuen, sondern auch in den Abteilungen für Innere Medizin und - sofern vorhanden - für Geriatrie. Sofern deren Betten von Langzeitpatient/innen (fehl-)belegt werden, wird dies aus hohen durchschnittlichen Aufenthaltsdauern in diesen Abteilungen ersichtlich.

Kriterium: Entscheid über die Leistungsberechtigung und die Leistung

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, beruht der Entscheid über die Leistungsberechtigung in der Regel auf zwei Elementen: auf einem Expertenurteil und einem administrativen Entscheid. Die beiden Elemente können (z.B. in einer Kommission) vereint oder getrennt sein. Als Expert/innen eingesetzt werden meist Aerztinnen/Aerzte, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass bei jüngeren Pflegebedürftigen der Gesundheitszustand und medizinisch-rehabilitative Massnahmen im Vordergrund stehen. Es ist klar, dass bei solchen Entscheiden die medizinischen Argumente die sozialen Aspekte dominieren. Wenn es um Aktivitäten des täglichen Lebens geht, werden zwar Pflegepersonen und/oder Sozialarbeiter/innen, die in diesen Fragen häufig kompetenter sind als Arzt/innen, vermehrt beigezogen. aber immer noch nicht systematisch.

Obwohl dies den Zielen der Erhaltung bzw. Stärkung der Autonomie widerspricht, fällt auf, dass im Allgemeinen eher über die, statt mit den Betroffenen entschieden wird, welche Leistung erbracht werden soll. In einer vergleichenden Studie, die G. Igl für den Europarat durchgeführt hat, wird festgehalten, dass europaweit - mit Ausnahme von Luxemburg - nirgends Vertreter/innen der Pflegebedürftigen in den Kommissionen Einsitz haben, die über die Leistungen entscheiden. Bemerkenswert und in dieser Hinsicht vorbildlich ist einzig die Regelung in Grossbritannien, wo die betroffene Person im Zentrum der Zuteilung einer Attendance bzw. Disability Living Allowance steht, bei der die ärztliche Expertise nur eine untergeordnete Rolle spielt. Ausgangspunkt dieser Regelung ist die Ueberzeugung, dass die betroffene Person am besten über ihre Bedürfnisse Bescheid weiss. (vgl. La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, 6e Conférence des Ministres européens responsables de la sécurité sociale, Lisbonne, 29 - 31 mai 1995, S. 46)

Seit einigen Jahren werden auch in der Schweiz Bedarfsklärungsinstrumente erprobt. Mindestens bei denjenigen, die auch die Ressourcen der pflegebedürftigen Personen erheben, werden diese am Entscheid beteiligt: Die Instrumente Samo Hit der Pro Senectute und Bedarfsplan für Spitex-Basisdienste des Kantons Zürich enthalten Formulare, mit denen eine Vereinbarung zwischen den Klient/innen und den beteiligten Diensten über Art und Menge der Leistungen abgeschlossen wird.

Diesem Element kommt zunehmende Bedeutung zu, wenn der Teil der selbst zu bezahlenden Leistungen steigt. In einem System der Subjektfinanzierung löst sich das Problem teilweise von selbst, weil die Pflegebedürftigen nicht Sach-, sondern Geldleistungen erhalten und mindestens theoretisch frei sind zu entscheiden, wie und bei welchem Anbieter sie ihre Mittel einsetzen wollen.

Kriterium: Finanzierung

Die Vielfalt der Finanzierungsformen und der Finanzquellen ist ein weiterer Beleg für die pragmatische Entwicklung des Angebots. Ursprünglich eindeutig Aufgabe der betroffenen pflegebedürftigen Menschen bzw. ihrer Familien, hat sich die kirchliche und private Fürsorge derjenigen angenommen, die nicht in der Lage waren, die Pflege selbst zu finanzieren. Nach dem Armenrecht übernahmen dann die Bürgergemeinden Verantwortung und setzten öffentliche Mittel (Steuermittel, andere Erträge, gezielte Schenkungen) für die Errichtung und den Betrieb von Bürgerheimen ein. Mit dem Entstehen der Krankenkassen verlagerte sich ein Teil der privaten Finanzierung und lief nun über diese Versicherungen. In jüngerer Zeit wurden die Bürgerheime durch Alters- und Pflegeheime abgelöst, die meist von den politischen Gemeinden getragen werden bzw. in ihrem Auftrag von (halb-) privaten Trägerschaften (Vereine, Stiftungen, Zweckverbände). Die Kantone, in der Regel noch heute, und zwischen 1975 und 1989 der Bund (AHVG Art. 101) beteilig(t)en sich an der Finanzierung der Baukosten; einige Kantone auch am Betrieb dieser Institutionen. Schliesslich übernahmen auch die Sozialversicherungen (AHV, IV, EL, UV, MV) und damit der Bund Teilfinanzierungen von Leistungen für Pflegebedürftige. Dabei kommen verschiedene Instrumente zum Einsatz, insbesondere: direkte Kostenübernahme, Hilflosenentschädigung, Abzugsberechtigung von Pflegekosten bei der Festlegung von Einkommensgrenzen zur Berechnung von Zusatzleistungen, Beiträge an Pflegeorganisationen (101bis AHVG).

Die meisten dieser Instrumente bestehen gegenwärtig nebeneinander, was die Finanzierung und die durch sie ausgelösten Effekte auf das Angebot, wie auch auf die Nachfrage intransparent macht.

Kriterium: Leistungserbringer/in und benötigte Qualifikation

Mit Ausnahme der ersten beiden Kategorien der Einteilung von Willmot wurden die genannten Leistungen in der Vergangenheit vor allem von der Familie erbracht (informelles Betreuungsnetz mit nicht-professionellen Dienstleister/innen). Dieses heute noch stark verbreitete Muster könnte sich aufgrund der Steigerung der Altersquote in der Gesellschaft und anderer sozialer Veränderungen (Mobilität, mehr Einzelhaushalte, kinderlose Beziehungen, Zunahme der Berufstätigkeit der Frauen) in Zukunft als nicht mehr praktikabel erweisen.

Wenn die Möglichkeit und Bereitschaft der Familie, die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person zu übernehmen (informelle Leistungen), sinken, muss es zu einer Zunahme der Professionalisierung dieser Leistungen kommen (formelles Netz). Diese ist einerseits an die Verfügbarkeit eines

ausreichenden Angebots geknüpft, was angesichts der steigenden Altersquoten von einigen Autoren bezweifelt wird (vgl. z.B. A. Wettstein, Die senile Demenz und ihre Behandlungsstrategie, Habilitationsschrift, Universität Zürich, 1990). Andererseits sind beträchtliche eigene - falls diese fehlen öffentliche - Mittel erforderlich, wenn langfristig Hilfe und Pflege benötigt werden.

Was die Qualifikation betrifft, so sei auf die Bemerkung von Tews verwiesen, dass sich das neue (Rehabilitations- bzw. Integrations-)Paradigma noch nicht überall durchgesetzt habe. Dies zeigt sich insbesondere an den Schwierigkeiten, Geriatrie und Rehabilitation als eigene Disziplinen an den Medizinischen Fakultäten zu etablieren: In Genf besteht ein Lehrstuhl für Geriatrie und in Lausanne einer für Psychogeriatric, der mit einem service psycho-gériatrique verbunden ist. In Basel wird seit kurzem das Felix Platter-Spital zur geriatrischen Universitätsklinik umstrukturiert, in Bern spezialisiert sich das Ziegler-Spital etwas in diese Richtung. Sonst gibt es in der Schweiz einzelne Professuren, die sich mit diesen Fragen beschäftigen, aber keine geriatrischen oder Institute für Rehabilitation an den Universitäten. Insgesamt muss somit festgestellt werden, dass die Forschung und Hochschullehre in der Geriatrie und Rehabilitation den Bedarf auf keinen Fall zu decken vermögen.

Dieser Mangel wird durch die Tatsache bestätigt, dass es zur Zeit weder einen Facharzt Geriatrie noch für Rehabilitation der FMH gibt, und erst seit kurzem eine Spezialisierungsrichtung Geriatrie in der Pflege. Das Bild findet seine Entsprechung auch bei den paramedizinischen Leistungserbringer/innen: Es bestehen beispielsweise nur sehr wenige Ausbildungsstätten für Ergotherapie und Logopädie; entsprechend unterdotiert sind die stationären und ambulanten Dienste mit den entsprechenden Spezialist/innen.

Der Kanton St. Gallen ist einer der wenigen mit einem eigenen Rehabilitationskonzept. Zum aktuellen Rehabilitationsangebot in der Geriatrie heisst es da: "Einzige speziell geriatrische stationäre Rehabilitationsinstitution ist die Geriatrische Klinik des Bürgerspitals St. Gallen. (...) Die Rehabilitationsdienste (...) stehen also vorwiegend nur der Stadtregion St. Gallen zur Verfügung. (...) Von einer organisierten ambulanten geriatrischen Rehabilitation kann nicht gesprochen werden." (Rehabilitationskonzept für den Kanton St. Gallen, verabschiedet vom Regierungsrat am 16. August 1994, S.5f)

Trotzdem entsteht langsam ein spezifisches Angebot: Es gibt einige geriatrische Kliniken bzw. Abteilungen für Geriatrie an grösseren Spitälern und in der Psychiatrie, und neben der SUVA-Klinik in Bellikon haben sich in den letzten Jahren vor allem die Bäder- und Höhenkliniken als Rehabilitationskliniken profiliert.

Kriterium: Anbieter

Mit diesem Kriterium sind nicht die einzelnen Personen, die dem pflegebedürftigen Menschen helfen oder ihn pflegen, visiert, sondern ihr organisatorischer Zusammenhang. Zu unterscheiden ist nicht nur zwischen ambulanten und stationären Anbietern, sondern auch zwischen unterschiedlichen Ausprägungen innerhalb der beiden Gruppen (Gemeindekrankenpflege, Hauspflege, Haushilfe; Alters-, Betagten-, Pflegeheime, Spitäler ...) und zwischen einer breiten Palette intermediärer Dienste (Tagesklinik, Ambulatorium, Unité d'accueil temporaire, UAT usw.).

Die Anbieter können privat, parastaatlich oder öffentlich organisiert sein, ebenfalls wichtig ist die Zuordnung der Dienste zum Gesundheits- oder zum Sozialwesen. Sie beeinflusst sowohl die Ausrichtung ("Firmenkultur") der Dienste als u.a. auch die Ausbildung der Mitarbeiter/innen und nicht zuletzt die Kosten.

Ganz zentral ist aber, dass neben diesem "formellen" Angebot ein "informelles" Angebot besteht, das den grössten Teil der Leistungen erbringt. Deshalb ist die folgende Beschreibung des Angebots nach diesem Kriterium gegliedert:

3. Informelle Angebote

Als informell wird das persönliche Netz bezeichnet, in das jedes Individuum mehr oder weniger gut eingebettet ist. Es besteht aus der engeren und weiteren Familie, Freunden, Nachbarn, und auch der Hauslieferdienst eines Lebensmittelgeschäfts, der hin und wieder einen Kehrriechtsack von der Wohnung zur Strasse trägt, ist dazu zu zählen.

Pflegebedürftige Personen werden zu einem unbekanntem, aber sicher grossen Teil zu Hause vom informellen Netz mit und ohne Spitex-Unterstützung gepflegt bzw. betreut. Ueber 90% der über 65jährigen und immer noch rund 70% der mehr als 80jährigen leben mit Angehörigen oder allein in einem privaten Haushalt. Davon ist ein beträchtlicher Teil hilfe- und/oder pflegebedürftig - rund 7% der Altersgruppe der 65 - 79jährigen (Bandbreite aufgrund der kantonalen Angaben in der Schweiz 2% - 11%, vgl. BSV, Spitex-Inventar 1994), bei den über 80jährigen sind es gut 25% (Bandbreite 11% - 40%).

Die Dichte und Tragfähigkeit des informellen Netzes hängt von verschiedenen Faktoren ab, in erster Linie aber vom Vorhandensein einer Ehepartnerin/eines Ehepartners. Diese Voraussetzung ist allerdings mit zunehmendem Alter immer weniger gegeben. Ebenfalls wichtig ist die engere Familie, und da sind es vor allem die Töchter und Schwiegertöchter, die Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen. Das Geschlecht ist ein nächster Faktor, der eine Rolle spielt: Frauen erreichen im Durchschnitt ein höheres Alter als Männer, sie sind deshalb in der Altersgruppe ab 80 Jahren, in der die Pflegebedürftigkeit stark ansteigt, übervertreten und ebenso in den Heimen (ihr Anteil beträgt gegen 80%). Andererseits sind Männer öfters gezwungen, in ein Heim einzutreten, wenn ihre Partnerin stirbt oder selber pflegebedürftig wird, da sie sich dann nicht mehr selber versorgen können.

Demgegenüber nimmt sich die Beteiligung von Bekannten (Freunden, Nachbarn usw.) bescheiden aus. Dies gilt, obwohl im einzelnen sicher Unterschiede festzustellen wären, sowohl in städtischen wie in ländlichen Verhältnissen.

Ein weiterer Faktor ist die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht: Das informelle Netz einkommensschwacher Schichten scheint weniger tragfähig zu sein, denn ihre Angehörigen leben überproportional häufig im Heim (vgl. P. Gilliard, Rentiers AVS: une autre image de la Suisse, Lausanne 1983).

Die Tabelle auf der folgenden Seite fasst die Ergebnisse einer im Rahmen der integralen Überprüfung des stationären und ambulanten Akut- und Langzeitbereichs im Kanton Bern bei rund 1'700 Spitex-Klient/innen durchgeführten Erhebung zusammen (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, IUSP-Bericht, Bern 1994):

Die Unterschiede zwischen der Unterstützung von Klient/innen durch Angehörige und Bekannte sind augenfällig: Der Einsatz von Bekannten beschränkt sich fast ausschliesslich auf den Haushalt; von 100 Patient/innen/Klient/innen erhalten gerade 20 gelegentlich bis wöchentlich von Bekannten Hilfe im Haushalt, 9 immerhin täglich.

Die Hauptlast liegt bei den Angehörigen, welche in erster Linie im Haushalt - hier sogar die Hälfte täglich - Hand bieten. Nur knapp 30 % der Klient/innen erhalten nie eine Hilfeleistung in diesem Bereich. Die Pflegeleistung ist, wie erwartet, deutlich schwächer, da es sich um einen für die Patient/innen sehr empfindlichen und für die hilfeleistenden Angehörigen sehr schwierigen Bereich handelt: 67 % der Patient/innen erhalten keine Unterstützung von Angehörigen, 12 % gelegentlich und 21 % täglich.

Dieses Ergebnis kann für die Schweiz verallgemeinert werden, denn die wenigen verfügbaren Studien weisen in die gleiche Richtung: In einer Befragung im Bezirk Affoltern, Kanton Zürich wurden in 76 % der Fälle Kinder/Schwiegerkinder und Ehepartner/innen genannt, wobei zu 80 % Frauen die Arbeit bei der Betreuung leisten. Bekannte und Nachbarn wurden selten, d.h. in weniger als 10 % der Fälle erwähnt (vgl. R.M. Rüst-Walcher, Möglichkeiten und Grenzen der spitalexternen Betreuung und Pflege von Betagten, Schriftenreihe der SGGP No. 28, 1993).

Diese Befunde werden durch Untersuchungen in anderen Ländern bestätigt (vgl. u.a. V. Garms-Homolova, D. Schaeffer, Versorgung alter Menschen, Freiburg im Breisgau 1992).

Hilfe durch Angehörige und Bekannte

	Haushalt	Pflege
<i>Angehörige:</i>		
nie	27,6	67
gelegentlich/wöchentlich	24,2	12
täglich	48,2	21
Total	100	100
<i>Bekannte:</i>		
nie	71,7	94,8
gelegentlich/wöchentlich	19,7	2,6
täglich	8,6	2,6
Total*	100	100

* 1'681 Spitex-Klient/innen in den Berner Amtsbezirken Moutier, Thun und Wangen
Quelle: IUSP-Bericht, Bern 1994

4. Formelle Angebote

Das Pflege- und Betreuungsangebot des formellen Netzes besteht aus ambulanten, teilstationären und stationären Diensten.

4.1 Ambulante Angebote

Im ambulanten Bereich sind vor allem zwei Anbieter-Kategorien zu unterscheiden: die niedergelassenen Aertzt/innen und die Spitex-Dienste.

Niedergelassene Aertzt/innen

Eine separate Studie zur Beanspruchung des ambulanten ärztlichen Angebots durch Pflegebedürftige besteht unseres Wissens in der Schweiz nicht. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass dank der hohen Aertztedichte die ambulante ärztliche Versorgung zu Hause lebender pflegebedürftiger Personen in der ganzen Schweiz gewährleistet ist. Die Infratest-Untersuchung ergab für Deutschland mit seiner niedrigeren Aertztedichte, dass zwar nur rund ein Drittel der zuhause lebenden pflegebedürftigen Menschen ambulante Dienste beansprucht, dass der Versorgungsgrad durch Hausärzte jedoch 95% beträgt (U. Schneekloth, P. Potthoff, Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Stuttgart, Berlin, Köln, 1993, S. 168).

Spitex-Dienste

Die Erhebung, die BRAINS im Auftrag des BSV bei den Kantonen durchführte (vgl. BSV, Spitex-Inventar, Bern 1994) ergab zu diesem Punkt insbesondere, dass

- die Angebote der sog. Spitex-Kerndienste, d.h. Gemeindegrenzenpflege, Hauspflege und Haushilfe praktisch flächendeckend in der ganzen Schweiz zur Verfügung stehen;
- die Quantität der Angebote im einzelnen stark variiert;
- die Nachfrage sich dem Angebot offenbar anpasst;
- die Kantone der Deutschschweiz diese Aufgabe weitgehend den Gemeinden übertragen, die sie ihrerseits in der Regel an private Trägerschaften delegieren;
- die Kantone der Suisse Romande die Dienste regionalisiert haben und dabei selber auf operativer Ebene tätig sind.

In den meisten Kantonen wird die Zuständigkeit für die spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege auf Gesetzesebene (Gesundheitsgesetz o.ä.) geregelt. Entweder in einer Verordnung oder in einem Spitex-Leitbild werden die Angebote der drei Kerndienste detailliert aufgeführt. Diese Grundangebote gleichen sich ziemlich stark und umfassen in der Regel folgende Elemente:

-
- Motivation und Anleitung zum gesunden Verhalten der Klient/innen und ihrer Familien;
 - Massnahmen zur Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen und des informellen Hilffsystems, d.h. von Angehörigen, Freunden, Nachbarn;
 - Bestrebungen und Massnahmen, die es hilfe- und/oder pflegebedürftigen Betagten und Kranken, Behinderten und Sterbenden aller Altersgruppen ermöglichen, in ihrer gewohnten Umgebung gepflegt, behandelt, betreut und beraten zu werden;
 - die Weiterführung des Haushaltes trotz Krankheit, Unfall, Behinderung, Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit, in sozialen und psychischen Krisen und besonderen Risikosituationen;
 - die Betreuung von Kindern bei krankheits- oder unfallbedingtem Ausfall des verantwortlichen Elternteils;
 - Massnahmen, die den Aufenthalt in Spitälern/Kliniken, Rehabilitationszentren, Alters- und Pflegeheimen und anderen stationären Einrichtungen verkürzen oder vermeiden;
 - Beratung, Uebergangspflege, Rehabilitation und andere Massnahmen, welche die notwendige Pflege, Behandlung und Hilfe nach dem Aufenthalt in einer stationären Institution gewährleisten.

Die drei sog. Kerndienste Gemeindekranken- und Gesundheitspflege, Hauspflege und Haushilfe teilen sich in diese Aufgaben (vgl. Zusammenstellung im Anhang). Allerdings sind in der Praxis fast von Gemeinde zu Gemeinde erhebliche Abweichungen festzustellen, oft werden z.B. Hauspflege und Haushilfe nicht unterschieden. Es ist anzunehmen, dass das KVG mit den Jahren bewirken wird, dass diese Dreiteilung der Kerndienste einer Zweiteilung in pflegerische (in der KLV abschliessend aufgezählte, vergütungsberechtigte) Leistungen und hauswirtschaftliche Leistungen, die von den Krankenkassen nicht (mehr) bezahlt werden, weichen wird.

Leistungsumfang der ambulanten Dienste

Stunden pro Klient/in

Was den Umfang der ambulanten Leistungen betrifft, so sind die statistischen Angaben z.Z. noch sehr unzuverlässig. Ein wegen der Abrechnung relativ gut bekannter Wert ist der auf das Jahr umgerechnete durchschnittliche Stunden-Aufwand pro Klient/in/Patient/in. Allerdings differiert er von Dienst zu Dienst und von Kanton zu Kanton beträchtlich, was kaum mit sachlichen Gründen, viel mehr mit Traditionen, persönlichen Präferenzen wichtiger Exponenten eines Dienstes oder Quartiers, der ländlichen oder städtischen Umgebung usw. zusammenhängt. Im Kanton Neuenburg wendet die

Gemeindekrankenpflege (SID) pro Patient/in/Klient/in im Durchschnitt jährlich 14 Stunden auf, gegenüber den jährlich 64 Stunden von HP/HH; in der Stadt Zürich liegen die Werte bei 25 Stunden für die Gemeindekrankenpflege und bei 58 Stunden für die Hauspflege/Haushilfe; Schaffhausen nimmt mit 30,4 Stunden der Gemeindekrankenpflege und 103,6 Stunden der Hauspflege/Haushilfe pro Patient/in/Klient/in und Jahr eine Spitzenposition ein (vgl. BSV, Spitex-Inventar, Bern 1994).

Einsätze pro Klient/in

Gemäss der Stichprobenerhebung im Kanton Bern (vgl. IUSB-Bericht) dauert der grösste Teil (55%) der Einsätze der Gemeindekrankenpflege weniger als eine Stunde pro Klient/in und Woche. Mit steigender Anzahl Wochenstunden sinkt die Zahl der Patient/innen kontinuierlich. Die Organisationen der Hauspflegen/Haushilfen erreichen ihren höchsten Anteil bei den Einsätzen zwischen 2.25 bis 5 Stunden pro Woche (34,4 %) und versorgen gut 10 % mehr Klient/innen als die Gemeindekrankenpflegen mit wöchentlich 5.25 bis 10 Stunden, was einer intensiven, täglichen Unterstützung gleichkommt.

Leistungsdauer

Gemäss den Fallstudien im Kanton Bern dauert der Einsatz der ambulanten Dienste bei zwei Dritteln der erfassten Patient/innen/Klient/innen 6 und mehr Monate. 13 % der Einsätze dauern weniger als einen Monat, und 20 % zwischen 1 und 6 Monaten.

Die Erhebungen in der Stadt Zürich bestätigen die Grössenordnungen dieser Ergebnisse (vgl. BRAINS, Spitex-Bedarfsplanung für die Stadt Zürich, 1992).

Ergänzende oder zusätzliche Dienste

Neben diesen Kerndiensten werden sog. ergänzende oder zusätzliche Dienste angeboten. Da diese in der Regel nicht gesetzlich vorgeschrieben sind, variiert das Angebot stark. (Eine Liste der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich enthält 29 ergänzende Dienste - von der Ergotherapie über die Fusspflege bis zum Besuchsdienst -, von denen allerdings nur ein Teil in allen Gemeinden angeboten wird.)

Zusammenfassung zu den ambulanten Diensten

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Leistungsumfang im ambulanten Bereich zwar stark variiert - nicht nur von Kanton zu Kanton, sondern von Dienst zu Dienst, dass das ambulante Angebot aber überall ähnliche Grundstrukturen aufweist:

- Die pflegerischen Einsätze (GKP) sind mehrheitlich sehr kurz, bei über 50% der GKP-Klient/innen liegen sie unter einer Stunde pro Woche.
- Hauspflege/Haushilfe-Einsätze dauern länger, sind aber weniger häufig und liegen in fast 80% der Fälle unter 5 Stunden pro Woche.
- Das Spitex-Angebot ist ein Langzeit-Angebot: Zwei Drittel der Klient/innen beanspruchen die Leistungen länger als 6 Monate.

Auf einen wichtigen Unterschied zwischen der Deutschschweiz und der Suisse Romande muss noch hingewiesen werden: In der Suisse Romande, am deutlichsten im Kanton Genf, sind die Sozialdienste Bestandteil der ambulanten Dienste, was dem Konzept der ganzheitlichen Betrachtung der Pflegebedürftigkeit entspricht. In der Deutschschweiz werden die Sozialdienste in der Regel nicht zu den ergänzenden Diensten gezählt. Sie sind oft administrativ anders unterstellt, dem Sozialamt und nicht dem Gesundheitsamt von Gemeinden, die diese beiden Aemter noch getrennt führen. Entsprechend ist die Zusammenarbeit nicht überall optimal.

4.2 Halbstationäre Angebote

Halbstationäre Angebote dienen Pflegebedürftigen, die weiterhin in der eigenen Wohnung (oder bei der Familie) leben, aber zeitweise auf besondere Dienste angewiesen sind. Diese Angebote ergänzen die ambulanten Dienste und leisten damit einen Beitrag zur Qualität von Pflege und Betreuung. Sie helfen aber insbesondere auch, die Angehörigen zu entlasten und dehnen damit die Dauer aus, in der ein pflegebedürftiger Mensch in der eigenen Wohnung bleiben kann, bzw. verschieben den Heimeintritt und verkürzen den Heimaufenthalt.

Ein Ueberblick über diese Angebote fehlt, aber es lässt sich dennoch sagen, dass es sich meist um neuere Entwicklungen handelt und ihre Verbreitung entsprechend weit geringer ist als die der ambulanten und stationären Angebote. Mit Ausnahme der Kantone, die solche Angebote systematisch

ausbauen (das trifft insb. auf den Kanton Waadt zu), beschränken sie sich meist auf urbane Regionen, es sei denn, dass Spitäler oder Heime aus eigener Initiative solche Modelle erproben (z.B. Frauenkappelen). Dieser Bereich weist Versorgungslücken auf.

Beispiele halbstationärer Angebote:

Unite d'accueil temporaire UAT

Dieses Modell wurde im Kanton Waadt stark gefördert, um die in stationären Einrichtungen vorhandenen Infrastrukturen besser auszunützen. Mit einer relativ bescheidenen Aufstockung des Personals kann das Heimangebot auch für Tagesbesucher/innen nutzbar gemacht werden: Animation, Hygiene, Therapien, Mahlzeiten. Die Aufenthaltsdauer kann auch ausgedehnt werden, z.B. auf 48 Stunden über ein Wochenende.

Tagesklinik

Tageskliniken bestehen an verschiedenen psychiatrischen, geriatrischen aber auch allgemein medizinischen Kliniken. Sie ermöglichen es, Patient/innen, die sonst in ein Pflegeheim eingewiesen werden müssten, zu Hause zu leben, indem sie ein, zwei oder mehr Tage pro Woche in eine therapeutische Struktur eingebettet sind.

Nachtkliniken

Sie betreuen Pflegebedürftige, die in der Nacht nicht allein sein können. Das Angebot ist in der Psychiatrie bekannt, im Alterspflegebereich bei uns aber sehr selten.

Memoryklinik

Zuerst am Felix Platter-Spital in Basel, seither auch in anderen Städten (z.B. im Krankenhaus Entlisberg in Zürich) wurden sog. Memorykliniken eingerichtet, die sich mit dem altersbedingten Abbau von Hirn- bzw. Gedächtnisleistungen beschäftigen und Trainingsmöglichkeiten anbieten, die präventiv und kurativ wirken.

Ambulatorien

Ambulatorien sind an Spitäler, Heime oder Spitex-Zentren (z.B. in der Stadt Zürich) angegliederte Räumlichkeiten und Strukturen, in denen therapeutische und pflegerische Leistungen für alte Menschen erbracht werden, die noch einigermaßen mobil sind.

4.3 Stationäre Angebote

Das Angebot an Plätzen für Pflegebedürftige ist aufgrund der bereits genannten Abgrenzungsschwierigkeiten nicht genau festzustellen.

Wohnplätze für Behinderte

Im Gegensatz zum Altersbereich (seit 1990) leistet der Bund Beiträge an das Wohnplatzangebot für Behinderte (IVG Art. 73). Da die betreffenden Institutionen aber zu einem grossen Teil aus privater Initiative entstanden sind bzw. entstehen und auch von privaten Trägerschaften geführt werden, ist zur Zeit das genaue Platz-Angebot in Behinderten-Heimen nicht bekannt. (Dies sollte sich ab 1997/98 aufgrund der vom BSV geforderten Bedarfsplanung ändern.)

Die in der Erhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS, M. Wyss, Stationäre sozialmedizinische Institutionen, Bern 1993) aufgeführten 13'798 Plätze dürften in der Grössenordnung eher knapp zutreffen. Der Kanton Zürich als Kanton mit relativ vielen Institutionen verfügte 1992 über gut 3'000 Wohnheimplätze, was ein Verhältnis von IV-Rentner/innen zu Plätzen von 8 : 1 ergibt, während die BSF-Zahlen für die Schweiz zu einem Verhältnis von 12 : 1 führen.

Wohnplätze für alte Menschen

In den meisten Kantonen ist das Heimwesen an die Gemeinden delegiert, die ihrerseits häufig private Organisationen, Zweckverbände etc. mit dem Bau und Betrieb beauftragen. Dieser Umstand und andere Faktoren, wie kommunale oder regionale Traditionen führen zu erheblichen Unterschieden in der Heimquote, d.h. im Anteil der Heimbewohner/innen an der relevanten Bevölkerungsgruppe (über 80jährige). Diese Unterschiede setzen sich auf kantonaler Ebene fort. Die Bandbreite kann indirekt berechnet werden über die Haushaltsstatistik: sie liegt zwischen einem Anteil von 48,7%

Heimbewohner/innen an der 80jährigen und älteren Bevölkerung (Appenzell Innerrhoden, wohin allerdings relativ viele Personen aus anderen Kantonen ins Altersheim ziehen) und 22,4% (Solethurn) bei einem schweizerischen Durchschnitt von 30,5% (vgl. die Auswertung der Volkszählung 1990 "Einwohner/innen der Schweiz über 65 Jahre nach Haushaltstyp" im Anhang).

Obwohl der Bau von Heimen in der Regel vom Kanton subventioniert wird, bestehen in etlichen Kantonen keine genauen Angaben über die Bettenzahl: Die VESKA-Statistik ist nicht vollständig, weil sie nur ihre Mitglieder umfasst. Die erwähnte Studie des BFS einerseits und die Haushaltsstatistik zur Volkszählung andererseits sind grundsätzlich als Quellen für die Berechnungen geeignet, allerdings decken sich verschiedene Daten nicht, sodass die Angebote im einzelnen geklärt werden müssten.

Was die Art der Angebote betrifft, so zeichnet sich ein Wandel von zwei Seiten her ab: Zum einen ist generell festzustellen, dass das traditionelle Altersheim kaum mehr gefragt ist. Alter allein ist kein Eintrittsgrund mehr; die bessere gesundheitliche und finanzielle Lage der Altersrentner/innen und der Ausbau der ambulanten Dienste haben in den letzten Jahren das durchschnittliche Heim-Eintrittsalter immer weiter hinausgeschoben. Weil sie erst eintreten, wenn mindestens absehbar ist, dass ihre Pflege zu Hause nicht mehr gesichert werden kann, sind Menschen, die in ein Heim umziehen, in der Regel pflegebedürftiger, als dies die Bewohner/innen traditioneller Altersheime waren. Deshalb sehen sie das "Betagtenheim" (oder je nach Usanz das "Alters- und Pflegeheim") als ihren letzten Wohnort, den sie nicht mehr wechseln wollen. Daraus leiten sich Forderungen an das stationäre Angebot ab: Es soll wohnlich sein (Einzelzimmer mit Nasszelle), Hilfe und Pflege flexibel und bedarfsgerecht anbieten und zusichern, dass die Bewohner/innen ihr Zimmer auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht wechseln müssen. Zum andern werden aus den genannten Gründen auch kaum mehr traditionelle Kranken- oder Pflegeheime gebaut. Diese haben in der Regel eine Spitalstruktur, die allenfalls für dauernd bettlägerige Patient/innen angebracht sein könnte, für die Mehrheit der Bewohner/innen aber schon vom äusseren Rahmen her keine adäquate Wohnform bietet.

In den letzten Jahren sind zunehmend auch alternative Wohnformen für pflegebedürftige alte Menschen entstanden. Quantitativ spielen sie eine untergeordnete Rolle, aber sie sind eine wichtige qualitative Erweiterung des Angebots. Zu nennen sind insbesondere zwei Typen:

Sogenannte **Pflegewohngruppen** bestehen v.a. im Raum Biel-Seeland seit 10 Jahren. Es handelt sich um grosse Wohnungen, in denen je 5 - 7 pflegebedürftige alte Menschen von einem Team rund um die Uhr versorgt werden. Die Personalkosten sind in diesem Modell relativ hoch, weshalb nicht

mit einer wirklich starken Verbreitung zu rechnen ist. Immerhin dienen sie als Modell für Heime, die sich intern in Wohngruppen umstrukturieren.

In der Stadt Zürich läuft zur Zeit ein Versuch des Roten Kreuzes und des Stadtärztlichen Dienstes mit der **Familienpflege**. In diesem, in einzelnen Staaten der USA (Hawaii, Oregon) stark verbreiteten Modell betreut eine Familie gegen Entgelt einen alten Menschen. Das Modell hat das Potential, die Lebensqualität alter Menschen (und ihrer Gastgeberfamilien) stark zu verbessern, eignet sich aber vor allem bei niedriger Pflegebedürftigkeit. Trotz intensiver Bemühungen konnten bisher erst wenige solche Familienpflege-Verhältnisse verwirklicht werden.

5. Prävention

Die Literatur zur Prävention von Alterskrankheiten ist noch nicht sehr umfangreich. Immerhin zeichnet sich ab, dass auch in diesem Bereich die Gliederung der Prävention in primäre (Ursachenbekämpfung), sekundäre (Früherkennung und frühes Eingreifen v.a. bei Verdacht auf eine chronische Krankheit) und tertiäre Prävention (Reduktion der Dauer und der Auswirkungen der Krankheit) sinnvoll ist. Die Übergänge zwischen den drei Präventionsarten sind fließend.

Primäre Prävention

Primäre Prävention zielt auf die Gesundheit als ganze, auf ihre Aufrechterhaltung und auf die Verhinderung von Krankheiten. Sie ist der wirksamste und sparsamste Ansatz, aber auch der schwierigste, da sie vor allem eine Aenderung des Lebensstils bereits in jüngeren Jahren verlangt, um den Allgemeinzustand des Organismus zu verbessern und bestimmten Alterskrankheiten vorzubeugen. Dazu gehören die Sinngebung im Leben und die Förderung sozialer Kontakte, die Umstellung der Ernährung (z.B. Gewichtsreduktion und/oder Abbau der Cholesterolaufnahme zur Verhinderung von Herz- und Kreislaufproblemen), die Veränderung des Umgangs mit Suchtmitteln, insb. Rauchen und Alkoholgenuss, oder die gezielte Aufnahme von Stoffen zur Vermeidung von Mangelerscheinungen (z.B. Kalziumaufnahme zur Verhütung von Osteoporose). Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass solche Massnahmen beträchtliche Gewinne an Lebensjahren bewirken.

Ein zweiter Ansatz im Bereich der primären Prävention zielt auf die Verhinderung von Krankheiten, die sich im Alter stärker und sogar lebensgefährdend auswirken können. Zu nennen sind etwa Grippeimpfungen oder die Behandlung von Bluthochdruck, durch die das Schlaganfallrisiko reduziert werden kann.

Eine dritte Kategorie der primären Prävention besteht in der Identifikation bestimmter Risiken bzw. Risikogruppen, um frühe, wirksamere und kostengünstigere Behandlung zu ermöglichen (z.B. Brust- oder Gebärmutterkrebs-Vorsorgeuntersuchung generell ab Alter 65).

Die Beschreibung der primären Prävention greift aber zu kurz, wenn sie auf die medizinischen Elemente beschränkt wird. Indem gemäss dem neuen Konzept das Wohlbefinden in seinen vielen Dimensionen in den Vordergrund gerückt wird, reicht die Forderung nach Veränderung des Lebensstils viel weiter und ist in vielen Situationen vom einzelnen Individuum allein nicht einlösbar. Materielle, soziale, psychische Not, gesundheitsgefährdende Arbeitsplätze, ein ungesundes Freizeitverhalten, Umweltveränderungen usw. haben Langzeitwirkungen auf das Wohlbefinden im Alter. Das bedeutet, dass Wirtschafts- (insbesondere Arbeitsmarktpolitik), Sozialpolitik, Umweltpolitik einen hohen Stellenwert in der primären Prävention haben und in ihren Entscheiden die möglichen Wirkungen auf die Gesundheit der Menschen berücksichtigen sollten. Aber auch der Gesundheitserziehung kommt hohe Bedeutung zu, da sie die Individuen in die Lage versetzen soll, Gefährdungen zu erkennen und als autonome Menschen zu vermeiden.

Sekundäre Prävention

Sekundäre Prävention zielt im Alter vor allem auf die Früherkennung von (chronischen) Krankheiten, die in dieser Lebensphase besonders häufig vorkommen. Sie will die Chancen einer Behandlung bzw. Heilung verbessern oder mindestens die Folgen der Krankheit hinausschieben. Dazu gehört neben den Vorsorgeuntersuchungen vor allem die richtige Diagnose und Interpretation von Symptomen, um einer Krankheit oder ihrer Verschlimmerung vorzubeugen. Als Beispiel kann das Erkennen und Behandeln einer "Streifung" gelten, durch das ein Hirnschlag mit seinen Folgen verhindert werden kann. Sekundäre Prävention wird erschwert, weil die Alterskrankheiten noch zu wenig bekannt sind, weil der Zustand alter Menschen oft durch eine Vielzahl von Symptomen gekennzeichnet ist, und weil alte Menschen nicht immer in der Lage sind, ihre Symptome zu beschreiben.

Tertiäre Prävention

Tertiäre Prävention richtet sich auf die Verlangsamung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit und auf die (Re-)Aktivierung der Fähigkeiten des alten Menschen, um die Folgen der Krankheit so klein wie möglich zu halten. Rehabilitation ist der Kern dieser Art der Prävention.

(vgl. World Health Organization, Altern und Gesundheit, Kopenhagen 1990)

Soweit die Theorie. Die Praxis hinkt den Möglichkeiten weit hinterher. Dafür sind aber nicht allein das mangelnde Angebot oder das Fehlen von präventiven, geriatrischen und rehabilitativen Qualifikationen verantwortlich. Wichtiger ist, dass die meisten Menschen erst dann an präventive Massnahmen denken (insbesondere weil damit eine Aenderung des Lebensstils verbunden ist), wenn sich erste gesundheitliche Probleme bemerkbar machen. (Ob dies zu ändern ist, wird im "Projekt Eiger" vom Ziegler Spital Bern aus getestet, das versucht, erfolgreiche Erfahrungen aus den USA mit präventiven Hausbesuchen bei Menschen, die an der Schwelle zum 4. Alter stehen, auf die Schweiz zu übertragen.)

6. Forschung

Aehnliche Probleme, sich als Wissenschaft zu etablieren, wie Geriatrie und Rehabilitation in der Medizin, hat Forschung über das Alter und über die Sozialpolitik in den Sozialwissenschaften. Institutionalisierte Altersforschung fehlt in der Schweiz mit (kleinen) Ausnahmen in Genf und Freiburg völlig. An den Deutschschweizer Universitäten existiert kein Lehrstuhl für Sozialpolitik, in der Suisse Romande ist die Situation etwas besser, aber auch noch nicht problemadäquat angesichts der vielen offenen Fragen, die sich in bezug auf die Sozialpolitik im allgemeinen und auf Altersfragen im besonderen stellen. Es soll nicht behauptet werden, dass dies ein Indikator für die Qualität der Sozialpolitik sei, aber das konstante Fehlen von Angaben über die Lage der sozialen Sicherheit in der Schweiz in internationalen Vergleichstudien der OECD und des Europarates, muss doch nachdenklich stimmen - immerhin handelt es sich um eines der zentralen Themen unserer absehbaren Zukunft.

Im Vorfeld zum Nationalen Forschungsprogramm 32 "Alter" haben F. Höpflinger und A. Stuckelberger einen Band "Alter und Altersforschung in der Schweiz" herausgebracht (Zürich, 1992). Auch dieses Nachschlagewerk kommt zum Schluss, dass die Situation sich so lange nicht verbessern wird, als es nicht gelingt, Altersforschung in der Universitäten zu institutionalisieren. Es ist verschiedentlich belegt worden, dass auch ein Nationales Forschungsprogramm nur punktuellen Nutzen bringen kann, solange seine Themen nicht von den universitären Forschungsstrukturen aufgenommen und weiterbearbeitet werden. (u.a. D. Freiburghaus, W. Zimmermann, Wie wird Forschung politisch relevant? Fallstudien zu den Nationalen Forschungsprogrammen, Schweizerischer Nationalfonds, NFP 6, Bern 1984) Angesichts des real negativen Wachstums der Hochschulaufwendungen, müsste das NFP 32 also Impulse zur Umverteilungen zwischen den

Disziplinen auslösen - die Erfahrung zeigt, dass es sich dabei um ein äusserst schwieriges Unterfangen handelt.

Literatur

Bundesamt für Sozialversicherung, Spitex-Inventar, Bern 1994

Bundesamt für Statistik, M. Wyss, Stationäre sozialmedizinische Institutionen, Bern 1993

Conseil de l'Europe, La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, 6e Conférence des Ministres européens responsables de la sécurité sociale, Lisbonne, 29 - 31 mai 1995

D. Freiburghaus, W. Zimmermann, Wie wird Forschung politisch relevant? Fallstudien zu den Nationalen Forschungsprogrammen, Schweizerischer Nationalfonds, NFP 6, Bern 1984

V. Garms-Homolova, D. Schaeffer, Versorgung alter Menschen, Freiburg im Breisgau 1992

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, IUSP-Bericht, Bern 1994

P. Gilliand, Rentiers AVS: une autre image de la Suisse, Lausanne 1983

F. Höpflinger und A. Stuckelberger, Alter und Altersforschung in der Schweiz, Zürich, 1992

Rehabilitationskonzept für den Kanton St. Gallen, verabschiedet vom Regierungsrat am 16. August 1994

R.M. Rüst-Walcher, Möglichkeiten und Grenzen der spitalexternen Betreuung und Pflege von Betagten, Schriftenreihe der SGGP No. 28, 1993

U. Schneekloth, P. Potthoff, Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Stuttgart, Berlin, Köln, 1993

H.P. Tews, Altersbilder, Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter, KDA-Forum 16, Köln 1991

W.G. Weissert and S. C. Hendrick, Lessons from community-based long-term care, Journal of the American Geriatrics Society, Vol.42/3, 1994

A. Wettstein, Die senile Demenz und ihre Behandlungsstrategie, Habilitationsschrift, Universität Zürich, 1990

P. Willmott, Social Networks, Informal Care and Public Policy, Policy Studies Institute, London 1986

World Health Organization, Altern und Gesundheit, Kopenhagen 1990

Kapitel 4: Pflegebedürftigkeit: Gesetzliche Regelungen und Leistungsangebot im internationalen Vergleich

1. Einleitung: Zur Definition von Pflegebedürftigkeit

Jede Untersuchung des Umgangs mit der Pflegebedürftigkeit kommt nicht um eine mehr oder weniger arbiträre Bestimmung des Begriffs selbst bzw. verwandter oder ähnlich gebrauchter Begriffe herum: Auf internationaler Ebene sind die Definitionen dessen, was "Pflegebedürftigkeit/Pflegeabhängigkeit" (BRD), "Hilfsbedürftigkeit" (Österreich), "need for long term care" (GB) oder "dépendance" (F) bedeutet, alles andere als einheitlich. Der Begriff "dépendance" etwa wird auch im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit und Armut verwendet (vgl. G.Igl, *La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale*, Strasbourg 1995, S. 13 ff).

Die 6. Europäische Sozialministerkonferenz des Europarates in Lissabon einigte sich im Mai 1995 auf folgende Definition: "La dépendance signifie le besoin d'aide pour l'accomplissement des actes courants de la vie". (Conseil de l'Europe, *Les besoins spécifiques des personnes dépendantes, les coûts et le financement*, Strasbourg 1995, S. 9). In dieser Definition fehlt das Element der Langfristigkeit. Implizit ist es jedoch im üblichen Gebrauch von "dépendance", wie auch im deutschen Begriff "Pflegebedürftigkeit" enthalten, sogar explizit im englischen "need for long term care". Wie in der vorliegenden Studie wird das Element ergänzt, sodass der Begriff immer im Sinn von "langfristige Pflegebedürftigkeit" gebraucht wird.

Grundsätzlich werden zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit die folgenden Kriterien angewandt (nach Reinhold F. Thiede, *Die gestaffelte Pflegeversicherung*, Frankfurt, New York 1990, S. 17 ff.):

- Ausmass der individuellen Pflegebedürftigkeit
- Umfang der personellen häuslichen Pflegeressourcen
- Wohnungssituation des/der Pflegebedürftigen
- Finanzielle Ressourcen des/der Pflegebedürftigen.

Diese vier Kriterien haben den Vorteil, dass sie ohne unverhältnismässig grossen Aufwand operationalisierbar und umsetzbar sind.

Abgesehen von der wichtigen Rolle, die die Aerzte fast überall ausser in Grossbritannien bei der Bescheinigung der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit spielen, bilden folgende Instrumente international gesehen eine gemeinsame, anerkannte Basis: die "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps" (WHO, Genf 1980) und für den vorliegenden Zweck besonders die Abstützung der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit auf die mehr oder weniger grosse Schwierigkeit, "Aktivitäten des täglichen Lebens, ATL" (ADL = Activities of daily living) und "Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, IATL" (IADL = Instrumental activities of daily living) auszuüben. Diese Instrumente gehen in der Regel auf Katz (1963 a.a.O) zurück, allerdings gibt es auch hier bereits eine ganze Reihe von Zusammenstellungen. 1969 formulierten Lawton und Brody die folgende Liste, die seither immer wieder leicht ergänzt oder abgewandelt wurde (M.P. Lawton, E.M. Brody, Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living, in: Gerontologist, 1969, S. 179-186):

Aktivitäten des täglichen Lebens (Selbstversorgung)

- Toilettbenutzung
- Nahrungsaufnahme
- Ankleiden
- Körperpflege
- Körperliche Beweglichkeit
- Baden, Waschen

Instrumentelle Aktivitäten

- Telefonieren
- Einkaufen
- Nahrungszubereitung
- Haushaltsführung
- Wäsche reinigen
- Benutzen von Verkehrsmitteln
- Selbständige Medikamenteneinnahme
- Regelung finanzieller Angelegenheiten

Die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit wird als gegeben erachtet, wenn eine bestimmte Anzahl der ATL und IATL nicht mehr selbständig ausgeführt werden kann. Je mehr dies sind, als umso schwerer gilt sie. Mit der Einführung von sonstigen Variablen zum Verhalten (z.B. Suizidgefahr) oder zu speziellen Bedürfnissen kann das System verfeinert und der Pflegebedarf und dessen Kosten pro Bedarfsgruppe ermittelt werden (vgl. den Überblick bei Günter Neubauer/Gabi Moos,

Differenzierung des Pflegebedarfs in der stationären Langzeitpflege, in: Arbeit und Sozialpolitik, 5-6/1995, S. 12 ff.).

Methoden und Instrumente zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit

Angesichts der methodischen Unsicherheit bei der Definition und der Erfassung der Pflegebedürftigkeit hat eine Arbeitsgruppe "Dotation en personnel" des Groupement des services de la santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin (GRSP) versucht, die "Instrumente zur Messung des Pflegeaufwandes in Altersheimen und Akutspitälern" (ifg/isp, Lausanne, Aarau 1995) systematisch zu erfassen. Ihre Zusammenstellung ist folgendermassen gegliedert:

- universell (z.B. durch ein nationales Gesetz) und konsensuell (lokal, pragmatisch)
- direkt (definiert den Arbeitsaufwand pro Empfänger in standardisierten Zeiteinheiten pro Pflegehandlung) und indirekt (Klassifikation der Patienten nach ihrem Abhängigkeitsgrad). Für die Definition der Pflegebedürftigkeit wäre die zweite die direkte Methode, während die erste als indirekt zu bezeichnen wäre.
- analytisch (durch weitmöglichste und individuelle Aufgliederung) und synthetisch (durch Kategorisierung, Klassifizierung und Pauschalierung)
- integriert (im Pflegeverfahren und durch das Pflegepersonal) und nichtintegriert (z.B. durch unabhängige Case Manager)
- ausgehend von der erforderlichen Pflege (ex ante durch Bedarfsklärung bei der Patientin/beim Patienten) oder von der erbrachten Pflege (ex post, z.B. durch Arbeitszeitnotierung für die Rechnungsstellung).

Die drei Basismethoden, die mit vielen Varianten zur Messung der Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden, können in dieser Systematik lokalisiert werden:

1. Die medizinische Diagnose bzw. die ärztliche Bezeichnung und Bestätigung des Grades der Pflegebedürftigkeit ist das generellste Instrument. Sie wird in praktisch allen Ländern und auf allen Ebenen eingesetzt und gilt allgemein als Voraussetzung für eine Vergütungsberechtigung des Pflegeaufwandes durch eine Versicherung. Gemäss der obigen Gliederung handelt es sich

um eine universelle, analytische, indirekte, nichtintegrierte und von der erforderlichen Pflege ausgehende Methode. ("Universell" kann hier aber nicht bedeuten, dass keine individuelle Auslegung möglich ist.)

2. Messung des Autonomieverlustes anhand der Fähigkeit des betroffenen Menschen, einen Katalog von Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen (ATL: ursprünglich entwickelt von S. Katz, A.B. Ford, R.W. Moskowitz et al., *Studies of illness in the Aged: the index of Activities of Daily Living (ADL)*, *Journal of the American Medical Association*, 1963, 185, S. 914 - 919). Das Instrument gehört in die gleiche Kategorie der obigen methodischen Gliederung wie die ärztliche Diagnose.
3. Bestimmung des Autonomieverlustes aufgrund der längsten Periode innerhalb von 24 Stunden, während der ein Mensch ohne die Hilfe einer anderen Person sein kann. Die Summe der Pflegezeiten innerhalb von 24 Stunden wird auf eine Skala von (z.B. vier) Pflegeabhängigkeitsgraden umgelegt. Diese Methode wird vom Bureau Commun des Assurances Collectives in Frankreich angewandt. Systematisch ist sie in die Kategorien konsensuell, direkt, synthetisch, integriert und ex post einzuteilen (vgl. J. Blondeau und D. Dubois, *Le financement de la dépendance des personnes âgées en Europe*, Manuskript für die No. 81, Oktober 1996 der Geneva Papers on Risk and Insurance).

Jede der Basismethoden hat ihre Vor- und Nachteile: Bei der Attestierung der Pflegebedürftigkeit durch einen Arzt/eine Ärztin stehen den Stärken der gründlichen Untersuchung, die eine Absicherung gegen Vortäuschung eines Schadenfalles ist und die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von Leistungen verhindert, als Schwäche die Gefahr gegenüber, dass die subjektive Beurteilung falsch sein kann, unbewusst oder im Sinne eines Gefälligkeitsgutachtens. Dieses Problem kann durch das System der "Second Opinion" oder den Einsatz von Expertenkommissionen gelöst werden - allerdings mit beträchtlichen Kostenfolgen. Die ATL-Methode umgeht zwar die subjektive Beurteilung durch einen Arzt und hat ihre Stärke dank der Universalität der Skala in der überinstitutionellen Vergleichbarkeit. Sie kann dennoch nicht garantieren, dass das Instrument einheitlich angewandt wird, sofern dies nicht durch ein - ebenfalls aufwendiges - System des Erfahrungsaustausches und der Kontrolle gezielt gefördert wird. Die dritte Methode hat den Vorteil, dass sie auf den quantifizierbaren Bedarf ausgerichtet ist - dies ist aber zugleich auch ihr Nachteil, da der Bedarf bei pflegebedürftigen Menschen oft nicht stabil ist, sondern im Gegenteil erheblich und in kürzeren oder längeren Perioden schwanken kann.

2. Einzelne Länder im Vergleich

Dass das Thema sozialpolitisch aktuell ist, zeigt sich auch daran, dass die Europäische Union sich damit befasst. Im Rahmen des EU-Forschungsprojektes "Securing Long-Term Care in the European Community" wird gegenwärtig versucht, Grundlagen für einen gemeinsamen Nenner im Umgang mit der Pflegebedürftigkeit zu finden. Die verschiedenen Teilprojekte haben angesichts der internationalen Mobilität - auch für die Schweiz - mehr als theoretische Bedeutung. Allerdings ist die Forschung noch im Gang, so dass lediglich vorläufige Resultate präsentiert werden können. Mehr zu wollen, wäre angesichts der sich rasch wandelnden sozialpolitischen Praxis allerdings ohnehin ein fragwürdiges Unterfangen und höchstens von historischem Interesse.

In einem der EU-Teilprojekte wird versucht, einen Ueberblick über die verschiedenen Sicherungssysteme zu erstellen. Dies ist zweifellos sehr verdienstvoll, aber es zeigt gleichzeitig eines der Hauptprobleme, nämlich, dass die Sicherung bei Pflegebedürftigkeit nur im Kontext mit den anderen - ebenfalls in jedem Land unterschiedlich historisch gewachsenen - Kranken-, Renten- und generell Sozialversicherungssystemen beschrieben und erst recht beurteilt werden kann. Die daraus hervorgehenden tabellarischen Uebersichten erfüllen jedoch einen wichtigen Zweck, indem sie - wenigstens in Stichworten - die ganze Breite des Spektrums darstellen. (vgl. Tabellen im Anhang: R. Eisen, An International Comparison of Securing Long-Term Care Systems, PFLEG-Projekt, Forschungsbericht 18, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Dezember 1995; M.-E.Joel, Les besoins spécifique des personnes dépendantes, les coûts et le financement, Strasbourg 1995).

Diese Arbeit kann sich deshalb auf einzelne Fragen und Länder konzentrieren. Aber auch so kann sie keine erschöpfenden Beschreibungen liefern. Sie soll lediglich anhand der Literatur die Vielfalt und einige besondere Ausprägungen in den der Schweiz nahestehenden Systemen zeigen. Auf die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland wird ausführlicher eingegangen, da sich dort in den letzten Jahren im Zuge der Schaffung einer speziell auf das Pflegerisiko ausgerichteten Sozialversicherung eine Debatte entwickelte, die auch für die Schweiz relevant ist.

Bundesrepublik Deutschland

Die zum 1.4.1995 in der Bundesrepublik eingeführte Pflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. An die Pflegeversicherung angeschlossen sind alle Mitglieder der

gesetzlichen Krankenkassen. Der Rest der Bevölkerung muss eine private Pflegeversicherung abschliessen.

Definition der Pflegebedürftigkeit

Das Gesetz (Paragraph 13) sieht drei Pflegestufen vor:

- Stufe 1: Erheblich Pflegebedürftige, d.h. "Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen".
- Stufe 2: Schwerpflegebedürftige, d.h. "Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens dreimal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen".
- Stufe 3: Schwerstpflegebedürftige, d.h. "Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen".

"Die Richtlinien zur Pflegebedürftigkeit" der Spitzenverbände der Pflegekassen präzisieren das Gesetz wie folgt:

"Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind allein die im Gesetz genannten gewöhnlichen und regelmässig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Verrichtungen in diesem Sinne sind:

- im Bereich der Körperpflege: das Waschen, das Duschen, das Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung;
- im Bereich der Ernährung: das mundgerechte Zubereiten der Nahrung, die Aufnahme der Nahrung;
- im Bereich der Mobilität: Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;

- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung: das Einkaufen, das Kochen, das Reinigen der Wohnung, das Spülen, das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen".

Erläuternd heisst es dazu: "Haarewaschen sowie das Schneiden von Finger- und Fussnägeln sind regelmässige, aber keine täglich anfallenden Verrichtungen. Die Zahnpflege umfasst auch die Mundpflege. Unter Gehen (Stehen, Treppensteigen) ist das Bewegen im Zusammenhang mit den Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu verstehen. Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung sind nur solche Verrichtungen ausserhalb der Wohnung bei der Begutachtung zu berücksichtigen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern. Weiterer Hilfebedarf, zum Beispiel bei Spaziergängen oder Besuch von kulturellen Veranstaltungen, bleibt unberücksichtigt".

Die Musterbedingungen der privaten Pflegekrankenversicherungen und der Pflegerentenversicherungen umschreiben den Zustand der Pflegebedürftigkeit wie folgt (nach: Ursula Hirnschützer, Offerten der privaten Versicherungswirtschaft zur Eigenvorsorge bei Pflegebedürftigkeit. Eine vergleichende Darstellung, Berlin 1992, S. 20):

Pflegebedürftigkeit in der Pflegekrankenversicherung: Sie "liegt vor, wenn die versicherte Person so hilflos ist, dass sie nach objektivem medizinischem Befund für die Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf".

Pflegebedürftigkeit in der Pflegerentenversicherung: Sie "liegt vor, wenn der Versicherte infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass er für die gewöhnlichen und regelmässig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Versicherungsleistungen richten sich in der Höhe meist nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, der (...) nach sogenannten Pflegestufen eingeteilt ist. Als Bewertungsmaßstab für die jeweilige Einstufung geben die Versicherungen eine Punktetabelle vor, wobei die Anzahl der Punkte Art und Intensität der täglichen persönlichen Hilfen, die ein Pflegebedürftiger benötigt, ausdrücken soll."

Die privaten Krankenversicherungen nehmen bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit überwiegend eine Einteilung nach vier, die Lebensversicherungen nach drei Pflegestufen vor.

Leistungen

Das Gesetz zur Pflegeversicherung sollte vor allem die Sozialhilfe entlasten, die im Lauf der Jahre sach- und systemfremde Aufgaben übernommen hatte. Der Leistungskatalog umfasst deshalb Geld- und Sachleistungen, wobei die zu pflegende Person die Wahl hat.

Seit Inkrafttreten der ersten Stufe der Pflegeversicherung am 1.4.1995 sind die Ziele klar. Nicht gelöst ist damit aber das Problem der Abgrenzung von pflegerischer und medizinischer Versorgung. Sie ist vor allem, aber nicht ausschliesslich bei der stationären Langzeitpflege von Bedeutung, um so mehr als das Gesetz durch die Einführung von Wettbewerbselementen die Institutionen zu Kostenbewusstsein zwingen möchte. Damit wird eine exakte Definition von den durch die Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen nach Art, Umfang und Qualität nötig.

Die soziale Pflegeversicherung sieht die folgenden Leistungen vor (nach: Günter Neubauer/Gabi Moos, Differenzierung des Pflegebedarfs in der stationären Langzeitpflege, 1995 und Pflegegesetze):

- Für die Hauspflege ist die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten, gestaffelt nach drei Pflegestufen, im Wert von 750, 1800 und 2800 DM/pro Monat vorgesehen (in ausserordentlichen Fällen bis zu 3750 DM).
- Pflegegeld zur Entlohnung einer vom Pflegenden zu bestimmenden Pflegeperson: 400, 800, 1300 DM/monatlich. Der Pflegedienst wird sozialversicherungsrechtlich als Lohnarbeit anerkannt.
- Pro Jahr stehen 2800 DM für einen vierwöchigen Urlaub der pflegenden Person zur Verfügung.

Die zweite Stufe der Pflegeversicherung trat am 1.7.1996 in Kraft. Sie regelt die Heimunterbringung:

- Für die Heimpflege - ohne medizinische Leistungen - stehen monatlich 2800 DM, in besonderen Fällen 3300 DM zur Verfügung. Für die Kosten der Heimunterbringung und Ernährung muss die Heimbewohnerin/der Heimbewohner extra aufkommen, sofern sie/er dies nicht oder nicht vollständig kann, springt die Sozialhilfe ein.
- Vorgesehen sind ferner einige einmalige Leistungen (z.B. um Wohnungen rollstuhlgerecht einzurichten).

In den "Richtlinien zur Pflegebedürftigkeit" der Spitzenverbände der Pflegekassen, die Anfang 1996 vom Bundesamt für Arbeit und Sozialordnung genehmigt wurden, werden folgende Leistungskategorien unterschieden:

Die Hilfe muss in Form

- der Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- der teilweisen oder vollständigen Übernahme dieser Verrichtungen,
- der Beaufsichtigung der Ausführung dieser Verrichtungen oder der Anleitung zur Selbstvornahme

durch die Pflegeperson erforderlich sein.

Ziel der Hilfe ist soweit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person. Bei der Beurteilung, ob und in welcher Form Hilfe benötigt wird, ist das Umfeld der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Ein Hilfebedarf kann nicht allein deshalb verneint werden, weil sich der/die Pflegebedürftige tagsüber ausserhalb der Wohnung aufhält.

"Unterstützung" bedeutet, noch vorhandene Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern sowie den Pflegebedürftigen zu helfen, verlorengegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen und nicht vorhandene zu entwickeln (aktivierende Pflege). Zur Unterstützung gehört neben anderen Elementen auch, die Pflegebedürftigen zur richtigen Nutzung der ihnen überlassenen Hilfsmittel anzuleiten.

"Teilweise oder vollständige Übernahme" bedeutet, dass die Pflegeperson Teile der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, die die/der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann.

"Beaufsichtigung und Anleitung" zielen darauf, dass die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise vom pflegebedürftigen Menschen selbst durchgeführt werden. Beaufsichtigung oder Anleitung kommen insbesondere bei geistig und seelisch Behinderten, psychisch Kranken sowie verwirrten Menschen in Betracht. Beaufsichtigung und Anleitung richten sich auch darauf,

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (zum Beispiel Orientierung zur eigenen Person und in der Umgebung),
- Eigen- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (zum Beispiel durch unsachgemässen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer),
- Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen abzubauen.

Nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören

- Massnahmen zur Durchführung der beruflichen und sozialen (gesellschaftlichen) Eingliederung,
- Massnahmen der medizinischen Rehabilitation
- Massnahmen zur Förderung der Kommunikation.

Ein Unterschied in den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zuhause und im Heim besteht grundsätzlich nicht, jedoch ein Finanzierungsproblem. Der vom Gesetz postulierte Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege verlangt, die Fehlbelegung von Krankenhäusern durch chronisch Kranke und Personen, die nur stationär behandelt werden, weil eine Versorgung zuhause nicht funktioniert, zu beseitigen. Die Pflegeversicherung ist organisatorisch an die gesetzliche Krankenversicherung gekoppelt und umfasst faktisch den gleichen Personenkreis. Die Pflegeversicherung soll ausschliesslich die nicht-medizinische Pflege abdecken.

Die Abgrenzung ist theoretisch eindeutig, in der Praxis aber sehr kompliziert. Nach allgemein anerkannter Klassifikation wird die zu leistende Pflege in die Kategorien Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung unterteilt. Als Ursachen von Pflegebedürftigkeit gelten Unfall/Krankheit, Alter und Behinderung. "Nur wenn das Leiden des Patienten im Zeitpunkt der ärztlichen Begutachtung noch als behandlungsbedürftig und behandlungsfähig erscheint, bestehen Leistungsansprüche wegen Krankheit. (...) Da bei vielen stationär Pflegebedürftigen keine Aussicht auf Besserung ihres Leidens besteht, sind Leistungen der Krankenkassen ausgeschlossen. Es sind die Ärzte, die qua medizinischer Definitionsmacht darüber entscheiden, ob ein sich im Krankenhaus befindlicher älterer Mensch noch rehabilitativ zu behandeln oder nurmehr pflegerisch zu versorgen ist. Damit wird das Pflegerisiko medikalisiert" (Frank Maschmann, Pflegebedürftigkeit - Struktur einer sozialen Bedarfslage und deren Absicherung, Die Sozialgerichtsbarkeit 40-1993, S. 453 f.).

Ältere Menschen mit grossem Pflegebedarf sind demnach auf zwei Versorgungssysteme angewiesen: die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung - und oft zusätzlich noch auf die Sozialhilfe. Als Alternative dazu empfiehlt sich eine organisatorische und finanzielle Gleichbehandlung von Krankheits- und Pflegefällen bei stationärer Unterbringung. Die "Richtlinien zur Pflegebedürftigkeit" der Spitzenverbände der Pflegekassen und die Verträge zwischen den Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen versuchen sich dem anzunähern und die Leistungen sowie die Zuständigkeiten für einen nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege entsprechend zu regeln. Einzelne Probleme der Kostenaufteilung zwischen der Krankenversicherung, der Pflegekasse und der Sozialhilfe sind noch offen.

Exkurs: Kritik der deutschen Pflegeversicherung

Aktuell steht in der Öffentlichkeit die Kritik an der Einstufungspraxis durch die medizinischen Kommissionen im Vordergrund, insbesondere die Fälle von für die Pflegebedürftigen unverständlichen Zuordnungen zu Pflegestufen, die Anrecht auf weniger Mittel geben, als bisher zur

Deckung der Kosten zur Verfügung standen. Bereits im Vorfeld der Gesetzgebung wurden jedoch zwei grund-legende Einwände gegen das neue System formuliert. Der erste betrifft die fortdauernde Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von der Sozialhilfe und der zweite die Umverteilungswirkung.

1. Eine Hamburger Studie (Jürgen Allemeyer, Die Pflegeversicherung. Eine Analyse der Leistungsstrukturen und ihrer Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen, Hamburg 1994, S. 2ff.) kommt zum Schluss: "Bei denjenigen, die das "Glück" haben, in genügender Weise pflegebedürftig zu sein bzw. als solche anerkannt zu werden, würde die Sozialhilfeabhängigkeit bestehen bleiben, da die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen würden, um den Bedarf an fremden Hilfen zu bezahlen". Und weiter hält der Autor für erwiesen, "dass die vorgesehenen Deckelungsdefinitionen dazu führen, dass trotz der Verbesserungen in den Stufen 2 und 3 kaum jemand von den bisher von Sozialhilfe abhängigen Hilfebedürftigen in der ambulanten Pflege von der Sozialhilfe unabhängig werden wird."

In diesen Zusammenhang gehört auch die von Fachleuten geäußerte Vermutung, dass zwischen Pflegeversicherung und Sozialhilfe eine Art Zuständigkeits-Verschiebebahnhof eingerichtet wurde. "Es konnte im Gesetzestext nicht erreicht werden, die Länder (und Kommunen) nicht nur politisch, sondern auch rechtlich bindend darauf festzulegen, die kommenden Einsparungen bei der Sozialhilfe als Investitionen für Erhalt und Ausbau von Angeboten im Hilfe- und Pflegebereich zu reinvestieren" (Adalbert Evers, Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozess der politischen Umsetzung, in: Sozialer Fortschritt Jg. 44, H2, Feb. 1995, S. 24).

2. Was die Umverteilungswirkung betrifft, so wird festgestellt (Ursula Köstler, Wohlfahrtstheoretische Überlegungen zur Sicherung der Pflegebedürftigkeit, Frankfurt 1995, S. 19): "Verglichen mit dem Zustand ohne Versicherungspflicht mit Sozialhilfegarantie nimmt bei einer Sozialversicherungs-lösung das Ausmass der Umverteilung zu; davon profitieren Individuen mit sehr niedrigen Einkommen. Sie haben dann allerdings Beiträge zu entrichten und verlieren ihren Sozialhilfeanspruch bei Pflegebedürftigkeit. Es entsteht zwar ein höheres Umverteilungsvolumen, aber auch eine Umverteilung von niedrigen zu höheren Einkommen. Die sehr hohen Einkommen profitieren eindeutig beim Übergang zu einer Sozialversicherungslösung. Da der Einkommenssteuertarif ab dem Freibetrag zunächst proportional und dann progressiv verläuft, nimmt der Durchschnittssteuersatz bei hohen Einkommen zu. In einer Sozialversicherung zahlt der Versicherte bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze Beiträge proportional zum Einkommen, darüber hinaus konstante Beiträge. Daher ist für hohe Einkommen die Mittelverwendung bei einer beitragsfinanzierten Sozialversicherungslösung niedriger als bei der steuerfinanzierten Sozialhilfe. Die Pflegesozialversicherung benachteiligt den Durchschnittsverdiener gegenüber der Regelung ohne Versicherungspflicht mit Sozialhilfegarantie".

Zum selben Ergebnis kommt die Hamburger Studie (Allemeyer, Pflegeversicherung, S. 3): "An dieser Stelle profitieren nur bisherige Selbstzahler, da sie entlastet werden" durch die Erstattung von Kosten, für die sie bislang selbst aufkommen mussten und die sie nun aus der Pflegekasse erhalten.

Oesterreich

Wie in der BRD sind Pflegeleistungen in Österreich in einem eigenen Gesetz geregelt und zwar seit dem 1.7.1993. Details der Versorgung werden auf der Ebene der Bundesländer organisiert.

Definition der Pflegebedürftigkeit

Interessant ist vor allem die theoretische Diskussion, die parallel zur Gesetzesrevision geführt wurde, und von der einiges in das Gesetz einfluss: Im Vorfeld der Revision wurde für die synonyme Verwendung von Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit plädiert: "Ein kranker Erwachsener ist vorübergehend in seinem Aktionsradius eingeschränkt und erlangt diese Fähigkeit im Verlauf der Genesung voll oder teilweise zurück. Ein pflegebedürftiger Mensch ist für seine Existenzhaltung auf Pflege- und/oder Hilfeleistungen angewiesen und dies für einen Zeitraum, der nicht nur vorübergehend bzw. kurzfristig ist. Durch den eingeschränkten Aktionsradius können die alltägliche persönliche Versorgung, die Führung des Haushalts, die Fortbewegung und ausserdienstliche Mobilität und die Kommunikationsfähigkeit betroffen sein. Dementsprechend ist zu unterscheiden, durch welche Aktivitätsdefizite Pflege- bzw. Hilfeleistungen erforderlich sind, wie die Grundpflege, die hauswirtschaftliche Versorgung, die Hilfe zur Fortbewegung, die Betreuung, die Hilfe zur Kommunikation, die Behandlungspflege. Durch die Art der Aktivitätsdefizite, die den Pflegebedarf bestimmen, lassen sich bestimmte Aktionsradien ausmachen, die sehr wesentlich die Situation der Pflegebedürftigkeit bestimmen. So zum Beispiel hängt es vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab, ob sich der Hilfesuchende im engeren Umkreis des Bettes, der Wohnung, des Wohnungsumfeldes oder der weiteren Umgebung ohne Hilfe bewegen kann" (Johanna Stricker, Pflegebedürftigkeit in Österreich, Linz 1992, S.5).

Badelt u.a. entwickelten ein neues Konzept zur Bildung von Betreuungsbedürftigkeitskategorien mit Hilfe der Clusteranalyse (Ch. Badelt u.a., Kosten der Pflegesicherung, Wien, Köln, Weimar 1995). Ausgangspunkt ist die Konzeption von Betreuungsbedürftigkeit des Oesterreichischen Krankenpflegeverbandes, die folgende Dimensionen erfasst:

- ärztlich-medizinische Betreuung

- Grund- und Behandlungspflege
- Haushaltversorgung
- psychische und soziale Betreuung.

Jeder dieser Dimensionen sind "Lebensaktivitäten" zugeordnet, die die ganzheitlichen Bedürfnisse des Menschen beschreiben. Jede Lebensaktivität wird auf das "Ausmass des notwendigen Fremdbedarfs" untersucht, wobei von der Annahme ausgegangen wird, dass eine niedrige Betreuungsbedürftigkeit einen geringen Fremdbedarf, hohe Betreuungsbedürftigkeit entsprechend hohen Fremdbedarf auslösen. Mit Hilfe einer Punkteskala kann der Fremdbedarf quantifiziert werden.

Leistungen

Mit dem Gesetz vom 1.7.1993 wurden folgende Leistungen gesetzlich verankert:

Alle Personen mit Wohnsitz in Österreich, die älter als drei Jahre sind und einen mehr als 50stündigen Hilfsbedarf pro Monat haben, haben unabhängig von der Ursache der Bedürftigkeit Anspruch auf Pflegegeld. Dieses richtet sich nach dem zeitlichen Aufwand für die notwendigen Hilfeleistungen und umfasst 7 Stufen mit insgesamt 234'000 Beziehern (März 1994):

Stufe 1: 2'564 öS/Monat (monatlich 50-74 Std., 1,6% der Bezieher),

Stufe 2: 3'588 öS (75-119 Std., 71,9%),

Stufe 3: 5'535 öS (120-179 Std., 12,1%),

Stufe 4: 8'303 öS (180 Std. und mehr, 6,6%).

Die Stufen 5 bis 7 sind an die Erfüllung zusätzlicher Kriterien geknüpft:

Stufe 5: "ausserordentlicher Pflegeaufwand" (11'275 öS, 6,0%),

Stufe 6: "dauernde Beaufsichtigung erforderlich" (15'375 öS, 1,1%) und

Stufe 7: "vollständige Bewegungsunfähigkeit oder gleichzuachtender Zustand" (20'500 öS, 0,7%).

Gesamtaufwand für alle 7 Stufen 1994: 22 Mrd öS.

Kommentar:

Bezieht man das Pflegegeld der ersten vier Stufen auf die Pflegestunden, wird ersichtlich dass mit dem hier zur Verfügung stehenden Geld auf dem Arbeitsmarkt keine Pflegeleistung gekauft werden kann, wie das die ursprüngliche Absicht des Gesetzgebers gewesen ist. Die Ansätze gehen von

Stundenlöhnen zwischen 30 und 50 öS aus, auf dem Arbeitsmarkt sind für Pflegeleistungen aber mindestens 250 öS zu bezahlen. Pflegebedürftige müssen also die Differenz nach wie vor selber aufbringen oder sind auf die unentgeltlich gewährte Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis angewiesen (vgl. Emmerich Talos/Karl Wörister, Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich, Baden-Baden 1994, S. 237 ff).

Frankreich

Definition der Pflegebedürftigkeit

In Frankreich sind Leistungen für den Pflegefall eng mit der Sozialhilfe und zahlreichen regionalen und kommunalen Sonderregelungen verknüpft. Sie steht Einwohner/innen zu, die über 16 Jahre alt und zu 80% behindert sind. Die Einstufung unterliegt Ärzten, die nach einer standardisierten Tabelle prüfen.

Leistungen

Eine gesetzliche Regelung für die Absicherung des ambulanten oder teilstationären Pflegerisikos existiert nicht, aber eine Vielzahl von altersspezifischen Hilfen, Diensten und Einrichtungen. Seit den 70er Jahren gibt es ambulante Dienste für ältere Menschen, um deren Heimeinweisung zu vermeiden und deren Pflege zu Hause zu garantieren:

Alle Leistungen der stationären Pflege sind begrenzt bzw. pauschalisiert und relativ gering, so dass Eigenleistungen (zwischen 50 und 67%) oder der Rückgriff auf die Sozialhilfe nötig werden (vgl. OECD, Protéger les personnes âgées dépendantes, Paris 1996, S. 141 - 153).

Man hat überdies "eine institutionelle Lösung des Problems der Pflegeheimbedürftigkeit (...) gesucht, indem man zunächst Krankenhäuser und Pflegeheime in ihren spezifischen Leistungen annäherte. So existieren dort in Krankenhäusern spezielle Pflegeabteilungen für langfristige Pflegefälle, andererseits aber in den Pflegeheimen medizinische Abteilungen für besondere Behandlungsfälle. Die Krankenkassen haben dabei sämtliche Kosten, die im Krankenhaus anfallen, zu tragen, wohingegen sie bei medizinischer Behandlung im Pflegeheim nur diesbezügliche Pauschalen übernehmen. Ein speziell leistungsauslösender Begriff der Pflegebedürftigkeit existiert offensichtlich nicht. Stattdessen wird der Benutzerkreis der jeweiligen Institutionen beschrieben. Mit dem stärkeren Gewicht auf der medi-

zinischen Seite in der Betreuungsabteilung eines Krankenhauses sind dort Personen untergebracht, die nicht mehr selbständig leben können und ständiger medizinischer Überwachung bedürfen. Davon unterscheiden sich Benutzer von Altersheimen dadurch, dass es sich hierbei um Personen handelt, die nicht mehr fähig sind, die gewöhnlichen Verrichtungen des Lebens zu vollziehen oder die von einem stabilisierten somatischen oder psychischen Leiden befallen sind, wodurch Wartung und medizinische Überwachung erforderlich werden" (Wirsching, Begriff der Pflegebedürftigkeit, S.110 f.).

Einen relativ breiten Raum nimmt im Moment das Gesetzesprojekt der französischen Regierung zu einem Modell betrieblichen Rentensparens in der öffentlichen Diskussion ein (épargne-retraite; vgl. Le Monde 1.6.96; 3.6.96). Mit steuerlichen Anreizen soll diese Form der Altersvorsorge gefördert werden. Das Projekt wird von den Gewerkschaften skeptisch beurteilt.

Ein neues Gesetz, das eine "prestation spécifique dépendance" (PSD) schafft, wurde im Januar 1997 angenommen. Damit soll die Notwendigkeit, im Pflegefall Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, abgebaut werden. (Auf dieses Gesetz wird im Kapitel zu den Finanzierungsmodellen näher eingegangen.)

Italien

Definition der Pflegebedürftigkeit

Auch Italien gehört zu den Ländern, in denen die Pflegebedürftigkeit unter die Sozialhilfe fällt, wobei subsidiär auch regionale und kommunale Leistungen zusätzlich zur Verfügung stehen, die freilich ein grosses Gefälle von Norden nach Süden aufweisen.

Die italienische Gesetzgebung kennt zwei Arten von Pflegebedürftigkeit, für die verschiedene Massnahmen vorgesehen sind (nach: Oswald Ungerer, Landesreferat Italien, in: Soziale Sicherung und Pflegebedürftigkeit, Wiesbaden 1989, S. 64 ff.): Die erste Form umfasst die Zivilinvaliden; die für sie vorgesehenen Leistungen besitzen Fürsorgecharakter. In der zweiten Gruppe, die versicherungsmässig gedeckt ist, finden sich die Arbeits- und Dienstinvaliden, die Opfer von Arbeitsunfällen sowie die Kriegsgesopfer.

Leistungen

Das Pflegegeld bei Zivilinvalidität sieht vier Invaliditätsgrade - abgestuft nach dem Grad der Arbeitsfähigkeit - vor. Das Pflegegeld nach einem Arbeitsunfall oder bei Arbeitsinvalidität bemisst sich dagegen nach der Zeit der Arbeitsunfähigkeit sowie vier weiteren Kriterien (Notwendigkeit von Betreuung, ärztlicher Behandlung, Prothesen und Rente).

Die Pflegebedürftigkeit im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung ist nicht rechtlich definiert sondern medizinisch. Der/die Pflegebedürftige hat Anspruch auf "Krankenhausbehandlung oder Leistungen der Rehabilitation... In der italienischen Gesetzgebung wird die Pflegebedürftigkeit... stets im Zusammenhang mit einer körperlichen oder gesundheitlichen Beeinträchtigung gesehen". Es werden dabei vier Institutionen für die Pflege verschiedener Klientengruppen unterschieden:

- Krankenhäuser für Akutkranke
- Rehabilitationskrankenhäuser
- sozialgesundheitliche Einrichtungen für die vorrangige Aufnahme von nichtselbständigen alten Menschen
- soziale Einrichtungen (Heime) für die Aufnahme von noch selbständigen Personen.

Niederlande

Definition der Pflegebedürftigkeit

Das niederländische System ist darauf ausgerichtet, dem Bürger/der Bürgerin die Leistungen, die er/sie in einer speziellen Versorgungssituation benötigt, zu gewähren (finale Ausrichtung). Konsequenterweise existiert kein einheitlich definierter Versicherungsfall der Pflegebedürftigkeit.

"Die Niederlande sichern in einer finalen Sichtweise allumfassend jegliche Bedarfssituation ab, der der einzelne Bürger durch eigene finanzielle Mittel nicht vorbeugen kann. Das Volksversicherungsgesetz (AWBZ) wurde so in das bestehende Sozialversicherungssystem eingepasst, dass dort sämtliche katastrophale Risiken abgedeckt werden, die bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht gesetzlich geregelt waren." (Uwe Wirsching, Der Begriff der Pflegebedürftigkeit in Abgrenzung zum krankenversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff, Diss. Bayreuth 1991, S.107f.).

Im Laufe der Zeit, d.h. seit der Einführung im Jahre 1968, entstanden jedoch 24 Rechtsverordnungen, die "eine Vielzahl von Leistungsbereichen einfangen: Für Schwachsinnige, Gehörlose, Blinde und andere Behinderte und Pflegebedürftige sind Ansprüche normiert auf Leistungen in Sanatorium, Krankenhaus, psychiatrischer Anstalt, heilpädagogischem Kinder- und Jugendheim, Tagesstätte und anderen Einrichtungen sowie auf Leistungen ambulanter sozialpsychiatrischer und Hauspflegedienste. Der Begriffsinhalt des programmatischen Etiketts "besondere Krankheitskosten" wandelte sich im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens von einem ursprünglich inhaltlich verstandenen im Sinne von "besonders schweren Risiken" zu einem primär systematisch abgeleiteten im Sinne von "gesondert zu regelnden Risiken". Das Leistungsspektrum des AWBZ versteht sich mithin als ein komplementäres im Verhältnis zu den im Zeitpunkt seines Entstehens bereits existierenden Sicherungssystemen" (Dieter Poske, Die niederländische Lösung im Vergleich, in: Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit, Wiesbaden 1989, S. 205 ff.). Konkret bedeutet dies, dass z.B. Krankenhausaufenthalte, deren Dauer ein Jahr übersteigt, oder die ambulante Pflege und Hilfe über dieses Gesetz finanziert werden.

Leistungen

Die Niederlande gehören zu den wenigen Ländern, in denen die Leistungen annähernd die Kosten der Pflege decken.

Die Krankenkasse deckt Krankheitskosten für 365 Tage. Danach übernimmt das AWBZ die folgenden Leistungen: Aufnahme und Aufenthalt in einem Krankenhaus, Aufnahme und Aufenthalt in einer voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtung, psychosoziale Versorgung, präventive Leistungen, Rehabilitationsleistungen, Familienhilfe, Arzneimittel. Was darüber hinaus nicht abgedeckt wird, übernimmt die Sozialhilfe.

Wer seinen Haushalt nicht mehr allein führen kann, wird von der Haus- und Krankenpflege betreut. Die Abklärung erfolgt innerhalb einer Woche nach der Antragstellung und beruht streng auf dem Subsidiaritätsprinzip, in das ausser Verwandte auch Nachbarn und sonstige Dritte einbezogen werden. Für hauswirtschaftliche Arbeiten vermittelt die Haus- und Krankenpflege den Klient/innen eine bei ihr gemeldete private Hilfsperson (Hausfrauen, Studenten), die mit dem/der Hilfesuchenden einen privatrechtlichen Arbeitsvertrag abschliesst. Die Erstattung der Kosten richtet sich nach den Einkommensverhältnissen des/der Hilfesuchenden. Darüber hinaus gehender Hilfsbedarf wird durch professionelle Helfer/innen der Haus- und Krankenpflege übernommen. Beide Formen der Hilfe sind kostenpflichtig. Die Höhe der Kosten hängt vom Einkommen ab.

Für die Unterbringung in einem Pflegeheim ist eine einkommensabhängige Eigenbeteiligung von maximal 2250 Hfl. für Personen über 65 und maximal 1300 Hfl. für Personen unter 65 Jahren zu bezahlen (1994). Gegen dieses System der Pflegeversicherung wurde bislang angeführt, es übe einen Sog in Richtung auf die Heimunterbringung aus. Die verfügbaren Statistiken belegen jedoch nur einen sehr geringen Anstieg der stationären Versorgung in den letzten Jahren.

Ferner existieren in Holland als gemeinnützig anerkannte Vereine (Kruis-Gesellschaften mit 12 000 Beschäftigten), die Pflegedienste nach dem Gesetz für besondere Krankheitskosten anbieten. Die Gesellschaften finanzieren sich selbst und erhalten staatliche Zuschüsse. (vgl. Stephan Winters, Die kollektive Vorsorge für den Pflegefall im Alter. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Niederlanden, Frankfurt 1996).

Auch die Niederlande sind seit Ende der achtziger Jahre nicht von einer Kostenexplosion verschont geblieben. Sie zwang den niederländischen Staat, im Gesundheits- wie im Pflegesektor "Mengen und Preise der medizinischen Leistungen durch ein dichtes Netz von Regulierungen unter Kontrolle zu halten". Das Reformprojekt, das noch nicht abgeschlossen ist, besteht im wesentlichen aus drei Elementen:

- Eine die gesamte Bevölkerung umfassende Basisversicherung unter Aufhebung der systematischen Teilung zwischen öffentlichem und privatem Versicherungswesen. Bei unbeschränkter Wahlfreiheit aller Versicherungsnehmer sollen Anbieter aus beiden bisher getrennten Sektoren in Wettbewerb miteinander treten.
- Die Ersetzung des vollständigen Ausgabenausgleichs zwischen den gesetzlichen Kassen durch einen Risikostrukturausgleich zwischen allen Versicherern. Die zentral eingezogenen Beitragsmittel sollen in Gestalt sogenannter 'Normzuwendungen' nach Massgabe von Risikomerkmale ihrer Kund/innen an die einzelnen Versicherer verteilt werden.
- Eine für alle Versicherte strukturell einheitliche Verteilung der Finanzierungslast:
 - Neben dem einkommensproportionalen Beitrag, der durch eine Bemessungsgrenze nach oben limitiert ist, wird eine
 - vergleichsweise geringe - sogenannte "nominale Prämie" erhoben. Diese ist für alle Kunden einer Versicherung ohne Ansehen von Risikomerkmale zunächst absolut gleich; variieren kann sie dagegen zwischen den Kassen sowie in Abhängigkeit davon, ob der einzelne Versicherte einen Teil des Risikos freiwillig selbst übernimmt.

Um den Übergang auf das neue System schrittweise zu vollziehen, sollten die Leistungsbereiche der Krankenversicherung nach und nach auf das AWBZ übertragen werden, das dazu als ungeteilte Volksversicherung prädestiniert erschien. Der Arzneimittelbereich und einige kleinere Posten wurden 1992 auf das AWBZ übertragen, dann kam die Reform ins Stocken: "In bezug auf den Pflegesektor wird die für das Gesamtprojekt gültige Feststellung, dass allein feststeht, dass nichts feststeht noch verstärkt... Als Grund dafür wird angeführt, dass die Betroffenen nur unzureichend in der Lage sind, ihre Interessen wahrzunehmen und daher besonders geschützt werden müssten, zumal sie für den Versicherer oftmals eine dauerhafte und grosse Belastung darstellten". Ferner besteht "die Gefahr, dass Versicherer Anbieter minderwertiger Pflege unter Vertrag nehmen, um Kosten zu sparen. Auch dies gilt freilich zunächst für alle Teilbereiche des Gesundheitswesens, so dass eine verstärkte staatliche Qualitätskontrolle ohnehin als notwendiges Element der Reform angesehen wird.(...) Von den bislang ergriffenen Massnahmen hinsichtlich der Budgetierung der Versicherer und der Schaffung der Vertragsfreiheit sind zumindest die Pflegeheime jedenfalls nicht betroffen. Bereits erfasst ist hingegen auch die für die Pflege zuständige Volksversicherung von der genannten Spaltung des Beitrags durch Einführung einer pro Versicherung konstanten Zusatzprämie neben dem einkommensabhängigen Beitrag. Die Nominalprämie wird seit 1992 erhoben und betrug 1993 im Durchschnitt 128 hfl. pro Kopf und Jahr (1994 140 hfl., für Kinder gilt ein ermässiger Satz)."

Eine weitere Reform, die nach einer Testphase nunmehr landesweit eingeführt werden soll, ist das klientenbezogene Budget in der ambulanten Pflege. Es sieht vor, dass Hilfeempfänger/in zwischen dem üblichen Sachleistungsbezug und einem Geldbetrag wählen können, der in voller Höhe den Kosten der bewilligten Sachleistungen entspricht. Im Testgebiet hat knapp die Hälfte der Betroffenen von der neuen Möglichkeit Gebrauch gemacht; die dabei gesammelten Erfahrungen werden als ermutigend bewertet.

(nach: Stephan Winters, Die kollektive Vorsorge für den Pflegefall im Alter. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Niederlanden, Frankfurt 1996, 146 ff.).

Anmerkung: Im Umkreis der Diskussion über die deutsche Pflegeversicherung wurde immer wieder auf das ältere niederländische Modell hingewiesen. Zahlen belegen zweierlei: 1) Das niederländische Modell hat keinen Sogeffekt von der ambulanten zur stationären Pflege ausgelöst. 2) Die niederländischen Versicherungsausgaben für die Pflege liegen unter zwei Lohnprozenten (bruttolohnbezogen) und sind über Jahre stabil geblieben (vgl. Michael Schaaf, Die soziale Pflegeversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 41-1994, S. 414 ff. und Stephan Winters, Fossil oder Vorbild - 25 Jahre Gesetzliche Pflegeversicherung in den Niederlanden, in Arbeit und Sozialpolitik 11-12/1994, S. 10 - 18).

Dänemark

Definition der Pflegebedürftigkeit

Da das dänische System final ausgerichtet ist, kennt es keine eigenständige soziale Absicherung des Pflegerisikos.

Als pflegebedürftig und damit berechtigt, ambulante Pflegedienste in Anspruch zu nehmen, gilt, wer eine Verordnung des Hausarztes, eines Spitals oder ein Gesuch des hauswirtschaftlichen Dienstes vorlegen kann. In bezug auf andere Dienstleistungen ist die Berechtigung unterschiedlich geregelt, z.T. sind solche Dienste einfach allen zugänglich (z.B. das Notrufsystem, mit dem praktisch rund um die Uhr Hilfe angefordert werden kann), z.T. müssen besondere Voraussetzungen gegeben sein (z.B. eine Behinderung, damit eine persönliche Assistenz finanziert wird). (vgl. S. Rothermund, Pflegegeldregelungen in Europa, in *Altenheim* 10/1993, S. 895f)

Leistungen

In Dänemark hat sich sehr früh das Prinzip der normalen Lebensführung als Ausgangsbasis und Handlungsmaxime für alle sozialpolitischen Interventionen durchgesetzt: auf Pflegebedürftige angewandt, bedeutet dies, dass alle Leistungen darauf ausgerichtet werden, die selbständige Lebensführung der Klientinnen und Klienten zu erhalten bzw. zu fördern oder wiederherzustellen.

1974 wurde eine Bestimmung in das Sozialhilfegesetz aufgenommen, die den Vorrang der individuellen Bedürfnisse vor behördlichen Verfahren, die die Benützung von Pflege, Hilfe und Rehabilitation einschränken könnten, festlegt. Konsequenterweise wurden in der Folge Haushaltshilfe und ambulante Krankenpflege für Pflegebedürftige besonders gut ausgebaut. Sie stehen allen Pflegebedürftigen ohne Rücksicht auf ihre finanzielle Situation gratis zur Verfügung.

Die Gemeinden sind gesetzlich angehalten, einen Krankenpflegedienst zu organisieren, damit Personen nach einer Krankenhausbehandlung wieder in ihre Wohnung zurückgehen können und eine Heimeinweisung vermieden wird. Die Kommunen tragen die Kosten für diesen Pflegedienst und auch für die ständige Heimhilfe, die für alle Arbeiten im Haushalt und für die Körperpflege zuständig ist. Die Übertragung aller Leistungssysteme auf die Gemeinden soll dazu führen, dass die Klient/innen nur noch mit einer Behörde zu tun haben und eine ganzheitliche Leistungsgewährung

verwirklicht wird. Zum Angebot gehört auch eine ganze Reihe von Massnahmen zur Erhaltung bzw. Förderung der sozialen und kulturellen Integration pflegebedürftiger Menschen.

Die Auswirkungen sind sichtbar: Altersheime und stationäre Einrichtungen werden nicht mehr errichtet, dafür werden ambulante Dienste aller Art sowie Tageseinrichtungen stark ausgebaut. Seit 1987 gilt ein gesetzlicher Anspruch für alte Menschen auf eine eigene, alters- und behindertengerecht eingerichtete Wohnung.

Häusliche Pflege und Krankenhauspflege sind insofern gleichgestellt. Pflegedienst und ständige Heimhilfe sind bis zu einem bestimmten Einkommen kostenlos, danach gelten nach Einkommen gestaffelte Beiträge zu den Kosten:

- Haushaltshilfe wird gewährt für die Dienste zur Bewältigung des alltäglichen Lebens. Maximal 21 564 DKr./Monat.
- Pflegehilfe wird gewährt für die umfassende Unterstützung im Pflegefall. Maximal 43 032 DKr./Monat.
- Zusatzleistungen für Pensionäre werden nach nationalen Mindestvorgaben lokal organisiert und decken ein breites Spektrum von Angeboten ab.

Ausserdem sieht die staatliche Altersvorsorge spezielle Geldleistungen vor, mit denen Pflegebedürftige Pflegepersonal einstellen können. Seit 1990 wird ausserdem ein Pflegeurlaub für Personen bezahlt, die eine/n Sterbende/n zu Hause pflegen, wobei allerdings Arbeitgeber zur Freistellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht gezwungen werden können. Der Verdienstausschlag des freigestellten Arbeitnehmers wird aus öffentlichen Mitteln bis zur Höhe des Verdienstes einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers erstattet. Die Gemeinden können diesen Betrag aufstocken.

(vgl. Conseil de l'Europe, La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, Strasbourg 1995)

3. Fazit

Zu den Zielen:

Eine gewisse Einheitlichkeit herrscht in bezug auf die Ziele öffentlichen Handelns im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit:

- weitestmögliche Beseitigung von Pflegebedürftigkeit durch rehabilitative Massnahmen,
- Erbringung von Pflegeleistungen soweit wie möglich im häuslichen Bereich und nur soweit wie nötig in stationären Einrichtungen, Erleichterung bzw. Ergänzung häuslicher Pflegeleistungen,
- finanzielle Absicherung, damit die (stationäre) Pflege nicht zur Abhängigkeit führt.

Zur Definition und Bestimmung von Pflegebedürftigkeit

Es wird europaweit anerkannt, dass die Pflegebedürftigkeit ein erstrangiges soziales Problem darstellt. Aber es gibt keine einheitliche Terminologie dafür, weder unter Juristen noch unter Sozialwissenschaftlern und Sozialpolitikern. So vielfältig die Begriffe, so variantenreich ist auch die Ermittlung von Pflegebedürftigkeit.

Obwohl überall recht ähnlich, sind die Kriterien doch von Land zu Land so unterschiedlich, dass Vergleiche schon auf dieser Ebene kaum mehr möglich sind (z.B. für epidemiologische Studien). Unterschiedlich geregelt sind in allen Ländern auch die formalen Zugangskriterien für Leistungen im Pflegefall, z.B. Staatsangehörigkeit, Mitgliedschaft, Wartezeiten, Wohnort und Alter: Die deutsche Pflegeversicherung etwa gewährt Leistungen nur, wenn absehbar ist, dass die Pflege wenigstens 6 Monate dauert. Obendrein sind diese Leistungen an den Wohnsitz im Inland gebunden. In der Schweiz - als weiteres Beispiel - besteht für Hilflosenentschädigungen zu AHV und IV eine Wartezeit von einem Jahr.

Zuordnung

Pflegebedürftigkeit steht nicht isoliert da, sondern muss im Zusammenhang des gesamten Systems der sozialen Sicherheit eines Landes gesehen werden. Leistungen für die Pflege stehen oft ergänzend oder ersetzend neben anderen Leistungen: Vor den Sozialversicherungen, der Sozialhilfe und der institutionalisierten Hilfe und Pflege sind es in der Regel die Familien, die im sog. informellen Sektor bei der Pflege älterer Angehöriger immense Leistungen erbringen.

Weil diese informelle Form der Pflege aus demographischen, aber auch aus gesellschaftlichen Gründen in Zukunft abnehmen könnte, ist das Problem der Absicherung des Pflegerisikos in allen europäischen Ländern in den letzten Jahren in den Vordergrund gerückt worden.

Ueberdies wurde die Regelung des Risikos der Pflegebedürftigkeit angestossen durch die Überlastung der Sozialhilfe mit sachfremden und systemwidrigen Kosten: Ursprünglich war die Sozialhilfe auf Einzelfälle ausgerichtet, als "Feuerwehr" für Notfälle konzipiert und nicht als Institution, die z.B. generell für die Heimunterbringung pflegebedürftig gewordener Menschen ohne Familie aufkommt.

Insgesamt sind die gesetzgeberischen Antworten auf die Notwendigkeit der kollektiven Deckung des Pflegerisikos von einer verwirrenden Vielfalt. Entsprechend vielfältig ist auch die Organisation der Sicherungssysteme. Im europäischen Vergleich lassen sich vier Typen der Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der jeweiligen Systeme der sozialen Sicherung unterscheiden (vgl. auch : Igl, La situation, S. 61 f.):

- Die erste Gruppe zeichnet sich durch einen Vorrang spezieller Pflegeleistungen für Pflegebedürftige aus (BRD, Dänemark, Grossbritannien, Österreich, Portugal, Schweden).
- In der zweiten Gruppe werden Pflegeleistungen unter der Voraussetzung übernommen, dass die betroffene Person zu anderen Leistungen der Sozialversicherungen berechtigt ist - z.B. Alters- oder Invalidenrenten (Belgien, Norwegen, Schweiz, Spanien).
- Bei der dritten Gruppe sind Pflegegeldleistungen eng an die Sozialhilfe angebunden oder basieren auf vielfältigen kommunalen bzw. regionalen Einrichtungen (Frankreich, Italien, Schweiz für die von den Sozialversicherungen nicht übernommenen Restkosten).
- In der vierten Gruppe von Ländern beruht die Leistungsgewährung nicht auf dem extra zugerechneten Status eines Pflegebedürftigen, sondern umfasst eine Vielzahl von Personengruppen. z.B. Behinderte und Kranke. Der Sinn dieser in den Niederlanden praktizierten Lösung besteht darin, das System nicht auf einzelne Zielgruppen auszurichten, sondern das Personengruppen-neutrale Finalprinzip konsequent anzuwenden.

Zu den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Ein Fazit im Sinne eines Vorschlags in Richtung auf eine optimale Lösung ist aus den kurzen Länderanalysen nicht zu ziehen. Die Verhältnisse und Regelungen sind organisatorisch, rechtlich und finanziell zu verschieden. Hingegen lassen sich aufgrund der vorangehenden Darstellungen und der Durchsicht der internationalen Literatur ein paar Angel- oder Knotenpunkte nennen, mit der sich jede Lösung konfrontiert sieht.

Wie bereits erwähnt, bilden zwei Prinzipien die explizite oder implizite Grundlage für alle Ansätze zur Abdeckung des Pflegerisikos: der Vorrang der häuslichen Unterbringung/Pflege vor der Heimeinweisung/Heimpflege und die Bedeutung von Rehabilitationsmassnahmen gegenüber blosser Pflege/Behandlung.

Erst seit in den 60er Jahren die Aufhebung geschlossener psychiatrischer Anstalten in Italien im grossen Stil durchgesetzt wurde, ist der Grundsatz, dass ambulante Pflege stationärer Unterbringung in den häufigsten Fällen überlegen sei, zu einem festen Bestandteil sozialwissenschaftlicher wie -politischer Überlegungen geworden (vgl. Igl, *La situation de dépendance*, S. 18ff). Seine Popularität bei den (potentiellen) Klient/innen ist leicht nachvollziehbar; bei den Sozialpolitikern dürfte sie vor allem daher rühren, dass die ambulante Pflege sich als eine kostengünstige und erst noch qualitativ mindestens ebenbürtige Alternative zur stationären Versorgung empfahl. Inzwischen ist klar geworden, dass der Ausbau ambulanter Dienste ohne parallele Einschränkung im stationären Bereich zwar die Lebensqualität der Klient/innen zu verbessern vermag, aber zusätzliche Kosten verursacht, wenn ambulante und stationäre Dienste nicht im Rahmen einer ganzheitlichen Sicht aufeinander abgestimmt werden.

Nach begründeten Schätzungen könnte hingegen eine bessere Vernetzung von medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Massnahmen nicht nur Kosten sparen helfen, sondern z.B. etwa die Hälfte der Personen über 65 Jahre, die einen Schlaganfall erleiden, rehabilitieren. Voraussetzung dafür ist, dass die entsprechenden rehabilitativen, pflegerischen und medizinischen Massnahmen rechtzeitig getroffen und koordiniert werden.

Die Praxis hat diesbezüglich einen beträchtlichen Rückstand auf die Theorie: Ausser in Dänemark (und ansatzweise in den Niederlanden) arbeiten Gesundheits- und Sozialdienste getrennt, regeln also den Krankheitsfall und den Pflegefall nach unterschiedlichen Normen. Das führt zu Abgrenzungsfragen, bürokratischem Sonderaufwand, Koordinierungsproblemen, Effizienzeinbussen und höheren Kosten. Offensichtlich entspricht das parzellierte Leistungsangebot auch nicht dem Bedarf an ganzheitlicher Pflege, setzt die pflegebedürftigen Menschen unnötig mehreren Institutionen und Leistungssystemen aus und steigert somit die Abhängigkeit statt die Autonomie der Klient/innen. Die Abgrenzung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist nicht ohne Grauzone und Überschneidungen möglich. Durch das duale System werden zwei Klassen von Klient/innen geschaffen: die chronisch Kranken, die nach dem in der Regel unbeschränkten Leistungskatalog der Krankenversicherung (Bedarfsprinzip) behandelt werden, und die Pflegefälle, die pauschalierte statt bedarfsorientierte Leistungen erhalten.

Die Bedeutung von Rehabilitationsmassnahmen gegenüber blosser Pflege/Behandlung wurde in praktisch allen europäischen Ländern anerkannt, soweit behinderte oder durch Arbeitsunfälle invalid gewordene Menschen betroffen sind. Weit weniger Anerkennung findet der Grundsatz dagegen, wenn es um alte Menschen geht. In vielen Ländern gibt es für alte Menschen überhaupt keine systematisch angewandten Rehabilitationsprogramme. Ein gesetzlicher Anspruch darauf besteht in der BRD, in Holland, in Dänemark und in Spanien.

Zur möglichst langen Aufrechterhaltung der Selbständigkeit von pflegebedürftigen Menschen werden das breite Angebot von Wohnformen zwischen Normalwohnung und Heim sowie die Einrichtung von verschiedenen Varianten teilstationärer Einrichtungen immer wichtiger: Tagesklinik, Tageszentrum, Tagesstätte, autonomes Wohnen mit Hilfsangeboten und entsprechender Infrastruktur, Senioren-Club etc. Dazu gehört auch der alters- und behindertengerechte Neu- oder Umbau von Normalwohnungen, um den alten Bewohner/innen eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen.

Aus der Priorisierung autonomen Wohnens mit ambulanter Hilfe/Pflege leiten sich verschiedene weitere Forderungen ab, als wichtigste vielleicht: Damit das informelle Netz möglichst lange trägt, müssen die Pflegepersonen mit bedarfsgerechten und effizienten ambulanten Diensten aller Art (medizinische Behandlung, Grundpflege, Haushalthilfe, Ferien-, Wochenendvertretung usw) entlastet werden.

In den hierzu untersuchten Ländern wird kein Unterschied in der Definition von Pflegebedürftigkeit zu Hause oder im Heim gemacht. Mit Ausnahme von Dänemark unterstehen die Leistungen jedoch ganz oder teilweise zwei (oder mehr) unterschiedlichen Finanzierungssystemen.

Literatur

- J. Allemeyer, Die Pflegeversicherung. Eine Analyse der Leistungsstrukturen und ihrer Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen, Hamburg 1994
- Ch. Badelt u.a., Kosten der Pflegesicherung, Wien, Köln, Weimar 1995
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter, Wien 1990
- Conseil de l'Europe, La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, Strasbourg 1995
- R. Eisen, An International Comparison of Securing Long-Term Care Systems, PflEG-Projekt, Forschungsbericht 18, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Dezember 1995
- A. Evers, Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozess der politischen Umsetzung, in: Sozialer Fortschritt Jg. 44, H2, Feb. 1995, S. 24 ff.
- P.-Y. Greber et Jean-Pierre Fragnière, éd., La sécurité sociale en Europe et en Suisse, Lausanne 1996
- K.-D. Henke, Die finanzielle Absicherung des Pflegerisikos, in: Die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, hg. v. d. Gesellschaft f. Versicherungswissenschaft, Köln 1991
- U. Hirnschützer, Offerten der privaten Versicherungswirtschaft zur Eigenvorsorge bei Pflegebedürftigkeit. Eine vergleichende Darstellung, Berlin 1992
- Ch. Höhn/Juliane. Roloff, Die Alten der Zukunft, Stuttgart, Berlin, Köln 1994, S. 112)
- Chr. Hopfe, Die Pflegeversicherung. Was sie kostet und was sie leistet, München 1993
- G. Igl, La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, Strasbourg 1995
- Jahresgutachten 1990, Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1990
-

-
- M.-E. Joel, Les besoins spécifiques des personnes dépendantes, les coûts et le financement, Strasbourg 1995
- U. Köstler, Wohlfahrtstheoretische Überlegungen zur Sicherung der Pflegebedürftigkeit, Frankfurt 1995,
- M.P. Lawton, E.M. Brody, Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living, in: Gerontologist, 1969, S. 179-186
- F. Maschmann, Pflegebedürftigkeit - Struktur einer sozialen Bedarfslage und deren Absicherung, Die Sozialgerichtsbarkeit 40-1993, S. 453 f.
- G. Neubauer/Gabi Moos, Differenzierung des Pflegebedarfs in der stationären Langzeitpflege, in: Arbeit und Sozialpolitik, 5-6/1995, S. 12 ff.
- OECD, Protéger les personnes âgées dépendantes, Paris 1996
- D. Poske, Die niederländische Lösung im Vergleich, in: Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit, Wiesbaden 1989
- S. Rothermund, Pflegegeldregelungen in Europa, in Altenheim 10/1993, S. 784 ff
- M. Schaaf, Die soziale Pflegeversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 41-1994, S. 414 ff.
- X. Scheil-Adlung, Soziale Sicherheit bei Pflegebedürftigkeit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zwischen Tradition und Innovation, in Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Bd.48, 1/95, S. 21 - 37
- U. Schneekloth/Peter Potthoff, Hilfs- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Stuttgart, Berlin, Köln 1993
- J. Stricker, Pflegebedürftigkeit in Österreich, Linz 1992
- E. Talos/K. Wörister, Soziale Sicherung im Sozialstaat Oesterreich, Baden-Baden, 1994, S. 237 ff
- R. F. Thiede, Die gestaffelte Pflegeversicherung, Frankfurt, New York 1990
-

O. Ungerer, Landesreferat Italien, in: Soziale Sicherung und Pflegebedürftigkeit, Wiesbaden 1989, S. 64 ff.

WHO, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Genf 1980

St. Winters, Fossil oder Vorbild - 25 Jahre Gesetzliche Pflegeversicherung in den Niederlanden, in Arbeit und Sozialpolitik 11-12/1994, S. 10 - 18

St. Winters, Die kollektive Vorsorge für den Pflegefall im Alter. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Niederlanden, Frankfurt 1996

U. Wirsching, Der Begriff der Pflegebedürftigkeit in Abgrenzung zum krankenversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff, Diss. Bayreuth 1991

M. Wissert et al., Ambulante Rehabilitation alter Menschen, Freiburg i.Br., 1996

Kapitel 5: Finanzierungsmodelle

1. Einleitung

Soweit ein Leistungsangebot für pflegebedürftige Menschen vorhanden ist, was auf die meisten Industrieländer (mit unterschiedlichem Ausbaustandard) zutrifft, besteht es seit langer Zeit in der Regel aus den drei Komponenten Angehörigenhilfe, ambulante Dienstleistungen, stationäre Einrichtungen. Weit vielfältiger ist die Geschichte der Leistungsfinanzierung. Grob können drei Etappen unterschieden werden:

1. Soweit sie nicht von den Betroffenen und ihren Familien übernommen werden konnte, war die Finanzierung im Fall der Pflegebedürftigkeit bis in die erste Hälfte dieses Jahrhunderts ein Teil der meist privaten oder kirchlichen Fürsorge und bestand aus wohltätigen Zuwendungen und Sachleistungen (z.B. Heimunterbringung).
2. Von der Entstehung der Sozialversicherungen an bis vor kurzem war die Deckung des Pflege-
risikos - von System zu System verschieden - in Sozialversicherungen, insb. in die Kranken-
versicherung oder die Altersversicherung integriert. Viele Teile der Leistungserbringung sind
aber nach wie vor privater Natur.
3. Erst in jüngerer Vergangenheit wird die Pflegebedürftigkeit - in den kausal aufgebauten Sy-
stemen - als eigenes Risiko neben Krankheit, Alter, (Erwerbs)unfall und Arbeitslosigkeit aner-
kannt und durch spezifische Versicherungen abgedeckt (D, A,) oder durch andere, steu-
erfinanzierte Systeme gesichert (DK, UK, S). Ausserdem entsteht in gewissen Ländern
langsam ein Markt für private Pflegeversicherungen (USA, UK, D).

In den meisten Ländern - auch in der Schweiz - überlappen sich Phasen bzw. koexistieren neben-
einander. Die Entwicklung wird - auf unterschiedlichen Wegen und auch mit verschiedenen Ge-
schwindigkeiten - durch das Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen und durch das Bestreben
angetrieben, die wichtigsten Probleme zu lösen, die sich in den meisten Sozialversicherungssystemen
zeigen. Zu diesen gehören vor allem die folgenden:

-
- Bedarfsgerechtigkeit:
Die Zuteilung der Leistungen mit der Giesskanne soll durch gezielte, bedarfsgerechte Leistungen abgelöst werden.
 - Effizienz:
Das erwünschte Sicherungsniveau soll mit den geringst möglichen Mitteln erreicht werden.
 - Sicherheit und langfristige Finanzierbarkeit:
Der z.Z. feststellbare Vertrauensschwund in die Sozialversicherungen muss durch eine auch von demographischen oder strukturellen Änderungen nicht zu erschütternde, langfristige Sicherung der Finanzierung wettgemacht werden.
 - Wettbewerb:
Öffentliche Versicherungen sollen nur geschaffen werden, wenn für die Versicherung eines bestimmten Risikos kein Markt herstellbar ist. Staatliche Massnahmen sollen den Markt unterstützen (z.B. indem eine Versicherung obligatorisch erklärt wird, aber bei verschiedenen Anbietern abgeschlossen werden kann).
 - Umverteilung:
Es gibt die "normale", auf Zufall/Schicksal beruhende Umverteilung zwischen Versicherten, die pflegebedürftig werden und deshalb Leistungen beanspruchen, und Versicherten, bei denen der Versicherungsfall nicht eintritt. Daneben können Sozialversicherungen gewollte (z.B. von Reichen zu Armen) und ungewollte (z.B. von arm zu reich) Umverteilungen zur Folge haben. Ein weiteres Problem liegt beim Mass der Umverteilung und bei der möglichen Kumulation von Umverteilungen z.B. durch progressive Steuern und obere Leistungsgrenzen der Sozialversicherung.
 - Antiselektion:
Das System muss verhindern, dass schlechte Risiken abgelehnt werden können und die Jagd nach guten Risiken eröffnet wird.
 - Subsidiarität:
Die Sozialversicherung soll die Eigeninitiative fördern und die Gefahr eines missbräuchlichen Leistungsbezugs (sog. moral hazard) minimieren.

- **Subjekt- vs. Objektfinanzierung:**
Einerseits soll eine Verzerrung der Kostenstruktur durch Objektfinanzierung (Finanzierung der Anbieter) verhindert werden, andererseits soll der Mittelstand erhalten bleiben, der durch die hohen Eigenleistungen (Vermögensabbau) bei der Subjektfinanzierung (Finanzierung der Nachfrager) gefährdet ist.
- **Neutralität:**
Das Finanzierungssystem soll gegenüber den verschiedenen Angeboten neutral sein und nicht einseitig bestimmte Angebote bevorzugen (z.B. medizinische gegenüber sozialen oder stationäre gegenüber ambulanten).
- **Einbezug der Betroffenen:**
Verschiedene der oben aufgeführten Probleme können am besten gelöst werden, wenn die Betroffenen und ihre Familien in Entscheide einbezogen werden.
- **Transparenz:**
Das Finanzierungssystem soll sowohl insgesamt als auch für den einzelnen Bezüger/die einzelne Bezügerin transparent sein.

Diese unvollständige (und unsystematische) Aufzählung zeigt insbesondere die Komplexität der Aufgabe, vor der die Sozialversicherungsträger stehen, wenn sie das Finanzierungssystem ändern wollen. Im folgenden sind einige der wichtigsten Lösungsansätze exemplarisch dargestellt.

2. Staatliche Modelle

Was die konkrete Regelung der Leistungen zugunsten Pflegebedürftiger im Rahmen der sozialen Sicherheit betrifft, so hängt sie weniger vom Umstand ab, ob ein System dem Modell von Bismarck (auf Lohnempfänger ausgerichtet, beitragsfinanziert mit prämiensabhängiger Leistung) oder demjenigen von Beveridge (auf die Gesamtbevölkerung ausgerichtet, steuerfinanziert mit einheitlichen Basisleistungen) nahesteht. Viel wichtiger sind seine praktischen Ausprägungen, nämlich,

- ob die Leistungen von der Sozialversicherung oder von der Sozialhilfe kommen
- wer die Verantwortung für die Leistungserbringung trägt, die Organe der Sozialversicherung, Sozialämter, andere Behörden

-
- ob eine eigene Politik zugunsten Pflegebedürftiger parallel zu den anderen Politiken im sozio-medizinischen Bereich besteht (Pflegeversicherung BRD), oder ob sie in einer umfassenden Gesundheits- und Sozialpolitik eingeschlossen ist (NL - Finalisierungsprinzip im Gesundheitswesen, DK als Teil der Sozialpolitik).

In diesem Kapitel wird keine Vollständigkeit angestrebt; es geht auch nicht darum, eine Typologie zu entwerfen. Der Versuch von Eisen zeigt, dass ein solches Unterfangen auf grosse Schwierigkeiten stösst und entweder an der Vielfalt der Ansätze scheitert, oder ihnen Gewalt antut, indem sie in ein Schema gepresst werden, in das sie nicht passen (vgl. im Anhang: R. Eisen, An international comparison of securing long term care systems, PflEG-Projekt, Forschungsbericht 18, Frankfurt/M, 1995). Vielmehr soll hier versucht werden, exemplarisch einzelne Finanzierungsmodelle zu skizzieren, als Grundlage für eine spätere Diskussion darüber, welche Elemente sich für die Schweiz eignen könnten.

2.1 Die Modell-Diskussion in Deutschland

Die Modell-Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland wird im Folgenden anhand der Literatur relativ ausführlich zusammengefasst, weil sie in den vergangenen Jahren sehr breit geführt wurde und die Argumente für die Schweiz ebenfalls relevant sind.

Bevor die Pflegeversicherung in der BRD eingeführt wurde, diskutierten Parlamente, Parteien, Fachleute und interessierte Öffentlichkeit während Jahren verschiedene Modelle für die soziale Sicherung Pflegebedürftiger. Christian Hopfe (Die Pflegeversicherung. Was sie kostet und was sie leistet, München 1993, S. 71 ff.) hat diese Debatte zusammengefasst. Danach wurden prinzipiell die folgenden Lösungsmöglichkeiten ins Auge gefasst:

- Sozialversicherungslösung
- Private Pflege-Pflichtversicherung
- Bundespflegegesetz
- Subventionslösung
- individuelle Geldleistungen (Pflegegeldlösung).

Sozialversicherungslösung

Hier sind drei Varianten denkbar, nämlich die Anbindung an eine der bestehenden Sozialversicherungen (gesetzliche Krankenversicherung oder gesetzliche Rentenversicherung) oder eine eigenständige gesetzliche Pflegeversicherung.

"Bei der Rentenversicherungslösung besteht die Gefahr, dass der Anspruch auf die Gruppe der Rentner eingegrenzt würde" - jugendliche Schwerstbehinderte wären also ebenso ausgeschlossen wie Personen ohne Rentenanspruch. Es bleiben also die beiden anderen Modelle übrig.

Vorteile: "Die Sozialversicherungslösung überzeugt durch ihre sozialgesetzliche Systemkonformität. Sie entspricht am ehesten der herkömmlichen Systematik des Sozialleistungssystems, welches auf dem Grundsatz aufgebaut ist, alle versicherbaren Risiken im System der sozialen Sicherung solidarisch abzusichern. Es handelt sich hier um eine aus der allgemeinen Staatsverwaltung ausgegliederte Sozialverwaltung.

Mit der Eingliederung der Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung könnte "das Problem der juristischen Abgrenzung von "Krankheit" und "Pflegebedürftigkeit" entschärft werden und die Durchführung des Prinzips "Prävention und Rehabilitation vor Pflege" ermöglicht werden".

"Bei der eigenständigen Pflegeversicherung besteht der Vorteil, dass aufgrund einer allgemeinen Versicherungspflicht die gesamte Bevölkerung einbezogen wird. Bei diesem Modell ist jedoch ein neuer Verwaltungsapparat erforderlich... Auch bleibt hier bei der Pflegeversicherungslösung das juristische Abgrenzungsproblem zwischen "Krankheit" und "Pflegebedürftigkeit" weiterhin bestehen. Die eigenständige Pflegeversicherung, die im Rahmen einer umfassenden Versicherungspflicht die gesamte Bevölkerung einbezieht, ist jedoch eine sinnvolle Lösung, wenn sie organisatorisch von den Krankenkassen durchgeführt wird", da rund 90% der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Die Finanzierung erfolgt durch das Umlageverfahren, womit gewährleistet ist, dass die Pflegeversicherung funktioniert, sobald sie gesetzlich beschlossen ist. Allerdings werden dabei "keine Kapitalüberschüsse erwirtschaftet, die bei Veränderung in der Altersstruktur eingesetzt werden können. Dies bedeutet, dass die Beiträge in Zukunft unweigerlich steigen müssen."

Nachteile: "Die Sozialversicherungslösung für das Problem der Pflegeversicherung führt zu einer zusätzlichen Kostenbelastung für die Solidargemeinschaft", während die Sozialhilfeträger entlastet werden. Da die Kassen unterschiedliche Mitgliederstrukturen haben, wird "ein Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen notwendig" sowie "finanzielle Kompensationen... in Form von pauschalen Erstattungen aus Bundes- und Landesmitteln".

"Bei der Sozialversicherungslösung muss nach den Bestimmungen des EG-Vertrags ein Transfer in das Ausland erfolgen... Der Beitragszahler hat im Falle der Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Leistungen, selbst wenn er in sein Heimatland zurückkehrt. Die Kosten bei einer Sozialversicherungslösung werden somit unkalkulierbar; eine Kontrolle im Ausland, insbesondere über den Grad der Pflegebedürftigkeit, scheint kaum durchführbar zu sein".

Private Pflegeversicherung

Vorteile: "Die private Pflegeversicherung fügt sich in das System eines freiheitlichen Rechtsstaates und der sozialen Marktwirtschaft". Die Versicherung funktioniert nach dem Prinzip "Leistung - Gegenleistung". "Das vom Prinzip der Eigenvorsorge getragene private Haftpflichtmodell vermindert Mitnahmeeffekte. Es wirkt damit in gewisser Hinsicht einer Kosten- und Beitragsexplosion entgegen".

Nachteile: "Die Finanzierung einer Privatversicherung erfolgt nicht mit einem solidarischen Ausgleich" - das bedeutet für kinderreiche Familien ebenso wie für ältere Personen, dass sie höhere Belastungen tragen müssen als alleinstehende bzw. jüngere. "Versicherte mit Vorerkrankungen" müssten mit "Risikozuschlägen" rechnen. "Eine private Pflegeversicherung... ist sozial unausgewogen... Die entscheidende Schwäche einer privaten Pflegeversicherung ist die Unfähigkeit zu einer befriedigenden Lösung für die heute schon Pflegebedürftigen... Eine private Pflegeversicherung bietet keine flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen an. Sie kann diese Infrastruktur auch nicht stimulieren, weil sie darauf nicht angelegt ist, den Anbietern von Pflegeleistungen bundesweit als Verhandlungspartner gegenüberzutreten."

Bundespflegegesetz

Bei einem Pflegegesetz haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege und sonstige Leistungen zu Lasten der Steuerzahler.

Vorteile: Die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten würde nicht zusätzlich belastet durch diese Lösung. "Das Bundespflegegesetz bietet auch die Möglichkeit einer sozial ausgewogenen Belastung. Es spricht vieles dafür, dass die Finanzierung über Steuern gerechter ist als bei einer Sozialversicherung... Für die Einführung eines Bundespflegegesetzes zur sozialen Sicherung Pflegebedürftiger sprechen auch organisatorische Gründe: Den Kommunen obliegt heute die Verantwortlichkeit für Planung und Steuerung von pflegerischen Diensten und Einrichtungen... Beim Leistungsgesetz erfolgt kein Transfer der Pflegeleistungen ins Ausland, da es sich im Gegensatz zu einer Sozialversicherungslösung um Sozialhilfeleistungen handelt. Damit ist die Finanzierung eines Leistungsgesetzes kalkulierbarer als bei einer Sozialversicherungslösung, wahrscheinlich auch billiger."

Nachteile: "Die Sozialhilfeträger sind... wenig geeignet, die Funktion einer sachgerechten Leistungszuweisung und Leistungskontrolle wahrzunehmen. Ein Bundespflegegesetz fördert die Zersplitterung des Sozialleistungssystems... Die leistungsgesetzliche Lösung schreibt auch weiterhin die überholte Trennung zwischen Krankheit... und Pflegebedürftigkeit fest... Ein Leistungsgesetz wie das Bundespflegegesetz unterliegt aufgrund seiner Finanzierungsstruktur prinzipiell eher der Gefahr der haushaltspolitischen Manipulierbarkeit. Dies wird schon jetzt am Beispiel des Bundessozialhilfegesetzes deutlich... Ein Pflegegesetz... wirkt der Eigenvorsorge und Selbsthilfe entgegen".

Subventionslösung

Bei der Subventionslösung werden die Heime und ambulanten sozialen Dienste aus Mitteln der Ländern, der Kommunen sowie eventuell des Bundes subventioniert.

Vorteile: Das Modell könnte an die bisherige Praxis anschliessen.

Nachteile: "Die Subventionslösung kann allenfalls als flankierende Massnahme gesehen werden. Sie schafft keine Garantien für die Sicherstellung der erforderlichen Versorgung. Sie trägt nicht zum sozialen Schutz der Pflegebedürftigen bei". Eine Subventionslösung würde überdies nach dem sogenannten Giesskannenprinzip erfolgen.

Individuelle Geldleistungen (Pflegegeldlösung)

Bei der Pflegegeldlösung erhält die/der Pflegebedürftige keine Sachleistungen, sondern nur eine individuelle Geldleistung (Pflegegeld). (vgl. Subjektfinanzierung)

Vorteile: "Die Pflegegeldlösung, also eine individuelle Geldleistung, ist verwaltungsmässig einfach durchzuführen."

Nachteile: "Weil das Konzept der Pflegegeldlösung nur individuelle Geldleistungen, aber keine Sachleistungen beinhaltet, schafft es keinen qualitativen Anreiz und keine qualitative Anforderung an pflegerische Dienste und Einrichtungen. Es bleibt auch die Problematik der juristischen Abgrenzung von "Krankheit" und "Pflegebedürftigkeit" erhalten. Die Pflegegeldlösung kann die Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz nicht ersetzen".

(Zitate nach Hopfe, Pflegeversicherung, S. 71 ff.)

Fazit zur Modell-Diskussion in Deutschland

Eine beitragsfinanzierte allgemeine Pflegeversicherung als eigenständiger Teil der Sozialversicherung weist gegenüber den anderen Modellen mehrere Vorteile auf. Ihr Nachteil besteht aber darin, dass Sozialversicherungsleistungen nach dem EG-Vertrag ins Ausland transferierbar sein müssen. Das macht diese Lösung in ihren finanziellen Auswirkungen unüberschaubar und daher politisch unpraktikabel.

Als Kompromiss wurde deshalb in der BRD ein Bundespflegegesetz geschaffen, das sich eng an die Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung anlehnt. Die Pflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch und wird von den bestehenden Krankenkassen, die sog. Pflegekassen einrichten, durchgeführt. Die Privatversicherten müssen eine private Pflegepflichtversicherung abschliessen.

Die Finanzierung erfolgt über Lohnprozente und grundsätzlich je zur Hälfte durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer (insgesamt 1,7 % des beitragspflichtigen Einkommens bis zur Bemessungsgrenze in der Krankenversicherung von monatlich 5'400 DM). Da der Beitrag der Arbeitgeber aber durch die Kürzung von Feiertagsansprüchen kompensiert wurde, wird die Pflegeversicherung zur Zeit ausschliesslich über Arbeitnehmerbeiträge finanziert.

2.2 Staatliche Modelle in anderen Ländern

Pauschales Pflegegeld: Frankreich

Im Wahlkampf um die Präsidentschaft hatte Jacques Chirac 1995 die Schaffung einer prestation autonomie für pflegebedürftige alte Menschen versprochen. Berechnungen ergaben dann allerdings, dass das Projekt etwa 14 Milliarden Francs gekostet hätte, und zur Zeit nicht finanziert werden kann. Deshalb ist ein reduziertes Modell mit einer Prestation expérimentale dépendance in 12 Departementen Frankreichs erprobt worden.

Die Evaluation der Pilotprojekte in den Departementen Ain und Savoie bestätigte die Bedeutung der Unterstützung für die Betroffenen. Durch die Anwendung einer ATL-Klassifizierung (grille AGGIR) wird die medizinische Seite der Pflegebedürftigkeit stark betont; entsprechend wurde empfohlen, das System im Falle seiner definitiven Einführung durch die Caisses Régionales d'Assurances Maladie administrativ umzusetzen. (vgl. Evaluation faite par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, concernant les expérimentations de la prestation dépendance, conduite dans les départements de l'Ain et de la Savoie, Lyon 1995)

Am 24. Januar 1997 trat das Gesetz zur Schaffung einer "Prestation spécifique dépendance" (PSD) in Kraft. Da die Linken gegen den Entwurf opponiert hatten und die seit Jahren versprochene "Prestation autonomie" forderten, wurde die PSD als erster Schritt dazu bezeichnet. Von der PSD werden voraussichtlich nicht wie vorgesehen 700'000, sondern lediglich 250'000 - 300'000 pflegebedürftige Menschen ab 60 profitieren. Der monatliche Betrag wird per Dekret fixiert und beträgt z.Z. bei schwerer Pflegebedürftigkeit maximal 5'596 Francs. Er wird jedoch nur ausbezahlt, wenn das Einkommen der pflegebedürftigen Person nicht höher als 4'881 F ist, da für Alleinstehende eine Höchstgrenze der Einkünfte + PSD von monatlich 10'477 F (14'477 für Paare) festgelegt wurde. Wenn das Einkommen höher ist als 4'881 F, reduziert sich die PSD entsprechend. Die PSD ersetzt damit die allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), von der rund 190'000 Personen monatlich 4'424 Francs erhielten. Entgegen den Vorstellungen der Krankenkassen wird die PSD von den Departementen (conseil général) verwaltet und auf Antrag des Maire zugesprochen. Die Abklärung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch eine sozial-medizinische Kommission, die gehalten ist, die betroffene Person und ihre Familie einzubeziehen.

(vgl. Bulletin de l'Assemblée Nationale du 27 novembre 1996, S. 27ff und Actualités Sociales Hebdomadaires, No 2021 -2023, Paris, 2/16 mai 1997)

Pflegeversicherung als Teil der Krankenversicherung: Niederlande

Die niederländische Pflegeversicherung (gemäss dem Gesetz für besondere Krankheitskosten) ist - wie die Alters- und Invalidenversicherung - eine (finale) Volksversicherung, die die ganze Wohnbevölkerung erfasst. Dies gilt sowohl in bezug auf die Beitragspflicht als auch auf den Leistungsanspruch. Die niederländische Staatsbürgerschaft ist keine Voraussetzung für die Mitgliedschaft, und es existiert auch keine Karenzfrist. Seit 1990 wird sie im wesentlichen aus zur Einkommenssteuer proportionalen Beiträgen finanziert. Sämtliche Einkommensformen sind von der Belastung betroffen, was die Versicherung einerseits zu einer Solidaritätsleistung der aktiven Generation macht, und andererseits zu einer der Steuerprogression entsprechenden Umverteilung zugunsten von Pflegebedürftigen mit niedrigem Einkommen bzw. Vermögen führt. Seit 1992 wird im Rahmen der Reform des niederländischen Gesundheitswesens zusätzlich eine (umverteilungsneutrale) Pauschalprämie pro Kopf erhoben, auf die rund 15% der gesamten Beitragslast entfallen.

Die Finanzierung erfolgt im Umlageverfahren. Die Beiträge werden von einer zentralen Kasse gesammelt und nach Massgabe der getätigten Ausgaben an die einzelnen Versicherungsträger (Krankenversicherer) weitergeleitet. Der Pflegebedarf wird durch unabhängige sozialmedizinisch besetzte lokale Kommissionen aufgrund einer ATL-Untersuchung ermittelt. Der Leistungsbereich umfasst ausser der Altenpflege die Psychiatrie, Einrichtungen für Behinderte, langfristige Krankenhausaufenthalte, Rehabilitation, Prävention und Aufklärung, Geburtsnachsorge zu Hause, die Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln usw. Sofern die Pflegebedürftigkeit anerkannt ist, werden Sachleistungen zugesprochen. Die Leistungserbringer können jedoch nicht zur Leistung gezwungen werden, z.B. wenn ihre Kapazität nicht ausreicht.

(vgl. S. Winters, Fossil oder Vorbild, 25 Jahre Gesetzliche Pflegeversicherung in den Niederlanden, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12/94, S. 10ff)

Pflegeversicherung als Teil des Systems der sozialen Sicherheit: Dänemark

Im Gegensatz zu den Niederlanden lehnt sich die ebenfalls finale, d.h. von der Ursache der Pflegebedürftigkeit und vom Alter der Betroffenen unabhängige Pflegeversicherung in Dänemark an die nationale Rentenversicherung an (Da diese steuerfinanziert ist, handelt es sich nicht um eine Versicherung im eigentlichen Sinn, sondern um ein generelles System zur sozialen Sicherheit.). Ziel ist die Stützung des autonomen Lebens in der eigenen Wohnung. Zu diesem Zweck bestehen gut

ausgebaute ambulante Dienste. Pflegende Angehörige erhalten eine Entschädigung. Die Rentenversicherung kennt verschiedene Zusätze bei Pflegebedürftigkeit, insbesondere eine Assistenzentschädigung (Subjektfinanzierung), mit der bedarfsgerecht eine persönliche Assistenz finanziert werden kann. Die ambulanten Dienste werden von den Gemeinden zur Verfügung gestellt, die nationalen Behörden sind für die Spezialinstitutionen (z.B. für Behinderte) zuständig (Objektfinanzierung). Die Finanzierung erfolgt über Steuermittel, was zu einer der Steuerprogression entsprechenden Umverteilung zugunsten einkommens- und vermögensschwacher Schichten führt. (vgl. Conseil de l'Europe, La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, Strasbourg 1995)

2.3 Fazit zu den staatlichen Finanzierungsmodellen

Kein einziges Land kann die Kosten für die Betreuung Pflegebedürftiger auch nur annähernd genau beziffern. Das liegt an der komplizierten Struktur der direkten und indirekten Kosten (Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegekosten im ambulanten und stationären Bereich, Sachleistungen und Geldleistungen, Leistungserbringung durch professionelle, halbprofessionelle, ehrenamtliche und verwandtschaftliche Arbeit). Abgesehen davon lässt sich die Frage, welches das beste Finanzierungsmodell zur Absicherung Pflegebedürftiger ist, ohnehin nicht allgemein beantworten, da die Definition jedes Optimums von den sozialversicherungsrechtlichen und steuerrechtlichen Gegebenheiten eines Landes abhängt.

Immerhin ergibt sich eine Übereinstimmung über alle Länder hinweg: Unabhängig vom gewählten Modell ist die öffentliche Finanzierung der Pflegekosten immer subsidiär.

Die Pflegeversicherungen in den verschiedenen europäischen Ländern schliessen sich den dort jeweils vorherrschenden Gestaltungsprinzipien der Systeme der sozialen Sicherheit an: in Dänemark dominiert das vornehmlich steuerfinanzierte (insgesamt rund 80%) Versorgungs- bzw. Fürsorgeprinzip, d.h. die Staatsbürgerversorgung. In Österreich, Frankreich, Deutschland besteht (zu rund 70 %) eine Präferenz für das Erwerbsarbeit-orientierte System, d.h. das Sozialversicherungssystem, und in den Niederlanden ein Mischsystem zwischen beiden. EG-weit gibt es einen klaren Vorrang der Geldleistungen (70%) vor den Sachleistungen. Den geringsten Teil an Geldleistungen weist Dänemark auf (60%).

Die Vielfalt der praktizierten Lösungen belegt, dass trotz gründlicher Abklärungen kein allgemeingültiges Modell zu finden ist. Jedes Finanzierungsmodell hat sowohl vorher absehbare Vor-

und Nachteile, als auch unbekannte Elemente, deren Wirkungen unklar sind. Umso wichtiger ist es, die Modelle und die getroffenen Massnahmen in regelmässigen Abständen einer systematischen Wirkungsbeurteilung zu unterziehen.

3. Private Versicherungs-Lösungen

3.1 Die internationale Situation

Private Pflegeversicherungen

Man kann es kurz machen: Die Sicherung des Pflegerisikos erfolgt im Rahmen der öffentlichen Systeme der sozialen Sicherheit. Bis heute haben sich private Pflegeversicherungen ausser in den USA nirgends einen nennenswerten Markt schaffen können - und selbst da ist er nicht bedeutend: Gemäss einer von der Health Insurance Association of America publizierten Studie, wurden in den USA seit Mitte der 80er Jahre gegen 4 Millionen Pflegeversicherungen verkauft. Die Zuwachsraten, die jährlich um rund 25% stiegen, stagnierten zudem 1993/94, weil offenbar viele potentielle Klient/-innen die von der Clinton Administration versprochene, dann aber gescheiterte Reform des Gesundheitswesens abwarten wollten. Die Versicherten gehören aufgrund der relativ hohen Prämien in der Regel zum oberen Mittelstand (vgl. S. Coronel, C. Caplan, Long Term Care Insurance in 1994, Health Insurance Association of America, Washington 1996).

Die Schwierigkeiten der privaten Versicherer, im Bereich der Pflegeversicherungen einen Markt zu öffnen, hängen mit verschiedenen Faktoren zusammen, insbesondere:

- Das Pflegerisiko ist versicherungsmässig kaum abzuschätzen (Statistiken, insb. Zeitreihen fehlen).
- Wenn Pflegebedürftigkeit eintritt, verursacht sie in der Regel hohe Kosten.
- Die Prämien sind hoch, weil die Versicherung - wenn überhaupt - spät, d.h. meist erst in der Nähe des Pensionierungsalters abgeschlossen wird. (Junge Menschen sind in der Regel nicht bereit, Prämien für Leistungen zu bezahlen, die erst in 50 oder 60 Jahren fällig werden.)

- Entsprechend klein ist der Markt: Die Klientel rekrutiert sich aus der bevölkerungsmässig kleinen oberen Mittelschicht, die allenfalls bereit und in der Lage ist, eine private Pflegeversicherung in Kombination mit einer Lebensversicherung abzuschliessen.

Im Folgenden sind die wichtigsten Typen privater Pflegeversicherungen skizziert:

Umwandlung von Immobilienbesitz in eine Pflegerente

Ein anderes Grundmodell beruht auf der an sich naheliegenden Idee, Immobilienbesitz für die Finanzierung einer Pflegerente einzusetzen. Dies kann durch Verkauf der Immobilie geschehen, oder in verschiedenen Varianten durch ihren Einsatz als Garantie. In den USA haben oft auch in bescheidenen Verhältnissen lebende Menschen sich im Laufe ihres Arbeitslebens ein Häuschen zusammengespart, weshalb das Modell breiten Kreisen zugänglich ist. Es ist in verschiedenen Ausprägungen bekannt:

Hypothekar-Rente

Nach diesem Modell wird die Rente durch eine Hypothek finanziert, die auf den Immobilienbesitz genommen wird. In einer ersten Variante wird eine Rentenleistung über eine zu vereinbarende Höhe und Dauer bis zur Gesamthöhe der Hypothek versichert. In diesem Fall liegt das Risiko bei den Versicherungsnehmern, die so lange wie möglich zu Hause gepflegt werden möchten. Wenn sie sehr alt werden, kann die zur Verfügung stehende Summe aufgebraucht sein, bevor sie sterben oder eben doch in ein Heim wechseln müssen. Da die Zinsen für Hypothekarkredite - darum handelt es sich letztlich - in den USA relativ hoch sind und die Verantwortung für die Immobilie bei der versicherten Person bleibt, die auch die Liquidierung der Immobilie vorfinanzieren muss, kommt diese Art der Versicherung in der Regel lediglich für Menschen in Frage, die davon ausgehen, dass sie nur noch kurze Zeit (zu Hause) leben. Entsprechend selten wird sie abgeschlossen.

Gemäss der zweiten Variante wird ein Rentenvertrag über unbestimmte Zeit abgeschlossen. In dieser Variante liegt das Risiko beim Versicherer. Dieses kann jedoch durch die grosse Zahl, durch Rückversicherung oder andere Mechanismen relativiert werden. Diese Art der Hypothekar-Rente macht deshalb rund 90% des Abschlüsse aus.

Grundpfand

Die Immobilie wird als Sicherheit für einen Kreditrahmen bei einer Bank verwendet. Der/die Besitzer/in bezieht von diesem Kredit nach Bedarf. Dieses Modell hat gegenüber dem Renten-Modell den Vorteil grösserer Flexibilität, was insbesondere bei schwankendem Bedarf und solange die versicherte Person zu Hause lebt, günstig ist.

Nutzungs-Rente

Nach diesem Modell verkauft der/die Besitzer/in die Liegenschaft an eine Person oder Institution, die ihm/ihr ein lebenslanges Wohnrecht sichert. Der Käufer zahlt einen Teil der Kaufsumme und verpflichtet sich, den Rest in monatlichen Raten (Rente) unter Abzug eines Mietzinses für die Nutzung zu bezahlen. Im Gegensatz zur Hypothekar-Rente liegt bei diesem Modell die Verantwortung für den Immobilienbesitz beim Käufer. Deshalb wird dieses Modell in der Regel nur innerfamiliär benützt.

Eine Variante der Nutzungsrente besteht darin, dass das Vermögen oder Teile davon der Institution, in der die pflegebedürftige Person lebt, zur treuhänderischen Verwaltung übertragen wird. Sie bezahlt die entstehenden Kosten von den Erträgen und wenn nötig (sowie nach gewissen Regeln) aus dem Bestand des Vermögens. Der nach dem Ableben der pflegebedürftigen Person übrigbleibende Rest fließt an die Erben.

Gesamthaft scheint die Attraktivität des Modells der Umwandlung von Immobilienbesitz in eine Pflegerente gering zu sein, denn in den USA wurden 1992 nur gerade 15'000 Verträge abgeschlossen, in den anderen Industrieländern nur jeweils einige hundert. Da der Immobilienbesitz in der Schweiz weniger verbreitet ist, als in diesen Ländern, fragt es sich, ob unter diesen Voraussetzungen überhaupt ein Markt für diese Modelle besteht.

(vgl. Joshua Wiener, Initiatives du secteur privé pour le financement de l'aide et des soins de long durée, in: OECD, Protéger les personnes âgées dépendantes, Etudes de politique sociale no 14, 1994, S.103ff)

3.2 Die Situation in der Schweiz:

Auf dem Schweizer Markt bietet aufgrund unserer Abklärungen nur die Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft eine Pflegeversicherung an. Die Grundüberlegung war, dass Alter(sgebrechlichkeit) keine Krankheit ist, und die Pflege deshalb nicht über die Krankenversicherung abzudecken sei. Es wurde ein Produkt als Kombination mit einer Altersrentenversicherung entwickelt: Die Altersrente, die die AHV-Rente und Pension aufbessern soll, wird ab dem 80. Altersjahr in der durch Prämien bestimmten Höhe lebenslänglich ausbezahlt; wird der/die Versicherte vor dem 80. Altersjahr pflegebedürftig, bezahlt die Versicherung die Rente sofort.

Die Pflegeversicherung der Basler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft ist in verschiedenen Varianten vorgesehen, wobei Einmalprämien (z.B. aus einer Auszahlung einer Pensionskasse) im Vordergrund stehen: Eine Einmalprämie eines 65jährigen Mannes von Fr. 100'000 ergibt eine jährliche Rente von Fr. 16'000 ab Alter 80 bzw. Eintreten der Pflegebedürftigkeit. Wenn man die Pflegeheimkosten damit vergleicht, wird offensichtlich, dass diese Rente nicht weit reicht, und nur wenige können sich ein Mehrfaches dieser Prämie leisten. Das Produkt stiess deshalb auf sehr wenig Interesse bei der Kundschaft, sodass es faktisch aus dem Angebot herausgenommen wurde. Es bestehen Überlegungen zu einer Neukonzeption.

4. Kombination zwischen staatlichen und privaten Versicherungen

Es scheint, dass sich im Zusammenhang mit dem steigenden Bewusstsein der Notwendigkeit, das Pflegerisiko alter Menschen kollektiv abzudecken, neue Wege öffnen: Nach dem Modell der Krankenversicherung wird über die Aufgabenteilung in öffentliche Grundversicherung und private Zusatzversicherung nachgedacht. In den USA sind solche Konzepte bereits in Erprobung, in Grossbritannien bestehen dazu konkrete Modelle, die innert Kürze realisiert werden sollen, und auch in Frankreich regen sich die privaten Versicherer.

Partnership schemes: USA

Eine neue Entwicklung setzte 1992 ein, als vier Staaten (Connecticut, Indiana, Kalifornien und New York) sog. Partnership Schemes anboten. Ursprung dieser Konzepte war die Annahme, dass rund

40% der amerikanischen Bevölkerung über 65 früher oder später einige Zeit in einem Pflegeheim verbringen werden, und dass dies zu enormen Kosten führen wird. Zur Zeit finanziert Medicaid (das öffentliche System zur Finanzierung von Krankheitskosten bei niedrigerem Einkommen oder besonders hohen Aufwendungen) annähernd die Hälfte der gesamten Langfristpflegekosten der USA. Der entsprechende Aufwand hat sich zwischen 1989 und 1995 auf 160 Milliarden \$ verdreifacht.

Zwei Arten von Partnerschaft werden angeboten: Im "\$ for \$ scheme" (Connecticut, Indiana, Kalifornien) schließt das Individuum bei einer dem Programm angeschlossenen Gesellschaft eine Versicherung über eine Mindestdeckung von Pflegeheimkosten für mindestens ein Jahr ab. Wenn die Leistungen fällig werden, erhöht sich für jeden \$, den die Partnerschaftsversicherung auszahlt, die Vermögensgrenze um in den Genuss von Medicaid zu kommen, um 1 \$. Wenn die vereinbarten Versicherungsleistungen aufgebraucht sind, übernimmt ab dieser Vermögensgrenze Medicaid die Fortsetzung der Finanzierung der Heimkosten. (Beiträge aus dem eigenen Einkommen müssen jedoch weiterhin geleistet werden.)

Im "Time-based System" (New York) versichert das Individuum die Kosten für ein Minimum von 3 Jahren Pflegeheim bzw. 6 Jahren Altersheim. Wenn diese Leistungen aufgebraucht sind, übernimmt Medicaid die Kosten unabhängig vom verbliebenen Vermögen und Einkommen.

(vgl. Swiss Re UK, Long Term Care Data Pack, London 1996)

Public-private-partnership: Grossbritannien

Im Mai 1996 hat die britische Regierung zwei Modelle eines Public-Private-Partnership in die Vernehmlassung gegeben, deren Ziel es ist, den Vermögensabbau der Pflegebedürftigen, der im gegenwärtigen System enthalten ist, zu begrenzen. Beide Modelle bauen auf der Partnerschaft von öffentlicher und privater Finanzierung, von Eigenleistung und Solidarität auf. Im ersten Modell schreibt die Local community für jedes Pfund, das als Leistung bei einer privaten Versicherung eingekauft wird, 1,50 £ gut. Das bedeutet, dass die Einkommensgrenze, ab der eine pflegebedürftige Person zu öffentlichen Leistungen berechtigt ist (10'000 £), durch Eigenleistung angehoben werden kann. Wenn die private Versicherungsleistung beispielsweise 40'000 £ beträgt, so erhöht sich die Einkommensgrenze von 10'000 £ auf $10'000 \text{ £} + 1,5 \times 40'000 \text{ £} = 70'000 \text{ £}$.

Die zweite Form der Partnerschaft tritt ein, wenn eine Person für eine Periode von mindestens vier Jahren privat pflegeversichert ist. Dann wird die Berechtigungsgrenze pro 1 £ privat versicherter

Pflege um 1 £ erhöht und ausserdem wird zur normalen Berechtigungsgrenze von 10'000 £ noch ein Bonus von 15'000 £ zugesprochen. Wenn die Versicherungsdecke also 80'000 £ beträgt, so erhöht sich die Berechtigungsgrenze auf 105'000 £.

Mit diesem System wird ein doppelter Vorteil angestrebt: Einerseits sichert das System die pflegebedürftige Person davor, ein allenfalls vorhandenes Vermögen aufbrauchen zu müssen. Andererseits trägt trotzdem die öffentliche Hand (der Steuerzahler) die Kosten nicht allein, sondern zusammen mit dem Individuum, das zuerst Eigenleistungen erbringen muss. Falls keine eigenen Mittel vorhanden sind, werden die Leistungen vom System übernommen. Damit wird das Problem gelöst, dass öffentliche Beiträge an Leute ausbezahlt werden, die sie gar nicht benötigen. Und gleichzeitig ermöglicht der staatliche Sockel privaten Versicherern ein vertretbares Produkt für breitere Schichten anzubieten.

Schlecht schneiden - wie immer bei Einkommensgrenzen - diejenigen ab, die knapp darüber liegen und sich keine private Versicherung leisten können, denn sie sind gezwungen, ihr Vermögen bis zur Berechtigungsgrenze abzubauen (vgl. J. Blondeau, D. Dubois, Financing old-age dependancy in Europe, The Geneva Papers on Risk and Insurance, 21, No. 81, October 1996).

Die Association of British Insurers und u.a. auch die Verbände der Hauseigentümer haben in ihren Vernehmlassungen zwar Aenderungen am Modell vorgeschlagen, es aber insgesamt sehr begrüsst und die Bereitschaft signalisiert, an solchen Partnerschaften mitzuwirken. Im Gegensatz dazu lehnen soziale Gruppen, wie Age Concern das Modell als unsolidarisch ab, weil es ausschliesslich der begüterten Minderheit zugute komme, und selbst dieser nur, wenn der Staat über die versicherten Leistungen hinaus eine Garantie übernimmt. (Quelle: Swiss Re UK, The Future Funding of Long Term Care, Responses to the Government Consultative Paper - A New Partnership for Care in Old Age, Ark Publishing, London 1996)

5. Modelle, die sich noch im Theorie-Stadium befinden

Auch in diesem Abschnitt kann keine Vollständigkeit angestrebt werden. Die skizzierten Modelle wurden ausgewählt, um einige der wichtigen Ansatzpunkte für die weiterführende Diskussion zu zeigen.

5.1 Spezifisch auf das Pflegerisiko ausgerichtete Modelle

Fiskalische Massnahmen zugunsten pflegebedürftiger Personen

Fiskalische Massnahmen zugunsten Behinderter oder alter Menschen sind häufig anzutreffen (Transportgutscheine, besondere Vergünstigungen oder Tarife für AHV-Rentner/innen usw.). Wohl deshalb werden in der Theorie Modelle der fiskalischen Begünstigung von Ersparnissen, die für die Deckung des individuellen Pflegerisikos reserviert werden, stark diskutiert. In der Praxis ist aber noch nirgends ein derartiges Modell integral umgesetzt worden. (Immerhin gibt es verschiedene Teilansätze dazu, z.B. die "steuerbefreite" Quote zur Aeufnung einer dritten Säule in der Schweiz.)

Diese Modelle erwiesen sich insgesamt als wenig attraktiv: Eine fiskalische Begünstigung ist nur für Personen nützlich, die über ein relativ hohes Einkommen/Vermögen verfügen. Die jährlichen Einzahlungen müssen über viele Jahre recht hoch sein, damit genügend Mittel akkumuliert werden. In den USA zeigte sich, dass sie auf jeden Fall höher wären als die Prämien einer entsprechenden Versicherung, die im Gegensatz zum Einzelsparer das Risiko streuen kann.

(vgl. Joshua Wiener, Initiatives du secteur privé pour le financement de l'aide et des soins de long durée, in: OECD, Protéger les personnes âgées dépendantes, Etudes de politique sociale no 14, 1994, S.107f)

AHV Plus

Nach dem von Nationalrat P. Tschopp (GE) vorgeschlagenen Modell werden die Einwohner/innen ab Alter 75 obligatorisch in eine eigene Versicherung AHV Plus überführt.

AHV Plus finanziert umfassend die medizinische, hauswirtschaftliche und betruerische Grundversorgung (Sachleistungen). Das System seinerseits wird über Steuern finanziert, und zwar sind als Quellen sowohl direkte als auch indirekte, Vermögens- und Erbschaftssteuer vorgesehen. Durch diese Finanzierung können einerseits die Krankenkassenprämien gesenkt werden, während andererseits ein gewisser Umverteilungseffekt je nach Steuerquelle erzielt wird. Schliesslich könnte die Krankenversicherung, der die Verwaltung von AHV Plus übertragen werden soll, für die unter 75jährige Bevölkerung wettbewerbsmässig organisiert werden.

AHV Plus ist, wie es der Name sagt, eine Ergänzung der AHV und auf die Zielgruppe "Viertes Alter" ausgerichtet. Das Modell ist auch eine Ergänzung der Krankenversicherung, indem es von der Idee ausgeht, dass die sozio-medizinischen Kosten der über 75jährigen Menschen die Solidarität zwischen den Generationen zu stark belastet.

Intragenerationen-Modell

Als Ergänzung zum Intergenerationen-Modell schlägt Zung-Ping Chen von der University of Massachusetts Boston ein Intragenerationen-Modell der Sozialversicherung vor. Er geht davon aus, dass die Umverteilung zwischen den Generationen nicht noch verstärkt werden, sondern durch die Selbstvorsorge und Solidarität innerhalb der älteren Generation ergänzt werden sollte.

Gemäss diesem Modell wird vom Zeitpunkt der Rentenberechtigung an (d.h. in einer Lebensphase mit relativ hohem Einkommen und wenigen Belastungen) ein kleiner Teil (5%) der Sozialversicherungsleistungen gegen eine Grundversicherung des Langzeitpflegerisikos eingehandelt. Personen mit niedrigem Einkommen müssten die 5% nicht abtreten.

Diese Grundversicherung könnte durch private Versicherungen ergänzt werden, deren Prämien vom Einkommen oder Vermögen bezahlt würden. Falls diese nicht ausreichen, sollte es möglich sein, das Trade-off-Prinzip auch auf Pensionskassen anzuwenden und daraus die Zusatz-Pflegeversicherung zu finanzieren. Den Schätzungen zufolge, würde die Grundversicherung für die Deckung eines einjährigen Pflegeheimaufenthaltes ausreichen.

Um den Start zu finanzieren, müsste ein Fonds eingerichtet werden. Vorgeschlagen ist eine Verzögerung der Leistungsberechtigung der ersten Generation um vier Jahre (Zung-Ping Chen, Financing Long-Term Care: An Intragenerational Social Insurance Model, The Geneva Papers on Risk an Insurance, 19 N.73, October 1994, S. 490/495).

Das Modell von Zung-Ping Chen entspricht in seinen Grundgedanken dem von Caluori für die Schweiz vorgeschlagenen "Dualen Alterssicherungssystem". Nach diesem Modell soll die Alterssicherung in eine Einheitsrente und eine Zusatzrente aufgeteilt werden, wobei die Zusatzrente intragenerationell, nämlich über eine negative Einkommenssteuer durch die Altersbevölkerung selbst finanziert würde (vgl. P. Füglistaler, Alter und Existenzsicherung, Vortrag gehalten vor der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik am 3.6.93).

Ein Gutscheinsystem zur Finanzierung der Langzeitpflege

Dieses Modell von P. Zweifel u.a. geht davon aus, dass die insgesamt extrem hohe Staatsquote im Pflegebereich (Bund, Kantone, Gemeinden) sich aus ökonomischer Sicht in der "Produktion" der Leistungen (öffentliche Heime oder Spitex-Dienste) nicht rechtfertigen lässt, und dass sie durch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern abgelöst werden muss. Ein steuerfinanziertes Gutscheinsystem soll die Hilfflosenentschädigung und die pflegebedingten Ergänzungsleistungen ersetzen. Berechtigt zum Bezug eines Gutscheins ist, wer eine zu bestimmende Einkommens/Vermögensgrenze unterschreitet und pflegebedürftig wird. Die Berechtigten bestimmen selbst, welche Institution oder Einzelperson sie als Leistungserbringer wählen und mit dem Gutschein bezahlen. Finanziert werden soll das System aus Steuergeldern, um die Arbeitskosten nicht zu belasten.

Die Autoren nennen als Vorteile des Modells die Tatsache, dass es in die EL-Landschaft passt und sich durch Bestimmung der Pflegebedürftigkeit analog zur heutigen Hilfflosenentschädigung nach ATL-Kriterien auf bekannte, transparente, einfach zu handhabende Mechanismen stützen kann. Vorteilhaft ist auch die Subjektfinanzierung ohne Gefahr der nicht zielgerichteten Allokation und Antiselektion.

Als Nachteil wird gesehen, dass das Modell die Entwicklung einer Zweiklassen-Versorgung fördern könnte, und es ist auch anzunehmen, dass ein Beratungsangebot (Case Management) aufgebaut werden müsste, um zu sichern, dass die alten Menschen einen Ueberblick über das Angebot erhalten und tatsächlich wählen können. Die Wahlmöglichkeit hängt auch davon ab, ob sich ein Markt für Pflegeleistungen bildet, was in Städten anzunehmen, in ländlichen Gegenden aber zu bezweifeln ist.

(vgl. P. Zweifel u.a., Pflegebedürftigkeit im Alter, Zürcher Kantonalbank, Zürich 1994, S. 97ff)

5.2 Modelle zur grundsätzlichen Reform der Sozialen Sicherheit

Negative Einkommenssteuer - existenzsicherndes Grundeinkommen

Von den verschiedenen Modellen, die die Systeme der sozialen Sicherheit insgesamt grundlegend ändern wollen, hat die von der Chicagoer Schule um Milton Friedman propagierte negative Einkommenssteuer wohl die grösste Popularität erhalten. Das Problem der Pflegekosten würde in einem solchen System gelöst, indem die privaten Mittel bis zur Einkommensgrenze aufgebraucht würden;

danach würde der Staat Subjektbeiträge in Form einer negativen Einkommenssteuer ausrichten, mit denen die Pflegekosten (u.a.) bezahlt werden könnten.

In der Schweiz vertreten M. Rossi und E. Sartoris, sich an skandinavischen Modellen orientierend, die Idee eines gesicherten Mindesteinkommens. Sie schlagen ein Drei-Kreise-Modell vor, dessen Kern aus dem steuerfinanzierten Mindesteinkommen etwa in der Höhe der EL-Einkommensgrenze (Fr. 28'800) besteht. Dieses wird allen erwachsenen Einwohner/innen in gleicher Höhe (sowie reduziert für Jugendliche in Ausbildung) garantiert. Die Differenz zwischen dem effektiven Einkommen und dem Mindesteinkommen wird über Steuern finanziert. Im zweiten Kreis finden sich die beitragsfinanzierten obligatorischen Versicherungen (Arbeitslosigkeit, Unfall, Invalidität) und im dritten die fakultativen Zusatzversicherungen (Pensionskassen). Die Autoren gehen davon aus, dass die inneren beiden Kreise ausreichen, um auch langfristige Pflegebedürftigkeit zu finanzieren.

(vgl. M. Rossi, E. Sartoris, Ripensare la Solidarieta, Bellinzona, 1995)

Wettbewerbssystem der sozialen Sicherung

1996 haben Zweifel u.a. einen weiteren Vorschlag zur sozialen Sicherung für die Schweiz unterbreitet. Dieser beruht auf der Trennung von Grund- und Zusatzversicherung und der Umstellung des Sozialversicherungssystems auf einen Wettbewerbsmarkt, wobei der Staat durch Transferleistungen (Subjektfinanzierung) finanzschwache Bevölkerungsschichten entlastet.

Sozialversicherung und Sozialhilfe werden klar getrennt. Die Sozialversicherung soll sich auf die effiziente und flexible Absicherung von Risiken konzentrieren, währenddem die Sozialhilfe ihren Schwerpunkt in der Umverteilung hat und als negative Einkommenssteuer gestaltet sein könnte.

Die obligatorische Grundversicherung soll sich auf das Existenzminimum beschränken. Sie kann durch private oder staatliche Versicherungsträger im Wettbewerb angeboten werden, wobei die Aufhebung der Sparten-trennung (Krankheit, Unfall, Invalidität etc.) erlaubt, privat bisher nicht versicherte Risiken abzudecken. Falls ein Versicherungsnehmer die risikogerechte Prämie nicht übernehmen kann, kommt die Sozialhilfe für den nötigen Betrag auf. Ueber die Grundversicherung hinausgehende Sicherheitsansprüche können freiwillig privat versichert werden.

(vgl. P.Zweifel, D.Bonato, Chr.Zaborowski, Soziale Sicherheit von morgen, Bern 1996)

6. Zusammenfassung zu den Finanzierungsmodellen

Langzeit-Pflegebedürftigkeit wird zunehmend als normales Lebensrisiko anerkannt. Da die Pflegekosten für die meisten Individuen unerschwinglich sind, ist generell unbestritten, dass ihrer kollektiven Finanzierung hohe Priorität eingeräumt werden muss.

Abgesehen von der Grundtendenz, also vom Bemühen, das Pflegerisiko abzusichern, ist auf internationaler Ebene wenig Konvergenz festzustellen. Bei der Neugestaltung der Finanzierungssysteme stehen sich einerseits das Beharrungsvermögen der bestehenden, z.T. über Jahrzehnte entwickelten bzw. erkämpften nationalen Systeme und andererseits aus der Theorie abgeleitete Modelle gegenüber. Letztere sind zwar von nationalen Traditionen unabhängig, sie haben es aber nicht nur aufgrund der normativen Kraft des Faktischen schwer, sich durchzusetzen, sondern auch, weil sie mangels praktischer Umsetzung empirisch kaum zu überprüfen sind, bzw. nicht zum Beweis ihrer Überlegenheit antreten können oder müssen.

In der Einleitung sind die wichtigsten Probleme, die ein Sozialversicherungssystem theoretisch lösen sollte, aufgelistet worden. Aufgrund der Darstellung der verschiedenen Systeme lässt sich festhalten, dass es keine einzig richtige Lösung gibt. Die verschiedenen realisierten und theoretischen Modelle fokussieren auf einzelne, ihren Autoren besonders wichtig erscheinende Probleme und unterscheiden sich entsprechend.

Allen gemeinsam ist zweifellos das Problem der langfristigen Finanzierbarkeit angesichts der zu erwartenden Zunahme der Zahl der Leistungsbezüger/innen.

Nach wie vor dominieren die öffentlichen Sicherungssysteme, wobei zwei unterschiedliche Ansätze im Vordergrund stehen: die Finanzierung über Steuern und die Finanzierung über Sozialversicherungsprämien. Im ersten Fall ist der effiziente und effektive Einsatz der Mittel das Hauptthema, im zweiten steht die Frage nach neuen Mittelquellen im Vordergrund.

Die Notwendigkeit des effizienten und effektiven, d.h. bedarfsgerechten Mitteleinsatzes wird von keiner Seite bestritten, und praktisch überall werden vergleichbare, auf ATL-Skalen beruhende Methoden eingesetzt, um den Pflegebedarf zu ermitteln.

Unterschiedlich gelöst wird hingegen die Frage des Unterstützungsbedarfs: In den Niederlanden und in Dänemark, wo das Pflegerisiko in die finalen Systeme der Kranken- bzw. der Rentenversicherung integriert ist, besteht eine generelle Anspruchsberechtigung. Ebenso in der deutschen

Pflegeversicherung, die - wie Kritiker anmerken - insbesondere Pflegebedürftige mit höherem Einkommen bzw. Vermögen gegenüber früher entlastet, während sich bei Personen mit geringen Mitteln vor allem eine (positiv zu wertende) Verlagerung der Finanzierung von der Sozialhilfe auf die Pflegeversicherung ergibt. Demgegenüber wurde in Frankreich eine (relativ niedrige) Einkommensgrenze festgelegt, bis zu der eine *prestation spécifique dépendance* ausbezahlt wird.

Das breite Spektrum der Lösungen zeigt sich auch in der Frage der Umverteilung: Gemeinsam ist allen Systemen die Umverteilung zugunsten der Pflegebedürftigen. Unterschiede ergeben sich in bezug auf die Umverteilung zwischen den Generationen und zwischen den Einkommensschichten. Bei den (vorwiegend) steuerfinanzierten Modellen erfolgt sie entsprechend der Progression und bewirkt damit eine relativ milde Kombination der beiden genannten Umverteilungen; in den beitragsfinanzierten Modellen ist die Umverteilung stärker, zumal wenn die Finanzierung über Lohnprozente erfolgt.

In den Modellen mit privater Beteiligung wird generell von der Beschränkung der staatlichen Unterstützung auf die Grundversorgung ausgegangen: Entweder sollen nur Personen mit niedrigem Einkommen und Vermögen in den Genuss von staatlicher Unterstützung kommen, oder wenn eine generelle Berechtigung vorgesehen ist, soll sich diese auf die Sicherung des Minimums beschränken.

Auf der Suche nach neuen Mittelquellen, gleichzeitig aber auch mit dem Argument der Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit, der Effizienz, der Subsidiarität und der Transparenz, werden in den Modellen mit privater Beteiligung höhere Eigenleistungen, die Installierung eines Marktes und die Konzentration auf die Subjektfinanzierung postuliert.

Ein wesentliches Merkmal der Privatisierungsmodelle ist die "Neutralisierung" der Umverteilungseffekte, sei es durch Zuordnung der Umverteilung an das Steuersystem bzw. die Sozialhilfe, sei es durch Finanzierung innerhalb der eigenen Generation.

Obwohl sich in den letzten Jahren die Privatversicherer intensiver um diesen Markt gekümmert haben, bleiben die Hindernisse hoch. Verschiedene Modelle, das Pflegerisiko zu versichern, werden erprobt, z.B. der Einsatz von Immobilienbesitz für die Finanzierung einer Pflegerente oder die private Pflegerentenversicherung. Der Markt ist aber nach wie vor relativ unbedeutend, was mit der Schwierigkeit der Risikoabschätzung und als Folge davon mit der Höhe der Prämien zusammenhängt.

Es ist deshalb anzunehmen, dass dem Staat in der Pflegeversicherung auch in Zukunft eine wichtige Rolle zukommen wird. In verschiedenen Ländern zeichnet sich jedoch die Tendenz ab, dass er sich auf die Sicherungen der Grundleistungen zurückzieht. Im Bereich der Zusatzversicherungen wird das Risiko für die Privatversicherer kalkulierbarer. Es ist anzunehmen, dass sie sich vermehrt für dessen Abdeckung interessieren werden. In den nächsten Jahrzehnten dürfte deshalb die Kombination von öffentlicher Grundversicherung und privater Zusatzversicherung auch bei Pflegebedürftigkeit an Bedeutung gewinnen.

Die Modelle, die sich noch im Theorie-Stadium befinden, lassen sich in zwei Gruppen einteilen: Modelle, die auf die Sicherung des Pflegerisikos ausgerichtet sind (AHV Plus, Gutschein) und Modelle, die eine grundlegende Änderung im System der sozialen Sicherheit anstreben und dabei u.a. auch das Problem der Sicherung bei Pflegebedürftigkeit lösen (existenzsicherndes Grundeinkommen; Deregulierung - Wettbewerb). Die Erfahrung der Länder, die kürzlich Änderungen vornahmen, zeigt, dass die spezifisch auf die Sicherung des Pflegerisikos ausgerichteten Modelle doch höhere Realisierungschancen haben.

Literatur

Actualités Sociales Hebdomadaires, No 2021 -2023, Paris, 2/16 mai 1997

J. Blondeau, D. Dubois, Financing old-age dependancy in Europe, The Geneva Papers on Risk and Insurance, 21, No. 81, October 1996

Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Evaluation concernant les expérimentations de la prestation dépendance, conduite dans les départements de l'Ain et de la Savoie, Lyon 1995

Conseil de l'Europe, La situation de dépendance par rapport à la protection par la sécurité sociale, Strasbourg 1995S.

C. Coronel, Long Term Care Insurance in 1994, Health Insurance Association of America, Washington 1996

R. Eisen, An international comparison of securing long term care systems, PflEG-Projekt, Forschungsbericht 18, Frankfurt/M, 1995

P. Füglistaler, Alter- und Existenzsicherung, Vortrag gehalten vor der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik am 3.6.93

M. Rossi, E. Sartoris, Ripensare la Solidarieta, Bellinzona, 1995

X. Scheil-Adlung, Soziale Sicherheit bei Pflegebedürftigkeit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zwischen Tradition und Innovation, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Bd. 48, 1/95

Swiss Re UK, Long Term Care Data Pack, London 1996

Swiss Re UK, The Future Funding of Long Term Care, Responses to the Government Consultative Paper - A New Partnership for Care in Old Age, Ark Publishing, London 1996

J. Wiener, Initiatives du secteur privé pour le financement de l'aide et des soins de long durée, in: OECD, Protéger les personnes âgées dépendantes, Etudes de politique sociale no 14, 1994

S. Winters, Fossil oder Vorbild, 25 Jahre Gesetzliche Pflegeversicherung in den Niederlanden, in: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12/94

Zung-Ping Chen, Financing Long-Term Care: An Intragenerational Social Insurance Model, The Geneva Papers on Risk and Insurance, 19 N.73, October 1994

P. Zweifel u.a., Pflegebedürftigkeit im Alter, Zürcher Kantonalbank, Zürich 1994

P. Zweifel, D. Bonato, Chr. Zaborowski, Soziale Sicherung von morgen, Bern 1996

Kapitel 6: Zusammenfassung und erste Folgerungen

1. Ausgangslage

Das 20. Jahrhundert zeichnet sich durch eine enorme Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung aus. Bis etwa in die Mitte des Jahrhunderts war diese Entwicklung, die noch nicht abgeschlossen scheint, vor allem auf den Rückgang der Kinder- und Säuglings-Sterblichkeit zurückzuführen, seither vorwiegend auf die sinkenden Sterberaten der Erwachsenen und die Verlängerung der Lebenserwartung der älteren Bevölkerung. 1950 belief sich die restliche Lebenserwartung der 50jährigen Männer auf 19,8 Jahre, jene der gleichaltrigen Frauen auf 21,7 Jahre; heute sind es ungefähr 27,5 beziehungsweise 33 Jahre mit nach wie vor steigender Tendenz.

So spektakulär dieser quantitative Fortschritt an sich ist, so sollten für eine wirklich positive Wertung mindestens zwei qualitative Bedingungen erfüllt sein: Die "gewonnenen" Jahre sollten sowohl bei guter Gesundheit, als auch in materieller Sicherheit gelebt werden können.

Die wissenschaftlichen Meinungen sind z.Z. noch geteilt, was die Frage betrifft, ob mit der Verlängerung des Lebens die Periode der Krankheit/Gebrechlichkeit vor dem Tode aufgeschoben oder ausgedehnt wird. Einigkeit herrscht darüber, dass das Pflagerisiko mit dem Alter steigt und dass Pflegebedürftigkeit, wenn sie eintritt, hohe Kosten verursachen kann, die die individuellen finanziellen Möglichkeiten von grossen Teilen der Bevölkerung übersteigen.

Die Schweiz ist nicht das einzige Land, dem sich dieses Problem stellt. Die geschilderte Entwicklung hat dazu geführt, dass die Pflegebedürftigkeit alter Menschen international zu einem gesundheits- und sozialpolitischen Thema geworden ist. Aber Pflegebedürftigkeit beschränkt sich nicht auf alte Menschen; sie ist ein allgemeines Lebensrisiko, denn jeder Mensch kann in jedem Alter durch Krankheit oder Unfall pflegebedürftig werden.

Zielgruppe der Ueberlegungen sind die pflegebedürftigen Menschen unabhängig von ihrem Alter und von der Ursache der Pflegebedürftigkeit.

2. Definition

Obwohl Pflegebedürftigkeit als erstrangiges soziales Problem in allen Ländern Europas und Nordamerikas anerkannt wird, besteht weder bei den Medizinern, noch den Juristen oder den Sozialwissenschaftlern und Sozialpolitikern eine einheitliche Terminologie. Die gesetzgeberischen Antworten auf diese Herausforderung sind von einer verwirrenden Vielfalt und spiegeln die Tatsache, dass das Problem viele Bereiche betrifft: Gesundheits-, Alters-, Behinderten-, Familien-, Frauenpolitik, Sozialversicherungssysteme - damit die Sozialpolitik und letztlich die Finanzpolitik.

In der vorliegenden Untersuchung werden "Pflegebedürftigkeit" und "Hilflosigkeit/Dépendance" synonym gebraucht. In Übereinstimmung mit den meisten Definitionen gilt der autonome Mensch als Masstab: Wer für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe, Pflege oder Ueberwachung durch Dritte bedarf, ist pflegebedürftig.

Da ein Mensch auch "pflegebedürftig" ist, wenn er nach einer Operation im Akutspital, oder mit einer Grippe zu Hause liegt, ist eine Abgrenzung vom Krankheitsfall nötig. Diese erfolgt über die Dauer: Von Pflegebedürftigkeit wird erst gesprochen, wenn die Abhängigkeit von der Hilfe Dritter eine Dauer erreicht, die über das hinausgeht, was als normale Rekonvaleszenzzeit bei einer akuten Erkrankung gilt.

Ein weiteres Element ist der Grad der Pflegebedürftigkeit. Um ihn zu messen, sind verschiedene Instrumente entwickelt worden. Die meisten basieren auf einer Skala von sog. Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, z.B. sich ernähren, sich kleiden, sich waschen), auf der Abweichungen von der Selbständigkeit mit Punkten eingetragen und addiert werden. Die Zahl der Punkte bestimmt den Grad der Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit/Hilflosigkeit umschreibt die Art und den Grad des Autonomieverlusts, den ein Individuum auf Dauer erleidet.

3. Bedarf / Nachfrage

Qualitative Aspekte

Da Pflegebedürftigkeit über den Autonomieverlust definiert wird, leitet sich der Bedarf ebenfalls daraus ab. Das generelle Ziel bei Pflegebedürftigkeit, die Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Autonomie, drückt sich in einem Bedarf an im weitesten Sinn präventiven, rehabilitativen und kompensierenden Massnahmen aus. Dazu gehören insbesondere:

- medizinische Versorgung
- paramedizinische Leistungen
- Hygiene
- Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens
- hauswirtschaftliche Leistungen
- soziale Unterstützung
- Ueberwachung.

Schwerst pflegebedürftige Menschen benötigen jedoch auch palliative Massnahmen, die ihnen das Leben und Sterben erträglich machen.

Zudem besteht ein Bedarf an geeigneten Strukturen, Räumen, Einrichtungen und einer Umgebung (vom selbständigen bis zum kollektiven Wohnen), die eine gute Pflege und Betreuung erlauben.

Der im Fall von Pflegebedürftigkeit entstehende Bedarf ist individuell sehr unterschiedlich und umfasst eine Vielfalt medizinischer, pflegerischer und sozialer Aspekte.

Bedarf wird zur Nachfrage, indem er geäussert wird. Bei pflegebedürftigen Menschen ist dies nicht automatisch der Fall. Sie sind je nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit nicht immer in der Lage, als Nachfrager aufzutreten, und je nach ihrer sozialen Situation und der Tragfähigkeit des informellen Netzes können sie auch nicht durchwegs damit rechnen, dass eine Drittperson diese Rolle übernimmt.

Quantitative Aspekte

Trotz einiger bemerkenswerter Ansätze mangelt es auch in bezug auf die Nachfragestruktur an empirisch haltbaren Daten und darauf gestützten inhaltlichen Analysen. Der Umfang der nachgefragten Leistungen sowie die Zahl der Nachfrager/innen sind allenfalls im lokalen Rahmen einigermaßen bekannt, aber kaum systematisch erforscht worden. Die folgenden Faktoren beeinflussen die quantitativen Aspekte:

- die demographische Entwicklung
(z.B. Zunahme der Zahl der Hochbetagten)
- die epidemiologische Entwicklung
(insb. Verlängerung oder Aufschiebung der Pflegebedürftigkeit am Ende des Lebens)
- die soziale Entwicklung
(u.a. Zunahme der Zahl kinderloser Familien, Arbeitsmarkt für Frauen)
- das Angebot
(Breite und Tiefe der angebotenen Dienste)
- die Finanzen
(Preis der Leistungen, Kostenträger).

Die Nachfrage hängt von vielen, noch unzureichend abgeklärten Faktoren ab. Aufgrund der demographischen Entwicklung, die eine Zunahme der Zahl hochbetagten Menschen erwarten lässt, ist jedenfalls mit einer Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen.

Nachfrageschätzung

Angesichts der Tatsache, dass eine einheitliche Definition des Begriffs Pflegebedürftigkeit fehlt, sind die Schwierigkeiten offensichtlich, quantitative Angaben über die Zahl der Pflegebedürftigen zu machen. Annäherungen können jedoch von verschiedenen Seiten her versucht werden, insbesondere über:

- Bezüger/innen von Hilflosenentschädigungen
- Bewohner/innen von Heimen

- Bezüger/innen von Spitex-Leistungen
- Bezüger/innen von langfristigen Krankenkassenleistungen.

Das Ergebnis der Schätzungen beruht auf verschiedenen Annahmen und ist, soweit möglich, durch Untersuchungsergebnisse oder Ableitungen gestützt. Diese Berechnungen haben aber sehr vorläufigen Charakter.

Als bester Indikator erscheint (unter den gegebenen Umständen) die realisierte Nachfrage, ausgedrückt in der Zahl der Personen, die langfristige Leistungen der Alters- und Krankenhäuser und der Spitex-Dienste beanspruchen (die Zahlen beziehen sich in der Regel auf 1994):

	Pflegebedürftigkeit			Total
	leicht	mittel	schwer	
Total Personen	51'670	52'780	45'930	150'380

In der Schweiz beziehen rund 150'000 pflegebedürftige Menschen langfristige ambulante (rund 64'000) oder stationäre (rund 86'000) Leistungen.

4. Angebot

Im Fall von Pflegebedürftigkeit werden Leistungen von verschiedenen Akteuren bereitgestellt - vom pflegebedürftigen Menschen selbst, von seiner Familie, Laien, professionellen Institutionen, vom Staat (Gemeinde, Kanton, Bund), und sie können als Sach- oder als Geldleistungen erbracht werden:

Informelle Angebote

Pflegebedürftige Personen werden zu einem unbekanntem, aber sicher weit überwiegender Teil zu Hause vom informellen Netz (Familie, Nachbarn, Freunde) mit und ohne Spitex-Unterstützung

gepflegt bzw. betreut. Ueber 90% der über 65jährigen und immer noch rund 70% der mehr als 80jährigen leben mit Angehörigen oder allein in einem privaten Haushalt. Davon ist ein beträchtlicher Teil hilfe- und/oder pflegebedürftig - rund 7% der Altersgruppe der 65 - 79jährigen (Bandbreite aufgrund der kantonalen Angaben in der Schweiz 2% - 11%), bei den über 80jährigen sind es gut 25% (Bandbreite 11% - 40%).

Der grösste Teil der Leistungen für Pflegebedürftige wird von den informellen Netzen erbracht.

Formelle Angebote

Das Pflege- und Betreuungsangebot des formellen Netzes besteht aus ambulanten, teilstationären und stationären Diensten.

Ambulante Angebote

Im ambulanten Bereich sind vor allem zwei Anbieter-Kategorien zu unterscheiden: die niedergelassenen Aertz/innen und die Spitex-Dienste (inkl. die sog. ergänzenden Dienste und ambulanten Therapien).

Es kann davon ausgegangen werden, dass dank der hohen Aertzedichte die ambulante ärztliche Versorgung zu Hause lebender pflegebedürftiger Personen in der ganzen Schweiz gewährleistet ist.

Aufgrund einer Erhebung, die im Auftrag des BSV bei den Kantonen durchgeführt wurde, kann gesagt werden, dass

- die Angebote der sog. Spitex-Kerndienste, d.h. Gemeindekrankenpflege, Hauspflege und Haushilfe praktisch flächendeckend in der ganzen Schweiz zur Verfügung stehen;
- die Kernangebote in der Suisse Romande in der Regel auch Sozialdienste umfassen (während diese in der Deutschschweiz in der Regel getrennt geführt werden);

- die Qualität der Angebote im einzelnen stark variiert;
- die Nachfrage sich dem Angebot offenbar anpasst.

Das Angebot an ambulanten Dienstleistungen ist in der Schweiz flächendeckend, allerdings mit erheblichen Unterschieden.

Teilstationäre Angebote

Teilstationäre Angebote dienen Pflegebedürftigen, die weiterhin in der eigenen Wohnung (oder bei der Familie) leben, aber zeitweise auf besondere Dienste angewiesen sind. Diese Angebote ergänzen die ambulanten Dienste und leisten damit einen Beitrag zur Qualität von Pflege und Betreuung. Sie helfen aber insbesondere auch, die Angehörigen zu entlasten und dehnen damit die Dauer aus, in der ein pflegebedürftiger Mensch in der eigenen Wohnung bleiben kann, bzw. verschieben den Heimeintritt und verkürzen den Heimaufenthalt. Da die Entwicklung teilstationärer Angebote erst in den letzten Jahren vorangetrieben wird, ist ihre Zahl (mit Ausnahme einzelner Kantone v.a. in der Suisse romande) noch sehr beschränkt.

Der Bereich der teilstationären Angebote weist Versorgungslücken auf.

Stationäre Angebote

Das Angebot an Plätzen für Pflegebedürftige ist aufgrund der bereits genannten Abgrenzungsschwierigkeiten nicht genau festzustellen.

Wohnplätze für Behinderte

Der Bund leistet Beiträge an das Wohnplatzangebot für Behinderte (IVG Art. 73). Da die betreffenden Institutionen aber zu einem grossen Teil aus privater Initiative entstanden sind bzw. entstehen und auch von privaten Trägerschaften geführt werden, ist zur Zeit das genaue Platz-Angebot in Behinderten-Heimen nicht bekannt. (Dies sollte sich ab 1997/98 aufgrund der vom BSV geforderten Bedarfsplanung ändern.)

Wohnplätze für alte Menschen

Obwohl der Bau von Heimen in der Regel vom Kanton subventioniert wird, bestehen in etlichen Kantonen keine genauen Angaben über die Bettenzahl.

In den meisten Kantonen ist das Heimwesen an die Gemeinden delegiert, die ihrerseits häufig private Organisationen, Zweckverbände etc. mit dem Bau und Betrieb beauftragen. Zusammen mit den lokalen Traditionen führt dies zu erheblichen Unterschieden in der Heimquote, d.h. im Anteil der Heimbewohner/innen an der relevanten Bevölkerungsgruppe (über 80jährige) von Gemeinde zu Gemeinde und von Kanton zu Kanton. Die Bandbreite liegt zwischen einem Anteil von 48,7% Heimbewohner/innen an der 80jährigen und älteren Bevölkerung (Appenzell Innerrhoden, wohin allerdings relativ viele Personen aus anderen Kantonen ins Altersheim ziehen) und 22,4% (Solothurn) bei einem schweizerischen Durchschnitt von 30,5%.

Die bessere gesundheitliche und finanzielle Lage der Altersrentner/innen und der Ausbau der ambulanten Dienste haben in den letzten Jahren das durchschnittliche Eintrittsalter ins Heim immer weiter hinausgeschoben. Menschen, die in ein Heim eintreten, sehen dieses als ihren letzten Wohnort, den sie nicht mehr wechseln wollen. Allerdings sind sie in der Regel pflegebedürftiger als dies die Bewohner traditioneller Altersheime waren, weil sie erst eintreten, wenn absehbar ist, dass ihre Pflege zu Hause nicht mehr gesichert werden kann.

Da keine wesentliche Verlängerung der Heimaufenthaltszeiten festgestellt werden kann, hat diese Entwicklung auch quantitative Bedeutung, indem die Zunahme der Zahl der älteren Menschen d.h. der potentiellen Heimbewohner/innen durch den Aufschub des Heimeintritts zum Teil kompensiert wird.

Die grosse Bandbreite der (im internationalen Vergleich hohen) Heimquote, die Belegungsprobleme traditioneller Altersheime und die Ergebnisse von Befragungen in verschiedenen Kantonen, nach denen 15 - 20 % der Heimbewohner/innen bei entsprechender ambulanter Versorgung in der eigenen Wohnung leben könnten, lassen den Schluss zu, dass - insgesamt betrachtet - zur Zeit genügend Heimplätze für pflegebedürftige Menschen vorhanden sind.

Dabei bestehen jedoch erhebliche regionale Unterschiede. Auch die Vorausschau ergibt kein einheitliches Bild: Während in den grossen Städten die Zahl der Hochbetagten stagniert oder bereits wieder abnimmt, weshalb sich dort vor allem ein Ersatzbedarf ergibt, werden die stationären Kapazitäten in "jüngeren" Gemeinden (z.B. in den Agglomerationen) entsprechend der Alterung ihrer Bevölkerung erhöht werden müssen.

In den letzten Jahren sind zunehmend alternative Wohnformen für pflegebedürftige Menschen entstanden. Quantitativ spielen sie zur Zeit eine untergeordnete Rolle, aber sie bieten eine wichtige qualitative Erweiterung, und sie erhöhen die Flexibilität des stationären Angebots.

Das stationäre Angebot für Pflegebedürftige ist nicht genau zu beziffern. Verschiedene Indikatoren weisen darauf hin, dass es mit regionalen Unterschieden zur Zeit den quantitativen Bedarf deckt.

Ob in absehbarer Zukunft lediglich ein Erneuerungsbedarf anfällt, oder zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden müssen, hängt von der lokalen Entwicklung der alternden Bevölkerung ab.

Alternative Wohnformen werden zunehmend das Heimangebot qualitativ ergänzen und temporäre quantitative Engpässe überbrücken.

Rehabilitation

Obwohl die Erhaltung oder Wiederherstellung der Autonomie als oberstes Ziel gilt, fehlt ein ausreichendes Angebot. Das zeigt sich u.a. daran, dass es weder einen eigenen Facharzttitel FMH für Geriatrie noch für Rehabilitation gibt, dass erst seit kurzem eine spezialisierte Geriatrie-

Pflegeausbildung besteht, und dass das Angebot an Therapie-Ausbildungsplätzen insb. für Ergotherapeut/innen und Logopäd/innen zu knapp ist.

Prävention

Die Literatur zur Prävention von Alterskrankheiten ist noch nicht sehr umfangreich. Immerhin zeichnet sich ab, dass auch in diesem Bereich die Gliederung der Prävention in primäre (Ursachenbekämpfung), sekundäre (Früherkennung und frühes Eingreifen v.a. bei Verdacht auf eine chronische Krankheit) und tertiäre Prävention (Reduktion der Dauer und der Auswirkungen der Krankheit) sinnvoll ist. Die Uebergänge zwischen den drei Präventionsarten sind fließend.

Die Praxis der Prävention hinkt den theoretischen Möglichkeiten weit hinterher - zum einem wegen des Mangels an Angeboten, zum andern weil die wirksamste Form der Prävention immer mit Veränderungen des Lebensstils verbunden und daher schwer durchzusetzen ist.

Forschung

Forschung über Altersfragen generell, Geriatrie und Rehabilitation, Sozialpolitik hat sich bisher in der Schweiz noch kaum etablieren können. Dazu bedürfte es einer Institutionalisierung dieser Fächer an den Universitäten - selbst ein Nationales Forschungsprogramm läuft sonst Gefahr, zu versanden.

Das Angebot an Rehabilitation, Prävention und Forschung für pflegebedürftige und alte Menschen ist nicht ausreichend.

5. Finanzierung

Die Finanzierung bei Pflegebedürftigkeit erfolgt durch Eigenleistungen sowie Beiträge der Sozialversicherungen, und - falls dies nicht ausreicht - der Sozialhilfe. Demnach sind alle drei staatlichen Ebenen - Bund, Kantone, Gemeinden - an der Finanzierung beteiligt.

Die heutige Regelung auf Bundesebene

Die Grundlagen für den Bund, finanzielle Beiträge bei Pflegebedürftigkeit auszurichten, finden sich in der Bundesverfassung, und zwar in den Art. 34 bis (Auftrag, die Kranken- und Unfallversicherung einzurichten), 34 quater (Auftrag, Massnahmen für eine ausreichende Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge zu treffen), Art. 11 der Uebergangsbestimmungen (Ergänzungsleistungen, solange die Leistungen der eidgenössischen Versicherungen den Existenzbedarf nicht decken) und Art. 18 Abs. 2 (Militärversicherung).

Daraus leiten sich in verschiedene Gesetze übernommene Aufträge ab:

Im Krankenversicherungsgesetz werden die Leistungen abschliessend aufgezählt, die vergütungsberechtigt sind, wenn sie bei anerkannten Leistungserbringern bezogen werden. Medizinische und pflegerische Leistungen gehören zum Leistungsbereich der Krankenpflege-Grundversicherung, der alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz angehören.

Anzumerken ist, dass die Folgen des neuen Krankenversicherungsgesetzes, das mit dem Obligatorium der Grundversicherung u.a. mehr Klarheit und Einheitlichkeit schaffen will, noch kaum absehbar sind. Z.Z. steht die Frage im Vordergrund, welcher Anteil der Pflegekosten schliesslich effektiv von den Krankenversicherungen übernommen wird, und ausserdem lassen die nach wie vor kantonale geführten Verhandlungen über die Tarife für die Versicherungsleistungen im Pflegefall vieles offen. Es ist anzunehmen, dass etliche kantonale Gesetzgebungen in den nächsten Jahren den neuen Verhältnissen angepasst werden. Entsprechend verfrüht wäre es, bereits jetzt die Auswirkungen des KVG auf die Regelung der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit insgesamt analysieren zu wollen.

Die Invalidenversicherung übernimmt die medizinischen, pflegerischen und Rehabilitationsleistungen, die im Rahmen der medizinischen Massnahmen auf ärztliche Anordnung erbracht werden.

Alters- und Hinterlassenen-, Invaliden- und Unfallversicherung kennen eine pauschale Hilflosenentschädigung nach drei (bei der AHV zwei) Schwerestufen, die bei AHV und IV 80% des Mindestbetrages der einfachen Altersrente (z.Z. bei schwerer Hilflosigkeit pro Monat Fr. 776.-), bei der UV maximal dem sechsfachen Höchstbetrag des versicherten Tagesverdienstes z.Z. (Fr. 1'602.- monatlich) entspricht. Die Leistungen werden als Geldleistung ausbezahlt, unabhängig davon, wer die Pflege erbringt - dies können also auch Familienangehörige sein.

In der Militärversicherung wird der Bedarf individuell abgeklärt und vergütet.

In allen Versicherungswerken zusammen beziehen 58'891 (1995) Personen Hilflosenentschädigungen, sind also pflegebedürftig. Es ist anzunehmen, dass fast alle von ihnen entweder Spitex-Leistungen erhalten oder in einem Heim leben. Das bedeutet einerseits, dass ihre Zahl in den oben geschätzten 150'000 Pflegebedürftigen enthalten ist. Andererseits ergibt sich, dass lediglich ein gutes Drittel der Pflegebedürftigen eine Hilflosenentschädigung erhält.

Ergänzungsleistungen finanzieren die Differenz zwischen den verfügbaren Mitteln und dem Bedarf einer AHV- oder IV-Rentnerin bzw. eines Rentners bis zu einer festgelegten Höchstgrenze. Pflegeleistungen gehören zum anrechenbaren Bedarf, und da sowohl die eigenen Mittel als auch der Pflegebedarf individuell unterschiedlich sind, variiert die Höhe der Ergänzungsleistungen erheblich.

Die kantonale und kommunale Ebene

Wie nicht anders zu erwarten, bietet sich auf kantonaler Ebene ein sehr heterogenes Bild. Der Umgang mit der Pflegebedürftigkeit variiert von Kanton zu Kanton - das Spektrum reicht vom Fehlen kantonaler Regelungen (z.B. Uri, Appenzell Innerrhoden) bis zu expliziten Bestimmungen über die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und die Ausrichtung eines Pflegegeldes auf kantonaler Ebene (NE).

Zwei Grundtypen zeichnen sich dennoch ab: Der eine Typ überlässt den Gemeinden die Finanzierung der Pflegekosten, die die individuellen Mittel der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familie übersteigen. Das bedeutet, dass die Pflegebedürftigkeit über die Fürsorge/Sozialhilfe abgesichert wird. Zum anderen Typ gehören die Kantone, die selber oder zusammen mit den Gemeinden Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen ausrichten, die auch zur Finanzierung der Pflege herangezogen werden können.

Das KVG könnte einen Vereinheitlichungs-Schub auslösen: Aus der Verpflichtung zur Sicherung der pflegerischen Grundversorgung im Krankenkassenobligatorium leitet sich die Forderung ab, den Begriff "Pflegebedürftigkeit" einheitlich zu definieren. Allerdings muss man sich dabei bewusst sein, dass dadurch, insb. durch die strikte Trennung von pflegerischen (d.h. vom KVG gedeckten) und hauswirtschaftlichen sowie sozialen (aus dem KVG ausgeschlossenen) Leistungen die ganzheitliche Betrachtung der Pflegebedürftigkeit mindestens erschwert ist. Ausserdem besteht die Gefahr, dass durch diese Trennung bzw. durch die ungleiche Finanzierung ein Anreiz gegeben wird, möglichst viele Bedürfnisse über medizinische Leistungen abzudecken und entsprechend zu verrechnen.

Bund, Kanton und Gemeinden sind an der Deckung des Pflegerisikos beteiligt:
Der Bund durch Beiträge der Kranken-, Unfall-, Alters- und Hinterlassenen-, Invali-
den- und Militärversicherung sowie über die Ergänzungsleistungen, die Kantone
und Gemeinden durch unterschiedliche direkte und indirekte Beiträge. Die direkten
Beiträge der Gemeinden an die Betroffenen werden entweder als Zusatzleistungen
(mit Rechtsanspruch) oder als Leistungen der Sozialhilfe/Fürsorge ausgerichtet.

Die Zahl der Leistungsbezüger und auch der Umfang der Leistungen lässt sich nur bei
einem Teil der Sozialversicherungen ermitteln, insbesondere zur Krankenversicherung,
zu den kantonalen und kommunalen Zusatzleistungen und zur Sozialhilfe fehlen die sta-
tistischen Grundlagen.

Die Komplexität der Finanzierung dürfte für die Betroffenen vor allem in der Anfangsphase der
Pflegebedürftigkeit zu spüren sein, bis die Kostendeckung gesichert ist. Auch die Vermutung, dass
ein beträchtlicher Teil der aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit zu einer Hilflosenentschädigung der
AHV Berechtigten keine solche anfordert, weist auf Schwierigkeiten mit dem System hin. Weiter ist
der Nachteil zu erwähnen, den Einwohner/innen in Kantonen ohne Zusatzleistungs-System zu tragen
haben: Sie sind auf Sozialleistungen angewiesen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, was von
vielen Menschen nach wie vor als ein Makel empfunden wird. (Aktuell wird im Kanton Genf aus
diesem Grund das Pflegeheimgesetz revidiert - die bisherige Subjektfinanzierung aus der Sozialhilfe
soll durch eine Objektfinanzierung der Etablissements médico-sociaux ersetzt werden.). Schliesslich
ist auf die Nicht-Rentenbezüger/innen hinzuweisen, die im Falle der Pflegebedürftigkeit keine
Ergänzungsleistungen erhalten können und zur Überbrückung ebenfalls auf die Sozialhilfe
angewiesen sind.

Ein weiterer problematischer Aspekt der gegenwärtigen Finanzierung ist der zu vermutende
Umverteilungseffekt zugunsten der sehr alten Bevölkerung.

6. Alternative Systeme

Modelle der staatlichen Absicherung des Pflegerisikos

Erst in jüngerer Vergangenheit wird die Pflegebedürftigkeit als eigenes Risiko neben Krankheit, Alter, (Erwerbs)unfall und Arbeitslosigkeit anerkannt und durch spezifische Versicherungen abgedeckt (D, A) oder durch andere, steuerfinanzierte Systeme gesichert (DK, UK, S). Die konkrete Regelung der Leistungen zugunsten Pflegebedürftiger unterscheidet sich von Land zu Land. Sie hängt vor allem davon ab,

- ob die Leistungen von der Sozialversicherung oder von der Sozialhilfe finanziert werden,
- wer die Verantwortung für die Leistungserbringung trägt, die Organe der Sozialversicherung, Sozialämter, andere Behörden,
- ob eine eigene Politik zugunsten Pflegebedürftiger parallel zu den anderen Politiken im soziomedizinischen Bereich besteht (Pflegeversicherung BRD), oder ob sie in einer umfassenden Gesundheits- und Sozialpolitik eingeschlossen ist (NL - Finalisierungsprinzip im Gesundheitswesen, DK als Teil der Sozialpolitik).

Die Sicherung des Pflegerisikos in den verschiedenen europäischen Ländern schliesst sich den dort jeweils vorherrschenden Gestaltungsprinzipien der Systeme der Sozialen Sicherheit an: in Dänemark dominiert das vornehmlich steuerfinanzierte Versorgungs- bzw. Fürsorgeprinzip, d.h. die Staatsbürgerversorgung; in Österreich, Frankreich und Deutschland besteht eine Präferenz für das Erwerbsarbeit-orientierte System, d.h. das Sozialversicherungssystem; und die Niederlande haben ein Mischsystem von beiden eingeführt.

Ausser in Dänemark (und ansatzweise in den Niederlanden) arbeiten Gesundheits- und Sozialdienste getrennt, regeln also den Krankheit/Pflege und Hilfe/Betreuung nach unterschiedlichen Normen. Das führt zu Abgrenzungsfragen, bürokratischem Sonderaufwand, Koordinierungsproblemen, Effizienz-einbussen und höheren Kosten. Obendrein entspricht das parzellierte Leistungsangebot nicht dem Anspruch an ganzheitlicher Pflege, setzt die alten Menschen unnötig mehreren Institutionen und Leistungssystemen aus und steigert somit die Abhängigkeit statt die Autonomie der Klient/innen.

Das internationale Bild der staatlichen Sicherung der Leistungsfinanzierung im Pflegefall ist sehr vielfältig. Eine Konvergenz der Systeme ist zur Zeit noch nicht festzustellen.

Modelle von privaten Versicherern

Was die privaten Lösungen betrifft, so werden verschiedene Modelle erprobt, z.B. der Einsatz von Immobilienbesitz für die Finanzierung einer Pflegerente oder die private Pflegerentenversicherung. Das Problem liegt einerseits bei der Abschätzung des Risikos, andererseits beim Umstand, dass jüngere Menschen wenig Interesse zeigen, eine Versicherung abzuschliessen, die erst in 50 Jahren Leistungen erbringt. Der Markt ist deshalb nach wie vor unbedeutend. Die Privatversicherungen beginnen sich jedoch vermehrt für die zusätzliche Abdeckung des Pflegerisikos zu interessieren, seit gewisse staatliche Systeme Tendenzen zu einer Beschränkung auf die Deckung der Grundleistungen erkennen lassen (z.B. GB). Damit wird das Risiko für private Versicherer kalkulierbarer.

Es ist anzunehmen, dass in den nächsten Jahrzehnten die Kombination von öffentlicher Grundversicherung und privater Zusatzversicherung an Bedeutung gewinnen wird.

Modelle im Theorie-Stadium

Diese Modelle lassen sich in zwei Gruppen einteilen: Modelle, die auf die Sicherung des Pflegerisikos ausgerichtet sind (z.B. AHV Plus, Gutscheine) und Modelle, die eine grundlegende Änderung im System der sozialen Sicherheit anstreben und dabei u.a. auch das Problem der Sicherung bei Pflegebedürftigkeit lösen (z.B. existenzsicherndes Grundeinkommen).

Die Erfahrung der Länder, die kürzlich Änderungen vorgenommen haben, zeigt, dass die spezifisch auf die Sicherung des Pflegerisikos ausgerichteten Modelle höhere Realisierungschancen haben.

7. Folgerungen

Auf diesem Hintergrund und auf der Basis der vorliegenden Untersuchung lassen sich einige Folgerungen formulieren:

Die Heterogenität auf internationaler Ebene der praktizierten oder erst vorgeschlagenen Modelle zur Sicherung der Pflegerisikos ist kaum zu überbieten. Selbst wo bereits Erfahrungen vorliegen, sind sie nur sehr vereinzelt so eindeutig und gut mit Daten gestützt, dass die ihnen zugrunde liegenden Modelle ohne weiteres zur Uebernahme empfohlen werden könnten. Und auch dann noch wäre es höchst ungewiss, ob sie sich in einem völlig anderen staats-, sozial- und wirtschaftspolitischen Rahmen ebenfalls bewähren würden.

Das bedeutet nun aber keineswegs, dass man deshalb am besten alles beim Alten lassen soll. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird in einer Gesellschaft mit einem hohen Anteil alter und sehr alter Menschen zunehmen, entsprechend voraussichtlich auch die zu seiner Deckung nötigen Aufwendungen. Ohne parallele Entwicklung der Sicherungssysteme, besteht die Gefahr, dass die in der Schweiz heute noch gute Abdeckung des Pflegerisikos mit der Zeit immer schlechter wird.

Es stellt sich damit nicht die Frage, ob es eine Weiterentwicklung braucht, sondern welcher Entwicklungsweg eingeschlagen werden soll. Um den Entscheid zwischen den vielen Optionen wenigstens etwas zu vereinfachen, wurden drei Grundscenarien für die zukünftige Sicherung des Pflegerisikos entworfen:

1. Systemimmanente Verbesserung des Status quo
2. Schaffung einer neuen, spezifisch auf das Pflegerisiko ausgerichteten Versicherung
3. Grundsätzliche Änderung des Systems der sozialen Sicherheit.

1. Systemimmanente Verbesserung des Status quo

Ausgangsposition:

Pflegerbedürftigkeit ist als Risiko, das kollektiv abgedeckt werden muss, anerkannt. Der Leistungsumfang des aktuellen Sicherungssystems deckt den Bedarf im allgemeinen gut ab. Die Schweiz verfügt mit der obligatorischen Krankenversicherung, den Ergänzungsleistungen, den Zusatzleistungen und der Hilflosenentschädigung über moderne Instrumente der Subjektfinanzierung. Die Vielfalt der Versicherungen hat nicht nur den Nachteil der Intransparenz, sondern auch den Vorteil hoher Flexibilität.

Massnahme:

Bestimmte Nachteile des bestehenden Systems können und sollen pragmatisch verbessert werden.

2. Schaffung einer neuen, spezifisch auf das Pflegerisiko ausgerichteten Versicherung

Ausgangsposition:

Das bestehende System der Hilflosenentschädigungen und Ergänzungsleistungen ist unlogisch aufgebaut und daher intransparent und ineffizient. Mit pragmatischen Änderungen ist keine grundsätzliche Verbesserung zu erreichen.

Massnahme:

Durch die Schaffung einer speziellen Pflegeversicherung werden die bestehenden Hilflosenentschädigungen und ein grosser Teil der Ergänzungs- und Zusatzleistungen ersetzt.

3. Grundsätzliche Änderung des Systems der sozialen Sicherheit.

Ausgangsposition:

Das bestehende System ist ineffizient, aufgrund seiner Komplexität nicht steuerbar und daher langfristig nicht mehr finanzierbar. Änderungen daran sind nur Flickschusterei, die Lösung eines Problems wird immer mit der Schaffung neuer Schwierigkeiten erkaufte. Dabei wären insgesamt genügend Mittel vorhanden, sie müssten lediglich besser eingesetzt werden.

Massnahme:

Deshalb wird eine grundsätzliche Reform der Sozialen Sicherheit durchgeführt. Die gegenwärtigen Sozialversicherungen werden durch ein einheitliches Gesamtsystem abgelöst.

Die 3 Entwicklungsszenarien sind im Anhang ausführlicher dargestellt.

Empfehlungen

Auf der Basis dieser zusammenfassenden Ueberlegungen lassen sich abschliessend einige Empfehlungen formulieren:

- 1.) Langzeit-Pflegebedürftigkeit ist als normales Lebensrisiko anzuerkennen. Da ihre Kosten für die meisten Individuen unerschwinglich sind, muss ihrer kollektiven Finanzierung hohe Priorität eingeräumt werden. Dies rechtfertigt eine Sicherung durch den Staat: Die öffentliche Hand soll die Leistungen für pflegebedürftige Menschen finanzieren, die dazu selber nicht in der Lage sind.
- 2.) In der Schweiz beteiligen sich alle staatlichen Ebenen in jeweils vielfacher Weise an der Finanzierung des Pflegerisikos. Das Resultat ist ein zwar intransparentes System, das insgesamt aber die Kosten der Pflegebedürftigkeit unter Beteiligung der Betroffenen relativ gut deckt. Dank der gesellschaftlichen Akzeptanz des Risikos ist anzunehmen, dass dies auch in Zukunft der Fall sein wird. Aenderungen am System können sich deshalb auf die Optimierung des Einsatzes der vorhandenen Mittel konzentrieren.
- 3.) Dies geschieht am besten durch eine schrittweise Verbesserung der bestehenden Versicherungen. Empfohlen wird also die Wahl von Szenario 1: Systemimmanente Verbesserung des Status quo.
- 4.) Allerdings wird dazu ein gemeinsames Entwicklungskonzept benötigt. D.h. dass sich die bereits in Durchführung befindlichen oder geplanten Gesetzesrevisionen im Bereich der Sozialversicherung über rein finanzielle Fragen hinaus auf gemeinsame Ziele orientieren sollten.
- 5.) Ein solches Ziel ist die gleichwertige Definition und Behandlung gleicher Bedürfnisse unabhängig von ihrer Ursache (Finalisierung). Im Bereich der Pflegebedürftigkeit bietet sich

dazu als erster konkreter Schritt die Vereinheitlichung der Hilflosenentschädigung an. Danach wäre sukzessive auf die Ueberwindung der anerkanntermassen störenden Unterschiede in der Behandlung von Behinderungen aufgrund der Behinderungsursachen hinzuwirken. Schliesslich wäre dafür zu sorgen, dass Pflegebedürftigkeit nurmehr Gegenstand einer einzigen Sozialversicherung ist.

- 6.) Den Ergänzungsleistungen kommt für pflegebedürftige Menschen eine grosse Bedeutung zu. Sie sind als modernes Instrument der bedarfsgerechten Subjektfinanzierung aus ihrem Status der Uebergangslösung in denjenigen einer dauernden Einrichtung überzuführen.
- 7.) Pflegebedürftige Menschen sind unabhängig von ihrem Alter auf Solidarität angewiesen. Deshalb ist die Solidarität von finanziell Leistungsfähigen und Leistungsschwachen zu stärken. Dabei ist durch gezielte Massnahmen darauf zu achten, dass die Solidarität zwischen jung und alt nicht überstrapaziert wird. Solche ausgleichenden Massnahmen könnten sein: die Entlastung von Familien bei Kopfprämien-Systemen (z.B. KVG), Finanzierung eines Teils der Pflege durch ein Intragenerationen-Modell (z.B. Abzweigung von 5% der BVG-Alterspensionen für die Versicherung des Pflegerisikos), Schaffung einer Bundes-Erbschaftssteuer zur Finanzierung von Leistungen für alte Menschen (AHV, Pflege...).
- 8.) Die Leistungen zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Autonomie sind noch stark verbesserungsfähig. Dies ist nicht nur eine Forderung zugunsten der Betroffenen, sie liegt ebenso im Interesse der Finanzträger. Die ambulanten und stationären Angebote tragen dieser Forderung zur Zeit noch zu wenig Rechnung. Präventive und rehabilitative Konzepte und Massnahmen müssen gefördert werden. Zu diesem Zweck gilt es, das Potential an qualifizierten Fachkräften zu erhöhen. Dazu gehört das gesamte Spektrum der Qualifikationen: Es ist unverständlich, weshalb in der Schweiz in Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Rehabilitation, Altersforschung, Sozialpolitik keine universitären Infrastrukturen für Forschung und Lehre bestehen, die der Bedeutung dieser Problemfelder auch nur annähernd gerecht werden könnten. Analoges ist zu sagen in bezug auf die Spezialarztqualifikationen für Altersmedizin und Rehabilitation, sowie auf den paramedizinischen Bereich, in dem insbesondere in Ergo- und Logopädie Ausbildungsstätten fehlen.
- 9.) In bezug auf Forschung und Ausbildung ist eine konzertierte Aktion von Bund und Kantonen erforderlich: Da weder die betroffenen Fakultäten noch die Fachgesellschaften von sich aus aktiv werden, um die benötigten (interdisziplinären) Strukturen zu schaffen, müssen sie von aussen eingeführt werden. Der Bund könnte die Initialzündung geben, z.B. durch Stiftung

von je einem Institut für Altersforschung, für Geriatrie, für Sozialpolitik, die als Centres d'excellence mit Betriebsmitteln ausgestattet würden. Die Universitäten könnten sich darum bewerben. Die Resultate kommen der ganzen Schweiz zugute, also rechtfertigt sich eine Finanzierung durch den Bund. Die Kantone ihrerseits sollten sich zusammentun, um Ausbildungsstätten für die paramedizinischen Berufe zu schaffen, in denen noch ein Mangel an qualifizierten Fachkräften besteht. Die Aerztegesellschaft schliesslich ist aufgefordert, Spezialarztstitel für Altersmedizin und Rehabilitation (existiert bisher nur im Zusammenhang mit der Orthopädie) mit den entsprechenden Fortbildungsgängen zu schaffen.

Ohne Anfangsinvestitionen sind diese Forderungen nicht einzulösen; sie werden sich aber schon bald bezahlt machen, bzw. es wird mittelfristig viel teurer, wenn sie nicht eingelöst werden.

- 10.) Nur wenn diese Voraussetzungen geschaffen werden, wird man in Zukunft bei der Beantwortung von komplexen Fragen, wie den in dieser Arbeit zur Pflegebedürftigkeit gestellten, nicht immer am mangelnden systematischen Wissen (dazu gehört auch die unbefriedigende Datenlage) anstossen.

Kapitel 7: Experteninterviews

1. Ausgangsüberlegung

Das in dieser Studie bearbeitete Problemfeld ist zum einen ausserordentlich komplex, zum andern noch sehr mangelhaft mit "harten" Daten abgesteckt. Objektiv einzig richtige Lösungen sind nicht zu erwarten. Abgesehen von der Unsicherheit aufgrund der Datenlage, hängen die Beurteilung der aktuellen Situation und die Vorschläge, welche Wege für die Zukunft zu gehen sind, u.a. von der sozialpolitischen Position der Bearbeiter ab. Dieses Dilemma ist zwar nie ganz aufzuheben, aber es kann relativiert werden, indem Experten mit verschiedenen Erfahrungshintergründen und Auffassungen zur Bestätigung, Ergänzung und Korrektur der wichtigsten Aussagen beigezogen werden.

2. Interviewpartner

Bei der Auswahl der Interviewpartner ging es nicht in erster Linie um Repräsentativität; sie erfolgte nach folgenden Kriterien: Gesucht waren Stellungnahmen aus verschiedenen Theorie-Sichten sowie aus der Praxis unter Berücksichtigung der verschiedenen staatlichen Ebenen, die sich mit Pflegebedürftigkeit befassen. Zudem sollten die Landesteile, deren sozialpolitische Grundphilosophie sich mindestens partiell unterscheidet, zu Wort kommen. Die Persönlichkeiten, mit denen Interviews vereinbart werden konnten, entsprechen diesen Kriterien gut: 4 Hochschulprofessoren und Vertreter von SDK, kantonalen und kommunalen Verwaltungsstellen, von Ausgleichskassen, einer regionalen Dienstleistungsorganisation sowie der Klient/inneninteressen; fünf Deutschschweizer, vier Romands und ein Tessiner.

Auf Interviews mit Exponenten von Forderungen nach einem grundsätzlichen Umbau des Sozialversicherungssystems wurde verzichtet, weil der Bundesrat in der gegenwärtigen Periode diesen Weg ausgeschlossen hat. (Die wichtigsten Vorschläge in dieser Richtung werden im Übrigen in der Arbeit besprochen.)

Interviews wurden schliesslich mit folgenden 10 Persönlichkeiten durchgeführt:

Pierre Gilliand	Professeur IDHEAP, Lausanne
Olivier Guillod	Professeur Université de Neuchâtel, Directeur del l' Institut de droit de la santé
Herrmann-Michel Hagmann	Professeur Université de Genève, Directeur Centre médico-social régional de Sierre, Président du groupe d'experts NFP 32 "Vieillesse"
Walter Ilg	Redaktor Der schweizerische Beobachter
Carlo Marazza	Direktor der kantonalen Ausgleichskasse Tessin
Ernst Reimann	Chef, Amt für Zusatzleistungen zur AHV/IV der Stadt Zürich
Michel Surbeck	Chef de service, Département de la prévoyance sociale et des assurances, Service des assurances sociales et de l'hospitalisation du Canton de Vaud
Rudolf Tuor	Direktor der kantonalen Ausgleichskasse Luzern
Antonin Wagner	Rektor der Schule für Soziale Arbeit, Zürich, Präsident der Expertenkommission NFP 29, Wandel der Lebensformen und soziale Sicherheit
Franz Wyss	Zentralsekretär der Sanitätsdirektorenkonferenz, Bern

Die Interviews wurden in den Monaten Februar bis April 1997 durch Anne Berthou (ISE) und Günther Latzel (BRAINS) durchgeführt. Sie waren in drei Teile gegliedert: Der erste Teil konzentrierte sich auf Stellungnahmen zu Hauptaussagen der Studie (vgl. unten: Ergebnisse), im zweiten Teil wurden die 3 Entwicklungsszenarien diskutiert, und im 3. Teil hatten die Interviewpartner Gelegenheit, eigene Modelle einzubringen.

Die Szenarien und die Hauptaussagen waren den Interviewpartnern vorgängig zugestellt worden.

3. Ergebnisse

1. Teil: Stellungnahme zu den Hauptaussagen der Studie

Pflegebedürftigkeit ist ein anerkanntes Lebensrisiko, dessen Abdeckung kollektive Lösungen erfordert.

Alle Experten stimmen dieser Aussage zu. Pflegebedürftigkeit kann nicht individuell abgedeckt werden, weil dies für die einzelnen Betroffenen nicht finanzierbar wäre. Es braucht deshalb ein Obligatorium und eine kollektive Finanzierung des Pflegerisikos, umso mehr als anzunehmen ist, dass die Zahl der Betroffenen aufgrund der demographischen Alterung in den nächsten Jahrzehnten steigen wird.

Ein Experte (Guillod) gibt immerhin zu bedenken, dass Pflegebedürftigkeit mindestens zum Teil mit geeigneter Prävention verhindert werden kann. Die Kollektivität sollte sich deshalb nicht auf die Absicherung des Risikos im Eintretensfall beschränken, sondern versuchen, dieses zu vermindern, indem auf das Risiko-Verhalten eingewirkt wird. Idealerweise sollte die Finanzierung mit der Prävention verknüpft werden, z.B. durch eine für Prävention und Pflege zweckgebundene Besteuerung des Konsums gewisser gesundheitsschädigender Produkte. Auf diese Weise würde betont, dass die individuelle Verantwortung Ausgangspunkt und Ergänzung der kollektiven, sozialen Verantwortung ist.

Pflegebedürftigkeit kann als sozialpolitisches Problem separat behandelt werden.

Die Mehrheit der Experten stimmt dieser Aussage zu, lehnt aber ihre Umsetzung ab, da die Ausgrenzung der Pflegebedürftigkeit als Sonderrisiko in einer zusätzlichen Versicherung das ohnehin schon stark diversifizierte System weiter verzetteln würde.

Gewisse Vorteile einer separaten Pflegeversicherung werden darin gesehen, dass sie Pflegebedürftigkeit nicht nur als ein Problem des hohen Alters auffasst, sondern als eines, das auch jüngere Menschen, z.B. als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit betreffen kann. In diesem Sinn könnte eine Pflegeversicherung als ein Schritt in Richtung auf die Finalisierung der Sozialversicherungen gesehen werden.

Dieselben Vorteile könnten jedoch auch durch eine Harmonisierung der bestehenden Gesetze erreicht werden, insbesondere um die stossenden Unterschiede in den Leistungen abzubauen (Marazza).

Die Ausgangslage für die Schaffung einer Pflegeversicherung war in Deutschland anders als in der Schweiz: Weil die soziale Absicherung im Alter weniger gut ist als bei uns, wurde der grösste Teil der Pflegebedürftigen zu Sozialhilfeempfänger/innen. Dieses "Zulieferungssystem" könnte mit der Schaffung der Pflegeversicherung gestoppt werden (Wagner).

Gilliand tritt für die Trennung der Finanzierung der Pflegekosten und der Hospitalisationskosten ein (vgl. hinten). Falls dieses Modell sich nicht durchsetzen lässt, wäre die separate Behandlung der Pflegebedürftigkeit eine mögliche Lösung, sofern sie durch eine - ebenfalls von ihm vorgeschlagene - generelle Sozialabgabe finanziert werden könnte (contribution sociale généralisée).

Zurzeit nehmen in der Schweiz rund 150'000 Personen Leistungen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit in Anspruch.

Mehrere Experten konnte mangels Daten nicht zu dieser Frage Stellung nehmen.

Zwei Äusserungen aus der Suisse Romande widersprechen sich in diesem Punkt: Surbeck schätzt die Zahl als eher zu hoch ein, da die Definition sehr breit gewählt sei und auch vorübergehende Pflegebedürftigkeit sowie Mehrfachzählungen umfassen könne. Demgegenüber vertritt Hagmann die Auffassung, dass gerade die leichte oder teilweise Pflegebedürftigkeit zuwenig in Rechnung gestellt worden sei, weshalb die Zahl eher zu tief liege.

Anhand der internen Statistik der Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen erscheint die Zahl auch für Reimann eher an der unteren Grenze: Von den insgesamt rund 4'500 betagten Zusatzleistungsempfänger/innen in der Stadt Zürich sind etwa 900 Personen pflegebedürftig, also rund 20% der über 62-/65jährigen. Hochgerechnet auf die ganze Schweiz ergäbe dies 200'000 Pflegebedürftige allein unter den Betagten. Mindestens ein Teil der Differenz ist durch die städtischen Verhältnisse und Lebensweisen, ein unterschiedliches Nachfrageverhalten, sowie damit verbunden ein dichteres Netz von Angeboten zu erklären.

Der Anteil pflegebedürftiger Personen, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, ist gering.

Die Experten sind sich darüber einig, dass die allermeisten Pflegebedürftigen Leistungen der Sozialversicherungen in Anspruch nehmen. Dafür sorgen die sie betreuenden stationären und ambulanten Dienste.

Bedeutend weniger sicher ist, nach Ansicht von Ilg und Hagmann, dass die Betroffenen die Leistungen erhalten, zu denen sie berechtigt wären. Die Kompliziertheit des Systems und mangelnde

Information führen immer wieder dazu, dass die Betroffenen nicht die Leistungen erhalten, die ihnen von Rechts wegen zustehen.

Das Angebot an Leistungen bei Pflegebedürftigkeit reicht quantitativ aus.

Soweit eine Aussage dazu gemacht werden kann, sind die Experten der Ansicht, dass das Leistungsangebot quantitativ ausreicht, allerdings mit starken regionalen Schwankungen. Insgesamt wird eher ein Angebotsüberhang im stationären Bereich gegenüber einem kantonsweise eher knappen ambulanten Angebot angenommen. Zwar wird anerkannt, dass das ambulante Angebot in den letzten Jahren stark ausgebaut wurde, aber es wird auch festgestellt, dass dieser Ausbau meist ohne Verbindung zum stationären Bereich erfolgt sei, weshalb er (mit Ausnahmen) nicht zu einem Abbau von Heimplätzen geführt habe.

Über die Qualität des Angebots lassen sich - abgesehen vom generellen Qualifikationsmangel in der Rehabilitation - keine verlässlichen Aussagen machen.

Dieser Aussage wird weitgehend zugestimmt. Tuor und Reimann betonen, dass das Angebot angesichts seiner hohen Kosten eigentlich sehr gut sein müsste.

Im ambulanten Bereich sieht Ilg - entgegen Surbeck, der in der Deutschschweiz einen Rückstand in der Professionalisierung konstatiert - aufgrund der beim Schweizerischen Beobachter eintreffenden Klagen - weniger ein Qualifikationsdefizit als einen Mangel im menschlichen Umgang mit den Klient/innen. Ein solcher könne auch in gewissen Heimen festgestellt werden, abhängig vor allem von der Einstellung der Heimleitung.

Die Zahl der pflegebedürftigen Personen wird voraussichtlich steigen und damit auch die Nachfrage nach Leistungen bzw. der Mittelbedarf. Das Ausmass der Nachfragesteigerung hängt jedoch von so vielen Faktoren ab, dass sich die Entwicklung auf längere Frist nicht schätzen lässt.

Mit Ausnahme der grossen Städte, in denen die Alterung ihren Höhepunkt erreicht oder bereits überschritten hat, wird generell eine Zunahme der Zahl der pflegebedürftigen Personen erwartet.

Hagmann nennt als wichtigen Faktor dieser Entwicklung die Erhöhung der durchschnittlichen Lebensdauer, die unterschätzt werde. Die demographische Entwicklung selber sei nicht steuerbar, hingegen - in gewissem Mass - ihre Folgen: Durch geeignete präventive und rehabilitative Massnahmen könne der Anteil der teilweise pflege- und betreuungsbedürftigen Personen vermindert werden, die später in ihrem Leben schwer pflegebedürftig werden.

Auch Ilg betont, dass das Umfeld, in dem pflegebedürftige Menschen leben, einen entscheidenden Einfluss auf den Pflegeaufwand und damit auch auf die Kosten ausübt. Wenn es gelingt, die an sich unbestrittenen Erkenntnisse der aktivierenden Pflege und Betreuung viel breiter als dies heute der Fall ist, in der Praxis der stationären und der ambulanten Dienste umzusetzen, so muss die zu erwartende quantitative Zunahme der Pflegebedürftigen nicht automatisch zu einer dazu proportionalen Kostensteigerung oder gar -explosion führen.

2. Teil: Stellungnahme zu den Szenarien

Szenario 1: Systematische Verbesserung des Status quo

Für eine klare Mehrheit der Experten ist dieses Szenario das einzig realistische. Soweit sie über diese von der aktuellen politischen Situation geprägte Aussage hinaus eine tiefer greifende oder gar grundsätzliche Reform des Sozialversicherungssystems befürworten, so stimmen sie darüber ein, dass eine solche nicht aus dem Bedürfnis nach Sicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zu begründen wäre.

Als Mangel wird allgemein die fehlende Transparenz des Status quo kritisiert. Diese soll durch Rationalisierung und Harmonisierung der einzelnen Versicherungszweige verbessert werden. Dabei soll nicht versucht werden, alles zu vereinfachen, was gesellschaftlich komplex ist - real ist u.a. die Interdependenz der verschiedenen Risiken, was zwangsläufig zu Überschneidungen der Versicherungen führt, solange diese nicht final ausgerichtet sind.

Als positiver Aspekt des historisch gewachsenen Systems wird das "Gleichgewicht" gewertet, das durch den Einbezug der verschiedenen privaten und öffentlichen Ebenen wie durch den Einsatz unterschiedlicher Finanzierungsinstrumente entstanden ist. So hat sich das System mindestens bisher als sehr stabil erwiesen und erbringt Leistungen, die weltweit zu den besten gehören.

Im folgenden konzentriert sich diese Zusammenfassung auf die wichtigsten Verbesserungswünsche. Dabei werden einerseits eher grundsätzliche, andererseits punktuelle Vorschläge unterschieden.

Grundsätzliche Überlegungen

Dominanz der finanziellen über die inhaltlichen Fragen

In den letzten Jahren konzentrieren sich die Revisionsarbeiten an den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung (mit Ausnahme des KVG-Obligatoriums) auf die Finanzierung bzw. auf das Aushandeln der Anteile, die die einzelnen Finanzträger zu übernehmen haben. Grundsätzliche inhaltliche Überlegungen werden dagegen vermisst. Da die Finanzierungsfragen zudem für jeden Versicherungszweig separat bearbeitet werden, wird deren weitere Auseinanderentwicklung befürchtet. Als Indikator dafür nennt Marazza die 11. AHV- und die 4. IV-Revision, an denen sich zeige, dass selbst im harmonisierten AHV/IV-Bereich zentrifugale Tendenzen vorherrschen.

Zuordnung der Pflegebedürftigkeit

zu den Sozialversicherungen:

Beklagt wird von den Experten implizit und explizit, dass (auch beim BSV) eine Gesamtsicht fehle. Eine solche wird dringend gefordert und sei auch vom Status quo her schrittweise erreichbar. Am Beispiel der Pflegebedürftigkeit lassen sich zwei Entwicklungslinien zeigen, die analog auf andere Risiken übertragen werden können:

1. Gleiche Definition - gleiche Leistung: Pflegebedürftigkeit soll in allen Versicherungen gleich definiert sein und die gleichen Leistungen auslösen.
2. Eine Aufgabe - eine Versicherung: Bei gleicher Definition und Leistung könnten verschiedene Versicherungen für die Absicherung des Pflegerisikos zuständig bleiben. Aus administrativen, aber - wichtiger - auch aus Gründen der Kundenfreundlichkeit wäre für eine nächste Entwicklungsstufe eine Entflechtung der Zuständigkeiten anzustreben. Wenn Pflegebedürftigkeit immer gleich definiert würde und die gleichen Leistungen auslöste, wäre es nicht mehr sinnvoll, das Risiko über verschiedene Versicherungen abzudecken. Pflegebedürftigkeit könnte z.B. als besonderer Zustand der Gesundheit definiert werden, dessen Risikoabsicherung ins KVG gehört.

Demgegenüber befassen sich im aktuellen System allein auf Bundesebene IV, AHV, KVG, UV, MV und EL damit.

Aus systematischer Sicht ist zu fragen, ob die Hilflosenentschädigung nicht harmonisiert werden kann, indem sie für alle Sozialversicherungen über das ELG geregelt wird. Da die grossen Versicherungen AHV und IV und die EL zur Revision anstehen, könnte für sie inkl. KVG und HE eine gemeinsame Lösung gefunden werden. Dabei könnten AHV, IV, KVG zu einem Netz von Grundversicherungen verknüpft werden (champs d'application universel), während sich die Bedarfsversicherungen, also UV, ALV sowie auch das BVG um die EL als Zentrum der Bedarfsorientierung (champs d'application personnel) herum entwickeln sollten. Das wäre nach Marazza auch eine systematische Antwort auf die Motion Tschopp.

zu den verschiedenen staatlichen Ebenen:

Tuor und Marazza sehen die soziale Grundsicherung und jene im Krankheitsfall als Bundessache, weil sie in der ganzen Schweiz gleichwertig sein soll. Dies rechtfertigt auch den Finanzausgleich zwischen den Kantonen. Die Sicherungssysteme, die den besonderen Bedarf decken sollen, also EL und Sozialhilfe, können demgegenüber dezentralisiert Sache der Kantone und Gemeinden sein.

Wagner vertritt eine ähnliche Position aus kommunitaristischer Sicht, nach der die verschiedenen Ebenen des Gemeinwesens funktionsgerecht zum Zug kommen sollen: Die Grundsätze und übergeordneten Standards sollen zentral, d.h. auf Bundesebene festgelegt werden. Dazu gehören die Sicherung des Pflegerisikos und die Pflegestandards. Den Kantonen wird die Umsetzung und Kontrolle dieser Standards übertragen; sie sichern auch die Gleichwertigkeit auf ihrem Gebiet, z.B. durch einen Finanzausgleich. Die Gemeinden übernehmen die Sicherung im Fall von Armut, sowie die Wohnkosten, da beides lokale Angelegenheiten sind. Auf diese Weise können territoriale und funktionale Solidarität zur Deckung gebracht werden.

Hagmann verlangt, dass auf Bundesebene für die Gleichwertigkeit der ambulanten Pflege gesorgt werde, da sich nur durch deren intensive Förderung die absehbaren zusätzlichen Kosten auffangen lassen. Er vertritt eine Beschränkung der Zuständigkeit und der Beiträge der Gemeinden auf ein Minimum, da die Gemeinden oft zu klein seien und ihnen die Kompetenzen fehlen, um die geforderte umfassende Sicht zu haben.

Zu einzelnen Aspekten

Umverteilungseffekte

zwischen Versicherten

Im Zusammenhang mit der Finanzierung wird angesichts ständig steigender Kopfprämien in der Krankenversicherung vor allem auf die Probleme von Familien hingewiesen. Um deren Situation zu verbessern, müsste nicht vom Kopfprämien-System abgewichen werden. Die Prämienverbilligungen könnte z.B. gezielt auf Familien ausgerichtet werden, wie das im Kanton Thurgau bereits geschieht. Auch eine Mittelstands-freundlichere Abstufung der Subventionen wird vorgeschlagen.

Im übrigen sind die Experten eher skeptisch in Bezug auf Änderungen am gegenwärtigen Umverteilungssystem. Sie beklagen zwar die Intransparenz, die klare Aussagen unmöglich macht. Aber es scheint doch auch eine gewisse Angst durch, Änderungsvorschläge (Intragationen-Modell, Erbschaftssteuer, progressive Krankenkassenprämien ab 65 u.a.) würden die z.Z. bestehenden Solidaritäten und Umverteilungsmechanismen gefährden.

zwischen verschiedenen Versicherungswerken und öffentlichen Kostenträgern

Das KVG hat die Gemeinden im Pflegebereich spürbar entlastet. Es führt zu einer Übertragung sowohl von vorher privaten Aufwendungen an die Krankenversicherung als auch von Aufwendungen, die bisher von Kantonen und Gemeinden übernommen worden waren.

Für Kantone/Gemeinden mit Zusatzleistungs-Systemen ist es interessant, Pflegekosten im Bedarfsfall über Zusatzleistungen zu finanzieren, weil der Bund bzw. die betreffenden Kantone einen Anteil davon übernehmen, der in der Regel höher ist als die entsprechenden Beiträge an die Sozialhilfe.

Kosten

Zwar wurde die Frage der Kosten nicht ausdrücklich gestellt, aber dennoch wurde in einzelnen Stellungnahmen darauf eingegangen. Generell wird angenommen, dass die Kosten weiter steigen werden. Einsparungsmöglichkeiten werden sowohl bei der Leistungserbringung wie auch bei der Kostenträgerschaft geortet:

Tuor vertritt die Ansicht, dass vor oder mindestens neben der Frage der Mittelbeschaffung auch jene der Kosten der Leistungen ernsthaft geprüft werden muss. Er sieht fast in jedem Bereich Einsparungsmöglichkeiten, deren Realisierung jedoch eine Kostentransparenz voraussetzt, die insbesondere im ambulanten Bereich noch nicht erreicht ist.

Dass Einsparungen auf der Seite der Kostenträger bzw. der Sozialversicherungen diskutiert werden müssen, ist unbestritten. Allerdings gehen die Ansichten noch deutlich auseinander, wie das Beispiel der Hilflosenentschädigung zeigt: Die Überlegung, ob es nicht gerechtfertigt wäre, die Hilflosenentschädigung erst ab einer gewissen Einkommensgrenze auszurichten (Marazza), wird ausdrücklich abgelehnt, z.B. vom Kanton Waadt, wo die Heimtarife der Schwere der Pflegebedürftigkeit nicht Rechnung tragen, sodass diese erst durch die Hilflosenentschädigung abgegolten wird.

Finanzierung

Unter der Annahme, dass die medizinischen und pflegerischen Kosten weiter steigen, ist es für alle Experten fraglich, ob sich das gegenwärtige Finanzierungssystem des KVG längerfristig durchhalten lässt. Entsprechend herrscht Einigkeit darüber, dass das Finanzierungssystem geändert werden muss:

- Die Kopfprämien wirken leicht regressiv, indem sie die Bezüger kleiner Einkommen davon abhalten, mehr zu konsumieren, da sie sonst Prämie, Franchise und Selbstbehalt nicht mehr bezahlen könnten, was bei reicheren Schichten nicht der Fall ist. Eine weitere Erhöhung der Kopfprämien riskiert daher, ein Zwei-Klassen-System zu schaffen.
- Auch die Lohnsummensteuer erreicht ihre obere Grenze, einerseits als Belastung der Arbeitskosten, andererseits aufgrund der im schweizerischen System ausgeprägten Solidarität bei den AHV-Beiträgen.

Gesucht ist demnach ein Gleichgewicht zwischen den Einkommens-/Vermögenssteuern und den Konsumsteuern. Darüber, wie dieses Gleichgewicht hergestellt werden soll, divergieren die Ansichten der Experten allerdings deutlich.

Für die einen eignen sich Konsumsteuern ausgezeichnet als Finanzquellen für die Sozialversicherungen. Die Mehrwertsteuer könnte zu einer eigentlichen Sozialstaatssteuer werden: die Konsumierenden zahlen (alle, aber da sie am meisten konsumieren, v.a. die gut verdienenden

Jungen). Andere suchen nach Alternativen, da nicht immer der "einfache" Weg über die Erhöhung der Mehrwertsteuer gegangen werden kann, und weil angesichts der Ansprüche aus allen Richtungen selbst die Mehrwertsteuer überfordert sein könnte.

Wagner setzt sich für eine diversifizierte Finanzierung nach Anspruchsart ein, die im aktuellen System angelegt ist und weiterentwickelt werden kann:

Als "Rechtsanspruch"

- Grundsicherung im Alter (und bei Invalidität) durch eine proportionale Lohnsteuer von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert
- Sicherung im Pflege- (Krankheits-)fall durch die Krankenversicherung mit Kopfprämie pro erwachsener Person
- Übernahme eines Teils der Finanzierung der Grundsicherung und der Krankenversicherung durch Einkommens- und Konsumsteuern (Mehrwertsteuerprozent) sowie
- Gesamtfinanzierung der Zusatzleistungen zur Existenzsicherung durch Bundes-, Kantons- und Gemeindesteuern.

Als Sozialhilfeanspruch

- Falls die Leistungen nicht genügen, die sich aufgrund der gesetzlichen Ansprüche auf Existenzsicherung und Grundversorgung im Krankheitsfall ergeben, sowie wenn die Eigenmittel nicht ausreichen, wird auf die Kantons- und Gemeindesteuer-finanzierte Sozialhilfe zurückgegriffen.

Surbeck und Gilliland präsentieren eigene Finanzierungsmodelle, die beide davon ausgehen, dass die Kosten des KVG langfristig nicht allein durch Kopfprämien aufgebracht werden können. Beide schlagen eine neue Aufteilung der Kosten vor:

Nach Surbeck sollte die Finanzierung folgendermassen gegliedert werden:

- | | |
|------------------------------------|--|
| - Pflege im engeren Sinn: | KVG (in einer späteren Phase allenfalls doch eine separate Pflegeversicherung) |
| - Hilfe bei Betreuungsabhängigkeit | Mischfinanzierung aus Intragenerationen-Beiträgen und Mehrwertsteuererträgen |
| - Hotel- und soziale Leistungen | Kostendeckung durch die Individuen selbst, bzw. wenn sie dazu nicht in der Lage sind, mit Hilfe der Ergänzungslei- |

stungen. Unter der Voraussetzung, dass durch geeignete Massnahmen das Leben zuhause finanziell attraktiv gemacht wird, würden die stationären Dienste durch ein solches System stark entlastet.

Gilliand schlägt vor:

- medizinisch/pflegerische Leistungen Kostendeckung durch Pro-Kopf-Beiträge, Verrechnung gleicher Tarife in den verschiedenen Versicherungen (KVG, UVG, MV)
- Spitalkosten (ohne med./pfl. K.) Finanzierung durch die Kantone
 - zum Teil nach dem aktuellen System,
 - zu einem andern Teil mit Hilfe eines "Allgemeinen Sozialbeitrags" (contribution sociale généralisée), der auf Einkommen und Vermögen erhoben würde.

Angebots- und Nachfragelenkung

Die Angebotslenkung erfolgt über die Finanzierung, nicht über den Bedarf. Da die Finanzierung in verschiedenen (kausalausgerichteten) Gesetzen geregelt ist, stehen für Pflegebedürftige je nach Ursache ihrer Pflegebedürftigkeit unterschiedliche Leistungen zur Verfügung (z.B. bei Geburtsbehinderung, Militär- oder Zivil-Unfall, Alter). Diese Unterschiede sollten - unabhängig vom schliesslich gewählten Finanzierungssystem - ausgeglichen werden.

Hagmann bezweifelt, dass die sich kumulierenden Risiken längerfristig finanziert werden können, ohne die weitgehende Übernahme der Pflegelast durch die Familien - unterstützt von ambulanten Diensten. Er schlägt deshalb eine umfassende Restrukturierung der Finanzierung durch eine Verlagerung des Angebots vom stationären auf den ambulanten Bereich vor. Seiner Ansicht nach sind genügend öffentliche Mittel vorhanden, aber sie sind falsch verteilt: Sie fliessen überwiegend in den kostenintensiven stationären Bereich (Heime), was zur Folge hat, dass die ambulante Pflege für die Betroffenen und ihre Familien oft teurer ist. Dabei könnte und sollte sie der Normalfall sein, und es würden erst noch Kosten in bedeutendem Ausmass gespart, wenn die Familien entsprechend unterstützt würden (z.B. Prämienfreiheit für Kinder, mittelstandsfreundliche Abstufungen der Subventionen usw.). Auch sollten vermehrt integrierte Lösungen von ambulanten und stationären

Angeboten erprobt werden, um eine optimale und kostengünstige Versorgung bei Pflegebedürftigkeit zu erreichen. Allerdings wären die ambulanten Dienste breiter anzulegen, als dies heute der Fall ist.

Dieser Ansicht schliesst sich Surbeck weitgehend an, der ebenfalls ein erhebliches Umlenkungspotential in der Förderung der ambulanten Dienste und in Anreizsystemen sieht, damit Familien ihre pflegebedürftigen Mitglieder zuhause behalten. Er ortet diesbezüglich einen Rückstand der Deutschschweiz gegenüber der Suisse Romande.

Leistungsniveau

In bestimmten Fällen reichen die Ergänzungsleistungen bei ambulanter Betreuung aufgrund nach wie vor ungenügender Anrechenbarkeit der Mietzinse nicht aus. Dies trifft insbesondere IV-/EL-Besitzer/innen mit Kindern, da bei der EL-Berechnung nur zwischen 1- und 2-Personenhaushalten unterschieden wird. Das Problem ist allerdings erkannt und soll behoben werden.

Einbezug internationaler Aspekte

Tuor betont, dass bei der Neukonzipierung von Ansprüchen und Leistungen neben den internen schweizerischen Aspekten immer mehr auch auf die externen, internationalen Regelungen bzw. Verpflichtungen zu achten ist. Insbesondere sind Versicherungsleistungen exportierbar, während die Leistungen der Sozialhilfe an den Wohnsitz in der Schweiz gebunden sind. Dies ist vor allem bei einem Umbau unseres Systems zu einem finalen System zu beachten, das die Schweiz teuer zu stehen kommen könnte, solange die umgebenden Länder noch kausal ausgerichtet sind.

Szenario 2: Entwicklung einer separaten Pflegeversicherung

Zu den einzelnen Modellen

Das Modell der deutschen Pflegeversicherung

Zwei Experten (Reimann, Wagner) bezeichnen eine Pflegeversicherung nach deutschem Modell als für die Schweiz unnötig. Andere sind der Ansicht, sie weise als weitere Spezialversicherung in die falsche Richtung. Eine dritte Gruppe sieht demgegenüber durchaus gewisse Vorteile in diesem Modell, das in der Schweiz allerdings anders, d.h. nicht über Lohnprozente, sondern über die contribution sociale généralisée (Gilliand) finanziert werden müsste.

Der grösste Vorteil der Pflegeversicherung liegt in der Finalisierung, da die Pflegeversicherung für jede Altersgruppe und unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit wirksam wird. Als strategische Option kommt eine Pflegeversicherung dann in Frage, wenn es sich zeigen sollte, dass das aktuelle System, insb. der Krankenversicherung durch die Übernahme des Pflegerisikos überfordert wird.

AHV Plus

AHV Plus wird von den Experten abgelehnt. Als Gründe dafür werden insbesondere die Stigmatisierung des sog. 4. Alters genannt, aber auch, dass AHV Plus die Probleme nur für die alten Pflegebedürftigen löst, während für die jungen weiterhin das aktuelle Regime gelten müsste.

Als Vorteil wird die Reduktion der Belastung der Pro-Kopf-Prämien genannt, und je nach der Wahl der Finanzierungsart wäre AHV Plus auch als Intragenerationen-Modell denkbar.

Partnerschaft zwischen öffentlichen und privaten Versicherungen

Grundsätzlich kann man sich eine solche Partnerschaft nach dem Modell des KVG und der privaten Zusatzversicherungen vorstellen. Allerdings herrscht aus verschiedenen Gründen Skepsis vor. So müsste man sich auf das Niveau des öffentlich versicherbaren Angebots einigen, was angesichts der beträchtlichen Unterschiede auf schweizerischer Ebene kaum gelingen dürfte. Das Hauptproblem wird darin gesehen, dass die Zusatzversicherungen nur für wohlhabende Personen erreichbar sind,

weshalb das an sich schon komplizierte System durch sie noch um einen Versicherungstyp vermehrt würde.

Intragenerationen-Modell

Dieses Modell wird unterschiedlich bewertet. Diejenigen Experten, die es als interessant beurteilen, sehen darin den Ausdruck eines gestiegenen Selbstbewusstseins der Betagten, "ihre Sache" selber in die Hand zu nehmen. Natürlich wird auch die Entlastung der jüngeren Generationen als Vorteil gesehen. Schliesslich erscheint das Modell als die noch realistischste Möglichkeit, neue Geldquellen zu erschliessen, z.B. mit einer zweckgebundenen Erbschaftssteuer, oder mit einem Abzug auf den Pensionskassenleistungen (keinesfalls auf den AHV/IV-Renten!).

Praktisch dieselben Gründe werden jedoch auch genannt, um dieses Modell abzulehnen: Es wäre wiederum ein Modell, das nur die Probleme einer bestimmten Gruppe von Pflegebedürftigen lösen würde, diejenigen der alten Menschen; somit richtet sich dieses Modell gegen die wichtige generelle Solidarität. Die Entlastung der jüngeren Generation könnte zudem auf anderen Wegen erreicht werden, z.B. durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer, da sog. junge Alte mit hohem Einkommen auch mehr konsumieren. Schliesslich, um die Kosten bei Pflegebedürftigkeit zu decken, sind keine zusätzlichen Mittel nötig - diese sind vorhanden, da die Kosten ja heute schon gedeckt werden.

Das Gutscheinsystem

Das Gutscheinsystem wird nur von Guillod befürwortet, und zwar weil es wirksamer und weniger Missbrauchs-gefährdet ist als die Auszahlung von Geld, weil es gezielt zugunsten derer eingesetzt werden kann, die die Mittel benötigen und schliesslich, weil es steuerfinanziert werden könnte. Die anderen Experten lehnen dieses System ab, weil es den Geruch der Rationierung hat.

Szenario 3: Grundsätzliche Reform des Sozialversicherungssystems

Abgesehen davon, dass die Experten eine grundsätzliche Reform unseres Sozialversicherungssystems in den nächsten zwanzig Jahren für unwahrscheinlich halten, äussern sie auch inhaltliche Vorbehalte: Die vorliegenden Modelle sind in ihren Augen zu simplizistisch und tragen der Komplexität der realen Verhältnisse zuwenig Rechnung. Dabei ist es immerhin möglich, einzelne Elemente solcher

Gesamtkonzeptionen zu übernehmen, wie das auch bereits geschehen ist: So kommen die Zusatzleistungen für zuhause wohnende Berechtigte in die Nähe einer negativen Einkommenssteuer.

Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Experten trotz ihrer unterschiedlichen Herkunft und Tätigkeits- bzw. Erfahrungsfelder in der Diagnose und auch in Bezug auf die grundsätzliche Lösungsrichtung - Verbesserung des Status quo und Harmonisierung der Versicherungsvielfalt - weitgehend übereinstimmende Ansichten vertreten. Dies zeigt sich zum einen in den Stellungnahmen zu den Hauptaussagen zum andern in der Beurteilung der ihnen vorgelegten Szenarien.

Was die Wege betrifft, die zur Lösung führen sollen, zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede. Mehrere Experten haben beklagt, dass gegenwärtig die Finanzierungsfragen so ausschliesslich im Zentrum der Revisionsbemühungen stehen, dass inhaltliche Fragen vernachlässigt werden, obwohl deren gute Regelung sich auch finanziell günstig auswirken würde. Diese Kritik wird verstärkt durch die Befürchtung, dass die Revisionen für jede Versicherung separat und ohne Gesamtsicht durchgeführt würden.

Die Befragten bedauerten die Kürze der Zeit, die sie für die Vorbereitung und die Interviews zur Verfügung stellen konnten, signalisierten aber gleichzeitig ihre Bereitschaft, in einer zu bestimmenden Form (Workshop, Delphi-Umfrage) weiter an den gestellten Fragen zu arbeiten.

Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit

Band II: Anhänge

- A. Kantonale Fallstudien: Basel-Stadt, Genève, Neuchâtel, St. Gallen, Vaud
 - B. Kantonale Regelungen von Pflegebedürftigkeit, Uebersicht
 - C. Drei Entwicklungsszenarien
 - D. Aufgabenteilung der Spitex-Kerndienste
 - E. Einwohner/innen der Schweiz über 65 nach Haushaltstyp (Volkszählung 1990)
 - F. Bezüger von Ergänzungsleistungen nach Pflegebedürftigkeit und Wohnsituation (BSV, 1996)
 - G. Synopsis of Alternative Long-Term Care Systems in the European Union (R. Eisen, Frankfurt)
-

Kantonale Fallstudien

Die Auswahl der Fallstudien erfolgte in der Absicht, interessante Modelle oder Elemente bzw. Ausprägungen davon darzustellen. Im Vordergrund stehen zwei Fragen: Wie wird die Versorgung organisiert? und Wie wird die Versorgung finanziert?

Der Kanton **Basel-Stadt** steuert die Versorgung mit Hilfe von Leistungsaufträgen an die Verbände der Leistungserbringer.

Im Kanton **Genève*** erfolgt entgegen der allgemeinen Tendenz ein Wechsel von der Subjekt- zur Objektfinanzierung.

Der Kanton **Neuchâtel*** steht für eine zentral geplante, objektfinanzierte Versorgung.

Im Kanton **St. Gallen** bewährt sich die Subjektfinanzierung der Heim-Betriebskosten und wird auch für den ambulanten Bereich ins Auge gefasst.

Die Fallstudie zum Kanton **Vaud*** konzentriert sich auf die Schaffung eines regionalen Versorgungsnetzes.

Die Fallstudien belegen vor allem die Vielzahl der Lösungsmöglichkeiten und den Mangel an Grundlagen, um diese bzw. neue Modelle wirklich fundiert zu bewerten.

* Die Fallstudien der Kantone Genève, Neuchâtel, Vaud wurden von Anne Berthou, ISE zusammengestellt.

Kanton Basel-Stadt

Gegenstand der Fallstudie

Der Kanton Basel-Stadt steuert die ambulante und stationäre Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch Verträge (Leistungsaufträge) mit den Verbänden der Leistungserbringer.

Ausserdem richten der Kanton und die beiden Landgemeinden Riehen und Bettingen seit 1980 "Beiträge an die Pflege zu Hause durch Angehörige und Nachbarn" aus.

Ambulante Dienste

Das Spitex-Gesetz vom 5.6.1991 (ein Heimgesetz o.ä. existiert nicht) und die darauf beruhende Spitexverordnung vom 1. Februar 1994 regeln die Bewilligung und die Aufsicht, während die Verhältnisse zwischen dem Kanton und dem Kantonalverband der Hauspflege und Gemeindepflege bzw. dem Verband der gemeinnützigen Basler Alters- und Pflegeheime durch Verträge bestimmt werden, die auf dem Subventionsgesetz vom 18. 10.1984 beruhen.

Die Verträge regeln einerseits die Beiträge des Kantons an die Hauspflege und Gemeindepflege bzw. an die Vertragsheime und andererseits die Organisation und die Leistungen der in den Verbänden zusammengeschlossenen Organisationen.

Für die ambulanten Dienste heisst dies (laut Vertrag vom 19. 10.1993):

- Hauspflege und Gemeindepflege sind quartierweise organisiert und werden von den jeweiligen Quartier-Spitexvereinen getragen. Diese sind in deren Kantonalverband zusammengeschlossen, der ihre Interessen gegenüber dem Kanton vertritt.
- Der Verband gewährleistet die bedarfsgerechte Versorgung.
- Der Kanton bewilligt das Budget und den Stellenplan.
- Der Kantonalverband verwaltet den Stellenplan und finanziert die Personalkosten.
- Die Aufgaben von Hauspflege und Gemeindepflege werden definiert.
- Besondere Aufgaben werden Fachinstitutionen anvertraut: psychiatrische Gemeindepflege, spitalexterne Onkologiepflege, jüdische Hauspflege.
- Die Aufgaben des Kantonalverbandes und seiner Geschäftsstelle werden fixiert.
- Die Quartierorganisation wird geregelt.

- Die einheitlichen Taxen werden zwischen dem Kanton und dem Verband einerseits und den Krankenkassen andererseits festgelegt.
- Der Kantonsbeitrag entspricht einem Globalbudget in Form der auf fünf Jahre plafonierten Deckung des Fehlbetrages, welcher aus den Aufwendungen abzüglich Tax- und diversen Einnahmen sowie den Bundesbeiträgen aus Art. 101bis AHVG entsteht.

Kommentar:

Seit 1997 sind die gemeinnützigen Anbieter von Spitex-Leistungen in der Stiftung für Hilfe und Pflege zu Hause zusammengefasst. Sie übernimmt die bisherigen Aufgaben des Verbandes und soll sich darüberhinaus noch stärker für die Verbesserung von Klient/innennutzen, Wirksamkeit, Koordination und Wirtschaftlichkeit einsetzen.

Stationäre Einrichtungen

Auch der Vertrag über die stationäre Versorgung vom 23.5.1995 ist als Leistungsauftrag abgefasst:

Ziel ist ein kostendeckender Betrieb.

Der Kanton leistet Objektbeiträge, wobei er sich aber auf Kapitalzinszuschüsse beschränkt, damit Heime, die aufgrund der Liegenschaftsrechnung stark verschuldet sind, trotzdem für die Bewohner/innen erschwingliche Tagestaxen berechnen können.

Der Kanton leistet Subjektbeiträge, indem er an Personen, deren finanzielle Leistungsfähigkeit nicht reicht, um die Heimtaxen zu bezahlen, Zusatzleistungen ausrichtet.

Als Steuerungsinstrumente setzt der Kanton ein:

- das BAK-System zur Ermittlung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit,
- Vorschriften über bestimmte Leistungen ("Jedes Heim ernannt eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie...."),
- die von einer gemeinsamen Kommission zu erlassenden Richtlinien zur Qualitätssicherung und -förderung bzw. zur Weiterbildung,
- die zentrale Zuteilung von Heimplätzen (Verpflichtung der Heime, freie Plätze unverzüglich dem Amt für Alterspflege zu melden, Neubelegung nach Rücksprache mit diesem Amt, Sank-

- tionierung von Eigenplazierungen durch Berechnung der Pflegestufe 0 bei Bezügem von Sozialbeiträgen, Festlegung der Belegung auf 98%),
- Festlegung der Budgetierung, der anrechenbaren Kosten und der Taxen,
- Aufsicht und Revision.

Kommentar:

Angesichts der Altersstruktur im Kanton Basel-Stadt stand insbesondere ein Ziel im Vordergrund: Die möglichst optimale Nutzung des knappen stationären Angebots. Die Lösung mit der zentralen Zuteilung der Heimplätze funktioniert durch ihre Koppelung an das Finanzierungssystem. Inwieweit sie auf nicht städtische Verhältnisse übertragbar wäre, ist ebenso unsicher, wie die Notwendigkeit, sie aufrechtzuerhalten, wenn sich das Verhältnis von Angebot und Nachfrage ausgleicht.

Beiträge an die Pflege zu Hause durch Angehörige und Nachbarn

Mit diesen Beiträgen erbringt der Kanton Basel-Stadt eine Pionierleistung in der Schweiz: Seit 1980, gesetzlich verankert aber erst im Spitexgesetz vom 5.6.91 und in der Spitexverordnung vom 1.2.94 (s.o.) werden Beiträge von Fr. 25.— pro Tag an die Kosten der Dauerpflege Betagter, Behinderter und Chronischkranker zu Hause durch Angehörige, Nachbarn oder selbst entschädigte Pflegepersonen ausgerichtet (Spitexverordnung, Art.6ff).

Aufgrund eines begründeten und von einem ärztlichen Attest begleiteten Antrags verfügt das Amt für Alterspflege (bzw. bei unter 16jährigen der Sozialpädagogische Dienst) eine Entschädigung für die Pflegeperson von Fr. 25.— pro Tag. Bedingung für die Beitragsberechtigung ist, dass der minimal erforderliche tägliche Pflegeaufwand mindestens 1 1/2 Stunden beträgt und eine Voraussetzung für die Erhaltung der Selbständigkeit bzw. die Verhinderung einer Heim- oder Spitaleinweisung der zu pflegenden Person ist. Die intensiven Hilfeleistungen müssen sich auf mehrere Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen.

Kommentar

Das System der Beiträge an die Pflege zu Hause wird zur Zeit evaluiert. Da vor allem Angehörige in den Genuss der Beiträge gelangen, bestehen Tendenzen, sie abzuschaffen. Es wird argumentiert, dass der Staat für Leistungen bezahle, die von den Angehörigen ohnehin und gratis erbracht würden.

Genève

Objet de l'étude de cas

Le canton de Genève fonctionne selon le principe du subventionnement à la personne. En fait cette prise en charge fait référence à la notion d'assistance sociale: toute personne qui ne peut pas subvenir à ses frais en institution peut faire une demande de prise en charge au service responsable de l'assistance sociale. Il ne s'agit pas d'un droit mais d'une aide remboursable.

De ce fait, c'est le revenu et non le degré de dépendance qui est l'élément déterminant pour l'attribution ou non de cette aide.

Réglementations

- Règlement relatif à la loi sur des prestations en faveur des personnes âgées, des veuves, des orphelins et des invalides du 14/9/71, J-9-8
- Loi sur l'assistance publique du 19/9/80
- Loi du 18 octobre 96 modifiant la loi sur l'assistance publique du 19/9/80

Mesure du besoin

Un système de points permet d'établir des niveaux de dépendance auxquels correspondent certaines exigences en matière de personnel et d'équipement médico-technique. Des coefficients sont donc affectés aux degrés de dépendance et permettent de fixer les prix en tenant compte de la lourdeur des cas.

Le centre d'information et de coordination pour personnes âgées (CICPA) fixe cependant pour chaque établissement un prix autorisé reconnu maximum, chaque année, afin d'éviter des tarifications inappropriées. Il permet ainsi un contrôle des sommes versées par l'assistance.

La notion de dépendance intervient donc de façon indirecte dans les montants versés par l'assistance dans la mesure où les factures concernant les personnes dépendantes sont en général plus hautes que celles d'une personne autonome. Si un recours à l'aide sociale est nécessaire, à revenu similaire, l'aide sera donc plus importante pour les premiers que pour les seconds.

Organisation générale

Toute personne placée en institution reconnue d'utilité publique pouvant démontrer que sa fortune personnelle n'excède pas 6 000 Fr peut prétendre à l'assistance sociale si elle ne peut pas payer la totalité de sa facture. Elle doit en faire la demande à l'office cantonal des personnes âgées (OCPA). Deux cas de figure apparaissent alors:

- un dossier existe sur la personne si elle bénéficie des prestations complémentaires : il s'agira alors de mettre à jour les informations sur la fortune estimée, les revenus et d'intégrer le prix de la pension.
- il n'y a pas de dossier : l'OCPA cherchera alors dans la mesure du possible à ce que la personne bénéficie en premier lieu des aides auxquelles elle a droit (prestations complémentaires fédérales et cantonales).

L'Etat de Genève demande aux enfants de participer aux frais de pension de leurs parents. Un minimum vital des enfants est alors calculé et l'OCPA demande 10% du montant qui dépasse ce minimum, et cela indépendamment du prix de la pension. De plus, après le décès, l'OCPA peut réclamer à la succession le remboursement de l'aide fournie jusqu'à concurrence de l'actif net recueilli.

Avec la nouvelle LAMal, les caisses-maladie remboursent un forfait de 69 Fr par jour pour les pensionnaires de type B et C (dépendants et très dépendants) contre 34 Fr négocié au cas par cas auparavant.

Les personnes relevant de l'assistance sociale perdent le contrôle de leurs revenus, c'est à dire que la part qu'elles peuvent payer est à disposition des établissements et que ces derniers perçoivent tous les revenus du pensionnaire. Ce sont eux qui font ensuite parvenir à l'OCPA le découvert net d'assistance.

En cas de placement en UAT¹, l'assistance n'intervient pas dans la mesure où la personne dispose par les prestations complémentaires d'une quotité souvent suffisante pour couvrir les frais. De plus les familles financent en général les frais que cela engendre.

Dans le cas où la personne vit dans un appartement protégé (cas D2), l'aide passe également par les prestations complémentaires dans la mesure où le calcul du revenu minimum vital intègre le montant du loyer. Ainsi, si ce dernier est trop élevé, et fait passer la personne en dessous du seuil de

¹ =Unité d'Accueil Temporaire

21'960 Fr par an pour une personne seule, les PC combleront l'écart, sans qu'il y ait eu recours à l'assistance sociale.

Description du cadre

Tâches/compétences du canton

Le canton prend entièrement en charge la gestion et le financement de l'assistance sociale. Le CICPA négocie les prix pour chaque établissement en fonction des charges d'exploitation.

Tâches/compétences des communes

Les communes n'offrent aucune aide financière. Cependant, certaines interviennent de manière indirecte en mettant à disposition des terrains pour la construction des établissements.

Description du cas

Public cible

Toute personne en âge AVS et AI placée en institution, dont la fortune est inférieure à 6000 Fr, et qui ne peut pas payer.

Éléments quantitatifs

- Le nombre de bénéficiaires de l'assistance sociale en institution s'élevait à 1 844 en juillet 96, soit 1 760 personnes en âge AVS et 84 bénéficiant de la rente AI.
- Trois quarts de la totalité des personnes hébergées reçoivent des prestations complémentaires, environ 55% des prestations d'assistance.
- Le budget 96 pour l'assistance à domicile, en institution et pour les frais médicaux des deux cas d'assistance précédents représente 60,5 millions de francs.
- La structure de financement du fonctionnement des institutions en 94 était la suivante :
 - Part du résident : 87%
 - Part du canton (assistance): 13%

Expériences / Evaluation

Ce type de financement permet de fournir une aide aux personnes qui en ont le plus besoin financièrement. Au niveau des bénéficiaires, l'expression « tomber en assistance » illustre très bien l'aspect

péjoratif de l'assistance. De même, la nécessité de prouver son insuffisance de revenu, tant pour les personnes concernées que pour leurs enfants est parfois mal vécue.

Forces

L'aide est fonction des problèmes financiers des gens et n'est pas plafonnée.

Tout le monde peut en bénéficier que l'on soit dépendant ou non.

Faiblesses

Le système implique un suivi assez important de la situation financière des gens.

Le recours à l'assistance sociale a un aspect très péjoratif pour la population.

En cas de décès d'une personne bénéficiant de l'assistance sociale, tous ses avoirs sont gelés et centralisés à la justice de paix en attendant la succession. Le problème est que le recouvrement des dettes envers les institutions peut donc être long.

Développement futur

Le fonctionnement selon un financement à la personne va disparaître en 1998 au profit d'un subventionnement à l'institution. Le projet de loi déposé en avril 1997 prévoit que le prix hôtelier soit à la charge des pensionnaires et que l'Etat prenne - sous certaines conditions - en charge la part médico-sociale, déduction faite du forfait LAMal. La réforme devrait se faire dans les limites du budget actuel - les 55 millions Fr. des prestations d'assistance étant transformés en subventions aux EMS.

A l'origine de cette modification, on trouve la volonté de supprimer la notion d'assistance. Vu que 75% des personnes dépendantes sont aidées par des prestations d'assistance, Genève a choisi un retour au subventionnement des institutions plutôt que d'avancer vers un système élargi de prestations complémentaires.

Neuchâtel

Objet de l'étude de cas

Actuellement, le canton de Neuchâtel finance plutôt les institutions que les personnes (enveloppes, couverture de déficit). C'est la raison pour laquelle nous développerons la description des structures mises en place et leur conséquences sur le financement de la dépendance.

La Loi de santé du 6 février 1995 définit dans les grandes lignes les modes de prise en charge des personnes dépendantes tant jeunes qu'âgées. Deux grands modes peuvent être distingués:

- à domicile avec l'aide de services d'aide et de soins à domicile et éventuellement l'utilisation de structures intermédiaires telles que : foyer de jour, unités d'accueil temporaires, appartements protégés, etc.
- en institution : home simple ou médicalisé selon le degré de dépendance pour les soins, en unité de psychogériatrie pour les personnes démentes.

Dans cette étude de cas, nous traiterons séparément les deux modes pour des raisons de simplification. Les deux systèmes de prise en charge ne sont toutefois pas exclusifs, certains bénéficiaires pouvant utiliser alternativement l'un ou l'autre.

Prise en charge à domicile

Si le mode de prise en charge par les services risque peu de se modifier dans les prochains mois, le système actuel de financement de la dépendance à domicile, qui a été mis en place en 1991, est partiellement remis en question par l'entrée en vigueur de la LAMal ainsi que par les négociations tarifaires en cours. Nous présenterons ici celui qui a prévalu jusqu'à fin 1996, parce que particulièrement intéressant.

Réglementation de la prise en charge de la dépendance

L'intention manifestée par le législateur est de lutter "contre l'hospitalo-centrisme des dernières décennies" par la mise sur pied d'un réseau de services d'aide et de soins à domicile intégrés, couvrant l'ensemble du canton. Ce réseau de services doit permettre aux personnes malades, âgées ou dépendantes de vivre le plus longtemps possible dans un environnement qui leur est familier. Il a également des responsabilités de maintien de la santé et de prévention des maladies.

Mesure du besoin

A travers un système totalement informatisé de relevé des temps réels de soins et d'aide (BARman), servant à la facturation des prestations, une estimation des besoins a été faite depuis 1991, servant de base à la détermination de l'enveloppe financière annuelle. Celle-ci se fonde cependant sur le relevé du temps consacré à fournir les prestations et non sur une évaluation des soins requis ou des besoins de la population.

Durant l'année 1996, un dossier client informatisé a été mis en place, relié au système de facturation. Celui-ci ne contient toutefois pas de module quantitatif permettant d'en extraire une évaluation uniforme des besoins.

Organisation générale

Toute personne ou famille ayant besoin de conseils, d'aide ou de soins peut s'adresser à un centre de santé. Si elle répond aux critères d'intervention des services en question, la prise en charge est assurée dans un délai dépendant de la disponibilité des services. Si elle a en outre un justificatif médical, les prestations conventionnelles (aide et soins) sont remboursées par sa caisse-maladie. Si elle a droit aux prestations complémentaires de l'AVS, les prestations d'aide sont prises en charge par les PC jusqu'à concurrence de la quotité disponible.

Les personnes ou familles sans justificatif médical (aide exclusivement) sont également prises en charge. Le tarif est alors fonction du revenu (la partie non couverte par la facturation constitue une partie du déficit des services). Pour l'aide familiale, certains clients peuvent toucher la rente d'impotent.

Jusqu'à fin 1996, une convention unique réglait le financement de l'ensemble des prises en charge. En étaient parties: le canton, l'association des services d'aide familiale, l'association des services de soins infirmiers à domicile, l'association suisse des infirmières (pour les indépendantes), la caisse cantonale de compensation, la fédération cantonale des caisses-maladie et l'association des médecins. Elle réglait la "prise en charge de l'aide et des soins à domicile par les caisses-maladie et les autres partenaires... (et)...détermin(ait) en outre la participation des caisses-maladie pour l'aide et les soins ambulatoires et à domicile..."

Cette convention a instauré une centrale d'encaissement fonctionnant également comme centrale de facturation, par laquelle transitent tous les flux financiers : factures des services, remboursement des caisses-maladie (tiers payant), des prestations complémentaires (tiers payant), subvention cantonale aux caisses-maladie, participation du client. Le client ne reçoit qu'une seule facture émanant de la

centrale, sur laquelle figure la quantité et le prix des prestations reçues, les montants versés par sa caisse-maladie, par l'Etat et les communes et le solde à payer constituant sa participation.

Une nouvelle convention est en discussion pour 1997. Elle ne concernera plus que les prestations couvertes par la LAMal. Dès lors, le financement des prestations d'aide au ménage ainsi que leur couverture par les prestations complémentaires s'effectueront parallèlement selon des conventions différentes, à l'étude actuellement.

Brève description du cadre

Tâches/compétences du canton

Le canton stimule et supervise l'ensemble de l'organisation du système. Il délivre les autorisations de pratiquer, reconnaît les services, en finance les déficits et de ce fait contrôle de très près budgets, comptes et fonctionnements par des directives précises. L'ensemble des statistiques transite par le service cantonal de la santé publique qui les travaille et les publie. En tant que partie à la convention et principal financeur, il participe à la négociation et à la détermination des tarifs à charge des caisses-maladie, ainsi qu'à toute décision ayant des conséquences financières (critères d'interventions, conditions de travail du personnel, etc.). Le Conseil d'Etat ratifie par arrêté toutes les conventions tarifaires.

Tâches/compétences des communes

Les communes, deuxième grand financeur, ont eu pour responsabilité de se regrouper volontairement en 7 "centres régionaux de santé", organisés sous forme de fondations de droit privé et offrant au moins des prestations d'aide familiale et de soins à domicile, donc de mettre à disposition les services nécessaires. Elles participent directement à la gestion de ces centres et devraient être activement représentées pour toutes les décisions au niveau cantonal au travers de la Fédération des fondations, créée en 1996.

Rôle des institutions privées

Tous les services d'aide et de soins à domicile sont des institutions privées (fondations, associations), reconnues d'utilité publique. La plupart des autres institutions privées telles que les ligues, Pro Senectute, Pro Infirmis sont membres fondateurs des centres de santé et participent activement à leur gestion. De ce fait, à travers des conventions bilatérales avec les centres, elles utilisent ce canal pour fournir leurs prestations de manière plus coordonnée, complétant ainsi les prestations fournies par les services d'aide et de soins.

Les sections neuchâtelaises de la Croix-Rouge ont un service privé d'auxiliaires de santé qui collabore de manière très étroite avec les fondations. Il est également conventionné et utilise les tarifs et la centrale de facturation. Quelques infirmières indépendantes interviennent ici et là, fournissant essentiellement des soins. Avec la nouvelle LAMal, le nombre de services de ce genre a tendance à augmenter.

Type de financement

Jusqu'à fin 1996 le financement était assuré de la manière suivante :

- Tarif horaire conventionnel (caisse-maladie) pour les soins de base, les soins infirmiers et l'aide familiale, sur présentation d'un justificatif médical (tiers payant). Tarifs différenciés pour les clients hors convention (horaire en fonction du revenu ou hors convention)
- Participation plafonnée du client au prix de l'heure d'aide et de soins
- Participation des autres assurances sociales (prestations complémentaires ou PC) (tiers payant)
- Subvention OFAS aux services privés (tous!)
- Subvention cantonale aux caisses-maladie pour la part supplémentaire à celle qui était obligatoirement prise en charge par les caisses dans le cadre LAMA (aide familiales et soins infirmiers) (supprimée en 1996 du fait de la LAMal)
- Subventions cantonale et communales pour la couverture des déficits : 50% canton - 50% communes

Les tarifs caisses-maladie sont négociés en commission paritaire, compte tenu d'une enveloppe annuelle maximale, après fixation des budgets des services et reconnaissance préalable par le canton des déficits prévus. Tous les partenaires et les caisses, en particulier, savent donc à quoi s'attendre. La participation du client avait été instaurée afin de rétablir une certaine équité par rapport à la prise en charge en institution et de modérer la demande. Jusqu'à fin 1996, il n'y a pas de limite pour la durée des interventions, autres que celles figurant dans les critères d'intervention des services. Pour les clients ne disposant pas de justificatif médical, l'intervention d'aide familiale est considérée comme « sociale » et est facturée selon un tarif variant en fonction du revenu du chef de ménage. Pour les clients recevant des prestations complémentaires un tarif unique est appliqué qu'il y ait certificat ou non.

Description

Description du contenu

Dans les éléments quantitatifs cités ci-dessous figurent les prestations d'aide et de soins à domicile fournies par les services reconnus, une fois les ressources du réseau primaire mobilisées (un service

ne va pas intervenir si un membre de la famille ou de l'entourage peu assumer cette fonction). Cela représente des prestations de soins infirmiers (y compris stomathérapie) et d'aide familiale et ménagère. Les clients peuvent obtenir en outre à travers les fondations d'autres prestations qui sont toutefois financées séparément : repas à domicile, conseil, évaluation et assistance sociale, organisation de solutions intérimaires, ergothérapie, accompagnement.

Public cible

Toute personne ou famille s'adressant aux services et remplissant les critères d'intervention (% de personnes âgées).

Pour le remboursement conventionnel : toute personne présentant un justificatif médical accepté par la caisse-maladie.

Eléments quantitatifs

	Soins	Aide	Prestations complémentaires
Prix cantonal moyen des interventions à charge des caisses-maladie et de la Caisse cantonale de compensation	Fr 38.10	Fr 15.-	Fr 23.-

Participation du client: fr. 3.- de l'heure - Maximum Fr 150.- par mois pour l'aide et les soins cumulés

Année 1994	Soins infirmiers	Aide familiale
Nombre de personnes traitées	2'650	3'365
Nombre d'interventions	71'549	69'613
Nombre d'heures facturées	34'535	165'734

En 1996, une enquête à montré que environ 36% des heures d'aide-familiale sont des heures de soins de base.

Charges/produits

Année 1994	Soins infirmiers	Aide familiale
Total des charges	4'334'938.00	8'623'949.00
Total des produits d'exploitation	3'083'017.00	6'804'331.00
Déficit à charge de l'Etat et des communes	1'251'921.00	1'819'618.00

ExpériencesAcceptabilité

Le système est relativement bien accepté de la plupart des partenaires car construit dans la collaboration et la concertation. Il est très centralisé et fortement piloté par le canton qui en a la maîtrise en tant que principal financeur. Les règles du jeu sont claires et permettaient de répondre aux besoins tout en tenant compte d'une enveloppe financière limitée (remise en cause par la LAMal).

Efficienc

Le système centralisé et informatisé de facturation a permis d'obtenir de bonnes statistiques de l'offre et donc une vision globale des moyens à disposition. Ces statistiques ont servi de base pour le dimensionnement et l'organisation de l'aide et des soins dans le canton. Pour les services comme pour l'Etat et les communes, elles sont des outils de gestion importants notamment au niveau de l'efficience.

Sur le plan de la couverture des besoins, l'organisation de l'aide et des soins couvre dorénavant de manière équivalente toutes les régions du canton et touche toutes les populations (jeunes - âgés). Le respect de l'enveloppe globale et la maîtrise des dépenses incitent les services à fixer des critères d'intervention assez stricts et parfois à limiter les durées ou les fréquences d'intervention.

Tendances

Si le mode de prise en charge par les services risque peu de se modifier dans les prochains mois, le système actuel de financement de la dépendance à domicile, qui a été mis en place en 1991, est remis en question par l'entrée en vigueur de la LAMal ainsi que par les négociations tarifaires en cours. La participation du client disparaît mais aussi la participation des caisses-maladie au financement de l'aide ménagère, mettant à mal un système global de prise en charge. La question qui n'est pas résolue est de savoir quel sera le tarif pour les clients ayant besoin de prestations ménagères mais recevant déjà des soins de base donnés par des aides familiales. Il est probable qu'un tarif largement subventionné soit proposé sinon une diminution de la demande pour des raisons purement économiques est à

craindre, la clientèle étant en majorité une clientèle ayant des moyens limités (rentiers AVS). Dès lors, la question sera de savoir si les besoins seront toujours couverts et si le maintien à domicile restera une véritable alternative à l'entrée en institution.

La multiplication des conventions (LAMal, aide ménagère, etc.) remet en cause d'une part le rôle de la centrale d'encaissement, d'autre part la vision globale et le contrôle ainsi obtenus. Cela aura également des conséquences sur tout le système informatique mis en place.

Le client risque de recevoir à nouveau plusieurs factures. Pour les personnes dépendantes, le système du tiers-payant permettrait de simplifier les formalités administratives et le contentieux. Il n'est pas certain que ce dernier soit maintenu pour toutes les prestations.

Enfin, le remboursement par les caisses-maladie sera plafonné à un certain nombre d'heures par période, renouvelable et extensible dans certains cas exceptionnels et préalablement définis. Cela pose la question du financement à long terme de soins à des handicapés jeunes et lourds maintenus dans la vie active grâce à l'intervention de tels services.

Evaluation

Forces

- Système centralisé et donc bien coordonné, prise en charge globale des clients
- Accès aisé pour le bénéficiaire
- Vision globale pour les gestionnaires
- Système d'information performant, connaissance assez précise des coûts
- Maîtrise des dépenses des collectivités publiques et des caisses-maladie
- Critères d'intervention
- Equité dans la prise en charge et le financement
- Recherche d'efficience

Faiblesses

- Système centralisé donc à tendance "fonctionnarisée": peu de souplesse et de créativité possibles au niveau des prestations
- Mise en place non terminée, beaucoup d'énergie perdue
- Coût administratif non-documenté

Développement probable

Le système va probablement s'organiser autour des nouveaux critères fixés par les caisses-maladie, critères qui ne sont plus forcément ceux des intervenants: limite de durée, non prise en charge de la dépendance qui n'est pas justifiée médicalement ou à long terme. En 1996, les assureurs ont déjà contesté les diagnostics « vieillissement » et « grossesse » comme diagnostics donnant droit à des prestations de soins de base à charge de la caisse. Exemple : une personne âgée aveugle de longue date dont la dépendance tient à la cécité mais qui n'a pas besoin de suivi médical régulier, ne pourrait pas avoir d'aide financière pour supporter les frais des soins de base dont elle a besoin. Si elle a un faible revenu cela sera pris en charge par les PC mais si elle a quelques moyens, l'intervention d'un service d'aide familiale va lui coûter une fortune.

Cela pose le problème d'une médicalisation de la dépendance, qui si elle n'est pas reconnue comme maladie n'est pas correctement assurée. Les charges sont reportées sur les collectivités locales qui ont suffisamment d'autres problèmes financiers pour laisser celui-ci transitoirement de côté et essayer prioritairement de maintenir les coûts de ces services au niveau le plus bas possible.

Prise en charge en institution

- Les institutions prenant en charge dans le canton de Neuchâtel des personnes dépendantes comprennent des homes simples (hébergement uniquement - soins de base éventuellement), des homes médicalisés (hébergement et soins), des institutions intermédiaires (appartements protégés, foyers de jours, unités d'accueil temporaire, etc.) ainsi que des unités de psychogériatrie et de psychiatrie chronique (AI).

Mesure du besoin (planification en cours)

La nouvelle LAMal va obliger le canton à élaborer une liste définitive des établissements médico-sociaux jusqu'à fin 1997 (pour garantie de couverture par l'assurance-maladie). Cela entraîne une réflexion sur la planification cantonale destinée à déterminer le besoin en lits nécessaires pour faire face aux besoins (de manière à ce qu'il n'y ait pas de surcapacités contestables par les assureurs), tout en intégrant tous les établissements existants dans le canton (subventionnés ou non) et en tenant compte des projets futurs, pour autant qu'ils soient connus.

Le travail est en cours sur base population active et population de plus de 65 ans, par la comparaison des taux de lits par 1000 habitants du canton avec des taux existant ailleurs. Problème: il n'y a pas de référence estimée suffisamment solide actuellement.

Organisation générale

Lorsqu'une personne ne peut plus rester à domicile, elle choisit un home dans lequel elle désire entrer (n'importe où dans le canton). Elle a deux possibilités: soit un home reconnu LESPA² (home reconnu d'utilité publique et subventionné, si nécessaire) soit un home « privé » (non subventionné).

S'il s'agit d'un home LESPA: la demande d'admission se fait au travers d'un certificat médical, établi par le médecin traitant ou celui de l'institution dans laquelle se trouve la personne, qui devra déterminer si l'admission doit se faire en secteur simple ou médicalisé. Ce certificat est préavisé par l'institution et par le médecin cantonal en dernière instance puis retourné à l'institution comme feu vert à l'admission, pour autant qu'il y ait un lit de disponible.

Lors de l'entrée effective, le certificat est transmis avec l'avis d'entrée au service cantonal de la santé publique ainsi qu'à l'assureur-maladie, ce qui ouvre le droit au forfait journalier caisse-maladie.

Parallèlement à ces démarches concernant le financement par l'assurance-maladie, les personnes incapables de financer leur séjour peuvent faire la demande de bénéficier du « prix de pension réduit » (PPR) (voir sous financement).

S'il s'agit d'une institution non LESPA (« privée »), et que la personne veut pouvoir bénéficier du prix de pension réduit, elle doit non seulement obtenir le certificat médical mais démontrer d'abord qu'elle n'a pas trouvé de place dans un home LESPA de la région concernée. Cette démarche, qui peut être faite par toute personne ou service reconnu responsable du cas, lui donnera droit à la même aide individuelle qu'une personne entrant dans un home subventionné.

Description du cadre

Tâches/compétences du canton

Il établit une planification des institutions et l'adapte en fonction des besoins de la population, en reconnaît certaines d'utilité publique qu'il finance pour autant que cela soit nécessaire (couverture des déficits). Il les surveille toutes sur le plan de la sécurité, de la salubrité et de la qualité des prestations. Il surveille de près la gestion des institutions subventionnées et impose de ce fait quelques règles de fonctionnement (dotation en personnel, etc.).

Il fait partie de la commission paritaire de la Convention neuchâteloise pour les homes médicalisés LESPA, avec la Fédération cantonale des assureurs-maladie et les homes médicalisés. Dans ce cadre, il participe activement à la négociation d'un forfait journalier et des règles d'application de la convention.

² Loi neuchâteloise sur les établissements spécialisés pour personnes âgées

Il participe à la fixation des prix de pension dans la mesure où ils influencent le financement du PPR. Le Conseil d'Etat ratifie les conventions conclues entre la fédération cantonale des assureurs et les autres associations de homes (privés).

Tâches/compétences des communes

Certaines sont membres des conseils de gestion d'institutions créées à leur initiative ou sur leur territoire. Toutes participent au financement de la moitié du déficit reconnu de l'ensemble des institutions subventionnées du canton au travers d'un système de péréquation intercommunal.

Rôle des institutions privées

Toutes les institutions neuchâteloises ont un statut privé (fondations, personnes physiques, sociétés simples, en nom collectif ou anonymes). Certaines cependant sont reconnues d'utilité publique et subventionnées. D'autres sont à but lucratif et constituent un marché parallèle mais réglementé.

Type de financement

Les prises en charge sont financées de manière multiple :

En institution médicalisée :

- Par un forfait journalier net versé par l'assureur-maladie du résidant pour les honoraires médicaux, physiothérapie, orthophonie, médicaments et soins fournis par le personnel de l'institution (ne comprend pas les prestations hospitalières ambulatoires facturées par l'hôpital directement à la caisse). Il s'agit d'un forfait net identique pour tous (fr. 68.- en 1996) selon le système du tiers payant. Le client n'a pas de facture.
- Par un prix de pension couvrant tous les autres coûts et déterminé en fonction du forfait des assureurs. Dans la mesure où ce dernier ne couvre pas l'intégralité des coûts liés à l'état de dépendance, le prix de pension ne peut pas être considéré que comme un prix hôtelier.
- Pour les résidants ne pouvant pas payer l'intégralité du prix de pension un PPR est calculé individuellement en fonction de ses revenus et de ses dépenses régulières. Sont pris en compte : les rentes AVS, les prestations complémentaires, les retraites professionnelles, le revenu de la fortune, la fortune convertie en revenu, les allocations pour impotents dans les établissements simples (elles sont reversées directement à l'établissement médicalisé mais entrent dans le calcul également). Déduction faite des dépenses prévisibles (loyer estimé, primes d'assurances etc. ainsi que fr. 3600.- de dépenses individuelles par année), le solde est divisé par 365 jours et représente ce que la personne peut effectivement payer. La différence entre ce solde et le prix de pension réel (un prix de pension moyen journalier unique déterminé par l'Etat dans les institutions privées) est pris en charge par l'Etat, sur le budget de la santé publique. Il ne s'agit pas d'une dette d'assistance, ni d'une dette remboursable, ni d'une dette à prendre en charge par

la famille. Ce montant est versé directement par l'Etat à l'institution et le résidant ne verse que le solde à sa charge.

En institution simple (hébergement)

- par un prix de pension ou PPR fixé selon le même principe qu'en institution médicalisée
- par une facturation à l'acte pour les soins de base et thérapeutiques selon la LAMal, sur ordre médical limité dans le temps, avec un plafonnement pour les soins de base.

Dans les institutions reconnues d'utilité publique où ces deux forfaits ne couvrent pas l'intégralité des coûts, le déficit est couvert pour moitié par le canton et moitié par les communes.

Structure du financement (1994³)

Part du résidant	61.7%
Part des caisses-maladie	15.1%
Part des pouvoirs publics	21.2%
Autres	2.0%

Description

Description du contenu

Cette description concerne toutes les personnes résidant en home médicalisé et en home simple subventionné ou non, en service de psycho-gériatrie, de psychiatrie AI (chronique), les handicapés lourds non AVS séjournant dans des foyers adaptés (Foyer-handicap) et les personnes utilisant des unités d'accueil temporaire. Seules ne sont pas traitées les situations de personnes résidant en appartements protégés ou pris en charge dans un foyer de jour.

Public cible

Personnes âgées dépendantes et handicapés au dessus de 18 ans (voir ci-dessus)

Eléments quantitatifs (1994 - institutions subventionnées LESP)

Prix coûtant moyen des établissements médicalisés . Fr 202.37

Prix moyen facturé au client : Fr 124.86 (en 1994 environ 60% des résidants bénéficiaient du PPR ; cette proportion a fortement diminué en 1996 du fait de la LAMal)

³ En 1996, la part des assureurs a fortement augmenté. Les calculs ne sont cependant pas encore faits.

Charges/produits (1994 - institutions subventionnées LESPA)

Total des charges	99'641'371.00
Total des produits d'exploitation	97'039'560.00
Déficit à charge de l'Etat et des communes	2'933'114.00
Part des produits payée par les pensionnaires	55'684'400.00
Part des produits payée par l'Etat (PPR)	14'474'300.00

ExpériencesAcceptabilité

Système bien accepté et souvent cité en exemple (PPR qui n'est pas une dette remboursable), même par les homes non subventionnés. Par contre, le système de la preuve préalable pour l'entrée en home privé est fortement contestée.

Les résidants peuvent choisir leur lieu de vie sans contrainte sur le plan financier.

Efficience

Grande efficience notamment sur le plan des flux financiers (tiers payant). Système simple et transparent pour tous les partenaires (assureurs, Etat, institutions, résidants, familles).

Tendances

Pas de modification prévue pour le moment. Cependant les assureurs se font tirer l'oreille pour signer les nouvelles conventions, les négociations sont très difficiles et il n'est pas encore possible de prévoir dans quel sens elles vont aller à plus long terme.

EvaluationForces

- Mode d'admission LESPA où le choix personnel prime
- Peu de tracasseries administratives pour le calcul du PPR
- Forfait assurance-maladie clair et transparent pour tous
- Système régulé et piloté par le service cantonal de la santé publique

- Système de financement mixte de la dépendance : part santé par l'assurance-maladie et la part sociale (PPR) par l'Etat à fonds perdus

Faiblesses

- Certificat médical d'entrée: ne relève pas correctement la lourdeur des cas, souvent sujet à caution car le médecin connaît mal la situation ou tient trop compte de la volonté du client. Il ne permet pas de répondre à la demande des assureurs qui veulent une estimation plus fine de la lourdeur afin d'adapter le forfait unique en un forfait à plusieurs niveaux (d'où la démarche en cours d'évaluation des résidents avec PLAISIR).
- C'est le médecin qui atteste l'état de dépendance

Développement probable

Un meilleur remboursement LAMal des frais médicaux et de soins conduirait à ce que le prix de pension ne couvre plus que les frais hôteliers. Celui-ci pourrait être diminué d'autant mais rester toujours pris en charge si nécessaire par le PPR (financement vraiment social de la dépendance au niveau cantonal).

Bibliographie

- ISP, Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin - Mesure de la charge de travail, Groupe de travail "Dotation en personnel" du GRSP, sous la direction de Anne Berthou, ISP, Lausanne, 1996
- Canton de Neuchâtel, Organisations extrahospitalières, comptes 1994
- Canton de Neuchâtel, LESPA, comptes 1994
- Guide des établissements pour personnes âgées du canton de Neuchâtel, 1996
- Législation (à disposition)

Kanton St. Gallen

Gegenstand der Fallstudie

Im Kanton St. Gallen sind die Gemeinden sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung pflegebedürftiger Menschen verantwortlich. Dennoch laufen beide Bereiche auf separaten Schienen. Gestützt auf die jeweiligen kantonalen Gesetze hat der Kanton Rahmenbedingungen gesetzt, um die Entwicklung zu beeinflussen. Es zeigen sich dennoch verschiedene Spannungsfelder, insbesondere zwischen kantonaler und kommunaler Zuständigkeit und zwischen unterschiedlichen Finanzierungssystemen.

Gesetzliche Regelungen

Die ambulanten Dienste sind im Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979 und im Nachtragsgesetz dazu vom 2. Juni 1991 geregelt:

Art. 19 bis: "Der Staat fördert die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege."

Art. 23: "Die politische Gemeinde arbeitet in der Hauspflege mit öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Anstalten sowie mit Privaten zusammen oder überlässt ihnen die Durchführung..."

Die stationäre Versorgung ist Gegenstand des Fürsorgegesetzes vom 18.5.1964.

Art. 4: "Die öffentliche Fürsorge obliegt den politischen Gemeinden."

Art. 5 Abs. 2: "Der Fürsorgebehörde obliegen ... die Leitung des Betriebes der gemeindeeigenen Heime, die der öffentlichen Fürsorge dienen."

Art. 23 Abs. 4: "Das zuständige Departement überwacht durch regelmässige Inspektionen die Einhaltung der Vorschriften."

Art. 55: "Der Staat leistet Beiträge an die Erstellung, an grössere Umbauten, an den Erwerb oder an die Neueinrichtung von Alters-, Pflege- und Bürgerheimen, wenn a) für deren Inbetriebnahme und Weiterbestand ein öffentliches Bedürfnis besteht; ..."

Umsetzung

Die ambulanten Dienste liegen im Kanton im Aufgabenbereich des Gesundheitsdepartements; die Heime werden im Departement des Innern bearbeitet. Diese Aufgabenteilung spiegelt sich z.T. bis in die Gemeinden.

Ambulante Dienste

Im Bereich der ambulanten Dienste hat der Kanton am 20.12.1993 Richtlinien erlassen, deren Hauptziel es ist, die verschiedenen lokalen ambulanten Dienste in Spitex-Stützpunkten zu koordinieren. Diesen Richtlinien kommt jedoch nur empfehlender Charakter zu. Ohne Druck des BSV, das die Beiträge gemäss Art. 101 bis AHVG vom Zusammenschluss der ambulanten Dienste abhängig macht, hätten sie sich kaum durchsetzen können. Die Gemeinden stellen sich auf den Standpunkt, dass Forderungen des Kantons mit finanziellen Leistungen abgegolten werden müssen, was hier nicht der Fall ist.

Heime

Das Fürsorgegesetz überträgt dem Kanton die Aufsicht über die Heime und ermöglicht es ihm auch, verbindliche Baurichtlinien zu erlassen, da er den Bau subventioniert. Allerdings ist die Heimaufsicht mit 0,8 Stellen bei 129 Heimen kaum realistisch dotiert, und auch die Baurichtlinien greifen nur dann, wenn ein Neubau oder ein grösserer Umbau geplant werden.

Finanzierung

Ambulante Dienste

Das unter dem alten Krankenkassen-Regime in Erprobung stehende "St. Galler Modell für die Finanzierung von Dienstleistungen der Spitex-Organisationen" teilte die Finanzierung auf vier Träger auf: Die direkten Kosten für die bei den Klient/innen erbrachte Arbeitszeit werden von den Diensten zu einem fixierten Stundentarif in Rechnung gestellt und von den Klient/innen bezahlt; die Krankenkassen vergüten 90% dieses Tarifs und erhalten ihrerseits vom Kanton eine Rückvergütung von 50%.

Die indirekten Kosten für Infrastruktur, Vorbereitungs- und Vermittlungsaufwendungen, Weiterbildung, Administration usw. werden mit dem Beitrag des Bundes (Art. 101bis AHVG), mit einem Anteil von 10% der Organisationen und mit einer Defizitdeckung der Gemeinden finanziert.

Da sowohl die direkten wie die indirekten Kosten stiegen (sie machen in der Gemeindekrankenpflege rund 60% aus), die Krankenkassen aber ihre Leistungen plafonierten, gingen die Zusatzkosten zulasten der Klient/innen, die Tarifierhöhungen in Kauf nehmen mussten, welche von den Gemeinden durch erhöhte Defizitgarantien abgedeckt wurden.

Mit dem KVG ändert sich die Situation grundlegend. Bis zur Neuregelung der Finanzierung wird der bisherige Vertrag mit den Krankenkassen weitergeführt.

Heime

Der Kanton leistet Objektbeiträge von maximal 20% an Neu- bzw. an umfangreiche Umbauten von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Heimen. Die Gemeinden richten ebenfalls Investitionsbeiträge aus und übernehmen die Restfinanzierung von gemeindeeigenen Heimen.

Der Kanton leistet Subjektbeiträge, indem er an Personen, deren finanzielle Leistungsfähigkeit nicht reicht, um die Heimtaxen zu bezahlen, ausserordentliche Ergänzungsleistungen ausrichtet.

Auswirkungen

Insgesamt verfügt der Kanton St. Gallen über ein gut ausgebautes Netz von ambulanten und stationären Angeboten. In beiden Bereichen zeigen sich jedoch trotz der kantonalen Anstrengungen, Rahmenbedingungen zu setzen, die eine gleichwertige Versorgung des Kantonsgebietes gewährleisten sollen, nach wie vor erhebliche Unterschiede von Gemeinde zu Gemeinde.

Heime

Dank der ausserordentlichen Ergänzungsleistungen sind pflegebedürftige IV- und AHV-Rentner/innen - von Ausnahmen abgesehen - nicht auf Sozialhilfe angewiesen, um ihre Kosten zu decken. Die Heime sollten ihren Betrieb selbsttragend führen können und verrechnen deshalb grundsätzlich kostendeckende Tarife. Einer ganzen Reihe von Heimen gelingt es sogar, Reserven zu äufnen. Neben diesen positiven Wirkungen des Systems sind auch einige noch ungelöste Probleme zu nennen:

Insbesondere zeigen sich bei den Tarifen grosse Unterschiede in der Art und der Struktur und - soweit überhaupt vergleichbar - auch in der Höhe. Unterschiede bestehen etwa in folgenden Punkten:

- In der Berücksichtigung des Pflegeaufwandes: Während die meisten von einem Grundtarif ausgehen und einen Pflegezuschlag verlangen, gibt es Heime, welche nur zwischen Alters- und Pflegeheimabteilung unterscheiden und für die Pflegeabteilung einen Pauschaltarif verrechnen.
- In der Art und Weise, wie Pflegezuschläge bestimmt werden: Es hat sich kein einheitliches System etabliert. Teilweise sind sogar Regelungen vorhanden, welche es der/dem Benutzer/in verunmöglichen, die Kosten bei hoher Pflegebedürftigkeit im voraus verbindlich abschätzen zu können. Z.B.: Bei besonders aufwendiger Pflege wird nach Bedarf ein weiterer (betraglich nicht begrenzter) Zuschlag erhoben. Oder einfach: Pflegezuschläge nach Aufwand.
- In der Behandlung der Hilflosenentschädigung: Während dies in den öffentlichen Heimen nicht mehr zulässig ist, wird in privaten Heimen nach wie vor meist die Hilflosenentschädigung zusätzlich in Rechnung gestellt.
- In den über einen allfälligen Pflegezuschlag hinaus verrechenbaren Zusatzkosten (z.B. für Diät, Pflegematerialien etc.)
- In der Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit: Einige Heime verrechnen Einkommens- und/oder Vermögenszuschläge.

Ausserdem: Die einzelnen Betriebe zeigen wenig Interesse an der Ausbildung des benötigten Personals, da mit der Subjektfinanzierung die Ausbildungskosten auf die Betriebsrechnung überwältzt werden müssen, was sich auf die Tagestaxen und damit auf die Marktsituation auswirkt. Wer heute ausbildet, wird eher bestraft als belohnt.

Kommentar

Die subjektorientierte Finanzierung der Betriebskosten der Heime entspricht den Anforderungen, die an ein modernes Finanzierungssystem im Langzeitbereich zu stellen sind. Andere Kantone, die Defizitbeiträge an Alters- und Pflegeheime gewähren, sehen sich vermehrt mit schwierigen Problemen der Steuerung und Kostenkontrollen konfrontiert. Das vom Kanton St. Gallen gewählte System der ausserordentlichen Ergänzungsleistungen hat Vorbildcharakter.

Gemäss Art. 4 des Ergänzungsleistungsgesetzes vom 22. Sept. 1991 kann der Regierungsrat die für die EL anrechenbaren Tagespauschalen festlegen. Er hat allerdings von dieser Regelung bisher keinen Gebrauch gemacht. Damit können die Heime im Rahmen der maximalen Ausgabengrenzen für EL-Bezüger/innen ihre Taxen nach oben unbeschränkt zur Verrechnung bringen. Dies wiederum führt möglicherweise dazu, dass auch unnötige oder ineffiziente Kostenstrukturen unterstützt werden bzw. private gewinnwirtschaftliche Heime auf Kosten der Sozialversicherung eine überdurchschnittliche Rentabilität erzielen.

Die bestehende Tarifsituation erschwert einen Vergleich der Preis-/Leistungsverhältnisse zwischen verschiedenen Heimen sehr. Wahlmöglichkeiten sind für die Benutzer/innen ein zentrales Qualitätselement des Angebotes. Wahlmöglichkeiten bedingen aber auch eine minimale Markttransparenz. Zudem müssen vor allem hilflose Benutzer/innen durch vertraglich faire Bedingungen davor geschützt werden, dass ihre Situation zu ihrem Nachteil ausgenützt wird.

Im Kanton St. Gallen leben z.Z. überdurchschnittlich viele alte Menschen in einem Heim. Die Gründe dafür sind nicht bekannt. Ein Grund (unter anderen) für die relativ hohe Heimquote kann beim Finanzierungssystem liegen, das darauf ausgerichtet ist, die hohen Heimkosten zu decken, während die Beiträge für die niedrigeren Kosten des selbständigen Wohnens und für ambulante Dienste bescheidener sind. Das Finanzierungssystem fördert jedenfalls das selbständige Wohnen nicht.

Grundsätzlich sollten auch Wahlmöglichkeiten zwischen ambulanter und stationärer Betreuung bestehen. Aus finanzieller Sicht sollten Heime und Spitex-Dienste nicht völlig unterschiedlich subventioniert werden. Im Idealfall sind die effektiven Kostenanteile, die die Benutzer/innen zu übernehmen haben, in beiden Angebotsformen gleich hoch (Kostenneutralität: "gleich lange Spiesse für Spitex und Heime"). Mittelfristig sollte deshalb die Subventionierung im Spitex-Bereich ebenfalls nach dem Prinzip der Subjektförderung ausgestaltet werden.

Mit der Erarbeitung eines Altersleitbildes (1997) hat der Regierungsrat einen weiteren Schritt gemacht, um die erkannten Mängel systematisch anzugehen.

Vaud

Objet de l'étude:

Programme INTERFACE: Optimalisation d'un réseau coordonné de prise en charge de la dépendance

Remarques liminaires

Le programme "Interface" dépasse par plusieurs aspects le cadre de la présente étude. Il présente une solution nouvelle d'optimalisation d'un réseau de prise en charge complète (soins et aides diverses) de la dépendance. Il est original par les aspects suivants:

- une convention de coordination fixe les modalités de cette optimalisation
- toutes les institutions sanitaires d'une région de près de 50'000 habitants sont signataires de la convention
- la convention permet la mise en commun de moyens proche du « case-management »

Autre intérêt, cette solution d'intégration régionale de la problématique de prise en charge de la dépendance est transportable dans d'autres régions du canton ou d'autres cantons du pays. C'est à ce titre qu'il est retenu dans la présente étude.

Brève description du cadre

Dans le canton de Vaud, la prise en charge hospitalière, en homes et à domicile est coordonnée au plan cantonal. Une convention d'hospitalisation, ainsi qu'une convention d'hébergement, réunissent tous les partenaires, publics et privés⁴, ainsi que les caisses-maladie.

En ce qui concerne plus spécifiquement la dépendance, elle est prise en charge par les assurances maladie pour les aspects médicaux, les assurances fédérales selon leurs compétences (AI, etc.), et par un financement indirect des communes, puisqu'il transite par le canton. Pour le surplus, les clients paient eux-mêmes, sous réserve d'appuis que nécessitent leur situation personnelle (PC, par exemple).

⁴ qui souhaitent contracter les obligations de la convention en contrepartie d'une subvention

Les homes pour personnes âgées relèvent d'une association, l'AVDEMS, qui les représente à la signature des conventions d'hébergement, les centres de soins à domicile sont regroupés dans un organisme parastatal, l'OMSV, qui coordonne les différents prestataires composant les soins et l'aide à domicile. La part de financement non-individuelle est un financement à la structure, à l'inverse d'un financement à la personne.

Description d'interface

Le programme Interface a pour but la coordination des capacités sanitaires dans le but d'améliorer la pertinence des prestations fournies et la productivité des différentes institutions prestataires de services.

La convention créant "Interface" regroupe les prestataires de soins de la zone sanitaire du nord vaudois (zone sanitaire VI et Via, région d'Yverdon), soit les hôpitaux de soins aigus, les hôpitaux de dégagement (CTR), les hôpitaux psychiatriques, les homes pour personnes âgées (gériatriques et psychogériatriques), les unités de soins à domicile et les médecins praticiens, dans le but d'optimiser le réseau de soins coordonnés mis sur pied au début des années nonante.

Le programme Interface a pour but l'utilisation coordonnée et performante des capacités socio-sanitaires, afin d'améliorer tant la pertinence des prestations fournies aux clients que la productivité du réseau sanitaire.

Cadrage du programme

La zone sanitaire compte 47'000 habitants, répartis en 66 communes du nord vaudois (districts de Grandson, d'Yverdon, et d'Echallens pour une petite part). La région est desservie par 4 hôpitaux (pour soins aigus, de traitement et de réadaptation, psychiatriques) 14 établissements médico-sociaux ainsi que le secteur psychiatrique nord, les centres médico-sociaux dans le domaine des soins à domicile et les médecins praticiens.

Organisation et structure de pilotage, responsabilités

La direction du programme est assurée par le Réseau de soins coordonnés, qui constitue le groupe de pilotage. Présidé par le président du Réseau, il est composé de 7 directrices et directeurs choisis parmi les organismes contractants (=signataires de la convention), à savoir les hôpitaux, le secteur psychiatrique Nord⁵, les EMS psychiatriques, les EMS psycho-gériatriques, les EMS gériatriques et

⁵ pour une partie seulement, puisqu'il couvre un secteur plus large que la zone sanitaire concernée

l'Association des soins et de l'aide à domicile. Un représentant de service de la santé publique y a statut d'observateur.

Le groupe de pilotage est garant du concept face à l'ensemble des partenaires signataires, il veille à la réalisation des objectifs fixés dans le contrat de coopération.

Le groupe de terrain est constitué de l'infirmière de liaison engagée à plein temps par le programme et de 5 professionnelles de la santé; les responsabilités générales du groupe de terrain sont d'assurer la mise en application du programme Interface et de garantir un appui régulier et pratique à l'agent de liaison.

Objectifs

Les buts du Réseau sont de soigner, de remettre sur pied, d'aider et d'entourer.

Les objectifs du programme, centrés sur le client (patients) sont les suivants:

- offrir dans l'optique d'une approche systémique et de prévention une information et un accompagnement permettant aux clients et à leurs proches d'identifier et de bénéficier des prestations les plus adaptées à leurs besoins à l'intérieur du Réseau socio-sanitaire,
- garantir aux personnes malades et dépendantes un accès aisé à la structure de soins la plus adéquate, dans les meilleurs délais,
- garantir une évaluation optimale des besoins de la personne et de son entourage, selon des critères établis par un protocole ad hoc,
- garantir l'utilisation optimale des ressources existantes à l'intérieur du Réseau selon le principe de la "bonne personne à la bonne place".

Le programme Interface impliquant contractuellement diverses institutions, les objectifs suivants peuvent être cités en ce qui concerne les relations inter-institutionnelles:

- limiter les journées d'attente de placement dans les hôpitaux,
- retarder le recours à l'hébergement de longs séjours en proposant des solutions intermédiaires comme les unités d'accueil temporaire (UAT), les courts séjours (tant pour les urgences médico-sociales que pour les séjours planifiés),
- éviter de prolonger inutilement les durées d'hospitalisation, en anticipant et en préparant avec les centres médico-sociaux les sorties de l'hôpital et les retours à domicile,
- participer à la diminution des journées d'hospitalisation ou d'hébergement inappropriées par une coordination entre les différents partenaires du Réseau,
- introduire selon la LAMal des processus d'assurance de qualité des prestations fournies par le Réseau,

- préparer, solidairement entre partenaires, les mutations nécessaires en fonction des besoins identifiés (dotation en lits, en structures intermédiaires, etc.),
- fournir aux établissements d'hébergement une estimation du volume prévisible de soins requis selon un modèle ad hoc,
- connaître (par la tenue de statistiques rigoureuses des flux de l'offre et de la demande) les besoins de développement des structures de soins de la région,
- et à cette fin recueillir et produire de l'information concernant les capacités et les spécificités des institutions du Réseau socio-sanitaire régional.

Expériences à ce jour

Le Réseau de soins coordonnés s'est développé au début des années 90. Il est le terreau sur lequel s'est mis en place le programme Interface. Ce dernier a démarré en 1996 avec un budget de Fr 125'000.-, financé par les établissements, avec un soutien du Service de la santé publique. Les diverses institutions ont accepté de financer le programme, car elles sont convaincues qu'il est générateur d'économies.

Un accord est déjà intervenu sur l'utilisation du même outil par tous pour la mesure des besoins (PLAISIR) ainsi qu'en particulier pour la mesure uniforme de la dépendance au moyen de l'outil dérivé MAC 11. Les deux utilisés sur une large échelle permettent une approche de la dépendance de manière beaucoup plus concertée que par le passé, car ils permettent un langage unique de description des besoins.

Acceptabilité

L'acceptabilité par tous les partenaires est illustrée par la signature de la convention de fondation du programme Interface, qui traduit la volonté de la coordination à tous les niveaux. Il faut rappeler à ce titre que comme ce programme est l'aboutissement d'une coordination qui a déjà démarré en 1992, sous forme de mise en œuvre progressive d'un réseau de soins coordonnés, son acceptabilité en est grandement facilitée.

La décision de créer un interface (nom du programme) entre les diverses institutions est une des conséquences des revues d'hospitalisation conduites dans divers établissements du canton. Elles avaient mis en évidence 17% de journées inappropriées, le plus souvent du fait d'une inadéquation du lieu de soin ou de retard dans le transfert de l'hôpital vers des structures plus légères, de prise en charge de la dépendance en particulier. En effet, ces revues d'hospitalisation conduites dans les hôpitaux avaient mis en évidence que si les patients y séjournaient plus que nécessaire, c'était

principalement par impossibilité de transfert vers d'autres structures, par manque d'information et manque de coordination.

L'efficacité s'est donc déjà améliorée grâce au réseau de soins coordonnés, et Interface devrait encore l'augmenter. Autre effet attendu de cet interface, le remplacement de prises en charge lourdes par des prises en charge plus légères grâce à la mise en commun d'informations jadis disponibles dans une seule des composantes du réseau.

Tendances prévisibles

Au chapitre des tendances, la première est celle d'une intégration accélérée grâce au programme Interface. La deuxième est la mise en commun progressive d'outils nouveaux, de comportements nouveaux, d'entraînements à de nouvelles approches de prise en charge de la dépendance, qui, rendant la communication plus facile, permettront une prise en charge plus efficace. Cette mise en commun permettra une intégration complète, à terme, du système d'information sanitaire, et par là, une meilleure utilisation des ressources. Le développement probable, au-delà de l'intégration de plus en plus poussée, devrait aboutir à un véritable "case-management"⁶ des clients de la zone sanitaire.

Evaluation

Si en santé publique, il est extrêmement difficile de procéder à des évaluations sur les potentiels de réussite d'un programme, il n'en reste pas moins que toutes les garanties de succès nous paraissent réunies dans le programme Interface. Les points forts sont les suivants:

- issu de 4 ans de collaboration intensive, le fait qu'il soit appuyé par un contrat signé par tous les prestataires et qu'il implique un financement de leur part est un gage de réussite.
- pour chacun des partenaires, il permettra de réaliser des économies tout en assurant que la qualité de la prise en charge ne diminue pas. La démarche d'économies Orchidée II impose à tous une contraction budgétaire, qu'il est possible de réaliser le plus aisément par recherche de performance et élimination des gaspillages par une meilleure orientation des patients dans le réseau et par une réponse optimale au problème de la dépendance.

⁶ gestion continue et complète (y compris aspects financiers) cas par cas - voir client par client - de la prise en charge de la dépendance

Kantonale Regelungen von Pflegebedürftigkeit

Uebersicht am 30.6.1997

Da die Sicherung und Finanzierung des Pflegerisikos von Kanton zu Kanton stark unterschiedlich geregelt sind, müsste eine wirklich umfassende Uebersicht jeweils die einschlägigen gesetzlichen Texte in extenso und dazu noch jene des Umfeldes (z.B. zu den Finanzierungsgrundsätzen) wiedergeben. Um dennoch wenigstens einen aussagekräftigen Ueberblick zu geben, konzentriert sich die folgende Zusammenstellung auf drei Elemente pro Kanton:

- Pflegebedürftigkeit: Definition und Abgrenzung
- Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden
- Finanzierung

Wichtig ist der Hinweis auf das Stichdatum vom 30.6.1997, da zur Zeit in einer Reihe von Kantonen Gesetzes- und Verordnungsänderungen geplant oder bereits beschlossen, aber noch nicht in Kraft gesetzt sind.

Aargau

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

In allen Aargauer Krankenheimen wird seit über zehn Jahren das Aargauer Modell zur Erfassung des Pflegeaufwandes (AMEPA), das auf der Pflegeaufwandmessung nach Exchaquet beruht, eingesetzt. Es orientiert sich an einer Liste der Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Pflegepunkte pro Tag sind Gewichte für den Pflegeaufwand, die mit Zeitmessungen abgestützt sind und deshalb den tatsächlichen Aufwand abbilden. Das System wird auch zur Verrechnung der Pflegeleistungen an die Patientinnen und Patienten verwendet.

Das System wurde durch die Pflegedienstleitungen der Krankenheimen ständig betreut und neuen Gegebenheiten angepasst, zuletzt 1994 den neuen Ausbildungsrichtlinien für Pflegeberufe. Die einheitliche Anwendung wird durch regelmässige gemeinsame Fall-Besprechungen sichergestellt.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - (Mit-)Trägerschaft der öffentlichen Krankenheimen sowie der Pflegeabteilungen in den Altersheimen. (Die stationären Institutionen sind häufig als Vereine oder Stiftungen konstituiert.)
 - **Ambulante Dienste:** ----
- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:** ----
 - **Ambulante Dienste:**
Gemeindekrankenpflege, Hauspflege sowie Beratung von Schwangeren und Müttern sind gemäss (§ 46 Gesundheitsgesetz Gemeindeaufgaben)

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Kantonsbeitrag von 60% an das Defizit der Krankenheimen
 - **Ambulante Dienste:** ----

Gemeinden: - Stationäre Einrichtungen:

- 40% Gemeindebeitrag an das Defizit der Krankenhäuser
 - Defizitdeckung der Altersheime an deren Trägerschaft Gemeinden beteiligt sind
(anteilmässig bei Zweckverbänden o.ä.)
- Ambulante Dienste:**
- Deckung der Defizite ambulanter Dienste

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Appenzell Ausserrhoden

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Auf kantonaler Ebene bestehen keine Regelungen bzw. Definitionen der Pflegebedürftigkeit.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

Kanton: ----

- Gemeinden:**
- **Stationäre und ambulante Einrichtungen:**
 - Verantwortung für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Beiträge an Um- und Erweiterungsbauten der Pflegeheime und -abteilungen (50%)
 - **Ambulante Dienste:**
 - Beitrag an die ambulanten Dienste

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Uebernahme des Betriebsdefizits der stationären Einrichtungen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Uebernahme des Restdefizits der ambulanten Dienste

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Appenzell Innerrhoden

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Auf kantonaler Ebene bestehen keine Regelungen bzw. Definitionen der Pflegebedürftigkeit.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

Es gibt keine Aufgabenteilung, da die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste grundsätzlich Sache des Kantons sind.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Generell:**
 - Die Finanzierung ist grundsätzlich Sache des Kantons. Konkret bedeutet das:
 - **Stationäre Einrichtungen:**
 - Deckung der Investitionen und des Betriebsdefizits
 - **Ambulante Dienste:**
 - Betriebsbeitrag an Dienstleistungen für Betagte (30%).

Gemeinden: - Deckung des Restdefizits der ambulanten Dienste

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

Ausserordentliche Ergänzungsleistungen

Basel-Landschaft

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Im Vertrag zwischen den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Basel-Landschaft und dem Verband Basellandschaftlicher Krankenkassen vom 12. März 1996 wird festgelegt: "Die Heime melden den zuständigen Versicherern ihre Pensionäre und Pflegebedürftigen mit Angabe des Pflegegrades. Die Meldung der Pflegebedürftigkeit inklusive Änderung der BAK-Stufe wird von der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion visiert" (3.1).

Im Vertrag zwischen dem Spitex-Verband Baselland und dem Verband Basellandschaftlicher Krankenkassen vom 12.3.1996 wird als Leistungsvoraussetzung stipuliert (2.2): "Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Versicherer sind:

- eine ärztliche Verordnung für die Leistung
- eine systematische und sorgfältige Bedarfsabklärung durch die Organisationen."

In einem Anhang zum Spitex-Vertrag werden "notwendige Einsätze an Sonn- und Feiertagen" detailliert aufgezählt.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

Kanton: - **Stationärer und ambulanter Bereich:**
- Rahmenplanung

Gemeinden: - **Stationärer und ambulanter Bereich:**
- Umsetzung der Rahmenplanung: In der Regel Delegation der Aufgaben an private Träger

Finanzierung

Kanton: - **Stationäre Einrichtungen:**
- Investitionsbeitrag (45%)
- Pensionskostenbeitrag pro Bewohner/in abgestuft nach persönlicher finanzieller Leistungskraft

-
- Pflegekostenbeitrag an den durch Dritte (Krankenkassen, Versicherungen) nicht gedeckten Teil des Pflegekostenzuschlags (bis zu 100%)
 - **Ambulante Dienste: ----**

Gemeinden: - Stationäre Einrichtungen:

- Indirekt 50% der kantonalen Pensions- und Pflegekostenbeiträge via Lastenausgleich
- **Ambulante Dienste:**
 - Deckung des Betriebsdefizits

Kommentar:

Gemäss der am 8.6.1997 in einer Volksabstimmung angenommenen Gesetzesänderung übernimmt ab 1.1.1998 der Kanton die Investitionsbeiträge an stationäre Einrichtungen zu 100%; dafür werden ab diesem Datum die individuellen Pflegekostenbeiträge ganz von den Gemeinden getragen.

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

Keine generellen Zusatzleistungen, aber persönliche Pensions- und Pflegekostenbeiträge (s.o.)

Basel-Stadt

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Im Vertrag des Verbandes gemeinnütziger Basler Alters- und Pflegeheime (VAP) mit den Krankenkassen vom 15.12.1995 wird die Einteilung der Pensionärinnen und Pensionäre in drei Pflegestufen nach dem BAK-System vorgeschrieben.

Art und Umfang der erforderlichen Pflege im ambulanten Bereich werden aufgrund einer standardisierten Bedarfsklärung durch Fachpersonal der Leistungserbringer festgelegt.

Der Kanton betreibt beim Amt für Alterspflege eine Abklärungs- und Kontrollstelle. Diese legt die Normen und Formalitäten der Bedarfsabklärung fest und überprüft deren Richtigkeit und die Wirtschaftlichkeit der geplanten bzw. erbrachten Leistungen" (2.5).

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bewilligung, Leistungsauftrag, Aufsicht über die Heime
 - Zuweisung von Klient/innen auf freie Plätze

 - **Ambulante Dienste:**
 - Der Kanton delegiert die als staatliche Aufgabe anerkannte Spitex-Versorgung an die Stiftung für Hilfe und Pflege zu Hause, in der alle gemeinnützigen Trägerschaften zusammengeschlossen sind.

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:** ----

 - **Ambulante Dienste:**
 - Die Landgemeinden Riehen und Bettingen sind für die Ausgestaltung ihrer Spitex-Versorgung zuständig.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Vereinbarung kostendeckender Taxen zwischen dem Kanton und den einzelnen Heimen
 - Kapitalzinsverbilligung für Alters- und Pflegeheime mit hohen Zinslasten
 - Persönliche, einkommensabhängige Beiträge für Einwohner/innen, die die Heimtaxen nicht finanzieren können (Kantonale Beihilfen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung)
 - **Ambulante Dienste:**
 - Subventionsvertrag mit der Stiftung für Hilfe und Pflege zu Hause; Fixer Budgetposten im Finanzplan des Kantons, der bedarfsgerecht zugeteilt wird.
 - Persönliche, einkommensabhängige Beiträge für Einwohner/innen, die die Taxen nicht finanzieren können (Kantonale Beihilfen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung)

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Persönliche Pflegebeihilfen an Einwohner/innen, die inkl. EL die Heimtaxen nicht finanzieren können
 - **Ambulante Dienste:**
 - Beiträge an die Trägerschaften

Besonderheit: Der Kanton und die Landgemeinden leisten einen Beitrag von Fr. 25.-- pro Tag an die Entschädigung von pflegenden Angehörigen und Nachbarn oder selbst entschädigten Pflegepersonen.

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

Kantonale Beihilfen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

Bern

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Das Tarifsyst \ddot{u} m der Heime beruht bisher auf der Patientenklassifizierung nach dem BAK-System. Ab 1998 soll das System BESA eingeführt werden. Im ambulanten Bereich werden systematische Bedarfserfassungsinstrumente erst in einem Teil der Gemeinden eingesetzt.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Generell:**
 - Zielsetzung, Planung der kantonalen Institutionen, Richtlinien für die Planung in den Gemeinden (Alterspolitik 2005)
 - **Stationäre Einrichtungen:**
 - Erteilung der Betriebsbewilligung
 - Aufsicht über den Betrieb durch das Fürsorgeamt
 - **Ambulante Dienste:**
 - Beratung der Gemeinden und der Spitex-Anbieter durch das Kantonsarzt-Amt

- Gemeinden:**
- **Generell:**
 - Verantwortung für die Altershilfe, deren Realisierung sie Privaten übertragen kann
 - Verpflichtung zur Erarbeitung einer kommunalen Altersplanung (als Voraussetzung für die Zulassung von Ausgaben zur Lastenverteilung)
 - **Stationäre Einrichtungen:**
 - Verantwortung für ein ausreichendes und bedarfsgerechtes Angebot
 - **Ambulante Dienste:**
 - Verantwortung für die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege

Finanzierung

Generell: Der Kanton Bern verfügt für Fürsorgeaufwendungen über eine spezifische Lastenverteilung zwischen finanzstarken und finanzschwachen Gemeinden. Das

heisst, dass die Grundfinanzierung für die stationären und ambulanten Angebote in der Regel bei den Gemeinden liegt. Diese können Aufwendungen für die Lastenverteilung anmelden und erhalten - sofern die Aufwendungen vom Kanton genehmigt sind - eine ihrer Finanzkraft entsprechende Rückvergütung.

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Direkte Subventionierung von Investitionen und Betrieb der regionalen Pflegeheime, der Krankenhäuser und der Abteilungen für Langzeitpflege der Spitäler
 - Finanzaufsicht der durch den Kanton direkt subventionierten Heime durch das Amt für Finanz- und Betriebswirtschaft
 - Indirekte Subventionierung (über die Gemeinde) der kommunalen Alters- und Pflegeheime, dezentralen Pflegestationen etc.
 - **Ambulante Dienste:**
 - Indirekte Subventionierung (über die Gemeinde) des Betriebs von Spitex-Diensten

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Grundfinanzierung bzw. Restfinanzierung der nicht durch den Lastenausgleich gedeckten Aufwandüberschüsse
 - **Ambulante Dienste:**
 - Grundfinanzierung bzw. Restfinanzierung der nicht durch den Lastenausgleich gedeckten Aufwandüberschüsse

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

Die "Zuschüsse nach Dekret" können zur Kategorie der Zusatzleistungen gezählt werden.

Freiburg

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Ein Raster der Abhängigkeit in bezug auf Aktivitäten des täglichen Lebens wird für die Berechnung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs eingesetzt, um die Personaldotation der Institutionen und die Preise für die Pflegeleistungen pro Bewohner/innen festzulegen. Die generelle Bedarfsermittlung erfolgt bezirksweise durch den Oberamtmann nach vorangegangener Befragung der Gemeinden und unter Berücksichtigung der spital-medizinischen Gesamtplanung.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Genehmigung des Bedarfsdeckungsplans durch den Staatsrat
 - **Ambulante Dienste:**
 - Anerkennung der für die Bedarfsdeckung in den Bezirken notwendigen Dienste
 - Genehmigung des Personalbestands der Dienste
 - Ernennung der Mitglieder der den Staatsrat beratenden kantonalen Kommission für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Verantwortung für ein bedarfsgerechtes Angebot
 - **Ambulante Dienste:**
 - Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung
 - Beteiligung an der Bezirkskommission, die dafür zu sorgen hat, dass die Gemeinden ihren Verpflichtungen nachkommen, sowie dass die Dienste gut funktionieren und zusammenarbeiten. Ausserdem unterbreitet sie der Gesundheits- und Sozialfürsorgedirektion die Anerkennungsgesuche der Dienste und die Berechnung des Personalbestands.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - 50% der Beitragsleistungen für Sonderbetreuung (Subjektbeitrag an die von der pflegebedürftigen Person nicht selbst zu deckenden Aufwendungen)
 - **Ambulante Dienste:**
 - Festlegung der Tarife der Leistungen durch den Staatsrat
 - Beiträge an die Kosten des Personals für Nicht-KVG/KLV-Leistungen (50% für das Pflegepersonal, 30% für Familien- und Haushalthilfen)

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - 50% der Beitragsleistungen für Sonderbetreuung
 - Uebernahme des ungedeckten Betriebskostendefizits
 - **Ambulante Dienste:**
 - Vergütung der von den Diensten ausbezahlten Pauschalentschädigung an hilfeleistende Angehörige und Bekannte

Besonderheit: Angehörige und Personen aus dem Umfeld des Patienten, die der hilflosen Person regelmässige und in bedeutendem Umfang Hilfe leisten, können eine Pauschalentschädigung erhalten. (In der Regel Fr. 25.—pro Tag.)

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

Beitragsleistungen für Sonderbetreuung in Betagtenheimen

Genève

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

In den Altersheimen wird ein Abhängigkeitsraster mit drei Stufen in bezug auf die Fähigkeit, die Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen, eingesetzt. Gleichzeitig wird in fünf geriatrischen Institutionen das PRN-System erprobt.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Ueberwachung der quantitativen und qualitativen Planung
 - Sicherung der Koordination mit den andern stationären und ambulanten Institutionen für pflegebedürftige, alte Menschen
 - Bewilligung von und Aufsicht über die établissements médico-sociaux
 - Qualitätsförderung
 - **Ambulante Dienste:**
 - Planung, Ausbau und Beaufsichtigung der ambulanten Dienste

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste:**
 - Da die Versorgung auf kantonaler Ebene geregelt wird, haben die Gemeinden keine expliziten Aufgaben. Sie werden an der kantonalen Planung beteiligt.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Investitionsbeiträge (maximal 60% der anrechenbaren Kosten)
 - Betriebsbeiträge in Funktion der Anzahl belegter Plätze und der Pflegeabhängigkeit
 - **Ambulante Dienste:**
 - Betriebsbeiträge

Gemeinden: - Stationäre Einrichtungen:

- Keine direkte Beteiligung (allenfalls indirekt, indem die Gemeinde das Bauland zur Verfügung stellt)
- **Ambulante Dienste: ----**

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Glarus

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Als Basis für die Ermittlung des Pflegebedarfs in den Alters- und Pflegeheimen gilt gemäss Vertrag mit dem Kantonalverband Glarnerischer Krankenkassen das Bedarfs-Einstufungssystem BESA.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Gesamtplanung (Pflegeheimliste)
 - Bewilligung und Ueberwachung der Heime
 - **Ambulante Dienste:**
 - Rahmenrichtlinien

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bereitstellung von genügend Pflegeplätzen
 - Delegation der Trägerschaft der Heime an Bürgergemeinden, Zweckverbände oder Vereine
 - **Ambulante Dienste:**
 - Verantwortung für die Basisversorgung; die Aufgaben können an private Trägerschaften delegiert werden.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Baubeiträge an Alters- und Pflegeheim sowie Behinderteneinrichtungen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Betriebsbeiträge

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - keine Beitragspflichten

- **Ambulante Dienste:**
 - Betriebsbeiträge

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Graubünden

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Stationäre Einrichtungen: ab 1997 Einstufung der Pflegebedürftigkeit gemäss BESA-System.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Anerkennung und Ueberwachung von Pflegeheimen sowie von Pflegeabteilungen in Akutspitälern und Altersheimen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Erteilung von Leistungsauftrag und Anerkennung/Betriebsbewilligungen an Spitex-Organisationen

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Verantwortung für ein ausreichendes Platzangebot. Möglichkeit der Delegation der Trägerschaft an Gemeindeverbände, Kreise, Regionalverbände, Bezirke, Stiftungen oder Körperschaften mit juristischer Persönlichkeit und gemeinnützigem Zweck (Krankenpflegegesetz)
 - **Ambulante Dienste:**
 - Verantwortung für ein ausreichendes Angebot

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Investitionsbeiträge an Pflegeheime, Pflegeabteilungen und Altersheime (50 - 65%)
 - Betriebsbeiträge an Pflegeheime sowie an Pflegeabteilungen in Akutspitälern und in Altersheimen (80% des engeren Betriebsdefizites)
 - **Ambulante Dienste:**
 - Betriebsbeiträge von 30% der anrechenbaren Bruttoausgaben (ab 1.1.97 50% des Betriebsdefizites)

Gemeinden: - Stationäre Einrichtungen:

- Investitionsbeiträge an Pflegeheime, Pflegeabteilungen und Altersheime (Restkosten)
- Betriebsbeiträge an Pflegeheime sowie Pflegeabteilungen in Akutspitälern und in Altersheimen (Restdefizit)

- Ambulante Dienste:

- Betriebsbeiträge von mindestens 30% der anrechenbaren Bruttoausgaben (ab 1.1.97 50% des Betriebsdefizites)

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Jura

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Gemäss den Richtlinien betreffend die Personaldotation in Heimen mit medizinischer Infrastruktur vom 25.2.1992 wird ein ATL-Abhängigkeitsraster eingesetzt, um den qualitativen und quantitativen Personalbedarf in den vom Staat unterstützten Heimen festzulegen.

Zur Zeit werden in den Spitälern und in einzelnen Langzeitpflegeinstitutionen die Instrumente PRN und PLAISIR getestet, mit dem Ziel ein einheitliches System zu finden.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Generell:**
 - Organisation und Koordination des öffentlichen Pflegesystems
 - **Stationäre Einrichtungen:**
 - Gesamtplanung der Anzahl und Kapazität der Pflegeheime auf der Basis der Bedürfnisse der Bevölkerung, der bestehenden Strukturen, der Finanzen der öffentlichen Haushalte und des privaten Angebots (Genehmigung durch das Parlament)
 - Anerkennung und Ueberwachung der stationären Einrichtungen
 - Zuteilung der Gemeinden zu Spital-Verbänden (inkl. Pflegeheime)
 - Festlegung der Strukturen und der Organisation der gerontologischen Institutionen und Organisationen durch das Parlament
 - **ambulante Dienste:**
 - Anerkennung, Förderung, Organisation und Koordination der ambulanten Dienste
 - Kantonale Planung, Regelung der Anerkennung, Ueberwachung, Finanzierung und Führung der ambulanten Dienste
 - Abwicklung des Rechnungswesens durch die von der kantonalen "Fédération des services d'aide et de soins à domicile" eingerichtete Fakturierungs-Zentrale
- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Errichtung, Unterhalt und Betrieb der Alters- und Pflegeheime im Rahmen der Spital-Verbände

- ambulante Dienste: ----

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Beiträge an die Investitionen (25 - 50%) in Form einer Uebernahme der Amortisationen des für den Bau aufgenommenen Kredits
 - Beteiligung am Betriebsdefizit
 - **Ambulante Dienste:**
 - Finanzierung von 60% des öffentlichen Beitrags an den Spezialfonds zur Finanzierung der ambulanten Dienste

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Uebernahme von 40% des nicht gedeckten Aufwands der Pflegeheime
 - **Ambulante Dienste:**
 - Finanzierung von 40% des öffentlichen Beitrags an den Spezialfonds zur Finanzierung der ambulanten Dienste

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Luzern

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Auf kantonaler Ebene bestehen keine verbindlichen Definitionen von Pflegebedürftigkeit.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bewilligung und Beaufsichtigung der Heime
 - **Ambulante Dienste: ----**

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Trägerschaft der Heime (teils Gemeindeverbände) soweit nicht private Träger vorhanden sind
 - **Ambulante Dienste:**
 - Trägerschaft der ambulanten Dienste (teils Gemeindeverbände)

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen: -----**
 - **Ambulante Dienste: -----**

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Deckung allfälliger Defizite von Alters- und Pflegeheimen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Deckung allfälliger Defizite von ambulanten Diensten

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Neuchâtel

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Im Vertrag zwischen dem Kanton, den Krankenkassen, der Ärztesellschaft und den Krankenheimen (Homes médicalisés selon la loi sur les établissements spécialisés pour personnes âgées, LESPA) vom 23.2.1981 wird vorgeschrieben, dass für jede Bewohnerin/jeden Bewohner eine "Demande d'admission et certificat médical" ausgefüllt wird. In diesem Formular gibt der behandelnde Arzt Auskunft über den Gesundheitszustand, die Autonomie in den Aktivitäten des täglichen Lebens und über die nötige Pflege. Aufgrund dieser Angaben empfiehlt der Arzt die Art der Institution. Die angefragte Institution ihrerseits bestätigt, dass sie die Patientin bzw. den Patienten aufnehmen will oder nicht, und zwar in den einfachen oder medizinischen Bereich (secteur "simple" oder secteur "médicalisé"). Der Kantonsarzt schliesslich akzeptiert oder lehnt die Plazierung ab.

Dieser Ablauf ist auch für die zukünftige Regelung nach KVG vorgesehen. Hinzu kommt jedoch der Einsatz des Systems "Plaisir" ab 1998.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bewilligung von stationären Einrichtungen
 - Anerkennung von Institutionen (foyers, appartements protégés, homes, homes médicalisés, autres) als "établissements spécialisés"
 - Gesundheitspolizeiliche Beaufsichtigung von Heimen ohne Anerkennung als établissement spécialisé.
 - **Ambulante Dienste**
 - Sicherung der Versorgung als kantonale Aufgabe: Delegation dieser Aufgabe an private Institutionen
 - Bewilligung von Institutionen, die ambulante Dienste anbieten
 - Anerkennung von Institutionen als "Institution d'utilité publique"
 - Zusammenschluss der Dienste in sieben regionalen Gesundheitszentren von denen aus die Grundversorgung gesichert wird.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Baubeiträge an "établissements spécialisés" (Genehmigung von Fall zu Fall)
 - Betriebsbeiträge an "établissements spécialisés". Die Beiträge errechnen sich aus der Differenz zwischen den vom Kanton genehmigten Tarifen (Pensionspreis plus Pflegekosten) und den effektiven Kosten pro Heimbewohner/in.
 - Analoge Finanzierung der Mehraufwendungen für Pension und Pflege von Bewohner/innen privater Heime, mit staatlicher Bewilligung, die nicht als "établissements spécialisés" anerkannt sind.
 - **Ambulante Dienste:**
 - Einrichtung der kantonalen Verrechnungsstelle durch die alle Finanzströme fließen (Rechnungen der Dienste, Vergütung der Krankenkassen, Ergänzungsleistungen, kantonale und kommunale Beiträge, Selbstkostenanteil der Patient/innen)
 - Beitrag von 50% an die ungedeckten Kosten für die ambulante Pflege und Hilfe.
- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Beteiligung an der Finanzierung der Betriebskosten nach kantonalem Gesetz (vom Kanton festgelegte Quoten).
 - **Ambulante Dienste:**
 - Beitrag von 50% an die ungedeckten Kosten für die ambulante Pflege und Hilfe.

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

Die Betriebsbeiträge finanzieren die Differenz zwischen den effektiven Kosten und dem Tarif pro Klient/in. Sie sind also eine Art Subjektfinanzierung und können als solche mit den Zusatzleistungen in anderen Kantonen verglichen werden.

Nidwalden

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Das Heimbeitragsgesetz vom 29.4.1984 enthält eine Liste der Kategorien von Hilfsbedürftigen, deren Aufnahme für ein Heim eine Voraussetzung für den Vertragsabschluss mit dem Kanton ist:

Schwerstbehinderte, Chronischkranke und Pflegebedürftige (Pflegeheime), schwer Seh- oder Hörgeschädigte, Paraplegiker, Epileptiker, Suchtkranke, psychisch Kranke, Personen mit ansteckenden Krankheiten.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Sicherstellung der stationären Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Kantonseinwohner/innen
 - Zulassung von Institutionen (Pflegeheimen oder Pflegeabteilungen in Altersheimen) als Leistungserbringer
 - **Ambulante Dienste:** ----

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:** ----
 - **Ambulante Dienste:**
 - Sicherung der ambulanten Versorgung

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Beiträge an den Bau von Heimen (80% an eine Investitionspauschale von Fr. 300'000 pro Bett; ältere Heime ohne Investitionspauschale erhalten jährlich Abschreibungs- und Verzinsungsbeiträge von 6,5% auf maximal Fr. 120'000 pro Bett.)
 - Verträge über Betriebskostenbeiträge je Person an Heime, die Pflegebedürftige aufnehmen

- **Ambulante Dienste**
 - Beiträge an den Spitex-Vereins Nidwalden

Kanton und - **Stationäre Einrichtungen:**
Gemeinden: Der Kanton und die Wohnsitzgemeinde tragen je zur Hälfte die von Hilfebedürftigen (Schwerstbehinderte, Chronischkranke und Pflegebedürftige - Pflegeheime - usw.) nicht tragbaren Heimkosten.

Gemeinden: - **Ambulante Dienste:**

- Defizitdeckung der Trägerschaften ambulanter Dienste

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Obwalden

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Das Gesundheitsgesetz vom 20. Oktober 1991 verpflichtet in Art. 22 die Einwohnergemeinden, sich an den durch die erhobenen Taxen nicht gedeckten pflegebedingten Mehraufwendungen für leicht- und mittelschwerpflegebedürftige Kantonseinwohner/innen in anerkannten Betagtenheimen im Kanton zu beteiligen. Eine Definition von "leicht- und mittelschwerpflegebedürftig" fehlt.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Sicherung der Betreuung von schwerpflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen
 - Anerkennung von Betagtenheimen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Koordination der ambulanten Versorgung

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Sicherstellung der Betreuung von pflegebedürftigen Betagten in Koordination mit dem Kanton
 - **Ambulante Dienste:**
 - Sicherstellung der ambulanten Krankenpflege und der Betreuung von pflegebedürftigen Betagten.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Uebernahme der pflegebedingten Mehraufwendungen für schwerpflegebedürftige Betagte in den Heimen (Pauschale).
 - **Ambulante Dienste:** ----

Gemeinden: - Stationäre Einrichtungen:

- Beteiligung an den pflegebedingten Mehrkosten für leicht- bis mittelschwer-
pflegebedürftige Heimbewohner/innen.
- **Ambulante Dienste:**
 - Defizitdeckung der Trägerschaften

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

St. Gallen

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

In vielen Heimen wird das BESA-System zur Ermittlung des Pflegebedarfs eingesetzt. Im ambulanten Bereich besteht zwar die Absicht, ein systematisches Bedarfsklärungsinstrument einzuführen, z.Z. ist ein solches aber nur in einer Minderheit der Dienste im Einsatz.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Erlass von Vorschriften zur Betriebsbewilligung
 - Bewilligung von Neubauten und grösseren Umbauten
 - Genehmigung der Heimordnungen
 - Ueberwachung der Heime
 - **Ambulante Dienste**
 - Erlass von Richtlinien über das Dienstleistungsangebot der ambulanten Dienste

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Sicherung einer ausreichenden Platzzahl für Pflegebedürftige in stationären Institutionen
 - **Ambulante Dienste**
 - Sicherung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung

Finanzierung

- Kanton:**
- **Generell:**
 - Pflegebedürftige, die nicht in der Lage sind, die kostendeckenden Heimtaxen oder die Kosten für die ambulante Versorgung zu bezahlen, können über die Ergänzungsleistungen hinaus ausserordentliche Ergänzungsleistungen in Anspruch nehmen. Deren Finanzierung ist kantonally geregelt, die Gemeinden zahlen Beiträge an die Ergänzungsleistungen (40%).

- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Staatsbeiträge an die Investitionskosten: 20-40% der anrechenbaren Kosten von kommunalen Heimen (maximal 20% bei anderen öffentlich-rechtlichen oder privaten gemeinnützigen Heimen)
- **Ambulante Dienste:**
(z.Z. Uebergangslösung; unter dem alten KUVG: Uebernahme von 50% der Krankenkassenleistungen durch den Kanton)

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Gemeindebeiträge an Investitionskosten
 - Freiwillige Beiträge an Betriebskosten (grundsätzlich sollten die Taxen kostendeckend sein)
 - **Ambulante Dienste**
 - Defizitdeckung

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

Ausserordentliche Ergänzungsleistungen

Solothurn

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Um die Kategorien der Pensionsbetten und Langzeitpflegebetten zu bestimmen, wird auf das BAK-System abgestellt.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen**
 - Führung von Langzeitpflegeabteilungen in den Spitälern
 - Bewilligung und Beaufsichtigung von Bau und Betrieb der Heime
 - **Ambulante Dienste**
 - Erlass von Rahmenbedingungen (Verordnung, Rahmenleistungsauftrag)
 - Aufsicht über die ambulanten Dienste

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen**
 - Errichtung und Betrieb von Heimen
 - **Ambulante Dienste**
 - Sicherung der ambulanten Versorgung

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen**
 - Baukosten: Kantonsbeitrag 35%
 - Kantonsanteil von 35% der individuellen Pflegekostenbeiträge an Personen, die die kostendeckenden Heimtaxen nicht aus eigenen Mitteln tragen können
 - **Ambulante Dienste**
 - Subsidiäre Förderung

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen**
 - Baukosten:
 - 25% durch Gesamtheit der Einwohnergemeinden

- 40% Trägerschaft und Gemeinden des Einzugsgebietes
- individuelle Pflegekostenbeiträge
- 35% durch Gesamtheit der Einwohnergemeinden
- 30% durch die Herkunftsgemeinde

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Schaffhausen

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Einstufung nach BAK-System

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Sorge für die Pflege von Pflegebedürftigen aller Altersstufen, deren Betreuung besondere Anforderungen stellt
 - Führung eines kantonalen Pflegezentrums
 - Bewilligung und Oberaufsicht über die stationären Einrichtungen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Tagesklinik im Rahmen des kantonalen Pflegezentrums
- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Sorge für die Betreuung der Betagten, die nicht in die Zuständigkeit des Kantons fallen
 - Bereitstellung der nötigen Pflegeplätze für Betagte
 - Betrieb eigener Heime oder Verträge mit andern Heimen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Verantwortung für die spitalexternen Dienste

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bau und Umbau: 20-40% Beiträge an die Investitionen
 - Betriebsbeiträge des Kantons zur Erreichung einer ausgeglichenen Rechnung bei angemessenen Taxen. Die Höhe der Beiträge hängt von der Patient/innenzahl und Schwere der Pflegebedürftigkeit ab (pro Kopf Pauschale von Fr. 10'000 pro betreute schwer pflegebedürftige Person und Fr. 5'000 pro mittelschwer pflegebedürftige Person. (Private Heime erhalten weniger.)

Die Gesamtsumme ist auf 4,5 Mio. Franken pro Jahr begrenzt.

- **Ambulante Dienste:**
 - Kantonssubventionen an die Spitex-Dienste im Rahmen der Gemeindebeiträge (maximal 20% des Personalaufwandes)

Gemeinden: - **Stationäre Einrichtungen:**

- Beitrag der Herkunftsgemeinden der Patient/innen an die Betreuungskosten
- **Ambulante Dienste:**
 - Beiträge an die Spitex-Organisationen (in der Regel 20% des Personalaufwandes)

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Schwyz

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Auf kantonaler Ebene bestehen keine Regelungen bzw. Definitionen der Pflegebedürftigkeit.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Generell:**
 - Kantonale Bedarfsplanung
 - **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bewilligung und Beaufsichtigung der privaten stationären Institutionen
 - **ambulante Dienste:** ----

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Errichtung, Unterhalt und Betrieb der Alters- und Pflegeheime
 - Beaufsichtigung der öffentlich-rechtlichen Einrichtungen
 - **ambulante Dienste:**
 - Verantwortung für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Beiträge an die Investitionen (20 - 40%)
 - Keine Beiträge an den Betrieb, der kostendeckend ist/sein soll
 - **Ambulante Dienste:**
 - z.Z. keine Beiträge mehr; neue Lösung in Bearbeitung (s.u.)

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Betriebsdefizitdeckung
 - **Ambulante Dienste:**
 - Betriebsdefizitdeckung

Der Wechsel zur Subjektfinanzierung ist vorgesehen.

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Tessin

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Die Sezione degli Istituti e dell'aiuto domiciliare hat eine Wegleitung zur Aktualisierung sozialdemographischer Daten und zur Abhängigkeit der Bewohner der Altersheime im Kanton Tessin (1992) erstellt, die einen ATL-Raster mit 13 Rubriken und je fünf Stufen enthält. Das Ergebnis führt zu einer Einteilung in drei Abhängigkeitsstufen. Die Daten werden ein- bis zweimal jährlich erhoben und bilden die Grundlage für die quantitative und qualitative Dotation mit Pflegepersonal.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Generelle Aufgaben:**
 - Förderung und Koordination der Aktivitäten für alte Menschen
 - Sicherung der sozialen und beruflichen Integration Behinderter
 - Ernennung einer Konsultativkommission
 - **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bewilligung von und Aufsicht über Einrichtungen für alte Menschen
 - Erlass von Vorschriften (Normen)
 - Vertretung in den Trägerschaften
 - **Ambulante Dienste:**
 - Bewilligung von und Aufsicht über ambulante Dienste

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Trägerschaft von Pflegeheimen, Altersheimen und Alterswohnungen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Trägerschaft der ambulanten Dienste

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Baubeiträge bis höchstens 70% der anrechenbaren Kosten

-
- Defizitdeckung durch den Kanton (1994: 22% des Aufwandes von Alterseinrichtungen)
 - **Ambulante Dienste:**
 - Kantonaler Beitrag an ambulante Dienste in Abhängigkeit von der Finanzkraft der Standortgemeinde bzw. des Gemeinde-Zweckverbandes (Consortio)

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Gemeindebeitrag: maximal 20% des Aufwandes
 - **Ambulante Dienste:**
 - Gemeindebeitrag abhängig von der Finanzkraft

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Thurgau

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Seitens des Gesundheitsamtes bestehen keine festgelegten Definitionen über Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit. Die Definitionen sind teilweise in den kantonalen Einrichtungen auf operativer Ebene entwickelt oder festgelegt worden.

Systeme zur Beurteilung und Erfassung von Pflegebedürftigkeit sind bis anhin nicht auf kantonaler Ebene festgelegt worden. Im Kantonsspital Münsterlingen ist jedoch ein vom PRN abgeleitetes System in Anwendung. Im Kantonsspital Frauenfeld wird das System PUMA angewendet.

Im Behindertenbereich werden die Definitionen zum grössten Teil von HE und EL übernommen.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Sorge für eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung (Gesundheitsgesetz)
 - Bewilligung und Beaufsichtigung von Bau und Betrieb von Einrichtungen des Gesundheitswesens, namentlich von Krankenanstalten, Pflegeheimen oder medizinischen Institutionen
 - Führung eigener Einrichtungen (Kantonsspitäler, Pflegeheim Katharimental)
 - **Ambulante Dienste:** ----

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:** ----
 - **Ambulante Dienste**
 - Sorge für einen Kranken- und Hauspflagedienst (GG). Diese Aufgabe kann an private oder öffentlich-rechtliche Träger abgetreten werden.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**

-
- Bau und Ausstattung von Pflegeheimen: Kantonsbeitrag 50%
 - Betrieb: Kantonsbeitrag 25% während 3 Jahren nach Neubau oder grösserem Umbau
 - **Ambulante Dienste:**
 - Unterstützung des Sekretariats der Thurgauischen Vereinigung der Spitex-Organisationen

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Betriebsbeiträge
 - **Ambulante Dienste:**
 - Gemeindebeiträge (ca. ein Drittel des Aufwands)
 - Deckung allfälliger Betriebsdefizite

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Uri

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Auf kantonaler Ebene bestehen keine Regelungen bzw. Definitionen der Pflegebedürftigkeit.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Aufsicht über die stationären Einrichtungen
 - **Ambulante Dienste:** ----
- Gemeinde:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von stationären Langzeitpflege und -betreuungsplätzen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Sicherung der ambulanten Versorgung

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Investitionen: Kantonsbeiträge aufgeteilt in Grundbeitrag und Zusatzbeitrag (abhängig von Trägerschaft, Steuerkraft der Standortgemeinde und Anzahl Pflegebetten)
- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Investitionsbeiträge
 - Deckung allfälliger Betriebsdefizite
 - **Ambulante Dienste**
 - Deckung allfälliger Betriebsdefizite

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Vaud

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

In einer umfangreichen Studie "Besoins, qualité et allocation des ressources" untersuchte die "Conférence sur l'allocation des ressources des établissements médico-sociaux (CAREMS)" zwei Instrumente der Bedarfsabklärung, das kanadische PLAISIR und das australische Etat du client (EDC). In Zukunft soll das Instrument PLAISIR eingesetzt werden.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Planung, Bewilligung und Beaufsichtigung der Heime
 - Einteilung des Kantons in "zones sanitaires" mit umfassender medizinischer und pflegerischer, stationärer und ambulanter Versorgung
 - Sicherung - gemeinsam mit den "Partnern des Kantons" (u.a. Association vaudoise des établissements médico-sociaux) - des Betriebs der stationären Einrichtungen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Trägerschaft des Organisme médico-social vaudois (OMSV), der Planungs-, Koordinationskompetenzen hat und für Mittelzuteilung an die Regionen zuständig ist.

- Gemeinden:**
- **Generell:**
 - Vertretung in der "Commission sanitaire de zone", der die Gemeinde zugeordnet ist
 - **Stationäre Einrichtungen:** ----
 - **Ambulante Dienste:**
 - Vertretung in der "Association de maintien à domicile"

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Planung und Finanzierung der Investitionen
 - Beiträge an den Betrieb (kantonales Globalbudget)
 - Beiträge an spezielle Programme (z.B. Aufbau von regionalen Netzen koordinierter Pflege)
 - **Ambulante Dienste**
 - Betriebsbeiträge (kantonales Globalbudget für das OMSV)
- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Die Gemeinde stellt das Land gratis zur Verfügung, auf dem die vom Kanton anerkannte Einrichtung gebaut werden soll und sorgt unentgeltlich für die Anschlüsse an das Wasser- und Elektrizitätsnetz. (Alternativ: 12% der Baukosten)
 - **Ambulante Dienste:**
 - Betriebsbeiträge (Betrag pro Einwohner)

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Wallis

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

In allen Pflegeheimen des Kantons wird das System BESA angewandt.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Generelle Aufgaben:**
 - Erstellung einer Gesundheitsplanung
 - Erteilung von Leistungsaufträgen
 - **Stationäre Einrichtungen:**
 - Spital- und Pflegeheimplanung
 - Bewilligung von Bau und Betrieb von Krankenanstalten und -institutionen
 - Erteilung von Leistungsaufträgen an Krankenanstalten und -institutionen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Erteilung der Leistungsaufträge an die Organisation der Sozialmedizinischen Zentren der 6 Gesundheitsregionen

- Gemeinden:**
- **Generelle Aufgaben:**
 - Mitarbeit am Vollzug des Gesundheitsgesetzes
 - **Stationäre Einrichtungen:**
 - Mitträger der öffentlich-rechtlichen Krankenanstalten im Rahmen der Aufteilung in Spitalzonen
 - Alters- und Pflegeheime: Individuell, je nach Trägerschaft
 - **Ambulante Dienste:**
 - Jede Gemeinde muss einem Sozialmedizinischen Zentrum angeschlossen sein und ist Mitträger

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Subventionierung öffentlich-rechtlicher Krankenanstalten;

- Investitionsbeiträge: 80% der berücksichtigten Ausgaben
- Betriebsbeiträge: 40% der berücksichtigten Ausgaben
- Subventionierung der als gemeinnützig anerkannten Pflegeheime:
- Investitionsbeiträge: 30% der berücksichtigten Ausgaben
- Betriebsbeiträge: max. 30% der berücksichtigten Ausgaben
- **Ambulante Dienste:**
 - Subventionierung der regionalen Sozialmedizinischen Zentren:
 - Investitionen: 50% der berücksichtigten Ausgaben
 - Betrieb: Globalbudget auf der Basis der versorgten Bevölkerung
 - Uebernahme von 50% des Ausgabenüberschusses

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Subventionierung öffentlich-rechtlicher Krankenanstalten:
 - Investitionsbeiträge: 20% der berücksichtigten Ausgaben
 - Betriebsbeiträge: 10% der berücksichtigten Ausgaben
 - Subventionierung der als gemeinnützig anerkannten Pflegeheime: individuell je nach Trägerschaft
 - **Ambulante Dienste:**
 - Uebernahme des Saldos

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

Ja

Zug

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

1995 wurde in den Altersheimen des Kantons Zug ein Vergleich des Pflegeaufwandes nach BAK mit den medizinischen Diagnosen durchgeführt. Die Beurteilung nach BAK entsprach dabei nicht den medizinischen Diagnosen, da bei der Einstufung nach BAK unterschiedliche Bewertungen möglich sind.

25% der Altersheim-Pensionärinnen und -Pensionäre wurden in die BAK-Stufen 2/3 eingereiht und sind unter Berücksichtigung der medizinischen Diagnosen als "chronischkranke Pflegepatienten" zu bezeichnen.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bewilligung von Bau und Betrieb von Pflegeheimen
 - **Ambulante Dienste:** ----

- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Sicherung einer ausreichenden Zahl von Altersheim-Plätzen
 - **Ambulante Dienste:**
 - Sicherung der ambulanten Versorgung

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Pflegeheime: - Investitionsbeitrag: 60%
 - Beitrag an das ungedeckte Betriebsdefizit: 75%
 - Altersheime: - Investitionsbeitrag: 25%
 - Pflegekosten-Beitrag: 25% (max. 50% d. Gemeindebeitrags)
 - **Ambulante Dienste:** ----

Gemeinden: - Stationäre Einrichtungen:

- Pflegeheime: - Beitrag an das ungedeckte Betriebsdefizit: 25%
- Altersheime: - Investitionsbeitrag: mindestens 25%
- allg. Betriebsdefizit + Pflegekosten-Beitrag
- **Ambulante Dienste:**
 - Betriebsbeiträge an Spitex-Organisationen

Kommentar: Der Regierungsrat beantragt, das Gesetz über die Ausrichtung von Kantonsbeiträgen an Altersbauten per 1998 aufzuheben. Gemäss dem sich in Vorbereitung befindlichen neuen Spitalgesetz sollen Betriebsdefizite der Pflegeheime, Altersheime und Spitex ganz in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden fallen.

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

keine

Zürich

Pflegebedürftigkeit: Definitionen und Abgrenzungen

Die Alters- und Pflegeheime sind Sache der Gemeinden, die unterschiedliche Instrumente der Definition und Bemessung der Pflegebedürftigkeit anwenden. Am weitesten verbreitet sind BAK/BESA; die Gesundheitsdirektion favorisiert jedoch RAI/RUG und will dieses-System in Zukunft fördern. Im ambulanten Bereich hat eine Arbeitsgruppe aus Praktiker/innen unter Leitung der kantonalen Spitex-Beratungsstelle ein Bedarfsklärungsinstrument entwickelt und erprobt, den "Bedarfsplan für Spitex-Basisdienste". Er ist in der Stadt Zürich obligatorisch erklärt worden und wird in den anderen Städten und in den Landgemeinden auf freiwilliger Basis eingeführt.

Aufgabenteilung Kanton : Gemeinden

Generell: "Staat und Gemeinden haben die Aufgabe, die Gesundheit des Volkes zu fördern und ihre Gefährdung zu verhüten." (§1 des Gesetzes über das Gesundheitswesen vom 4.11.1962)

Kanton:

- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Bau und Betrieb zentraler Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke und von Spezialkrankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich über den ganzen Kanton erstreckt.
 - Bewilligung von Bau und Betrieb sowie gesundheitspolizeiliche und wirtschaftliche Aufsicht von "Krankenhäusern" (Als Krankenhäuser gelten u.a.: Krankenheime, an Spitäler angegliederte Krankenheimabteilungen sowie Pflegeabteilungen von Altersheimen.)
- **Ambulante Dienste:**

Der Kanton führt eine Spitex-Beratungsstelle.

Gemeinden:

- **Stationäre Einrichtungen:**
 - Errichtung und Betrieb der kommunalen und regionalen Krankenheime (inkl. Pflegeabteilungen in Altersheimen)
- **Ambulante Dienste:**

- Sicherung der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege. Die Gemeinden können diese Aufgabe privaten Stellen übertragen.

Finanzierung

- Kanton:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
Der Kanton gewährt Kostenanteile von maximal 50% der anrechenbaren Kosten, abgestuft nach dem Finanzkraftindex der zum Einzugsbereich gehörenden Gemeinden an Investitionen und an den jährlichen Ueberschuss der Betriebsaufwendungen der kommunalen und regionalen Krankenhäuser (inkl. Pflegeabteilungen in Spitälern und Altersheimen).
 - **Ambulante Dienste:**
Der Kanton leistet Gemeinden und gemeinnützigen Körperschaften Kostenanteile an die Aufwendungen der Gemeindekrankenpflege, der Hauspflege und der Haushilfe. Beitragsberechtigt sind 60% der Betriebsaufwendungen, an die der Kanton maximal 40% beiträgt, abgestuft nach dem Finanzkraftindex der zum Tätigkeitsgebiet gehörenden Gemeinden.
- Gemeinden:**
- **Stationäre Einrichtungen:**
Jede Gemeinde im Einzugsbereich eines kommunalen oder regionalen Krankenhauses soll an die nach Abzug des Kantonsbeitrags verbleibenden Kosten einen angemessenen Anteil leisten.
 - **Ambulante Dienste:**
Restfinanzierung der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege.

Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen

seit 1969

Entwicklungs-Szenarien

Skizzen der folgenden Entwicklungs-Szenarien:

1. Systemimmanente Verbesserung des Status quo
2. Schaffung einer neuen, spezifisch auf das Pflegerisiko ausgerichteten Versicherung
3. Grundsätzliche Aenderung des Systems der sozialen Sicherheit.

Szenario 1: Systemimmanente Verbesserung des Status quo

Ausgangsposition:

Pflegebedürftigkeit ist als Risiko, das kollektiv abgedeckt werden muss, anerkannt. Der Leistungsumfang des aktuellen Sicherungssystems deckt den Bedarf im allgemeinen gut ab. Die Schweiz verfügt mit der obligatorischen Krankenversicherung, den Ergänzungsleistungen, den Zusatzleistungen und der Hilflosenentschädigung über moderne Instrumente der Subjektfinanzierung. Die Vielfalt der Versicherungen hat nicht nur den Nachteil der Intransparenz, sondern auch den Vorteil hoher Flexibilität.

Bestimmte Nachteile des bestehenden Systems können und sollen pragmatisch verbessert werden.

Kurzzusammenfassung des Status quo:

Im Status quo besteht eine Mischung von Subjekt- bzw. Objekt-orientierten Leistungen im Rahmen von kausalen und finalen Versicherungssystemen.

Subjektorientierte Leistungen (Leistungen, die den betroffenen Personen ausgerichtet werden.)Kausale Grundversicherung im Pflegefall

Bei jeder der drei Ursachen von Pflegebedürftigkeit übernimmt ein anderer Versicherungszweig die Grundleistungen:

Krankheit	-	Krankenversicherung
Unfall	-	Unfallversicherung (sowie Berufskrankheit); subsidiär KVG
Geburtsgebrechen	-	Invalidenversicherung.

Ausserdem:

- Kranken- und Invalidenversicherung sind für die ganze Bevölkerung obligatorisch, die Unfallversicherung nur für die Arbeitnehmer/innen.
- Bei Krankheit oder Unfall im Militärdienst wird die Militärversicherung leistungspflichtig.
- Der Leistungsumfang der vier Versicherungstypen ist unterschiedlich.

Finale Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Wer eine Invalidenrente der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung oder eine Altersrente der AHV bezieht, erhält, sofern seine Anspruchsberechtigung anerkannt ist (ATL-Skala), unabhängig von der Ursache eine Hilflosenentschädigung.

Die Hilflosenentschädigung wird unabhängig von den finanziellen Verhältnissen der betroffenen Person und vom Verwendungszweck ausbezahlt. Ihre Höhe richtet sich nach dem Grad der Hilflosigkeit. Die Hilflosenentschädigung wird auf Antrag zuerkannt. Da nicht alle Pflegebedürftigen einen Antrag stellen, entspricht die Zahl der HE-Empfänger nicht der Zahl der Pflegebedürftigen. Dies trifft v.a. für die AHV-Rentner/innen zu.

Finale Zusatzleistungen (Ergänzungsleistungen + kantonale bzw. kommunale Zusatzleistungen)

Die besonderen Aufwendungen, die über dem Betrag der Hilflosenentschädigung liegen, müssen von der pflegebedürftigen Person selbst finanziert werden.

Sofern sie dazu nicht in der Lage ist, d.h. dass Einkommen und Vermögen unter einer bestimmten Grenze liegen, und sie eine IV- oder AHV-Rente erhält, ist sie ergänzungsleistungsberechtigt. Die Ergänzungsleistungen finanzieren bis zu einer gesamtschweizerisch festgelegten Höchstgrenze die

Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen. Ein Teil der Kantone und einzelne Städte erteilen über die EL hinaus kantonale und/oder kommunale Zusatzleistungen.

Objekt-orientierte Leistungen (Leistungen an Institutionen, die Pflegebedürftige behandeln und betreuen)

Im Pflegebereich bestehen auf allen Ebenen verschiedene Objekt-orientierte Leistungen, u.a.:

- Der Bund finanziert aus Art. 73 IVG stationäre und aus Art. 74 ambulante Einrichtungen für Behinderte; zudem leistet er aus Art. 101bis AHVG Beiträge an ambulante Pflege- und Hilfsdienste.
- Die SUVA führt eigene Rehabilitationskliniken.
- Die Kantone tragen zur Finanzierung der Investitionskosten und z.T. auch der Betriebskosten von Heimen (auch von Spitälern) bei, und sie leisten auch direkt oder indirekt Hilfe.
- Die Gemeinden unterstützen die Heime und die ambulanten Dienste.

Finanzierung des Versicherungsschutzes

Die Finanzierung ist bei allen Versicherungen unterschiedlich:

Mischfinanzierung:

- Krankenversicherung Prämien (und allgemeine Steuermittel von Bund und Kantonen)
- AHV/IV Paritätische Finanzierung durch Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, Beiträge der öffentlichen Hand

Einheitliche Finanzierung:

- Unfallversicherung Finanzierung durch Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern
- Militärversicherung Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln des Bundes

Ergänzungsleistungen

Finanzierung durch allgemeine Steuermittel der Kantone und des Bundes

Bewertung

Vorteile:

- Das System besteht und deckt das Pflegerisiko der gesamten Bevölkerung im allgemeinen ab.

- Dadurch, dass verschiedene Versicherungswerke beteiligt sind, ergibt sich im Einzelfall die Möglichkeit, flexible Lösungen zu finden.
- Die Risikodeckung ist auf allen drei staatlichen Ebenen verankert und folgt einer Logik vom allgemeinen Risiko zum speziellen: Regelung der Grunddeckung im Pflegefall auf Bundesebene (KVG, UVG, AHVG, IVG, MVG, inkl. jeweils HE, EL zu AHV und IV); Zusatzleistungen zur Finanzierung des pflegebedingten Mehraufwands durch die Kantone (die Kantone tragen den grössten Teil der Ergänzungsleistungen, und ein Teil von ihnen richtet kantonale Zusatzleistungen aus); Deckung spezifischer individueller Finanzprobleme durch die kommunale Sozialhilfe.
- Das System kann mit punktuellen Veränderungen verbessert werden, z.B. durch die Angleichung der Hilflosenentschädigungen der einzelnen Versicherungen (UV, AHV, IV, MV) oder die Einführung von Zusatzleistungen in den Kantonen, wo solche noch fehlen.

Nachteile:

- Das System ist inkonsequent aufgebaut, da es an vielen Orten Mischfinanzierungen kennt. Es ist intransparent und kompliziert, dadurch fehlen u.a. die Voraussetzungen für eine kostenbewusste Steuerung.
- Die kausale Ausrichtung der Versicherungen hat unterschiedliche Leistungen bei vergleichbarer Pflegebedürftigkeit zur Folge.
- Das System orientiert sich in einzelnen Teilen nicht am (finanziellen) Bedarf: Hilflosenentschädigung.
- Die öffentliche Hand ist nicht nur Finanzierer, sondern auch Anbieter, durch ihre Trägerschaft bzw. Subventionierung von Leistungserbringern. Dadurch wird die Kontrolle geschwächt.
- Da die höchsten Pflegekosten in der Regel in den 6 letzten Lebensmonaten anfallen und diese meistens in einem relativ hohen Alter liegen, werden hohe Umverteilungen nötig, die die Solidarität zwischen den Generationen gefährden.
- Unsicherheit besteht über die zukünftige Finanzierbarkeit der Vielfalt der Versicherungen, wenn die Zahl der Pflegebedürftigen stark anwachsen würde.
- Um in den Genuss von Zusatzleistungen zur AHV zu kommen, muss ein allenfalls bestehendes Vermögen bis auf einen relativ kleinen Rest aufgebraucht werden. Das gilt als Schädigung des Mittelstands, insbesondere wenn das Vermögen in einem Geschäft angelegt ist, und dieses allenfalls sogar aufgelöst werden muss.
- Das System lässt keinen funktionsfähigen Markt für private Versicherer zu.

Diese Nachteile sind zugleich die wichtigsten Ansatzpunkte für systemimmanente Reformen bzw. punktuelle Verbesserungen des Status quo.

Szenario 2: Neue "Pflege-"Versicherung

Ausgangsposition:

Das bestehende System der Hilflosenentschädigungen und Ergänzungsleistungen ist unlogisch aufgebaut und daher intransparent und ineffizient. Mit pragmatischen Änderungen ist keine grundsätzliche Verbesserung zu erreichen.

Durch die Schaffung einer speziellen Pflegeversicherung werden die bestehenden Hilflosenentschädigungen und ein grosser Teil der Ergänzungs- und Zusatzleistungen ersetzt.

Verschiedene in der Praxis bereits bestehende und theoretische Modelle stehen zur Auswahl, u.a.

Modelle staatlicher Versicherungen

Deutsche Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie wird als eigenständiger Zweig des Sozialversicherungssystems von den Krankenversicherungen (KVG), die sog. Pflegekassen einrichten, durchgeführt. Die Versicherungen schliessen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit Leistungserbringern auf Wettbewerbsbasis ab. Leistungsberechtigt sind Personen, die aufgrund einer ATL-Untersuchung als leicht-, mittel- oder schwer pflegebedürftig anerkannt wurden. Es bestehen Ansprüche auf Sachleistungen, die in der ambulanten Pflege auch mit einem Geldbetrag abgegolten werden (können), sowie auf Erstattung pflegebedingter Aufwendungen bei stationärer Pflege. Über diese Pauschalbeträge hinausgehende Leistungen müssen die Versicherten aus eigenen Mitteln bzw. über die EL oder die Sozialhilfe erbringen.

Die Finanzierung erfolgt über Lohnprozente und grundsätzlich je zur Hälfte durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer

Vorteile:

- Es handelt sich um eine klare, für die ganze Bevölkerung geltende Regelung.
- Die Autonomie der Betroffenen wird durch die Zusprache von Geldleistungen erhöht.
- Die Sozialhilfe wird entlastet.

Nachteile:

- Die Finanzierung über Lohnprozente belastet die Arbeitskosten (in Deutschland mit 1,7 Lohnprozenten) und erhöht die Umverteilung von den jüngeren auf die älteren Generationen.
- Es besteht ein weiterer ungewollter Umverteilungseffekt, indem durch das Obligatorium der Pflegeversicherung auch vermögende Personen Leistungen erhalten, die vorher Selbstzahler waren.
- Der gesetzgeberische Aufwand ist beträchtlich.

AHV Plus

Für die über 75jährige Bevölkerung wird eine eigene, obligatorische Kranken- und Pflegegrundversicherung eingerichtet: AHV Plus finanziert umfassend die medizinische, hauswirtschaftliche und betreuende Grundversorgung (Sachleistungen). Das System wird über Steuern finanziert, und zwar sind als Quellen sowohl direkte als auch indirekte, Vermögens- und Erbschaftssteuern vorgesehen.

Vorteile:

- Durch die separate Finanzierung von AHV Plus können die Krankenkassenprämien für die unter 75jährigen gesenkt und wettbewerbsmässig organisiert werden.
- Je nach Finanzquelle kann der Umverteilungseffekt so gesteuert werden, dass die jüngere Generation weiter entlastet und die Intergenerationen-Solidarität nicht überstrapaziert wird.
- AHV Plus ist bedarfsgerecht auf die Zielgruppe "Viertes Alter" ausgerichtet.
- Das Modell ergänzt bestehende Systeme (AHV und Krankenversicherung) und kann mit den bestehenden Organisationsstrukturen durchgeführt werden.

Nachteile:

- AHV Plus löst die Probleme jüngerer Pflegebedürftiger nicht.
- Die Kosten von AHV Plus hängen von der Kostenentwicklung des Angebots ab, sie sind kaum zu kontrollieren.
- Die Mischung von Subjekt- und Objektförderung ist ungünstig.
- Das System wird insgesamt nicht weniger intransparent.

Intragenerationen-Modell

Gemäss diesem Modell wird vom Zeitpunkt der Rentenberechtigung an ein kleiner Teiler Sozialversicherungsleistungen (z.B. 5%) gegen eine Grundversicherung des Langzeitpflegerisikos eingehandelt. (Es wird angenommen, dass in dieser Lebensphase das Einkommen relativ hoch ist und die Belastungen gering sind.) Für Personen mit niedrigem Einkommen werden die 5% von der Sozialversicherung übernommen. Die Grundversicherung kann durch private Zusatzversicherungen ergänzt werden. Auch über die Pensionskassen können solche Zusatz-Pflegeversicherung abgeschlossen werden.

Vorteile:

- Die Eigenleistungen an die Pflegeversicherung werden erhöht.
- Die Umverteilung erfolgt innerhalb der Generation der Älteren.
- Die bestehende Verwaltung kann eingesetzt werden.

Nachteile:

- Die Transparenz wird kaum besser.
- Das System betrifft nur Angehörige der älteren Generation, die eine Rentenreduktion von 5% verkraften können, während für die ärmeren Rentner und für die jüngere Generation das bestehende System aufrecht erhalten bleibt.

Gutscheinsystem zur Finanzierung der Langzeitpflege

Das steuerfinanzierte Gutscheinsystem soll die Hilflosenentschädigung und die pflegebedingten Ergänzungsleistungen ersetzen. Berechtigter zum Bezug eines Gutscheins ist, wer eine zu bestimmende Einkommens-/Vermögensgrenze unterschreitet und pflegebedürftig wird. Die Berechtigten bestimmen selbst, welche Institution oder Einzelperson sie als Leistungserbringer wählen und mit dem Gutschein bezahlen. Finanziert wird das System aus Steuergeldern.

Vorteile:

- Das Modell passt in die EL-Landschaft und stützt sich auf bekannte, transparente, einfach zu handhabende Mechanismen.

- Die Subjekt-orientierten Leistungen beheben die Gefahr der nicht zielgerichteten Allokation und Antiselektion.

Nachteile:

- Die Gefahr besteht, dass sich eine Zweiklassen-Versorgung entwickelt. (Die reichere Schicht bezahlt mit Geld, die ärmere mit Gutscheinen.)
- Die Steuerung des Konsums über Gutscheine hat den Geruch der Rationierung (vgl. Lebensmittelmarken während der Kriegsjahre).
- Das Modell ändert nichts in bezug auf die Umverteilung und die Belastung der Arbeitskosten.
- Der Markt wäre für pflegebedürftige (insb. sehr alte) Menschen kaum transparent.

Kombination zwischen staatlicher und privater Versicherung

Verschiedene Modelle sind in Erprobung bzw. vorgeschlagen. Sie bauen alle auf einer staatlichen Grundversorgung sowie privaten Zusatzversicherungen auf und enthalten Anreize, dass eine private Versicherung abgeschlossen wird:

Partnerschafts-Systeme:

Zwei Arten von Partnerschaft werden angeboten: Im "Fr. für Fr.-Modell" schliesst das Individuum bei einer dem Programm angeschlossenen Gesellschaft eine Versicherung über eine Mindestdeckung von Pflegeheimkosten für mindestens ein Jahr ab. Wenn die Leistungen fällig werden, erhöht sich für jeden Fr, den die Partnerschaftsversicherung auszahlt, die EL-Vermögensgrenze um 1 Fr. Wenn die vereinbarten Versicherungsleistungen aufgebraucht sind, übernimmt ab dieser Vermögensgrenze die EL die Fortsetzung der Finanzierung der Heimkosten. (Beiträge aus dem eigenen Einkommen müssen jedoch weiterhin geleistet werden.)

Im Modell "Zeitgutschrift" versichert das Individuum die Kosten für ein Minimum von 3 Jahren Pflegeheim bzw. 6 Jahren Altersheim. Wenn diese Leistungen aufgebraucht sind, übernimmt die EL die Kosten unabhängig vom verbliebenen Vermögen und Einkommen.

Vorteile:

- Das System sichert die pflegebedürftige Person davor, ihr Vermögen aufbrauchen zu müssen.
- Die öffentliche Hand wird entlastet, da ein Zwang und Anreiz zu Eigenleistungen besteht.

-
- Die Grundsicherung wird - falls keine eigenen Mittel vorhanden sind, vom System übernommen.
 - Die Umverteilung von jung zu alt erfolgt durch bewussten Konsumverzicht der Jungen.
 - Das System ermöglicht es privaten Versicherern, ein vertretbares Produkt für breitere Schichten anzubieten und schafft einen Markt.

Nachteile:

- Das Partnerschafts-Modell ersetzt das bestehende System für die unteren Einkommensklassen nicht, die sich keine private Versicherung leisten können.
- Personen, die knapp über der Einkommensgrenze liegen, sind gezwungen, ihr Vermögen bis zur Berechtigungsgrenze abzubauen.
- Der Staat muss auch für die begüterte Minderheit eine Garantie übernehmen.
- Ob die Transparenz erhöht wird, erscheint fraglich.

Szenario 3: Grundsätzliche Reform der Sozialen Sicherheit**Ausgangsposition:**

Das bestehende System ist ineffizient, aufgrund seiner Komplexität nicht steuerbar und daher langfristig nicht mehr finanzierbar. Änderungen daran sind nur Flickschusterei, die Lösung eines Problems wird immer mit der Schaffung neuer Schwierigkeiten erkaufte. Dabei wären insgesamt genügend Mittel vorhanden, sie müssten lediglich besser eingesetzt werden.

Deshalb wird eine grundsätzliche Reform der Sozialen Sicherheit durchgeführt. Die gegenwärtigen Sozialversicherungen werden durch ein einheitliches Gesamtsystem abgelöst.

International stehen verschiedene theoretische Modelle zur Diskussion. Zwei davon sind für die Schweiz konkretisiert worden:

Existenzsicherndes Grundeinkommen

Beispiel: Drei-Kreise-Modell

Im Drei-Kreise-Modell (Rossi und Sartoris, 1995) wird allen erwachsenen Einwohner/innen ein Mindesteinkommen in Höhe der EL-Einkommensgrenze (Fr. 28'800) garantiert (1. Kreis). Die Differenz zwischen dem effektiven Einkommen und dem Mindesteinkommen wird über Steuern finanziert. Im zweiten Kreis finden sich die beitragsfinanzierten obligatorischen Versicherungen (Arbeitslosigkeit, Unfall, Invalidität) und im dritten die fakultativen Zusatzversicherungen (Pensionskassen). Die Autoren gehen davon aus, dass die inneren beiden Kreise (also das garantierte Mindesteinkommen plus die Leistungen der obligatorischen Versicherungen) ausreichen, um auch langfristige Pflegebedürftigkeit zu finanzieren.

Vorteile:

- Das Modell zeichnet sich durch Klarheit und Transparenz aus.
- Es ist geeignet, bestehende Systeme (EL, HE) abzulösen.

Nachteile:

- Es herrscht Ungewissheit über die wirklichen Kosten.
- Auch nicht Bedürftige kommen in den Genuss von Leistungen.
- Der politische und gesetzgeberische Aufwand für die Reform ist enorm.

Beispiel: Wettbewerbssystem der sozialen Sicherung

In diesem Modell (Zweifel, 1996) werden Grund- und Zusatzversicherung getrennt und das Sozialversicherungssystem wird auf einen Wettbewerbsmarkt umgestellt. Der Staat entlastet finanzschwache Bevölkerungsschichten durch Transferleistungen (Subjektfinanzierung). Die obligatorische Grundversicherung soll sich auf das Existenzminimum beschränken. Sie kann durch private oder staatliche Versicherungsträger im Wettbewerb angeboten werden

Vorteile:

- Sozialversicherung und Sozialhilfe werden klar getrennt.

-
- Die Sozialversicherung kann sich auf die effiziente und flexible Absicherung von Risiken konzentrieren.
 - Die Sozialhilfe hat ihren Schwerpunkt in der Umverteilung und könnte als negative Einkommenssteuer gestaltet sein.
 - Durch die Aufhebung der Spartenrennung (Krankheit, Unfall, Invalidität etc.) entsteht ein Risiko-Mix, der die Flexibilität der Privatversicherer erhöht und es ihnen erlaubt, privat bisher nicht versicherbare Risiken abzudecken.
 - Über die Grundversicherung hinausgehende Sicherheitsansprüche können freiwillig privat versichert werden.

Nachteile:

- Das Sozialstaatsprinzip wird aufgehoben.
- Die finanziellen Auswirkungen des Modells sind ungewiss.
- Der politische und gesetzgeberische Aufwand für die Reform ist sehr hoch.

Aufgabenteilung der Spitex-Kerndienste

Quelle: Leitbild und Grundsätze der Spitex-Dienste im Kanton St. Gallen, St. Gallen, 1995

Gemeindekranken- und Gesundheitspflege

Die Gemeindekranken- und Gesundheitspflege erfüllt folgende Aufgaben:

- Unterstützung in und stellvertretende Uebernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens,
- Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen,
- Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen, sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Massnahmen zur Rehabilitation.
- Mitwirkung bei der Verbesserung von Qualität und Wirksamkeit der Pflege.

Die Gemeindekranken- und Gesundheitspflege wird ausgeübt von Pflegepersonal mit einem vom SRK anerkannten Diplom oder FA.

Hauspflege

Die Hauspflegerin oder Familienhelferin unterstützt oder übernimmt stellvertretend Aktivitäten des täglichen Lebens von hilfe- oder pflegebedürftigen Menschen. Sie ist zuständig und verantwortlich für

- selbständige Führung des Haushaltes oder Anleitung dazu,
- selbständige Betreuung und Pflege des Säuglings,
- selbständige Betreuung und Erziehung der Kinder bei durch Krankheit, Unfall oder Rekonvaleszenz bedingtem Ausfall des erziehenden Elternteils,
- Ausführung der Grundpflege: einfache Körperpflege und andere Verrichtungen nach Anweisung des Arztes oder der Gemeindekrankenschwester,
- Betreuung, Begleitung und Aktivierung,
- Diätküche.

Die Hauspflege wird von Frauen mit einer abgeschlossenen HP-Ausbildung ausgeübt (Diplom/Fachausweis einer HP- oder Familienhelferinnenschule oder BIGA-Lehrabschluss).

Haushilfe

Die Haushilfe unterstützt, begleitet und ergänzt die hilfe- und pflegebedürftigen Menschen aller Altersgruppen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie entlastet auch pflegende Angehörige.

Aufgabenbereiche sind:

- Aufgaben im Haushalt: Pflege der Wohnung, der Wäsche und Kleider, der Zimmerpflanzen und Haustiere,
- Aufgaben bei der Ernährung: einkaufen, kochen,
- pflegerische Hilfeleistungen: Unterstützung bei der Selbstpflege wie Körpertoilette, Mobilisation,
- sozial-begleitende Aufgaben: Aktivierung und Motivation; Gesellschaft leisten und Unterhaltung: Aufgaben mit vertraulichem Inhalt (z.B. Korrespondenz, Einzahlungen); Sicherheit und Halt geben; Betreuung von Kindern.

Die Haushilfe wird in der Regel ausgeübt von Frauen und Männern (Haushelferinnen) mit Ausbildungen in meist spitex-fremden Berufen, mit praktischen Erfahrungen und/oder mit der Bereitschaft, die vereinbarten Aufgaben nach Anweisung auszuführen. Sie erhalten eine sorgfältige Einführung, Schulung und Begleitung.

Einwohner/innen der Schweiz über 65 Jahre nach Haushaltstyp

VZ 1990

	Empersonen Haushalte	Ehepaar Haushalte ohne Kind	Konsensuel- Paarhaite ohne Kinder	Konsensuel- HH mit we- Personen	Ehepaar Konsensuel- mit Paarhaite Kindern mit Kindern	Elternel mit Kindern	Enzel- person mit Elternel	Nicht- familien- Haushalte	Straf- vollzugs- Anstalten	Internats- schulen
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Schweiz	308211	417583	12889	43195	52718	722	27891	36916	21	421
Zuerich	56264	71481	2217	5211	7175	119	3868	5199	1	4
Bern	46480	68004	2171	8212	7070	134	3745	5258	4	32
Luzern	11991	17195	360	2929	3216	34	1456	1880	2	42
Uri	1209	2020	25	304	568	1	214	315	0	0
Schwyz	3293	4733	135	823	1129	11	474	622	0	16
Obwalden	992	1471	33	311	401	5	134	232	0	2
Nidwalden	958	1639	22	200	384	3	162	171	0	0
Glarus	1821	2731	51	200	354	2	185	196	0	0
Zug	2429	3730	101	404	593	4	260	327	1	27
Fribourg	6899	10566	317	2442	1826	14	1055	1363	4	51
Solothurn	10127	15482	472	1633	2095	28	1011	1156	0	0
Basel-Stadt	15634	16111	718	830	1142	17	747	1374	2	1
Basel-Land	8117	14423	373	1201	1763	12	862	856	0	0
Schaffhausen	3630	5411	179	345	472	8	225	339	0	0
Appenzell A.RH.	2507	3695	103	303	390	6	204	344	0	0
Appenzell I.RH.	530	699	17	114	183	3	77	176	0	6
St.Gallen	17903	24722	610	2333	3705	41	1726	2643	0	41
Graubuenden	7295	10211	224	1355	1622	14	1009	1312	1	11
Aargau	16497	26878	831	3190	3945	48	1916	2140	0	2
Thurgau	8183	12616	370	1406	1659	22	742	1048	0	0
Ticino	14826	16353	518	2079	3636	31	2404	2532	1	68
Valud	30219	38930	1310	3157	3131	62	1764	3013	2	46
Valais	8752	12599	281	1304	2801	28	1537	1518	0	18
Neuchâtel	9031	11729	511	641	719	16	500	819	0	2
Genève	19485	19942	832	1757	2080	45	1240	1629	3	26
Jura	3140	4212	108	511	659	14	374	454	0	26

Einwohner/innen der Schweiz über 65 Jahre nach Haushaltstyp

VZ 1990

	Kranken- anstalten	Heime der Wohlfahrts- pflege		Klöster, Ordens- häuser etc		Hotel, Pensionen		Sonstige Kollektiv- Haushalte		Semmel- haushalte		Total 80+	In Krankenst- Heimen Pensionen Anzahl	% 65+	% 80+	In % 80+ ohne Klöster	Differenz In % 80+ Klöster Diff
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl						
Schweiz	33780	40962	3660	1166	1674	1193	988885	254519	75908	7.7	29.8	30.5	0.6	1.4			
Zürich	4499	8117	40	90	1092	295	166441	44547	12706	7.6	28.5	29.2	0.7	0.1			
Bern	4345	6537	251	395	168	202	153884	39656	11277	7.3	28.4	29.0	0.6	0.6			
Luzern	2386	1658	293	42	11	19	43807	11111	4086	9.3	36.8	37.3	0.6	2.6			
Uri	139	279	40	0	4	2	5163	1190	418	8.1	35.1	35.3	0.2	3.4			
Schwyz	692	785	495	18	0	2	13361	3258	1495	11.2	45.9	46.4	0.5	15.2			
Obwalden	185	179	140	5	1	1	4140	1052	369	8.9	35.1	35.4	0.3	13.3			
Nidwalden	148	103	56	2	1	2	3882	843	253	6.5	30.0	30.2	0.2	6.6			
Glarus	358	370	8	2	0	0	6325	1629	730	11.5	44.8	44.8	0.0	0.5			
Zug	392	650	326	22	34	2	9370	2252	1064	11.4	47.2	48.6	1.3	14.5			
Fribourg	1056	1077	604	5	13	4	27601	6503	2138	7.7	32.9	33.8	0.9	9.3			
Solothurn	931	967	184	3	18	17	34306	8504	1901	5.5	22.4	22.6	0.2	2.2			
Basel-Stadt	2109	1013	107	25	82	30	40062	11835	3147	7.9	26.6	26.9	0.3	0.9			
Basel-Land	404	1426	2	3	1	14	29597	6585	1833	6.2	27.8	28.0	0.2	0.0			
Schaffhausen	525	787	0	0	9	3	11994	3036	1312	10.9	43.2	43.3	0.1	0.0			
Appenzell A.RH.	383	848	14	4	1	6	8857	2538	1235	13.9	48.7	48.9	0.2	0.6			
Appenzell I.RH.	0	181	45	0	0	0	2067	563	181	8.8	32.1	33.2	1.1	8.0			
St.Gallen	2005	3190	292	34	67	275	59911	15227	5229	8.7	34.3	36.4	2.1	1.9			
Graubünden	902	1216	168	27	9	33	25559	6272	2145	8.4	34.2	34.9	0.7	2.7			
Aargau	1711	2878	49	103	92	31	60701	14439	4692	7.7	32.5	32.7	0.2	0.3			
Thurgau	1114	1668	56	82	2	15	29188	7356	2864	9.8	38.9	39.1	0.2	0.8			
Ticino	318	2706	72	18	26	29	45993	11563	3042	6.6	26.3	27.2	0.8	0.6			
Vaud	5494	214	105	146	10	33	88182	23780	5854	6.6	24.6	25.0	0.3	0.4			
Vallais	740	1226	251	11	14	62	31342	6753	1977	6.3	29.3	30.5	1.2	3.7			
Neuchâtel	1416	551	17	29	0	22	26099	6855	1996	7.6	29.1	29.5	0.4	0.2			
Genève	1097	2163	21	91	19	79	50832	14552	3351	6.6	23.0	23.8	0.7	0.1			
Jura	431	173	24	9	0	15	10221	2620	613	6.0	23.4	25.0	1.6	0.9			

Tabelle 3.1: Bezüger von Ergänzungsleistungen nach Pflegebedürftigkeit 1) und Wohnsituation, März 1995

Wohnsituation	Anzahl Personen			Anteil in Prozent		
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Total	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Total
Nicht im Heim	119 974	3 702	123 676	97.0	3.0	100.0
Im Heim	34 580	21 655	56 235	61.5	38.5	100.0
Total	154 554	25 357	179 911	85.9	14.1	100.0

Tabelle 3.2: Bezüger von Ergänzungsleistungen nach Pflegebedürftigkeit 1) und Wohnsituation, März 1995

Wohnsituation	EL-Summe in Mio. Fr. pro Jahr 2)			Anteil in Prozent		
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Total	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Total
Nicht im Heim	828	26	854	96.9	3.1	100.0
Im Heim	750	554	1 303	57.5	42.5	100.0
Total	1 578	580	2 158	73.1	26.9	100.0

Tabelle 3.3: Bezüger von Ergänzungsleistungen nach Pflegebedürftigkeit 1) und Wohnsituation, März 1995

Wohnsituation	EL-Durchschnitt pro Person 3)			Total=100		
	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Total	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig	Total
Nicht im Heim	6 900	7 100	6 900	100.0	102.9	100.0
Im Heim	21 700	25 600	23 200	93.5	110.3	100.0
Total	10 200	22 900	12 000	85.0	190.8	100.0

1) Als pflegebedürftig gelten Personen mit einer Hilflosenentschädigung mittleren und schweren Grades.

2) Inklusiv Vergütung von Krankheitskosten

3) Betrag in Fr. pro Jahr, inklusiv Vergütung von Krankheitskosten

Die EL richtete im Jahr 1995 rund 580 Mio. Fr. an Personen mit Pflegebedarf aus. Das heisst aber nicht, dass damit direkt Pflege finanziert wurde, da der EL-Betrag ein Saldobetrag ist, der individuell aus Ausgaben minus Einnahmen berechnet wird. Demnach hängt die Höhe des Betrags sowohl von den Einnahmen wie auch von den Ausgaben ab. Bei diesen machen die Aufwendungen für Pflege einen bedeutenden Anteil aus.

Quelle: BSV, 1996

Table 3: Synopsis of Alternative Long-Term Care Systems in the European Union

	Denmark	France	Germany	Ireland	Luxembourg	Sweden	United Kingdom	(...)
Objectives and Main Institutional Arrangements								
1. Special Objectives	Continuity in life conditions; greater self-determination/ autonomy for the elderly; better possibilities to use one's own resources and possibilities	Home care comes before institutional care; promoting willingness to provide long-term care within the family	Prevention and rehabilitation come before nursing; home care comes before institutional care; promoting willingness to provide long-term care within the family or the neighborhood	To enable the elderly person to live at home at an optimal level of health and independence; to enable those who cannot live at home to receive treatment, rehabilitation as near as possible to home	Home care comes before institutional care; promoting willingness to provide long-term care within the family or the neighborhood	The right of the elderly to stay in her/his own home	The central aim of Government policy for the care of elderly people is to provide services that enable them to live independently for as long as possible	
2. Dominating Principle:	Maintenance	Social insurance	Social insurance	Welfare	Maintenance	Maintenance	Welfare	
3. Main Administration	Municipalities	Departments	Social long-term care funds	Local Authorities Central Government: Department of Social Welfare, Department of Health and Health Boards	Ministry of Health, Ministry for family affairs	Municipalities and Counties	Local Authorities Central Government: Department of Social Security and Department of Health	

Quelle: R. Eisen, An international comparison of securing long-term care systems, Frankfurt 1995

Table 3: Synopsis of Alternative Long-Term Care Systems in the European Union. Continued

	Denmark	France	Germany	Ireland	Luxembourg	Sweden	United Kingdom	(...)
4. Orientation of Care System: -cash benefits/ -services in kind -universal/means tested	Services in kind Universal	Services in kind are offered universally; cash benefits for home care are means tested	Cash benefits/services in kind (Quasi) Universal	Services in kind Means tested	Services in kind are offered universally; cash benefits for home care are means tested	Services in kind Universal	Services in kind Means tested	
5. Structure of several/possible care technologies [Residential Care/ Home Care/ Community Care]								
Facts and Figures [Demographic Aspects]								
6. Data Sources	Periodical statistics are partially available		No periodical data sources; only irregular estimations and several representative cross section analyses	No periodical data sources; one representative study of caregivers at home and in the community	Periodical statistics are partially available		Periodical statistics are partially available; several representative studies	
7. Number and proportion of persons in need of long-term care total	196,000	1.5 million	1.65 million	85,333 ^b	6,129	379,600	2.4 million.	
-in per cent of population	3.8	2.6	2.0	2.0	1.6	4.3	4.0	
-institutional care	48,000	601,000	450,000	15,313	4,210	119,500	GB*: 442,523	
-home care	148,000	900,000	1.2 million	66,300	1,536	260,100	Max. 1,7 million	
-mixed (day care)	6,000	-	-	Not available	383	-	Not available	
Age-related disability ratios:								

Table 3: Synopsis of Alternative Long-Term Care Systems in the European Union. Continued

	Denmark	France	Germany	Ireland	Luxembourg	Sveden	United Kingdom	(...)
8. Legal definitions	No legal definitions	No legal definitions	Sharp institutional division between sickness and disability	No legal definitions but division between sickness and disability	No legal definitions		No legal definitions but division between sickness and disability	
Expenditures and Financing								
9. Expenditures for Long-Term Care -total	22 billion DKK	21.947 million FF	Approximately 26 billion DM per year (social long-term care insurance)	Approximately 91 million Ir£; „Worth“ of informal care: 159,6 million Ir£ or more (opportunity costs included)			Approximately 4.2 billion £; „Worth“ of informal care about 15 to 24 billion £ (opportunity costs not included)	
-functional		home care: 9.157 million FF institutional care: 12.790 FF						
10. Main source: -taxes -contributions -donations	Taxes	Contributions	Contributions for employees (rate 1.7 % from wage income until a certain limit, 5,800 DM; 50:50 employer/employee)	Donations, especially informal care-givers who provide their services free of charge; Taxes	Taxes	Taxes	Donations, especially informal care-givers who provide their services free of charge; Taxes	
11. Co-payments (Out-of-pocket payments)	For institutional and home care	For institutional and home care	For institutional care	Not available	For institutional and home care	Partly for institutional and home care	Partly for institutional care	

Table 3: Synopsis of Alternative Long-Term Care Systems in the European Union. Continued

	Denmark	France	Germany	Ireland	Luxembourg	Sweden	United Kingdom	(...)
Benefits and Services								
12. Prerequisites of a claim	Permanent residence in Denmark		All persons are legally obliged to enter the long-term care insurance schemes as is the case with regard to the social health insurance	Permanent residence in the Republic of Ireland		Permanent residence in Sweden	Permanent residence in the United Kingdom	
13. Assessment of care needs	Local authorities. No categorical or general system to assess individual's needs	Department authorities	Categorical assessment made by physicians	Depends on service requested; in general no categorical or general system to assess individual's needs	Public authorities	Local authorities. No categorical or general system to assess individual's needs	Depends on service requested; Since 1993: range of services provided depends on the results of an assessment of individual needs	
14. Types of benefits and services:	Mainly services in kind	For home care benefits in cash and in kind For institutional care only services in kind	For home care benefits in cash or in kind. For institutional care only services in kind	Services in kind and in cash	For home care benefits in cash and in kind For institutional care only services in kind	Mainly services in kind	Services in kind and in cash	

Table 3: Synopsis of Alternative Long-Term Care Systems in the European Union. Continued

	Denmark	France	Germany	Ireland	Luxembourg	Sweden	United Kingdom	(...)
15. Choice between types of benefits and services		No choice	Only for home care	No choice	No choice		Until now very limited, but Government considers that elderly people should have a choice of care provision	
16. Additional benefits for informal care givers (home care)	Care allowance to persons taking care of terminally ill people	No benefits for informal care givers	Contributions to the pension funds; funding for day-, night- or short-term nursing home care; payments for substitutes while informal care-givers are on holiday; special aid and teaching arrangements	Main benefit is Care-giver's Allowance for a person who lives with and cares for an elderly person who needs full time care	Contributions to the pension funds		Main benefit is Invalid Care Allowance to persons under 65 caring for a severely disabled person at home	

Table 3: Synopsis of Alternative Long-Term Care Systems in the European Union. Continued

	Denmark	France	Germany	Ireland	Luxembourg	Sweden	United Kingdom	(...)
17. Adjustment of benefits and services	Discretionary decisions of local governments	Twice a year per decree	Amounts are not indexed according to prices or income; no regular increases; discretionary decisions of federal government	Discretionary decisions of local authorities and central government	Discretionary decisions of the government		Discretionary decisions of local authorities and central government	
Personal and Facilities								
18. Number of Beds/Patients in -Nursing Homes -Day Care Facilities	48,000 6,000	601,000		1,88 ^d Not available	3,810 383		1,17 ^e Not available	
19. Number of care providers -professionals -informal care givers	87,255			Not available 66,300-105,600 (1987)			Not available approx. 1,7 Mio.	

a Great Britain 1991

b 3,600 elderly in psychiatric institutions included

c The figure applies only to private, commercial and non-profit run nursing homes

d The figure applies only to private and commercial run nursing homes

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d/i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung).	EDMZ* 318.012.1/96 d
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

	Bezugsquelle Bestellnummer
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrac: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämien genehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrac: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
 * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
 ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
 ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne