

Zeitschrift:	Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber:	Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band:	74 (2003)
Heft:	6
Artikel:	Hansueli Möslé : zur Finanzierung der Langzeitpflege soll das geltende KVG soll vollzogen werden : pflegebedürftig kann jeder sein
Autor:	Möslé, Hansueli
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-804744

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

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

Hansueli Möslé: Zur Finanzierung der Langzeitpflege soll das geltende KVG soll vollzogen werden

Pflegebedürftig kann jeder sein

Pflegebedürftig können Menschen jeden Alters sein. So gibt es Personen, die schon von Geburt an eine schwere Behinderung zu tragen oder in jungen Jahren eine ernsthafte Krankheit oder einen Unfall mit Dauerfolgen erlitten haben.

Andere wiederum bedürfen erst im hohen Alter der Langzeitpflege und -betreuung. Obschon die Datenlage in der Schweiz schwierig ist und immer noch einheitliche statistische Angaben über die Anzahl Heime und Plätze in der Langzeitpflege fehlen sowie die Zahl der Pflegebedürftigen und des damit verbundenen Bedarfs beziehungsweise der Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsleistungen nur unzureichen vorhanden ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Schweiz gegenwärtig rund 150 000 pflegebedürftige Personen unterschiedlichen Alters zählt.

Davon beanspruchen – und das ist für uns relevant – weit mehr als 70000 betagte Menschen die stationäre Langzeitpflege und Betreuungsleistungen in Kranken- und Pflegeheimen sowie in Altersheimen mit Pflegeabteilungen.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz der Bedarf an Wohn- und Pflegeplätzen für pflege- und betreuungsbedürftige Personen zur Zeit gedeckt ist. Das quantitative

Leistungsangebot der stationären Langzeitpflege mit über 76 000 Betten für Betagte darf gegenwärtig trotz regionaler Schwankungen als ausreichend beurteilt werden. Verglichen mit dem Ausland stehen in der Schweiz das institutionelle Angebot an Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen sowie auch die ambulanten Dienste praktisch flächen-deckend zur Verfügung.

Der Wunsch, möglichst lange, am liebsten bis zum Tod, in der vertrauten Wohnung zu bleiben, ist bei den alten Menschen weit verbreitet. Entgegen weit verbreiteten Vorstellungen befinden sich denn auch nur eine Minderheit selbst der über 85-jährigen Menschen in einem Alters- oder Pflegeheim. So leben in der Schweiz gegenwärtig 38% der über 85-Jährigen, das heisst rund 40 000 Menschen, und 42% der über 90-Jährigen (zirka 13 000 Personen) in stationären Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtungen. Es ist nach wie vor so, dass fast niemand freiwillig ins Heim zieht. Muss jedoch ein Umzug ins Pflegeheim ins Auge gefasst werden, so handelt es sich dabei fast ausschliesslich um einen medizinischen oder sozialen Notfall. Als Gründe können angeführt werden:

- man kann den Alltag nicht mehr allein bewältigen
- man möchte den Kindern, Bekannten und Nachbarn nicht zur Last fallen
- die steigende Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit (physisch und/

oder psychogeriatrisch) verunmöglicht ein selbständiges Wohnen.

Die Wartelisten in den Pflegeheimen sind lang, funktionieren aber nicht mehr, weil die Angemeldeten meist bis zum Notfall zuwarten mit der Folge, dass dann sehr oft in der Wunschinstitution kein Platz frei ist. Derzeit sind – je nach Region – Suchzeiten zwischen drei bis neuen Monaten nicht selten. Die Auslastung der Heime ist mit 95–97% dementsprechend hoch.

Neues Krankenversicherungsgesetz hätte Solidarität stärken sollen

Mit dem, am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen neuen Krankenversicherungsgesetz des Bundes wurde zur Verstärkung der Solidarität zwischen den Generationen das **Einheitsprämiensystem** in der obligatorischen Krankenversicherung eingeführt, das insbesondere eine Ungleichbehandlung der Risiken aufgrund fortgeschrittenen Alters ausschliesst. Ferner umfasst der Leistungskatalog dieses neuen Bundesgesetzes die gleiche medizinische Versorgung unabhängig davon, ob sie nun stationär in einem Pflegeheim, teilstationär oder ambulant bei der pflegebedürftigen Person zu Hause erbracht wird (Art. 25 und Art. 50 KVG).

Gestützt auf diese Gesetzesbestimmungen und in Verbindung mit den Artikeln 7, 8 und 9 Abs. 4 der Kranken-

pflege-Leistungsverordnung vom 29. Sept. 1995 (KLV) hätte somit die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für diese medizinischen Behandlungen, namentlich also die Pflegeleistungen bei Aufenthalt in einem Pflegeheim, volumnfänglich zu übernehmen, sofern diese Leistungen von einem Arzt bzw. einer Ärztin, gestützt auf eine Bedarfsabklärung, angeordnet worden sind. Andere, bei Pflegebedürftigkeit ebenso wichtigen Leistungen nicht-medizinischer Art, wie beispielweise soziale Betreuung, Aktivierungstherapien oder der eigentliche Aufenthalt im Pflegeheim (so genannte Hotel- oder Pensionskosten) fallen demgegenüber nicht unter die obligatorische Krankenversicherung bzw. Leistungspflicht der Krankenkassen und werden daher der Heimbewohnerschaft in Rechnung gestellt. Hat die Person für die Kostenbegleichung genügend Einkünfte (AHV/IV-Rente) und allenfalls Hilflosenentschädigung, berufliche Vorsorgeleistungen und Vermögen), bezahlt sie die ihr in Rechnung gestellte Heimtaxe. Reichen die verfügbaren finanziellen Mittel nicht aus, werden zusätzlich zu den AHV/IV-Renten Ergänzungsleistungen (EL) und bei Bedarf allenfalls kantonale oder kommunale Zuschüsse ausgerichtet.

Ungedeckte Pflegekosten werden über erhöhte Grundtaxe belastet

Es ist bekannt: Aufgrund der mangelnden Transparenz bei der Zuordnung und Ausscheidung der Kosten zwischen den medizinischen Pflegeleistungen und den anderen bei Pflegebedürftigkeit notwendigen Massnahmen nicht-medizinischer Art wurde 1997 Rahmentarife eingeführt (Art. 9a KLV). Diese, sich nach den Pflegebedarfsstufen richtenden Tariflimiten haben zur Folge, dass die Krankenversicherer zur Zeit bloss einen Teil der angefallenen Pflegekosten tragen. Gemäss Art. 9a Abs. 2 KLV handelt es

sich bei dem heute geltenden Rahmentarif um eine Übergangsbestimmung, die so lange in Kraft bleibt, bis die Pflegeheime «über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art. 49 Abs.6 und 50 KVG) verfügen». Dies hat zur Folge, dass die Krankenversicherer und damit die Prämienzahler lediglich einen nicht-kostendeckenden Beitrag an die effektiven KVG-Pflegekosten leisten. Aufgrund des Tarifschutzes von Art. 44 KVG darf der Fehlbetrag der Heimbewohnerschaft grundsätzlich nicht in Rechnung gestellt werden. Je nach Kanton und Gemeinde werden aber dem Bewohner diese ungedeckten Pflegekosten über eine erhöhte Grundtaxe (Pensionskosten) beziehungsweise als eigentliche ungedeckte Pflegekosten belastet. Diese Verrechnung der ungedeckten Pflegekosten steht jedoch im Widerspruch zum Tarifschutz gemäss Art. 44 KVG.

Mit der auf 1. Januar 2003 in Kraft getretenen VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung) wird es für Pflegeheime frühestens ab 2004 auf Grund der Tarifverhandlungen 2003 (Basis Finanzbuchhaltung 2002) möglich, die Heimbewohner und -bewohnerinnen von Kosten für Leistungen der Untersuchung, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Art. 7 KLV) vollständig zu entlasten.

Das heute geltende Rahmentarifsystem gemäss Art. 9a Abs. 2 KLV fällt dahin, und die Krankenversicherer haben auf Grund von Art. 24 ff. KVG die gesamten anrechenbaren Kosten für erbrachte Pflegeleistungen (Art. 7 KLV) zu übernehmen.

Dies ist vom Gesetzgeber beabsichtigt, denn eine über Franchise und Selbstbehalt hinausgehende Kostenbeteiligung der Pflegeheimbewohner- und

bewohnerinnen ist im KVG eben so wenig vorgesehen wie eine Mitfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass der Gesetzesvollzug zu einer Erhöhung der globalen finanziellen Belastung führen wird. Wie hoch die Mehrkosten für die Versicherer sein werden, darüber bestehen unterschiedliche Auffassungen. Während die Santésuisse, der Verband der schweizerischen Krankenversicherer, von 1.2 Milliarden spricht, was rund 10 Prämienprozenten entsprechen, kommen CURAVIVA und das Forum stationäre Altersarbeit Schweiz leidlich auf zusätzliche 800 Millionen Franken. Es ist ferner davon auszugehen, dass sich die Erhöhungen auf einen Zeitraum von über fünf Jahren verteilen werden. Abgesehen davon wird die angestrebte Kostentransparenz zu Effizingewinnen führen, was sich dämpfend auf die Prämien auswirken wird.

Der Schwarze Peter dem Nationalrat zugespielt

Wie hoch auch immer der Kostenschub im Gesundheitswesen und damit die Prämienerhöhung bei der Krankenversicherung ausfallen wird, die Gefahr besteht jedenfalls, dass damit und auf Grund der demografischen Entwicklung die Generationen-Solidarität in unserem Land noch mehr strapaziert werden könnte. Mit einem Mitte Oktober 2002 lancierten Vorstoss haben SDK und Santésuisse eine Neuregelung der Pflegekosten bereits im Rahmen der 2. Revision des KVG vorgeschlagen. Diesen Vorstoss hat auch der Ständerat im Rahmen der Frühjahressession im März 2003 aufgenommen und mit grossem Mehr beschlossen, die Krankenversicherer müssten in Zukunft leidlich noch einen vom Bundesrat festzulegenden Beitrag an die Pflegekosten bezahlen. Dies würde mehr oder weniger der heutigen

Situation entsprechen. Der Ständerat war sich durchaus bewusst, dass er damit eine unausgereifte Lösung gewählt und den «Schwarzen Peter» dem Nationalrat zugespielt hat. An der nationalrätlichen Kommission ist es nun, eine politisch tragbare Lösung zu finden.

Das geltende KVG soll vollzogen werden

Spitex Schweiz, CURAVIVA sowie das Forum stationäre Altersarbeit Schweiz sind sich durchaus bewusst, dass die mit der Umsetzung des VKL verbundene Prämien erhöhung, insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung in der Schweiz, ein Problem darstellt, das gelöst werden muss.

Es braucht aber vorerst eine grundsätzliche Diskussion darüber, was der alte Mensch, und vor allem jeder Mensch in seinen letzten zwei Lebensjahren kosten darf und wie die Finanzierung erfolgen soll. Ferner gilt es zu beachten, dass es im gesamten Gesundheitswesen nicht die Pflegemassnahmen im ambulanten und stationären Langzeitpflegebereich sind, sondern vor allem die Arztleistungen, Medikamente und Leistungen in den Akutspitäler, welche die überproportionale Höhe der Krankenversicherungsprämien verursachen.

Insofern beurteilen wir die partielle Korrektur des KVG wie sie von SDK und Santésuisse vorgeschlagen und vom Ständerat beschlossen wurde, als eine wenig erfolgsversprechende Lösung zur Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Opfer sind vorwiegend die Betagten.

Aus grundsätzlichen Überlegungen stellen sich Spitex Schweiz, CURAVIVA sowie das Forum stationäre Altersarbeit Schweiz auf den Standpunkt, dass das geltende KVG zu

vollziehen ist. Das heisst, die Krankenversicherer haben die Pflegekosten, wie sie im Gesetz umschrieben sind, volumnfähiglich zu übernehmen (Wille des Volkes bei der Einführung des KVG). Die Gesetzlichen Voraussetzungen sind mit der Inkrafttretung der VKL und der Einführung der Kostenrechnung in den Heimen gegeben.

Zur Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen bedarf es einer breiten Diskussion sowie der sorgfältigen Prüfung möglicher Finanzierungsvarianten, bevor ein Entscheid auf Gesetzesebene gefällt werden kann. Insbesondere geht es nicht an, lediglich Korrekturen im Sinne von «Pflasterlipolitik» ausschliesslich bei den Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Langzeitpflegebereich vorzunehmen.

CURAVIVA, Spitex Schweiz und das Forum stationäre Altersarbeit Schweiz verschliessen sich jedoch einer Diskussion über die Änderungen der gesetzlichen Grundlagen und damit einer zukünftigen Neulösung der Finanzierung von Heimplätzen prinzipiell nicht.

Voraussetzung ist aber:

- dass die Pflegekosten durch blosse Beitragsleistungen der Versicherer und durch gleichzeitige Kompensationsmassnahmen im Bereich der Ergänzungsleistungen gedeckt werden können. Das bedingt hingegen eine Festlegung der EL nach möglichst gesamtschweizerisch gültigen Kriterien, die sich an den effektiven Kosten zu orientieren haben.
- dass die Grenze des maximalen Vermögensverzehrs in Zusammenhang mit der EL entscheidend anzuheben ist (zum Beispiel Anhebung des Vermögensfreibetrages von Fr. 25 000.– auf 200 000.–) und die EL-Begrenzung von Fr. 30 000.– für

Heimbewohner und -bewohnerinnen aufzuheben ist. Als einzige Begrenzung bliebe aber die verpflichtende Festsetzung höchstmöglicher Taxen pro Pflege- und Betreuungsstufe. Es ist nicht Sache der öffentlichen Hand, den Aufenthalt in Luxus-Residenzen zu finanzieren. Auch hier wäre es von Vorteil, eine einheitliche Lösung für die ganze Schweiz zu haben. Beim Heimaufenthalt entfiel somit der Gang zur Sozialhilfe.

- dass die Leistungen der Behandlungen sowie die Pflegemassnahmen klar festgelegt werden (Definition des Leistungskatalogs).

Dieses Finanzierungsprinzip ist sozial verträglich, da einerseits vom Giesskannenprinzip Abstand genommen wird und andererseits durch die Finanzierung eines Teils der Pflegekosten über die Ergänzungsleistungen auch die juristischen Personen diese Kosten mittragen.

Dieses von den stationären und ambulanten Dachverbänden favorisierte Modell kommt nicht einer Pflegeversicherung gleich, denn nach wie vor sind verschiedene Finanzierungsträger involviert.

Gerade bei einer Pflegeversicherung, wo nur und ausschliesslich der Versicherer als Finanzträger auftritt, würde ein sozialpolitisches Problem bei den Prämienlasten entstehen. Die Generationensolidarität würde damit mit Sicherheit zu sehr strapaziert.

Dr. Hansueli Möslé

Bei obigen Ausführungen handelt es sich um Ausschnitte aus einem Referat, gehalten am Jubiläumsfest «40 Jahre städtisches Alters- und Pflegeheim (Clara Dietiker Heim) Stein am Rhein».

Thema: Die Entwicklung vom Alters- zum Pflegeheim, zukünftige Finanzierung von Heimplätzen.