

Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz

Im Auftrag der
Age Stiftung, Zürich
Antonia Jann, Geschäftsführerin; Andreas Sidler, Leiter Forschung und Wissensvermittlung

Jolanda Jäggi, Kilian Künzi

Bern, Dezember 2014 / aktualisiert Februar 2015

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
1 Ausgangslage und Fragestellung	2
2 Vorgehen	3
3 Organisation und Finanzierung von Hilfe und Pflege: Drei Länderportraits	4
3.1 Deutschland	4
3.1.1 Die Pflegeversicherung in Deutschland	4
3.1.2 Akteure	6
3.1.3 Finanzierung	6
3.1.4 Kritikpunkte und Reformen	7
3.2 Japan	9
3.2.1 Das japanische LTCI-System	10
3.2.2 Akteure	11
3.2.3 Finanzierung	11
3.2.4 Kritikpunkte und Reformen	12
3.3 Schweiz	13
3.3.1 Die neue Pflegefinanzierung	13
3.3.2 Finanzierung	15
3.3.3 Akteure	16
4 Vergleich der drei Systeme	17
4.1 Pflege und Unterstützung: systemrelevante Begrifflichkeiten	17
4.2 Zugang zu Leistungen	18
4.3 Akteure und Zuständigkeiten	18
4.4 Finanzierung und Kostenkontrolle	19
4.5 Bleibende Herausforderungen	20
5 Stand der Diskussion zur Pflegefinanzierung in der Schweiz	21
5.1 Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung	21
5.2 Pflegeversicherung	24
6 Grundlagen und Literatur	25
7 Abkürzungen	28

1 Ausgangslage und Fragestellung

In den nächsten Jahren und Jahrzehnten wird der Bedarf an Pflege- und Unterstützungsleistungen aufgrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung stetig zunehmen. Gleichzeitig mit der Alterung der Gesellschaft und der Zunahme an Menschen mit chronischen Erkrankungen verkleinert sich das Potential der informellen Pflege (andere Familienstrukturen, Wohnformen, Generationenabstände, Erwerbsintegration der Frauen). Viele Länder stehen deshalb vor der Herausforderung, wie und in welcher Form die Betreuung und Pflege alter und kranker Menschen organisiert, in ausreichendem Umfang gewährleistet und finanziert werden kann.

In der Schweiz werden Pflege- und Betreuungskosten seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011 zu unterschiedlichen Anteilen von Krankenkassen, Sozialversicherungen, Ergänzungsleistungen und Privathaushalten finanziert. Bereits vor dem Systemwechsel, aber auch in der Diskussion um die Umsetzung der neuen Regelung wird immer wieder die Einführung einer Pflegeversicherung ins Spiel gebracht. In Deutschland gibt es seit mittlerweile 20 Jahren eine Pflegeversicherung; in Japan, wo die demografischen Entwicklungen bereits weiter fortgeschritten sind als in Westeuropa, wurde 2000 ein Versicherungssystem für Langzeitpflege eingeführt.

Die Age Stiftung möchte die Entwicklungen und die Diskussionen zum Thema Pflegeversicherung und Pflegefinanzierung mitverfolgen. Dazu dient die vorliegende Übersicht, welche zum einen die nationalen Systeme der Unterstützung bei Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland, Japan und der Schweiz portraitiert und entlang ausgewählter Merkmale vergleicht, zum anderen den aktuellen Stand der politischen Diskussion in der Schweiz aufarbeitet.

Fragestellungen

Der Systemvergleich orientiert sich an den folgenden Bereichen:

1. Definition, Begrifflichkeit, Abgrenzungen

Jedes System für Unterstützung und Pflege basiert auf einem Pflegebegriff, der definiert, welche Leistungen in welchem Umfang von welchem Kostenträger übernommen werden. Von besonderem Interesse sind dabei Begrifflichkeiten, die systemrelevante Abgrenzungen schaffen (z.B. kann ein medizinisch geprägter Pflegebegriff den Anspruch auf Leistungen im Bereich der psychosozialen Unterstützung ausschliessen, die vielen Menschen ermöglichen würden, länger ohne stationäre Pflege auszukommen).

2. Struktur des Feldes

Die Beschreibung der drei Systeme soll aufzeigen, welche Akteure in den einzelnen Ländern bei der Bereitstellung, Finanzierung und Inanspruchnahme von Pflege- und Unterstützungsleistungen involviert sind, und in welchen gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen diese Verhältnisse geregelt sind.

3. Rechte von Bedarfsgruppen

Ein dritter Themenkreis des Systemvergleichs ist die Regelung des Zugangs zu Leistungen, einerseits auf der rechtlichen Ebene, andererseits bei der praktischen Umsetzung des Leistungsbezugs.

4. Leistungserbringer

Auch Regelungen dazu, welche Berufsgruppen, Institutionen, Organisationen etc. unter welchen Bedingungen berechtigt sind, im jeweiligen Pflege-/Betreuungssystem Leistungen zu erbringen und abzurechnen, sollen in den Systemvergleich einfließen.

5. Finanzierung

Schliesslich soll die vergleichende Übersicht auch aufzeigen, inwiefern unterschiedliche Finanzierungsquellen bzw. Finanzierungsarten für bestimmte Leistungen, Bedarfsgruppen oder Leistungserbringer bestehen.

6. Erfahrungen, Reformprojekte, politische Diskussion

Neben der systematischen Übersicht werden auch die wichtigsten Diskussionspunkte der aktuellen politischen Debatte um die Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen aufgegriffen (zentrale Reformprojekte/Vorstösse, jüngste Entwicklungen, prägende Akteure, politische Ebenen und Positionen).

2 Vorgehen

Die vorliegende Übersicht basiert auf einer – nicht abschliessenden – Literatur- und Deskrecherche nach wissenschaftlichen Analysen, amtlichen Dokumenten und Medienberichten, welche Informationen zu der Struktur der Pflege- und Betreuungssysteme in den ausgewählten Ländern bereitstellen.

Für die Länderportraits wurde (im regulären Browser sowie auf scholar.google) mit den Suchbegriffen «Pflegeversicherung», «Pflegefinanzierung», «Long term care» und «care insurance», in Kombination mit «Japan», «Deutschland» und «Schweiz» recherchiert. Dazu kamen gezielte Recherchen nach amtlichen Dokumenten, Gesetzestexten und Informationen der zuständigen Behörden auf den jeweiligen Websites. Der Fokus der Recherche lag auf jüngeren Publikationen (letzte 4 bis 5 Jahre), welche möglichst auch Angaben zu den Erfahrungen mit dem neuen System machen. Für die Darstellung der politischen Diskussion in der Schweiz wurde die Curia-Vista-Datenbank (via Volltextsuche) nach Geschäften zum Thema «Pflegefinanzierung» und «pflegende Angehörige» konsultiert.

Aufbau des Berichts

Im Folgenden wird zunächst in drei Länderportraits aufgezeigt, wie in Deutschland, Japan und der Schweiz die Unterstützung und Pflege von betagten Menschen organisiert und finanziert wird. Dabei werden auch zentrale Kritikpunkte und Herausforderungen der ausländischen Pflegeversicherungen aufgegriffen (Kapitel 3). In einem zweiten Teil werden die drei Systeme anhand von Übersichtstabellen entlang der oben erwähnten Fragestellungen einander gegenübergestellt (Kapitel 4). Abschliessend werden die politischen Entwicklungen und der Stand der Diskussion in der Schweiz zusammengefasst (Kapitel 5).

3 Organisation und Finanzierung von Hilfe und Pflege: Drei Länderportraits

3.1 Deutschland

Vor der Einführung der Pflegeversicherung 1995 mussten Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige die Kosten für ambulante und stationäre Pflege weitgehend selber tragen – nur gewisse Leistungen wurden von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen (Holzkämper 2014, 3). Mit dem demografischen Wandel stieg nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen, sondern insbesondere bei Heimbewohner/innen auch die Zahl der auf Sozialhilfeleistungen angewiesenen Personen. Um die **pflegebedingte Sozialhilfebedürftigkeit** zu vermindern und die Kommunen als Träger der Sozialhilfe zu entlasten, wurde nach dem Vorbild der bestehenden Sozialversicherungen die Pflegeversicherung (SGB XI) geschaffen.¹

3.1.1 Die Pflegeversicherung in Deutschland

Strukturell und organisatorisch ist die Pflegeversicherung eng ans System der Krankenversicherungen angebunden. Die obligatorische Pflegeversicherung erfolgt in der Regel durch die der jeweiligen Krankenkasse angeschlossene Pflegekasse, und entsprechend der Trennung in gesetzliche und private Krankenversicherung² gibt es nebst der **«sozialen Pflegeversicherung»** (SPV) eine **private Pflegeversicherung** (PPV): Wer gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der SPV versichert; jeder privat Krankenversicherte ist verpflichtet, eine PPV abzuschliessen. Die PPV ist demnach nicht zu verwechseln mit der freiwilligen privaten Pflegevorsorge («Pflege-Bahr», siehe Kap. 3.1.3). Es gibt zwar eine gesetzliche Verpflichtung zu gleichen Leistungen und Vorgaben bezüglich Prämiengestaltung, dennoch bestehen hinsichtlich Finanzierung/Beitragsgestaltung deutliche Unterschiede zwischen PPV und SPV (vgl. Kap. 3.1.3).

Anspruchsberechtigung

Voraussetzung ist eine Mindestbeitragszeit von 2 Jahren; dann können Personen jeglichen Alters, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung auf Pflege angewiesen sind, einen Antrag auf Unterstützung stellen. Über die Bezugsberechtigung, d.h. ob eine Pflegebedürftigkeit gemäss der gesetzlichen Definition besteht, sowie über die Höhe des Unterstützungsbedarfs (d.h. die Einteilung in eine der drei Pflegestufen) befindet der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK).

Pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI sind «Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmässig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Masse der Hilfe bedürfen». Mit alltäglichen «Verrichtungen» sind Tätigkeiten in den Bereichen Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität (Aufstehen, An- und Auskleiden, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung etc.) und Haushalt gemeint.

Zugang zu Leistungen

Nach der Antragstellung bei der Pflegekasse prüft ein/e Gutachter/in des MDK anlässlich eines Hausbesuches bei den Versicherten, ob Einschränkungen bei den oben genannten Verrichtungen bestehen. Das **Gutachten** umfasst Angaben zu Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit, eine Einschätzung, ob Massnahmen zur Rehabilitation oder Prävention der (Verschlimmerung der) Pflegebedürftigkeit angezeigt sind sowie Empfehlungen für den individuellen Pflegeplan. Beim Erstellen des Gut-

¹ Zu weiteren Zielen, die mit der Pflegeversicherung verbunden sind, vgl. Naegele (2014, 14). Der Gesetzestext von SGB XI ist online zugänglich unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html> (Zugriff 30.10.2014).

² In der GVK sind alle Personen bis zu einem monatlichen Einkommen von 4350 Euro versichert; wer mehr verdient, selbständig erwerbend oder beim öffentlichen Dienst angestellt ist, kann sich wahlweise auch privat versichern (Blümel 2013, 57).

achtens sollen auch Einschätzungen der behandelnden Ärzte, der Angehörigen und ggf. involvierter Pflegedienste einbezogen werden (§ 18 SGB XI). Je nachdem, wie stark jemand bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe angewiesen ist, erfolgt die Einteilung in eine von **drei Pflegestufen** (erheblich, schwer oder schwerst pflegebedürftig). Entscheidend für die Einstufung ist der durchschnittliche **Zeitaufwand**, den Angehörige pro Tag für Grundpflege und hauswirtschaftliche Unterstützung benötigen. Die Pflegestufe I beginnt bei einer Mindestdauer von 90 Minuten (§15 SGB XI Abs. 3).

Seit 2008 können auch Personen mit «eingeschränkter Alltagskompetenz», deren Hilfebedarf nicht das Ausmass der Pflegestufe I erreicht, gewisse Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen (sogenannte «**Pflegestufe 0**»³). Betroffen sind Menschen mit Demenzerkrankungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die z.B. den Tagesablauf nicht planen und strukturieren können, Alltagssituationen verkennen und inadäquat reagieren, Weglauftendenzen aufweisen etc. (§ 45a SGB XI). Seit 2015 haben alle Versicherten – also auch jene mit rein körperlicher Beeinträchtigung – Anspruch auf einen Beitrag von 104 Euro/Monat für Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Gleichzeitig wurde der Zugang zu Leistungen für Menschen mit «Pflegestufe 0» verbessert. Sie haben nun – wie Versicherte der Stufen I bis III – Anspruch auf den Zuschlag für Mitglieder in ambulant betreuten Wohngruppen sowie auf Kurzzeitpflege und teilstationäre Angebote im Bereich der Tages- und Nachtpflege, was insbesondere der Entlastung pflegender Angehöriger zugutekommt (BMG 2015).

Leistungsumfang und Art der Leistungen

Die Pflegeversicherung deckt nicht den vollen Umfang des Pflegebedarfs ab – im Gegensatz zur Krankenversicherung ist sie eine «**Teilleistungsversicherung**». Für die ungedeckten Kosten müssen die Pflegebedürftigen oder deren Familien selber aufkommen.⁴ Der Deckungsgrad der Pflegeversicherung ist seit der Einführung stark zurückgegangen, da die Kosten der professionellen Pflege gestiegen sind, die Leistungsvergütung jedoch nicht in gleichem Masse angepasst wurde. Gemäss Blümel (2013, 61) deckt die Pflegeversicherung gegenwärtig rund 50% der Kosten für stationäre Pflege. Ohne Erhöhung der Vergütungssätze könnte der Deckungsgrad bis 2050 auf weniger als ein Drittel sinken (Naegele 2014, 18). Die Erhöhung der Leistungssätze ab 1.1.2015 um rund 4%⁵ ist nach Ansicht von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden immer noch zu wenig, um die Lohn- und Preissteigerungen nachhaltig auszugleichen (Frey 2014).

Die Versicherten können wählen, ob sie **Pflegegeld** beziehen (um damit pflegende Angehörige zu entschädigen) oder **Pflegesachleistungen**, d.h. die Unterstützung professioneller ambulanter Pflegedienste in Anspruch nehmen wollen. Der Umfang der gewährten Leistungen unterscheidet sich nach Art der Unterstützung (Pflegegeld deutlich geringer als Sachleistungen), nach Pflegestufe sowie nach «Pflegeort» (ambulant vs. stationär).⁶ Daneben werden auch Beiträge an Hilfsmittel, an bauliche Umrüstungsmassnahmen sowie an Unterstützungsangebote für Angehörige gewährt (§ 18 SGB XI).

Per 1.1.2015 (Erstes Pflegestärkungsgesetz) wurde der Leistungskatalog ausgeweitet, in erster Linie im Bereich **Betreuung**: In der stationären Pflege wird die Anzahl Betreuungskräfte im Verhältnis zu den Bewohner/innen erhöht⁷; im ambulanten Bereich besteht neu ein Anspruch auf niederschwellige Betreu-

³ Unter dem geltenden «verrichtungsbezogenen» Pflegebedürftigkeitsbegriff stehen diese Personen ausserhalb der Systematik der drei Pflegestufen. Trotz der im Gesetz verankerten Leistungsberechtigung ist daher nicht die Rede von vier Pflegestufen. Vgl. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html>

⁴ Eine Ausnahme ist die ambulante und stationäre Palliativpflege, die von der Krankenversicherung gedeckt ist (Naegele 2014, 32).

⁵ Vgl. BMG (2015). Pflegegeld und Pflegesachleistungen steigen um rund 4%, der Beitrag für Hilfsmittel liegt neu bei 40 Euro pro Monat (vorher: 31 Euro), pro bauliche Umrüstungsmassnahme wird der Maximalbetrag von 2557 auf 4000 Euro angehoben.

⁶ Für eine differenzierte Übersicht zu den aktuellen Tarifen siehe <http://www.pflegeversicherung.net/pflegegeld>.

⁷ Gleichzeitig werden Anstrengungen bei der Ausbildung von Fachkräften und der Qualitätssicherung unternommen, vgl. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>.

ungs- und Entlastungsdienste (z.B. Unterstützung im Haushalt, bei der Alltagsbewältigung, Entlastung pflegender Angehöriger). Neu können bis zu 40% der nicht bezogenen Pflegesachleistungen für Dienstleistungen dieser Art eingesetzt werden. Im Gegensatz zum herkömmlichen kombinierten Leistungsbezug von Sachleistung und Pflegegeld, bei dem sich die ausbezahlten Beträge jeweils an den deutlich geringer bemessenen Geldleistungen orientieren, steht in diesen Fällen das Sachleistungs-Restbudget ungekürzt zur Verfügung (Nordmann 2015, 17).

3.1.2 Akteure

Die **Bundesländer** sind verantwortlich für die Angebotsplanung der Pflegeinfrastruktur. Träger der Pflegeversicherung sind die den Krankenkassen angeschlossenen **Pflegekassen**. Sie sind verantwortlich für die Bereitstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ angemessenen pflegerischen Versorgung («Sicherstellungsauftrag») und schliessen hierfür Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den **Leistungserbringern** ab (§ 69 SGB XI, Naegele 2014, 15). Diese Versorgungsverträge sind Voraussetzung für die Leistungsvergütung von ambulanten und stationären Pflegedienstleistungen (Holzkämper 2014, 6); die Zulassungsbedingungen sind im Pflegegesetz geregelt.⁸ Wie erwähnt spielen die **Medizinischen Dienste der Krankenkassen** im Zulassungs- und Einstufungsverfahren eine zentrale Rolle. Auch die **Angehörigen** sind in diesem «familienbasierten Pflegesystem» (Heintze 2012, 14f.) sehr wichtige Akteure. Die deutsche Pflegeversicherung verfolgt im Rahmen des Grundsatzes «ambulant vor stationär» die Förderung und Anerkennung der informellen Pflege zu Hause. Angehörige haben inzwischen den Status einer «zweiten Zielgruppe» der Pflegepolitik; mit verschiedenen Massnahmen sollen sie gestärkt werden. Dazu gehören Entlastungsangebote (Tag- und Nachtpflege, Entlastungspflege), Beratungsangebote an sogenannten «Pflegestützpunkten», der Sozialversicherungsschutz (sofern die wöchentliche Pflegezeit mindestens 14 Stunden beträgt) sowie die Einführung von Pflegezeit/Familienpflegezeit (2008/2012)⁹, um die Vereinbarkeit von Berufs- und Pflegezeit zu verbessern.

3.1.3 Finanzierung

Die **Soziale Pflegeversicherung** arbeitet im **Umlageverfahren** und wird durch **Lohnbeiträge** finanziert, die Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen je hälftig entrichten (Heintze 2012, 17). Der aktuelle Beitragssatz beträgt 2.35% des Bruttolohnes.¹⁰ Bei kinderlosen Arbeitnehmenden zwischen 23 und 65 (nicht aber bei deren Arbeitgeber) wird seit 2005 ein Zuschlag von 0.25% erhoben (Naegele 2014, 17). Die Beiträge werden allerdings nur bei Einkommen bis zu 4125 Euro monatlich erhoben, betragen also auch bei höheren Einkommen maximal 96.94 Euro pro Monat (bzw. 48.47 Euro für die Angestellten). Diese sogenannte «Beitragsbemessungsgrenze» wird jährlich angepasst. Für Geringverdienende mit Einkommen zwischen 450 und 800 Euro gelten reduzierte Beitragssätze.

In der **Privaten Pflegeversicherung** gilt das **Anwartschaftsdeckungsverfahren**, d.h. es werden Rückstellungen für einen zukünftigen Pflegebedarf gebildet. Die Höhe der Prämien bemisst sich nicht nach dem Einkommen, sondern nach dem individuellen Versicherungsrisiko beim Eintritt (allerdings ist der Spielraum hier gesetzlich begrenzt, um eine sozialverträgliche Beitragsgestaltung zu garantieren¹¹). Ar-

⁸ Für die Betriebsbewilligungen (inkl. Qualitätsvorgaben) sind die Bundesländer zuständig (BMG 2011, 16).

⁹ Für Details zur Pflegezeit vgl. Glossar des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit (<http://www.bmg.bund.de/pflege/hilfen-fuer-angehoerige/pflegezeit.html>), zur Familienpflegezeit auch <http://www.pflegeversicherung.net/pflegezeit> (Zugriff 3.11.2014).

¹⁰ Der Beitragssatz wurde seit Einführung der Pflegeversicherung (1.0%) stufenweise erhöht, zuletzt im Rahmen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (per 1.1.2015), vgl. <http://www.pflegeversicherung.net/gesetzliche-pflegeversicherung>.

¹¹ Beispielsweise ist eine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand nicht erlaubt, und die Prämien dürfen den Höchstbeitrag der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übersteigen (Naegele 2014, 16).

beitnehmende, die PPV-versichert sind, erhalten vom Arbeitgeber einen Beitragszuschuss in der Höhe des Arbeitgeberanteils, der in der SPV zu zahlen wäre.

Eines der Schwerpunkte des Pflegeneuausrichtungsgesetzes von 2013 war die **Förderung der privaten Pflegevorsorge** («Pflege-Bahr», analog zur privaten Rentenvorsorge), um Finanzierungslücken zu schließen. Dafür wurden staatliche Zuschüsse von 60 Euro pro Jahr bei Abschluss einer privaten Pflege-Zusatzversicherung beschlossen (Naegele 2014, 59). Allerdings blieb die Zahl der neuen Versicherungsabschlüsse weit unter den Erwartungen. Dies mag daran liegen, dass selbst mit der Pflege-Zusatzversicherung immer noch erhebliche Finanzierungslücken bestehen. Und da die Subventionen erst ab einer Mindestprämie von 10 Euro pro Monat bezahlt werden, wird die «Pflege-Bahr» auch als «Nischenprodukt für einkommensstarke Haushalte» kritisiert (vgl. Hermann 2014).

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde ein **Pflegevorsorgefonds** geschaffen, in dem ab 2015 während 20 Jahren jeweils 0.1% der beitragspflichtigen Einnahmen eingezahlt werden (derzeit rund 1.2 Mia. Euro jährlich). Der Fonds soll zur Stabilisierung der Beitragssätze in der SPV dienen und angesichts der demografischen Entwicklungen – heute sind 2.5 Millionen Menschen pflegebedürftig, 2030 sollen es bereits 3.5 Millionen sein – die Belastung künftiger Generationen abfedern. Ab 2035 sollen jährlich bis zu einem Zwanzigstel des angesammelten Kapitals zur Verfügung gestellt werden, um einen übermäßigen Anstieg der Beitragssätze zu verhindern.¹²

3.1.4 Kritikpunkte und Reformen

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Wohl der grösste Kritikpunkt am deutschen Pflegesystem betrifft die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der «verrichtungsbezogene», d.h. vorwiegend über körperliche Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung definierte Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die Art und Weise, wie der Unterstützungsbedarf daraus abgeleitet wird («willkürliche» Zuordnung von Zeitaufwand für Hilfeleistungen), führe dazu, dass Menschen mit geistigen Einschränkungen, insbesondere eine steigende Anzahl Personen mit demenziellen Erkrankungen, vom Leistungsbezug ausgeschlossen sind (Naegele 2014, 29f.). Mit den Reformen von 2002 und 2008 («Pflegestufe 0») wurde zwar eine Verbesserung der Situation namentlich von Demenzbetroffenen angestrebt. Der zusätzliche Betreuungsbeitrag von rund 100 bis 200 Euro pro Monat sei jedoch unzureichend und habe «eher symbolische Qualität» (Heintze 2012, 18).

Ein vom Gesundheitsministerium eingesetzter Beirat hatte 2006–2008 einen Vorschlag für einen neuen Pflegebegriff vorgelegt, ein darauf abgestimmtes neues Begutachtungsinstrument entwickelt und dieses in der Praxis erprobt (Heintze 2012, 20; Naegele 2014, 31). Eine Umsetzung dieses Vorschlags ist jedoch nicht erfolgt, wohl nicht zuletzt wegen der erwarteten Zunahme an Anspruchsberechtigten (zusätzliche Kosten von jährlich ca. 3,6 Mio. Euro). 2012 wurde ein neuer Beirat eingesetzt, der die Erweiterung auf **5 Pflegegrade** vorschlägt, die den individuellen Unterstützungsbedarf ins Zentrum stellen. Die Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Menschen mit «eingeschränkter Alltagskompetenz» (insbesondere Demenzkranke) soll aufgehoben werden. Seit Sommer 2014 wird das dazugehörige neue Begutachtungsverfahren auf Praktikabilität getestet. Basierend auf den Resultaten soll ab 2015 die gesetzgeberische Umsetzung des neuen Pflegebegriffs erfolgen und mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz noch in dieser Wahlperiode eingeführt werden.¹³ Mit der Angleichung der Leistungsansprüche für Personen mit Pflegestufe 0, der Erweiterung des Leistungskatalogs und der Flexibi-

¹² <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html> (Zugriff 02.02.2015).

¹³ <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html> (Zugriff 02.02.2015).

lisierung bei der Inanspruchnahme verschiedener Leistungsarten wurden im Ersten Pflegestärkungsgesetz die ersten Grundsteine für den Systemwechsel gelegt.

Nachhaltige Sicherstellung und Finanzierung von bedarfsgerechten Leistungen

Kritisiert wird zum einen, dass die Ausgestaltung der Pflegeversicherung und des Leistungskataloges den demografischen Entwicklungen viel zu wenig Rechnung trage (Naegele 2014, 26f.). Aktuell werden rund drei Viertel der Pflegebedürftigen ausschliesslich von Angehörigen betreut. Aufgrund des absehbaren Rückgangs des familiären Pflegepotenzials wird dieses Modell künftig immer weniger umsetzbar sein. Auch die Finanzierung der SPV mittels Umlageverfahren kommt unter Druck (Holzkämper 2014, 33–37). Zum anderen seien Pflegeinfrastruktur und geeignete Angebote mangelhaft: Die Kommunen würden diesbezüglich ihre Verantwortung kaum wahrnehmen, was manchenorts dazu geführt habe, dass privatwirtschaftliche Anbieter «am Bedarf vorbei geplant» hätten (Naegele 2014, 25; 35). Ausserdem habe die langjährige starre Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen sowie Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung die Entwicklung bedarfsgerechter oder integrierter Wohn- und Betreuungsmodelle (beispielsweise für Personen mit Demenzerkrankungen, die bis zu drei Viertel aller Neuzugänge in den Heimen ausmachen) verhindert. Dieser Problematik versucht das Erste Pflegestärkungsgesetz mit der Förderung ambulant betreuter Pflege-Wohngruppen entgegenzuwirken, einerseits mit individuellen monatlichen Betreuungsbeiträgen (neu auch für Personen mit Pflegestufe 0) und andererseits mit Anschubfinanzierungen und Zuschüssen für Umbaumassnahmen.¹⁴

Dass der neu eingerichtete **Pflegevorsorgefonds** geeignet ist, um die absehbaren Finanzierungsprobleme der SPV nachhaltig zu entschärfen, wird von verschiedenen Pflegeexpertinnen und Gesundheitsökonominnen bezweifelt (vgl. u.a. Bowles/Greiner 2014). Zu gering sei der erzielbare Entlastungseffekt, der auf rund 0.1 Beitragsatzpunkten zu stehen käme, während der Beitragsatz bis 2035 auf ca. 4% steigen dürfte. Die Konzeption des Fonds (20 Jahre Rücklagen, 20 Jahre Ausschüttungen) beruhe überdies auf der falschen Annahme, dass die Ausgaben der SPV ab 2055 wieder zurückgehen werden: Tatsächlich sei aber mit einer Stabilisierung auf hohem Niveau zu rechnen, da zwar die Zahl der Pflegebedürftigen wieder sinken wird, gleichzeitig aber auch von weniger Beitragszahlenden auszugehen ist (Rothgang 2014). Ausserdem wird angezweifelt, ob es den Pflegevorsorgefonds in 20 Jahren noch geben wird (politische Begehrlichkeiten für die anderweitige Verwendung der Gelder; Kapitalmarktrisiken).

Weitere Kritik- und Diskussionspunkte

In der Reformdebatte werden immer wieder **grundlegende Aspekte** des gegenwärtigen Systems zur Diskussion gestellt, etwa die Trennung von Krankenversicherung und Pflegeversicherung, die parallel geführten Systeme von SPV und PPV oder das Prinzip der Teilleistungsversicherung (vgl. Naegele 2014). In seiner kritischen Bilanz zum 20-jährigen Bestehen der Pflegeversicherung weist Naegele (2014) ausserdem darauf hin, dass das ursprüngliche Ziel, die pflegebedingte **Sozialhilfebedürftigkeit** zu reduzieren und die Sozialhilfeträger zu entlasten, nur bedingt erreicht wurde. Zwar konnte die Gesamtzahl der von Sozialhilfe abhängigen Pflegebedürftigen reduziert werden, aber seit Beginn der Jahrtausendwende sei besonders in Alters- und Pflegeheimen wieder ein Anstieg der Zahl der Sozialhilfeempfänger/innen zu beobachten (ebd., 25). Ausserdem führen die gedeckelten kassenpflichtigen Leistungen und die immer grösser werdenden Finanzierungslücken zu einer **starken Belastung** sowohl der pflegenden Angehörigen als auch der professionellen Pflege. Die Umsetzung der Massnahmen zur Unterstützung der Angehörigen sei noch unzureichend und die bereitgestellten finanziellen Mittel zu gering (ebd., 28f.).

¹⁴ <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>.

Aktuelle Entwicklungen

Die seit langem geforderte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird voraussichtlich 2017 mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz eingeführt. Mit den ab Januar 2015 geltenden Reformen wird dieser Schritt vorbereitet, u.a. mit neuen Kombinationsmöglichkeiten zwischen informeller Pflege (durch Angehörige, Ehrenamtliche) und professionellen Dienstleistungen. Die grundsätzlich als positiv beurteilte Flexibilisierung, mit der v.a. für Demenzkranke eine Verbesserung erwartet wird, dürfte jedoch in der Praxis mit grossen Herausforderungen verbunden sein – sowohl für die Versicherten (Übersichtlichkeit der Angebote, monatlich schwankende Restbeträge von Pflegesachleistungen) als auch für die Bundesländer, welche die Zulassungsbedingungen für niederschwellige Angebote regeln müssen. Die Debatte, in welchem Verhältnis ehrenamtliche Angebote mit «qualitätsgesicherten und refinanzierten Leistungen der Pflegeversicherung» stehen sollen, sodass sie einander sinnvoll ergänzen (und nicht neue Konkurrenzverhältnisse entstehen, die den Zielen der Pflegestärkungsgesetze zuwiderlaufen), steht gemäss Nordmann (2015) erst am Anfang.

3.2 Japan

In Japan wurden Anfang der 2000er Jahre zwei Neuerungen im Versicherungssystem eingeführt, um auf den steigenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen durch ältere und hochaltrige Menschen zu reagieren: Im April 2000 wurde eine allgemeine Langzeitpflegeversicherung eingeführt (Long-term Care Insurance, LTCI), 2002 wurde eine separate Krankenversicherung für Personen ab 75 Jahren eingerichtet (Long Life Medical Care System¹⁵). Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf das LTCI-System.

Verschiedene Faktoren liegen dem Systemwechsel zur LTCI zugrunde. Der rapide Alterungsprozess und die gesellschaftlichen Veränderungen, welche das traditionell stark verankerte System der informellen Angehörigenpflege an seine Grenzen brachte, trugen zum Phänomen des sogenannten «**social hospitalizing**» bei: Da es zu wenig Plätze in Pflegeheimen gab, wurden pflegebedürftige Personen von überforderten Angehörigen oft in Spitäler überwiesen und dort über lange Zeit untergebracht (Politzki 2007, 63). Bis zu ein Drittel der Gesundheitskosten für ältere Menschen entfiel auf diese Langzeitpflege in den Allgemeinspitälern, daher war es ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, diese Menschen zukünftig vermehrt in Pflegeeinrichtungen und in den ambulanten Bereich überzuführen (Matsuda 2013, 78). Im zuvor geltenden System war die Unterstützung im Langzeitpflegebereich beschränkt auf Personen mit geringem Einkommen und Alleinstehende und lief über die Sozialhilfe. Der **Zugang** zu Unterstützung war ausserdem mit einem Stigma behaftet. Mit der LTCI sollte der Zugang unabhängig von Einkommen und familiärer Situation ermöglicht, aber auch eine Erweiterung und Verbesserung des Angebots erreicht werden, damit Angehörige und Allgemeinspitäler entlastet werden können (Yong et al. 2012, 273).

¹⁵ In den englischsprachigen Publikationen teilweise auch als «Health Insurance for the Old-Old» oder «Insurance System for Latter-Stage Elderly People» bezeichnet. Die Einführung dieser neuen Kasse wurde nötig, weil die Nationale Krankenversicherung, in der alle Nicht-Erwerbstätigen versichert sind, bei geringen Beitragszahlungen mit einem immer grösseren Volumen an medizinischen Leistungen zu kämpfen hatte (Politzki 2007, 62). Nebst Querfinanzierung mit Beiträgen aus der Nationalen und der Angestellten-Krankenversicherungen wird das Long Life Medical Care System zu 50% mit Steuergeldern finanziert. Für einen Überblick zum japanischen Gesundheitssystem vgl. Matsuda (2013).

3.2.1 Das japanische LTCI-System

Anspruchsberechtigung

Alle Japaner/innen ab 65 können einen Antrag auf Unterstützung durch die Langzeitpflegeversicherung stellen. Jüngere Personen (ab 40 Jahren) können nur dann LTCI-Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie aufgrund von Krankheiten oder gesundheitlichen Problemen, die mit dem Altern in Verbindung gebracht werden (z.B. Demenz oder Hirnschlag), beeinträchtigt sind und Unterstützung benötigen.¹⁶

Die Anspruchsberechtigung wird durch ein landesweit einheitliches Assessment-Verfahren überprüft. Das japanische System unterscheidet 7 Unterstützungs- bzw. Pflegestufen. Jeder Stufe sind bestimmte Arten und ein maximaler Umfang von kassenpflichtigen Leistungen zugeordnet. Alles, was über den Maximalbetrag pro Pflegestufe hinausgeht, müssen die Versicherten selber bezahlen (Yong et al. 2012, 276).

Zugang zu Leistungen

Um die Einheitlichkeit, Fairness und Effizienz des Systems zu gewährleisten und Missbrauch/Betrug zu vermeiden, wird der Unterstützungsbedarf in einem streng strukturierten Verfahren bestimmt:

1. Antrag stellen bei der kommunalen Behörde.
2. Hausbesuch durch eine geschulte Fachperson, die mittels eines standardisierten Fragebogens die physische und psychische Verfassung der antragsstellenden Person vertieft abklärt. Themen des 85 Items umfassenden Assessment-Instruments sind u.a.: Beweglichkeit und Balance, Koordination, gesundheitliche Probleme, Fähigkeiten der Alltagsbewältigung, Kommunikation, kognitive Fähigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten.
3. Computergestützte Analyse der Daten und automatische Zuordnung zu einer der 7 Unterstützungs- bzw. Pflegestufen (bzw. zu keiner Stufe, wenn kein Bedarf festgestellt wird).
4. Überprüfung der computergenerierten Einstufung durch eine Fachkommission (Care Needs Certification Board) und definitive Festlegung der Pflegestufe (unter Berücksichtigung von Arztberichten). Alle 6 Monate wird die Einstufung bzw. der Unterstützungsbedarf neu überprüft.
5. Jede leistungsberechtigte Person kann die Unterstützung eines professionellen Care Managers in Anspruch nehmen. Diese/r erstellt gemeinsam mit den Klient/innen und deren Angehörigen einen Betreuungsplan, hilft bei der Auswahl von Leistungserbringern und ist für Qualitätskontrolle verantwortlich (Yong et al. 2012, 275f.).

Art der Leistungen

Im **ambulanten Bereich** deckt die LTCI (gemäss Einstufung in unterschiedlichem Umfang) Haushalts-, Grund- oder Behandlungspflege sowie Leistungen im Bereich der Rehabilitation. Sie zahlt Beiträge an Gesundheitsförderung und professionelle Beratung, damit die Versicherten möglichst lange zu Hause bleiben können («home-care management counseling»), und trägt einen Kostenanteil bei Hilfsmitteln und baulichen Umrüstungsmassnahmen. **Teilstationäre Angebote** – in Tokyo unter dem Stichwort «community-oriented services» zusammengefasst – werden u.a. von den lokalen Gesundheitszentren angeboten und können auch von Versicherten mit geringem Unterstützungsbedarf in Anspruch genommen werden, um die Angehörigen zu entlasten: Tagesbetreuung, vorübergehende Pflege in einer Tagesklinik, Kurzaufenthalte in stationären Einrichtungen. Bei den **stationären Angeboten** wird zwischen drei verschiedenen Typen von Einrichtungen unterschieden: Institutionen für Personen ohne schwerwiegende medizinische oder mentale Probleme, solche für Personen, die auch medizinische Versorgung benötigen, und spezialisierte Einrichtungen für Personen mit Demenz oder anderen chronischen Erkrankungen.

¹⁶ Für alle anderen Personen mit Betreuungs- und Pflegebedarf ist die Sozialhilfe zuständig (Yong et al. 2012, 274). In TMG (2012, 3) sind die insgesamt 16 Krankheiten aufgelistet, bei denen ein Leistungsbezug auch vor 65 möglich ist.

Beim Leistungsbezug besteht grundsätzlich Wahlfreiheit, und die Versicherten können je nach Einstufung und Bedarf ambulante, teilstationäre oder stationäre Angebote in Anspruch nehmen. **Tabelle 1** zeigt, welche Arten von Leistungen gemäss Unterstützung-/Pflegestufe kassenpflichtig sind.

Tabelle 1: Leistungsansprüche im LTCI-System, nach Einstufung

Einstufung	Leistungsanspruch
keine Einstufung	kein Leistungsanspruch, aber Zugang zu Massnahmen der Gesundheitsförderung in den lokalen Gesundheitszentren
Personen mit geringem Unterstützungsbedarf («support required»), 2 Stufen	Prävention, Betreuung, Grundpflege, Haushalthilfe, Entlastungsangebote (ambulant und teilstationär)
Personen mit umfangreichem Betreuungs- oder Pflegebedarf («care required»), 5 Stufen	ambulante, teilstationäre und stationäre Betreuungs- und Pflegeleistungen

Quelle: Yong et al. (2012), TMG (2012)

3.2.2 Akteure

Die strategische Steuerung der LTCI erfolgt auf **nationaler Ebene**: die Regierung legt die Kriterien für die Bezugsberechtigung fest, definiert Qualitätsstandards, bestimmt die Tarife und den Leistungsumfang pro Unterstützungs- bzw. Pflegestufe und entscheidet über den Umfang der Kostenbeteiligung der Versicherten. Die operative Umsetzung obliegt den rund 1700 **Kommunen** («municipalities»), die als eigentliche «LTCI-Versicherer» fungieren: Sie sind verantwortlich für die Prämienhebung, für das Anmelde- und Assessmentverfahren von Leistungsbezüger/innen sowie für die Bereitstellung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. In Tokyo wurden beispielweise sogenannte «**Community Comprehensive Support Centres**» geschaffen, die eine grosse Bandbreite an Beratungs- und Betreuungsangeboten anbieten (vgl. TMG 2012). Die für den Zugang zu Leistungen relevanten Akteure wurden bereits genannt: Assessment-Fachpersonen, Care Needs Certification Board (interdisziplinär zusammengesetzt aus den Bereichen Pflege, öffentliche Gesundheit und Sozialdienste, vgl. TMG 2012, 3) und Care Manager. Bezüglich der **Leistungserbringer** sei erwähnt, dass der Markt im Bereich der ambulanten Langzeitpflege auch für private profitorientierte Unternehmen geöffnet wurde, um den steigenden Bedarf zu decken. Die Preise werden jedoch weiterhin von der Regierung verbindlich festgelegt (Yong et al. 2012, 276).¹⁷

3.2.3 Finanzierung

Das LTCI-System wird je rund zur Hälfte von Steuergeldern¹⁸ und Prämien finanziert. Alle Personen ab 40 bezahlen LTCI-**Prämien**. Diese sind einerseits einkommensabhängig, andererseits altersabhängig: die 40- bis 64-Jährigen steuern einen prozentualen Anteil von rund 29% ans Gesamtbudget bei, die über 65-Jährigen rund 21% (TMG 2012, 18). Je nach Kommune bzw. Wohnort sind die Prämien unterschiedlich hoch; Durchschnittswerte sind 0.9% des Einkommens für die arbeitende Bevölkerung und rund 3000 Yen (ca. 30 US-Dollar) für Pensionierte (Yong et al. 2012, 277). Alle 3 Jahre werden die Prämien basierend auf den zu erwartenden Gesamtkosten neu kalkuliert.

Die **Kostenbeteiligung** von 10% an allen bezogenen (bzw. der Rahmen der Einstufung einer Person zustehenden) Leistungen wird bis zu einer einkommensabhängigen Obergrenze erhoben. Die maximale Kostenbeteiligung der Versicherten wird von der Regierung festgelegt. Für stationäre Pflege wird seit 2006 eine zusätzliche Kostenbeteiligung für Mahlzeiten und Hotellerie/Infrastruktur erhoben (siehe nachfolgendes Kapitel). Personen mit geringen finanziellen Mitteln können bei den Kommunalbehörden eine Reduktion oder einen Erlass der 10%-Kostenbeteiligung beantragen sowie um die Aufnahme ins nationa-

¹⁷ Inwiefern die Regulierung dieses Sektors auch Zulassungs- oder Zertifizierungsverfahren für die Leistungserbringer beinhaltet, wird in der gesichteten Literatur nicht beschrieben.

¹⁸ 25% aus nationalen Steuergeldern, je 12.5% aus Steuereinnahmen der Präfekturen und der Kommunen (Yong et al. 2012, 277).

le Sozialhilfeprogramm «*Seikatsu hogo*» ersuchen, um finanzielle Unterstützung für stationäre Pflege und/oder Versicherungsprämien zu erhalten (Matsuda 2013, 78; Yong et al. 2012, 277).

3.2.4 Kritikpunkte und Reformen

Herausforderungen und Kritikpunkte

Die Pflegeversicherung ist in erster Linie **für ältere und betagte Menschen** gedacht. Wer jünger ist als 65 und wegen einem Unfall oder einer «nicht mit dem Altern zusammenhängenden» Krankheit auf Unterstützung und Pflege angewiesen ist, hat keinen Leistungsanspruch. Jüngere Japaner/innen, die nicht anderweitig versichert sind, haben demnach ein hohes Kostenrisiko, sollten sie längere Zeit Pflege benötigen. Im Rahmen der Reformen 2006 wurde diskutiert, Prämien bereits ab dem 20. Altersjahr zu erheben und dafür auch den Leistungsbezug nicht mehr auf «altersbedingten» Pflege- und Unterstützungsbedarf zu beschränken. Dieses Vorhaben scheiterte jedoch nicht zuletzt aufgrund des Widerstandes von Behindertenorganisationen, die eine Verschlechterung bestehender Leistungen im Kontext des weiterhin primär auf alte Menschen fokussierten LTCI-Systems befürchteten (Campbell et al. 2010, 92).

Das Ziel, die (professionelle) ambulante Betreuung und Pflege zu stärken und die **Kosten im stationären Bereich zu senken**, konnte bisher nur bedingt erreicht werden – trotz Fortschritten in der Bekämpfung des «social hospitalizing». Besonders in den Anfangsjahren stieg die Nachfrage nach stationären Pflege- und Betreuungsplätzen unerwartet stark an, was zu langen Wartelisten führte. Die gesellschaftliche Akzeptanz von professioneller ambulanter Betreuung setzt sich erst allmählich durch (Yong et al. 2012).

Das Erstellen von individuellen Betreuungsplänen durch professionelle **Care Manager/innen** hat sich grundsätzlich bewährt. Allerdings wurde deren Ausbildung und Entlohnung bislang eher vernachlässigt. Da Care Manager/innen teilweise von privaten Leistungserbringern angestellt sind, stellt sich auch die Frage nach potentiellen Interessenskonflikten, da ihre Arbeitgeber daran interessiert sind, dass möglichst viele der eigenen Angebote in Anspruch genommen werden, die Klient/innen jedoch einen bedarfsge-rechten und kostengünstigen Betreuungsplan erwarten.

Wachsender Bedarf und wachsende Kosten: Um das LTCI-System nachhaltig zu sichern, wird es wohl zusätzliche Massnahmen zur Steigerung der Einnahmen (z.B. durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer, der Prämien und des Selbstkostenanteils) und zur Ausgabensenkung (Reduktion der Leistungen) brauchen (Yong et al. 2012, 282).

Reformen und aktuelle Entwicklungen

Bei der Einführung der LTCI im Jahr 2000 war vorgesehen, alle 5 Jahre das Langzeitpflegesystem zu überprüfen und ggf. anzupassen. Aufgrund der rasch ansteigenden Ausgaben und Anzahl Leistungsbezü-ger/innen wurden aber bereits 2003 und 2006 Anpassungen nötig. Besonders im stationären Bereich übertraf die Nachfrage die Erwartungen bei Weitem. Um Fehlanreize zu korrigieren (stationäre Angebote waren zuvor für manche Versicherte finanziell attraktiver) und die ambulante Betreuung und Pflege stärker zu fördern, wurden die Versicherungsleistungen für stationäre Pflege reduziert. Die Beiträge an Mahlzeiten und Hotellerie/Infrastruktur wurden ganz gestrichen, stattdessen wird seit 2006 eine entsprechende Kostenbeteiligung bei den Versicherten erhoben. Gleichzeitig wurden die Beiträge für ambulante Leistungen in den Bereichen Rehabilitation, Beratung und Haushalt/Betreuung erhöht (Yong et al. 2012, 277f.).

Für Personen mit geringem Unterstützungsbedarf («support required») wurde eine zusätzliche Stufe geschaffen und die ursprünglich 6 Stufen auf 7 erweitert. Auf den Unterstützungsstufen 1 und 2 haben die Versicherten seit der Reform 2006 in erster Linie Anrecht auf «Präventionsleistungen» wie z.B. Bewegungs- und Ernährungsberatung (TMG 2012, 2), während die Beiträge für Betreuungsleistungen gekürzt

wurden. Um diese Reform umzusetzen, wurden die Kommunen beauftragt, Gesundheitszentren mit Angeboten im Bereich Prävention und Gesundheitsberatung zu schaffen und Screening-Programme für die Früherkennung von Gesundheitsproblemen bei Senior/innen einzurichten (Yong et al. 2012, 278).

Auf der qualitativen Ebene wurde das Assessment-Instrument aufgrund der steigenden Prävalenz von Demenzerkrankungen um einen Indikator für Demenz und damit zusammenhängende Verhaltensauffälligkeiten erweitert. Für Care-Manager/innen wurden obligatorische Weiterbildungen und eine Erneuerung der Lizenz alle 5 Jahre eingeführt (Yong et al. 2012, 277f.).

3.3 Schweiz

Im Februar 2005 verabschiedete der Bundesrat die Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Die Eidgenössischen Räte haben im Juni 2008 der Revision zugestimmt, seit 1.1.2011 ist sie in Kraft. Mit der Reform wurden zwei Hauptziele verfolgt: Einerseits sollte die **Krankenversicherung entlastet** werden von den zunehmenden Mehrkosten durch altersbedingte Pflegebedürftigkeit.¹⁹ Andererseits sollten die Leistungen der verschiedenen an der Pflegefinanzierung beteiligten Sozialversicherungen aufeinander abgestimmt und die **pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit** vermieden werden. Zwar gilt das neue Modell der Pflegefinanzierung für alle Personen unabhängig vom Alter, in der Praxis sind jedoch mehrheitlich betagte Pflegebedürftige davon betroffen (Scherrer 2005, 254).

3.3.1 Die neue Pflegefinanzierung

Pflegebegriff und Definition der Leistungsarten

Grundgedanke der neuen Kostenaufteilung ist es, die Leistungen der Krankenkassen auf ihren «Kernbereich», d.h. krankheitsbedingte Pflege, auszurichten. Da eine Trennung zwischen alters- und krankheitsbedingter Pflege in der Praxis jedoch unmöglich ist, unterscheidet die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zwischen **Behandlungspflege**, **Grundpflege** und **Akut- und Übergangspflege**. Diesen versicherungsrechtlichen (nicht pflegewissenschaftlichen) definierten Kategorien sind in der KLV jeweils verschiedene Leistungsarten und Tarife zugeordnet, wobei sich die Finanzierungsmodalitäten zusätzlich nach Ort des Leistungsbezugs (stationär/ambulant) unterscheiden (s.u. Tabelle 3). Neben den Krankenkassen übernimmt auch die AHV mit Beiträgen an Hilfsmittel und Hilflosenentschädigung – neu auch für Personen, die zu Hause wohnen – einen Teil der sogenannten «Primären Pflegeleistungen» für pflegebedürftige Personen ab 65.²⁰ **Tabelle 2** zeigt, wie die für den Schweizer Pflegebedürftigkeitsbegriff massgeblichen Leistungsarten definiert sind.

¹⁹ Zu diesem Zweck waren bereits 1998 Rahmentarife eingeführt worden, welche den kassenpflichtigen Anteil an den Pflegevollkosten beschränken. Dies war jedoch von Anfang an als Übergangslösung gedacht (vgl. Botschaft 05.025, 2034).

²⁰ Auch die Unfall-, Militär- und die Invalidenversicherung finanzieren Pflegeleistungen und leisten Beiträge an Hilfsmittel. Für die Unterstützung und Pflege alter und hochaltriger Menschen dürften diese Sozialversicherungen allerdings eine vergleichsweise geringe Rolle spielen (vgl. Botschaft 05.025, 2041ff.).

Tabelle 2: Definition der primären Pflegeleistungen in der neuen Pflegefinanzierung

Behandlungspflege	Die Behandlungspflege verfolgt ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen. Die Pflegemassnahmen, die unter diese Kategorie fallen, sind in Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV festgehalten.
Grundpflege	Unter Grundpflege wird die Anleitung, Überwachung, Unterstützung in Aktivitäten des täglichen Lebens verstanden: An- und Auskleiden, Aufstehen und Absitzen, Mund- und Körperpflege, Fortbewegung, Verrichtung der Notdurft. Zu den Massnahmen der Grundpflege gemäss KLV (Art. 7 Abs. 2 Bst. c) gehört auch die Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung (Tagesstruktur, Kontaktpflege etc.).
Akut- und Übergangspflege	Im Anschluss an einen Spitalaufenthalt notwendige (und spitalärztlich verordnete) Pflege während maximal 2 Wochen (Art. 25a KVG). Anders als bei Behandlungs- und Grundpflege gilt für diese Kategorie eine Vollfinanzierung, d.h. abzüglich Selbstbehalt/Franchise werden die Kosten durch Krankenversicherungen und Kantone übernommen.
Hilfsmittel	1. Gegenstände, deren Gebrauch den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag (Sozialversicherungen); 2. Mittel und Gegenstände, die diagnostische, therapeutische oder pflegerische Zwecke erfüllen oder der medizinischen Rehabilitation dienen (Krankenversicherung)
Hilflosigkeit	Der Begriff der Hilflosigkeit orientiert sich wie die Grundpflege an den Aktivitäten des täglichen Lebens. Hilflos ist, wer für alltägliche Lebensverrichtungen wie Aufstehen, Ankleiden, Toilette, Essen etc. regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf.

Quellen: KLV, KVG, Botschaft 05.025, IVV

Für sogenannte «subsidiäre Pflegeleistungen» wie **Betreuungskosten**, **Hotelleriekosten** oder **hauswirtschaftliche Leistungen** besteht keine (Teil-)Finanzierung durch Sozialversicherungen. Um die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen abzufedern, wurde einerseits eine maximale Kostenbeteiligung für Pflegekosten festgelegt, andererseits die Ergänzungsleistungen ausgebaut.

Anspruchsberechtigung und Zugang zu Leistungen

Leistungen der Behandlungs- und Grundpflege sowie Akut- und Übergangspflege werden von der Krankenversicherung nur dann mitfinanziert, wenn sie ärztlich angeordnet, bezüglich Massnahmen/Umfang in Rahmen einer detaillierten **Bedarfsabklärung** festgehalten und durch die gesetzlich anerkannten Leistungserbringer – Pflegefachpersonen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, Pflegeheime – erbracht werden. Nach Art. 8 KLV muss die Bedarfsabklärung aufgrund einheitlicher Kriterien erfolgen und die Gesamtsituation der Patient/innen umfassen. In den Schweizer Pflegeheimen wird der Pflegebedarf mit unterschiedlichen Assessment-Instrumenten ermittelt: BESA, RAI und PLAISIR; Spitex-Organisationen setzen vermehrt RAI-HC ein. Aufgrund der unterschiedlichen Art der Leistungsvergütung erfolgt die Einteilung in eine von gegenwärtig **12 Pflegebedarfsstufen** nur bei Heimbewohner/innen.

Zugang zu **Hilflosenentschädigung** (HE) haben Bezüger/innen von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen der AHV. In diesem Kontext spricht man zwar nicht von «Pflegebedarf», sondern vom Grad der «Hilflosigkeit» (leicht, mittelschwer, schwer), der sich am Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Lebensverrichtungen bemisst (s.o. Tabelle 2). Die Einstufung erfolgt aufgrund der schriftlichen Angaben der Antragsstellenden und der Einschätzung des behandelnden Arztes. Anspruch auf HE besteht, wenn die Hilflosigkeit ununterbrochen mindestens ein Jahr gedauert hat. Die Einkommens- und Vermögenssituation der Versicherten spielt dabei keine Rolle – massgeblich ist allein der Unterstützungsbedarf.²¹

Anspruch auf **Ergänzungsleistungen** der AHV/IV haben Personen ab dem 18. Altersjahr, die bereits Leistungen der AHV/IV beziehen (oder auf darauf Anrecht haben) und deren anerkannte Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen. Im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden die Vermögensfreibeträge angehoben, um die Zusatzbelastung für die Privathaushalte zu entschärfen. Zusätzlich zur sogenannten «jährlichen Ergänzungsleistung» (eine Geldleistung zur Deckung des Existenzbe-

²¹ Vgl. www.ahv-iv.ch (unter Merkblätter/Formulare >Leistungen der AHV ist auch das Anmeldeformular für HE einsehbar)

3 Organisation und Finanzierung von Hilfe und Pflege: Schweiz

darfs) haben EL-Bezüger/innen auch ein Anrecht auf die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (Sachleistung).²² Der Antrag auf Ergänzungsleistungen erfolgt via kantonale EL-Stelle. Die Kantone regeln auch Art und Umfang der EL-Sachleistungen, die in Art. 145 ELG nur allgemein beschrieben sind, und können für beide Leistungsarten Maximalbeträge festlegen.

In der nachstehenden **Tabelle 3** ist dargestellt, wie die Zugänge zu den beschriebenen Leistungsarten in Bezug auf Abklärung von Bedarf/Anspruch, Einstufung und Leistungsvergütung strukturiert sind.

Tabelle 3: Regelung von Anspruchsberechtigung und Leistungsvergütung

Leistungsträger/-art	Bedarfsabklärung	Einstufung	Leistungsabgeltung
KVG Pflegeheim	RAI, BESA, PLAISIR	12 Pflegebedarfsstufen (täglich Pflegebedarf in Minuten)	Tagessätze gemäss Pflegebedarf, maximal 108 CHF (Pflegebedarf von täglich mehr als 220 Minuten)
KVG Tages- oder Nachstrukturen	gemäss Kriterien Art. 8 KLV	12 Pflegebedarfsstufen	Pauschalen gemäss Pflegebedarf, analog Pflegeheim
KVG Spitex	teilweise RAI-HC	keine	Vergütung gemäss Dauer und Typ der Leistung (KVG-Anteil wird vom Bundesrat als Frankenbetrag pro Stunde festgelegt): 1. Abklärung/Beratung, 2. Behandlungspflege, 3. Grundpflege
AHV Hilflosenentschädigung	Unterstützungsbedarf in alltäglichen Lebensverrichtungen (Selbsteinschätzung/Stellungnahme des behandelnden Arztes)	3 Schweregrade (leicht, mittelschwer, schwer), Einstufung gemäss Art. 37 IVV	Monatliche Pauschale (Geldleistung)
Ergänzungsleistungen	Massgeblich ist die Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den anrechenbaren Einnahmen	keine	- Jährliche Ergänzungsleistungen werden monatlich ausbezahlt (Geldleistung) - Krankheits- und Behinderungskosten werden gemäss Rechnungsstellung vergütet (Sachleistung)

Darstellung BASS

3.3.2 Finanzierung

Aus den vorhergehenden Abschnitten wird deutlich, dass je nach Versorgungstyp (ambulant/stationär), Pflegebedarf, individuellem Einkommen/Vermögen und Wohnkanton unterschiedliche Finanzierungsmodalitäten gelten. Folgendes Grundmuster ist jedoch schweizweit einheitlich:

- Die **Krankenkassen** übernehmen Pflegeleistungen gemäss dem vom Bundesrat in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) festgelegten Anteil (Frankenbetrag), der in der stationären und teilstationären Versorgung nach Pflegestufe, in der ambulanten Versorgung nach Art der Leistung variiert.
- Die Hilflosenentschädigung der **AHV/IV** entrichtet eine monatliche Pauschale für Personen mit Unterstützungsbedarf in den alltäglichen Lebensverrichtungen
- Der **Selbstkostenanteil** bei Pflegeleistungen, die von den Sozialversicherungen nicht gedeckt sind, ist auf höchstens 20% des vom Bundesrat festgelegten maximalen Pflegebeitrages begrenzt (Art. 25a KVG). Daneben gelten die regulären Bestimmungen zu Selbstbehalt/Franchise bei KVG-Leistungen (diese sind in der Patientenbeteiligung nicht enthalten). Dieser Anteil kann von den Kantonen auch reduziert werden.²³
- Die **Kantone** regeln die Restfinanzierung der Pflegekosten, richten die bedarfsabhängigen Ergänzungsleistungen aus und haben dafür zu sorgen, dass durch die Pflege in einem Heim oder Spital keine Sozialhilfeabhängigkeit entsteht.

Die aktuelle Gesundheitsstatistik (BFS 2014) veranschaulicht die Unterschiede in den Kostenanteilen der Leistungsträger in der stationären und ambulanten Pflege (**Abbildung 1**). In Pflegeheimen übernehmen

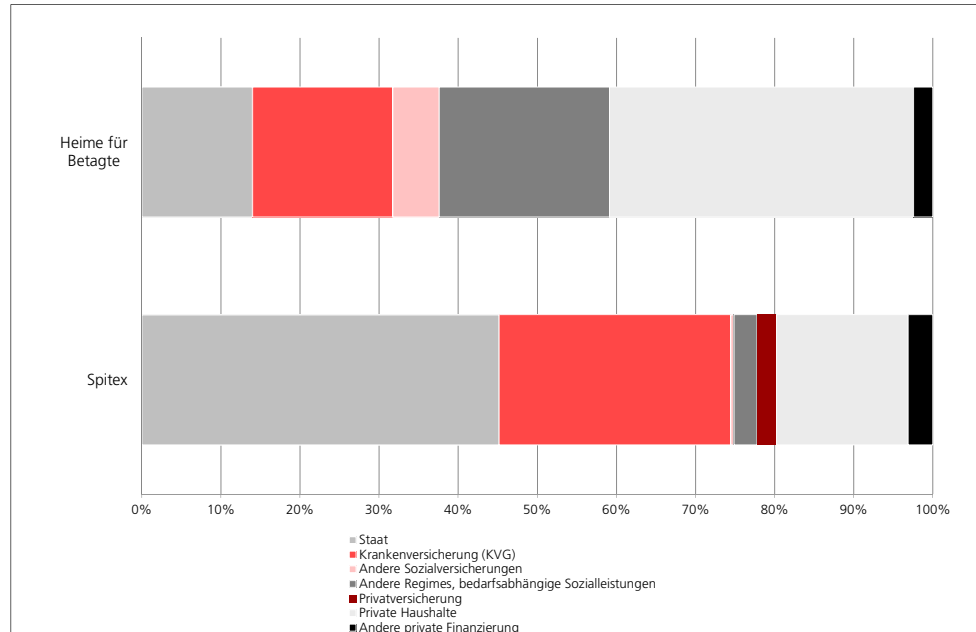
²² Für die Anspruchsvoraussetzungen im Detail vgl. Art. 4, 5 und 14 ELG.

²³ Vgl. die Übersicht «Patientenbeteiligung 2014» des Spitex Verbands Schweiz, www.spitex.ch

3 Organisation und Finanzierung von Hilfe und Pflege: Schweiz

die Krankenkassen 2012 knapp 20%, andere Sozialversicherungen und Ergänzungsleistungen rund 30% der Kosten. Um die 40% der Betreuungs- und Pflegekosten entfielen auf Privathaushalte. Bei der Spitex machen hingegen staatliche Gelder (z.B. Subventionen) fast die Hälfte der Finanzierung aus, und auch der KVG-Anteil an den Kosten ist grösser als in den Pflegeheimen. Bedarfsabhängige Sozialleistungen spielen eine viel geringere Rolle; auch der Kostenanteil der Privathaushalte ist mit gut 15% deutlich geringer.

Abbildung 1: Finanzierung von Pflegekosten in Heimen und in der Spitex, 2012



Legende: «Staat»: Subventionen; «andere Regimes»: hauptsächlich Ergänzungsleistungen AHV/IV, «andere private Finanzierung»: Spenden oder Legate. Quelle: BFS (2014, 86), Darstellung BASS

3.3.3 Akteure

Die strategische Steuerung des Schweizer Pflegesystems ist auf **nationaler Ebene** angesiedelt. Die **Kantone**, in deren Zuständigkeit Gesetzgebung und Vollzug im Gesundheitswesen liegt, haben in der Umsetzung grossen Handlungsspielraum, was die Regelung der Restfinanzierung und die Aufteilung der Kompetenzen und Zuständigkeiten mit den **Gemeinden** betrifft. Ein wichtiges Strukturierungselement des Schweizer Pflegesystems sind auch die Tarif- und Administrativverträge, die zwischen Versicherern und Leistungserbringern teilweise auf kantonaler, teilweise auf nationaler Ebene ausgehandelt werden. In diesem Zusammenhang spielen **Dachverbände** der Leistungsträger und der Leistungserbringer eine wichtige Rolle: Santésuisse (Krankenkassen), Curaviva (Heime und Institutionen), Senesuisse (wirtschaftlich unabhängige Alters- und Pflegeheime), Spitex Verband Schweiz, Spitex Privée Schweiz, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).

Vorgaben für **Leistungserbringer** sind einerseits gesetzlich festgelegt (KLV, KVV und KVG). Kantone oder Gemeinden können in Leistungsverträgen mit Einrichtungen/Organisationen zusätzliche Bestimmungen erlassen.

Angehörige spielen zwar eine wichtige Rolle in der Betreuung und Pflege alter Menschen (vgl. z.B. BFS 2014), und zunehmend ist die Situation der pflegenden Angehörigen auch in der Schweiz Gegenstand der politischen Debatte. Anders als in Deutschland sind sie jedoch nicht struktureller Bestandteil des Pflegesystems.

4 Vergleich der drei Systeme

Die Gegenüberstellung der nationalen Systeme zur Unterstützung von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf orientiert sich an den eingangs erwähnten Themenbereichen: Systemrelevante Begrifflichkeiten, Rechte von Bedarfsgruppen, Struktur des Feldes (Rolle/Rechte der Akteure) und Finanzierung.

4.1 Pflege und Unterstützung: systemrelevante Begrifflichkeiten

Tabelle 4 zeigt, auf welchen Pflegebegriff sich die drei nationalen Systeme stützen und welche Kategorien von Leistungen damit verknüpft sind (oder ausgeschlossen werden). Während die Definition des Pflegebegriffs (bzw. die Art der kassenpflichtigen Leistungen) in Deutschland und der Schweiz nicht zuletzt der Mengen- und Kostenbegrenzung dient, steht im japanischen LTCI-System der individuelle Unterstützungsbedarf im Vordergrund. «Langzeitpflege» ist nicht näher definiert und kann Leistungen von Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung und Pflege umfassen.

In der politischen Diskussion wird immer wieder auf die Bedeutung von Präventionsmassnahmen (zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und der Verlängerung der behinderungsfreien Lebenserwartung) sowie auf den spezifischen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Demenzerkrankungen hingewiesen. Deren Betreuung und Pflege ist nicht nur höchst anspruchsvoll, sondern oft auch mit langjähriger Pflegebedürftigkeit verbunden (Höpflinger 2005, 261). Die vergleichende Übersicht zeigt deshalb auch, welchen Stellenwert diese Themen in den drei Versorgungs- und Finanzierungssystemen einnehmen

Tabelle 4: Grundbegriffe der Pflegesysteme von Deutschland, Japan und der Schweiz

	Deutschland	Japan	Schweiz
Versicherungssystem für Betreuung und Pflege im Alter	Pflegeversicherung: Grundpflege und Hauswirtschaft; in geringem Umfang auch Betreuung	Langzeitpflegeversicherung: Grundpflege, Hauswirtschaft, Betreuung, Behandlungspflege nach individuellem Bedarf	Neue Pflegefinanzierung: Regelung des Kostenanteils für «primäre Pflegeleistungen» (Grund- und Behandlungspflege) KVG und HE
anderweitig geregelte Leistungen	Behandlungs- und Palliativpflege; Rehabilitation (zuständig ist die GVK)	Palliativpflege (zuständig ist die Krankenkasse); Mahlzeiten und Hotellerie in stationären Einrichtungen (finanziert durch Privathaushalte)	«subsidiäre Pflegeleistungen» (Betreuung, Hauswirtschaft, Hotellerie) finanziert durch Privathaushalte und EL
Pflegebegriff	«Verrichtungsbezogen», d.h. orientiert am Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Lebensverrichtungen, seit kurzem wird auch Betreuungsbedarf von Menschen mit «eingeschränkter Alltagskompetenz» berücksichtigt	Massgeblich ist der individuelle Unterstützungsbedarf gemäss der physischen und psychischen Verfassung und den Fähigkeiten der Alltagsbewältigung	Somatischer bzw. auf den Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Lebensverrichtungen bezogener Pflegebegriff, der auch die spezifischen Bedürfnisse von psychisch beeinträchtigten Personen umfasst (Art. 7 Abs. 2 best. c KLV)
Differenzierung innerhalb des Systems	Nur Betreuungsbedarf: Pflegestufe 0, Pflegebedarf: 3 Pflegestufen gemäss Zeitaufwand für Unterstützung	Unterstützungsbedarf («support»): 2 Stufen Pflegebedarf («care»): 5 Stufen	Im stationären Bereich 12 Pflegestufen gemäss Zeitaufwand, im ambulanten Bereich nur Unterscheidung zwischen Grundpflege, Behandlungspflege und Abklärung; Hilflosigkeit: 3 Grade
Rolle der Prävention	Rechtlicher Grundsatz «Prävention und Rehabilitation vor Pflege», jedoch mangelhafte Umsetzung aufgrund von Schnittstellenproblemen GVK/Pflegeversicherung	Integraler Bestandteil des Pflegesystems, v.a. für die beiden «support»-Pflegestufen werden Massnahmen für Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit finanziert	Die Bedeutung der Prävention ist zwar anerkannt (vgl. Botschaft 05.025), jedoch weder auf der Ebene von Versorgungsstrukturen noch bezüglich Finanzierung systematisch geregelt
Demenz	Seit 2008 «Pflegestufe 0» und Unterstützungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Leistungen gemäss individuellem Bedarf; es gibt Gesundheitszentren mit Tages- und Nachtstrukturen sowie spezialisierte Versorgungsangebote für Demenzbetroffene	Leistungen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2c; Förderung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen im Rahmen von Gesundheit2020 und nationaler Strategie Demenz vorgesehen

Darstellung BASS

4 Vergleich der drei Systeme

Mit dem «verrichtungsbezogenen» Pflegebegriff ist in Deutschland der Zugang zu Versicherungsleistungen strenger als in Japan. Mindestens die Hälfte der Japaner/innen, die von Leistungen der LTCI profitieren, wären gemäss dem deutschen System nicht bezugsberechtigt (Campbell et al. 2010, 92).

4.2 Zugang zu Leistungen

In allen drei Ländern ist die Versicherung obligatorisch, doch während das System der Pflegefinanzierung in der Schweiz und in Deutschland auf die Gesamtbevölkerung ausgerichtet ist, ist die japanische LTCI eine Versicherung für ältere und betagte Menschen. **Tabelle 5** zeigt die Modalitäten des Zugangs zu (bzw. der Inanspruchnahme von) Leistungen in den drei Ländern:

Tabelle 5: Anspruchsberechtigung und Leistungsbezug in Deutschland, Japan und der Schweiz

	Deutschland	Japan	Schweiz
allgemeine Voraussetzungen	Nachgewiesener Pflegebedarf gemäss SGB IX	Mindestalter 65 (mit altersbedingten Beschwerden: 40), Bedarfsnachweis gemäss Assessment	KK: ärztliche Anordnung HE: AHV/IV-Berechtigung, Unterstützungsbedarf gemäss Selbst- und Fremdeinschätzung EL: AHV/IV-Berechtigung, Einkommenssituation
Bedarfsabklärung	Hausbesuch und Gutachten durch MDK	Hausbesuch, zweistufige Auswertung des national einheitlichen Assessments, interdisziplinäre Fachkommission	Für die Vergütung der Leistungen ist die ärztliche Anordnung entscheidend; Bedarfsermittlung (Einstufung) durch Leistungserbringer (verschiedene Assessmentinstrumente)
Pflegeplanung, Wahlmöglichkeit	Wahlmöglichkeit zwischen Pflegegeld, Sachleistungen oder einer Kombination. Gutachten MDK formuliert lediglich Empfehlungen für den Pflegeplan	Professionelle Care Manager/innen erstellen mit Versicherten einen Pflegeplan. Wahl- und Kombinationsmöglichkeit zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten/Leistungserbringern	Wahl des Pflegearrangements individuell (kein Care Management); konkrete Pflegeplanung erfolgt beim Leistungserbringer. Die Wahl des Pflegeheims ist bei Kantonswechselln wegen ungeklärter Finanzierungsfragen oft eingeschränkt (BAG 2013, 15).

Darstellung BASS

4.3 Akteure und Zuständigkeiten

Während in allen drei Ländern durch die Steuerung auf nationaler Ebene einheitliche Regelungen bezüglich Zugang zu Leistungen und Kostenbeteiligungen bestehen, unterscheiden sich die drei Systeme in Bezug auf die operative Umsetzung erheblich (vgl. **Tabelle 6**). In Deutschland laufen alle Fäden bei den Pflegekassen zusammen (kaum Einbezug der Länder/Gemeinden), in Japan sind es die Kommunen, die Prämien erheben, Leistungen vergüten und die Angebotsplanung steuern. In der Schweiz hingegen sind nebst den Krankenversicherungen auch die AHV/IV mit zwei verschiedenen Unterstützungsmodalitäten (HE, EL) involviert, und die Kantonshoheit bei der Regelung der Restfinanzierung hat in der Praxis zu einer sehr heterogenen Umsetzung geführt.

Die Entlastung und Unterstützung von **pflegenden Angehörigen** erfolgt in Deutschland und Japan mit sehr unterschiedlichen Ansätzen: in Japan, indem ihnen die Arbeit abgenommen wird (Verbesserung des Zugangs und des Angebots an Dienstleistungen); in Deutschland durch die finanzielle Anerkennung und die Förderung der familiären Pflege. Yong et al. (2012, 280f.) weisen darauf hin, dass in Japan zwar viele Familienangehörige von einer deutlichen Entlastung durch das LTCI-System profitieren, aber weiterhin viel Betreuungs- und Pflegearbeit von Angehörigen übernommen wird. Japaner/innen in den unteren Unterstützungs-/Pflegestufen nehmen durchschnittlich nur ca. die Hälfte der Leistungen in Anspruch, die ihnen eigentlich zustünden (Campbell et al. 2010, 92).

Tabelle 6: Organisationsstrukturen der drei Pflegesysteme

	Deutschland	Japan	Schweiz
Steuerung	Gesetzliche Vorgaben auf nationaler Ebene (für SPV und PPV)	nationales LTCI-Gesetz	Bundesgesetz; Bundesrat legt die Kostenbeteiligung von KK/Versicherten im KLV fest
Umsetzung	Pflegekassen	Kommunen fungieren als «Pflegeversicherung»	KK, AHV/IV; Kantone regeln Restfinanzierung
Rolle der Angehörigen	Informelle Pflege wird gefördert (Pflegegeld, Sozialversicherungsschutz, Beratungs- und Entlastungsangebote); aufgrund der Teilfinanzierung und mangelnder Angebote ist die finanzielle und zeitliche Belastung jedoch gross	Das System ist darauf ausgerichtet, das Zurückgehen des informellen Pflegepotenzials mit professionellen Dienstleistungen zu kompensieren. Anspruchsberechtigung besteht ungeachtet der familiären Einbettung.	Spielen auf Systemebene – anders als in der politischen Diskussion – keine Rolle
Leistungserbringer	Professionelle Leistungserbringer: (Voraussetzung für Vergütung ist ein Versorgungsvertrag mit Pflegekassen; Vorgaben gemäss Art. 71 SGB IX. informelle Pflegepersonen: keine Vorgaben	Nur professionelle Pflege- und Betreuungsdienstleistungen	Nur professionelle Pflege (selbständige Pflegefachpersonen, gemeinnützige und private Spitex-Organisationen, Pflegeheime), Anforderungen gemäss KVV und KVG

Darstellung BASS

4.4 Finanzierung und Kostenkontrolle

Die Art und Weise, wie Pflege- und Betreuungsleistungen in den drei Ländern finanziert werden, ist in **Tabelle 7** zusammengefasst.

Tabelle 7: Eckdaten zu den Finanzierungssystemen von Pflege- und Betreuungskosten

	Deutschland	Japan	Schweiz
Finanzierungsquellen	SPV: Lohnbeiträge PPV: Prämien	50% Steuergelder, 50% Prämien (obligatorisch ab 40 J.)	KK: Prämien HE: Lohnbeiträge EL: Steuergelder (Bund, Kantone, teilweise Gemeinden)
Finanzierungsmodell	SPV: Umlageverfahren PPV: Anwartschaftsdeckungsverfahren	Umlageverfahren	KK, HE: Umlageverfahren
Form der Abgeltung	Geld- oder Sachleistungen oder Kombination (Wahlmöglichkeit Versicherte)	ausschliesslich Sachleistungen	KK: Sachleistungen HE: Geldleistung EL: Geldleistungen (allgemeine Lebenshaltungskosten), Sachleistungen (Krankheits- und Behinderungskosten)
Abstufungen nach Einkommen; Sonderregelungen	reduzierte Beitragssätze für Geringverdienende; Deckelung der Beiträge bei Einkommen ab 4125 Euro/Monat; höherer Beitragssatz für Kinderlose	Einkommens- und Altersabhängige Prämien; Reduktion oder Erlass von Prämien und/oder Selbstbeteiligung für Personen mit wenig finanziellen Mitteln	KK: Prämienverbilligungen EL werden einkommensabhängig entrichtet
Deckungsgrad	Teilleistungsversicherung (aktueller Deckungsgrad im stationären Bereich bei ca. 50%, bei Pflegegeld ca. 25%, Tendenz sinkend)	90% bei Betreuungs- und Pflegeleistungen, auf die gemäss Einstufung Anspruch besteht; was darüber hinausgeht, muss privat finanziert werden	Die verschiedenen Leistungsträger decken jeweils nur einen Teil der Kosten. KVG-Anteil aktuell rund 20% (stationär) bzw. 30% (ambulant)*
Kostenbeteiligung der Versicherten	alle von der Pflegeversicherung ungedeckten Kosten	Grundsätzlich 10% bis zu einer einkommensabhängigen Obergrenze. Zusätzliche Selbstbeteiligung für Mahlzeiten und Hotellerie im stationären Bereich	KVG-Leistungen: maximale Kostenbeteiligung vom Bund festgelegt. Gesamtkosten: Finanzierungsanteil der Privathaushalte je nach Kanton/Gemeinde verschieden, aktuell durchschnittlich 40% (stationär) bzw. 20% (ambulant)*.

*Zahlen von 2012 gemäss BFS (2014), Darstellung BASS

4 Vergleich der drei Systeme

In allen drei Ländern spielen die Nachhaltigkeit des Finanzierungssystems für Pflege- und Betreuungskosten der alternden Bevölkerung sowie die Kontrolle der Kostenentwicklung eine wichtige Rolle. **Deutschland** hat hierzu nicht nur strenge Richtlinien für die Anspruchsberechtigung erlassen, sondern auch strikte Budget-Regelungen eingebaut. Nach anfänglichen Schwierigkeiten mit zu geringen Einnahmen (konjunkturelle Probleme wirkten sich auf die Prämienzahlungen aus) stiegen die Ausgaben stets weniger stark an als der Anteil der über 75-Jährigen an der Gesamtbevölkerung. Campbell et al. (2010, 92f.) sprechen daher sogar von einer möglicherweise «allzu effektiven» Kostenbremse, denn mangels Teuerungsausgleich gingen die Versicherungsleistungen netto gar zurück. In **Japan** mussten seit Einführung der LTCI mit verschiedenen Reformen die Ausgaben mittels Reduktion des Leistungskatalogs gesenkt werden. Indem alle 3 Jahre die Tarife/Prämien neu festgelegt werden, kann auch bei den Einnahmen jeweils rechtzeitig auf Entwicklungen reagiert werden. In der **Schweiz** hat das neue Finanzierungssystem die Kostenentwicklung bei den Krankenkassen stabilisiert, gleichzeitig aber bei den Privathaushalten und den Kantonen (EL) zu einem starken Kostenanstieg geführt.

4.5 Bleibende Herausforderungen

Generelle Herausforderungen, die für die Organisation und Finanzierung der Betreuung und Pflege alter Menschen in allen drei Systemen bestehen:

- Mangel an qualifiziertem Betreuungs- und Pflegepersonal
- Koordination zwischen medizinischer Versorgung und Langzeitpflege
- Qualitätssicherung: Deutschland fokussiert auf Qualitätsklauseln in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringenden; Japan bemüht sich, durch Aus- und Weiterbildung die Qualität zu verbessern.
- Ambulant vor stationär: Weder Deutschland noch Japan konnten bisher die Zunahme an Versicherten in der stationären Versorgung (und die damit verbundenen hohen Kosten) reduzieren. Verändert hat sich in Japan aber die Angebotsstruktur dennoch, und zwar mit der Schaffung von kleinen Pflegeinstitutionen, die auf die Betreuung von Alzheimerpatient/innen spezialisiert sind (Campbell et al. 2010, 93). In der Schweiz ist es für die Krankenkassen ab einem bestimmten Pflegeaufwand aus finanzieller Sicht interessanter, wenn die Leute im Pflegeheim untergebracht sind. Diese finanzielle Anreizstruktur widerspricht dem Grundsatz «ambulant vor stationär» (vgl. Wächter/Künzi 2011, Kwiatkowski/Streit 2014, 7).

5 Stand der Diskussion zur Pflegefinanzierung in der Schweiz

Schwierigkeiten bei der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung und Klärungsbedarf in Bezug auf die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen haben seit 2011 die Diskussion im Politikfeld massgeblich geprägt. Dabei spielen neben Bundesrat und Parlament folgende Akteure eine wichtige Rolle: die beiden parlamentarischen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK), die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektor/innen (GDK), die Austauschplattform «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» von Bund und Kantonen sowie die Bundesverwaltung (BAG, zuständig für Krankenversicherung, und BSV, zuständig für AHV/IV). Im Folgenden werden zunächst die zentralen Diskussionspunkte zur Neuordnung und Implementierung der Pflegefinanzierung ab 2011 aufgegriffen (Kap. 5.1) und danach die Positionen zum Thema Pflegeversicherung dargelegt (Kap. 5.2.).

5.1 Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung

Seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung hat das BAG im Auftrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) in jährlichen Berichten die Umsetzung in den Kantonen dokumentiert (zuletzt BAG 2013). Von Anfang an waren es die folgenden Themen, die bei der Ausarbeitung kantonaler Regelungen und/oder in der Praxis zu Schwierigkeiten geführt haben:

- Regelung der Restfinanzierung, insbesondere bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten²⁴
- Patientenbeteiligung und Ergänzungsleistungen
- Vereinheitlichung der Instrumente/Standards für die Bedarfsabklärung
- Finanzierungsprobleme und Ungleichbehandlung im ambulanten Bereich

Restfinanzierung der Pflegekosten

In zahlreichen parlamentarischen Vorstössen werden Umsetzungsschwierigkeiten in Bezug auf die Restfinanzierung thematisiert.²⁵ Die gesetzliche Regelung auf Bundesebene sei zu wenig klar, so der Grundtenor. Dies führe bei Leistungserbringern, Kantonen und Versicherten zu Unsicherheiten und neuer Intransparenz (Überwälzung ungedeckter Pflegekosten auf Versicherte oder Leistungserbringer, u.a. via Betreuungs- und Pensionskosten, da viele Kantone lediglich «Normkosten» bezahlen). Die grosse Heterogenität der kantonalen Regelungen bewirke die Ungleichbehandlung je nach Wohnsitz, Leistungsort (häusliche Pflege oder Heim) und Leistungserbringer (gemeinnützige vs. private Spitex, selbständige Pflegefachpersonen). Bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten konnten sich die Kantone bislang nicht einigen, ob für die Restfinanzierung der bisherige Wohnsitzkanton aufkommen muss (analog Ergänzungsleistungen) oder der Wohnsitzkanton nach dem Heimeintritt. Diese Streitigkeiten und Rechtsunsicherheiten führen dazu, dass etliche Einrichtungen keine ausserkantonalen Bewohner/innen mehr aufnehmen und die Wahlmöglichkeit von Personen, die beim Heimeintritt ihren Wohnsitz wechseln wollen, um näher bei der Familie zu sein, eingeschränkt wird (vgl. BAG 2013, 15).

Da die Koordination unter den Kantonen trotz Bemühungen verschiedener Gremien – GDK, BAG, Dialog Nationale Gesundheitspolitik – bisher ergebnislos verlaufen ist, würden es Parlament, aber auch gewisse Leistungserbringer begrüssen, wenn der Bund klarere Bestimmungen in Bezug auf die Restfinanzierung schaffen würde. Der Bundesrat erachtet indes die regulatorischen Unterschiede bezüglich Restfinanzie-

²⁴ In Kantonen, welche die Zuständigkeiten an die Gemeinden weiterdelegiert haben, können ausserdem Probleme bei der Kostendeckung von Pflegeheimaufenthalten ausserhalb der Wohngemeinde entstehen, vgl. Medienmitteilung von Curaviva Kanton Zürich vom 16. Juli 2014, www.pflegefinanzierung-zh.ch/fokus-zuerich.

²⁵ Vgl. z.B. Schenker 2011, Heim 2012b, Bruderer Wyss 2012, Joder 2014a; parlamentarische Initiative Egerszegi 2014, Standesinitiative 14.317 des Kantons Thurgau.

rung grundsätzlich nicht als problematisch. Aus seiner Antwort auf die Interpellation Joder (2014a) geht hervor, dass er dem Eingreifen des Bundes in dieser Frage skeptisch gegenübersteht. Auf Anfang 2015 wird jedoch ein Bericht erarbeitet, der Lösungsvorschläge für das Problem der ausserkantonalen Heimaufenthalte aufzeigen soll. Der Bundesrat setzt weiterhin auf die Lösungsfindung im Rahmen des Nationalen Dialogs Gesundheitspolitik und verweist in vielen Stellungnahmen zu Vorstössen auf die (derzeit laufende) **Wirkungsevaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung**, deren Ergebnisse man abwarten wolle, bevor Anpassungen am bestehenden System vorgenommen werden.

Patientenbeteiligung und Ergänzungsleistungen

Die Begrenzung der Patientenbeteiligung auf 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags bezieht sich ausschliesslich auf Pflegekosten. Kosten für Hotellerie, Betreuung, Hauswirtschaft etc. müssen privat finanziert bzw. mit Ergänzungsleistungen gedeckt werden. Auch in diesem Bereich haben die Kantone grossen gesetzgeberischen Spielraum, indem sie die Tagestaxen, die bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen als Ausgabe berücksichtigt werden, begrenzen können. Parlamentarische Vorstösse zu diesem Themenbereich befassen sich z.B. mit zu tief angesetzten EL, die entgegen des im ELG festgehaltenen Grundsatzes zu Sozialhilfeabhängigkeit führt (Gysi 2012), oder mit Fehlanreizen und «ungerechter» Belastung von Personen, die Vermögen angespart haben (Lehmann 2014)²⁶.

Nicht zuletzt aufgrund der stark angestiegenen Ausgaben bei den Ergänzungsleistungen hat der Bundesrat in Beantwortung verschiedener Vorstösse 2013 einen ausführlichen Bericht zu Kostenentwicklung und Reformbedarf vorgelegt und im Juni die **Leitlinien für eine ELG-Reform verabschiedet**: Neu geregelt werden sollen insbesondere die Kapitalbezüge aus der zweiten Säule (das vorgeschlagene Verbot wurde in der Öffentlichkeit teilweise stark kritisiert); dazu sollen Massnahmen getroffen werden, um unerwünschte Anreize zum Verbleib im EL-System zu reduzieren, z.B. durch die Überprüfung der Höhe der Vermögensfreibeiträge und die Entflechtung von EL und Individueller Prämienverbilligung.²⁷

Harmonisierung der Systeme zur Abklärung des Pflegebedarfs

Damit alle Heimbewohner/innen gemäss ihrem Bedarf gleich viel Pflege von der Krankenkasse finanziert bekommen, werden seit 2009 Anstrengungen zur Harmonisierung der Assessment-Instrumente unternommen. Die in der Deutschschweiz eingesetzten Systeme BESA und RAI sind seit August 2011 aufeinander abgestimmt, während die Westschweiz (PLAISIR) sich 2010 aus dem von Curaviva geleiteten Harmonisierungsprojekt zurückzog. Nicht zuletzt deswegen liegt das Mittel der Pflegestufen in gewissen Westschweizer Kantonen markant höher als im gesamtschweizerischen Durchschnitt (vgl. Raos 2013). Die Fortsetzung des Harmonisierungsprojekts erwies sich als schwierig – Curaviva zog sich vom Vorsitz zurück, die GDK wollte nicht übernehmen, die Versicherer drängen (wie auch der Preisüberwacher) auf eine Vereinheitlichung. Inzwischen hat das BAG die Federführung übernommen und versucht unter den Partnern zu koordinieren, sodass Ende 2014 mit Systemvergleich und –harmonisierung begonnen werden kann.²⁸

Der Bundesrat hat in seinen Stellungnahmen zu Vorstössen, die ein stärkeres Engagement des Bundes zur Beschleunigung des Harmonisierungsprozess fordern (z.B. Heim 2012a, Humbel 2013), stets abgelehnt, in die Arbeiten der Projektpartner einzugreifen: Die Festlegung eines Systems im Gesetz wäre mit grossen finanziellen, zeitlichen und organisatorischem Aufwand für die Nutzer/innen verbunden. Daher möchte er die Ergebnisse der Arbeitsgruppe abwarten, bevor anderweitige Massnahmen geprüft und ergriffen würden. Auch für die flächendeckende Einführung von RAI-HC im ambulanten Bereich, wie sie von Humbel

²⁶ Auf diese Fehlanreize beziehen sich letztlich auch die Vorschläge zur Förderung individueller Pflegevorsorge bzw. zum Systemwechsel auf ein Kapitaldeckungsverfahren (siehe Kap. 5.2).

²⁷ Vgl. Bundesrat (2013) und Medienmitteilung vom 25.06.2014, «Richtungsentscheide für eine Reform der Ergänzungsleistungen»

²⁸ Stellungnahme des Bundesrates zur Motion Humbel (2013) vom 7.3.2014.

(2013) wie auch vom Spitex-Verband gefordert wird (vgl. BAG 2013, 8), scheint sich der Bundesrat nicht einsetzen zu wollen.

Umsetzungsprobleme in der ambulanten Betreuung und Pflege

Im jüngsten Umsetzungsbericht zur neuen Pflegefinanzierung (BAG 2013) wird deutlich, dass besonders die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und die selbständigen Pflegefachpersonen in der Praxis mit verschiedenen Problemen zu kämpfen haben:

- hoher administrativer Aufwand bei der Rechnungsstellung (aufgrund der sehr heterogenen Regelungen sei häufig weder den Organisation noch den Versicherten klar, an wen sie sich wenden müssen)
- Kantone und Gemeinden nehmen ihre jeweiligen Zuständigkeiten nicht immer wahr, und die Ausrichtung der Restfinanzierung sei mitunter von deren «guten Willen» abhängig
- Ungleichbehandlung der Leistungserbringer bei der Restfinanzierung: 6 Kantone richten grundsätzlich keine Restfinanzierung an Pflegefachpersonen aus, 17 nur auf Antrag, während Spitex-Organisationen eine automatische Rückerstattung erhalten; in gewissen Kantonen wird bei den Modalitäten der Restfinanzierung auch nach Rechtsstatus unterschieden (gemeinnützige vs. private Spitex)

Vor diesem Hintergrund fordern zwei aktuelle parlamentarische Vorstösse Massnahmen zur Entlastung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich und zur Beseitigung von Ungleichstellungen, damit die Entwicklung von bedarfsgerechten Angeboten gefördert und auf die steigende Nachfrage angemessen reagiert werden kann (Heim 2014, Joder 2014b).

Strategien: Langzeitpflege, Hochaltrigkeit, Care-Arbeit

In der Schweiz sind pflegende Angehörige zwar nicht die «zweite Zielgruppe» der Pflegepolitik, gleichwohl sind in jüngerer Zeit auch hierzulande Fragen zur Care-Arbeit – durch Angehörige, durch Care-Migrantinnen – breiter diskutiert worden. Aufgrund verschiedener parlamentarischer Vorstösse (u.a. SGK-N 13.336) hat der Bundesrat einen ausführlichen Bericht zur Angehörigenpflege in Auftrag gegeben (Rudin et al. 2014).

Ebenfalls zum breiteren Kontext dieses Politikfeldes gehören die aktuellen Arbeiten zu übergeordneten Strategien, welche die Weiterentwicklung des Versorgungs- und Unterstützungsangebots sowie Finanzierungsfragen beeinflussen dürften:

- Nationale Demenzstrategie 2014–2017
- Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015
- Strategie Langzeitpflege (Erfüllung Postulat Fehr 2012)

Die folgende Tabelle zeigt zusammenfassend die laufenden Projekte auf Bundesebene, welche die Grundlagen für eine allfällige Anpassung des bestehenden Systems der Unterstützung und Pflege im Alter dienen werden (Stand Ende November 2014):

Tabelle 8: Projekte zur Weiterentwicklung des Schweizer Unterstützungssystems Hilfe/Pflege

Projekt	Status
Wirkungsevaluation Pflegefinanzierung	Arbeiten sind angelaufen
Bericht des Bundesrates zur Angehörigenpflege	Erwartet für Ende 2014
Harmonisierung Bedarfsabklärung	Projektbeginn Systemvergleich/Harmonisierung Ende 2014
Revision Ergänzungsleistungsgesetz	Richtungsentscheid des Bundesrates im Juni 2014, Vernehmlassung für Anfang 2015 geplant
Bericht des Bundesrates zu Lösungen für ausserkantonale Heimaufenthalte	Erwartet für Anfang 2015

Stand: Ende November 2014, Darstellung BASS

5.2 Pflegeversicherung

In der Diskussion darüber, wie die Finanzierung von Pflege- und Betreuungskosten angesichts der demografischen Herausforderungen sichergestellt werden kann, wird immer wieder die Einführung einer Pflegeversicherung ins Spiel gebracht. Bereits 1992 hatte die parlamentarische Initiative Kopp die Einführung einer unabhängigen Bundesversicherung «AHV plus» vorgeschlagen, welche die Gesundheits-, Hauswirtschafts- und Betreuungskosten von über 75-Jährigen übernehmen sollte. Hauptargument gegen diesen Vorschlag war, dass die Solidarität zwischen den Generationen bewahrt und alle betroffenen Personen unabhängig von der Altersklasse gleich behandelt werden sollten. Auch in der Vernehmlassung zur Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die Möglichkeit einer eigenständigen Pflegeversicherung diskutiert, von der Mehrheit der Teilnehmenden jedoch abgelehnt.²⁹

Kurz nach Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung wurde das Thema Pflegeversicherung erneut aufgegriffen. Das **Postulat Fehr** (2011) forderte die Ausarbeitung verschiedener Varianten für eine obligatorische Pflegeversicherung für Menschen ab 50 Jahren, die über einkommens- und vermögensabhängige Beiträge sowie Steuermittel finanziert wird. In seiner Antwort verweist der Bundesrat auf die in der Vernehmlassung abgelehnte Pflegeversicherung; deren Aufgaben würden im heutigen System grösstenteils durch die Ergänzungsleistungen erfüllt. Man wolle abwarten, bis stabile Daten für die Evaluation der neuen Pflegefinanzierung vorliegen, bevor eine neue Standortbestimmung vorgenommen und allenfalls über eine zusätzliche Sozialversicherung diskutiert wird. Das Postulat wurde mittlerweile zurückgezogen.

Der Vorschlag von Cosandey/**Avenir Suisse** (2014) für eine obligatorische Pflegeversicherung sieht demgegenüber einen Systemwechsel vom Umlage- zum **Kapitaldeckungsverfahren** vor. Das bestehende System mit den Ergänzungsleistungen enthalte den Fehlanreiz, das «Vermögen im Alter bewusst zu konsumieren und den Kindern zu verschenken», um von staatlichen Geldern profitieren zu können. Das bestehende System sei ungerecht gegenüber den Wohlhabenderen sowie der jüngeren Generation, die für einen immer grösseren Teil der übrigen Bevölkerung Transferleistungen bezahlen müssten. Vorgeschlagen wird ein Beginn der Versicherungspflicht bei 55 Jahren mit monatlichen Prämien von rund 300 CHF. Mit einer Risikoprämie sollen die Kosten pflegeintensiver Fälle gedeckt werden. Der von **Senesuisse und GDI** ausgearbeitete Vorschlag für ein neues System für Betreuung und Pflege im Alter basiert ebenfalls auf einer obligatorischen «4. Säule» für die Pflegevorsorge. Darüber hinaus soll die Finanzierung neu auf der Person erfolgen und nicht wie heute nach Leistungsart/-erbringer, d.h. die Versicherten sollen gemäss Pflege- und Betreuungsbedarf Leistungsgutschriften erhalten und frei wählen können, welche Leistungen sie wo beziehen wollen. Damit wird einerseits die Vereinfachung des Systems angestrebt (weniger Akteure, weniger administrativer Aufwand durch die «künstliche Abgrenzung» zwischen Pflege gemäss KVG und anderen Pflege-/Betreuungsleistungen) und andererseits die Förderung innovativer Angebote an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich (Kwiatkowi/Streit 2014).

Parlamentarische Vorstösse zur **Förderung der individuellen Pflegevorsorge** argumentieren ähnlich wie Avenir Suisse, streben jedoch keinen Systemwechsel an, sondern zielen auf eine Verbesserung der Anreize für freiwilliges Sparen. Die Einführung einer «neuen Säule 3c» war schon vor der Neuordnung der Pflegefinanzierung in mehreren Vorstössen gefordert worden³⁰, fand jedoch im Parlament keine Mehrheit. Auch der Bundesrat erachtet gemäss seiner Antwort auf die Motion Barthassat (2010) steuerliche Sparanreize als wenig effektives Instrument; überdies würden dadurch vor allem Personen gefördert, welche auch ohne diesen Anreiz Sparleistungen unternehmen.

²⁹ Zu diesen und weiteren im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht weiterverfolgten Ansätze vgl. Botschaft 05.025 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, BBl 2005, 2072–2076.

³⁰ Forster 2006, FDP-Fraktion 06.3274, Barthassat 2010; auch Eder 2014.

6 Grundlagen und Literatur

- BAG Bundesamt für Gesundheit (2013): Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen. Erläuternder Bericht vom 3. Oktober 2013 (Auftrag der SGK-N 10-09. Umsetzung der Pflegefinanzierung)
- Barthassat Luc (2010): Motion 10.4135 «Zusätzliche Steuerbefreiung für altersbedingte Aufwendungen», eingereicht am 17.12.2010
- BFS Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitsstatistik 2014, Neuchâtel
- Blümel Miriam (2013): The German Health Care System, 2013, in: Sarah Thomson, Robin Osborn, David Squires und Miraya Jun (Hrsg.): International Profiles of Health Care Systems, 2013, New York/Washington: The Commonwealth Fund (no. 1717), 57–65
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2011): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, o.O. (Download via <http://www.bmg.bund.de/>)
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2015): Pflegeleistungen ab 1. Januar 2015, o.O (Download via <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze.html>)
- Botschaft 05.025 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, BBl 2005, 2033
- Bowles David und Wolfgang Greiner (2014): «Pflegevorsorgefonds greift zu kurz», Süddeutsche.de, 23.04.2014
- Bruderer Wyss Pascale (2012): Postulat 12.4099 «Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG», eingereicht am 11.12.2012
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. März 2014), SR 832.10
- Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG), SR 831.30
- Bundesrat (2013): Ergänzungsleistungen zur AHV/IV – Kostenentwicklung und Reformbedarf, Bern
- Campbell John Creighton, Naoki Ikegami und Mary Jo Gibson (2010): Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan, *Health Affairs* 29(1), 87–95 (doi: 10.1377/hlthaff.2009.0548)
- Cosandey Jérôme und Avenir Suisse (Hrsg.) (2014): Generationenungerechtigkeit überwinden, Zürich: NZZ Libro
- Eder Joachim (2014): Postulat 14.3912 «Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten», eingereicht am 25.09.2014
- Egerszegi-Obrist Christine (2014): Parlamentarische Initiative 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung», eingereicht am 21.03.2014
- FDP-Fraktion (2006): Motion 06.3271 «Säule 3c für die Finanzierung der Pflege im Alter», eingereicht am 15.06.2006
- Fehr Jacqueline (2011): Postulat 11.4009 «Pflegeversicherung», eingereicht am 30.09.2011
- Fehr Jacqueline (2012): Postulat 12.3604 «Strategie zur Langzeitpflege», eingereicht am 15.06.2012
- Forster-Vannini Erika (2006): Motion 06.3274 «Säule 3c für die Finanzierung der Pflege im Alter», eingereicht am 15.06.2006
- Frey Carina (2014): «Neues Gesetz: Das bringt die Pflegereform», Spiegel online, 29.12.2014

- Glanzmann-Hunkeler Ida (2014): Postulat 14.3552 «Bericht zur Hochaltrigkeit», eingereicht am 19.06.2014
- Gössi Petra (2012): Postulat 12.3677 «Kein Blindflug bei den Ergänzungsleistungen zu AHV/IV», eingereicht am 11.09.2012
- Gysi Barbara (2012): Interpellation 12.3549 «Pflegefiananzierung: Doch wieder Fälle von Sozialhilfebedürftigkeit», eingereicht am 14.06.2012
- Heim Bea (2012a): Postulat 12.4053 «Harmonisierung der Erfassung des Pflegebedarfs», eingereicht am 04.12.2012
- Heim Bea (2012b): Postulat 12.4051 «Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte», eingereicht am 04.12.2012
- Heim Bea (2014): Interpellation 14.3788 «Spitex stärken», eingereicht am 24.09.2014
- Heintze Cornelia (2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemässen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland (Kurzfassung), Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO Diskurs)
- Hermann Antonia (2014): «Schlechte Bilanz: Pflege-Bahr überzeugt nicht wie erwartet», *pflegeversicherung.net*, 21. Oktober 2014, <http://news.pflegeversicherung.net/pflege-bahr-ueberzeugt-nicht-wie-erwartet-16934>
- Höpflinger François (2005): Demografische Alterung, Langlebigkeit und Pflegebedürftigkeit, *Soziale Sicherheit CHSS 5/2005*, 258–261
- Humbel Ruth (2013): Motion 13.4217 «Einheitliches Leistungserfassungssystem für die Pflege», eingereicht am 12.12.2013
- Humbel Ruth (2014): Motion 14.3366 «Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligung abkoppeln», eingereicht am 08.05.2014
- Joder Rudolf (2014a): Interpellation 14.3638 «Stärkung der ambulanten Pflege – Restfinanzierung», eingereicht am 20.06.2014
- Joder Rudolf (2014b): Motion 14.3639 «Verbesserung der Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause», eingereicht am 20.06.2014
- Kanton Thurgau (2014): Standesinitiative 14.317 «Ergänzung von Artikel 25a KVG betreffend die Pflegefinanzierung», eingereicht am 04.11.2013
- Kwiatkowski Marta und Christian Streit (2014): Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter. Ein Finanzierungsmodell für die Zukunft, Bern/Rüschlikon: senesuisse/GDI
- Lehmann Markus (2014): Motion 14.3853 «Anpassung beim Vermögensverzehr. Änderung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV», eingereicht am 25.09.2014
- Matsuda Ryoza (2013): The Japanese Health Care System, 2013, in: Sarah Thomson, Robin Osborn, David Squires und Miraya Jun (Hrsg.): *International Profiles of Health Care Systems*, 2013, New York/Washington: The Commonwealth Fund (no. 1717), 75–83
- Naegele Gerhard (2014): 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO Diskurs)
- Nordmann Heike (2015): «Flexibler Pflegemix. Betreuungs- und Entlastungsdienste: Herausforderungen für die Praxis nach dem ersten Schritt des Pflegestärkungsgesetzes», *ProAlter* Januar/Februar 2015, 12–17
- Politzki Eva Renate (2007): Pharmazeutische Produkte und ihre Herstellungsprozesse vor dem Hintergrund des europäischen und japanischen Kulturbegriffs von Qualität, Dissertation ETH Nr. 17084

- Raos Bernhard (2013): «Die Romands habens besser», *Beobachter* 19/2013 (20.09.2013)
- Rothgang Heinz (2014): «Fehlkonzipierter Vorsorgefonds», *Wirtschaftsdienst* 94 (5), 5
- Rudin Melania, Heidi Stutz, Iren Bischofberger und Anke Jähnke (2014): *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige – eine Bestandesaufnahme*, Bern/Zürich: BASS/Careum F+E
- Schenker Silvia (2011): Interpellation 11.3252 «Neue Pflegefinanzierung – Benachteiligung von Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden», eingereicht am 18.03.2011
- Scherrer Ursula (2005): Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, *Soziale Sicherheit CHSS 5/2005*, 254–257
- Schmid-Federer Barbara (2013): Motion 13.3745 «Nationales Forschungsprogramm Langzeitversorgung», eingereicht am 19.09.2013
- SGK-N (2013): Postulat 13.3366 «Betreuungszulagen und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige», eingereicht am 25.04.2013
- TMP Tokyo Metropolitan Government (2012): *Long-term Care Insurance System*, Tokyo: Long-term Care Insurance Section, Aging Society Affairs Division, Bureau of Social Welfare and Public Health
- Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (Stand am 1. Juli 2014), SR 832.112.31
- Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 (Stand am 1. Januar 2013), SR 831.201
- Wächter Matthias und Kilian Künzi (2011): *Ökonomische Grenzen der Spitex*, Bern
- Yong Vanessa und Yasuhiko Saito (2012): National Long-Term Care Insurance Policy in Japan a Decade after Implementation: Some Lessons for Aging Countries, *Ageing Int* 37, 271–284 (Online-Publikation am 8. März 2011)

7 Abkürzungen

AHV	Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
ELG	Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
GVK	Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland)
HE	Hilflosenentschädigung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KK	Krankenkasse
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KVG	Krankenversicherungsgesetz (Schweiz)
LTCI	Long-term care insurance
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
PPV	Private Pflegeversicherung (Deutschland)
RAI	Resident Assessment Instrument
RAI-HC	Resident Assessment Instrument – Home Care
SGB XI	Sozialgesetzbuch, elftes Buch: Soziale Pflegeversicherung
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SGK-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SPV	Soziale Pflegeversicherung (Deutschland)