

Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive

Kurzstudie

Im Auftrag
des Spitex Verbands Schweiz

Dr. Matthias Wächter, Kilian Künzi

Bern, 12. Mai 2011

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Résumé en français	II
Zusammenfassung	IV
1 Ausgangslage und methodisches Vorgehen	1
1.1 Ausgangslage und Auftrag	1
1.2 Methodisches Vorgehen und Grundlagen	2
1.2.1 Modellrechnungen	2
1.2.2 Datengrundlagen	2
1.3 Verfügbares Einkommen und Lebensbedarf nach ELG	3
1.3.1 Referenz: «Verfügbares Einkommen»	3
1.3.2 Lebensbedarf nach ELG	4
1.3.3 Die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL	4
1.4 Einkommens- und Vermögenssituation der Rentner/innen	5
2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit	6
2.1 Die wichtige Rolle der Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung	6
2.1.1 Der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte an den Pflege- und Betreuungskosten	6
2.1.2 Die Rolle der Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung bei der Pflege zu Hause	7
2.1.3 Die Rolle der Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung bei der Pflege im Heim	10
2.1.4 Die Anrechnung des Vermögens an die Ergänzungsleistungen	11
2.2 Die Grenzen der Finanzierung der Pflege über Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung	12
2.2.1 Grenzen aufgrund der Bestimmungen über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten	12
2.2.2 Grenzen aufgrund der Steuerbelastung und Festlegung der anrechenbaren Mietkosten	14
2.3 Fazit	16
3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten	18
3.1 Ausgangslage	18
3.2 Wichtige Grundlagenarbeiten	18
3.3 Ergebnisse der Analyse der Vollkosten	19
3.3.1 Vergleich der Gesamtkosten, der Pflegevollkosten und der Kosten für die Krankenkassen zwischen der Pflege zu Hause und im Heim	19
3.3.2 Vergleich der Kosten der öffentlichen Hand und der privaten Haushalte zwischen der Pflege zu Hause und im Heim	25
3.4 Fazit	27
4 Quellen und Literatur	29

Résumé en français

Situation initiale et problématique

Les soins de longue durée aux personnes âgées représentent l'un des plus grands enjeux du système social et du système de santé. Avec son **5ème Congrès national Aide et soins à domicile intitulé «Au cœur de l'action» qui s'est déroulé en septembre 2010**, l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD) a voulu donner un aperçu complet des futurs défis que devra relever l'Aide et soins à domicile et ses organisations partenaires.

L'évolution des coûts et la garantie d'un financement solide constituent d'importantes conditions-cadre. Pour cette raison, l'ASSASD a mandaté pour son congrès une étude sur les «limites économiques des soins à domicile». Cette étude aborde ce thème sous deux angles:

- les limites économiques de la liberté individuelle de faire des choix et de prendre des décisions,
- les avantages économiques de l'une ou de l'autre forme de soins (à domicile / en EMS) en tenant compte du prix coûtant.

L'ASSASD a décidé de retravailler cette étude sur une base de données actualisée (état: 31.03.2011.) et de la publier au printemps 2011 étant donné que dans plusieurs cantons, le processus de législation pour la mise en œuvre du nouveau financement des soins au 01.01.2011 n'était pas encore terminé.

Cette étude repose sur de vastes modélisations et calculs de simulation effectués sur la base de la législation et des structures de coûts des cantons de **Zurich, Berne et Vaud**.

Limites économiques de la liberté individuelle de faire des choix et de prendre des décisions

De vastes simulations montrent le **rôle important des prestations complémentaires (PC)** dans le financement des soins en Suisse, **aussi pour les soins à domicile**. Lorsque le coût des soins et de la prise en charge est élevé, les prestations complémentaires s'avèrent même être **un instrument efficace** qui garantit une certaine liberté dans le choix de la forme de soins à un large secteur de revenus, aussi pour les revenus moyens acquis sous forme de rente. La charge supplémentaire que représente la participation du patient pour les ménages est aussi compensée par les prestations complémentaires,

aussi pour les revenus moyens acquis sous forme de rente.

Les modélisations montrent en parallèle les **limites des prestations complémentaires**. Plus la transition est forte vers un financement des soins orienté vers le sujet (par ex. montant de la participation du patient, renoncement aux contributions aux coûts de l'entreprise, intégration des coûts d'investissement dans les taxes de EMS), plus le secteur des revenus qui doit solliciter des prestations complémentaires pour assurer l'existence s'élargit. Ici, la **charge fiscale** progressive conduit à ce que le revenu libre disponible (définition voir paragraphe 1.3.1) des ménages ayant des revenus moyens acquis par rente tombe sous celui des ménages ayant des revenus bas acquis par rente – un effet structurel qu'il n'est pas facile de corriger. Sur la base du montant maximal reconnu inchangé depuis 2001 pour les **coûts de location** dans le cadre des prestations complémentaires (CHF 1'100 par mois pour les personnes vivant seules et CHF 1'250 pour les couples) les coûts de location représenteront un grand enjeu financier pour les soins à domicile dans beaucoup de villes et de régions.

De plus, l'étude montre dans quelle mesure les **dispositions d'exécution sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité** par les prestations complémentaires et l'accès aux informations sur les droits et les dispositions de détail peuvent devenir une limite à la liberté de choisir.

Les limites économiques des soins à domicile lors de l'analyse du prix coûtant

La comparaison du prix coûtant des deux formes de soins à domicile et en EMS en intégrant le prix coûtant pour les soins et la prise en charge et les coûts d'investissement mais aussi les frais généraux pour les dépenses courantes pour les soins à domicile confirme le résultat d'autres études. Les **soins à domicile** présentent des **avantages économiques** quant aux coûts globaux pour les **cas de soins de complexité légère à moyenne**, les **soins en EMS** pour les cas de **complexité moyenne à élevée**.

Le domaine de chevauchement de complexité moyenne est intéressant. On constate qu'il n'y a **pas de frontière nette** entre les avantages économiques de l'une ou de l'autre forme de soins mais que celle-ci est délimitée par une **fourchette de soins requis de 60 à 120 minutes**. Sont déterminants pour les avantages économiques d'une forme de soins dans ce domaine de chevauchement: (1) le besoin en prise en charge en plus des soins à domicile, (2) les

coûts du logement à la maison comparés au standing de l'EMS choisi, (3) le refinancement des coûts d'investissement et leur déplacement sur les résidents des EMS.

Les simulations reflètent la forte opposition du prix coûtant des soins plus élevé à domicile par rapport à celui en EMS (pour le même degré de soins requis) versus des frais d'infrastructure et du coût de la vie à domicile. Cette **tendance opposée** entre le prix coûtant des soins et les frais d'infrastructure annonce une importance croissante de la forme mixte des «appartements protégés».

Les **caisses-maladie** contribuent à des coûts nettement plus élevé pour les soins à domicile de tous les degrés de soins requis que pour les soins en EMS. Cette charge plus élevée relatives aux coûts et une limitation des prestations des caisses-maladie à 60 heures de soins à domicile par trimestre (40 minutes par jour) peuvent conduire à de fausses incitations et à des coûts globaux plus élevés dans une perspective macroéconomique si cette limite n'est pas traitée avec flexibilité.

Zusammenfassung

Ausgangslage und Fragestellung

Die Langzeitpflege älterer Menschen stellt eine der grossen Herausforderungen des Sozial- und Gesundheitswesens dar. Der Spitex Verband Schweiz widmete den **5. Nationalen Spitex-Kongress im September 2010 «Am Puls der Zeit»** einem umfassenden Ausblick auf die zukünftigen Anforderungen an die Spitex und ihre Partnerorganisationen.

Die Kostenentwicklung und die Sicherstellung einer tragfähigen Finanzierung sind dabei wichtige Rahmenbedingungen. Aus diesem Grund hat der Spitex Verband Schweiz für den Kongress eine Studie zu den **«Ökonomischen Grenzen der Spitex»** in Auftrag gegeben. Sie beleuchtet das Thema aus zwei Gesichtspunkten:

- Ökonomische Grenzen der individuellen Wahl- und Entscheidungsfreiheit
- Kostenvorteile der einen oder anderen Pflegeform (zu Hause / im Heim) unter Berücksichtigung der Vollkosten

Da der Gesetzgebungsprozess für die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung auf den 01.01.2011 in verschiedenen Kantonen noch nicht abgeschlossen war, entschied sich der Spitex Verband zur Überarbeitung und Publikation der Studie auf einer aktualisierten Datengrundlage (Stand 31.03.2011) im Frühjahr 2011.

Der Studie liegen umfangreiche Modell- und Simulationsrechnungen auf der Basis der Gesetzgebung und der Kostenstrukturen der drei Kantone **Zürich, Bern und Waadt** zugrunde.

Ökonomische Grenzen der individuellen Wahl- und Entscheidungsfreiheit

Umfangreiche Simulationen zeigen die **wichtige Rolle der Ergänzungsleistungen (EL)** in der Pflegefinanzierung der Schweiz **auch bei der Pflege zu Hause**. Sie sind selbst bei hohen Pflege- und Betreuungskosten ein **wirksames Instrument**, das über einen weiten Einkommensbereich bis hin zu mittleren Renteneinkommen eine gewisse Wahlfreiheit bei der Pflegeform sichert. Auch die zusätzliche Belastung der Haushalte durch die Patientenbeteiligung wird bis hin zu mittleren Renteneinkommen durch die EL kompensiert.

Die Modellrechnungen zeigen gleichzeitig die **Grenzen der Ergänzungsleistungen** auf. Je stärker der Übergang zu einer subjektorientierten Pflegefinanzierung (z.B. Höhe der Patientenbeteiligung, Verzicht auf Betriebskostenbeiträge, Integration der Investitionskosten in die Heimta-

nen), desto mehr weitet sich der Einkommensbereich aus, in dem Ergänzungsleistungen zur Existenzsicherung in Anspruch genommen werden müssen. Hier führt die progressive **Steuerbelastung** dazu, dass das frei verfügbare Einkommen (Definition vgl. Abschnitt 1.3.1) von Haushalten mit mittleren Renteneinkommen unter dasjenige von Haushalten mit niedrigen Renteneinkommen fällt – ein struktureller Effekt, der nicht leicht zu korrigieren ist. Aufgrund der seit 2001 unveränderten maximalen Ansätze für die anrechenbaren Mietkosten im Rahmen der EL (CHF 1'100 pro Monat für Alleinstehende und CHF 1'250 für Ehepaare) werden die **Mietkosten** bei der Pflege zu Hause in vielen Städten und Regionen zu einer grossen finanziellen Herausforderung.

Des Weiteren zeigt die Studie auf, in welchem Mass die Obergrenzen und **Ausführungsbestimmungen zur Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten** durch die EL und der Zugang zu Informationen über Anspruchsrechte und Detailbestimmungen zu einer Grenze der Wahlfreiheit werden.

Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

Der Vergleich der Vollkosten der beiden Pflegeformen Pflege zu Hause und im Heim unter Einbezug der Vollkosten für Pflege und Betreuung und der Investitionskosten, aber auch der allgemeinen Kosten für den Lebensbedarf bei der Pflege zu Hause bestätigt das Ergebnis anderer Studien. Die **Spitex hat Kostenvorteile** bezüglich der Gesamtkosten bei **Pflegefällen leichter bis mittlerer Komplexität**, die **Pflegeheime bei Fällen mittlerer bis höherer Komplexität**.

Interessant ist der Überlappungsbereich mittlerer Komplexität, der zeigt, dass sich **keine scharfe Grenze** zwischen den Kostenvorteilen der einen oder anderen Pflegeform ziehen lässt, sondern dass diese eher durch **eine Bandbreite des Pflegebedarfs von 60 bis 120 Minuten** gegeben ist. Ausschlaggebend für die Kostenvorteile einer Pflegeform in diesem Überlappungsbereich sind (1) der über die Spitex-Pflege hinausgehende Betreuungsbedarf, (2) die Wohnkosten zu Hause im Vergleich mit dem Ausbaustandard des gewählten Heimes, (3) die Refinanzierung der Investitionskosten und ihre Umlagerung auf die Heimbewohner.

Die Simulationen spiegeln die starke Gegenläufigkeit von höheren Pflegevollkosten der Spitex gegenüber denjenigen im Heim (bei gleicher Pflegebedarfsstufe) versus günstigere Infrastruktur- und Lebenshaltungskosten zu Hause. Diese **Gegentendenz** von Pflegevollkosten und Infra-

Zusammenfassung

strukturkosten deutet auf eine wachsende Bedeutung der Mischform «Betreutes Wohnen» hin.

Die **Krankenkassen** tragen bei der Pflege zu Hause über alle Pflegebedarfsstufen deutlich höhere Kosten als bei der Pflege im Heim. Diese höhere Kostenbelastung und eine Begrenzung der Krankenkassenleistungen auf eine Anzahl von 60 Stunden Spitexpflege pro Quartal (40 Min. pro Tag) können zu Fehlanreizen und aus volkswirtschaftlicher Sicht höheren Gesamtkosten führen, wenn die Grenze nicht flexibel gehandhabt wird.

1 Ausgangslage und methodisches Vorgehen

1.1 Ausgangslage und Auftrag

Die Langzeitpflege älterer Menschen stellt heute und in Zukunft eine der grossen Herausforderungen des Sozial- und Gesundheitswesens dar. Dabei geht es einerseits um die Sicherstellung von Autonomie, Wohlbefinden und einer gewissen Wahlfreiheit bezüglich der Lebens- und Betreuungsform bei Pflegebedürftigkeit im Alter. Andererseits spielen die sozial tragfähige Verteilung der finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit und die Finanzierung der Kranken- und Sozialversicherungen eine wesentliche Rolle.

Die wichtigsten Leistungsanbieter/innen im Bereich Pflege und Betreuung sind die Spitex-Organisationen, freiberufliche Pflegefachfrauen und -männer sowie die Alters- und Pflegeheime. Immer wieder wird in der Politik über Kostenvorteile der einen oder anderen Pflegeform (Pflege zu Hause / im Heim) diskutiert.

Ein bedeutendes Element in diesem Zusammenhang bildet die jüngst erfolgte Neuregelung der Pflegefinanzierung (ab 1. Januar 2011 in Kraft), die neben einer Neuaufteilung der Kosten zwischen den verschiedenen Kostenträgern eine höhere Transparenz bei der Erhebung der Vollkosten mit sich bringt. Der Bund legt neu die Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen im Spitex- und Heimbereich national einheitlich fest und lässt eine Patientenbeteiligung - begrenzt auf 20 % der maximalen Krankenversicherungsbeiträge - zu. Die «Restfinanzierung» der Pflegevollkosten, die durch die bundesrechtlichen Krankenkassenbeiträge und die Patientenbeiträge nicht gedeckt werden, ist auf kantonaler Ebene zu regeln. Im Rahmen der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung zeichnet sich im Heimbereich ein Übergang zu einer sogenannten Subjektfinanzierung ab (Einführung einer Investitionstaxe, Abschaffung der Investitionsbeiträge und Defizitgarantien).

Vor diesem Hintergrund thematisierte der Spitex Verband Schweiz im Rahmen des 5. Nationalen Spitex-Kongresses «Am Puls der Zeit» vom 9./10. September 2010 in Biel die «Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive». Dabei wurden die ökonomischen Grenzen aus einer möglichst vollständigen (volkswirtschaftlichen) Sicht, die z.B. auch Investitionskosten der Pflegeheime berücksichtigt, betrachtet. Als Grundlage für den Kongress gab der Spitex Verband Schweiz eine Kurzstudie mit Simulationsrechnungen in Auftrag. Da im September 2010 der Gesetzgebungsprozess in verschiedenen Kantonen noch nicht abgeschlossen war und die definitiven Angaben für das Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 noch nicht vorlagen, entschied sich der Spitex Verband zur Überarbeitung und Publikation der Studie auf einer aktualisierten Datengrundlage (Stand 31.03.2011) im Frühjahr 2011.

Fragestellungen

In der Studie werden die ökonomischen Grenzen der Spitex **unter zwei Gesichtspunkten** ausgelotet:

■ Der erste Aspekt beleuchtet die ökonomische Grenze als **Grenze der Wahl- und Entscheidungsfreiheit** eines einzelnen Haushalts oder einer Person. In welchen Situationen wird die Entscheidung zwischen der Pflege zu Hause und Pflege im Heim zu einer Frage des Einkommens und Vermögens?

■ Der zweite Aspekt untersucht die ökonomischen Grenzen der Spitex aus **volkswirtschaftlicher Sicht**. In der Politik und Öffentlichkeit wird häufig über die Kostenvorteile der einen oder anderen Pflegeform (Pflege zu Hause / im Heim) diskutiert. Wo verläuft unter Berücksichtigung der «Vollkosten» diese Grenze? Was bestimmt die Kostenvorteile der einen oder anderen Form?

1.2 Methodisches Vorgehen und Grundlagen

1.2.1 Modellrechnungen

Methodisch liegen der Studie umfangreiche Simulationsrechnungen zu Grunde. Der Modellansatz wurde variabel gewählt, so dass die charakteristischen Merkmale einer Pflege- und Lebenssituation

- verfügbares Einkommen und Vermögen eines Haushalts,
- verschiedene Pflegebedarfsstufen und Pflegearrangements und
- verschiedene Haushaltstypen (Alleinstehend, Ehepaar) und Wohnformen (zur Miete, Wohneigentum)

in freier Kombination gewählt und ausgewertet werden können.

Das Modell berücksichtigt in Absprache mit dem Spitex Verband Schweiz die aktuelle Gesetzgebung der drei Kantone Zürich, Bern und Waadt.

Die Modellrechnungen werden durchgeführt:

- zum «Verfügbaren Einkommen» eines Haushalts (vgl. 1.2.3 und Kapitel 2) sowie
- zu den Vollkosten verschiedener Pflegearrangements bei unterschiedlichem Pflegebedarf und ihrer Aufteilung auf verschiedene Kostenträger, wobei der Fokus auf einem mittleren Pflegebedarf liegt.

1.2.2 Datengrundlagen

Für die Simulationsrechnungen wurden verschiedene Datengrundlagen berücksichtigt:

- Aktuelle Gesetzgebung (Pfleugesetze, Ergänzungsleistungen, Steuern, Prämienverbilligungen),
- Daten/Angaben der Kantonalverbände des Verbands Heime und Institutionen Schweiz Curaviva,
- Daten/Angaben der kantonalen Spitexverbände,
- Daten/Angaben der kantonalen Gesundheitsdirektionen,
- Daten/Angaben des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan, des Kantons Tessin und des Forschungsbüros Ecoplan (insbes. Literatur).¹

Mit dem Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung liegen in den Kantonen die definitiven Gesetze und Verordnungen weitgehend vor. Eine Ausnahme bildet in den untersuchten Kantonen Bern und Waadt die definitive Entscheidung auf kantonaler Ebene über die Höhe der Patientenbeteiligung. Im Kanton Bern sah der Regierungsrat die Einführung einer Patientenbeteiligung von 20 Prozent des höchsten Krankenkassenbeitrags bei ambulanter Pflege vor, er verzichtet aber aufgrund zweier Motionen des Grossen Rates für 2011 auf die Erhebung. Die Studie berücksichtigt dies, indem beide Varianten einander gegenübergestellt werden. Im Kanton Waadt sollte die definitive Form der Patientenbeteiligung im Rahmen eines neuen umfassenden Gesetzes verabschiedet werden. Da der Grosse Rat nicht auf die Beratung des Gesetzes eintrat, mussten die bereits publizierten Patientenbeteiligungen im stationären Bereich rückgängig gemacht werden; der Kanton übernimmt vorläufig die Kosten. Es ist jedoch geplant, dass das Gesetz, zumindest in diesem Punkt, in der vorgesehenen Form im Sommer 2011 verabschiedet werden kann. Aus

¹ Einen Schlüssel zur Gegenüberstellung der Vollkosten der Pflege zu Hause und der Pflege im Heim stellt der Vergleich der Einstufung des Pflegebedarfs in den Systemen für die ambulante Pflege (in den meisten Kantonen nach RAI-HC) und für die stationäre Pflege (RAI/RUG, Plaisir oder BESA) dar. Wir danken dem Obsan, dem Kanton Tessin und Ecoplan für ihre wertvolle Grundlagenarbeit in der Studie «Soins de longue durée – Comparaisons des coûts par cas dans le canton du Tessin» (2010) und für die Zurverfügungstellung von Referenzfällen und Referenzangaben für den zeitlichen Pflegeaufwand. Ihre Arbeit schafft wichtige methodische Grundlagen für den Vergleich beider Pflegeformen, die in der genannten Studie sowie in der Pilotstudie «Pflege im Alter» (2007, Ecoplan) dargelegt und erläutert werden.

diesem Grund geht die Studie für den Kanton Waadt von der ursprünglich vorgesehenen Patientenbeteiligung im stationären Bereich aus. In den drei Kantonen kommen darüber hinaus teilweise noch Übergangstarife bezüglich der Krankenkassenbeiträge zur Anwendung. Da diese aber bis spätestens 2013 in die national einheitlichen Tarife überführt werden müssen, werden in der Studie bereits die definitiven national einheitlichen Tarife zugrunde gelegt.

Bei der Interpretation der Grafiken und absoluten Zahlen ist zu beachten, dass es sich bei den in diesem Bericht gezeigten Kostenstrukturen um kantonale Durchschnittswerte handelt und die Kosten bereits innerhalb eines Kantons je nach Heim, nach Region etc. erheblich differieren können. Dies hat jedoch keinen Einfluss auf die Grundaussagen der Studie.

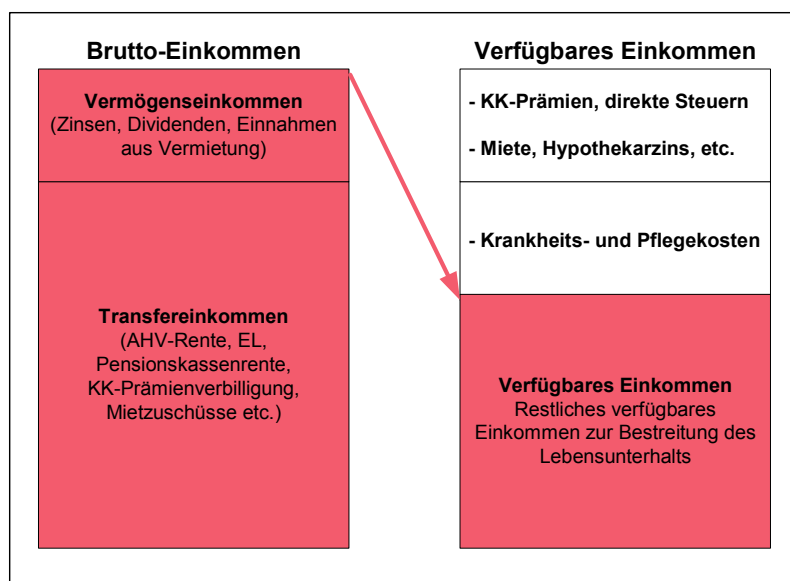
1.3 Verfügbares Einkommen und Lebensbedarf nach ELG

1.3.1 Referenz: «Verfügbares Einkommen»

Als Referenzgrösse zur Beurteilung der ökonomischen Grenze für den Bezug bzw. die Bezahlung von Pflege- und Betreuungsleistungen verwenden wir in unseren Modellrechnungen das verfügbare Einkommen. Es handelt sich um das Einkommen, das einem Haushalt zur Verfügung steht, nachdem er von seinem Bruttoeinkommen (zusammengesetzt aus den Altersrenten (AHV, 2. und 3. Säule), Vermögenseinkommen und bedarfsabhängigen Transferleistungen wie Prämienverbilligungen oder Ergänzungsleistungen zur AHV/IV) die Kosten für die Krankenkassenprämien und andere Versicherungsprämien, für die direkten Steuern, für die Miete (oder im Fall von Wohneigentum Hypothekarzinsen und Unterhalt) sowie die Kosten für die Pflege- und Betreuungsleistungen bezahlt hat. Mit dem verfügbaren Einkommen bzw. dem restlichen Einkommen finanzieren die Personen ihren allgemeinen Lebensunterhalt (Essen, Kleidung, Wohnen exkl. Miete, Gesundheitspflege etc.).

Abbildung 1 gibt einen Überblick, über den Zusammenhang zwischen dem Brutto-Einkommen und dem verfügbaren Einkommen.

Abbildung 1: Referenz: Verfügbares Einkommen



Quelle: Eigene Darstellung

1.3.2 Lebensbedarf nach ELG

Aufbauend auf der oben dargestellten Definition des verfügbaren Einkommens geht diese Studie davon aus, dass die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Pflegeformen spätestens dann substantiell bedroht ist, wenn die Krankheits- und Pflegekosten zu einem frei verfügbaren Einkommen führen, welches unter einer Armutsgrenze bzw. einem anerkannten Existenzminimum für den allgemeinen Lebensbedarf liegt.

Im Altersbereich definiert der Höchstbetrag für den allgemeinen Lebensbedarf im Rahmen der Ergänzungsleistungen ein anerkanntes Existenzminimum (Grundlage: Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherungen ELG). Dieser Lebensbedarf liegt im Jahr 2011:

- für Ehepaare bei CHF 28'575 pro Jahr, CHF 2'381.25 im Monat
- für Alleinstehende bei CHF 19'050 pro Jahr, CHF 1'587.50 im Monat

Im Heimbereich sind Essen, Betreuung und Gesundheitspflege in den jeweiligen verrechneten Taxen eingeschlossen. Für die verbleibenden persönlichen Auslagen werden je nach Kanton unterschiedliche Ansätze anerkannt:

- im Kanton Bern CHF 4'404 pro Jahr, CHF 367 im Monat
- im Kanton Waadt CHF 2'880 pro Jahr, CHF 240 im Monat
- im Kanton Zürich CHF 6'360 pro Jahr, CHF 530 im Monat

1.3.3 Die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL

An die Seite der jährlichen, periodischen Ergänzungsleistungen (Art. 3 ELG, Absatz a), die den Grundbedarf eines Haushalts sichern, tritt die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten (Art. 3 ELG, Absatz b). Beim Eintreten von Pflegebedürftigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung fällt diesem Teil der Ergänzungsleistungen vor allem im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung ein wesentlicher Anteil an der finanziellen Existenzsicherung zu.

Bundesebene

Art. 14 des Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG) regelt auf Bundesebene die grundsätzlich anerkannten Leistungsarten und legt bestimmte Mindestleistungen fest:

Art. 14 Krankheits- und Behinderungskosten

1 Die Kantone vergüten den Bezügerinnen und Bezüger einer jährlichen Ergänzungsleistung ausgewiesene, im laufenden Jahr entstandene Kosten für

...

- b. Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen;

...

Kantonale Verordnungen

Je nach Kanton finden sich bzgl. der bundesrechtlichen Vorgaben unterschiedliche Konkretisierungen und Leistungsübernahmen in den Verordnungen. Beispielsweise übernimmt der Kanton Zürich im ambulanten Bereich folgende Leistungen (bzw. rechnet diese bei den EL an) bis zu einer Obergrenze von CHF 25'000 für Alleinstehende und CHF 50'000 für Ehepaare:

- Kosten für ambulante Pflege (Spitex)
- Genehmigte Kosten für direkt angestelltes Pflegepersonal bei einer mittelschweren oder schweren Hilflosigkeit (mit Obergrenze Stundenansatz)

1 Ausgangslage und methodisches Vorgehen

- Kosten für Haushilfe durch Spitex-Organisationen ausgeführt
- Auslagen für private Hilfe im Haushalt bis maximal CHF 4'800.- im Jahr (max. CHF 25.- pro Std.)
- Hilfsmittel, Pflege- und Behandlungsgeräte

Die entsprechenden Kostenanrechnungen ihrerseits haben einen entscheidenden Einfluss auf die Höhe des verfügbaren Einkommens resp. des restlichen Einkommens für den Lebensunterhalt. Viele Kantone gehen in ihrer Ausgestaltung nicht über die bundesrechtlichen Mindestansätze, z.B. bei der Obergrenze in Höhe von CHF 25'000 für Alleinstehende oder CHF 50'000 für Ehepaare hinaus.

Auch im stationären Bereich werden Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen übernommen. Da ein Grossteil der Kosten für Pflege und Betreuung aber bereits in den Heimtaxen enthalten ist, sind die Rückvergütungen hier geringer und auf maximal CHF 6'000 im Jahr begrenzt.

1.4 Einkommens- und Vermögenssituation der Rentner/innen

Zur besseren Einordnung der durchgeführten Modellrechnungen und Effekte (Brutto-Renteneinkommen, Vermögensverzehr) gibt **Tabelle 1** einen Überblick über die Einkommens- und Vermögenssituation der Rentnerinnen und Rentner (ab 65 Jahren) in der Schweiz. Die Daten stammen aus den Steuerverwaltungen von fünf Kantonen (AG, NE, SG, VS, ZH; Wanner/Gabadiño 2008).

Es zeigt sich, dass die mittleren Brutto-Einkommen (Median) bei Paaren bei rund 71'000 CHF liegen, bei Alleinstehenden zwischen rund 38'000 CHF (Frauen) und 46'000 CHF (Männern). Aus der Übersicht geht zudem hervor, dass bei den Rentnerinnen und Rentnern im Schnitt relativ grosse Vermögenswerte (Nettovermögen = Bruttovermögen abzgl. Schulden) vorhanden sind, wobei diese häufig in Immobilien gebunden sind. Bei Paaren im mittleren Einkommensbereich (Median) handelt es sich um rund 330'000 CHF Vermögen.

Tabelle 1: Einkommen und Vermögen der Rentnerinnen und Rentner in der Schweiz (2003)

	Median	25%-Grenze	75%-Grenze	Mittelwert	N	%
Gesamteinkommen brutto (CHF)						
Männer	46'255	30'554	70'609	68'874	24'516	13.8%
Frauen	37'621	28'745	53'204	47'644	74'626	42.1%
Paare	71'280	52'214	97'271	87'965	77'918	44.0%
Nettovermögen (CHF)						
Männer	191'485	34'430	508'274	589'646	24'516	13.8%
Frauen	151'275	31'004	388'937	371'518	74'626	42.1%
Paare	332'603	128'686	664'098	646'555	77'918	44.0%

Quelle: Steuerpflichtige Renter/innen der Kantone AG, NE, SG, VS, ZH; Wanner/Gabadiño (2008), 35, 47

2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit

2.1 Die wichtige Rolle der Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung

2.1.1 Der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte an den Pflege- und Betreuungskosten

In der Schweiz gibt es keine obligatorische Pflegeversicherung, die die Pflege- und Betreuungskosten vollständig oder weitgehend trägt. Sie werden in einer Mischfinanzierung durch die obligatorische Krankenversicherung, private Zusatzversicherungen, Hilflosenentschädigung (AHV/IV), die öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) sowie die privaten Haushalte selbst getragen.

Die Wahlfreiheit der gewünschten Pflegeform würde letztlich begrenzt, wenn das verfügbare Einkommen einer pflegebedürftigen Person durch die Kosten für Pflege und Betreuung unter einen anerkannten Ansatz für den allgemeinen Lebensbedarf sinkt (vgl. vorangehenden Abschnitt 1.3.2) und damit zu «Armut» oder zur Abhängigkeit von der Sozialhilfe führt. Deshalb stehen in Kapitel 2 die Beiträge und Eigenleistungen der privaten Haushalte an der Pflegefinanzierung sowie die bedarfsorientierten Transferleistungen im Vordergrund.

Im ambulanten Bereich fallen für die privaten Haushalte an:

- (1) Patientenbeteiligung an den Pflegevollkosten der Spitex (kantonal unterschiedlich, denn es steht den Kantonen und Gemeinden frei, diese Kosten zu übernehmen);
- (2) Kosten für Pflege, die über die im Spitexauftrag verordneten und von den Krankenkassen anerkannten Pflegestunden hinausgehen (und nicht von einer privaten Zusatzversicherung getragen werden);
- (3) Kosten für Betreuung und Hauswirtschaft;
- (4) Kosten für nicht von der Krankenkasse oder der AHV/IV übernommene Hilfsmittel;
- (5) Franchise plus Selbstbehalt der Krankenkasse (bei Wahl der ordentlichen Franchise von CHF 300 begrenzt auf max. CHF 1'000 pro Person) und
- (6) Krankenkassenprämien (abzüglich Prämienverbilligung).

Bei der Pflege im Heim tragen die Pflegebedürftigen:

- (1) Die Patientenbeteiligung an den Pflegevollkosten der Heime;
- (2) Die Kosten für Pension und Betreuung;
- (3) Franchise plus Selbstbehalt der Krankenkasse (begrenzt auf CHF 1'000 pro Person);
- (4) Krankenkassenprämien (abzüglich Prämienverbilligung);
- (5) Je nach Trägerschaft des Heimes und Kanton Investitions- und Infrastrukturkosten, welche z.T. direkt in die Taxen für Betreuung und Pension integriert und z.T. als Investitionstaxe separat ausgewiesen werden. In vielen Kantonen resp. Gemeinden ist nicht zuletzt im Rahmen der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung eine Abkehr vom Prinzip der Übernahme von Betriebsdefiziten und/oder Investitionskosten und eine Umstellung auf eine reine subjektorientierte Pflegefinanzierung im stationären Bereich zu beobachten.

Im Bereich der ambulanten Pflege können sich die Patientenbeteiligung und die Kosten für Betreuung inkl. Hauswirtschaft schnell zu einem Betrag von weit über CHF 10'000 pro Jahr summieren. So ergeben sich beispielsweise bei einem täglichen Bedarf an 1 Stunde Grundpflege und wöchentlich 2 Stunden Hauswirtschaft sowie einem Zukauf von privater Unterstützung ausserhalb der Spitex in Höhe von monatlich CHF 400 bereits Pflegekosten in Höhe von zwischen CHF 10'700 und CHF 11'900 pro Jahr (Grundlage: einkommensabhängige Tarife bei der Spitex der Stadt Zürich zwischen CHF 31.- und CHF 44.-/Std. und eine Patientenbeteiligung von maximal CHF 8 pro Stunde und Tag).

2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit

Bei der Pflege im Heim belaufen sich die Kosten für die Patientenbeteiligung an den Pflegevollkosten und die dem Heimbewohner belasteten Kosten für Betreuung und Pension bei mittlerer Pflegebedürftigkeit am Beispiel Zürich im kantonalen Durchschnitt auf ca. CHF 66'000.

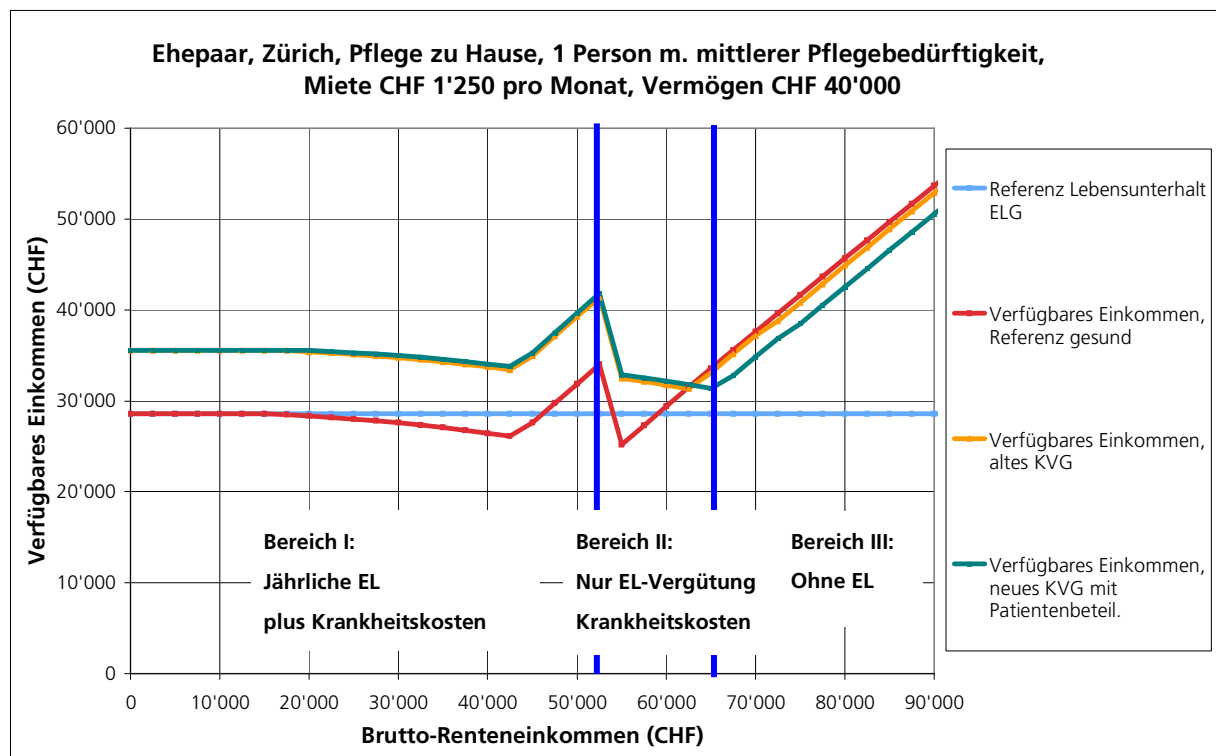
Haushalte mit einem hohen Renteneinkommen oder Vermögen können diese Belastungen zum Teil noch selbst tragen. Aber bei Renteneinkommen, die bis weit in den Mittelstand hineinreichen – wie die Simulationen in den beiden folgenden Abschnitten zeigen –, übernehmen die Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen eine zentrale Rolle in der Pflegefinanzierung.

2.1.2 Die Rolle der Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung bei der Pflege zu Hause

Abbildung 2 zeigt am Beispiel des verfügbaren Einkommens eines Ehepaars, das zu Hause wohnt und bei dem bei einer Person eine Pflegebedürftigkeit mittleren Grades vorliegt, dass Hilflosenentschädigung und EL die Pflegekosten bei niedrigen und mittleren Einkommen wirkungsvoll übernehmen.

Das Beispiel-Ehepaar verfügt über ein Vermögen von CHF 40'000 und einen Vermögensertrag von CHF 400, es lebt in der Stadt Zürich in einer günstigen Wohnung² mit einem Monatsmietzins von CHF 1'250, und bezieht eine mittlere Hilflosenentschädigung in Höhe von CHF 6'960. Die pflegebedürftige Person weist einen täglichen Bedarf von 1 Std. Grundpflege, 2 Std. Hauswirtschaft pro Woche und privater Unterstützung ausserhalb der Spitex in Höhe von monatlich CHF 400 auf. Dies führt zu einer Belastung des Haushaltsbudgets für Pflege und Betreuung von zwischen CHF 10'700 und CHF 11'900 pro Jahr. Die Höhe der Patientenbeteiligung wurde mit CHF 8 pro Tag simuliert.

Abbildung 2: Die Deckung der Pflegekosten und Patientenbeteiligung eines Haushalts (ca. CHF 11'000) durch EL und Hilflosenentschädigung bei der Pflege zu Hause



Quelle: Eigene Berechnungen

² Für ein Beispiel mit höheren Wohnkosten vgl. Abschnitt 2.2.2.

2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit

Analoge Berechnungen wurden auch für alleinstehende Personen und variierende Pflegekonstellationen und -aufwände vorgenommen. Sie ergeben ein gleiches Bild.

Die Abbildung stellt das verfügbare Einkommen des Ehepaars nach Abzug der Pflegekosten gemäss dem neuen Krankenversicherungsgesetz mit Patientenbeteiligung (grüne Kurve) dem Einkommen nach Abzug der Pflegekosten gemäss dem alten Krankenversicherungsgesetz (orange Kurve) gegenüber. Als Referenz wird zusätzlich das verfügbare Einkommen eines Ehepaars ohne Pflegekosten (rote Kurve) angegeben.

Prinzipiell sind **drei Einkommensbereiche** zu unterscheiden:

- Bereich I: Jährliche, periodische EL inkl. Vergütung der anerkannten Krankheits- und Behinderungskosten (im Beispiel «Verfügbares Einkommen nach neuem KVG mit Patientenbeteiligung» (grüne Kurve) erstreckt sich dieser von einem Brutto-Renteneinkommen von CHF 0 bis ca. CHF 53'000)
- Bereich II: (anteilmässige) Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten über die EL (im Beispiel «Verfügbares Einkommen nach neuem KVG mit Patientenbeteiligung» (grüne Kurve) reicht dieser von einem Brutto-Renteneinkommen von ca. CHF 53'000 bis CHF 66'000)
- Bereich III: keine Vergütung der Pflegekosten über die EL (im Beispiel «Verfügbares Einkommen nach neuem KVG mit Patientenbeteiligung» (grüne Kurve) ab einem Renteneinkommen von über CHF 66'000)

Das verfügbare Einkommen wird im Einkommensbereich I, innerhalb dessen ein Haushalt Anspruch auf eine jährliche, periodische Ergänzungsleistung hat, von den Pflegekosten, soweit sie im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten der EL anerkannt werden, bis auf kleinere Effekte durch die Steuern praktisch nicht beeinflusst. Die obere Einkommensgrenze des zweiten Einkommensbereichs II, innerhalb dessen nur die Krankheits- und Behinderungskosten anteilmässig über die EL vergütet werden, steigt mit wachsenden Pflegekosten.³ Im Vergleich zwischen altem und neuem KVG wird dieser Bereich durch die Patientenbeteiligung ausgeweitet (Einkommensanspruchsgrenze altes KVG bei ca. CHF 63'000 versus neues KVG bei ca. CHF 66'000). Damit liegt die Austrittsgrenze im skizzierten Beispiel nahe des Medians der Gesamteinkommen aller Rentner-Paarhaushalte (CHF 71'280, vgl. Tabelle 1).

Dank den Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung werden die für den allgemeinen Lebensbedarf verfügbaren Einkommen des Ehepaars auch bei Pflegekosten von ca. CHF 12'000 bei niedrigen und mittleren Einkommen auf und über das Niveau des anerkannten Existenzminimums nach ELG (CHF 28'575 für Ehepaare) gehoben. Dass das verfügbare Einkommen innerhalb des Anspruchsbereichs auf EL mit steigendem Brutto-Renteneinkommen sinkt, beruht auf den steigenden Einkommenssteuern⁴.

Die Hilflosenentschädigung (leichte: CHF 2'784, mittlere: CHF 6'960, schwere Hilflosigkeit: CHF 11'136 im Jahr) wird bei den EL im Rahmen der Pflege zu Hause nicht angerechnet und steht somit dem Haushalt für zusätzliche Ausgaben (für Hilfsmittel oder Unterstützungsleistungen) zur Verfügung. Solche Ausgaben wurden im gezeigten Beispiel nicht modelliert, deshalb liegen die verfügbaren Einkommen der Haushalte vor Abzug weiterer pflegebedingter Kosten über denjenigen eines «gesunden» Referenzhaushalts. Die zusätzlichen Ausgaben würden letztlich dazu führen, dass das verfügbare Einkommen des Beispiel-Haushalts um den entsprechenden Betrag sinkt. Im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung wurde eine leichte Hilflosenentschädigung für die ambulante Pflege eingeführt. Die Karenzfrist der Auszahlung liegt wie bei der mittleren und schweren Hilflosenentschädigung unverändert bei einem Jahr.

Abbildung 2 zeigt im Vergleich zwischen altem und neuem KVG, dass die Einführung einer Patientenbeteiligung vor allem mittlere und höhere Einkommen jenseits des Anspruchs auf EL betrifft. Im dritten Ein-

³ Siehe auch den Vergleich von Abbildung 2 und 4.

⁴ Siehe Abschnitt 2.2.2.

2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit

kommensbereich oberhalb CHF 66'000 beläuft sich die Differenz zwischen den beiden verfügbaren Einkommen (orange versus grüne Kurve) auf die Höhe der Patientenbeteiligung von CHF 2'920 (abzüglich Steuereffekte).

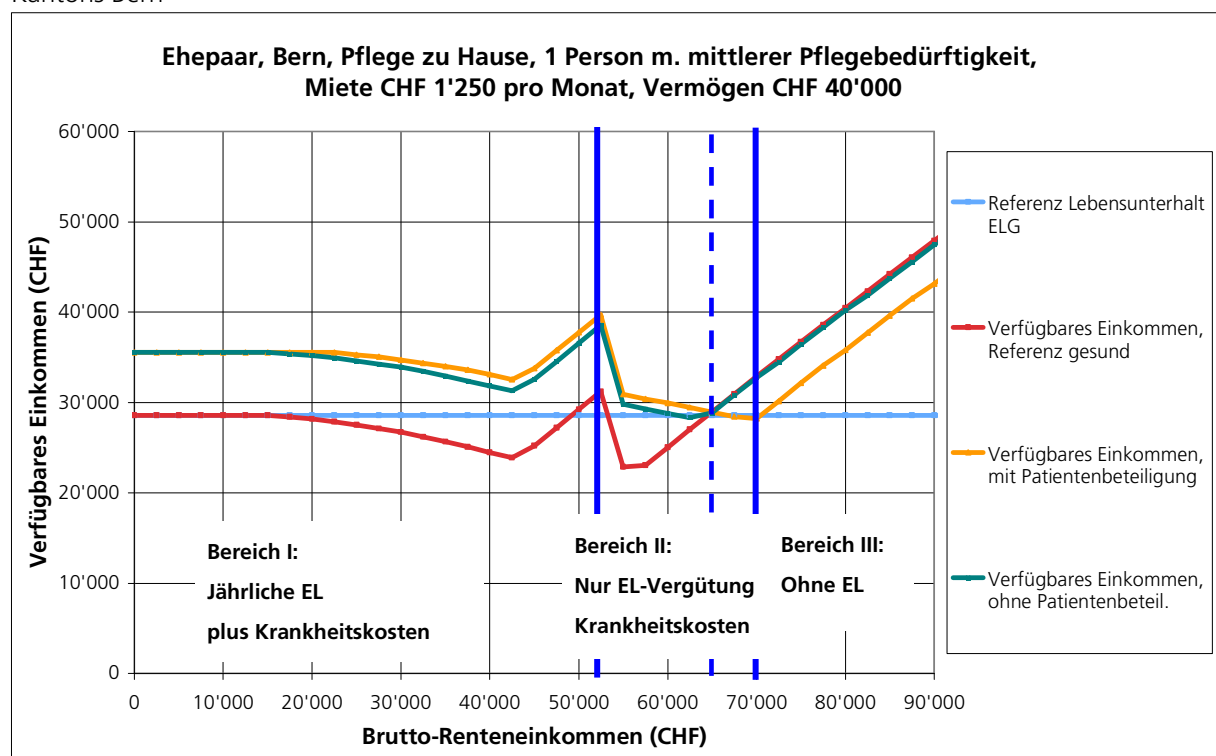
Im Kanton Zürich sieht das neue Pflegegesetzes eine Patientenbeteiligung sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich vor. Der Kanton begrenzt die Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich auf CHF 8.- pro Stunde und Tag, wodurch die jährlichen maximalen Zusatzkosten auf CHF 2'920 begrenzt werden. Die Berechnungsformel führt dazu, dass bei Vollkosten in Höhe der Normkosten bereits ab 15 Minuten Grundpflege die volle Patientenbeteiligung von CHF 8.- anfällt. Es bleibt aber den Gemeinden überlassen, ob sie bei der Finanzierung der Spitex auf die Erhebung einer Patientenbeteiligung verzichten und die Kosten selber tragen.

Im Kanton Waadt will man auf die Erhebung einer Patientenbeteiligung im ambulanten Bereich verzichten.

Im Kanton Bern sah der Regierungsrat die Einführung einer Patientenbeteiligung in Höhe von 20 Prozent des Maximalbeitrags der Krankenkassen vor. Aufgrund der Annahme von zwei Motionen unter den Titeln «Spitex schwächen - Alters- und Pflegeheime überfüllen - Verwaltung aufblähen» (Guggisberg, Ittigen, SVP) und «Kein Patientenbeitrag für ambulante Pflegedienstleistungen (Spitex)!» (Ammann, Meiringen, SP) am 8. September 2010 durch den Grossen Rat verzichtet der Kanton 2011 auf eine Kostenbeteiligung der Spitex-Patientinnen und -Patienten.

Abbildung 3 zeigt am Beispiel des Kantons Bern, wie sich der vollständige Verzicht (vertikale gestrichelte blaue Linie) auf eine Patientenbeteiligung im Vergleich zum Vorschlag des Regierungsrats bei einer Stunde Grundpflege pro Tag (vertikale blaue Linie rechts) auswirkt. Zum einen weitet sich der Kreis der EL-Anspruchsberechtigten (Bereich II) durch die Patientenbeteiligung weiter aus. Zum anderen werden vor allem die Haushalte gerade oberhalb der Anspruchsgrenze (Bereich III) durch die Patientenbeteiligung belastet.

Abbildung 3: Die Auswirkungen des Verzichts auf die Erhebung einer Patientenbeteiligung am Beispiel des Kantons Bern

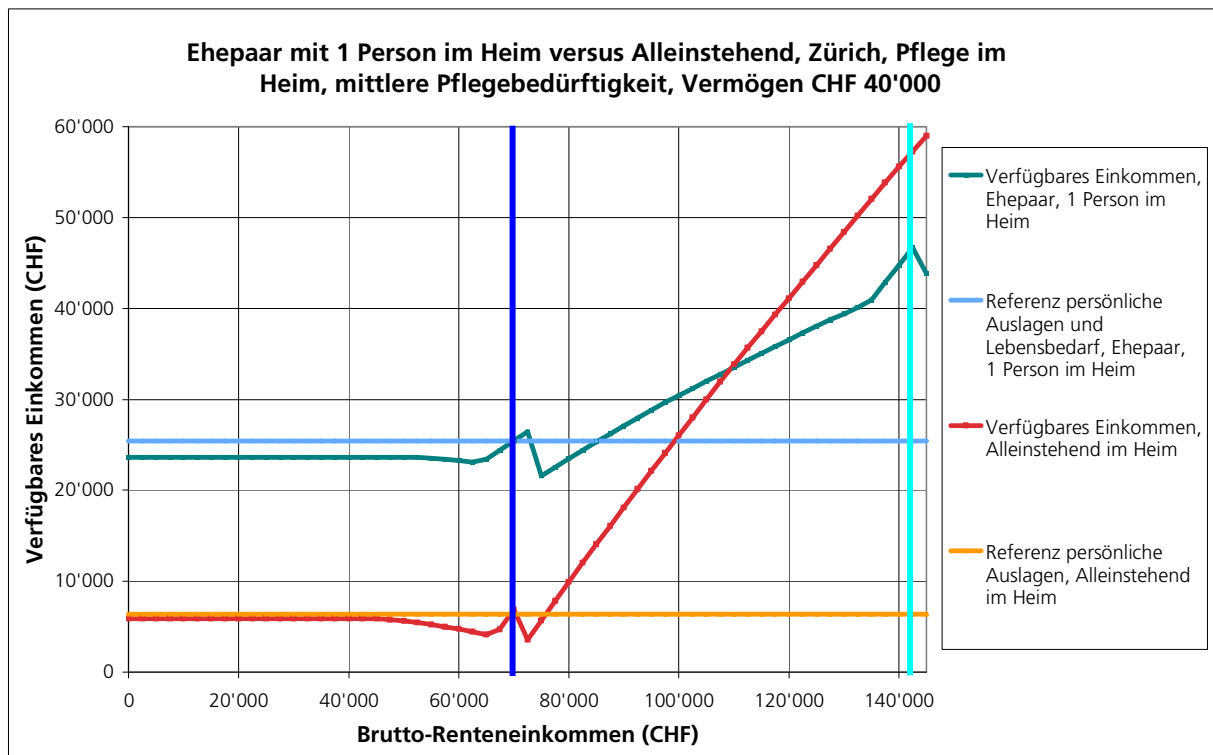


Quelle: Eigene Berechnungen

2.1.3 Die Rolle der Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung bei der Pflege im Heim

Abbildung 4 zeigt das verfügbare Einkommen einer alleinstehenden Person und eines Ehepaares, bei dem ein Partner zu Hause, der zweite im Heim lebt, bei der Pflege im Heim.

Abbildung 4: Die Deckung der Pflegekosten und Patientenbeteiligung durch EL und Hilflosenentschädigung bei der Pflege im Heim



Quelle: Eigene Berechnungen

Beide Beispiels-Haushalte verfügen über ein Vermögen von CHF 40'000 (Vermögensertrag CHF 400), der Ehepartner verbleibt in der gemeinsamen Wohnung mit einer Monatsmiete von CHF 1'250. Die Kosten für die Pflege im Heim werden bis zur Obergrenze der kantonal festgelegten maximalen Tagestaxe im Rahmen der periodischen Ergänzungsleistungen übernommen. Zusätzlich anerkannt werden persönliche Auslagen, die ebenfalls kantonal unterschiedlich festgelegt werden (ZH: CHF 530 pro Monat = 6'360 pro Jahr, BE CHF 367 pro Monat = 4'512 pro Jahr, VD CHF 240 pro Monat = 2'880 pro Jahr). Die Berechnungen orientieren sich an den durchschnittlichen Vollkosten für Pflege, Betreuung und Pension im Kanton Zürich.

Alleinstehende werden in diesem Beispiel bis zu einem Brutto-Renteneinkommen von ca. CHF 68'000 (vertikale blaue Linie) durch die Ergänzungsleistungen auf ein verfügbares Einkommen in Höhe der anerkannten persönlichen Ausgaben von CHF 6'360 (in diesem Beispiel abzgl. Vermögensverzehr von CHF 500) gehoben. Das verfügbare Einkommen des Ehepaares wird zunächst auf ein Mindestniveau von CHF 24'960 gehoben (CHF 6'360 für persönliche Auslagen im Heim plus CHF 18'720 für den Lebensbedarf zu Hause, hier abzgl. eines nicht anrechenbaren Mietanteils von CHF 1'800 pro Jahr aufgrund Überschreitung der Pauschale von CHF 13'200). Aufgrund der hälftigen Anrechnung von Einkommen und Vermögen und der separaten Berechnung der Ergänzungsleistungen für beide Partner steigt das verfügbare Einkommen des Haushalts im Einkommensbereich zwischen CHF 75'000 und der endgültigen Austrittsgrenze aus der EL bei ca. CHF 143'000 (vertikale türkise Linie).

2.1.4 Die Anrechnung des Vermögens an die Ergänzungsleistungen

Haushalte, die primär über eine Altersvorsorge in der 2. und 3. Säule verfügen, sollen bei der Gewährung von Ergänzungsleistungen nicht gegenüber Haushalten, die eine private Vorsorge in Form von Vermögen, Wertschriften oder Liegenschaften aufgebaut haben, benachteiligt werden. Die Vermögenswerte eines Haushaltes werden in die Berechnung seines dem Aufwand gegenübergestellten anrechenbaren Einkommens einbezogen. Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sieht vor, dass bei Altersrentnerinnen und Altersrentnern ein **Zehntel** des Reinvermögens, soweit es bei alleinstehenden Personen CHF 37'500 und bei Ehepaaren CHF 60'000 übersteigt, angerechnet werden. Diese Freibeträge wurden mit dem Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung angehoben, sie lagen vorher bei CHF 25'000 für Alleinstehende und CHF 40'000 für Ehepaare. Lebt die EL-berechtigte Person in einem Heim oder Spital, können die Kantone den Vermögensverzehr auf maximal ein **Fünftel** erhöhen. Dieser Spielraum wird in den meisten Kantonen ausgeschöpft.

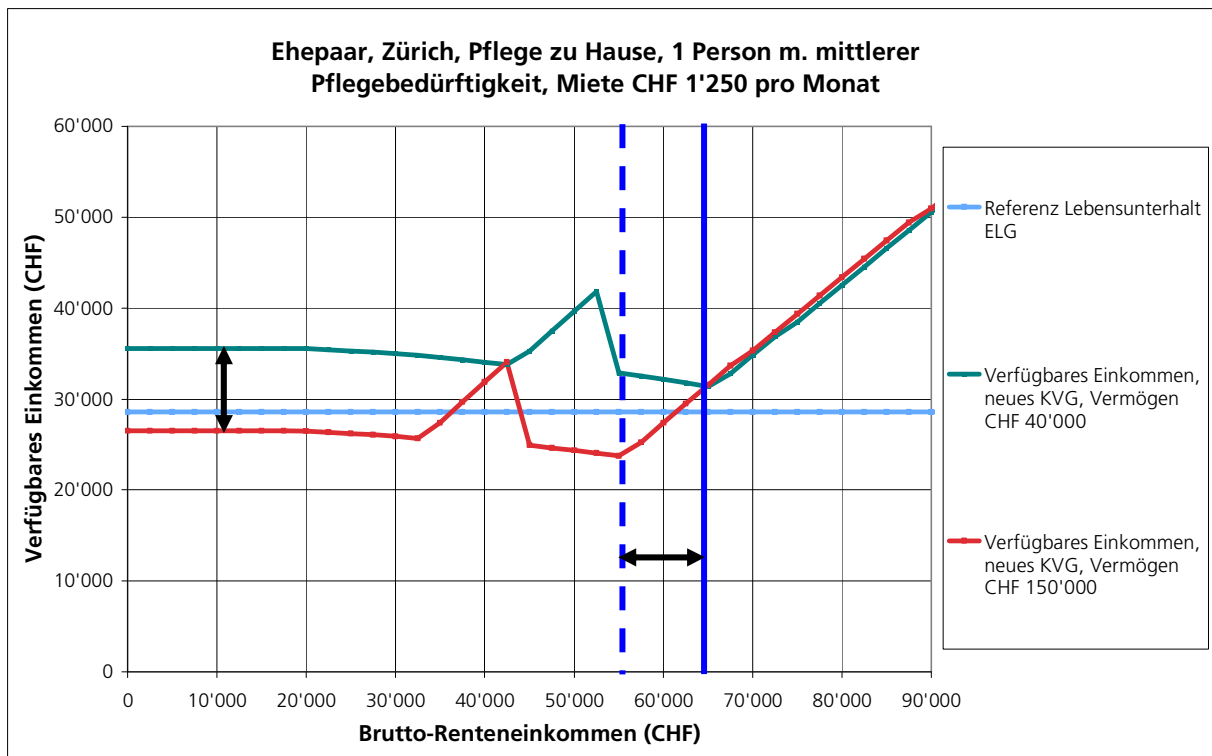
Bei Liegenschaftsbesitz resp. Wohneigentum sieht das ELG besondere Bestimmungen vor. Gehört der EL-Berechtigten oder einer Person, die in die Berechnung der Ergänzungsleistung eingeschlossen ist, eine Liegenschaft, die mindestens von einer dieser Personen bewohnt wird, so wird nur der CHF 112'000 übersteigende Wert der Liegenschaft beim Vermögen berücksichtigt. Bei Bezug einer Hilflosenentschädigung, d.h. bei Pflegebedürftigkeit, oder im Fall, dass ein Ehepartner die Liegenschaft weiterhin bewohnt, während der Partner im Heim lebt, erhöht sich der Freibetrag auf CHF 300'000. Diese Regelung soll weitgehend verhindern, dass das selbstbewohnte Wohneigentum aufgegeben werden muss.

Abbildung 5 zeigt den Einfluss des anrechenbaren Vermögens auf die Berechnung der Ergänzungsleistungen für ein Ehepaar mit einer Person mit mittlerer Pflegebedürftigkeit. Mit Ausnahme der Variation des anrechenbaren Vermögens (und des Vermögensertrags) sind die gleichen Voraussetzungen in Bezug auf den Pflegebedarf und die Wohnsituation wie im Fallbeispiel der Abbildung 2 gegeben. Einem Vermögen von CHF 40'000 (mit einem Vermögensertrag von CHF 400), welches unter dem Freibetrag liegt, wird ein Vermögen von CHF 150'000 (mit einem Vermögensertrag von CHF 1'500), welches nicht in Liegenschaften angelegt ist, gegenübergestellt. Abzüglich des Vermögensfreibetrags für ein Ehepaar in Höhe von CHF 60'000 ergibt sich bei einem Reinvermögen von CHF 150'000 ein anrechenbares Vermögen von CHF 90'000, welches zu einem anrechenbaren Einkommen von CHF 9'000 führt.

Die Anrechnung des über dem Freibetrag liegenden Vermögens hat einen doppelten Effekt. Zum einen sinkt die Grenze der Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen von einem Brutto-Renteneinkommen von CHF 65'500 auf CHF 55'400, d.h. um CHF 10'100 (CHF 9'000 anrechenbares Einkommen plus eine Differenz im Vermögensertrag in Höhe von CHF 1'100). Zum anderen muss der Haushalt jährlich einen Vermögensverzehr von CHF 9'000 in Anspruch nehmen, um sein verfügbares Einkommen auf den Ansatz des allgemeinen Lebensbedarfs nach EL (plus Hilflosenentschädigung) zu heben.

Die grundsätzliche Entwicklung des verfügbaren Einkommens in Abhängigkeit vom Brutto-Renteneinkommen und die wichtige Rolle der Ergänzungsleistungen bei der Finanzierung der Pflegekosten bleiben unverändert.

Abbildung 5: Die Auswirkung anrechenbarer Vermögenswerte auf die Ergänzungsleistungen und das verfügbare Einkommen



Quelle: Eigene Berechnungen

2.2 Die Grenzen der Finanzierung der Pflege über Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung

Die Simulationen mit variierenden Pflegeaufwänden und unterschiedlichen Haushaltssituationen zeigen, welche wichtige Rolle die Ergänzungsleistungen in der schweizerischen Pflegefinanzierung spielen und dass ihre Bedeutung durch die Einführung der Patientenbeteiligung an den Pflegevollkosten und durch eine starke Tendenz in verschiedenen Kantonen hin zu einer subjektorientierten Pflegefinanzierung im stationären Bereich weiter zunehmen wird. Im Prinzip sichern sie, im Verbund mit der Hilflosenentschädigung, eine gewisse Freiheit in der Wahl der gewünschten Pflegeform auch bei niedrigeren und mittleren Renteneinkommen und geringem Vermögen. Im Gegenzug setzen die konkreten Ausführungsbestimmungen der Ergänzungsleistungen dieser Wahlfreiheit jedoch auch Grenzen und stossen die Ergänzungsleistungen selbst als Instrument der Pflegefinanzierung an Grenzen. Diese Grenzen werden in den beiden folgenden Abschnitten 2.2.1 und 2.2.2 aufgezeigt.

2.2.1 Grenzen aufgrund der Bestimmungen über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten

Indem die privaten Haushalte einen erheblichen Anteil ihrer Pflegekosten selbständig tragen müssen, rücken im ambulanten Bereich die Bestimmungen der Ergänzungsleistungen über die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten in den Fokus der Aufmerksamkeit. Übersteigen die Pflege- und Betreuungskosten die Grenzen der von der EL anerkannten Krankheits- und Behinderungskosten und können sie auch nicht durch die Hilflosenentschädigung (u.a. auch aufgrund der Karenzfrist) getragen werden, dann müssten die Haushalte diese Ausgaben aus den Mitteln für den allgemeinen Lebensbedarf nehmen, falls

2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit

sie nicht auf ein Vermögen zurückgreifen können. Sie würden damit unter das anerkannte Existenzminimum nach den Ansätzen des ELG fallen.

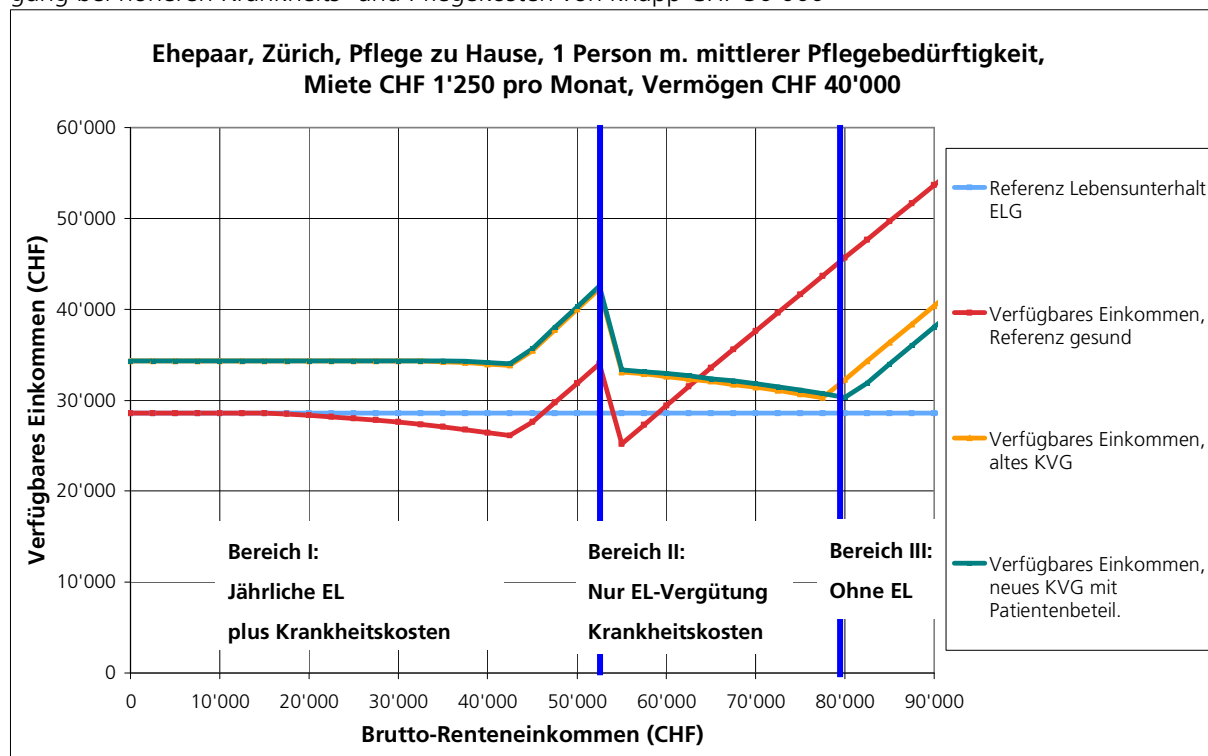
Im Prinzip lassen sich zwei Arten von Begrenzungen bei der Anrechenbarkeit von Krankheits- und Behindernungskosten unterscheiden.

■ Erstens werden die Kosten in den meisten Kantonen im Rahmen der EL zur AHV nur bis zu einer absoluten Obergrenze von CHF 25'000 für Alleinstehende und CHF 50'000 für Ehepaare im Jahr übernommen.⁵ Nur im Rahmen der Besitzstandswahrung erhöhen sich diese Grenzen bei einer vorangehend bezogenen Invalidenrente auf die Ansätze, die für die EL zur Invalidenversicherung gelten. Gleichzeitig ist auch die Übernahme der Kosten für privat (nicht durch anerkannte Spitex-Organisationen oder Pflegefachpersonen) erbrachte Hilfe auf eine Höhe von CHF 4'800 pro Jahr begrenzt.

■ Zweitens setzen die Ausführungsbestimmungen bestimmte Anforderungen an die Ausgestaltung der Pflegearrangements. So werden die Kosten für Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung anerkannt, wenn sie durch eine gemeinnützige oder private Spitex erbracht werden. Die Betreuung und Pflege durch privat angestellte Pflegefachpersonen muss vorgängig durch eine Kommission bewilligt werden, und die Stundenansätze dürfen bestimmte Obergrenzen nicht überschreiten.

Abbildung 6 zeigt am Beispiel eines Ehepaars, welches neben der Grundpflege durch die Spitex im Umfang von täglich 1 Stunde eine anerkannte Pflegeperson mit einem Pensum von CHF 1'500 monatlich angestellt hat und zusätzlich eine private Hilfe zu Kosten von CHF 500 pro Monat einsetzt, dass die Bestimmungen zur Übernahme der Krankheitskosten: (1) einen erheblichen Spielraum gewähren und (2) auch bei jährlichen Krankheits- und Pflegekosten in Höhe von rund CHF 29'000 noch greifen.

Abbildung 6: Die Deckung der Pflegekosten und Patientenbeteiligung durch EL und Hilflosenentschädigung bei höheren Krankheits- und Pflegekosten von knapp CHF 30'000



⁵ Die Obergrenze von CHF 50'000 bei Ehepaaren gilt unabhängig davon, ob ein Partner oder beide Ehepartner pflegebedürftig sind. Sie entspricht bei Pflegebedürftigkeit beider Partner der doppelten Obergrenze für Alleinstehende.

Gleichzeitig zeigen sich aber auch Grenzen: (1) die pflegebedürftige Person muss in der Lage sein, als Arbeitgeber/in aufzutreten und ein solches Arrangement bei der kantonalen Kommission bewilligen zu lassen; (2) sie muss diese Bestimmungen zu den Ergänzungsleistungen kennen, auch wenn sie vorher z.B. nie mit den jährlichen, periodischen Ergänzungsleistungen in Kontakt gekommen ist; (3) bei einer alleinstehenden Person hätte die Obergrenze der Rückvergütung von Krankheits- und Behinderungskosten in Höhe von CHF 25'000 bereits gegriffen; (4) die Notwendigkeit, auf Ergänzungsleistungen zurückzugreifen, dehnt sich bis in einen Einkommensbereich über dem Median der Bruttoeinkommen der Rentner-Paarhaushalte hinaus aus, sofern das Vermögen nicht deutlich über den Vermögensfreibeträgen nach EL liegt. In diesem Einkommensbereich führen die Steuerbelastungen dazu, dass die verfügbaren Einkommen unter diejenigen von Haushalten mit niedrigerem Renteneinkommen zu liegen kommen. Ebenfalls ist zu erwarten, dass Paarhaushalte in diesem Einkommensbereich mit ihren Mietkosten die Höhe der anrechenbaren Mietkosten von monatlich CHF 1'250 überschreiten. Diese Effekte werden im folgenden Abschnitt näher untersucht.

2.2.2 Grenzen aufgrund der Steuerbelastung und Festlegung der anrechenbaren Mietkosten

Abbildung 2 und Abbildung 6 haben verdeutlicht, dass durch die wichtige Rolle der Ergänzungsleistungen in der Pflegefinanzierung dem Wechselspiel mit dem Steuersystem eine zunehmende Bedeutung zukommt. Im Simulationsmodell wurden deshalb die Steuergesetzgebungen der drei Kantone Zürich, Bern und Waadt berücksichtigt und miteinander verglichen.

Der Vergleich der Steuersysteme wurde für verschiedene Haushaltstypen (Alleinstehend und Ehepaare) und Pflegearrangements im ambulanten Bereich und verschiedene Städte und Gemeinden durchgeführt. Die Ergebnisse weisen qualitativ in die gleiche Richtung. Aus diesem Grund wird in diesem Kurzbericht nur das bereits in Abbildung 2 verwendete Beispiel eines Ehepaares gezeigt. Dieses Ehepaar lebt in den Städten Zürich, Lausanne oder Bern, hat ein Vermögen von CHF 40'000 (Vermögensertrag von CHF 400), die monatliche Miete beträgt CHF 1'250. Eine Person ist pflegebedürftig. Der Pflegebedarf umfasst täglich 1 Stunde. Hinzu kommen 2 Stunden Hauswirtschaft und Betreuung durch die Spitex pro Woche und eine private Unterstützung im Umfang von CHF 400 im Monat.

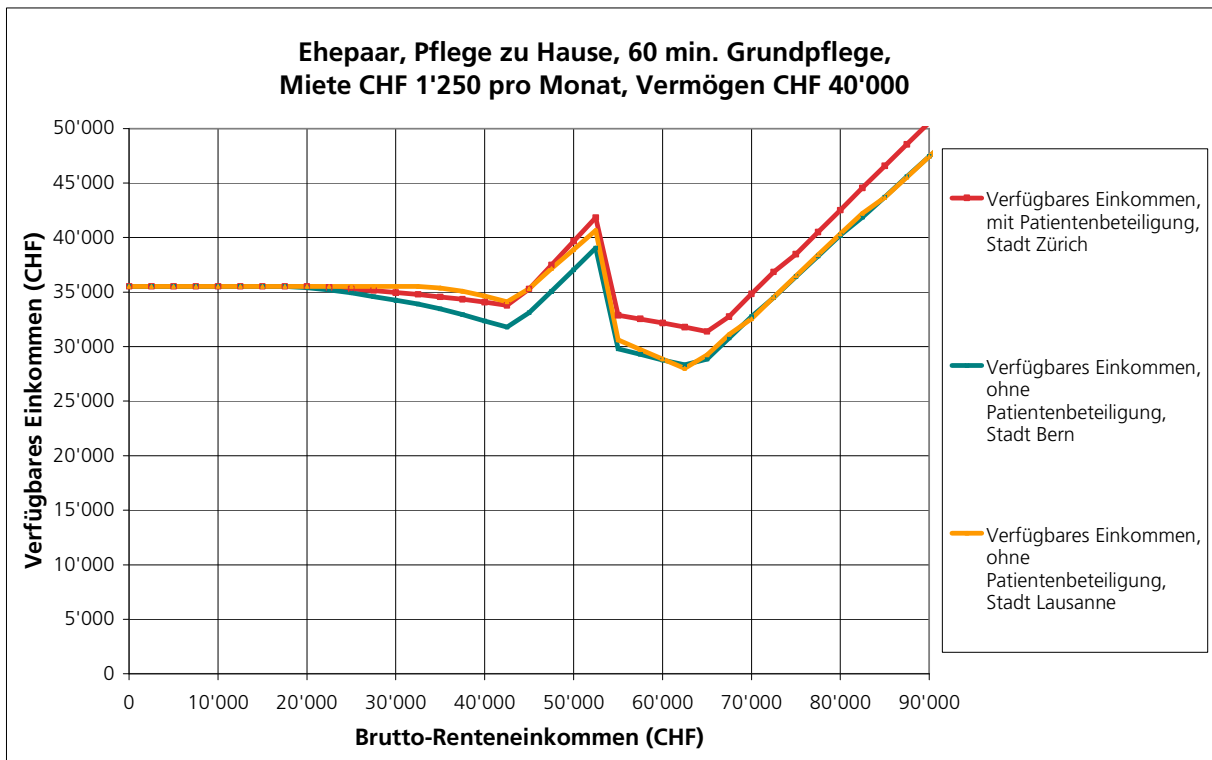
Abbildung 7 zeigt den Einfluss der Steuersysteme auf das verfügbare Einkommen am Beispiel der Städte Zürich, Bern und Lausanne. Die Simulationen für einen niedrigeren oder höheren Pflegebedarf ergeben analoge Verläufe.

Die Abbildung verdeutlicht, dass in allen drei Kantonen die Steuern dazu führen, dass die verfügbaren Einkommen mit steigenden Brutto-Renteneinkommen zum Teil erheblich unter den Ansatz für den allgemeinen Lebensbedarf fallen. Dies ist ein strukturelles Problem der Ausdehnung der Finanzierungsverantwortung der Ergänzungsleistungen auf die Pflege, welches nicht einfach gelöst werden kann. In einzelnen Kantonen wird diesem Problem begegnet, indem ein individueller Steuererlass beantragt werden kann.

Abbildung 7 spiegelt zudem die hohen Sozialabzüge des Steuersystems im Kanton Waadt für tiefere Einkommen, die dazu führen, dass die Steuern bei Ehepaaren bis zu einem Brutto-Renteneinkommen von ca. CHF 50'000 im Kanton Waadt am niedrigsten sind. Mit dem Wegfall dieser Sozialabzüge nähert sich die Progression des Steuersystems des Kantons Waadt jedoch demjenigen des Kantons Bern an. In Zürich sind die Progression und die gesamte Steuerbelastung niedriger. Interessant ist, dass der Verzicht auf die Patientenbeteiligung in den Kantonen Waadt und Bern die höhere Steuerbelastung teilweise kompensiert und die verfügbaren Einkommen in den Städten Zürich, Bern und Lausanne einander angleicht. Die Simulation für alleinstehende, pflegebedürftige Personen ergab ein analoges Bild.

2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit

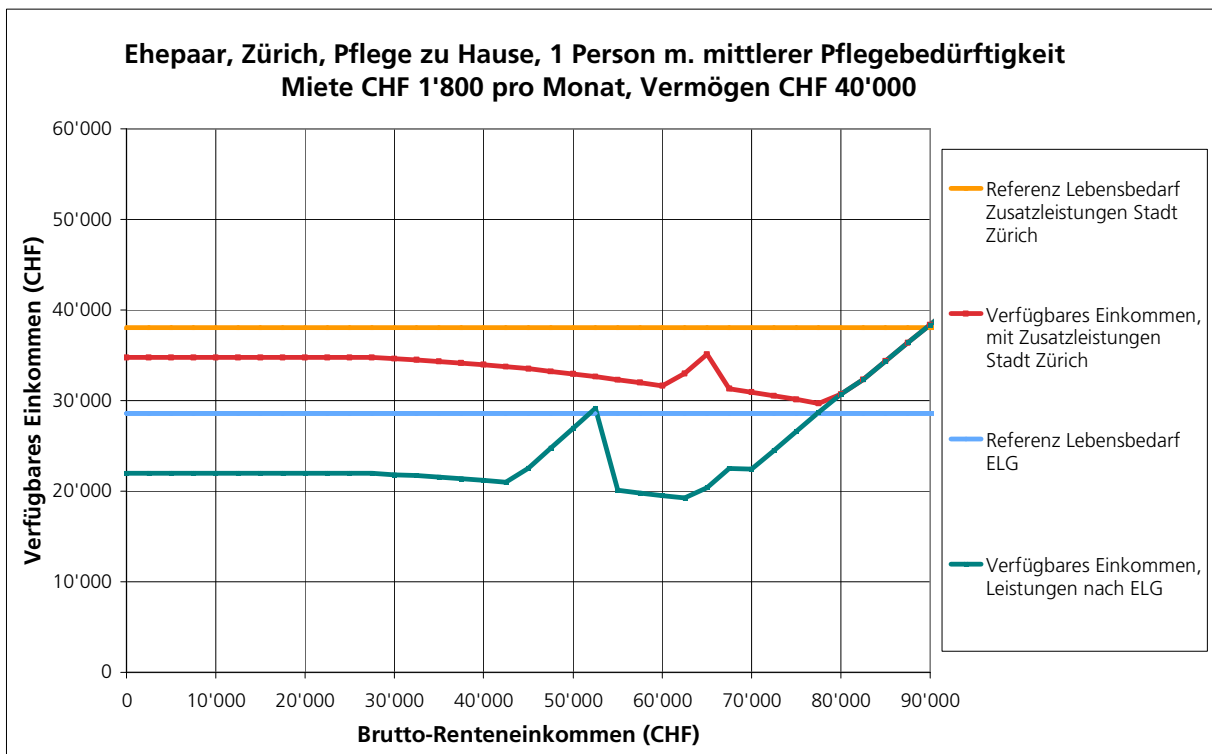
Abbildung 7: Das Wechselspiel von Ergänzungsleistungen und Steuern



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 8 zeigt die Auswirkung der Begrenzung der Mietkostenanrechnung (CHF 13'200 für Alleinstehende und 15'000 für Ehepaare im Jahr) auf die verfügbaren Einkommen am Beispiel eines Ehepaars mit den gleichen Annahmen wie in Abbildung 2, bis auf eine monatliche Miete in Höhe von CHF 1'800 (= CHF 21'600 im Jahr) und ohne Hilflosenentschädigung (z.B. aufgrund der Karenzfrist).

Abbildung 8: Der Einfluss der anrechenbaren Mietkosten und die Bedeutung von Zuschüssen



Quelle: Eigene Berechnungen

2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit

Das verfügbare Einkommen würde ohne kantonale Zusatzleistungen und Gemeindegzuschüsse nach Massgabe des Bundesgesetzes über EL zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) um CHF 6'600 auf CHF 21'480 sinken. Dank Zusatzleistungen des Kantons Zürich und Zuschüsse der Stadt Zürich wird diese Deckungslücke zum Teil kompensiert und an einen höheren Ansatz für den allgemeinen Lebensbedarf in der Stadt Zürich herangeführt. Diese Zuschüsse unterliegen allerdings einer gewissen Rückerstattungspflicht, wenn nach dem Tod noch Vermögen vorhanden ist.

Seit 2001 wurde der Betrag für die Mietkostenanrechnung bei den Ergänzungsleistungen nicht mehr angepasst. Damals wurde der monatlich anrechenbare Mietzins für Alleinstehende von CHF 1'000 auf CHF 1'100 und für Ehepaare von CHF 1'150 auf CHF 1'250 angehoben. In vielen Regionen und Städten der Schweiz reichen diese Beträge bei einem Mieterwechsel oder Umzug in eine Neubauwohnung nicht mehr aus. Auch bei Neubauprojekten für Alterswohnungen, generationenübergreifendes oder betreutes Wohnen sind Wohneinheiten zu diesen Ansätzen praktisch nicht zu realisieren.

2.3 Fazit

Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung (nach Ablauf der Karenzfrist) sichern über einen weiten Einkommensbereich bis hin zu mittleren Renteneinkommen eine gewisse Wahlfreiheit in der gewünschten Pflegeform. Die Ergänzungsleistungen kompensieren auch die zusätzliche Belastung der Haushalte durch die Patientenbeteiligung, die im Rahmen der Rückvergütung der Krankheits- und Behinderungskosten übernommen wird. Sie sind ein wirkungsvolles Instrument, das jedoch auch seine Grenzen hat.

Die Simulationen zeigen deutlich, dass nicht nur einkommensschwächere Haushalte Ergänzungsleistungen zur Finanzierung ihres Pflegebedarfs benötigen. Der Kreis der Haushalte, der zur Absicherung ihres Lebensbedarfs auf der Höhe des Existenzminimums nach EL auf eine zumindest teilweise Vergütung ihrer Krankheits- und Behinderungskosten zurückgreifen muss, reicht auch bei der ambulanten Pflege bis in den Mittelstand hinein.

Aus diesem Grund rücken die konkreten Ausführungsbestimmungen der Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen wie die Maximalbeiträge für Alleinstehende und Ehepaare, die Grenze der Anerkennung bezahlter privater Unterstützung (CHF 4'800), die Vorgaben für die Übernahme professioneller Pflege (Anerkennung als Spitex-Organisation, Anerkennung des Pflegevertrags durch eine Kommission sowie Begrenzung des maximalen Stundenlohns) in den Fokus. Sie setzen letztlich der Wahlfreiheit im ambulanten Pflegebereich eine Grenze. Die gewählte Betreuungsform muss in diese Vorgaben hineinpassen. Die Gesamtausgaben für Patientenbeteiligung, Betreuung, Hilfsmittel und weitere Krankheitskosten dürfen die Obergrenze von CHF 25'000 für Alleinstehende und CHF 50'000 für Ehepaare nicht übersteigen. Je nach Betreuungsintensität sind vor allem für Alleinstehende und für Ehepaare, wenn beide Ehepartner Pflege brauchen, die Grenzen schnell erreicht. Aus diesem Grund gewährt z.B. die Stadt Bern weitere Zuschüsse, die eine Gleichstellung mit den Leistungen der EL im Bereich der IV gewährleisten sollen. Allerdings unterliegen diese Zuschüsse anders als die EL einer Rückzahlungspflicht (aus dem Erbe, unter genau spezifizierten Bedingungen). Zu überprüfen wäre auch die Ungleichheit in den Obergrenzen für Alleinstehende und Ehepaare, bei denen nur eine Person pflegebedürftig ist. Im ersten Fall gilt die Obergrenze von CHF 25'000 «pro Person», im zweiten Fall hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf eine Rückvergütung ihrer Krankheits- und Behinderungskosten von bis zu CHF 50'000 abzüglich der Kosten des Ehepartners.

Ein Hindernis im Zugang zur Rückvergütung von Pflegekosten über die Krankheits- und Behinderungskosten liegt aus Sicht der Autoren in einer ungenügenden Information anspruchsberechtigter Haushalte und/oder einer Überforderung beim Aufbau eines in die Vorgaben passenden Pflegearrangements (Ver-

2 Ökonomische Grenzen der individuellen Wahlfreiheit

tragsgestaltung, Abführung der Arbeitgeberbeiträge an den Sozialversicherungen, etc.). Heutige EL-Rechner im Netz stützen sich vor allem auf eine Berechnung der jährlichen, periodischen Ergänzungsleistungen. Für Haushalte, die vor dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit keine Ergänzungsleistungen in Anspruch nehmen mussten, ist der Zugang zu den Detailbestimmungen oft nicht einfach gegeben. Zahlen über die Ausschöpfungsquote berechtigter Ansprüche liegen den Autoren jedoch nicht vor.

Weitere Grenzen in der Wahlfreiheit stellen sich durch die Begrenzung der Anrechnung der Mietkosten. Der von den Ergänzungsleistungen nicht abgedeckte Anteil der Mietkosten muss bei fehlendem Vermögen durch eine Kürzung bei den Ausgaben für den allgemeinen Lebensbedarf kompensiert werden. Die Sätze für die anrechenbaren Mietkosten sind seit 10 Jahren unverändert. Sie wurden zuletzt im Jahr 2001 für Alleinstehende von monatlich CHF 1'000 auf CHF 1'100 und für Ehepaare von CHF 1'150 auf CHF 1'250 angehoben.

Durch den zunehmenden Anteil der subjektorientierten, bedarfsorientierten Pflegefinanzierung gewinnt auch das Wechselspiel mit dem Steuersystem an Bedeutung, welches ebenfalls dazu führt, dass das verfügbare Einkommen unter den Ansatz für den allgemeinen Lebensbedarf nach ELG sinken kann. Der Einkommensbereich, in dem zur Finanzierung der Pflegekosten auf Ergänzungsleistungen zurückgegriffen werden muss, reicht auch im ambulanten Bereich von niedrigen bis zu mittleren Einkommen in der Nähe des Median-Rentnereinkommens. Die Mietkosten und Steuerbelastung stellen vor allem für die Einkommensgruppen, die knapp oberhalb der Grenze der Anspruchsberechtigung liegen, eine finanzielle Herausforderung dar, die zum Teil durch eine geringere Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen kompensiert werden muss.

3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

3.1 Ausgangslage

Ausgangspunkt der nachfolgenden Darstellungen und Überlegungen sind drei Fragen, die im Rahmen der Pflegefinanzierung immer wieder gestellt werden:

1. Unter welchen Rahmenbedingungen hat jeweils eine der beiden Pflegeformen, Pflege zu Hause durch die Spitex und Pflege im Heim, eindeutige Kostenvorteile unter Berücksichtigung der Vollkosten?
2. Gibt es eine Grenze des Pflege- und Betreuungsaufwands, bei dem sich der Kostenvorteil der Pflege zu Hause gegenüber der Pflege im Heim ins Gegenteil verkehrt?
3. Führt die Aufteilung der Kosten auf verschiedene Kostenträger zu Fehlanreizen und damit in bestimmten Pflegesituationen zu einer Fehlallokation von Ressourcen aus volkswirtschaftlicher Sicht?

Für den Vergleich zwischen den Kosten im Pflegeheim und den Kosten zu Hause bedeutet dies, dass nicht nur die reinen Pflegekosten für den Vergleich berücksichtigt werden dürfen, sondern dass auch die Kosten für Betreuung, den Lebensbedarf, persönliche Auslagen und die Mietkosten (innerhalb eines bestimmten Rahmens) in den Vergleich miteinbezogen werden müssen.

Die neue Pflegefinanzierung wird durch die Abstützung der öffentlichen Beiträge auf Normdefizite, die auf Vollkostenrechnungen basieren, und die Tendenz zu einer Abkehr der Deckung von Betriebsdefiziten und einer separaten Ausweisung der Infrastruktur-/Investitionskosten zu einer höheren Transparenz bei den Kostenstrukturen führen. Angaben zu den Normkosten liegen aus allen drei Kantonen, basierend auf Studien und Erfahrungswerten der vergangenen Jahre vor. Inwieweit sich diese Normkosten in der Bewährung in der Praxis der nächsten Jahre noch verändern werden, ist schwierig vorherzusagen. Ebenfalls schwierig zu prognostizieren ist, wie sich die Streuung der ausgewiesenen Vollkosten der Heime um die Normkosten herum entwickeln wird. Die im Bericht gezeigten Abbildungen stützen sich auf kantonale Durchschnitte, es sind jedoch aufgrund des dynamischen Aufbaus des Modells Vergleichssimulationen mit regional abweichenden Kostenstrukturen jederzeit möglich.

Bei der Pflege zu Hause wurden bei den Gesamtkosten inklusive Unterkunft und Lebensbedarf auf die Ansätze für den allgemeinen Lebensbedarf nach EL und die Obergrenze der anrechenbaren Mietkosten nach EL abgestellt. Im Gegenzug wurden bei den Gesamtkosten der Pflege im Heim auch die persönlichen Auslagen angerechnet. Die Kosten für die Betreuung und Hauswirtschaft bei der Pflege zu Hause wurden in den Simulationsrechnungen variiert.

3.2 Wichtige Grundlagenarbeiten

Ein zentrale Grösse im Vergleich zwischen den Vollkosten der beiden Pflegeformen ist die Einstufung der Pflegebedürftigkeit in den beiden zentralen Bedarfssystemen, einerseits RAI-Homecare für die Pflege zu Hause, andererseits BESA oder RAI/RUG für die Pflege im Heim. Ecoplan hat in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Nordwestschweiz mit der Pilotstudie «Pflege im Alter» (2007) sowie in der gemeinsamen Studie mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und dem Kanton Tessin «Soins de longue durée – Comparaisons des coûts par cas dans le canton du Tessin» (2010) eine wichtige methodische Grundlage gelegt und wichtige Referenzangaben geschaffen. Wir danken den Autoren der Studie, dass wir uns bei unseren Simulationen auf diese Referenzangaben abstützen können.

In der Studie des Obsan (2010) wurden die gesamten Fallkosten der Spitex mit jenen der Betreuung in Alters- und Pflegeheimen verglichen. Sie stützt sich auf eine Stichprobe von zwanzig repräsentativen Patientinnen und Patienten der Langzeitpflege im Kanton Tessin, die je zur Hälfte von der Spitex und vom Heim betreut wurden. In einem ersten Schritt wurde der Gesundheitszustand und der Pflege- und Betreuungsbedarf der zwanzig Fälle von den zuständigen Pflegefachleuten beschrieben. In einem zweiten Schritt wurden die Berichte einer Fachgruppe vorgelegt, welche jeden Fall bezüglich des benötigten zeitlichen Arbeitsaufwands (Heimsituation RAI/RUG, Betreuung zu Hause RAI-HC) beurteilten. In einem dritten Schritt wurden die Pflegekosten ermittelt. Anzumerken ist, dass der so ermittelte Zeit- (und Kosten-)Aufwand bei der professionellen Pflege- und Betreuung zu Hause von der realen Situation abweichen kann, indem oft Angehörige einen Teil der Aufgaben übernehmen. Die Schätzungen der verschiedenen Fachleute wurden in Medianwerte zusammengefasst.

Insgesamt zeigte sich in der Obsan-Studie eine starke Korrespondenz zwischen dem zeitlichen Pflegeaufwand nach RAI-HC und nach RAI/RUG. Vor diesem Hintergrund sind wir in unseren Simulationsrechnungen von einem zeitlich sich entsprechenden Pflegebedarf bei der Pflege zu Hause und im Heim ausgegangen. Für einen mittleren Pflegebedarf pro Tag haben wir 50 Minuten und 90 Minuten unterstellt resp. in unseren Modellen simuliert.

3.3 Ergebnisse der Analyse der Vollkosten

3.3.1 Vergleich der Gesamtkosten, der Pflegevollkosten und der Kosten für die Krankenkassen zwischen der Pflege zu Hause und im Heim

In den folgenden Abschnitten wird zwischen den **Gesamtkosten**, welche neben den Pflegekosten die Mietkosten und die Ausgaben für den Lebensbedarf und für persönliche Auslagen enthalten, und den **Pflegevollkosten**, welche sich auf die reinen Pflegekosten im Heim und bei der Spitex (ohne Betreuung und Hauswirtschaft) beziehen, unterschieden.

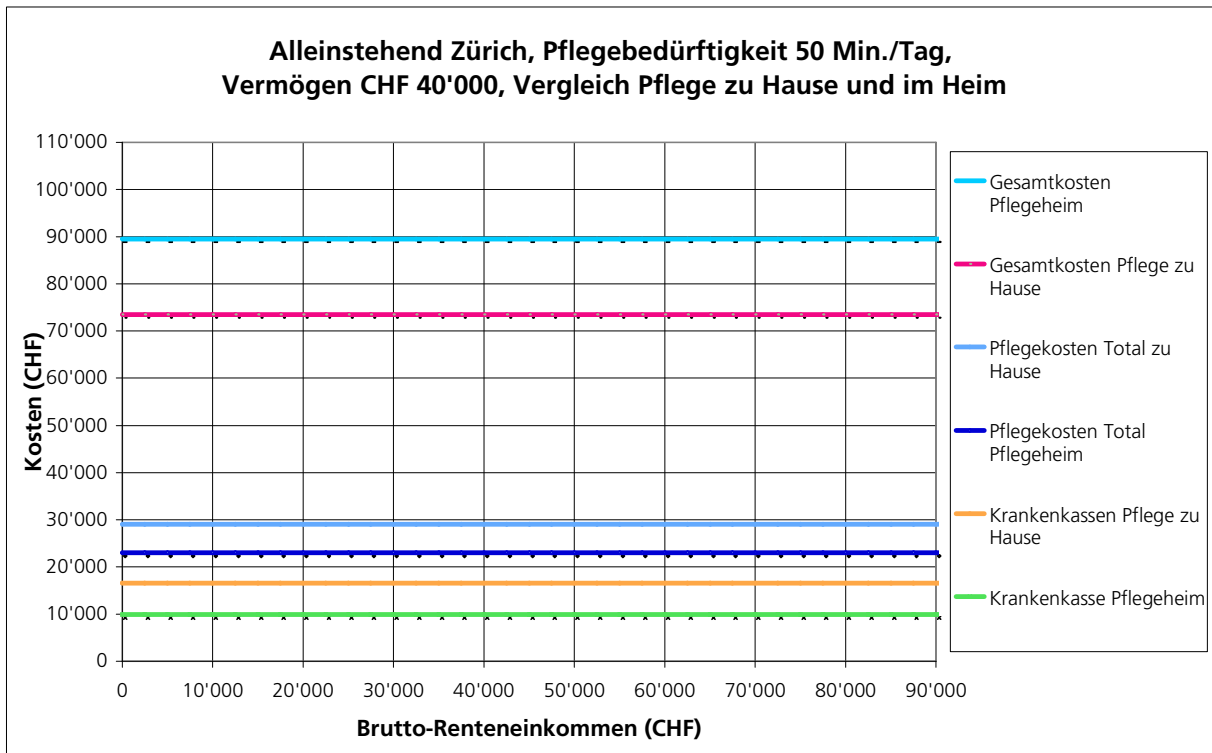
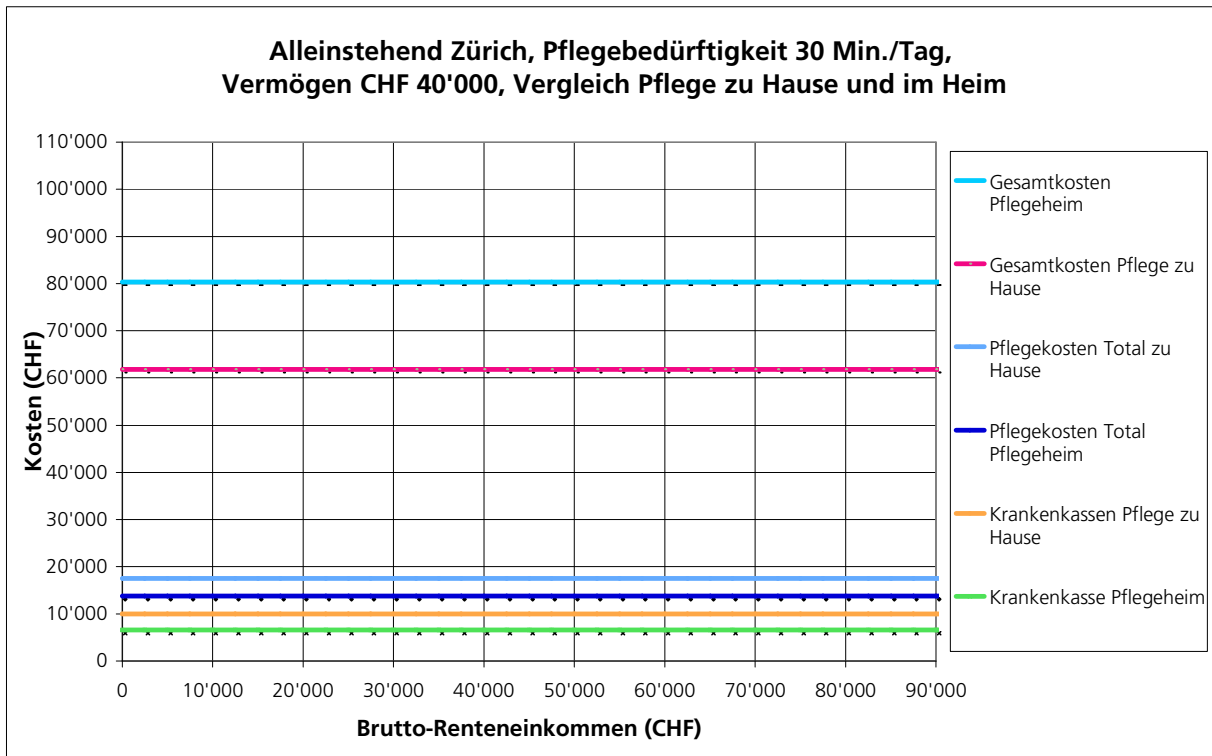
Die Simulationen über die untersuchten Kantone Zürich, Bern und Waadt hinweg haben das Ergebnis der Tessiner bzw. Obsan-Studie (2010) bestätigt, dass die Spitex bezüglich der Gesamtkosten bei alleinstehenden Personen Kostenvorteile bei Fällen von leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit und Komplexität hat, die Pflegeheime bei Fällen mittlerer bis höherer Komplexität. Häufig sind bei komplexeren Situationen aber nicht allein Kostenvorteile, sondern vielmehr die Praktikabilität der Pflege und Betreuung zu Hause ausschlaggebend für den Eintritt ins Heim.

Interessant ist der Bereich mittlerer Pflegebedürftigkeit und Komplexität, bei dem sich die Kostenstrukturen zwischen Spitex und Pflegeheimen überlappen. Die Simulationen zeigen, dass die Grenzen dieses Bereichs zwischen den Kantonen ZH, BE und VD, aber auch innerhalb eines Kantons (z.B. Stadt / Land, Grundfinanzierung der Infrastruktur Heim; simuliert anhand der Kostenrechnung (KORE) verschiedener Heime im Kanton Zürich) variieren. Als grobe Schätzung anhand der drei analysierten Kantone lässt sich der Überlappungsbereich der Kostenstrukturen mit einer Bandbreite des Pflegebedarfs zwischen 60 und 120 Minuten angeben. Man kann diesen Bereich für einen einzelnen Kanton, ja vielleicht auch einzelne Regionen und Infrastrukturvoraussetzungen von Heimen noch stärker eingrenzen. Aber man kann national nicht von einer klaren ökonomischen Grenze zwischen Spitex und Pflegeheim sprechen.

Abbildung 9 bis **Abbildung 12** zeigen am Beispiel der drei Kantone Zürich, Bern und Waadt das Verhältnis der **Gesamtkosten**, der **Pflegevollkosten** und der **Kosten für die Krankenkassen** im Vergleich Pflege zu Hause und im Heim.

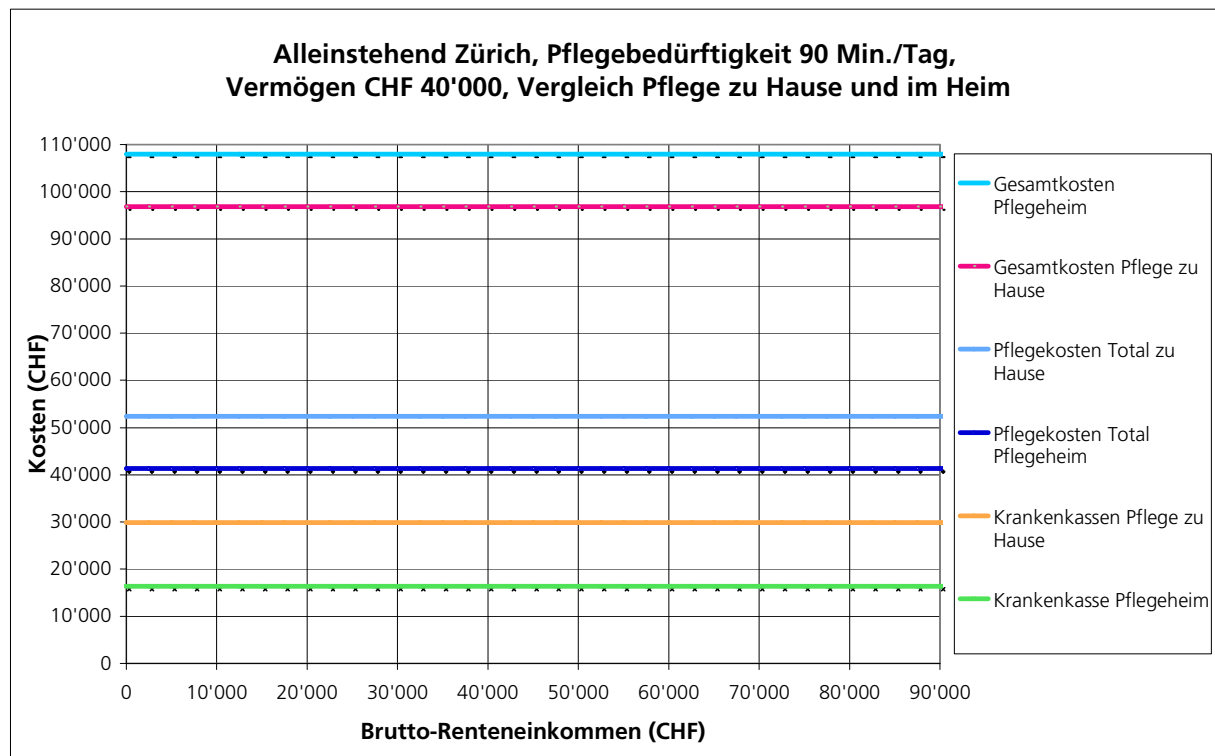
3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

Abbildung 9: Vergleich der Vollkosten Pflege zu Hause und im Heim (Durchschnittswerte Kanton Zürich)



3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

Abbildung 9 Fortsetzung: Vergleich der Vollkosten Pflege zu Hause und im Heim (Durchschnittswerte Kanton Zürich)



Quelle: Eigene Berechnungen

Allen Beispielen liegen dieselbe Vermögenssituation (CHF 40'000), bei der Pflege zu Hause auch dieselben Mietkosten (CHF 1'100 pro Monat) und derselbe Betreuungsaufwand (8 Std. Betreuung und Hauswirtschaft Spitex sowie private Unterstützung in Höhe von CHF 400 monatlich) zugrunde. Variiert wird der Pflegeaufwand nach RAI-HC und RAI/RUG, in diesem Beispiel zwischen 30, 50 und 90 Minuten pro Tag (7 Tage die Woche). Die Berechnungen beruhen auf folgenden Annahmen über die Pflegevollkosten:

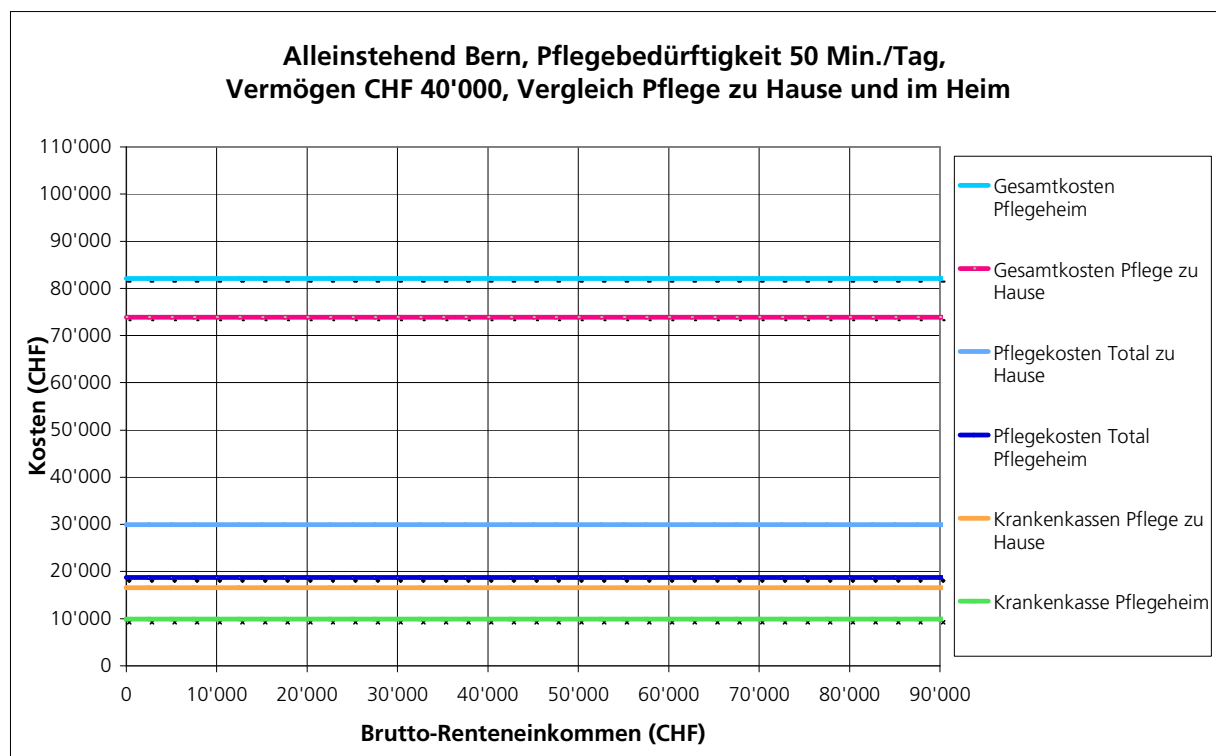
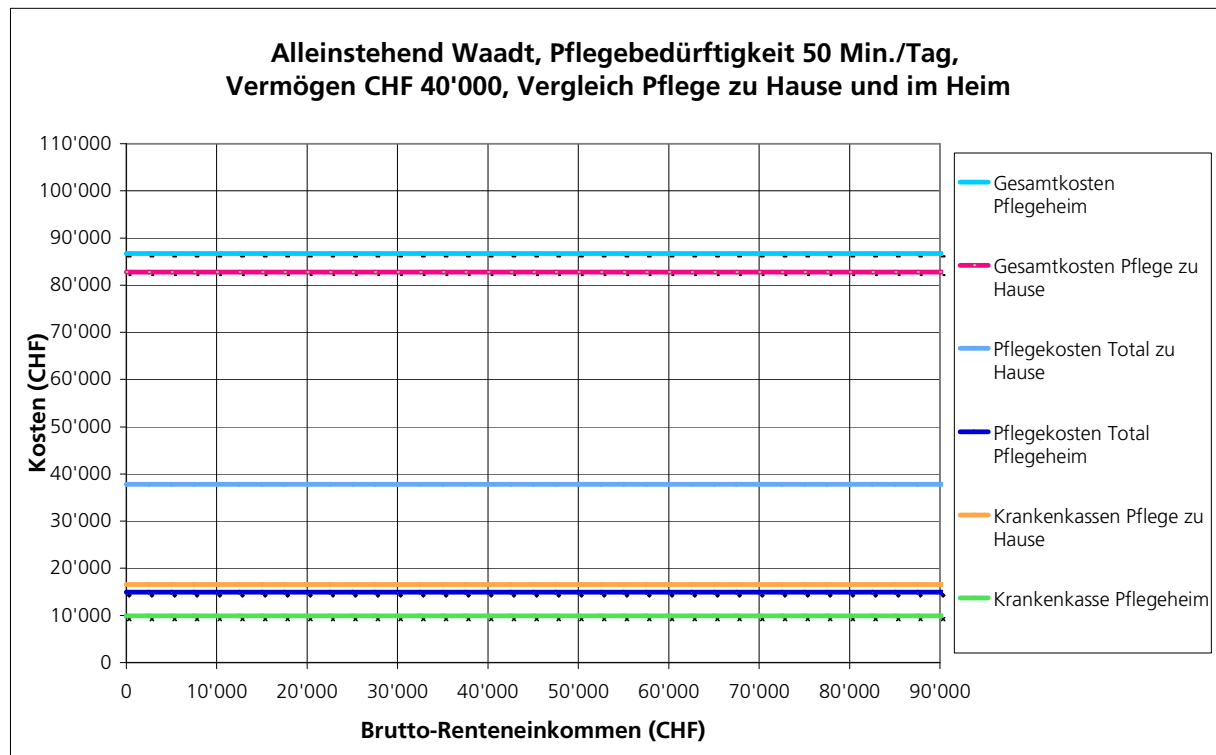
- Spitex-Grundpflege: ZH CHF 96/Std., BE CHF 98.70/Std., VD CHF 124.60/Std.;
- Spitex Hauswirtschaft/Betreuung: ZH CHF 76.20/Std., BE CHF 71.95/Std., VD CHF 83.00/Std.;
- Pflege Heim Stufe 2 (30 Min.): ZH CHF 37.80/Tag;
- Pflege Heim Stufe 3 (50 Min.): ZH CHF 63/Tag, BE CHF 51.50/Tag, VD CHF 40.90/Tag;
- Pflege Heim Stufe 5 (90 Min.): ZH CHF 113.30/Tag;
- Betreuung und Pension: ZH CHF 165/Tag, BE CHF 126.55/Tag + Investitionspauschale CHF 34.55/Tag, VD CHF 155/Tag;
- Investitionsbeiträge öffentliche Hand (Durchschnitt) Kanton Waadt CHF 14.70/Tag.

Der Vergleich der Abbildungen zeigt, dass der Kostenvorteil der Spitex bei einem Anstieg des Pflegebedarfs nach RAI-HC resp. RAI/RUG von 50 Minuten auf 90 Minuten stark verkleinert wird. Ein höherer Bedarf an Betreuungsleistungen oder höhere reale Mietkosten könnten den Kostenvorteil der Spitex ins Gegenteil verkehren. Umgekehrt übernehmen in vielen Fällen Angehörige bestimmte Spitexleistungen, die hier in die Bedarfsabschätzung des Pflegeaufwands und damit in die Kostenrechnung noch enthalten sind.

Abbildung 10 zeigt am Beispiel einer alleinstehenden Person mit einer Pflegebedürftigkeit in Höhe von 50 Minuten pro Tag, dass sich die Situation in den Kantonen Bern und Waadt sehr ähnlich wie in Zürich darstellt.

3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

Abbildung 10: Vergleich der Vollkosten Pflege zu Hause und im Heim (Durchschnittswerte Kanton Bern und Kanton Waadt) bei einer Pflegebedürftigkeit von 50 Minuten pro Tag



Quelle: Eigene Berechnungen

In allen drei Kantonen Zürich, Bern und Waadt zeigen die Simulationen, dass die **reinen Pflegekosten der Spitex** bei einem übereinstimmenden Pflegebedarf in Minuten nach RAI-HC und RAI/RUG über den Pflegekosten im Heim liegen. Die Obsan-Studie (2010) wie auch die Pilotstudie von Ecoplan im Kanton

3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

Bern (2007) geben verschiedene Gründe für die Unterschiede in den Pflegevollkosten pro Stunde zwischen Spitex und Pflegeheim an: Wegzeiten; Vorhalte- und Planungskosten (in Relation zu Kurzeinsätzen); Qualifikationsmix des Pflegepersonals; im Rahmen eines Einsatzes vor Ort können bei der Pflege zu Hause leichtere Arbeiten nicht an eine weniger qualifizierte Person delegiert werden, sondern werden von der gleichen Person erbracht, die auch Untersuchung- und Behandlungspflege oder Grundpflege erbringt. Diese Unterschiede steigen mit steigendem Pflegebedarf erheblich an. Dies gilt auch für die Kosten der Krankenkassen. Der Anstieg des Pflegebedarfs von 50 auf 90 Minuten führt bei der Pflege zu Hause zu einem deutlich höheren Kostenanstieg für die Krankenkassen als in der Pflege im Heim. Die höhere Kostenbelastung der Krankenkasse pro Stunde geleistete Pflege im ambulanten Bereich betrifft alle Pflegebedarfsstufen. Diese höhere Kostenbelastung und eine Begrenzung der Krankenkassenleistungen auf eine Anzahl von 60 Stunden Spitexpflege pro Quartal (40 Min. pro Tag) können zu Fehlanreizen und aus volkswirtschaftlicher Sicht höheren Gesamtkosten führen, wenn diese Grenze nicht flexibel gehandhabt wird.

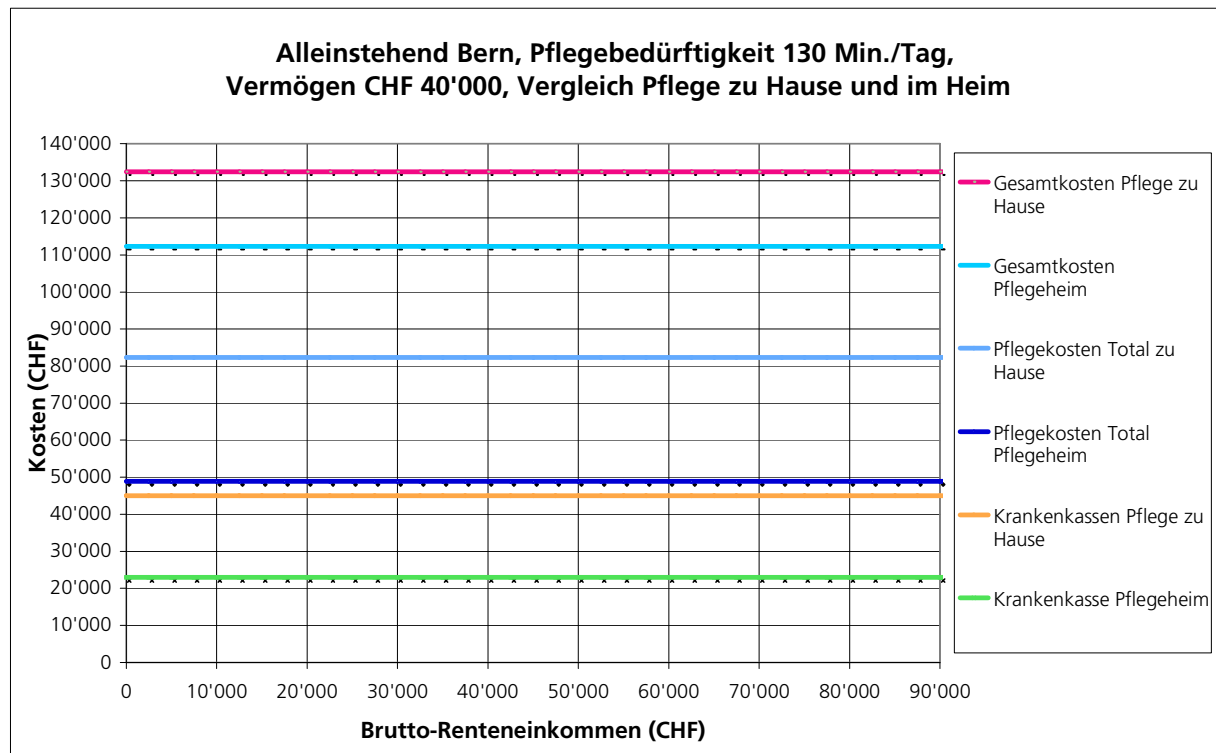
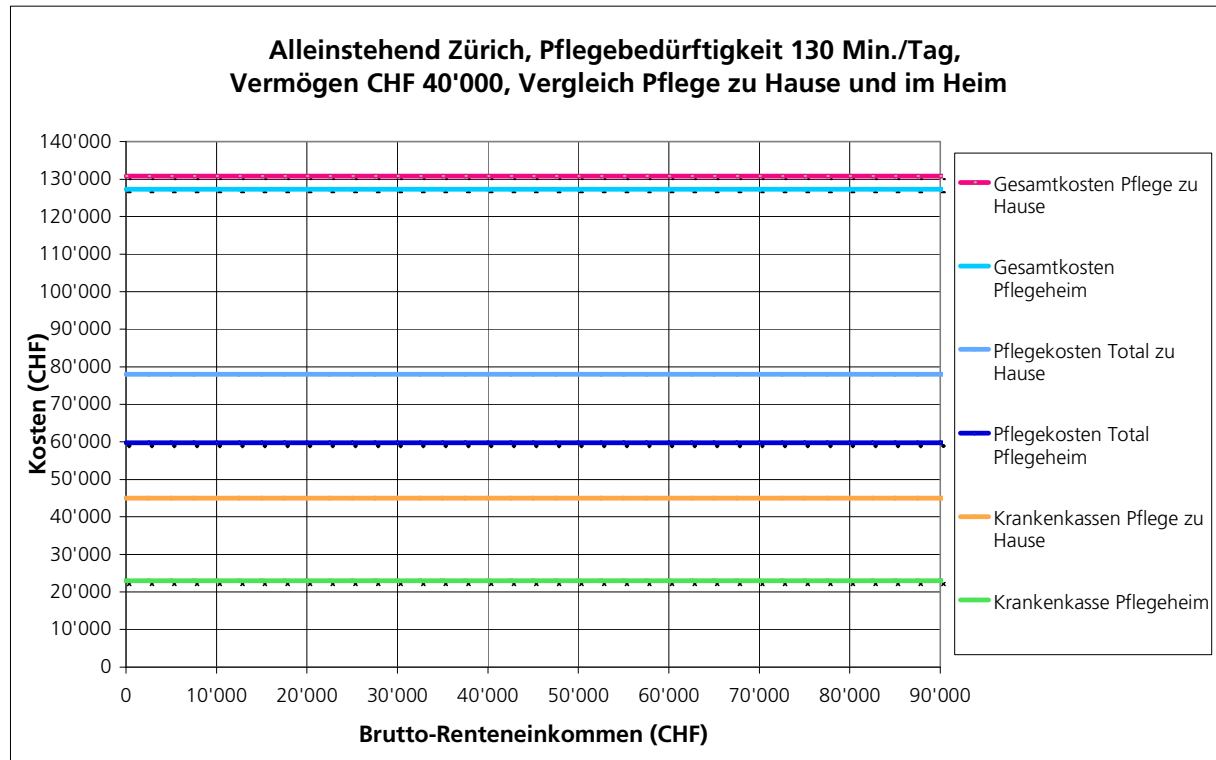
Die höheren reinen Pflegekosten der Spitex pro Stunde geleisteter Pflege führen letztlich dazu, dass sich die Kostenvorteile der ambulanten Pflege mit steigender Komplexität der Pflegefälle und wachsendem Pflege- und Betreuungsaufwand ins Gegenteil verkehren.

Abbildung 11 illustriert dies am Beispiel der beiden Kantone Zürich und Bern und einer alleinstehenden Person mit einem Pflegebedarf von 100 Minuten Grundpflege und 30 Minuten Untersuchungs- und Behandlungspflege pro Tag. Mit dem erhöhten Pflegebedarf ist auch ein erhöhter Aufwand für Hauswirtschaft und Betreuung verbunden, der durch die Spitex im Umfang von einer halben Stunde pro Tag und durch eine privaten Person mit einer Entschädigung von monatlich CHF 400 abgedeckt wird. Die Mietkosten liegen wie bei den vorangehenden Fallbeispielen bei CHF 1'100 pro Monat. Den Berechnungen liegen folgende Annahmen über die Pflege- und Betreuungskosten zu Grunde:

- Spitex Grundpflege: ZH CHF 96/Std., BE CHF 98.70/Std.;
- Spitex Untersuchungs- und Behandlungspflege: ZH CHF 108.40/Std., BE CHF 123.35/Std.;
- Pflege Heim Stufe 7 (130 Min.): ZH CHF 163.70/Tag, BE CHF 133.90/Tag;
- Betreuung und Pension: ZH CHF 165/Tag, BE CHF 126.55/Tag + Investitionspauschale CHF 34.55/Tag.

3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

Abbildung 11: Vergleich der Vollkosten Pflege zu Hause und im Heim (Durchschnittswerte Kanton Bern und Kanton Waadt) bei einer Pflegebedürftigkeit von 130 Minuten pro Tag



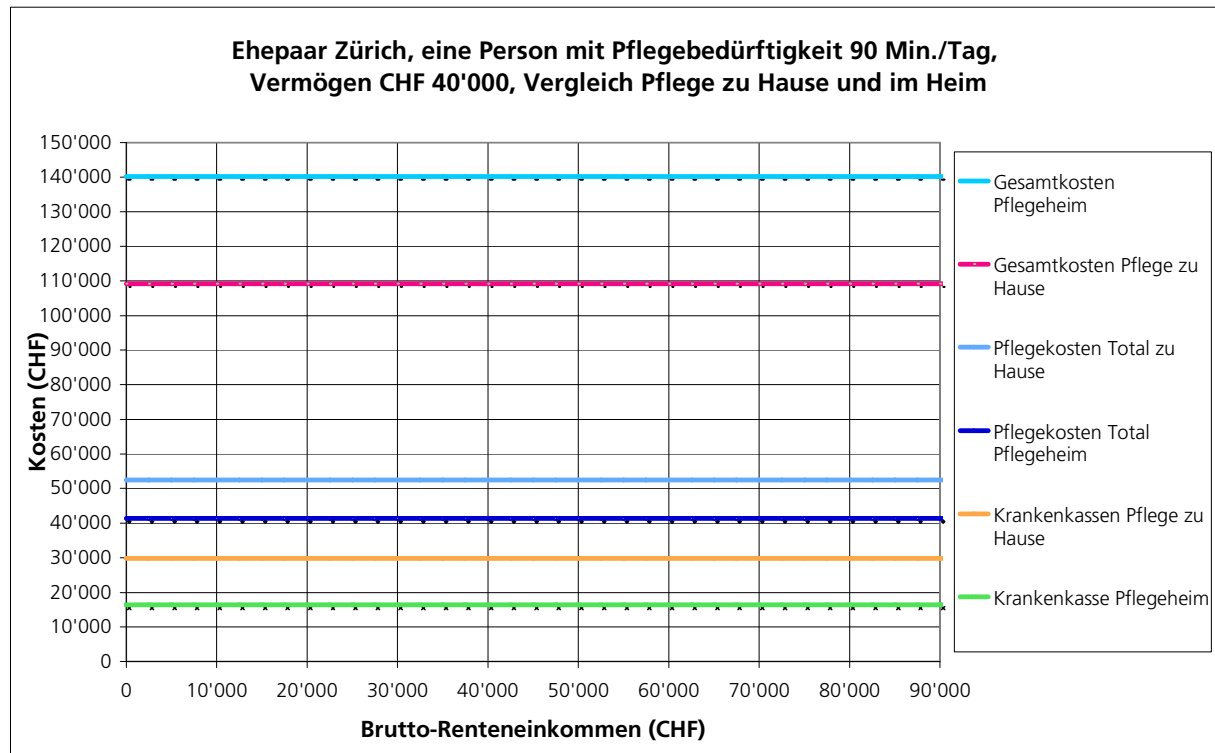
Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 12 zeigt, dass sich die Kostenstrukturen bei einem Ehepaar, bei dem eine Person pflegebedürftig ist und entweder zu Hause oder im Heim betreut wird, nochmals deutlich von der Situation eines Alleinstehenden unterscheiden. Hier müssen bei den Gesamtkosten im Heim sowohl die Kosten für Pensi-

3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

on und Unterkunft im Heim wie auch die Wohnungsmiete und der Lebensunterhalts berücksichtigt werden. In diesem Fallbeispiel bestehen die Kostenvorteile der Spitex über einen deutlich ausgedehnteren zeitlichen Bereich des Pflege- und Betreuungsaufwands.

Abbildung 12: Vergleich der Vollkosten Pflege zu Hause und im Heim, Ehepaar, eine Person pflegebedürftig im Heim (Durchschnittswerte Kanton Zürich)



Quelle: Eigene Berechnungen

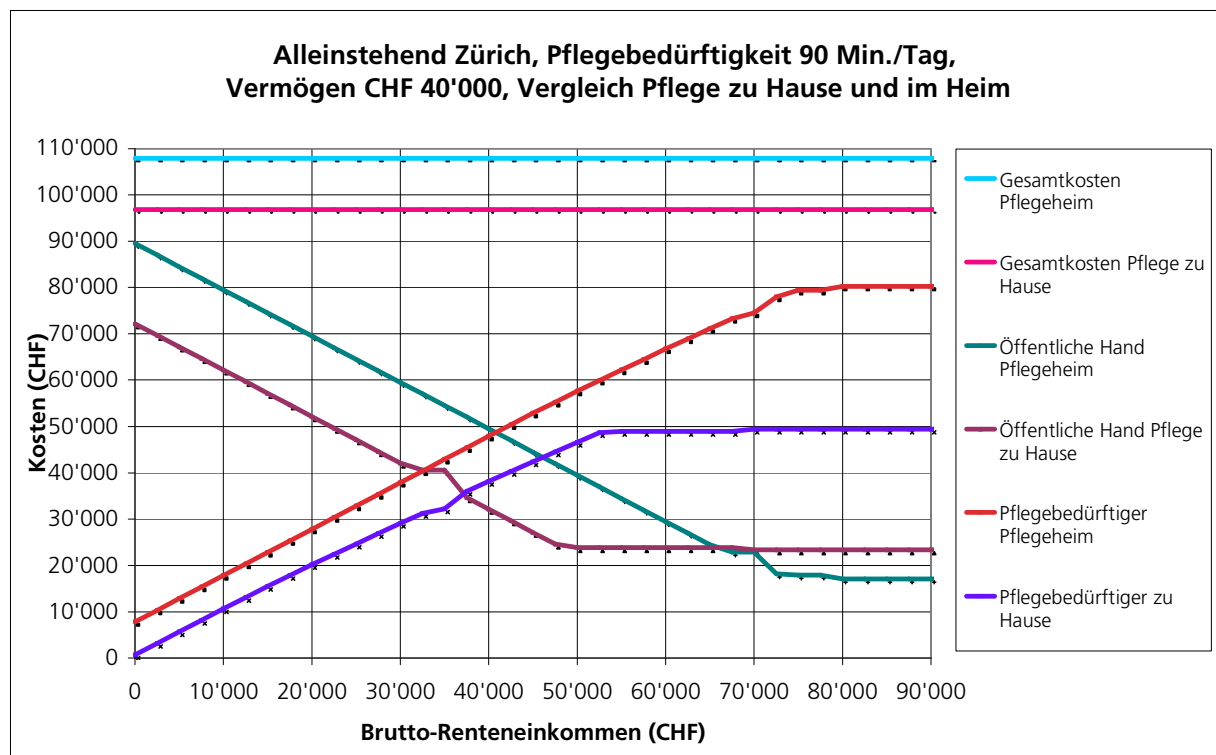
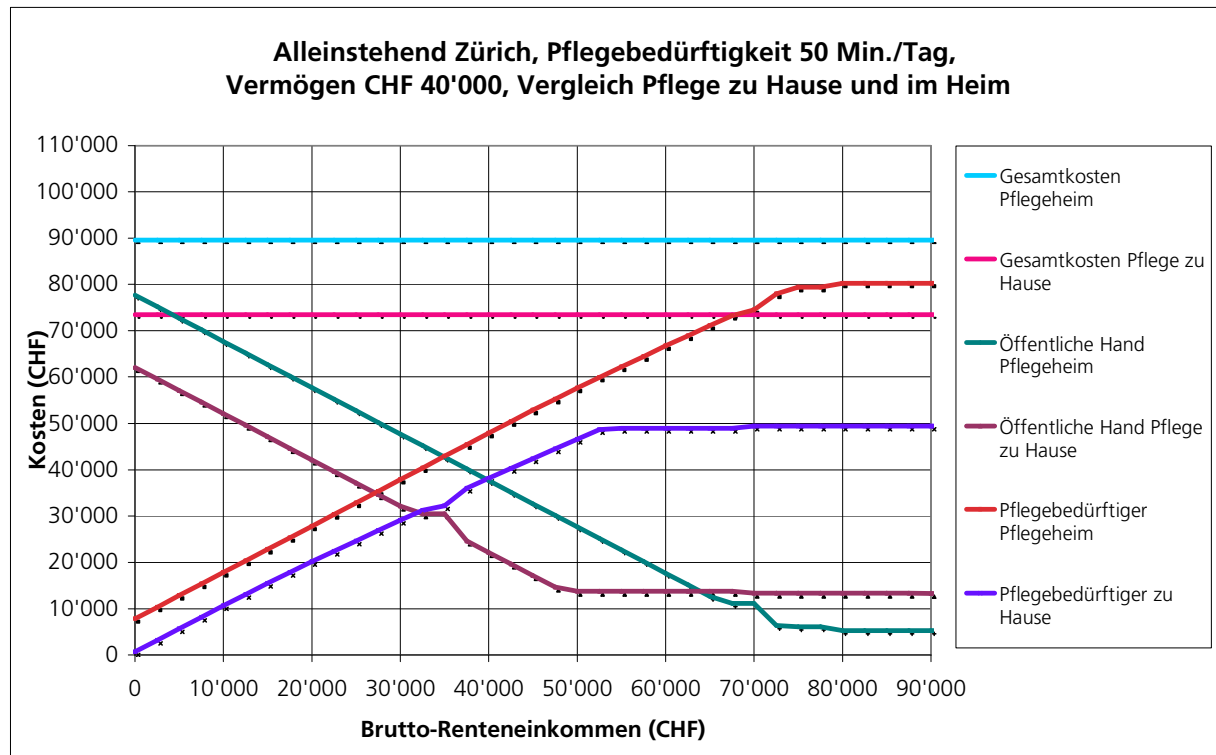
3.3.2 Vergleich der Kosten der öffentlichen Hand und der privaten Haushalte zwischen der Pflege zu Hause und im Heim

In den Abbildungen 9 bis 12 wurde bisher nur der Kostenträger Krankenkassen dargestellt, dessen Anteil an der Pflegefinanzierung einkommensunabhängig ist. Die Verteilung der Kosten zwischen der öffentlichen Hand und den privaten Haushalten ist jedoch aufgrund der Ergänzungsleistungen einkommensabhängig.

Abbildung 13 verdeutlicht die Variation der Kostenaufteilung zwischen öffentlicher Hand und privaten Haushalten. Mit steigenden Einkommen sinkt der Kostenanteil der öffentlichen Hand aufgrund der Ergänzungsleistungen, es bleibt die Finanzierung der Restkosten der Pflegevollkosten (nach Abzug der Patientenbeteiligung) sowie Subventionen für Betreuungs- und hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex. Diese Restfinanzierung der Pflegevollkosten ist bei vergleichbarer Pflegestufe im stationären Bereich niedriger als im ambulanten Bereich. Für die öffentliche Hand sind die Kostenvorteile der beiden Pflegeformen im Bereich mittlerer Pflegedürftigkeit und Komplexität abhängig vom Einkommen des Pflegebedürftigen. Besteht ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen, dann sind die Gesamtkosten für die öffentliche Hand im Pflegeheim höher als bei der Pflege zu Hause. Ausserhalb der Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen kommt die öffentliche Hand die Pflege im Heim günstiger als die Pflege zu Hause, je stärker Kanton und Gemeinden zu einer subjektorientierten Pflegefinanzierung unter Verzicht auf eine Beteiligung an den Investitionskosten und Deckung von Betriebsdefiziten übergehen.

3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

Abbildung 13: Vergleich der Kosten der öffentlichen Hand und der privaten Haushalte zwischen der Pflege zu Hause und im Heim, Alleinstehend (Durchschnittswerte Kanton Zürich)



Quelle: Eigene Berechnungen

Der Kostenanteil der privaten Haushalte ändert sich bei einem Anstieg des Pflegebedarfs von 50 auf 90 Minuten sowohl bei der Pflege zu Hause wie im Heim praktisch nicht, wenn die Betreuungskosten im Heim, wie im simulierten Beispiel, nicht abgestuft nach Pflegestufen erhoben werden. Der Kostenvorteil der Spitexlösung schwindet für private Haushalte mit einem Einkommen jenseits der Anspruchsberechtig-

gung auf EL in dem Masse, wie der notwendige Betreuungs- und Unterstützungsaufwand ergänzend zur Spitex die in diesem Beispiel angenommenen Werte von 8 Stunden Betreuung/ Hauswirtschaft durch die Spitex und private Hilfe im Umfang von CHF 400 pro Monat übersteigt.

3.4 Fazit

Die Ergebnisse der Studien von Ecoplan (2007) resp. Obsan, Ecoplan und Kanton Tessin (2010) bestätigen sich auch in den Modellrechnungen dieser Studie: Die Spitex hat Kostenvorteile bei Fällen leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit, die Pflegeheime bei mittlerer bis hoher Pflegebedürftigkeit.

Interessant ist der Bereich mittlerer Pflegebedürftigkeit und Komplexität, bei dem sich die Kostenstrukturen zwischen Spitex und Pflegeheimen überschneiden. Die Grenzen dieses Bereichs variieren zwischen den Kantonen ZH, BE und VD, aber auch innerhalb eines Kantons (z.B. Stadt – Land, Grundfinanzierung der Infrastruktur Heim) stark. Aus diesem Grund ist die Bandbreite des Pflegebedarfs an professioneller Pflege in Minuten, innerhalb derer sich die Kostenstrukturen zwischen der Pflege zu Hause und im Heim überschneiden, erheblich. In einer ersten groben Schätzung aufgrund der drei untersuchten Kantone und der Angaben der Kostenstrukturen liegt die Überschneidung zwischen einem Pflegebedarf von 60 bis 120 Minuten. Aus diesem Grund kann man national nicht von einer klaren ökonomischen Grenze zwischen Spitex und Pflegeheim sprechen. Man kann diesen Bereich für einen einzelnen Kanton, ja vielleicht auch einzelne Regionen und Infrastrukturvoraussetzungen von Heimen noch stärker eingrenzen, sobald sich die Berechnung der Pflegevollkosten und Normdefizite und auch die neuen Taxstrukturen der Heime konsolidiert haben. Dennoch wird es sinnvoll sein, immer von einem Überlappungsbereich der Kostenstrukturen auszugehen.

Die Simulationen zeigen, dass die reinen Pflegekosten der Spitex bei einem übereinstimmenden Pflegebedarf in Minuten nach RAI-HC und RAI/RUG über den Pflegekosten im Heim liegen. Diese Unterschiede steigen mit steigendem Pflegebedarf erheblich an. Die Obsan-Studie (2010) wie auch die Pilotstudie von Ecoplan im Kanton Bern (2007) geben verschiedene Gründe für die Unterschiede in den Pflegevollkosten pro Stunde zwischen Spitex und Pflegeheim an: Wegzeiten; Vorhalte- und Planungskosten (in Relation zu Kurzeinsätzen); Qualifikationsmix des Pflegepersonals; im Rahmen eines Einsatzes vor Ort können bei der Pflege zu Hause leichtere Arbeiten nicht an eine weniger qualifizierte Person delegiert werden, sondern werden von der gleichen Person erbracht, die auch Untersuchungs- und Behandlungspflege oder Grundpflege erbringt.

Gegengewicht zu den niedrigeren Pflegevollkosten im Heim bieten unter dem Aspekt der Vollkostenanalyse wie zu erwarten die günstigeren Miet- und Lebensunterhaltungskosten im Bereich der ambulanten Pflege. Die Kosten für Hotellerie und Betreuung im Heim schlagen vor allem in der Konstellation, dass bei einem Paar eine Person zu Hause, die andere im Pflegeheim lebt, durch. Generell deutet diese Gegentendenz von Pflegevollkosten und Infrastrukturkosten auf eine wachsende Bedeutung der Mischform «Betreutes Wohnen» hin. Ausgehend von einer Spitex oder einem Pflegezentrum verkürzen sich Wegzeiten, können abgestufte Qualifikationen für unterschiedliche Dienstleistungen ins Spiel gebracht werden und sinken (natürlich in Abhängigkeit vom Investitionsvolumen) die Infrastrukturkosten.

Wie die Beispiele der Kantone Zürich, Bern und Waadt mit ihren durchschnittlichen Kostenstrukturen gezeigt haben, können die höhere Kostenbelastung der Krankenkassen pro Stunde geleistete Pflege im ambulanten Bereich und eine Begrenzung der Krankenkassenleistungen auf eine Anzahl von 60 Stunden Spitexpflege pro Quartal (40 Minuten pro Tag) zu Fehlanreizen und Fehlallokationen führen, wenn diese Grenze nicht flexibel gehandhabt wird. Die Begrenzung der Krankenkassenleistungen wird damit auch zu einer Grenze der individuellen Wahlfreiheit zwischen der Pflege zu Hause und im Heim.

3 Ökonomische Grenzen der Spitex bei Analyse der Vollkosten

Für die öffentliche Hand sind die Kostenvorteile der beiden Pflegeformen im Bereich mittlerer Pflegedürftigkeit und Komplexität abhängig vom Einkommen des Pflegebedürftigen. Besteht ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen, dann sind die Gesamtkosten für die öffentliche Hand im Pflegeheim höher als bei der Pflege zu Hause. Die Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV verbunden mit der Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen ergibt, dass 50 Prozent der Bewohner eines Heimes Ergänzungsleistungen zur AHV beziehen (Stand 31.12.2009). Ausserhalb der Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen zahlt die öffentliche Hand bei gleichem Pflegebedarf an die Pflege im Heim weniger als an die Pflege zu Hause, wenn Kanton und Gemeinden im stationären Bereich zu einer subjektorientierten Pflegefinanzierung unter Verzicht auf eine Beteiligung an den Investitionskosten und Deckung von Betriebsdefiziten übergehen.

4 Quellen und Literatur

Jaccard Ruedin H el ene, Michael Marti, Heini Sommer, Kathrin Bertschy und Christian Leoni (2010): Soins de longue dur ee. Comparaison des co ts par cas dans le canton du Tessin, Observatoire suisse de la sant e (Obsan), Neuch atel

Sommer Heini, Michael Marti, Christoph Minnig und Beat Uebelhart (2007): Pflege im Alter, Pilotstudie im Auftrag von Spitex Bern, Domicil Bern und Diakonissenhaus, Ecoplan, FHNW

Wanner Philippe, Alexis Gabadinho (2008): La situation économique des actifs et des retraités. Rapport technique et tableaux commentés, Rapport de recherche no 1/08.1, Berne : Office fédérale des assurances sociales

Bund

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2006): Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, 06. Oktober (Stand 01. Juni 2009), 831.30

Schweizerischer Bundesrat (1971), Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV), 15. Januar 1971 (Stand 1. Januar 2008), 831.301

Kanton Bern

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2007): Steuerung und Finanzierung des stationären Langzeitbereichs 2008 (Heime gemäss Pflegeheimliste des Kantons Bern), Rundschreiben, August, Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Alters- und Behindertenamt

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2010): Wegleitung 2011 für Gemeinden und Institutionen betreffend Bereitstellung und Finanzierung von ambulanten Angeboten für pflege- und betreungsbed rftige Menschen im Kanton Bern, Stand September 2010

Grosser Rat des Kantons Bern (2009): Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG), 27. November, 841.31

Regierungsrat des Kantons Bern (2010): Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG) (Änderung), 8.12.2010, 841.311

Kanton Zürich

Kantonsrat des Kantons Zürich (2008): Gesetz über die Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Zusatzleistungsgesetz; ZLG), 01. Januar, 831.3

Kantonsrat des Kantons Zürich (2010): Pflegegesetz, 27. September, 855.1

Regierungsrat des Kantons Zürich (2008): Zusatzleistungsverordnung (ZLV), 05. März, 831.31

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2010): Kreisschreiben Vorgaben der Gesundheitsdirektion für das Jahr 2011 zu den    16 bis 18 sowie 21 und 22 des Pflegegesetzes bezüglich Staatsbeiträge und Rechnungslegung, 15. November

Nabholz Beratung für öffentliche Verwaltungen (2010): Erhebung der Vollkosten von Pflege- und nicht-pflegerischen Leistungen der Zürcher Pflegeheime und Spitex-Institutionen, Bericht zu Handen der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 24. März

Kanton Waadt

Caisse Cantonale Vaudoise de Compensation AVS, Notice concernant le calcul de la prestation complémentaire AVS/AI (PC) et le remboursement des frais de guérison (PCG), valable dès le 1er janvier 2010

Canton de Vaud - Le mémento. Toutes les clés pour comprendre l'hébergement médico-social, n° 2 (2010): J'entre en EMS, comment payer? 03.2010

Le Conseil d'État du Canton de Vaud (2006): Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS), 24. Januar 2006 (Stand 1. Mai 2006), 850.11

Le Conseil d'État du Canton de Vaud (2008), Règlement d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RLVPC), 9. Januar (Stand 1. Januar 2008), 831.21.1

Le Conseil d'État du Canton de Vaud (2011): Arrêté fixant pour 2011 les tarifs socio-hôteliers mis à la charge des résidents et des régimes sociaux, lors d'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les lits pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation reconnus d'intérêt public, ainsi que lors d'hébergement dans les homes non médicalisés, 23. Februar, 810.00

Le Grand Conseil du Canton de Vaud (2007): Loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LVPC), 13. November (Stand 1. Januar 2009), 831.21

Le Grand Conseil du Canton de Vaud (2011): Exposé des motifs et projets de lois modifiant la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), la loi sur la santé publique (LSP), la loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) et rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la motion Perrin LPFES: «réactiver le dossier en dissociant ses volets», März, 376

Service des assurances sociales et de l'hébergement - Département de la santé et de l'action sociale (2011): Nouveau régime de financement des soins. Participation des résidents dès janvier 2011, 23. Februar

Service des assurances sociales et de l'hébergement - Département de la santé et de l'action sociale (2010) : Nouveau régime de financement des soins. Information concernant la participation des résidents et de l'Etat au financement des soins en 2011, 3. Dezember