

Finanzierung der Pflege

Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer

SBK

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Spitex Verband Schweiz

Forum stationäre Altersarbeit Schweiz

vertreten durch

CURAVIVA - Verband Heime und Institutionen Schweiz

und

H+ Die Spitäler der Schweiz

Bern/Zürich, den 6. April 2004

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	3
2. Ausgangslage	4
3. Standpunkt der Leistungserbringer.....	5
4. Abgrenzung der Pflegephasen.....	6
5. Grundsätze der Finanzierung	8
6. Finanzielle Konsequenzen.....	9
6.1 Spitex	9
6.2 Pflegeheime.....	12
7. Gesamtbeurteilung.....	13
Anhang I Akutpflege, Übergangspflege, Langzeitpflege: Definitionen	
Anhang II Berechnung Kostendeckung Pflegekosten Spitex	
Anhang III Berechnung Kostendeckung Pflegekosten in Pflegeheimen	

Zusammenfassung

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (Art. 25 Abs. 1 und 2a) übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Curaviva, H+, SBK und der Spitex Verband Schweiz sind grundsätzlich der Auffassung, dass diese im KVG vorgesehene Finanzierung der Pflege umzusetzen ist, d.h. dass die Krankenversicherer die Vollkosten der Pflege in Pflegeheimen, ambulant und zu Hause übernehmen müssen. Wenn aus politischen Überlegungen eine abweichende Regelung mit Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten gewünscht wird, ist eine solche einzig für die **Langzeitpflege** denkbar und auch dort nur für jene Phase, in welcher andere Sozialversicherungen (IV, Hilflosenentschädigung der AHV, verbesserte Ergänzungsleistungen) mithelfen, soziale Härten abzufedern. Zudem darf die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten ein tragbares Mass nicht übersteigen – aus der Sicht der Leistungserbringer liegt das absolute Maximum bei 20%. Die Frage, in welchem Ausmass die öffentliche Hand in die Finanzierung der Langzeitpflege einzubeziehen ist, um damit die Krankenversicherer zu entlasten, muss politisch entschieden werden.

Um falsche Anreize zu vermeiden, müssen für die **Akutupflege** und die **Übergangspflege** die Vollkosten der Pflege durch die Krankenversicherer übernommen werden, unabhängig vom Ort wo die Patientinnen und Patienten gepflegt werden. Das Gleiche gilt auch für die **Langzeitpflege Phase 1**. Die dadurch für die Krankenversicherer entstehenden Mehrkosten halten sich in einem bescheidenen Rahmen. Die Abgrenzungen zwischen den verschiedenen Pflegephasen werden dargestellt und begründet.

Die Erarbeitung einer praktikablen Lösung für die Pflegefinanzierung erscheint aufgrund der vorgestellten Überlegungen möglich. Wichtig ist dabei für die Leistungserbringer vor allem, dass eine klare und unmissverständliche Regelung gefunden wird, welche den gegenwärtigen Unsicherheiten und Unklarheiten in der Pflegefinanzierung ein Ende setzt.

1. Einleitung

Die 2003 aufgenommene politische Diskussion um die Finanzierung der Pflege und insbesondere der Alters- bzw. Langzeitpflege betrifft die Leistungserbringer im Pflegebereich in besonderem Ausmass. Diese haben sich deshalb zusammengeschlossen, um gemeinsame Standpunkte und – im Sinne einer Diskussionsgrundlage – auch gemeinsame Vorschläge zur Pflegefinanzierung zu erarbeiten. Sie wollen damit zu einer sachlichen Diskussion der anstehenden Fragen beitragen sowie ihre konstruktive Mitarbeit und ihre Sachkenntnis für die Erarbeitung von sozial verträglichen Lösungen zur Verfügung stellen.

Das vorliegende Papier stützt sich ab auf:

- Die Diskussionen in der Arbeitsgruppe Pflegefinanzierung des BSV (Februar – April 2003) und den daraus entstandenen Expertenbericht Infrac vom 10. Juli 2003
- Die Definitionen der Pflegephasen von E. Wandeler und J. Blanc (vgl. Anhang I)
- Interne Abklärungen bezüglich Kostenfolgen (Curaviva, H+, Spitex Verband Schweiz). Die vorliegenden Zahlen sind provisorisch. Sie bedürfen der Überprüfung und einer detaillierten Analyse.
- Verschiedene frühere Stellungnahmen der Arbeitsgruppe der Leistungserbringer.

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich bewusst auf die Frage der Finanzierung der Pflege. Sie befassen sich nicht mit der Planung der Langzeitpflege in Bezug auf die in Zukunft notwendigen Kapazitäten für Spitex, Pflegeheime und Spitäler. Ausgeklammert bleiben auch die Frage der "richtigen" Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu den verschiedenen Institutionen der Langzeitpflege sowie die detaillierten Inhalte der Pflege.

Die Ausführungen befassen sich im Bereich der stationären Pflege auch nicht mit der Thematik der Finanzierung des gesamten Heimaufenthaltes (inkl. Hotellerie und Betreuung). Aus der Sicht der stationären Leistungserbringer ist jedoch explizit darauf hinzuweisen, dass sich Änderungen in der Pflegefinanzierung auch auf die anderen Finanzierungsbereiche auswirken. Deshalb ist es unumgänglich, die Finanzierung des gesamten Heimaufenthaltes, unter Einbezug anderer Kostenträger wie AHV, EL, IV etc. umfassend und zeitgleich mit der Revision der Pflegefinanzierung zu regeln und zu harmonisieren.

Ausgeklammert bleiben ebenfalls die hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex, welche heute durch die Patientinnen und Patienten sowie durch Beiträge der öffentlichen Hand finanziert werden. Hier sind aus der Sicht der ambulanten Leistungserbringer ebenfalls definitive Finanzierungsregelungen nötig.

2. Ausgangslage

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (Art. 25 Abs. 1 und 2a) übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlungen einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Diese Leistungen umfassen unter anderem die Pflegemassnahmen, die – auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin – ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden. Die von den Krankenversicherern für die Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim zu übernehmenden Leistungen sind in Art. 7 der Krankenpflege – Leistungsverordnung (KLV) unter dem Titel "Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim" näher umschrieben. Die Übernahme der Pflegekosten auch für Langzeitpatientinnen und –patienten war 1994 in der Volksabstimmung ein wichtiges Argument zugunsten des umstrittenen KVG.

Obschon, wie dargelegt, das Gesetz bei Pflege durch Spitex oder in Pflegeheimen eine Übernahme der Pflegekosten durch die Krankenversicherer vorsieht, wurde diese Zahlungspflicht bereits ab 1998 durch Art. 9a KLV eingeschränkt. Mit der Begründung einer ungenügenden Kostentransparenz wurden sowohl für die Pflegeheime wie für Spitex Rahmentarife eingeführt, welche nicht kostendeckend sind (vgl. auch Expertenbericht Infras).

Mit der Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) per 01.01.2003 sowie der Kostenrechnung für Pflegeheime des Forums stationäre Altersarbeit Schweiz, Ausgabe September 2001, müssen die Krankenversicherer die Vollkosten der Pflege in Pflegeheimen vergüten, sofern die Kostenberechnungsgrundlagen und Kostenstellenrechnungen diesen Vorgaben entsprechen. Für die Spitexorganisationen wurde im Herbst 2002 ein Finanzmanual publiziert, das auch nach Auffassung von santésuisse die Grundlage für die Tarifverhandlungen auf der Basis der Vollkosten bilden kann. Damit bestehen heute die Grundlagen für die Abgeltung der Vollkosten der Pflege durch die Krankenversicherer. Diese befürchten deshalb massiv höhere Kosten und Prämien und verlangen eine Weiterführung der bisherigen Teilfinanzierung der Pflege durch die Versicherer. Sie begründen dies einerseits mit den zur Zeit höheren Mehrkosten der Pflege als diejenige, welche im Zusammenhang mit der KVG-Abstimmung publiziert wurden und mit der Behauptung, "dass Alter keine Krankheit sei".

3. Standpunkt der Leistungserbringer

Curaviva, H+, SBK und der Spitex Verband Schweiz sind grundsätzlich der Auffassung, dass die im KVG vorgesehene Finanzierung der Pflege umzusetzen ist. Die ausgewiesenen Kosten der Pflege in Pflegeheimen wie auch bei der ambulanten Pflege und bei der Pflege zu Hause sind deshalb durch die Krankenversicherer zu übernehmen und zwar sowohl bei körperlichen wie auch bei psychischen Erkrankungen.

Die von den Krankenversicherern seit der Einführung des neuen KVG geltend gemachte Steigerung der Pflegekosten in den Pflegeheimen und bei Spitex ist im Rahmen der allgemeinen Kostensteigerung im Gesundheitswesen stark zu relativieren. Gemäss Statistik von santésuisse (Datenpool 04.07.2003) betrug die Zunahme der Kassenleistungen zwischen 1999 und 2002 insgesamt 2'686 Mio. Franken. Davon entfielen auf die Pflegeheime 318 Mio. Franken (12%) und auf die Spitex 70 Mio. Franken (3%). Der Anteil von Spitex an den gesamten Leistungen der Krankenversicherer ist in diesem Zeitraum lediglich von 1.5 auf 1.6% gestiegen, derjenige der Pflegeheime von 7.7 auf 8.4%. Die vermehrte Zuweisung von Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten an Pflegeheime und Spitex hat mit Sicherheit auch die Spitäler und somit die Kostenträger Kantone und Krankenversicherer finanziell entlastet. Da die Kosten eines Spitalaufenthaltes im Vergleich zu Spitex oder zum Pflegeheim wesentlich höher liegen, trägt die Pflege dieser Patientinnen und Patienten durch Spitex und Pflegeheime massgebend zur Senkung der Gesundheitskosten bei.

Was den Zusammenhang von Alter und Krankheit betrifft, so ist es richtig, dass Alter keine Krankheit ist. Alter allein führt aber auch praktisch nie zu Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit im Alter ist immer die Folge einer Grunderkrankung, wobei die entsprechenden Krankheiten im Alter oft gehäuft auftreten wie z.B. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen oder hirn-organische Erkrankungen. Den Ausführungen in diesem Papier wird denn auch eine krankheitsbezogene Definition der Pflegebedürftigkeit zugrunde gelegt (vgl. auch Anhang I):

Definition Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig ist, wer über eine unbestimmte Zeitspanne regelmässigen Pflegebedarf hat. Regelmässiger Pflegebedarf ist definiert als mehrfach wöchentlicher Bedarf¹ an Unterstützung bei der Ausführung von körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen, unabhängig davon ob eine psychische oder somatische Erkrankung vorliegt. Hierbei handelt es sich um Tätigkeiten in den Bereichen Hygiene, Mobilität/Motorik und Ernährung bzw. Aufsichtsbedarf.

Bei dieser Definition gilt es zu beachten, dass sich der mehrfach wöchentliche Pflegebedarf aus der Sicht des Patienten ableitet und nicht aus der Sicht der Kostenträger, da gerade im Spitexbereich der mehrfach wöchentliche Pflegebedarf auch von pflegenden Angehörigen erbracht wird. Dank dieser unbezahlten Pflege reduziert sich der Pflegebedarf der von den Kostenträgern übernommen werden muss.

Wenn aus politischen Überlegungen eine vom Grundsatz der Pflegefinanzierung durch die Krankenversicherer abweichende Regelung gewünscht wird, ist eine solche einzig für die Langzeitpflege denkbar. Nur damit kann vermieden werden, dass es zu einer Diskriminierung von Spitex – bzw. Pflegeheimpatientinnen und –patienten gegenüber denjenigen in Akutspitälern und Rehabilitationskliniken kommt. Eine allfällige Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Kosten der Langzeitpflege muss sozialverträglich ausgestaltet und mit den anderen Sozialversicherungen koordiniert werden. Eine Beteiligung der Patien-

¹ Im Spitexbereich wird der mehrfach wöchentliche Pflegebedarf auch von pflegenden Angehörigen erbracht, dadurch reduziert sich der wöchentliche Pflegebedarf an professioneller bezahlter Pflege.

tinnen und Patienten an den Kosten der Langzeitpflege im Umfang von rund 50%, wie dies der Expertenbericht Infrac mit dem "Status-Quo-Modell" vorschlägt, lehnen die Leistungserbringer ab. **Aus ihrer Sicht darf die Beteiligung der Pflegepatienten und –patientinnen 20% der Vollkosten der Pflege keinesfalls übersteigen.** Den Kantonen soll es dabei unbenommen bleiben, die Patientenbeiträge mit öffentlichen Mitteln zu reduzieren oder diese ganz zu übernehmen. Die genannte Beschränkung drängt sich schon deshalb auf, weil die Patientinnen und Patienten neben den Lebenshaltungs- bzw. Hotelleriekosten auch die Betreuungskosten (Pflegeheime) bzw. die hauswirtschaftliche Hilfe (Spitex) selber bezahlen müssen. Eine allfällige Finanzierungslücke ist aus staatlichen Mitteln zu decken.

Damit ergeben sich für eine **Neuregelung der Pflegefinanzierung**, welche von den ursprünglichen Intentionen des KVG abweicht, aus der Sicht der Leistungserbringer folgende **Rahmenbedingungen**:

1. Die Finanzierung der Pflege basiert auf einem **Vollkostenmodell**.
2. Der Anteil der Krankenversicherer an den Vollkosten der **Langzeitpflege** ist prozentual zu fixieren und zwar oberhalb des heutigen Kostendeckungsgrades von ca. 50%. Die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten beträgt höchstens 20% und darf nur erhoben werden, wenn bei Bedarf die Möglichkeit des Bezugs von Ergänzungsleistungen besteht. Eine Finanzierungslücke ist aus Mitteln der öffentlichen Hand zu decken.
3. **Alle übrigen Arten der Pflege** (Akutpflege, insbesondere auch nach einer Spitalentlassung, rehabilitative Pflege, Übergangspflege, Langzeitpflege für Personen, welche kein Anrecht auf Ergänzungsleistungen haben, psychiatrische Pflege etc.) müssen uneingeschränkt durch die Krankenversicherer im Rahmen der Grundversicherung finanziert werden.
4. Die übrigen **Sozialversicherungen** und insbesondere die **Ergänzungsleistungen** müssen so angepasst werden, dass der Beitrag an die Langzeitpflege für wirtschaftlich schwächere Pflegebedürftige keine unzumutbare Belastung darstellt. **Der Vorschlag bezüglich Änderung der Ergänzungsleistungen im Expertenbericht Infrac wird durch die Leistungserbringer unterstützt.**
5. Eine Neuregelung der Finanzierung der Langzeitpflege im unter Punkt 2 erwähnten Sinn ist nur in Kombination mit einer sozialen Abfederung im Sinne von Punkt 4 akzeptabel (**Paketlösung**).

4. Abgrenzung der Pflegephasen

Die grundsätzlichen Überlegungen zur Definition von verschiedenen Pflegephasen sind in **Anhang I** (Definitionen der Akut-, Übergangs- und Langzeitpflege) dargelegt. Die wichtigsten Definitionen lauten wie folgt:

Definition Akutpflege

Die Akutpflege ist die Pflege während der Akutphase². Die Akutphase ist die zeitlich begrenzte Phase (30 – 60 Tage) während einer akuten Krankheit oder nach einem Unfall verbunden mit einer medizinischen Indikation, die eine ärztliche Diagnose sowie eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erfordert. Akutphasen treten auch im Verlauf einer chronischen Erkrankung auf.

² siehe Anhang I Definitionen der Pflege und dessen Anhang 4 Parameter und Merkmale unterschiedlicher Krankheitsphasen.

Definition Übergangspflege im Pflegeheim

Die Übergangspflege **im Pflegeheim** richtet sich an Patientinnen und Patienten, die nach der Akutphase keine Akutversorgung mehr benötigen, jedoch medizinisch verantwortlich **noch** nicht nach Hause entlassen werden können und einen zeitlich begrenzten Bedarf an pflegerisch-therapeutischen Massnahmen zur Wiedererlangung ihres Selbständigkeitsgrades haben. Ziel der Übergangspflege ist, die Selbstversorgung und damit die Autonomie der Patientinnen und Patienten so zu fördern, dass eine Spitaleinweisung und Langzeitpflegebedürftigkeit verhindert oder zeitlich hinausgeschoben werden kann.

Definition Übergangspflege im Spitexbereich

Die Übergangspflege **im Spitexbereich** richtet sich an Patientinnen und Patienten, die ohne Übergangspflege zu Hause, medizinisch indiziert in ein Spital oder Pflegeheim eingewiesen werden müssten. Sie haben einen zeitlich begrenzten Bedarf an pflegerisch-therapeutischen Massnahmen zur Wiedererlangung ihres Selbständigkeitsgrades. Ziel der Übergangspflege ist, die Selbstversorgung und damit die Autonomie der Patientinnen und Patienten so zu fördern, dass eine Spitaleinweisung und Langzeitpflegebedürftigkeit verhindert oder zeitlich hinausgeschoben werden kann.

Definition Langzeitpflege Phase 1

Bei der Langzeitbehandlung Phase 1 geht es um Patientinnen und Patienten deren Pflegebedürftigkeit länger als 90 Tage dauert, das Rehabilitationspotential ausgeschöpft ist, die Selbstpflegefähigkeit jedoch noch gefördert werden kann und **keine anderen Sozialversicherungen ebenfalls Leistungen bezahlen**.

Definition Langzeitpflege Phase 2

Bei der Langzeitbehandlung Phase 2 geht es um Patientinnen und Patienten deren Pflegebedürftigkeit länger als 365 Tage dauert, das Rehabilitationspotential ausgeschöpft ist **und andere Sozialversicherungen ebenfalls Leistungen bezahlen**. (IV, EL, HE)

Die zeitliche Dauer der Langzeitpflege Phase 1 hängt wesentlich von den Karenzfristen in anderen Sozialversicherungen ab und ist damit grundsätzlich veränderbar. Wenn z.B. die Hilflosenentschädigung (HE) bereits nach 6 Monaten ausbezahlt wird, kann die Phase 1 für AHV-Bezüger und –Bezügerinnen entsprechend verkürzt werden. **Für Chronischkranke, welche weder aus der IV noch aus der AHV Leistungen beziehen (können), müssen die Pflegekosten immer durch die Krankenversicherer übernommen werden.**

Das Ergebnis der Abgrenzungen zwischen den einzelnen Pflegephasen ist in **Tabelle 1 auf Seite 8** zusammengefasst.

Abgrenzungen, die sowohl auf qualitativen wie auf zeitlichen Abgrenzungsmustern beruhen, sind aufgrund dieser Überlegungen möglich. Wichtig ist, dass **Wechsel der Pflegephasen** akzeptiert werden. Diese können sich auf folgenden Grundsatz abstützen:

Wenn Patientinnen und Patienten der Langzeitphase 2 in eine instabile Situation kommen, gelten sie in unserem Modell, **unabhängig von ihrem Aufenthaltsort**, als akut. Die Krankenversicherer und gegebenenfalls der Staat übernehmen die Pflegekosten bis sich die Situation wieder stabilisiert hat. Die zwischenzeitliche Akutphase dauert längstens 60 Tage. Danach sind die Patientinnen und Patienten wieder in der Langzeitphase 2.

Tabelle 1: Definitionen der Pflegephasen

Kriterien	Akut-Pflege	Übergangspflege	Langzeitpflege 1. Phase	Langzeitpflege 2. Phase
Zeitraumen	30 bis 60 Tage	30 - 60 Tage je nach Akutdauer (damit wir auf gesamt 90 Tage kommen)	ab 90. Tag	ab 365. Tag
Dauer	zeitlich begrenzt	vorübergehend	vorübergehend oder dauernd	dauernd
Pflegerische Intervention	Kurativ, rehabilitativ & befähigend	rehabilitativ und befähigend	befähigend, erhaltend und / oder palliativ	erhaltend und/ oder palliativ
Medizinische Gesamtsituation	Instabil	instabil → stabil	stabil	stabil
Ort	Spital, Spitex, Pflegeheim	Spital, Spitex, Pflegeheim	Spitex, Pflegeheim	Spitex, Pflegeheim
Leistungen aus anderen Sozialversicherungen	nein	nein	nein	IV, AHV (Hilflosenentschädigung), EL

5. Grundsätze der Finanzierung

Die Finanzierung der Pflege stützt sich auf eine Ermittlung der **Vollkosten** ab. Diese basiert auf der VKL für die Pflegeheime und auf dem Finanzmanual des Spitex Verbandes Schweiz für die ambulante Pflege und für die Pflege zu Hause. Für die Finanzierung der verschiedenen Pflegephasen dient die nachstehende Zusammenstellung als Diskussionsgrundlage:

Tabelle 2 : Pflegephasen und Kostenträger

Phase	Ort der Pflege	Kostenträger
Akutpflege	Akutspital	Krankenversicherer, öffentliche Hand (Kantone), <i>wie bisher</i>
	Pflegeheim; ambulant; zu Hause	<i>Neu:</i> Krankenversicherer 100% ev. öffentliche Hand
Übergangspflege	Rehabilitationsklinik; Spital	Krankenversicherer, öffentliche Hand (Kantone), <i>wie bisher</i>
	Pflegeheim; zu Hause	<i>Neu:</i> Krankenversicherer 100% ev. öffentliche Hand
Langzeitpflege; Phase 1	Pflegeheim; zu Hause	<i>Neu:</i> Krankenversicherer 100% ev. öffentliche Hand
Langzeitpflege; Phase 2	Pflegeheim; zu Hause	<i>Neu:</i> Krankenversicherer; öffentliche Hand; IV; AHV (HE); PatientInnen (ev. unterstützt durch EL)

In wie weit sich die öffentliche Hand an der Akutpflege, an der Übergangspflege und an der Langzeitpflege Phase 1 beteiligen soll, muss politisch entschieden werden. Die gegenwärtigen Regelungen im KVG führen dazu, dass Pflege im Akutspital und in Rehabilitationskliniken (soweit sie den Spitälern gleichgestellt sind) durch die öffentliche Hand zu mindestens 50% mitfinanziert wird. Die Pflege ausserhalb von Spitälern muss jedoch grundsätzlich durch die Krankenversicherer alleine finanziert werden. Damit ergibt sich im Pflegebereich die gleiche Diskrepanz wie bei der unterschiedlichen Finanzierung von stationären und ambulanten medizinischen Behandlungen. Diese Problematik kann jedoch nicht im Rahmen der Pflegefinanzierung gelöst werden sondern muss gesamthaft angegangen werden, sei es durch ein monistisches Finanzierungsmodell oder durch eine generelle Beteiligung der öffentlichen Hand an den Krankheitskosten.

In der Langzeitphase 2 darf aus sozialen Überlegungen die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Vollkosten der Pflege nach Auffassung der Leistungserbringer 20% nicht übersteigen. Wird der Anteil der Krankenversicherer auf weniger als 80% der Vollkosten festgelegt, muss die Finanzierungslücke durch die öffentliche Hand abgedeckt werden.

Werden die Patientinnen und Patienten an der Finanzierung der Langzeitpflege Phase 2 beteiligt, muss zudem für wirtschaftlich Schwächere eine sozialverträgliche Lösung gefunden werden. Dies gilt sowohl für Personen im AHV-Alter wie auch für behinderte Pflegebedürftige im IV-Alter. Es muss unbedingt vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten in der Langzeitpflege aufgrund von Beiträgen an die Pflege von der Sozialhilfe abhängig werden. Wesentliche Punkte in diesem Zusammenhang sind:

- Koordination der geltenden **Fristen** in den verschiedenen Sozialversicherungen
- **Überprüfung** der Voraussetzungen für eine **Hilflosenentschädigung** und Ergänzung durch Kriterien für demente Patientinnen und Patienten (kognitive Unterstützung, Notwendigkeit einer Aufsicht)
- Anpassung der Voraussetzungen für **Ergänzungsleistungen** an die neue Situation im Sinne der Vorschläge des Seniorenrates und des Expertenberichtes Infras.

6. Finanzielle Konsequenzen

6.1. Spitex

Gemäss Umfragen des Spitex Verbandes Schweiz in den Kantonen BS, JU, NE, NW, SZ, in der Stadt Zürich und in der Region Sopraceneri (TI), die bereits über geeignete Kostenrechnungen oder ähnliche Instrumente verfügen, liegt der durchschnittliche **Kostendeckungsgrad der Spitexpflege** bezogen auf die Leistungen der Krankenversicherer gegenwärtig **zwischen 50 und 52 %** (vgl. Anhang II). Dieser Kostendeckungsgrad liegt tiefer als der im Expertenbericht Infras errechnete von 70 – 80 Prozent. Allerdings basiert die Berechnung von Infras auf Kostenberechnungen eines einzigen Kantons (NE) aus der Zeit vor 1999, die dann mit dem schweizerischen Durchschnitt für die Einnahmen aus der Pflege im Jahre 2001 verglichen werden.

Eine uneingeschränkte Übernahme der Vollkosten der Spitex-Pflege würde die Ausgaben der Krankenversicherer für die gemeinnützige Spitex von 263 Mio. im Jahr 2002 etwa verdoppeln. Aber auch dadurch würde der Anteil der Ausgaben für Spitex an den Gesamtausgaben der Krankenversicherer die 3%-Marke nur knapp überschreiten.

Die Kostenfolgen bei einer Vollkostenübernahme für die Bereiche Akutpflege, Übergangspflege und Langzeitpflege Phase 1 und einer Kostenbeteiligung in der Langzeitpflege Phase 2 können aufgrund verschiedener Unsicherheiten nicht exakt beziffert werden. Es lassen sich jedoch verschiedene Szenarien und ihre Kostenfolgen für die Versicherer rechnen, die in Tabelle 3 (vgl. Seite 11) dargestellt sind. Der obere Teil der Tabelle zeigt die Kosten für die

Versicherer bei verschiedenen Kostendeckungsgraden für die Langzeitpflege Phase 2 (50 – 70%) und bei verschiedenen Anteilen der sogenannt "übrigen Pflege" (Akutpflege, Übergangspflege, Langzeitpflege Phase 1; alle mit Vollkosten zu Lasten der Versicherer). Der untere Teil der Tabelle zeigt die Gesamtkosten zu Lasten der Versicherer und die Erhöhung gegenüber heute. Geht man z.B. von der Annahme aus, dass 70% der Spitex-Pflegeleistungen als Langzeitpflege Phase 2 mit einer Kostendeckung von 60% zu vergüten sind und 30% "übrige Pflege" voll abgegolten wird, ergeben sich für die Krankenversicherer Mehrkosten von 44% oder 116 Mio. Franken. Dies entspricht einem Mehraufwand bezüglich der Gesamtausgaben der Krankenversicherer von 0.7% bei gleich bleibender Tätigkeit. Dieser Mehraufwand ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass eine zu hohe finanzielle Belastung der Spitex-PatientInnen und –Patienten zu einer Verlagerung der Pflege in den teureren stationären Bereich führt.

Tabelle 3: Soins à domicile - Augmentation des coûts des assureurs-maladie à activité équivalente / Spitexpflege - Erhöhung der Krankenversichererkosten bei gleichbleibender Tätigkeit (Base / Basis 2002) *

En millions de francs / in Millionen Franken		% autres soins / % übrige Pflege				
		20%	30%	40%		
Autres soins / Übrige Pflege	Coûts / Kosten	105	158	211		
Soins de longue durée phase 2 / Langzeitpflege Phase 2	Coûts pour les assureurs / Kosten für die Versicherer					
	Couverture des coûts / Kosten- deckung	50%	211	184	158	
		60%	253	221	190	
		70%	295	258	221	
Total des coûts / Totalkosten	Coûts pour les assureurs / Kosten für die Versicherer	Couverture des coûts / Kostendeckung	50%	316	343	369
			Augmentation / Erhöhung	20%	30%	40%
			60%	358	379	401
			Augmentation / Erhöhung	36%	44%	52%
		70%	401	416	432	
		Augmentation / Erhöhung	52%	58%	64%	

*Dépenses Spitex de santésuisse en Fr. / Spitexausgaben von
Santésuisse in Fr. (Datenpool 4.07.03)

263'492'604

*Couverture actuelle des coûts des prestations de soins par l'assurance-
maladie / Jetziger Kostendeckungsgrad der Pflegeleistungen durch die
Krankenversicherung

50%

Autres soins = soins aigus, soins de réadaptation, soins de longue durée période 1
Übrige Pflege = Akutpflege, Übergangspflege, Langzeitpflege Phase 1

6.2 Pflegeheime

Bei der Berechnung der Pflegekosten in Pflegeheimen kann davon ausgegangen werden, dass sich die meisten Patientinnen und Patienten bereits bei ihrem Eintritt ins Pflegeheim in der Langzeitpflege Phase 2 befinden. Wie stark hier die „übrige Pflege“, die in Heimen vor allem die Übergangspflege beinhaltet (mit voller Deckung der Pflegekosten durch die Krankenversicherer) ins Gewicht fällt, lässt sich nicht mit Sicherheit voraussagen. Es lassen sich jedoch auch hier verschiedene Szenarien rechnen, die in Tabelle 4 dargestellt sind.

Tabelle 4: Pflegeheime – Änderung der Krankenversichererkosten bei gleich bleibender Tätigkeit

Geschätzte Kosten in Mio CHF				
	Kosten- deckungsgrad	Anteil der übrigen Pflege (Über- gangspflege) in % der Langzeitpfle- gebetten		
		1%	3%	5%
Kosten übrige Pflege (Übergangs- pflege)	100%	66	198	329
Kosten Langzeitpflege				
Kosten für die Versicherer	50%	1'294	1'228	1'162
	60%	1553	1'474	1'395
	70%	1'812	1'720	1'628
	100%	2'589	2'457	2'325
Totalkosten (Übergangspflege und Langzeitpflege)				
Kosten für die Versicherer	50%	1'360	1'426	1'492
	Erhöhung	-6%	-1%	3%
	60%	1'619	1'671	1'724
	Erhöhung	12%	16%	19%
70%	1'878	1'917	1'957	
Erhöhung	30%	35%	35%	
100%	2'654	2'654	2'654	
Erhöhung	84%	84%	84%	

Pflegeheimkosten Datenpool 4.7.03
 Durchschnittlicher Kostendeckungsgrad aktuell (vgl. Anhang III)
 Basis Pfl egetage (inkl. Übergangspfl egetage):

1'445 Mio.
 54%
 26'345'684

Diese Tabelle zeigt die Kosten für die „übrige Pflege“ (Übergangspflege inkl. Pflege in akuten Phasen mit Vollkostendeckung) und die Kosten für die Langzeitpflege bei verschiedenen Kostendeckungsgraden der Versicherer. Bei einer Kostendeckung in der Langzeitpflege von 60% und einem Anteil von 5% Übergangspflege würden sich die Kosten gegenüber heute um 280 Mio. Franken oder 19% erhöhen. Der Anteil der Pflegeheime an den Gesamtausgaben der Versicherer würde sich dadurch jedoch nur um 1.6 Prozentpunkte von 8.4 auf knapp 10% erhöhen. Wenn der Anteil der Übergangspflege tiefer als 5% liegt, was wahrscheinlich ist, wäre die Kostensteigerung noch geringer.

7. Gesamtbeurteilung

Die einfachste und patientenfreundlichste Regelung der Pflegefinanzierung ist ohne Zweifel die Abgeltung der Vollkosten der Pflege in Heimen, ambulant und zu Hause durch die Krankenversicherer. Wenn aus politischen Gründen für die Langzeitpflege von Betagten und Behinderten eine andere Finanzierung gewünscht wird, lassen sich jedoch geeignete Abgrenzungskriterien definieren. Eine Überwälzung von Kostenbeteiligungen auf die Patientinnen und Patienten, welche die heutigen Selbstbehalte und Franchisen im Rahmen der Grundversicherung übersteigen, dürfen jedoch nur vorgesehen werden, wenn andere Sozialversicherungen sowie verbesserte Ergänzungsleistungen für die Abfederung sozialer Härten eingesetzt werden können. Zudem muss sich die zusätzliche Belastung der Langzeitpatientinnen und –patienten in engen Grenzen halten. Aus der Sicht der Leistungserbringer sind hier 20% die oberste Grenze. Zudem müssen Kantone, welche schon heute über eine patientenfreundliche Finanzierung verfügen, diese beibehalten können.

Inwieweit die Kosten der Langzeitpflege – nach Abzug der Kostenbeteiligung der Gepflegten – durch die Krankenversicherer zu tragen sind und welche Finanzierungslücke durch die öffentliche Hand zu tragen ist, kann nur politisch entschieden werden. Dies gilt auch für die Finanzierung in der Phase 1 der Langzeitpflege, während der die übrigen Sozialversicherungen nach geltendem Recht nicht zum Tragen kommen.

Um falsche Anreize zu vermeiden, müssen für die Akutpflege und die Übergangspflege die Vollkosten der Pflege durch die Krankenversicherer übernommen werden, unabhängig vom Ort wo die Patientinnen und Patienten gepflegt werden. Das gleiche gilt auch für die Langzeitpflege Phase 1. Die dadurch für die Krankenversicherer entstehenden Mehrkosten halten sich, wie dargelegt, in einem bescheidenen Rahmen.

Die Erarbeitung einer praktikablen Lösung für die Pflegefinanzierung erscheint aufgrund der vorgestellten Überlegungen möglich. Wichtig ist dabei für die Leistungserbringer vor allem, dass eine klare und unmissverständliche Regelung gefunden wird, welche den gegenwärtigen Unsicherheiten und Unklarheiten in der Pflegefinanzierung ein Ende setzt.

Akutpflege Übergangspflege Langzeitpflege

Definitionen

Elsbeth Wandeler
Leiterin der Abteilung Berufspolitik
SBK –ASI

Jasmin Blanc, MHA
PI-Systems AG
Beratungen im Gesundheitswesen

Im Auftrag

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Spitex Verband Schweiz

Forum stationäre Altersarbeit Schweiz
vertreten durch
CURAVIVA Verband Heime und Institutionen Schweiz
und
H+ Die Spitäler der Schweiz

Bern / Zollikon, Februar 2004

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	16
1. Einleitung	16
2. Ausgangslage	16
3. Definition von Krankheit und professioneller Pflege	17
4. Akutpflege und Langzeitpflege	18
5. Definition der Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit	18
6. Definition von Übergangspflege	20
7. Abgrenzung Akut-, Übergangs- und Langzeitpatient	21
8. Ausblick	22
Literaturverzeichnis	23
Tabellenverzeichnis	24
Abkürzungsverzeichnis	24
Anhangverzeichnis	24

Zusammenfassung

Mit der Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)³ per 01.01.2003, der Kostenrechnung für Pflegeheime des Forum stationäre Altersarbeit Schweiz, Ausgabe September 2001 sowie aufgrund der 2002 publizierte Kostenrechnung des Spitex Verbandes Schweiz müssen die Krankenversicherer die Vollkosten der Pflege ambulant und in Pflegeheimen vergüten, sofern die Kostenberechnungsgrundlagen und Kostenstellenrechnungen diesen Vorgaben entsprechen. Die Krankenversicherer machen in diesem Zusammenhang einen Kostenschub bei den Prämien geltend und lehnen die Vollkostenvergutung ab.

Für die Neugestaltung der Finanzierung der Pflege braucht es klare, auf Konsens basierende Definitionen von Akut- und Langzeitpflege sowie der Übergangspflege. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Definitionen als anerkannte Grundlagen für die Diskussion zur Finanzierung der Pflege zur Verfügung zu stellen. Im Kapitel 3 formulieren wir allgemeine und im Kapitel 4, 5 und 6 die spezifischen Definitionen. Im Kapitel 7 widmen wir uns den Abgrenzungen zwischen Akut- und Langzeitpflege sowie der Übergangspflege.

Die Ausfuhungen sollen deutlich machen, dass die Abgrenzung zwischen Grund- und Behandlungspflege als Basis für die Finanzierung der Situation pflegebedürftiger Menschen nicht gerecht wird. Das neue Finanzierungssystem der Pflege muss vielmehr jegliche Diskriminierung pflegebedürftiger Menschen verhindern und die Anreize so setzen, dass Pflege dort stattfindet, wo sie den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten gerecht werden kann und eine optimierte Nutzung der Ressourcen ermöglicht.

1. Einleitung

Die vier Verbände Forum stationäre Altersarbeit Schweiz vertreten durch Curaviva und H+, sowie SBK und der Spitex Verband Schweiz haben beschlossen, gemeinsam Definitionen auszuarbeiten. Es geht primär um die Abgrenzung zwischen Akut-, Langzeit- und Übergangspflege. Ziel ist, diese Definitionen als anerkannte Grundlagen für die Diskussionen zur Finanzierung der Pflege zu verwenden.

2. Ausgangslage

Im Krankenversicherungsgesetz ist vorgesehen, dass die Pflege vom Krankenversicherer übernommen wird. In der Verordnung über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) ist im Art. 7 Umschreibung des Leistungsbereichs folgendes festgehalten:

„Die Versicherung übernimmt die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen), die aufgrund der Bedarfsabklärung (Art. 7 Abs. 2 und 8a) auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden.“

Art. 9a Kostentransparenz und Tariflimiten besagt: *„Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstaben a und b nicht über mit verschiedenen Versicherern gemein-*

³ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

sam erarbeitete Kostenberechnungsgrundlagen verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Stunde nicht überschritten werden.“ Weiter heisst es in Absatz 2: „ Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art.49 Abs. 6 und 50 KVG) verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Tag nicht überschritten werden.“⁴

Mit der Inkraftsetzung der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)⁵ per 01.01.2003, der Kostenrechnung für Pflegeheime des Forum stationäre Altersarbeit Schweiz, Ausgabe September 2001 sowie aufgrund der 2002 publizierte Kostenrechnung des Spitex Verbandes Schweiz müssen die Krankenversicherer die Vollkosten der Pflege ambulant und in Pflegeheimen vergüten, sofern die Kostenberechnungsgrundlagen und Kostenstellenrechnungen diesen Vorgaben entsprechen. Die Krankenversicherer machen in diesem Zusammenhang einen Kostenschub bei den Prämien geltend und lehnen die Vollkostenvergütung ab.

Im Bericht des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV) „Finanzierung der Pflege“ sind im Kapitel 3 „heutige und zukünftige Finanzierung der Pflege“ die verschiedenen Kostenträger und Finanzierungsmodelle aufgezeigt.⁶ Wir bauen in unserer Arbeit auf diesen Grundlagen und den bestehenden Definitionen auf. Im Kapitel 3 formulieren wir allgemeine und im Kapitel 4, 5 und 6 die spezifischen Definitionen. Im Kapitel 7 widmen wir uns den Abgrenzungen zwischen Akut- und Langzeitpflege sowie der Übergangspflege. Ein Ausblick rundet diese Arbeit ab.

3. Definition von Krankheit und professioneller Pflege

Im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), im Kapitel 2 Definitionen allgemeiner Begriffe, Art. 3 Absatz 1 ist Krankheit folgendermassen definiert:

Definition Krankheit Art. 3 ATSG

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Eine gesetzlich verankerte Definition von Pflege besteht nicht. In Art. 7 Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV wird lediglich der Leistungsbereich der Pflege zu Hause ambulant und in Pflegeheimen umschrieben Für die professionelle Pflege werden verschiedene Definitionen benutzt, die inhaltlich ähnlich sind, in der Ausführlichkeit und in den Schwerpunkten aber differieren. Wir empfehlen hier die kurze, prägnante, schweizerische Definition zu benutzen, die am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel und am Kantonsspital Basel entwickelt worden ist. Die Definition ist im Rahmen des Projekts „Zukunft Medizin Schweiz“ der SAMW (Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften) entstanden. **Im Anhang 1 „Definitionen der Pflege“** sind weitere ausführliche Definitionen der Pflege zu finden.

⁴ Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) .

⁵ VKL, siehe oben .

⁶ Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Iten Rolf, Hammer Stephan, Finanzierung der Pflege, Teilprojekt 3. KVG-Revision, Schlussbericht, Zürich, 10. Juli 2003.

Definition professionelle Pflege

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.“⁷

4. Akutpflege und Langzeitpflege

Die Leistungspflicht des KVG basiert auf dem Begriff Krankheit, verbunden mit einer medizinischen Indikation, die eine Behandlung und Pflege verlangt. Die zeitliche Begrenzung der Akutphase wird in den verschiedenen Tarifverträgen festgelegt und liegt im schweizerischen Durchschnitt zwischen 30 und 60 Tagen. Die zeitlichen Limiten beziehen sich zum heutigen Zeitpunkt auf Institutionen. (Spitäler und psychiatrische Kliniken).

Definition Akutpflege

Die Akutpflege ist die Pflege während der Akutphase⁸. Die Akutphase ist die zeitlich begrenzte Phase (30 – 60 Tage) während einer akuten Krankheit oder nach einem Unfall verbunden mit einer medizinischen Indikation, die eine ärztliche Diagnose sowie eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erfordert. Akutphasen treten auch im Verlauf einer chronischen Erkrankung auf.

Santésuisse definiert die Langzeitphase ausgehend von der Akutphase, die wiederum mit „Krisensituationen bis max. 6 Wochen“ definiert wird.⁹ In Art. 6 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002 wird die Langzeitbehandlung wie folgt definiert:

Definition Langzeitbehandlung Art. 6 VKL

Als Langzeitbehandlung nach Artikel 49 Absatz 3 und 50 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital oder Pflegeheime, ohne dass nach medizinischer Indikation eine Behandlung und Pflege oder eine medizinische Rehabilitation im Spital erforderlich ist.¹⁰

5. Definition der Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit

Im Art. 9 des ATSG ist Hilflosigkeit folgendermassen definiert:

Definition Hilflosigkeit Art. 9 ATSG

Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.¹¹

Im AHV / IV Gesetz wird die Pflegebedürftigkeit und damit der Anspruch auf Hilflosenentschädigung wie folgt umschrieben: *Die Hilflosenentschädigung wird Rentnern und Rentnerinnen ausbezahlt, welche bei der Verrichtung der Aufgaben im alltäglichen Leben dauernd Hilfe von Drittpersonen brauchen.* Die alltäglichen Lebensverrichtungen beinhalten gemäss AHV bei der Hilflosenentschädigung:

⁷ Institut für Pflegewissenschaft, Kantonsspital Basel, Definition von professioneller Pflege, Basel, 2000.

⁸ siehe Anhang 4 Parameter und Merkmale unterschiedlicher Krankheitsphasen

⁹ Finanzierung der Pflege, Teilprojekt 3. KVG Revision, Kapitel Definitionen und Abgrenzungen, S.11.

¹⁰ VKL, siehe oben.

¹¹ Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts.

- An- und Auskleiden
- Aufstehen, Hinsetzen, Hinlegen
- Essen
- Körperpflege
- Verrichten der Notdurft
- Fortbewegung

Mittlere Hilflosigkeit liegt dann vor, wenn Menschen in mindestens zwei Lebensverrichtungen regelmässig und in erheblicher Weise auf Hilfe Dritter angewiesen sind und dauernder Überwachung bedürfen. Die schwere Hilflosigkeit bedeutet, regelmässig und in erheblicher Weise in allen Lebensverrichtungen auf die Hilfe und dauernde Pflege oder persönliche Überwachung Dritter angewiesen zu sein.¹²

In der Umschreibung des AHVG ist die kognitive Unterstützung und Aufsichtspflicht zum Beispiel bei dementen Menschen nicht berücksichtigt. Wir erachten es als notwendig, die alltäglichen Lebensverrichtungen, die zur Berechnung der Hilflosenentschädigung verwendet werden, zu überarbeiten. Im **Anhang 3** sind verschiedene Modelle der Aktivitäten des täglichen Lebens dargestellt.

Nach Latzel et al. (1997) wird Pflegebedürftigkeit nach Art und Grad des individuellen Autonomieverlustes umschrieben welcher dazu führt, dass die betreffende Person nicht mehr alle Aktivitäten des täglichen Lebens¹³ selbständig ausführen kann und der Pflege Dritter bedarf. Von Pflegebedürftigkeit wird jedoch erst dann gesprochen, wenn die Abhängigkeit von der Hilfe Dritter eine Dauer erreicht, die über die Zeitspanne hinausgeht, welche als normale Rekonvaleszenzzeit bei einer akuten Erkrankung angenommen wird. Wie lange diese Dauer sein muss, damit die Pflegebedürftigkeit anerkannt wird, kann jedoch nicht objektiv geklärt werden und wird normativ festgelegt.¹⁴

Wir empfehlen die folgende konkretisierte Definition aus dem Schlussbericht NFP 45 „Soziale Sicherheit“ zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege zu benutzen.¹⁵ Sie folgt der einfachen, aber elementaren Definition von Schneekloth/Potthoff.¹⁶ Wir haben sie mit einem ersten Satz und dem Zusatz „unabhängig ob eine psychische oder somatische Erkrankung vorliegt“ ergänzt.

Definition Pflegebedürftigkeit
 Pflegebedürftig ist, wer über eine unbestimmte Zeitspanne regelmässigen Pflegebedarf hat. „Regelmässiger Pflegebedarf ist definiert als mehrfach wöchentlicher Bedarf¹⁷ an Unterstützung bei der Ausführung von körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen, **unabhängig ob eine psychische oder somatische Erkrankung** vorliegt. Hierbei handelt es sich um Tätigkeiten in den Bereichen Hygiene, Mobilität/Motorik und Ernährung bzw. Aufsichtsbedarf.“

Bei dieser Definition gilt es zu beachten, dass sich der mehrfach wöchentliche Pflegebedarf aus der Sicht des Patienten ableitet und nicht aus der Sicht der Kostenträger, da gerade im

¹² Blanc Jasmin: Finanzierung der geriatrischen rehabilitativen Pflege, Schriftenreihe SGGP Nr. 64, Muri 2001, S. 116.

¹³ Siehe Anhang 2 „Beschreibung der Aktivitäten des täglichen Lebens“

¹⁴ Latzel Günther, Andermatt Christoph, Walther Rudolf, Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band 1, Forschungsbericht Nr. 6/97. Herausgeber: Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern 1997.

¹⁵ Prey Hedwig u.a., Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege, NFP 45 „Probleme des Sozialstaates Schweiz“, St. Gallen 2004.

¹⁶ Schneekloth, U., Potthoff P., Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln 1993.

¹⁷ **Im Spitexbereich wird der mehrfach wöchentliche Pflegebedarf auch von pflegenden Angehörigen erbracht, dadurch reduziert sich der wöchentliche Pflegebedarf an professioneller bezahlter Pflege.**

Spitexbereich der mehrfach wöchentliche Pflegebedarf auch von pflegenden Angehörigen erbacht wird. Dank dieser unbezahlten Pflege reduziert sich der Pflegebedarf der von den Kostenträgern übernommen werden muss.

6. Definition von Übergangspflege

Die Übergangspflege ist, ebenso wie das geriatrische Assessment heute ein wissenschaftlich anerkanntes notwendiges Angebot der geriatrischen Leistungserbringung. Dies wird aktuell auch durch die grosse Nachfrage in diesem Bereich deutlich.

Die Übergangspflege arbeitet an der Schnittstelle von Spital und Spitex oder mit ähnlicher Methode an der Schnittstelle von Pflegeheim und Spitex allerdings mit völlig verschiedenen Patientenpopulationen. Der aktuelle gesundheitliche Zustand der Patientinnen und Patienten ist somit massgebend bei der Frage, in welchem Rahmen sie mit welchen Methoden zu behandeln sind.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen der Pflegemethodik und dem „Objekt der Pflege“, nämlich den Patientinnen und Patienten. Während die Pflegemethodik bei der Übergangspflege im Akutspital - Setting und im Pflegeheim - Setting sehr ähnlich ist, unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten sehr durch ihren medizinischen und therapeutischen Bedarf.

Folgende Kriterien sind bei der **Übergangspflege im Pflegeheim oder im Spitexbereich** von Relevanz:

- Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Die Leistungen eines Akutspitals (diagnostische und therapeutische) sind nicht oder nicht mehr notwendig.
- Pflegerische, medizinische, -therapeutische und/oder psychosoziale Betreuung und Behandlung ist notwendig.
- Der Patient besitzt das Potential, seine Selbständigkeit soweit wieder zu erlangen, dass er in seine gewohnte Umgebung zurückkehren kann.
- Die Übergangspflege ist zeitlich begrenzt.¹⁸

Definition Übergangspflege im Pflegeheim

Die Übergangspflege **im Pflegeheim** richtet sich an Patientinnen und Patienten, die nach der Akutphase keine Akutversorgung mehr benötigen; jedoch medizinisch verantwortlich noch nicht nach Hause entlassen werden können und einen zeitlich begrenzten Bedarf an pflegerisch-therapeutischen Massnahmen zur Wiedererlangung ihres Selbständigkeitsgrades haben. Ziel der Übergangspflege ist es die Selbstversorgung und damit die Autonomie der Patientinnen und Patienten so zu fördern, dass eine Langzeitpflegebedürftigkeit verhindert oder zeitlich hinausgeschoben werden kann.

Definition Übergangspflege im Spitexbereich

Die Übergangspflege **im Spitexbereich** richtet sich an Patientinnen und Patienten, die ohne Übergangspflege zu Hause, medizinisch indiziert in ein Spital oder Pflegeheim eingewiesen werden müssten. Sie haben einen zeitlich begrenzten Bedarf an pflegerisch-therapeutischen Massnahmen zur Wiedererlangung ihres Selbständigkeitsgrades. Ziel der Übergangspflege ist, die Selbstversorgung und damit die Autonomie der Patientinnen und Patienten so zu fördern, dass eine Spitaleinweisung und Langzeitpflegebedürftigkeit verhindert oder zeitlich hinausgeschoben werden kann.

¹⁸ Projekt Überbrückungspflege im Kanton Bern, GEF, Spitalamt, Abteilung Grundlagen

7. Abgrenzung Akut-, Übergangs- und Langzeitpatient

Die Pflege ist ein integrierter Bestandteil der Gesundheitsversorgung aller Patientinnen und Patienten. Die Finanzierung und der Zugang zur Pflege muss sichergestellt werden, unabhängig davon wo die Pflege stattfindet. Grundsätzlich kann nicht vom Ort bzw. der Institution abgeleitet werden, ob es sich um einen Akut-, Übergangs- oder Langzeitpatienten handelt, vielmehr werden Akut-, Übergangs- und Langzeitpatienten im Spital, in Heimen und zu Hause versorgt.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen der Pflegemethodik und dem „Objekt der Pflege“, nämlich den Patientinnen und Patienten. Während die Pflegemethodik im Akutspital, im Spitzbereich und im Pflegeheim sehr ähnlich sein kann, unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten sehr durch ihren medizinischen und therapeutischen Bedarf.

Pflegeleistungen werden sowohl von professionellen Pflegenden wie auch von angeleiteten Hilfen erbracht, mit dem Unterschied, dass im ambulanten Bereich die Laien (Angehörigen) nicht bezahlt werden.

Wir schlagen vor, bei der Langzeitpflege von zwei verschiedenen Phasen auszugehen. Die Langzeitpflege Phase 1 ist dadurch charakterisiert, dass das Rehabilitationspotential zwar ausgeschöpft ist, dass jedoch die Selbstpflegefähigkeit noch gefördert werden kann. Gleichzeitig wird die erhaltende und palliative Pflege wichtiger. Bei Langzeitpatientinnen und -patienten der Phase 2 geht es in erster Linie um erhaltende oder palliative Pflege. Wir haben den Beginn der Phase 2 nach 365 Tagen angesetzt, weil dies einerseits fachlichen Überlegungen entspricht und weil zu diesem Zeitpunkt die IV und die Hilflosenentschädigung einsetzen, was für die Finanzierung eine wesentliche Rolle spielt.

Wenn Patientinnen und Patienten der Langzeitphase 2 in eine instabile Situation kommen, gelten sie in unserem Modell, unabhängig von ihrem Aufenthaltsort, als akut und der Krankenversicherer und der Staat übernehmen die Pflegekosten bis sich die Situation wieder stabilisiert hat. Die zwischenzeitliche Akutphase dauert längstens 60 Tage. Danach sind die Patientinnen und Patienten wieder in der Langzeitphase 2.

Definition Langzeitpflege Phase 1

Bei der Langzeitpflege Phase 1 geht es um Patientinnen und Patienten deren Pflegebedürftigkeit länger als 90 Tage dauert, das Rehabilitationspotential ausgeschöpft ist, die Selbstpflegefähigkeit jedoch noch gefördert werden kann und **keine anderen Sozialversicherungen ebenfalls Leistungen bezahlen.**

Definition Langzeitpflege Phase 2

Bei der Langzeitpflege Phase 2 geht es um Patientinnen und Patienten deren Pflegebedürftigkeit länger als 365 Tage dauert, das Rehabilitationspotential ausgeschöpft ist und **andere Sozialversicherungen ebenfalls Leistungen bezahlen.** (IV, EL, HE)

Tabelle 1: Abgrenzungen

Kriterien	Akut- pflege	Übergangs- pflege	Langzeitpflege 1. Phase	Langzeitpflege 2. Phase
Zeitraumen	30 bis 60 Tage	bis 30 – 60 Tage	ab 90. Tag	ab 365. Tag
Dauer	zeitlich be- grenzt	vorübergehend	vorübergehend oder dauernd	dauernd
Pflegerische Intervention	kurativ, reha- bilitativ und befähigend	rehabilitativ und befä- higend	befähigend, er- haltend und/oder palliativ	erhaltend und / oder palliativ
Medizinische Gesamtsi- tuation	instabil	instabil → stabil	stabil	stabil
Ort	Spital, Spitex, Pflegeheim	Spital, Spitex, Pflege- heim	Spitex, Pflege- heim	Spitex, Pflege- heim

8. Ausblick

Die Abgrenzungsfrage, welche Kostenträger wann zum Tragen kommen und ab wann die Patienten sich an der Finanzierung ihrer Pflege beteiligen müssen, ist letztlich eine politische Frage. Die Ausführungen zeigen, dass bei der Finanzierung der Pflege die Abgrenzung zwischen Grund- und Behandlungspflege der Situation pflegebedürftiger Menschen nicht gerecht wird. Vielmehr muss eine Diskriminierung pflegebedürftiger Menschen auf Grund des Finanzierungssystems in jedem Fall verhindert werden. Entscheidend ist, dass das neue Finanzierungssystem der Pflege die Anreize so setzt, dass Pflege dort stattfindet, wo sie den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten gerecht werden kann und eine bestmögliche Nutzung der Ressourcen ermöglicht.

Die Finanzströme und Kostenträger der Pflege haben einen grossen Einfluss, in welcher Art und wo Pflege stattfindet. Auch die Kosten der Pflege können damit wesentlich beeinflusst werden. Wichtig ist in diesem Kontext die volkswirtschaftliche Gesamtschau im Auge zu behalten und diese neben den Interessen der vielen Kostenträger zu beachten.

Literaturverzeichnis

Blanc Jasmin

Finanzierung der geriatrischen rehabilitativen Pflege, Schriftenreihe SGGP, Nr. 64, Muri 2001, S. 116.

Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

Iten Rolf, Hammer Stephan, Finanzierung der Pflege, Teilprojekt 3. KVG-Revision, Schlussbericht, Zürich, 10. Juli 2003.

Fischer Wolfram

Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege, Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber, Bern, 2002.

Institut für Pflegewissenschaft, Kantonsspital Basel

Definition von professioneller Pflege, Basel, 2000.

Latzel Günther, Andermatt Christoph, Walther Rudolf

Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band 1, Forschungsbericht Nr. 6/97. Herausgeber: Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern 1997.

Prey Hedwig u.a.

Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege, NFP 45 "Probleme des Sozialstaates Schweiz", St. Gallen 2004.

Schneekloth, U., Potthoff P.

Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln 1993.

Gesetzliche Grundlagen

Bundesgesetz

vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts.

Verordnung

vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL).

Verordnung

vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1

Abgrenzungen

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of daily living
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz
EL	Ergänzungsleistung
FV	Funktionelle Verhaltensmuster
H+	Die Spitäler der Schweiz
HE	Hilflosenentschädigung zur AHV/IV
IV	Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KLV	Krankenpflege Leistungsverordnung
LA	Lebensaktivitäten
SAMW	Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung

Anhangverzeichnis

Anhang 1	Definitionen der Pflege
Anhang 2	Beschreibung der Aktivitäten des täglichen Lebens
Anhang 3	Verschiedene Modelle der Aktivitäten des täglichen Lebens
Anhang 4	Parameter und Merkmale unterschiedlicher Krankheitsphasen

Anhang 1

Definitionen der Pflege

Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

“Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens – und Arbeitsumwelt. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern. Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Pflegende gewährleisten, dass der einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen zusammen.“(WHO, 1993, S. 15)

Definition des International Council of Nurses

“Als Teil des Systems der Gesundheitsversorgung umfasst die Pflege die Gesundheitsförderung, die Prävention von Krankheiten sowie die Betreuung von physisch und psychisch kranken und behinderten Menschen jeglichen Alters in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheits- und Gemeinwesens. Innerhalb dieses breiten Spektrums der Gesundheitsversorgung befassen sich die Pflegenden insbesondere mit den Reaktionen des Individuums, der Familie und der Gruppe “auf vorhandene oder potentielle Gesundheitssysteme”. (American Nurses’ Association, 1980. Nursing: A social policy statement. Kansas City) Diese menschlichen Reaktionen reichen von Massnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit im einzelnen Krankheitsereignis bis zur Entwicklung von politischen Strategien zur Förderung der langfristigen Gesundheit der Bevölkerung.

Die spezifische Aufgabe der pflegenden bei der Betreuung von kranken oder gesunden Menschen besteht darin, deren Reaktionen auf den Gesundheitszustand zu beurteilen und sie bei der Ausführung all jener Handlungen zu unterstützen, die auf die Erhaltung der Gesundheit, die Genesung oder die Vorbereitung auf einen friedlichen Tod ausgerichtet sind; die betreute Person würde diese Handlungen selbst vornehmen, wenn sie über die Kraft, den Willen oder die notwendigen Kenntnisse verfügen würde. Diese Unterstützung erfolgt mit dem Ziel, dass die betreffende Person so rasch als möglich wieder teilweise oder vollständig selbständig wird. (Henderson, V., 1997. Grundregeln der Krankenpflege. Genf: Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger). Innerhalb des gesamten Bereichs der Gesundheitsversorgung nehmen die Pflegenden gemeinsam mit anderen Fachleuten des Gesundheitswesens und des öffentlichen Dienstes die Aufgaben der Planung, Durchführung und Auswertung wahr; damit soll im Hinblick auf die Gesundheitsförderung, die Prävention von Krankheiten, die Pflege von kranken und behinderten Menschen ein leistungsfähiges Gesundheitssystem sichergestellt werden.” (ICN, 1987, S. 36, freie Übersetzung durch das SRK)

Anhang 2

Beschreibung der Aktivitäten des täglichen Lebens

ADL = Activities of daily living (auch: ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens). Das ADL-Konzept entspricht einer Operationalisierung der funktionellen Gesundheit.

Die ADL's werden unterteilt in 3 hierarchische Ebenen:

Als "Basic activities of daily living (BADL)" werden jene basalen Aktivitäten des täglichen Lebens bezeichnet, die die Selbstständigkeit einer Person, resp. deren Pflegebedarf determinieren: Aktivitäten wie Essen, Baden/sich waschen, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Bewegung/Treppen steigen.

Die "instrumental activities of daily living (IADL)" bezeichnen die die Unabhängigkeit resp. den Hilfsbedarf determinierenden Aktivitäten des täglichen Lebens wie Einkaufen, Telefonieren, Haushalten, Kochen, Wäsche waschen, Transportmittel benutzen.

Die "advanced activities of daily living (AADL)" schliesslich beschreiben Kompetenzen und Defizite in Bezug auf Selbstgestaltung und soziale Kompetenz.

In der Literatur wird öfters ADL mit BADL synonym verwendet (Gr).

Katz S., Ford AB, Moskowitz RW. et al. Studies of illness in the age. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psycho-social functioning. J Amer med Ass 1973; 185: 914-19.¹⁹

¹⁹ Aus Glossar erarbeitet von Prof. Dr. Hugo Bühler (Bü), Stadtspital Waid, Johann Gisler (JG), Direktor Städtische Gesundheitsdienste, Dr. Daniel Grob (Gr), Stadtspital Waid zu Handen der Projektgruppe „Geriatric in der Stadt Zürich“, 1999.

Anhang 3 Verschiedene Modelle der Aktivitäten des täglichen Lebens²⁰

FV²¹ Gordon	LA²² Roper	ATL Juchli	LA Aberhalden	AEDL Krohwinkel
Ernährung und Stoffwechsel	Essen und Trinken	Essen und Trinken	Essen und Trinken	Essen und Trinken
	Körpertemperatur regulieren	Körpertemperatur regulieren	Körpertemperatur regulieren	Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
Aktivität und Bewegung	Atmen	Atmen	Atmen	
	Sich bewegen	Sich bewegen	Sich bewegen	Sich bewegen
			Sich beschäftigen	Sich beschäftigen
			Seine Rechte wahren, seine Pflichten erfüllen	
			Persönlichen Besitz verwalten	
			Wohnen	
	Sich sauberhalten und kleiden	Sich waschen und kleiden	Sich waschen und kleiden	Sich pflegen Sich kleiden
Ausscheidung	Ausscheiden	Ausscheiden	Ausscheiden	Ausscheiden
Wahrnehmung und Umgang mit der eigenen Gesundheit	Für Sicherheit der Umgebung sorgen	Sich sicher fühlen und verhalten	Für Sicherheit sorgen	Für eine sichere Umgebung sorgen
Schlaf und Ruhe	Schlafen	Wach sein und schlafen	Ruhen und schlafen	Ruhen und schlafen
Kognition und Perception	Kommunizieren	Kommunizieren	Kommunizieren	Kommunizieren
			Sich informieren und orientieren	
Rolle und Beziehungen			Beziehungen aufnehmen, aufrecht erhalten, beenden	Soziale Bereiche des Lebens sichern
Sexualität und Reproduktion	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Kind, Frau, Mann sein	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept				
Werte und Überzeugungen	Sterben	Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen	Sinn finden	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen: Verlust / Wiedergewinnung von Unabhängigkeiten, Sorge / Angst / Freude/Zuversicht, Misstrauen / Vertrauen, Trennung, Isolation / Integration, Ungewissheit / Sicherheit, Hoffnungslosigkeit/Hoffnung, Schmerzen / Wohlbefinden, Sterben; Weltanschauungen, Glauben und Religionsausübung, lebensgeschichtliche Erfahrungen

²⁰ Quellen: Forum Sozialstation, Sonderausgabe 1993/1 zitiert in: Juchli, Pflege, 1994, S. 80f. und Gordon, Pflegediagnosen, 1994 (1992), S. 23 ff. In: Fischer Wolfram, Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege, Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber, Bern, 2002. Funktionelle Verhaltensmuster

²¹ Funktionelle Verhaltensmuster

²² Lebensaktivitäten

Anhang 4
Parameter und Merkmale unterschiedlicher Krankheitsphasen

Parameter Merkmale	Akutphase	Rehabilitation- und Übergangsphase	Chronische Phase
Ereignis	akut zeitlich limitiert unvorgesehen geplant voraussehbar	geplant zeitlich limitiert voraussehbar	einschneidende Veränderung zeitlich nicht limitiert
Ort	Spitäler, Pflegeheim zu Hause	Rehabilitation, Pflegeheim, zu Hause	Pflegeheim, zu Hause
Verlauf / Ausgang	akut, ungewiss Heilung Tod Chronische Erkrankung	offen Heilung Stabilität mit Einschränkung erneut akute Phase Übergang in chron. Phase Tod	irreversibel Stabilisierung erneute Akutphase Tod
Autonomie	plötzlicher Verlust vorübergehend anhaltend abnehmend	Einschränkungen abnehmend oder bleibend Lebensqualität fördern	Einschränkungen bleibend oder zunehmende Lebensqualität erhalten
Interventionen	kurativ / zeitl. begrenzt: ärztliche diagnostische und therapeutische Medizin Pflege , stellvertretende Übernahme der ATLS, Mitwirken bei ärztlichen Massnahmen, Begleitung in Krisen Beraten und schulen	rehabilitativ / befähigend, vorübergehend Sekundäre Therapien stabilisierende Medizin Pflege : stellvertretende Übernahme der ATLS, Erfassen von Ressourcen, befähigen, rehabilitieren, aktivieren, beraten, schulen, Prävention	palliativ / andauernd Erhaltende und palliative Medizin Pflege : Übernahme der ATLS, aktivierende, präventive und palliative Pflege
Umfeld	Krise Stress	Unsicherheit Klärung	Kontinuität Integration

Anhang II

2002 - Couverture des coûts des soins à domicile / Kostendeckung der Spitex-Pflege (Fr. en millions / Fr. in Millionen)

CH

Population / Bevölkerung*	7'261'210
Nombre de client-es OPAS / Anzahl KLV-KlientInnen**	141'505
Santésuisse : Dépenses soins à domicile / Spende an Spende (Datenpool 4.07.03)	Fr. 283.6

Cantons / Kantone:	BS, JU, NE, NW, SZ	BS, JU, NE, NW, SZ + Ville de Zurich	BS, JU, NE, NW, SZ + Ville de Zurich + So- praceneri
Population / Bevölkerung*	592'215	956'773	1'091'456
% population/ Bevölkerung	8.2%	13.2%	15.0%
Client-es par 1000 hab / KlientInnen pro 1000 Einw.	23.3	49.3	45.1
Nb de client-es OPAS / Anzahl KLV- KlientInnen**	13'794	47'122	49'245
% Client-es / KlientInnen	9.7%	33.3%	34.8%

Charges de personnel / Personalauf- wand	50.6		
Charges de matériel et de transport / Sach- und Transportaufwand	3.4		
Autres charges d'exploitation / Sonstiger Betriebsaufwand	1.2		
Total Charges OPAS / Total KLV- Aufwand	55.2	85.4	95.2
Produits prestations OPAS / Erträge KLV -Leistungen	27.9	44.7	48.2
Solde /Saldo	27.3	40.7	47.0

Couverture des coûts/Kostendeckung **50.6%** **52.4%** **50.6%**

*Nombre d'habitants / Einzahl Einwohner (1.1.02)

Source: cantons: OFS ; ville de Zurich: site internet ; Sopraceneri: organisation /

Quelle: Kantone: BFS ; Stadt Zürich: Website ; Sopraceneri: Organisation

** Statistiques services de soins à domicile, OFAS / Spitex-Statistik, BSV, Bern 2002.

Kostendeckung Pflegekosten in Pflegeheimen

Übersicht über die Pflegekosten Basis 2001 – Somed-01

Anzahl Heime	1'504
Anzahl BewohnerInnen	81'007
Total Betten	84'421
Total Pflage tage	26'345'684
Bruttoleistungen KV Pflegeheim (Datenpool 4.07.03)	1'445 Mio
Pflegekosten gemäss KLV 7	2'654,5 Mio
Durchschnittliche Deckung der Pflegekosten durch die Krankenversicherer (die kantonalen Werte können stark voneinander abweichen)	54%
Betreuungskosten	922 Mio
Hotelkosten	2'634,5 Mio
Totalkosten Pflegeheime 2002	6'211 Mio