



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung der Postulate

12.3604 Fehr Jacqueline vom 15. Juni 2012;

14.3912 Eder vom 25. September 2014 und

14.4165 Lehmann vom 11. Dezember 2014

vom 25. Mai 2016

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Teil I Einleitung	6
1 Ausgangslage	6
1.1 Inhalt der Postulate.....	6
1.2 Fokus und Aufbau des Berichts.....	7
1.3 Der Begriff der Pflege	7
1.3.1 Langzeitpflege und Akutpflege.....	8
1.3.2 Pflege von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen	8
1.3.3 Leistungen der Pflege nach KVG.....	8
1.4 Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des Versorgungs- und Finanzierungssystems.....	9
1.4.1 Reform der Altersvorsorge.....	10
1.4.2 Umsetzung des Verfassungsartikels zur Zuwanderung	10
2 Einschätzung der Entwicklung in Bezug auf den Personalbedarf, die Versorgung und Infrastruktur sowie Ausgaben und Finanzierung in der Langzeitpflege	10
2.1 Personalbedarf	11
2.2 Versorgung und Infrastruktur	12
2.3 Ausgaben und Finanzierung.....	13
2.3.1 Ausgangslage.....	14
2.3.2 Annahmen für die Ausgabenprojektionen (inkl. Definition zentraler Begriffe) ..	16
2.3.3 Entwicklung der öffentlichen Ausgaben	19
2.3.4 Finanzierungslast	22
2.3.5 Schlussfolgerungen zur Finanzierungslast.....	26
Teil II Bestandesaufnahme	28
1 Bereits ergriffene beziehungsweise vorgesehene Massnahmen im Bereich der Langzeitpflege	28
1.1 Massnahmen im Bereich Personal	28
1.1.1 Fachkräfteinitiative (FKI).....	28
1.1.2 Anstrengungen zur Erhöhung der Zahl und der Qualifikationen der Berufe mit Pflegekompetenzen	29
1.1.3 Entlastung und Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger	31
1.2 Massnahmen im Bereich Versorgung und Infrastruktur	32
1.2.1 Nationale Strategie Migration und Gesundheit.....	32
1.2.2 Nationale Strategie Palliative Care	33
1.2.3 Nationale Demenzstrategie.....	33
1.2.4 Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung	34
1.3 Massnahmen im Bereich Prävention	35
1.4 Weitere Massnahmen.....	36
1.4.1 Partizipation der Patientinnen und Patienten	36
1.4.2 Elektronisches Patientendossier	36
1.4.3 Versorgungsforschung.....	37
1.5 Die Neuordnung der Pflegefinanzierung	37
1.5.1 Berichte des BAG über die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung.....	38
1.5.2 Bericht des Preisüberwachers	39
1.5.3 Hängige Vorstösse zum Thema der Neuordnung der Pflegefinanzierung	39
1.6 Strategien der Kantone.....	41
1.7 Fazit	41

2	Internationales Umfeld.....	42
2.1	Studie «Help Wanted» der OECD	42
2.2	Globaler Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften.....	43
Teil III	Herausforderungen und Handlungsbedarf.....	45
1	Herausforderungen.....	45
1.1	Gesundheitspolitische Herausforderungen	45
1.1.1	Koordinierte Versorgung.....	46
1.1.2	Änderung des Bedarfs und der Bedürfnisse	47
1.2	Sicherstellung von genügend und adäquat ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen.....	48
1.2.1	Weiterführung der Arbeiten ab dem Jahr 2016	48
1.2.2	Anpassung der Rahmenbedingungen an die Bedürfnisse der Pflegefachpersonen.....	49
1.3	Handlungsbedarf im Versorgungsbereich.....	50
1.4	Handlungsbedarf im Präventionsbereich	52
1.5	Potenzial zur Effizienzsteigerung.....	54
1.6	Massnahmenpaket	56
2	Varianten der Aufgabenteilung und der Finanzierung der Mehrkosten in der Langzeitpflege.....	59
2.1	Aufgabenteilungs- und Finanzierungsoptionen unter Berücksichtigung von Varianten einer Pflegeversicherung.....	60
2.1.1	Variante «Steuererhöhungen und höhere Beiträge»	61
2.1.2	Option d. Varianten einer obligatorischen Pflegeversicherung	63
2.2	Übersicht über die Aufgaben- und Finanzierungsoptionen.....	70
2.3	Beurteilung der Aufgabenteilungs- und Finanzierungsvarianten	71
2.3.1	Sozialpolitische Auswirkungen.....	71
2.3.2	Finanzpolitische Auswirkungen.....	73
2.3.3	Wirtschaftspolitische Auswirkungen.....	74
2.3.4	Auswirkungen auf Administration und Schnittstellen	74
2.4	Weitere Varianten einer Finanzierung	75
2.4.1	Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten.....	75
2.4.2	Pflegekostenversicherung und Schutz des eigenen Vermögens.....	77
2.5	Fazit	78
Teil IV	Aufgaben und Ziele der öffentlichen Hand	80
1	Aufgaben des Bundes	80
1.1	Sozialversicherungen	80
1.2	Gesundheits- und Medizinalberufe	80
1.3	Bildungsbereich.....	80
1.4	Arbeit.....	81
2	Aufgaben der Kantone.....	81
3	Gemeinsame Aufgaben von Bund und Kantonen	81
4	Finanzausgleich und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen.....	82
5	Fazit.....	82
Teil V	Auswirkungen der Handlungsoptionen auf die Gesetzgebung	83
1	Auswirkungen der Aufgabenteilungs- und Finanzierungsvarianten.....	83
1.1	Höhere finanzielle Beteiligung des Bundes an der Langzeitpflege.....	83
1.2	Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund.....	83
2	Auswirkung der Varianten einer obligatorischen Pflegeversicherung (Option d)	83
2.1	Abdeckung von Kosten der Betreuung (Modell A und Modell C).....	84
2.2	Definition der Leistungen der Betreuung.....	84
2.3	Vergütung der von der Pflegeversicherung übernommenen Pflegeleistungen	85

2.4	Die Organisation einer Pflegeversicherung.....	85
2.5	Verfassungsrechtliche Beurteilung	86
Teil VI	Ausblick	87
1	Kurzfristiger Horizont	87
2	Mittel- und langfristiger Horizont	88
	Schlusswort	89
	Anhang 1: Ausweitung der Säule 3a für die Finanzierung der Pflegekosten im Alter ..	90
	Anhang 2: Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit	104
	Anhang 3: Mögliche Akteure in der Gesundheitsversorgung	106
	Anhang 4: Inanspruchnahme der sozialmedizinischen Institutionen, 2009	107
	Anhang 5: Kosten der Langzeitpflege nach Finanzierungsträger	108
	Anhang 6: Weiterführende Angaben zu den Ausgabenprojektionen bis 2045.....	109

Zusammenfassung

Dank einer steigenden Lebenserwartung wird die Schweizer Bevölkerung älter. Diese an sich positive Entwicklung hat für das Gesundheitswesen dann Konsequenzen, wenn das hohe Alter mit gesundheitlichen Einschränkungen verbunden und Pflegebedürftigkeit die Folge ist. Angesichts des prognostizierten Anstiegs des Anteils der über 65-Jährigen respektive der über 80-Jährigen an der Bevölkerung in den kommenden Jahren ist mit einer starken Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu rechnen. Diese Entwicklung bringt einige Herausforderungen in den Bereichen Pflegepersonal, Versorgungsstrukturen und Finanzierung mit sich und dürfte die Situation in der Langzeitpflege verschärfen.

Aufgrund des erhöhten Pflegebedarfs wird der Personalbedarf in den kommenden Jahren erheblich steigen. Prognosen legen nahe, dass allein bis im Jahr 2020 rund 17'000 Vollzeitstellen neu geschaffen werden müssen. Dazu kommen rund 60'000 Gesundheitsfachleute, die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen. Der grösste Bedarf an zusätzlichen Fachkräften ist in den Alters- und Pflegeheimen zu erwarten.

Im Bereich der Versorgungsstrukturen zeichnen sich neben einem Bedarf nach einem Ausbau der Kapazitäten neue Anforderungen an die zu erbringenden Pflegeleistungen ab. Da die Pflegeheime bereits heute nahezu ausgelastet sind, müssen zusätzliche Plätze geschaffen werden. Gleichzeitig wird sich der Trend einer Verlagerung der Pflege von den Heimen hin zu anderen Betreuungsformen (Spitex, intermediäre Strukturen) fortsetzen und damit die Nachfrage nach ambulanter Pflege im Alter verstärken. Zudem wird die Pflege mit dem steigenden Alter der Patientinnen und Patienten aufgrund des vermehrten Auftretens von Multimorbidität und Demenz anspruchsvoller.

Gemäss Projektionen der Eidgenössischen Finanzverwaltung verdreifachen sich die öffentlichen Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege zwischen 2011 und 2045. Die Ausgabendynamik in der Langzeitpflege wird zu einem deutlichen Anstieg der öffentlichen Gesamtausgaben für Gesundheit führen. Die Hauptbetroffenen dieses Anstiegs sind die Kantone und die privaten Haushalte. Bei Beibehaltung der heutigen Finanzierungsregeln für die Langzeitpflege würde die nicht durch Steuererträge – basierend auf den aktuellen Steuersätzen – finanzierte Belastung der Kantone bis im Jahr 2045 schätzungsweise rund 8,3 Prozent ihrer Fiskaleinnahmen entsprechen. Beim Bund und den Gemeinden würde die entsprechende Finanzierungslücke 0,6 bzw. 3,6 Prozent ihrer Fiskaleinnahmen betragen. Der Prozentsatz des Einkommens, den die privaten Haushalte allein für denjenigen Anteil an der OKP-Prämie aufwenden müssen, welcher zur Deckung der Pflegeausgaben nötig ist, würde sich verdoppeln. Diese Finanzierungsproblematik wird für alle Betroffenen dadurch verschärft, dass die sonstigen Gesundheitsausgaben (ohne Pflege) noch wesentlich stärker als die Pflegekosten wachsen werden.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sind vielfältige Massnahmen erforderlich. In erster Linie sind Präventionsmassnahmen gefragt, die das Auftreten von Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. möglichst lange hinauszögern und damit die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen verringern. Hierzu sollen erstens Präventionsanstrengungen, welche das Risiko einer Erkrankung an nicht-übertragbaren Krankheiten senken, fortgeführt bzw. weiterentwickelt werden. Zweitens sollen spezifische Präventionsmassnahmen für ältere Menschen (z.B. Sturzprävention, Bewegungsförderung, Verbesserung der Ernährung zur Vermeidung von Mangelzuständen) intensiviert werden. Zudem sollen Massnahmen zur Verankerung der Prävention in der Gesundheitsversorgung ergriffen werden.

Neben der Prävention sind Massnahmen zur Steigerung der Qualität und Effizienz in der Versorgung eine der effektivsten Antworten auf die künftigen Herausforderungen. Durch die Förderung der koordinierten Versorgung kann die Pflege effektiver und effizienter aufgestellt

werden, wobei sich aus der Multimorbidität vieler Patientinnen und Patienten besondere Anforderungen ergeben. Massnahmen im Rahmen verschiedener nationaler Strategien von Bund und Kantonen (Demenz, koordinierte Versorgung, etc.), die momentan ausgearbeitet bzw. umgesetzt werden, tangieren die Versorgung im Bereich der Langzeitpflege. Im Gesundheitssystem bestehen ferner spezifische Verbesserungsmöglichkeiten, z.B. eine bessere Koordination der Betreuung zu Hause, die Einrichtung spezieller Abläufe für ältere Menschen in Regionalspitälern oder die Erhöhung der geriatrischen Kompetenzen des Pflegepersonals. Durch den vermehrten Einsatz von neuen Technologien (z.B. elektronische Patientendossiers) lassen sich ebenfalls Effizienzsteigerungen realisieren. Aufgrund der kantonalen Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung sind in erster Linie die Kantone aufgefordert, die Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen.

Verschiedene Strategien, Massnahmenpakete und Initiativen von Bund und Kantonen gehen die Herausforderungen im Personalbereich an. Hierzu zählen die «Fachkräfteinitiative des Bundes», der «Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen», der «Masterplan Bildung Pflegeberufe» und das «Gesundheitsberufegesetz». Trotz der bereits laufenden Massnahmen und erster Erfolge, die erzielt werden konnten, sind weitere Anstrengungen notwendig, damit in Zukunft genügend und adäquat ausgebildetes Pflegepersonal vorhanden ist.

Ab dem Jahr 2030 wird sich voraussichtlich das Problem der hohen Finanzierungslast in der Langzeitpflege verschärfen. Eine Diskussion über die Eckwerte einer künftigen Finanzierung respektive über die Verteilung der Lasten im Bereich der Langzeitpflege muss deshalb frühzeitig stattfinden. Verschiedene Finanzierungslösungen sind denkbar, inklusive der Weiterführung des Status quo und der Einführung einer Pflegeversicherung. Hierbei ist es wichtig, die zukünftigen finanziellen Herausforderungen der gesamten öffentlichen Gesundheit zu berücksichtigen. Zudem schliesst der Bundesrat eine höhere Finanzierungsbeitragung des Bundes im Rahmen des gegenwärtigen Finanzierungsregimes respektive der aktuellen Kompetenzregelung ausdrücklich aus.

Im Rahmen des Berichts wird ein Massnahmenpaket zuhanden des Bundes und der Kantone vorgeschlagen, mit denen die Herausforderungen in der Langzeitpflege angegangen werden können. Konkret werden sieben Handlungsbereiche skizziert: Prävention von Pflegebedürftigkeit; Entlastung der pflegenden Angehörigen; Sicherstellung der personellen Ressourcen und Qualifikationen; Sicherstellung der Versorgung (zu Hause, in intermediären Strukturen, in Pflegeheimen); Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung; Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung; Monitoring der Pflegebedürftigkeit. Die konkrete Ausgestaltung des Pakets und die Klärung der Zuständigkeiten sollen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik erfolgen.

Dieser Bericht gibt somit einen Überblick über die verschiedenen Herausforderungen und den Handlungsbedarf im Bereich der Langzeitpflege der Schweiz. Die Erkenntnisse aus dem Bericht sollen die öffentliche Diskussion über zukünftige Ziele, Aufgaben und Massnahmen zur nachhaltigen Sicherstellung einer adäquaten Versorgung und Finanzierung der Langzeitpflege lancieren.

Teil I Einleitung

1 Ausgangslage

Die Schweizer Bevölkerung wird älter. Nach den Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Statistik (BFS) wird sich der Anteil der über 65-jährigen Menschen zwischen 2010 und 2030 von 17,1 auf 24,2 Prozent erhöhen.¹ 2045 wird sich der Anteil der über 65-Jährigen weiter auf 26,4 Prozent erhöhen.² Parallel dazu wird die Zahl der über 80-jährigen Frauen und Männer steigen; ihr Anteil an den über 65-Jährigen wird sich gemäss BFS-Prognose zwischen 2010 und 2030 von 28,4 auf 32,4 Prozent, sowie bis 2045 auf 39,2 Prozent erhöhen. Damit wächst auch der Anteil jener Menschen in der Schweiz, die auf Pflege angewiesen sind. Von den 80- bis 84-Jährigen sind rund 13 Prozent pflegebedürftig, von den über 85-Jährigen sind es gut 34 Prozent.

1.1 Inhalt der Postulate

Das Postulat 12.3604 vom 15. Juni 2012 wurde vom Nationalrat am 28. September 2012 angenommen. Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine «Strategie zur Langzeitpflege» vorzulegen. Darin sollen:

- in einer aktualisierten Analyse die politischen, finanziellen, arbeitsmarktlichen, infrastrukturellen und gesellschaftlichen Herausforderungen dargestellt;
- eine Diskussion über die Ziele und Aufgaben der öffentlichen Hand geführt;
- verschiedene Massnahmen und Handlungsoptionen dargestellt und bewertet sowie
- die allenfalls nötigen Gesetzesänderungen skizziert werden.

In der Folge sind weitere Vorstösse zum Thema der Finanzierung der Langzeitpflege an den Bundesrat überwiesen worden.

Das am 19. Juni 2014 eingereichte Postulat 14.3552 «Bericht zur Hochaltrigkeit» wurde vom Nationalrat im Rat noch nicht behandelt. Es beauftragt den Bundesrat, einen Bericht über die Hochaltrigkeit der Menschen zu erstellen, darin die Probleme der Menschen ab dem 80. Lebensjahr aufzuzeigen und entsprechende Massnahmen unter anderem im Bereich der Finanzierung und der Prävention vorzuschlagen.

Das Postulat 14.3912 «Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten» vom 25. September 2014 wurde vom Nationalrat am 27. November 2014 angenommen. Es beauftragt den Bundesrat, zu prüfen und Bericht darüber zu erstatten, ob und wie die Säule 3a ausgeweitet und zur Deckung der Pflegekosten im Alter eingesetzt werden kann. Ein Vorsorgesparen zur Deckung von Pflegekosten, welche über die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckten medizinischen Leistungen hinausgehen, soll mit klaren Regeln zur steuerlichen Begünstigung, zu Aufbau und Sicherung, zur Verwendung sowie zur Vererbung der Kapitalien der nicht vollständig verwendeten Gelder definiert werden.

Das Postulat 14.4165 «Pflegekostenversicherung auf den Prüfstand. Schutz des eigenen Vermögens!» vom 11. Dezember 2014 wurde vom Nationalrat am 2. Juni 2015 angenommen. Es

¹ Bundesamt für Statistik (2010): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060 (mittleres Szenario A-00-2010).

² Bundesamt für Statistik (2015): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045 (mittleres Szenario A-00-2015).

beauftragt den Bundesrat, einen Bericht vorzulegen zum Thema einer obligatorischen Pflegekostenversicherung. Speziell untersucht werden sollen die Zusatzkosten für die Bürgerinnen und Bürger bis 2030, wenn der Status Quo bestehen bleibt, sowie die Finanzierungsverfahren (Umlageverfahren und Kapitaldeckungsverfahren) und deren Auswirkungen auf die Bürgerinnen und Bürger, die Kostenentwicklung und die Ergänzungsleistungen.

1.2 Fokus und Aufbau des Berichts

Im Postulat 12.3604 werden die Hintergründe genannt, die zur Einreichung des Postulats führten: höheres Lebensalter, medizinischer Fortschritt, Zunahme von chronischen Erkrankungen, veränderte Erwartungen ans Altwerden, Fortschritte in der Palliativpflege, steigende Kosten für den letzten Lebensabschnitt.

Die Zahlen des BFS zeigen, dass drei Viertel der Klientinnen und Klienten, die von den Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex) gepflegt werden, über 65 Jahre alt sind und dass sie rund 82 Prozent der für Spitex-Leistungen verrechneten Stunden beanspruchen. Mehr als die Hälfte der verrechneten Stunden werden für 80-jährige und ältere Klientinnen und Klienten erbracht, obwohl diese nur 5 Prozent der gesamten Bevölkerung der Schweiz ausmachen.³ 95 Prozent der Klientinnen und Klienten der Pflegeheime waren im Jahr 2014 älter als 65 Jahre, 75 Prozent älter als 80 Jahre.⁴ Der Fokus des Berichts zur Langzeitpflege ist deshalb primär auf das Segment der über 65-jährigen beziehungsweise über 80-jährigen Bevölkerung gerichtet. Der Bericht gibt einen Überblick über die verschiedenen Herausforderungen und den Handlungsbedarf im Bereich der Langzeitpflege in der Schweiz.

Nach der Einleitung und Beschreibung der Ausgangslage (Teil I) wird im Teil Bestandaufnahme (Teil II) aufgezeigt, welche Massnahmen und Initiativen der Bund alleine oder zusammen mit den Kantonen bereits lanciert hat und in welchen Bereichen Massnahmen ergriffen und Plattformen geschaffen wurden, um Lösungen für die absehbaren Probleme einzuleiten. Er enthält zudem das Ergebnis der Erhebung, die ein externes Forschungsbüro bei den Kantonen über deren Strategien im Bereich der Langzeitpflege durchgeführt hat. Aus der Bestandaufnahme lässt sich ableiten, in welchen Bereichen sich Herausforderungen ergeben und wo Handlungsbedarf besteht. Diese werden im Berichtsteil (Teil III) näher erläutert wie auch geeignete Massnahmen, die es zu erarbeiten respektive umzusetzen gilt. In Teil III werden hierzu unter anderem Varianten einer Pflegeversicherung skizziert. Nach der Darstellung der Aufgaben von Bund und Kantonen (Teil IV), zeigt der Bericht die Auswirkungen der Handlungsoptionen auf die Rechtsordnung (Teil V). Der Schlussteil des Berichts (Teil VI) enthält einen mittel- und langfristigen Ausblick auf die Langzeitpflege in der Schweiz.

1.3 Der Begriff der Pflege

In seiner Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung setzt sich der Bundesrat mit dem Begriff der Pflege, dem rechtlichen Rahmen und den Regelungen der formellen Pflege auseinander.⁵ Er weist darauf hin, dass Pflege eine umfassende, ausgesprochen vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit ist, die sich einer scharfen Definition weitgehend entzieht. Diese Feststellung wird bestätigt durch die umfassende Pflegedefinition, auf die sich der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) beruft: «Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Men-

³ Bundesamt für Statistik (2015): Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2014: Zahlen und Trends. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6822>.

⁴ Bundesamt für Statistik (2014): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2014. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/02/key/01.html>.

⁵ BBI 2005 2039ff.

schen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften – egal ob krank oder gesund – in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.»⁶ Diese Definition hat einen pflegewissenschaftlichen Hintergrund und bezieht internationale Perspektiven und Entwicklungen ein.

1.3.1 Langzeitpflege und Akutpflege

Gegenstand des Postulats 12.3604 ist explizit die Langzeitpflege. Langzeitpflege wird im Folgenden verstanden als Gegensatz zur Akutpflege. Langzeitpflege umfasst die Pflege über einen längeren Zeitraum zu Hause, im Pflegeheim sowie in Tages- und Nachtstrukturen.

Im Sinne einer Arbeitsdefinition wird in diesem Bericht davon ausgegangen, dass die Akutpflege bezweckt, dass die Patientin oder der Patient den Zustand vor Beginn der Pflegebedürftigkeit wieder erlangt und dass die Akutpflege eine begrenzte Zeit dauert. In der Langzeitpflege ist dagegen kein Ende der Pflegebedürftigkeit absehbar.

1.3.2 Pflege von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen

Zwei parlamentarische Vorstösse haben die Verbesserung der Situation von Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen zum Inhalt:

Das Postulat 10.3255 «Zukunft der Psychiatrie» beauftragt den Bundesrat, Bericht zu erstatten und Vorschläge zu den Versorgungsstrukturen und zu den Schnittstellen zu unterbreiten sowie Fragen in Bezug auf die Finanzierung des Bereichs der Psychiatrie sowie zu den Schnittstellen zur Invalidenversicherung und zu Straf- und Massnahmenvollzug/Forensik zu beantworten. In Erfüllung des Postulats 10.3255 wird der Bundesrat hierzu Bericht erstatten.

Die parlamentarische Initiative 12.470 «Bessere Unterstützung für schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder, die zu Hause gepflegt werden» vom 27. September 2012 will erreichen, dass die gesetzlichen Bestimmungen so angepasst werden, dass Familien (Eltern und Erziehungsberechtigte), die ein schwerkrankes oder schwerbehindertes Kind nicht in die Heimpflege geben, sondern die Pflege und Betreuung zu Hause übernehmen und gewährleisten, eine bessere und vermehrte Unterstützung erhalten. Handlungsbedarf und Lösungsansätze zur Behebung von Problemen in Bezug auf die Situation schwerkranker oder schwerbehinderter Kinder sind in diesem Rahmen erarbeitet worden. Der Vorentwurf geht demnächst in die Vernehmlassung.

1.3.3 Leistungen der Pflege nach KVG

Der Begriff «Pflege» umfasst aus der Sicht der Pflegenden viele unterschiedliche Aspekte und Ebenen. Die Pflege bei Krankheit ist ein Teil des Tätigkeitsbereichs der Pflegenden. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt nach Artikel 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG⁷) die Kosten für die Leistungen, die

⁶ <http://www.sbk.ch/pflegethemen.html>.

⁷ SR 832.10.

der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Davon zu unterscheiden sind die in der Definition des SBK auf seiner Webseite⁸ ebenfalls genannten Aspekte «Betreuung und Versorgung». Diese gehen nicht zu Lasten der OKP.

Von vorrangiger Bedeutung im Bereich der Langzeitpflege ist die Pflege zu Hause und im Pflegeheim. Der diesbezügliche Leistungsbereich der OKP ist in Artikel 7 der Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV⁹) abschliessend umschrieben. Unterschieden wird zwischen Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Massnahmen der Grundpflege. Nach Artikel 25a KVG leistet die OKP einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung erbracht werden. Der versicherten Person dürfen höchstens 20 Prozent des höchsten von der OKP übernommenen Pflegebeitrags überwältigt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.

1.4 Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des Versorgungs- und Finanzierungssystems

Die Bevölkerung altert und der Pflegebedarf steigt. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat untersucht, wie sich die Bevölkerungsentwicklung, aber auch medizinische und gesellschaftliche Trends auf die Pflegebedürftigkeit auswirken können.¹⁰ Dabei zeigte sich: Selbst wenn sich die Gesundheit alter Menschen in den nächsten Jahren positiv entwickeln wird – beispielsweise dank medizinischem Fortschritt, verbesserter Gesundheitsvorsorge oder verstärkter präventiver Massnahmen – ist damit zu rechnen, dass der Pflegebedarf stark ansteigt. Nach dem Referenzszenario in dieser Studie würde sich die Zahl von älteren pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz von gut 125'000 Personen im Jahr 2010 auf gut 182'000 Personen bis zum Jahr 2030 erhöhen (was eine relative Zunahme um 46 Prozent bedeutet). Der Anteil an 80-jährigen und älteren Pflegebedürftigen in dieser Gruppe steigt in diesem Szenario an, von 74 Prozent oder 95'500 Personen im Jahr 2010 auf knapp 80 Prozent oder 145'600 Personen im 2030. In anderen Worten: Es dürfte in Zukunft nicht nur mehr pflegebedürftige Menschen – mehrheitlich Frauen – geben, sondern sie werden in vielen Fällen auch älter sein (was zum Beispiel das Risiko von Multimorbidität erhöht).¹¹

Da mehr Menschen ein sehr hohes Alter erreichen, ist auch mit einem deutlichen Anstieg der Zahl an Alzheimer und an anderen Demenzformen erkrankten Personen zu rechnen. Bei gleich bleibender Häufigkeit von Demenz dürfte die Zahl der Betroffenen zwischen 2010 und 2030 von 125'000 auf 218'000 steigen. Verbesserte Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien könnten die starke Zunahme des Pflegebedarfs zwar abschwächen. Aber auch bei positiver Entwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten mit rasch steigenden Zahlen zu rechnen, speziell weil geburtenstarke Jahrgänge die mit höherem Krankheitsrisiko verbundenen Altersjahre erreichen.

⁸ <http://www.sbk.ch/pflegethemen.html>.

⁹ SR 832.112.31.

¹⁰ Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbunn, Andrea (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern, S. 33ff. (vgl. dazu auch Medienmitteilung des Obsan vom 19.5.2011).

¹¹ Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy; Zumbunn, Andrea (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern, S. 60.

1.4.1 Reform der Altersvorsorge

Am 19. November 2014 hat der Bundesrat die Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020 an das Parlament überwiesen und den Bericht zur Vernehmlassung verabschiedet.¹² Die parlamentarischen Beratungen der Reform sind derzeit im Gang. Die Reform der Altersvorsorge 2020 hat zum Ziel, das Leistungsniveau in der Altersvorsorge langfristig zu erhalten.

Der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und der daraus resultierenden Herausforderung für die Rentensysteme soll durch eine nachhaltige Finanzierung der ersten und der zweiten Säule Rechnung getragen werden. Die Leistungen der AHV und der beruflichen Vorsorge sollen den geänderten Bedürfnissen entsprechen, insbesondere in Bezug auf die Flexibilität beim Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Die Reform erneuert die Altersvorsorge mit einem ausgewogenen und gesamtheitlichen Paket umfassend und stellt die Interessen der Versicherten in den Mittelpunkt. Eine zukünftige Strategie des Bundesrates im Bereich der Langzeitpflege wird deshalb mit der Strategie zur künftigen Gestaltung der Altersvorsorge koordiniert.

1.4.2 Umsetzung des Verfassungsartikels zur Zuwanderung

Am 9. Februar 2014 hat die Schweizer Stimmbevölkerung die Volksinitiative «Gegen Masseneinwanderung» mit 50,3 Prozent Ja-Stimmen angenommen. Dieser Volksentscheid könnte einen Einfluss auf die Rekrutierung von Fachkräften im Gesundheitsbereich haben. Am 4. März 2016 hat der Bundesrat die Botschaft zur Änderung des Ausländergesetzes (Steuerung der Zuwanderung und Vollzugsverbesserungen bei den Freizügigkeitsabkommen) zuhanden des Parlaments verabschiedet. Er schlägt vor, die Zuwanderung mittels einer Schutzklausel zu steuern. Der Bundesrat wird in einer Verordnung eine bestimmte Höhe der Zuwanderung von EU- und EFTA-Staatsangehörigen definieren, ab welcher Höchstzahlen festgelegt werden müssen. In der Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime, Spitex) waren gemäss den zuletzt verfügbaren Zahlen im Jahr 2013 91'037 Personen (57'363 Stellen in Vollzeitäquivalenten) tätig. Der Migrationssaldo ausländischer Arbeitskräfte im Bereich Pflege (Spitäler, Alters- und Pflegeheime) betrug im Jahr 2013 plus 1'632. Die höchsten positiven Migrationssaldi weisen die Kantone Zürich (+395) und Bern (+206) auf, die tiefsten positiven Saldi die Kantone Glarus (+2) und Appenzell Innerrhoden (+2). Jura verzeichnet 2013 hingegen einen negativen Migrationssaldo (-3). Der zeitliche Vergleich zeigt grössere Schwankungen: So belief sich der Migrationssaldo 2011 auf plus 2'167 Pflegenden – den Höchstwert weist das Jahr 2008 mit einem Plus von 3'160 Personen auf.¹³

Die Zahlen nach Aufenthaltsstatus zeigen, dass die Mehrheit der eingewanderten Pflegenden im Besitz einer länger als 12 Monate gültigen Aufenthaltsbewilligung ist. In einigen Kantonen an der Landesgrenze – vor allem Genf, Tessin und Waadt – machen Grenzgängerinnen und -gänger einen Grossteil der ausländischen Pflegekräfte aus. Die grosse Mehrheit der eingewanderten Pflegefachkräfte arbeitet im stationären Bereich (vor allem Spitäler, Alters- und Pflegeheime).

2 Einschätzung der Entwicklung in Bezug auf den Personalbedarf, die Versorgung und Infrastruktur sowie Ausgaben und Finanzierung in der Langzeitpflege

In den letzten zehn Jahren hat vor allem das von Bund und Kantonen getragene Obsan Berichte zu verschiedenen Aspekten der Gesundheitsversorgung im Bereich der Langzeitpflege

¹² BBI 2015 1.

¹³ Obsan (2015): Migrationssaldo ausländischer Pflegefachkräfte, 2013, nach Kanton und Aufenthaltsstatus (057-K-d-2013). <http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/auslaendisches-gesundheitspersonal> sowie Spitex-Statistik des Bundesamts für Statistik.

veröffentlicht. Gestützt auf die vorhandenen statistischen Daten wurden Szenarien zur künftigen Entwicklung erarbeitet. Damit sind Grundlagen zur gemeinsamen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens geschaffen worden. Im Weiteren hat die Eidgenössische Finanzverwaltung 2012 Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen gerechnet, welche die langfristige Entwicklung der Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege für Personen ab 65 Jahren aufzeigen.¹⁴

2.1 Personalbedarf

Wie sich der Pflegeleistungs- und Personalbedarf entwickeln könnte, hat das Obsan im Rahmen der Studie «Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020» untersucht.¹⁵ Die Prognosen betreffen die Spitäler, die Alters- und Pflegeheime sowie die Spitex-Dienste. Sie gehen im Referenzszenario vom «mittleren» Bevölkerungsszenario des BFS, einer Verkürzung der Hospitalisationsdauer und einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung aus. Ausgehend von diesen Hypothesen könnte der Bedarf an Pflegeleistungen von 2006 bis 2020 wie folgt zunehmen: Hospitalisationstage plus 2,4 Prozent, Beherbergungstage in Alters- und Pflegeheimen plus 30 Prozent und Spitex-Klienten plus 20 Prozent.

Geht man von einer unveränderten Produktivität sowie Erwerbsquote aus, müssten aufgrund dieses erhöhten Pflegebedarfs 17'000 Stellen (Vollzeitäquivalente) neu geschaffen und 25'000 Personen zusätzlich eingestellt werden (+13%). Dazu kommen rund 60'000 Gesundheitsfachleute (30% des gesamten Gesundheitspersonals), die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen. Der grösste Bedarf an zusätzlichen Angestellten (mehr als 15'000) ist gemäss der Obsan-Studie in den Alters- und Pflegeheimen zu erwarten.¹⁶

Allerdings zeigen die Angaben der OECD¹⁷, dass in der Schweiz wesentlich mehr Pflegefachpersonen pro 1'000 Einwohner tätig sind als im europäischen Vergleich: In der Schweiz sind pro 1'000 Einwohner 10,7 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe (*professional nurses*) und 5,9 Pflegefachpersonen der Sekundarstufe II (*associated nurses*) tätig, also insgesamt 16,6, während es in der EU 6,5 Pflegefachpersonen der Tertiärstufe (*professional nurses*) und 1,7 Pflegefachpersonen der Sekundarstufe II (*associated nurses*), also insgesamt 8,2 sind. Eingerechnet dabei sind nicht nur die klinisch tätigen Pflegenden, sondern auch die in der Führung, Ausbildung und Forschung beschäftigten Fachkräfte. Gemäss den neuesten Erhebungen der WHO¹⁸ verfügte Europa 2013 (WHO European Region) über 41 *graduate nurses* pro 100'000 Einwohner (also 0,41 pro 1'000 Einwohner), die Schweiz über 84 pro 100'000 Einwohner (also 0,84 pro 1'000 Einwohner). Diese Zahlen unterscheiden sich deutlich von denjenigen der *professional nurses* im OECD-Bericht. Dies macht deutlich, dass der Vergleich zwischen den Ländern nur bedingt aussagekräftig ist und wesentlich von den verwendeten Kategorien (bspw. *professional nurses*, *graduate nurses*) abhängt. Die genannte WHO-Erhebung zeigt weiter, dass das schweizerische Verhältnis von Pflegefachpersonen pro Einwohner mit demjenigen von Ländern wie Dänemark, Finnland, Island, Norwegen vergleichbar ist.¹⁹

¹⁴ Colombier, Carsten (2012): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der EFV Nr. 19, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern.

¹⁵ Jaccard, Héléne; Weaver, France; Roth, Maik; Widmer, Marcel (2009): Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020; siehe auch Obsan Factsheet vom 7. April 2009.

¹⁶ Die Studie der Credit Suisse «Die Zukunft des Pflegeheims» vom Juni 2015, S. 24ff., geht davon aus, dass von 2013 bis 2040 das 1,8 bis 2,2-fache an Personal alleine in Pflegeheimen benötigt wird aufgrund der zukünftigen Nachfrageentwicklung in der Alterspflege. Dies entspricht rund 48'000 bis 71'000 zusätzlichen Vollzeitstellen im Pflegebereich.

¹⁷ OECD (2014): Health at a Glance: Europe 2014.

¹⁸ WHO (2015): Core Health Indicators in the WHO European Region 2015.

¹⁹ Diese Länder (ausser Dänemark) weisen zudem mehr Hebammen pro Einwohner aus. Es kann durchaus sein, dass in der Schweiz gewisse Tätigkeiten, die andernorts von Hebammen übernommen werden, von

Die im Bericht des Obsan ausgewiesene Zunahme des Personalbedarfs im Gesundheitswesen hat den Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und den Vorstand der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) veranlasst, einen nationalen Versorgungsbericht für das nichtärztliche Gesundheitspersonal in Auftrag zu geben. Dieser wurde im Dezember 2009 veröffentlicht.²⁰ Der Bericht richtet sich im Sinne von Handlungsempfehlungen in erster Linie an die kantonalen Behörden, die Trägerverbände der OdASanté, die kantonalen Organisationen der Arbeitswelt und die Betriebe aus den verschiedenen Versorgungsbereichen. Letzteren kommt bei der nachhaltigen Sicherung der personellen Ressourcen der Branche eine zentrale Rolle zu.

2.2 Versorgung und Infrastruktur

Die Gesundheitsversorgung ist Aufgabe der Kantone. Sie sind für die gesundheitspolizeiliche Zulassung der Leistungserbringer zuständig. Auf lokaler Ebene sind meistens die Gemeinden für den Betrieb der Einrichtungen zuständig. Der Entscheid über die Gestaltung des Angebots liegt somit in erster Linie in der Kompetenz der Kantone. Um Pflegeleistungen zu Lasten der OKP abrechnen zu können, müssen Pflegeheime der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung entsprechen und auf einer kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt sein.²¹ Die Planungsbestimmungen sind mit dem KVG am 1. Januar 1996 in Kraft getreten.

Am 14. Mai 1998 hat die «Kommission Vollzug KVG» der GDK²² die von ihr verabschiedeten und vom Vorstand der SDK genehmigten Empfehlungen zum Vollzug des KVG im Bereich der Pflegeheime und der Spitex-Dienste veröffentlicht. Sie hat in diesem Rahmen darauf hingewiesen, dass mit diesen Empfehlungen lediglich erste Schritte in einem langfristigen Planungs- und Harmonisierungsprozess eingeleitet worden seien. Das Obsan hat in Zusammenarbeit mit Prof. François Höpflinger eine Methodik zur regionalen Planung der Langzeitpflege entwickelt. Im Rahmen dieser Arbeit wurden zur Planung der Langzeitpflege für verschiedene Kantone wichtige Kennzahlen mit einheitlicher Methodik berechnet und publiziert.²³ Die Kantone verfügen somit über Grundsätze und methodische Grundlagen zur Ausrichtung der Strukturen auf den künftigen Bedarf.

Eine Analyse der heutigen Situation zeigt, dass die Pflegeheime nahezu ausgelastet sind.²⁴ Der Belegungsgrad im Langzeitbereich betrug im Jahr 2013 im gesamtschweizerischen Durchschnitt 94,9 Prozent und in der Westschweiz durchschnittlich 97,9 Prozent. Das Obsan geht deshalb davon aus, dass in einzelnen Kantonen nicht für alle Personen, die einen Aufenthalt in einem Pflegeheim wünschen, ausreichend Platz vorhanden ist.²⁵

Ende 2015 veröffentlichte das Obsan den Bericht zur Entwicklung der Langzeitpflege älterer Personen von 2006 bis 2013. Er zeigt die wichtigsten Tendenzen in der Inanspruchnahme der

Pflegefachpersonen ausgeübt werden.

²⁰ GDK, OdASanté (2009): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Bern. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilungen/Versorgungsbericht_Deutsch_20091201_def.pdf.

²¹ Artikel 50 in Verbindung mit Artikel 39 KVG.

²² Vormals Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK).

²³ Bayer-Oglesby, Lucy; Höpflinger, François (2010): Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz, Methodik und kantonale Kennzahlen, Obsan

²⁴ Die Studie der Credit Suisse «Die Zukunft des Pflegeheimmarkts» vom 4. Juni 2015 (S. 35ff.) rechnet mit einem zukünftigen Investitionsbetrag in den Bau zusätzlicher Pflegeheime von rund 20 Milliarden Franken bis 2040 oder rund 700 Millionen Franken pro Jahr (ohne Ersatzbauten, Renovationen, sowie Neubauinvestitionen). <https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/pflegeheimmarkts-de.pdf>.

²⁵ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013. Obsan Rapport 67. Obsan, S. 13.

Alters- und Pflegeheime und der Spitex sowie der Langzeitaufenthalte in Spitälern in der Schweiz auf.²⁶ Es wurde festgestellt, dass im letzten Jahrzehnt ein Rückgang von Heimeintritten zugunsten anderer Betreuungsformen stattfand. Im Jahre 2006 lebten 6,4 Prozent der über 65-Jährigen in einem Alters- und Pflegeheim, während es 2013 noch 5,8 Prozent waren. Dieser Rückgang ist sowohl bei den 65-79-Jährigen als auch bei den 80-Jährigen und Älteren feststellbar. Parallel dazu hat der Anteil der über 65-Jährigen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, leicht zugenommen.²⁷ Eine Zunahme verzeichnen auch die, bisher kaum statistisch erfassten, intermediären Strukturen, wie zum Beispiel Alterswohnungen (inkl. betreutem Wohnen).²⁸

In der neusten Studie²⁹ zur Entwicklung der kantonalen Unterschiede in der Betreuung älterer Menschen von 2006 bis 2013 kommt das Obsan zum Schluss, dass die Kantone in der Alterspflege grundsätzlich die gleichen Herausforderungen haben, diese jedoch immer noch mit unterschiedlichen Lösungen angehen. Zwar hat sich inzwischen in immer mehr Kantonen der Grundsatz «ambulant vor stationär» durchgesetzt, die kantonalen Betreuungspraktiken hingegen fanden in den letzten Jahren keine Annäherung. Es gibt nach wie vor markante Unterschiede in der Inanspruchnahme der formellen Strukturen (Alters- und Pflegeheime sowie Spitex) in Ost und West der Schweiz. Diese seien unter anderem auch auf die unterschiedlich vorhandenen, alternativen Betreuungsformen wie intermediäre Strukturen zurückzuführen.³⁰

In den kommenden Jahren wird sich somit die Art der Pflege ändern. Die Nachfrage nach ambulanter, professioneller Pflege im Alter wird zunehmen. Heute leben rund 90 Prozent der 80- bis 84-Jährigen zu Hause. In der Folge der demografischen, medizinischen und sozialen Trends erfolgt der Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim in den kommenden Jahren tendenziell später und häufiger erst gegen das Lebensende. Die absehbare Entwicklung bedeutet eine Herausforderung in Bezug auf Infrastruktur, Personal und Finanzierung. Damit wird sich nicht nur die Organisation des Bereichs der Langzeitpflege ändern, sondern auch die Art, wie die Pflegefachkräfte zum Einsatz kommen.

2.3 Ausgaben und Finanzierung

Um die Entwicklung der Ausgaben und Finanzierung der Langzeitpflege aufzuzeigen, werden im nachfolgenden Abschnitt zuerst die aktuellen Ausgaben und deren Finanzierung beschrieben. Anhand von Projektionen werden danach die zukünftigen Ausgaben beziffert und die Finanzierungslast für das heutige Finanzierungsregime bis im Jahr 2045 aufgezeigt. Um die Herausforderungen einer künftigen Finanzierung der Langzeitpflege in den Kontext der allgemeinen Entwicklung der Gesundheitskosten einordnen zu können, werden auch die Projektionen für die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) aufgezeigt.³¹

²⁶ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013. Obsan Rapport 67. Obsan.

²⁷ Ebd., S. 8.

²⁸ Ebd., S. 9.

²⁹ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2016): Soins de longue durée dans les cantons: Un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006-2013. Obsan Rapport 69. Obsan.

³⁰ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2016): Soins de longue durée dans les cantons: Un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006-2013. Obsan Rapport 69. Obsan, S. 11.

³¹ Die Ausgabenprojektionen, welche in diesem Bericht vorgestellt werden, stützen sich auf das im Jahr 2012 veröffentlichte Working Paper Nr. 19 der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) «Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060». Am 28. April 2016 hat die EFV in ihrem Legislaturfinanzplan 2015-2019 neue Berechnungen zur Ausgabenentwicklung, u.a. auch für den Bereich der Langzeitpflege bis 2045 vorgelegt (Brändle, Th., Colombier, C., Philipona, A. (2016). Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2016. Eidgenössisches Finanzdepartement EFD. <https://www.efd.admin.ch/efd/de/home/dokumentation/broschueren/periodika/langfristperspektiven-der-oeffentlichen-finanzen-in-der-schweiz-.html>). Da diese neuen Zahlen keine bedeutenden materiellen Abweichungen gegenüber den Projektionen im 2012 aufzeigen,

2.3.1 Ausgangslage

Die Finanzierung der Leistungen der Langzeitpflege erfolgt durch die jeweils zuständige Sozialversicherung, durch die Kantone und Gemeinden, durch die Regimes der sozialen Sicherheit, durch bedarfsabhängige Beiträge der Kantone wie zum Beispiel die Ergänzungsleistungen zur AHV (EL zur AHV) sowie von privater Seite. Der Bund beteiligt sich im Rahmen der EL zur AHV (Existenzsicherung) und der AHV-Hilflosenentschädigung an der Finanzierung. Die Aufstellung in Tabelle 1 zeigt, dass von den total rund 11 Milliarden Franken an Finanzierungsbedarf für die Pflegeheime und die Spitex im Jahr 2013 die Kantone und Gemeinden rund 2,6 Milliarden und die EL zur AHV rund 1,6 Milliarden Franken der Finanzierungslast tragen. Die Bundesbeiträge erfolgen wie erwähnt indirekt, weshalb sie in Tabelle 1 nicht separat ausgewiesen werden. Die privaten Haushalte kommen für etwas mehr als 35 Prozent oder rund 3,8 Milliarden Franken der Ausgaben auf (3,4 Milliarden Fr. bei den Pflegeheimen und 0,4 Milliarden Fr. im Bereich der Spitex). Die Sozialversicherungen (OKP und AHV) steuern rund 2,7 Milliarden Franken bei (2,1 Milliarden Fr. bei den Pflegeheimen und 0,6 Milliarden Fr. im Bereich Spitex). Der überwiegende Teil der Finanzierung der Langzeitpflege wird für die Pflegeheime aufgewendet (9 Milliarden Fr. gegenüber 1,9 Milliarden Fr. für Spitex).

und somit die grossen Entwicklungen und Trends auch nicht substantiell anders zu beurteilen sind als vor vier Jahren, wird in diesem Bericht grundsätzlich nach wie vor von den Ausgabenprojektionen von 2012 ausgegangen.

Tabelle 1: Finanzierung der Langzeitpflege nach Finanzierungsregime (in Millionen Franken)

Finanzierungsregime		Höhe der Finanzierung 2013			
		Pflegeheime		Spitex	
Staat	Insgesamt	1'720,8	(18,7%)	925,9	(47,4%)
	Bund ³²				
	Kantone	845,0	(9,2%)	512,5	(26,2%)
	Gemeinden	875,8	(9,5%)	413,4	(21,2%)
Sozialversicherungen	Insgesamt	2'137,5	(23,2%)	584,5	(30,0%)
	OKP	1'589,6	(17,3%)	577,6	(29,6%)
	UVG	1,7	(0,02%)	6,9	(0,4%)
	AHV-Hilflosenentschädigung ³³	546,2	(5,9%)		
Andere Regimes	Insgesamt	1'978,6	(21,5%)	56,1	(2,9%)
	EL zur AHV	1'570,9	(17,1%)	32,4	(1,7%)
	EL zur IV			23,7	(1,2%)
	Alters- u. Pflegehilfe, kantonal	407,7	(4,4%)		
Private Finanzierung	Insgesamt	3'375,5	(39,4%)	384,2	(19,7%)
	Privatversicherung			51,5	(2,6%)
	Private Haushalte	3'140,0	(36,6%)	278,1	(14,3%)
	Andere private Finanzierung	235,5	(2,6%)	54,6	(2,8%)
Total		9'211,6	(100%)	1'949,8	(100%)

Quelle: BFS 2015, Auszug aus Tabelle T 14.01.06 Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2013.

Die Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Pflegeheim- und Spitexkosten in den Jahren 2009 bis 2013 im aktuellen Finanzierungsregime der Langzeitpflege. Auf allen Ebenen des Regimes hat die Belastung zugenommen. Es gilt hierbei zu berücksichtigen, dass die Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 in Kraft getreten ist. Die Arbeiten zur Evaluation der Auswirkungen der Neuordnung werden im Jahre 2016 in Angriff genommen (siehe dazu Ziffer 1.5, Berichtsteil II).

³² Bund und Kantone tragen auch zur Finanzierung von Kosten der Langzeitpflege bei. Dies betrifft vor allem die Ausgaben im Bereich der EL zur AHV (Existenzsicherung) und die Ausgaben zugunsten der Prämienverbilligungen. Ausserdem finanziert der Bund die AHV-Hilflosenentschädigung vollständig. Diese Ausgaben figurieren in der vorliegenden Tabelle nicht unter dem Finanzierungsregime Bund und Kantone sondern unter anderen Positionen.

³³ Die Ausgaben für die Hilflosenentschädigung zur AHV (AHV HE) teilt das BFS vollständig den Pflegeheimen zu. Aufgrund der vorhandenen Daten kann nicht eruiert werden, ob die Entschädigung, welche die Patientinnen und Patienten erhalten, im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in einem Pflegeheim oder zur Deckung von Spitexleistungen verwendet wurden.

Tabelle 2: Entwicklung von Pflegeheim- und Spitexkosten 2009 bis 2013 (in Millionen Franken)

Jahr		Kantone/ Gemeinden	OKP	AHV HE	EL AHV	Alters- und Pflege- hilfe kantonal	Private Haushalte
2009	Pflege- heime	884,3	1'605,6	467,0	1'379,9	356,9	3'055,0
	Spitex	653,2			22,5		44,3
	Total	1'537,5	2'060,8	467,0	1'402,4	356,9	3'099,3
2010	Pflege- heime	789,5	1'634,9	469,1	1'460,7	366,9	3'204,8
	Spitex	717,8	483,4		26,0		214,8
	Total	1'507,3	2'118,3	469,1	1'486,7	366,9	3'419,6
2011	Pflege- heime	1'177,8	1'592,5	508,4	1'510,5	384,1	3'263,7
	Spitex	753,7	498,9		28,3		301,5
	Total	1'931,5	2'091,4	508,4	1'538,8	384,1	3'565,2
2012	Pflege- heime	1'403,8	1'597,6	530,3	1'541,5	400,8	3'333,4
	Spitex	885,3	540,9		30,8		257,1
	Total	2'289,1	2'138,5	530,3	1'572,3	400,8	3'590,5
2013	Pflege- heime	1'720,8	1'589,6	546,2	1'570,9	407,7	3'375,5
	Spitex	925,9	577,6		32,4		384,2
	Total	2'646,7	2'167,2	546,2	1'603,3	407,7	3'759,7

Quelle: BFS, verschiedene Jahre, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Tabelle 14.5.3.5.

2.3.2 Annahmen für die Ausgabenprojektionen (inkl. Definition zentraler Begriffe)

Bei den in den nachfolgenden Kapiteln 2.3.3 und 2.3.4 dargelegten Zahlen handelt es sich um Projektionen der EFV und keine Prognosen. Die Projektionen stellen eine Fortschreibung langfristiger Trends und deren Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben dar. Zwar sind die Projektionen mit Unsicherheiten behaftet, die Grössenordnung der absehbaren Entwicklung wird davon jedoch nicht wesentlich tangiert. Ein Blick in die Zukunft ist naturgemäss mit Unsi-

cherheiten behaftet. Dies betrifft etwa die Annahmen über die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, die Kostentreiber und die unterstellten Demografieszenarien. So sind die Projektionen als «wenn-dann»-Aussagen zu verstehen. Zum Beispiel wenn sich der Anteil der ab 65-Jährigen wie im Bevölkerungsszenario unterstellt entwickelt, steigen die Pflegeausgaben der OKP um x Prozent an. Werden der Berechnungsansatz und die dem Modell zugrunde gelegten Annahmen geändert, ändern sich entsprechend auch die Auswirkungen. Die Projektionen basieren zudem auf den geltenden gesetzlichen Regelungen.

Entsprechend dem internationalen Standard, wie er von der EU und der OECD verwendet wird, werden die Projektionen der zukünftigen *öffentlichen Ausgaben* (inklusive OKP) für die Langzeitpflege für Personen ab 65 Jahren und die *öffentlichen Ausgaben* für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege, inklusive OKP) mit dem sogenannten Kohortenansatz berechnet. Kennzeichen dieses Ansatzes ist es, dass die nach Alterskohorten gegliederten Ausgaben für die Langzeitpflege mit der Bevölkerungsentwicklung über einen längeren Zeitraum, in den Projektionen der EFV von 2009 bis 2060, fortgeschrieben werden.^{34 35} Damit können die Effekte, welche die absehbare Alterung der Schweizer Bevölkerung auf die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege und für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) haben dürften, abgeschätzt werden. Die Ausgabenprojektionen und die Finanzierungslast werden in diesem Bericht bis zum Jahr 2045 aufgezeigt, da ein Zeithorizont bis 2060 weniger voraussehbar und folglich mit grösseren Unsicherheiten verbunden ist.

Neben der Alterung der Bevölkerung wird in den Projektionen berücksichtigt, dass ein Zusammenhang zwischen der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und ihrem Gesundheitsstand respektive der Pflegebedürftigkeit der älteren Bevölkerung besteht. Im sogenannten «Referenzszenario», welches den Projektionen zugrunde liegt, wird angenommen, dass die Bevölkerung, die älter als 65 Jahre ist, die Hälfte ihrer durch die steigende Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre verbringt, ohne pflegebedürftig zu werden respektive die Hälfte der gewonnenen Lebenszeit in guter Gesundheit erlebt.³⁶ Das Referenzszenario entspricht dem mittleren Szenario der Ausgabenprojektionen. Ein optimistisches und ein pessimistisches Szenario wurden ebenfalls gerechnet, siehe Anhang 6, Tabelle III und IV. Diese Szenarien verändern die Grössenordnung der Entwicklung nicht wesentlich gegenüber dem Referenzszenario.

Im Referenzszenario der Ausgaben für die Langzeitpflege trägt neben der Alterung (inklusive Bevölkerungszuwachs) ein zweiter Kostentreiber zur Ausgabenentwicklung bei, der sogenannte Baumoleffekt.³⁷ Für die Projektionen der Pflegeausgaben wird unterstellt, dass der Baumoleffekt vollständig wirksam ist. Im Weiteren wird angenommen, dass die Effizienzsteigerung im Bereich Langzeitpflege gering sein wird, und dass die gesamtwirtschaftliche Einkommensentwicklung keinen Einfluss auf die Pflegeausgaben hat.

³⁴ Für eine umfassende Darstellung der Ausgabenprojektionen im Gesundheitswesen vgl. Colombier, Carsten (2012): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 19. Bern.

³⁵ Die Projektionen basieren auf dem mittleren Bevölkerungsszenario des Bundesamtes für Statistik (BFS): Szenario A-00-2010. Diesem wird eine Geburtenrate von 1.5 unterstellt und die Lebenserwartung (bei Geburt) von Frauen steigt von knapp 85 Jahren im Jahr 2010 auf 89 Jahre im Jahr 2045 an. Im selben Zeitraum nimmt die Lebenserwartung der Männer von 80 auf 84 Jahre zu.

³⁶ Verschiedene Studien zeigen, dass die Entwicklung bisher günstiger ist und sogar drei Viertel der gewonnenen Lebenszeit in guter Gesundheit erlebt werden können.

³⁷ Der Baumoleffekt oder die Baumolsche Kostenkrankheit ist ein relativer Preiseffekt. Dieser besagt, dass die Löhne für das Gesundheitspersonal langfristig mit dem Durchschnittslohn in der Volkswirtschaft steigen müssen, damit langfristig genügend Gesundheitspersonal rekrutiert werden kann. Zudem wird davon ausgegangen, dass der Durchschnittslohn proportional zum gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritt steigt. Da der Produktivitätsfortschritt aber tiefer als in der Gesamtwirtschaft ist, steigen die Gesundheitspreise im Vergleich zum allgemeinen Preisniveau überproportional an (Brändle, Th., Colombier, C., Philippon, A. (2016). Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2016. Eidgenössisches Finanzdepartement EFD, S. 54).

Im Referenzszenario der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) trägt neben der Alterung (inklusive Bevölkerungszuwachs) der Einkommenseffekt zum Anstieg der erwähnten Ausgaben bei. Für die Projektionen wird unterstellt, dass die Ausgaben leicht überproportional zum gesamtwirtschaftlichen Einkommen (Einkommenselastizität: 1.1) zunehmen.³⁸ Im Unterschied zum Referenzszenario der Pflegeausgaben wird bei den Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) unterstellt, dass der Baumoleffekt keinen Einfluss hat.³⁹

In den Ausgabenprojektionen schlägt der Effekt der Alterung – und damit die starke Zunahme der Alterskohorten über 80 – im Bereich der Langzeitpflege im Referenzszenario stärker als im Bereich der Gesundheit (ohne Langzeitpflege) durch.⁴⁰ Daraus resultiert eine stärkere Ausgabendynamik bei der Langzeitpflege, mit einem Ausgabenwachstum von real 3,4 Prozent pro Jahr im Durchschnitt der Jahre von 2011 bis 2045, als bei der Gesundheit (ohne Langzeitpflege), mit einem realen durchschnittlichen Wachstum von 1,8 Prozent pro Jahr. Es ist daher denkbar, dass die Dynamik der Pflegeausgaben bei den Projektionen im Referenzszenario überschätzt und die Ausgaben der Gesundheit (ohne Langzeitpflege) unterschätzt werden.

In die Annahmen für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung fliesst die gemäss BFS-Bevölkerungsszenario zu erwartende, nach 2022 rückläufige Entwicklung der Erwerbsbevölkerung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) sowie eine unterstellte jährliche Zunahme der Arbeitsproduktivität von rund 1 Prozent ein. Die Reallöhne steigen im Gleichschritt zur Arbeitsproduktivität.

Die zentralen Begriffe der in den Ziffern 2.3.3 und 2.3.4 präsentierten Ausgabenprojektionen und Zusatzbelastungen sind in Tabelle 3 wie folgt definiert:

Tabelle 3: Begriffsdefinitionen

Begriff	Definition
Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege («Langzeitpflege», «öffentliche Pflegeausgaben»)	Summe der Ausgaben der öffentlichen Hand (Bund, Kantone und Gemeinden) und der OKP für im Pflegeheim und durch die Spitex erbrachte Leistungen für Personen ab 65 Jahren. ⁴¹

³⁸ Die in diesem Bericht verwendete Einkommenselastizität sagt aus, um wieviel die Gesundheitsausgaben zunehmen, wenn das Einkommen steigt. Dabei spielen nachfrageseitige Faktoren, wie die mit dem Einkommen wachsenden Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen, sowie angebotsseitige Faktoren, wie der medizinisch-technische Fortschritt eine Rolle. Mit wachsendem Einkommen erweitern sich z.B. die Absatzmöglichkeiten für medizinische Innovationen. Dadurch gibt es einen höheren Anreiz, in medizinische Forschung und Entwicklung zu investieren (vgl. Carsten Colombier (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der EFV Nr. 19, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern S. 51f.).

³⁹ Colombier, Carsten (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der EFV Nr. 19, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern, S. 61.

⁴⁰ Bei den Projektionen der Ausgaben für die Langzeitpflege wird im Referenzszenario mit einem prozentualen Beitrag des Kostentreibers der Alterung (inkl. Bevölkerungszuwachs) zum Anstieg von rund 70 Prozent und für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) von rund 50 Prozent gerechnet (preisbereinigt). In den 2016 veröffentlichten Langfristperspektiven rechnet das Eidgenössische Finanzdepartement mit prozentualen Beiträgen von 75 Prozent (Langzeitpflege) bzw. 60 Prozent (Gesundheit ohne Langzeitpflege; vgl. Brändle, Th., Colombier, C., Philipona, A. (2016). Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2016. Eidgenössisches Finanzdepartement EFD, S. 57).

⁴¹ Colombier, Carsten (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der EFV Nr. 19, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern, S. 74.

Begriff	Definition
Öffentliche Ausgaben für die Gesundheit («Gesundheit»), ohne Langzeitpflege	Summe der Ausgaben der öffentlichen Hand (Bund, Kantone und Gemeinden) und der OKP für stationäre Behandlungen in Krankenhäusern (Spitäler, psychiatrische Kliniken), ambulante Behandlungen (in Arztpraxen und Krankenhäusern, Physio- und Psychotherapie), Arzneimittel, therapeutische Apparate, Zahnbehandlung, Prävention und andere Leistungen wie Laborleistungen, Transport und Rettung. ⁴²
Öffentliche Gesamtausgaben Gesundheit	Diese Ausgaben setzen sich aus den öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege und den öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) zusammen.

Der Begriff der «öffentlichen Ausgaben» orientiert sich an der Definition der OECD.⁴³ Er beinhaltet sowohl die staatlichen Ausgaben für die Gesundheit als auch die Ausgaben der OKP und der AHV (Hilflosenentschädigung). Nicht in den «öffentlichen Ausgaben» enthalten sind Ausgaben von privaten Haushalten für die Gesundheit (wie zum Beispiel die Kostenbeteiligung bei OKP-Leistungen oder die Kosten der Hotellerie beim Aufenthalt im Pflegeheim) und die Ausgaben von Privatversicherungen.

2.3.3 Entwicklung der öffentlichen Ausgaben

Die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege (inkl. OKP) und für die Gesundheit (inkl. OKP, ohne Langzeitpflege) wird für den Zeitraum von 2011 bis 2045 unterteilt nach Finanzierungsträgern dargestellt.

2.3.3.1 Ausgabenprojektionen im Bereich der Langzeitpflege (inkl. OKP) für Personen ab 65 Jahren bis 2045 nach Finanzierungsträgern

Die Projektionen in Tabelle 4 zeigen, dass sich die inflationsbereinigten Ausgaben für die Langzeitpflege für Personen ab 65 Jahren zwischen den Jahren 2011 und 2045 mehr als verdreifachen.⁴⁴ Die öffentlichen Ausgaben steigen von 6,1 Milliarden Franken auf rund 12 Milliarden Franken im Jahr 2030 respektive auf knapp 20 Milliarden Franken im Jahr 2045. Das Ausmass der Ausgabendynamik zeigt sich auch darin, dass der Anteil der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege am BIP um mehr als das Doppelte, von 1,1 Prozent im Jahre 2011 auf 2,4 Prozent im Jahre 2045 steigt, während gesamtwirtschaftlich das reale Einkommen, ausgedrückt durch das BIP, im selben Zeitraum schätzungsweise um das 1,4-fache ansteigt.⁴⁵

⁴² Ebd., S. 68ff.

⁴³ Definition OECD: «Public expenditure on health care: health expenditure incurred by public funds. Public funds are state, regional and local Government bodies and social security schemes», vgl. OECD Health Statistics (2015). Definitions, Sources, Methods. <http://stats.oecd.org/fileview2.aspx?IDFile=bd8e3b78-1c2c-4559-af30-d552e81b71b1>.

⁴⁴ Im Jahr 2011 ist die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft getreten (vgl. Pressemitteilung des BAG vom 4. Dezember 2009. <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=30538>). Die Auswirkungen dieser Reform auf die Kostenaufteilung sind in den Projektionen durch eine Schätzung des BAG berücksichtigt worden.

⁴⁵ Die Studie der Credit Suisse (CS) «Die Zukunft des Pflegeheimmarkts» vom Juni 2015 geht davon aus, dass sich der Anteil der Ausgaben für Pflegeheime und Spitex selbst unter optimistischen Annahmen bis im Jahr 2040 verdoppeln wird.

Tabelle 4: Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege nach Finanzierungsträgern bis 2045 (in Mio. Fr. zu Preisen von 2009)

Jahr	Total	Kantone ^a	OKP ^b	Gemeinden ^c	AHV ^d	Bund ^e
2011	6'192	2'798	1'831	772	468	322
2020	8'381	3'793	2'480	1'041	634	432
2025	9'631	4'520	2'955	1'239	756	512
2030	11'999	5'435	3'555	1'489	909	611
2035	14'377	6'520	4'261	1'780	1'090	726
2040	16'914	7'683	5'013	2'087	1'283	848
2045	19'544	8'888	5'794	2'407	1'482	973

Quelle: EFV, BFS, BAG.

^a EL zur AHV für die Langzeitpflege sowie kantonale Beiträge an Pflegeheime, Spitex, an den IPV-Anteil für die Langzeitpflege und den Anteil der Sozialhilfe für die Langzeitpflege.

^b Bruttoausgaben OKP ohne Beiträge von Bund und Kantonen an den IPV-Anteil für die Langzeitpflege.

^c Kommunale Beiträge an Pflegeheime, Spitex, den Anteil der Sozialhilfe für die Langzeitpflege und die Verwaltung des IPV-Anteils für die Langzeitpflege.

^d Hilflosenentschädigung (HE) ohne Anteil Bundesbeitrag an die AHV.

^e Bundesbeitrag an den IPV-Anteil für die Langzeitpflege und Anteil Bundesbeitrag an die AHV im Bereich AHV-HE, ohne Anteil EL zur AHV für Existenzsicherung.

Gemäss diesen Ausgabenprojektionen kommt bis zum Jahr 2045 ein erheblicher Finanzierungsbedarf auf die öffentlichen Haushalte und die Sozialversicherungen zu (vgl. Tabelle 4). Die grössten Lasten fallen bei den Kantonen und der OKP an. Die Kantone werden im Jahr 2045 allein für die Langzeitpflege knapp 9 Milliarden Franken aufwenden müssen. In der OKP werden die inflationsbereinigten Ausgaben von 1,8 Milliarden Franken im Jahr 2011 auf fast 6 Milliarden Franken im Jahr 2045 ansteigen.

Eine Aufspaltung der Kostenprojektionen nach Pflegeheimen und Pflege zu Hause (Spitex) zeigt, dass das Kostenwachstum zu einem wesentlichen Teil von der Zunahme der Ausgaben für Pflegeheime getrieben wird (siehe Anhang 6, Tabelle I). Die öffentlichen Ausgaben für die Pflegeheime steigen zwischen 2011 und 2045 gemessen im Verhältnis zum BIP um mehr als das Doppelte an, von 0,5 auf 1,2 Prozent des BIP, während die Spitexausgaben lediglich von 0,2 auf 0,3 Prozent zunehmen. Allerdings ist die Kostendynamik in beiden Bereichen praktisch gleich stark. Folglich nimmt der ohnehin hohe Ausgabenanteil in der Langzeitpflege, welcher für die Pflegeheime aufgewendet wird, weiter zu.

2.3.3.2 Ausgabenprojektionen für die öffentlichen Ausgaben im Bereich der Gesundheit bis 2045 nach Finanzierungsträger

Nicht nur der Bereich der Langzeitpflege sieht sich mit einem Kostenwachstum konfrontiert, sondern auch die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit. Die Ausgabenprojektionen für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) zeigen, dass die Belastung der Finanzierungsträger zwischen 2011 und 2045 um das 1,7-fache steigt. Die Ausgaben belaufen sich im Jahr 2045 auf rund 63 Milliarden Franken. Davon tragen bei Weiterführung des heutigen Finanzierungsregimes die OKP mit rund 35 Milliarden Franken und die Kantone mit rund 22 Milliarden Franken die Hauptlast der Ausgaben respektive der Zusatzbelastung (vgl. Tabelle 5). Zusammen übernehmen diese zwei Finanzierungsträger folglich 57 Milliarden Franken oder rund 90 Prozent der projizierten öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege). Auf den Bund und die Gemeinden entfallen rund 6 Milliarden Franken oder gut 10 Prozent. Bis zum Jahr 2045 kommt gemäss den Ausgabenprojektionen somit ein erheblicher Finanzierungsbedarf auf die öffentlichen Haushalte und die OKP zu (vgl. Ziffer 2.3.4).

Tabelle 5: Öffentliche Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) nach Finanzierungsträger bis 2045 (in Mio. Fr. zu Preisen von 2009)

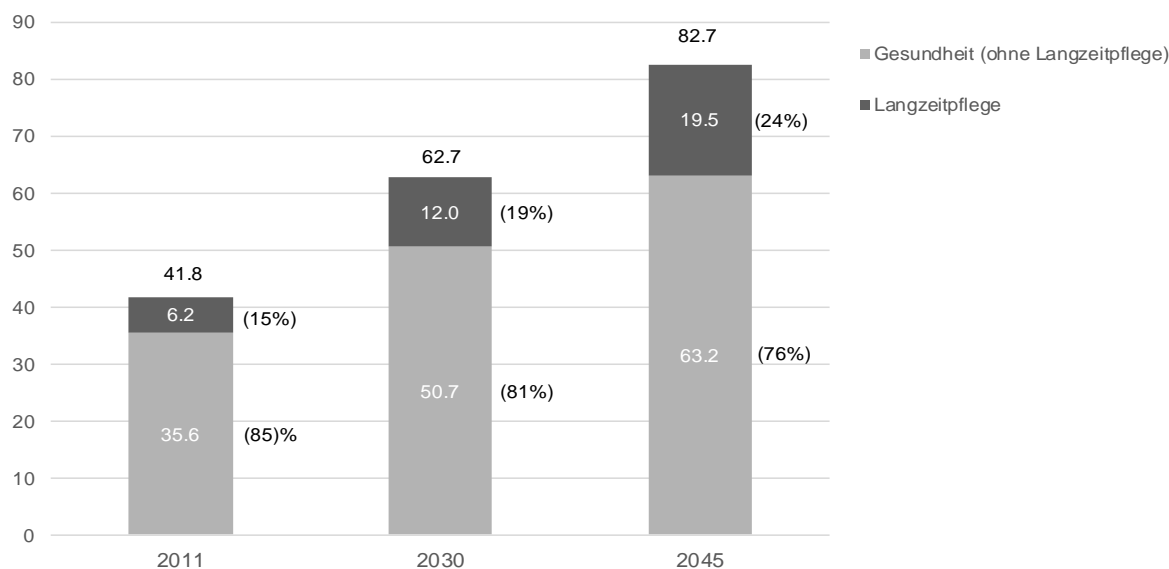
Jahr	Total (Staat + OKP)	Staat	Kantone	Bund	Gemeinden	OKP (inkl IPV)
2011	35607	15090	11263	2779	1048	20517
2020	43594	19206	14660	3325	1221	24388
2025	47189	20804	15922	3574	1307	26385
2030	50721	22388	17180	3815	1392	28333
2035	54685	24169	18594	4087	1488	30516
2040	59031	26123	20141	4387	1595	32908
2045	63182	27996	21622	4675	1699	35186

Quelle: EFV, BFS

Der Vergleich der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege mit denjenigen für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) bis im Jahr 2045 zeigt auf, dass der Kostenanteil der Langzeitpflege überproportional steigt (vgl. Abbildung 1). Im Jahr 2011 betragen die öffentlichen Pflegeausgaben rund 15 Prozent der Gesamtausgaben Gesundheit. Dieser Anteil erhöht sich über die Zeit erheblich und erreicht rund 19 Prozent im Jahr 2030 respektive rund 24 Prozent im Jahr 2045. Werden die Ausgabenprojektionen für die Langzeitpflege in Relation zu den projizierten Gesamtausgaben Gesundheit gesetzt, relativiert sich die Bedeutung der Verdreifachung der Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege (siehe Ziffer 2.3.3.1), da die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege), in absoluten Zahlen betrachtet, viel stärker steigen als in der Langzeitpflege, und somit auch im Jahr 2045 nach wie vor weit höher ins Gewicht der Gesamtausgaben Gesundheit fallen.⁴⁶

⁴⁶ Würde bei den Annahmen, welche den Projektionen zu den öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) und für die Langzeitpflege zugrunde liegen, jeweils ein Baumoleffekt berücksichtigt (bisher nur bei den Ausgaben der Langzeitpflege), stiegen die beiden Ausgabenbereiche prozentual im selben Ausmass.

Abbildung 1: Gesamtausgaben Gesundheit bis 2045, unterteilt in öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege und für die Gesundheit (Staat und Sozialversicherungen, in Milliarden Franken)⁴⁷



Quelle: EFV, BFS.

Das projizierte Wachstum der Ausgaben für die Langzeitpflege widerspiegelt sich innerhalb der Ausgabenstruktur der OKP zwischen 2011 und 2045 wie folgt: Der Anteil Ausgaben für die Langzeitpflege in der OKP verdoppelt sich zwar bis im Jahr 2045, übersteigt aber kaum einen Sechstel der Gesamtausgaben der OKP (vgl. im Anhang 6, Abbildung II).

2.3.4 Finanzierungslast

Die im vorhergehenden Kapitel dargelegten Projektionen zeigen die Dynamik der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege und die Gesundheit bis im Jahr 2045 auf. Für die Berechnung der zukünftigen Finanzierungslast müssen jedoch neben den Ausgaben auch die zusätzlichen Einnahmen respektive Einkommen berücksichtigt werden. Diese resultieren aus dem Wirtschaftswachstum (BIP-Wachstum), bei dem angenommen wird, dass es im jährlichen Mittel um ca. 1 Prozent zunimmt.

Bei Bund, Kantonen und Gemeinden wird die Finanzierungslast nachfolgend als Zusatzbelastung dargestellt. Diese zeigt sich, wenn die projizierten Ausgaben der Staatsebenen stärker steigen als deren projizierten Fiskaleinnahmen.⁴⁸ Eine Deckung der Zusatzbelastung könnte dann zum Beispiel mittels Steuerhöhungen erfolgen. Der Kostendruck in der Langzeitpflege und der Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) beeinflusst auch den Anstieg der Ausgaben der OKP (inkl. IPV). Um die zukünftige Finanzierungslast für die OKP darzustellen, wird der Anstieg der OKP-Prämienausgaben an den durchschnittlich verfügbaren Haushaltseinkommen aufgezeigt.⁴⁹ Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass nicht nur die Kosten der OKP (inkl. IPV) bis 2045 steigen, sondern auch die durchschnittlichen Haushaltseinkommen. Die projizierte Zunahme der Einkommen der Haushalte absorbiert somit einen Teil des projizierten

⁴⁷ Die öffentlichen Gesamtausgaben für die Gesundheit entsprechen der Summe der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege, vgl. Tabelle 4, und der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege), vgl. Tabelle 5.

⁴⁸ Die Fiskaleinnahmen umfassen die Steuern, Sozialversicherungsbeiträge und Zölle. Bei den Kantonen entsprechen die Fiskaleinnahmen im Durchschnitt ungefähr 50 Prozent ihrer gesamten Staatseinnahmen. Die Staatseinnahmen beinhalten unter anderem auch Einnahmen aus Gebühren, Erträge aus kantonseigenen Betrieben, Nationalbankausschüttungen oder Transferzahlungen aus dem nationalen Finanzausgleich.

⁴⁹ Die durchschnittlich verfügbaren Haushaltseinkommen entsprechen der Summe der Einkommen privater Haushalte nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsabgaben ohne Prämienbelastung durch die OKP.

OKP-Prämienanstieges, der auf den Anstieg der Ausgaben für die Langzeitpflege und die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) zurückzuführen ist. Der verbleibende, nicht gedeckte Betrag wird nachfolgend als sogenannte Mehrbelastung der privaten Haushalte bezeichnet. Es wird davon ausgegangen, dass die Mehrbelastung durch die privaten Haushalte gedeckt wird, weshalb keine Zusatzbelastung für die OKP entsteht. Die Mehrbelastung der AHV wegen des Ausgabenanstiegs der Langzeitpflege wird nach einem ähnlichen Prinzip wie bei der OKP dargestellt, indem die Finanzierungslast in Form zusätzlicher Lohnbeiträge beziffert wird.

2.3.4.1 Finanzierungslast im Bereich der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege bis 2045 nach Finanzierungsträger

Für Bund, Kantone und Gemeinden wurden die jeweilige Finanzierungslast in Milliarden Franken und in Prozent der Fiskaleinnahmen in Tabelle 6 für die Jahre 2030 und 2045 ausgewiesen.⁵⁰ Die von dieser Entwicklung am stärksten betroffene Ebene der Kantone müsste beispielsweise bis im Jahre 2045 ihre Steuereinnahmen um 8,3 Prozent beziehungsweise teuerungsbereinigt rund 4,9 Milliarden Franken mehr einnehmen, um alleine den Anstieg bei den Pflegeausgaben finanzieren zu können. Im Jahr 2030 müssten die Kantone teuerungsbereinigt rund 2 Milliarden Franken zusätzlich für die Langzeitpflege ausgeben.

Tabelle 6: Zusatzbelastung von Bund, Kantonen und Gemeinden sowie der AHV aufgrund des Anstiegs der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege^{51 52}

Jahr		Bund	Kantone	Gemeinden	AHV
	Finanzierungsanteile				
2011	- in % Fiskaleinnahmen ^a / Beiträge ^b	0,5%	6,9%	3,1%	0,9%
	Zusatzbelastung gegenüber 2011				
2030	- in % Fiskaleinnahmen ^a / Beiträge ^b	+0,3%	+3,9%	+1,8%	+0,9%
	- in Mio. CHF (zu Preisen 2009)	217	2'010	547	408
2045	- in % Fiskaleinnahmen ^a / Beiträge ^b	+0,6%	+8,3%	+3,6%	+1,6%
	- in Mio. CHF (zu Preisen 2009)	515	4'904	1'312	884

Quelle: EFV, BFS.

^a Fiskaleinnahmen von Bund, Kantonen und Gemeinden; ^b Lohnbeiträge der AHV.

⁵⁰ Die Finanzierungslast in Milliarden Franken entspricht den geschätzten zusätzlichen Fiskaleinnahmen des jeweiligen Jahres, welche zusätzlich erzielt werden müssten, um die über den (aus der Wirtschaftsentwicklung resultierenden) Einnahmenanstieg hinausgehende Zunahme der Ausgaben für die Langzeitpflege zu finanzieren. Dabei stellt diese Zahl eine rein finanzpolitische Kennziffer dar, welche selbstverständlich kein Präjudiz für den konkreten Finanzierungsentscheid in der Zukunft darstellt.

⁵¹ Gemäss der Definition der öffentlichen Finanzstatistik entsprechen die Fiskaleinnahmen praktisch den Steuereinnahmen. Auf der kantonalen Ebene kommen noch Regalien, Konzessionen und Patente hinzu.

⁵² Für die Berechnungen in Tabelle 5 wird angenommen, dass die Fiskaleinnahmen proportional zum BIP wachsen. Die Lohnbeiträge der AHV steigen gemäss der projizierten Nominallohnentwicklung.

Am zweitstärksten wären die Gemeinden vom Anstieg der Ausgaben der Langzeitpflege betroffen. Sie müssten ihre Steuereinnahmen um fast 4 Prozent erhöhen, um die bis im Jahr 2045 resultierende Zusatzlast von teuerungsbereinigt rund 1,3 Milliarden Franken finanzieren zu können. Der Bund ist weit weniger betroffen, müsste aber bis im Jahr 2045 immerhin rund 0,6 Prozent seiner Steuereinnahmen zusätzlich für die pflegebezogenen Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) und die Kosten der Hilflosenentschädigungen der AHV aufwenden.⁵³ Zur Deckung dieses Anteils der AHV-Ausgaben würde im Jahr 2030 eine Erhöhung der Lohnbeiträge um 0,9 Prozentpunkte erforderlich sein, was einer Verdoppelung gegenüber dem Jahr 2011 entspricht. Im Jahr 2045 wäre eine Erhöhung der Lohnbeiträge von 1,6 Prozentpunkten gegenüber dem Jahr 2011 notwendig. Alleine für die Finanzierung des Anteils der AHV-Ausgaben für die Langzeitpflege müssten im Jahr 2045 somit 1,6 Lohnprozente aufgewendet werden (vgl. Tabelle 6).

Im Jahr 2011 betrug die Belastung der privaten Haushalte für OKP-Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege 0,7 Prozent der durchschnittlich verfügbaren Haushaltseinkommen. Unter Berücksichtigung der Einkommenssteigerung erhöht sich diese (Zusatz-)Belastung wegen des Kostendrucks in der Langzeitpflege um 0,4 Prozentpunkte im Jahr 2030 respektive um 0,8 Prozentpunkte oder 3,6 Milliarden Franken bis zum Jahre 2045. Die privaten Haushalte müssen im Jahr 2045 folglich 0,8 Prozentpunkte des durchschnittlich verfügbaren Einkommens alleine für den Anteil an der OKP-Prämie aufwenden, welcher zur Deckung der Pflegeausgaben benötigt wird. Dies entspricht im Vergleich mit dem Jahr 2011 einer Verdoppelung der Belastung der privaten Haushalte (vgl. Anhang 6, Tabelle V).

2.3.4.2 Gesamtbetrachtung der Finanzierungslast im Bereich der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit

Nachfolgend wird zuerst die Finanzierungslast im Bereich der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) für den Bund, die Kantone und die Gemeinden ausgewiesen und mit der Finanzierungslast aus dem Bereich der Langzeitpflege verglichen. Danach wird die Mehrbelastung der privaten Haushalte durch den Anstieg der OKP-Ausgaben in den Bereichen Gesundheit (ohne Langzeitpflege) und Langzeitpflege aufgezeigt.

Die zusätzliche Finanzierungslast im Bereich der Gesundheit (ohne Langzeitpflege), die gestützt auf die Ausgaben- und Einnahmenprojektionen zu erwarten ist, verteilt sich sehr unterschiedlich auf die drei Staatsebenen wie aus der Tabelle 7 ersichtlich wird.⁵⁴ Am stärksten betroffen sind die Kantone. Sie müssten teuerungsbereinigt rund 3,4 Milliarden Franken im Jahre 2030 und rund 5,6 Milliarden Franken im Jahre 2045 zusätzlich einnehmen, um die Finanzierungslast zu bewältigen. In Prozentpunkten der Fiskaleinnahmen entspricht dies einer Erhöhung von 6,5 Punkten bis im Jahr 2030 respektive rund 9,3 Punkten bis im Jahr 2045. Somit würden die Kantone im Jahre 2045 alleine rund 37 Prozent ihrer Fiskaleinnahmen für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) ausgeben. Die Finanzierungslast beim Bund und den Gemeinden ist hingegen wesentlich geringer und beläuft sich im Jahre 2045 beispielsweise auf knapp 716 Millionen Franken oder 0,9 Prozent der Fiskaleinnahmen respektive 212 Millionen Franken oder 0,6 Prozent der Fiskaleinnahmen.

⁵³ In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der Bund insbesondere mit seinem ausgabenprozentualen Beitrag von 19,55 Prozent der AHV-Ausgaben und dem MwSt-Demografieprozent zur AHV-Finanzierung sowie den EL zur AHV ebenfalls substanzielle demografische Lasten mitträgt. Zudem finanziert der Bund die Hilflosenentschädigungen der AHV vollumfänglich.

⁵⁴ Die ausgewiesene Zusatzbelastung entspricht dem Anteil der projizierten Fiskaleinnahmen des jeweiligen Jahres, welcher zusätzlich aufgewendet werden müsste, um die über den (aus der Wirtschaftsentwicklung resultierenden) Einnahmenanstieg hinausgehende Zunahme der Gesundheitsausgaben zu finanzieren.

Tabelle 7: Zusatzbelastung von Bund, Kantonen und Gemeinden aufgrund des Anstiegs der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) und für die Langzeitpflege

Jahr		Bund		Kantone		Gemeinden	
		G ^a (ohne L)	L ^b	G ^a (ohne L)	L ^b	G ^a (ohne L)	L ^b
	Finanzierungsanteile						
2011	in % der Fiskaleinnahmen ^c	4,7%	0,5%	27,6%	6,9%	4,2%	3,1%
	Zusatzbelastung gegenüber 2011						
2030	in % der Fiskaleinnahmen ^c	+0,6%	+0,3%	+6,5%	+3,9%	+0,3%	+1,8%
	in Mio. CHF (zu Preisen 2009)	412	217	3'396	2'010	114	547
2045	in % der Fiskaleinnahmen ^c	+0,9%	+0,6%	+9,3%	+8,3%	+0,6%	+3,6%
	in Mio. CHF (zu Preisen 2009)	716	515	5'584	4'904	212	1'312

Quelle: EFV, BFS

^a Gesundheit (ohne Langzeitpflege)

^b Langzeitpflege

^c Einnahmen jeweils von Bund, Kantonen und Gemeinden.

Ein Vergleich der Zusatzbelastung auf Ebene der Kantone in Tabelle 7 zeigt, dass die Finanzierungslast wegen der Ausgabenentwicklung der Gesundheit (ohne Langzeitpflege) höher ausfällt als im Bereich der Langzeitpflege. Nimmt man die beiden Beträge zusammen, müssten die Kantone im Jahre 2045 im Bereich Gesundheit einen Fehlbetrag von rund 10,5 Milliarden Franken durch Steuererhöhungen von rund 18 Prozent der Fiskaleinnahmen finanzieren. Auch auf Ebene des Bundes fällt die zusätzliche Finanzierungslast im Bereich der Langzeitpflege tiefer aus als bei der Gesundheit (ohne Langzeitpflege). Im Jahr 2045 wäre der Bund dazu angehalten, eine Steuererhöhung von insgesamt rund 1,5 Prozent seiner Fiskaleinnahmen vorzunehmen, um den totalen Fehlbetrag beider Ausgabenbereiche von 1,2 Milliarden zu decken. Auf Stufe der Gemeinden verursacht hauptsächlich die Ausgabenentwicklung im Bereich der Langzeitpflege eine Zusatzbelastung von rund 1,5 Milliarden für die Gesundheit und die Langzeitpflege im Jahre 2045. Die zukünftig zu finanzierende Lücke im Bereich der Gesundheit (ohne Langzeitpflege) bleibt für die Kommunen vergleichsweise tief.

Im Bereich der OKP steigt die Finanzierungslast der privaten Haushalte nicht einzig wegen des Prämienanstiegs aufgrund der zukünftigen Mehrausgaben in der Langzeitpflege, sondern

vor allem auch durch das Ausgabenwachstum bei der Gesundheit (ohne Langzeitpflege). Im Jahr 2011 gaben die Haushalte rund 6,7 Prozent ihrer durchschnittlich verfügbaren Haushaltseinkommen für OKP-Prämien im Bereich Gesundheit (ohne Langzeitpflege) aus.⁵⁵ Unter der Annahme, dass die Einkommen im jährlichen Mittel um circa 1 Prozent steigen und einen Teil des Prämienanstieges somit absorbieren, steigt die OKP-Belastung der Haushaltseinkommen dennoch um 0,4 Prozentpunkte bis im Jahr 2030 und um 0,9 Prozentpunkte im Jahr 2045. Die privaten Haushalte geben somit bis im Jahre 2045 im Bereich Gesundheit (ohne Langzeitpflege) gegenüber 2011 4,1 Milliarden zusätzlich oder total 7,5 Prozent ihrer Haushaltseinkommen aus (vgl. Anhang 6, Tabelle V).

In Tabelle 8 wird die Zusatzbelastung der privaten Haushalte durch OKP-Prämien erhöhungen konsolidiert und nach den Bereichen Langzeitpflege und Gesundheit (ohne Langzeitpflege) unterteilt dargestellt. Aus dieser Gesamtsicht geht hervor, dass die Zusatzbelastung durch OKP-Prämien von beiden Ausgabenbereichen ungefähr zur Hälfte getrieben wird und gegenüber dem Jahr 2011 bis zum Jahre 2045 total um 1,7 Prozentpunkte steigen wird.

Tabelle 8: Zusatzbelastung der Haushalte durch die OKP wegen der Ausgaben für die Langzeitpflege und Gesundheit (ohne Langzeitpflege), welche das Wachstum der Haushaltseinkommen von durchschnittlich circa 1 Prozent pro Jahr übersteigt

Belastung/Zusatzbelastung der Haushalte		2011 ^a	2030 ^b	2045 ^b
in % des durchschnittlich verfügbaren Haushaltseinkommens	Langzeitpflege	0,7%	+0,4%	+0,8%
	Gesundheit (ohne Langzeitpflege)	6,7%	+0,4%	+0,9%
	Total	7,4%	+0,8%	+1,7%

Quelle: EFV, BFS.

^a Belastung der Haushalte 2011

^b Zusatzbelastung der Haushalte 2030 bzw. 2045

Eine detaillierte Gesamtübersicht über die Ausgabenprojektionen und Finanzierungslast für die Langzeitpflege und die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) aller drei Staatsebenen sowie der Sozialversicherungen OKP und AHV bis im Jahre 2045 befindet sich im Anhang 6, Tabelle VII.

2.3.5 Schlussfolgerungen zur Finanzierungslast

Auch wenn der Ausblick in die Zukunft naturgemäss einige Unsicherheiten mit sich bringt und die Ausgabenprojektionen die Zukunftsentwicklung nicht genau abbilden können, veranschaulichen die Zahlen zur Finanzierungslast dennoch deutlich, dass alle staatlichen Ebenen sowie die OKP und AHV einer grossen finanziellen Herausforderung gegenüberstehen.

Sowohl im Bereich der Langzeitpflege als auch in jenem der Gesundheit ohne Langzeitpflege nehmen die Ausgaben der öffentlichen Hand stärker zu als die Einnahmen. In erster Linie entsteht für die öffentliche Hand eine Zusatzbelastung. Um diese zu stemmen, müssten die

⁵⁵ Das Haushaltseinkommen entspricht der Summe der Einkommen privater Haushalte nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsabgaben ohne Prämienbelastung durch die OKP.

Kantone ihre Steuern bis im Jahr 2045 um mehr als 18 Prozent ihrer Fiskaleinnahmen erhöhen (9,3 % für die Finanzierung der Langzeitpflege, 8,3 % für die Finanzierung der Ausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege).

Auch in der OKP steigen die Ausgaben stark. Weil hier davon ausgegangen wird, dass die Prämien die Kosten decken, entsteht keine Zusatzbelastung, sondern die privaten Haushalte tragen die Zusatzbelastung in der Form von Prämien erhöhungen. Der Anteil der Prämienbelastung am Haushalteinkommen steigt von 2011 bis 2045 insgesamt um 1,7 Prozentpunkte, von 7,4 Prozent auf 9,1 Prozent. Insgesamt steigt die zusätzliche Prämienbelastung somit um ungefähr ein Viertel an.

Die Betrachtung der Dynamik der öffentlichen Gesamtausgaben im Bereich der Gesundheit zeigt auf, dass die Finanzierungslast für alle Finanzierungsträger stark zunimmt, vor allem ab dem Jahre 2030. Die Weiterführung und Neuentwicklung von Massnahmen, welche die Kostenentwicklung in der Langzeitpflege eindämmen können – insbesondere im Bereich der Prävention – sind deshalb zur Bewältigung der zukünftigen Finanzierungslast von zentraler Bedeutung. Sie werden in den nachfolgenden Berichtsteilen II und III vorgestellt.

Teil II Bestandesaufnahme

1 Bereits ergriffene beziehungsweise vorgesehene Massnahmen im Bereich der Langzeitpflege

Die Szenarien des BFS zur Bevölkerungsentwicklung weisen schon seit längerem auf den mit der höheren Lebenserwartung verbundenen Wandel in der Bevölkerungsstruktur hin. Von den daraus resultierenden Herausforderungen ist auch der Bereich der Langzeitpflege betroffen.⁵⁶ Zum Thema der Langzeitpflege wurden in den vergangenen zehn Jahren zahlreiche Vorstösse eingereicht. Diese hatten zum einen die Finanzierung und zum anderen verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit der Versorgung, den Arbeitskräften und deren Qualifikation sowie der Forschung zum Gegenstand. Sie bildeten Anlass für die Neuordnung der Pflegefinanzierung durch die Eidgenössischen Räte sowie für Strategien und Initiativen, die der Bund alleine oder zusammen mit den Kantonen lanciert hat. Diese führten zur Schaffung von Plattformen und zur Ergreifung von Massnahmen, die nachfolgend beschrieben werden.

1.1 Massnahmen im Bereich Personal

1.1.1 Fachkräfteinitiative (FKI)

Im Jahr 2011 lancierte das Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF die so genannte Fachkräfteinitiative (FKI), um dem drohenden Fachkräftemangel in der Schweiz entgegenzuwirken. Da die Einwanderung in die Schweiz, konkret das Freizügigkeitsabkommen, in der Kritik stand, und angesichts der bestehenden demografischen Entwicklung, wurde beschlossen, anhand verschiedener Massnahmen, das Potenzial an inländischen Fachkräften besser auszunutzen. Die Fachkräftenachfrage soll bis 2020 vermehrt durch Personen aus der Schweiz abgedeckt werden. Wichtig ist aber auch, die nicht und weniger Qualifizierten höher zu qualifizieren und so zu Fachkräften auszubilden. Das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO hat die Projektleitung beim Bund inne und übernimmt Koordinations- und Querschnittsaufgaben im Rahmen der FKI.

Am Runden Tisch vom 21. Mai 2013 haben sich Bund, Kantone und Sozialpartner über das gemeinsame weitere Vorgehen geeinigt: Jeder Akteur bezeichnet in seinem jeweiligen Kompetenzbereich Massnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels. Im November 2013 verabschiedete der Bundesrat ein Massnahmenpaket des Bundes, welches sich über vier Jahre erstrecken soll (2015 - 2018). Aufgrund der Annahme der Volksinitiative «gegen Masseneinwanderung» hat die FKI zusätzlich an Bedeutung gewonnen. Der Bundesrat hat am 19. September 2014 vom Aussprachepapier zur Verstärkung der Fachkräfteinitiative (FKI) Kenntnis genommen. Es wurde beschlossen, verschiedene Massnahmen der FKI zu intensivieren wie zum Beispiel: Höherqualifizierung entsprechend dem Bedarf der Arbeitswelt (unter anderem im Gesundheitswesen), Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Schaffung adäquater Voraussetzungen zur Erwerbstätigkeit bis zur Pensionierung und darüber hinaus sowie die Förderung von Innovation und Produktivität⁵⁷ zur Entschärfung der Fachkräfteknappheit.

Im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat der Bundesrat mit dem Bericht «Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige» am 5. Dezember 2014 einen «Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen» verabschiedet (siehe Ziffer 1.3.3).

⁵⁶ Bundesamt für Statistik (2008). Demografische Alterung und soziale Sicherheit (4/2007), Neuchâtel.

⁵⁷ Ein Beispiel einer Innovation zur Verbesserung der Produktivität ist das *Ambient Assisted Living* (AAL)-Förderungsprogramm der Europäischen Union. Es unterstützt Projektteams, die innovative Produkte und Dienstleistungen entwickeln, welche die Lebensqualität und Autonomie der älteren Menschen erhöhen.

1.1.1.1 Hängige Vorstösse

Der Mangel an Ärzten und Pflegepersonal steht im Zusammenhang mit der umfassenderen Debatte zum Fachkräftemangel in der Schweiz. Diese Thematik wird in den Motionen 14.3009 vom 24. Februar 2014 und 14.3380 vom 15. Mai 2014 «Massnahmen zur Linderung des Fachkräftemangels aufgrund der neuen Ausgangslage» aufgegriffen. Die Motion 14.3380 wurde vom Nationalrat am 12. Juni 2014 und die Motion 14.3009 vom Ständerat am 16. Juni 2014 angenommen. Beide Motionen betreffen «Massnahmen zur Linderung des Fachkräftemangels aufgrund der neuen Ausgangslage», die sich aus der Annahme der Volksinitiative «gegen Masseneinwanderung» ergeben hat. Bei beiden geht es in erster Linie um Massnahmen zur Linderung des Ärzte- und Pflegepersonalmangels. In indirekter Form wurde diese Frage auch mit dem Postulat 13.3382 «Potenzial inländischer Arbeitskräfte besser ausschöpfen» vom 3. Juni 2013 angesprochen, das am 26. September 2013 vom Ständerat angenommen wurde. Es beauftragt den Bundesrat, Massnahmen zu erarbeiten, die geeignet sind, das Potenzial inländischer Arbeitskräfte nachhaltig zu stärken, und darüber Bericht zu erstatten.

1.1.2 Anstrengungen zur Erhöhung der Zahl und der Qualifikationen der Berufe mit Pflegekompetenzen

Mit der Überführung der Berufsbildung und der Fachhochschulen in die Regelungskompetenz des Bundes und der Umsetzung der Bildungssystematik haben die Gesundheitsberufe und namentlich die Pflege eine neue bildungspolitische Einordnung mit neuen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten erhalten. Die Ausbildungen der beruflichen Grundbildung und der höheren Berufsbildung stehen im Geltungsbereich des Berufsbildungsgesetzes (BBG⁵⁸). Die Qualität wird durch Bildungsverordnungen, Rahmenlehrpläne und eidgenössische Prüfungen sichergestellt. Seit dem 1. Januar 2015 ist das Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetz (HFKG) in Kraft, welches sich bis auf die Studiengänge der Fachhochschulen erstreckt. Im Unterschied zum früheren Fachhochschulgesetz sieht das HFKG keine obligatorische Akkreditierung der Studiengänge vor. Damit ist eine Regelungslücke entstanden, die durch das künftige Gesundheitsberufegesetz (GesBG) geschlossen werden soll. Die gesetzlichen Grundlagen widerspiegeln sich in der in Anhang 2 dargestellten Bildungssystematik.

Um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und die Integration der Pflegeberufe in die schweizerische Bildungssystematik voranzutreiben, hat das Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) mit dem «Masterplan Bildung Pflegeberufe» eine Koordinationsplattform geschaffen. Innerhalb derer haben Bund, Kantone und Organisationen der Arbeitswelt Massnahmen zur Erhöhung der inländischen Ausbildungsabschlüsse koordiniert und umgesetzt.

1.1.2.1 Erhöhung der Abschlusszahlen und Anpassung der Bildungsgänge

Der Schlussbericht «Masterplan Bildung Pflegeberufe» wurde vom Bundesrat am 3. Februar 2016 verabschiedet. Er zeigt auf, dass die Attraktivität und die Anzahl der Ausbildungsabschlüsse im Pflegebereich in der Schweiz erhöht wurden. So steigt die Zahl der Abschlüsse in der beruflichen Grundbildung kontinuierlich an: Seit 2007 haben sich die jährlichen Abschlüsse mehr als verdoppelt. Auf der Tertiärstufe entwickelt sich die Anzahl der Abschlüsse ebenfalls positiv. Die Anstrengungen zur Erhöhung der Eintritte in die Pflegestudiengänge der höheren Fachschulen und der Fachhochschulen werden fortgesetzt. Weiter stehen Grundlagen für die Förderung der betrieblichen Ausbildungsplätze zur Verfügung. Erfolgreich gelungen ist auch die Integration der Pflegeberufe in die Bildungssystematik. Die Ausbildungen reichen von der zweijährigen beruflichen Grundbildung mit eidgenössischem Berufsattest über die Angebote der höheren Berufsbildung bis zu den Bachelor- und Masterstudiengängen an den Fachhochschulen (vgl. Bildungssystematik im Anhang 2). Damit wird dem Bedarf der Institutionen des

⁵⁸ SR 412.10.

Gesundheitswesens nach Fachkräften mit unterschiedlichsten Abschlüssen Rechnung getragen. Durch die kontinuierliche Beobachtung des Personalbestandes, der ausländischen Fachkräfte und die Berechnung des Nachwuchsbedarfs wird eine bedarfsgerechte Steuerung der Ausbildungstätigkeit möglich. Neben den Bildungsmassnahmen spielen Faktoren wie die Arbeits- und Anstellungsbedingungen, die Versorgungssicherung und die Versorgungsqualität eine Rolle. Sie fallen in die Zuständigkeit der Gesundheitsinstitutionen und sind über den Abschluss des «Masterplans Bildung Pflegeberufe» hinaus weiter zu verfolgen.

Die Ausbildungen im Pflegebereich zeigen also ein sehr differenziertes und vielfältiges Bild, sind über verschiedene Bildungswege zugänglich und bieten weiterführende Vertiefungsrichtungen.

Bezüglich der Langzeitpflege ist dabei insbesondere auf die Berufsprüfung Langzeitpflege und Betreuung mit eidgenössischem Fachausweis hinzuweisen.⁵⁹ OdASanté entwickelt zudem eine weitere Berufsprüfung sowie höhere Fachprüfungen Pflege. Im Zusammenhang mit der Langzeitpflege von Bedeutung sind: Palliative Care und Onkologiepflege, geriatrische und gerontopsychiatrische Pflege, Nephrologiepflege, Diabetesfachberatung und Psychiatriepflege (Berufsprüfung und höhere Fachprüfung) für Menschen mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit.

Das künftige GesBG soll die Attraktivität der Fachhochschulausbildungen fördern, zu denen auch die diplomierten Pflegefachpersonen gehören. Die obligatorische Akkreditierung und die Festlegung der allgemeinen Kompetenzen sichern zudem die Qualität der Studiengänge. Da im Bereich der Gesundheitsberufe das Gefährdungspotenzial hoch ist, sieht die Vorlage für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung eine Bewilligungspflicht mit abschliessend definierten Voraussetzungen und Berufspflichten vor. Der Entwurf des GesBG und die dazugehörige Botschaft wurden durch den Bundesrat am 18. November 2015 verabschiedet.⁶⁰

1.1.2.2 Hängige Vorstösse

In der Motion 14.3162 «Anreize zur Verminderung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen schaffen» vom 20. März 2014 geht es, angesichts der Tatsache, dass ein Drittel der Berufstätigen in den nächsten Jahren in Rente geht und ein signifikanter Anstieg des Bedarfs an Pflegeleistungen im Bereich Spitex und Alterspflege absehbar ist, um die Rekrutierung von Pflegepersonal. Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion und verweist auf die Arbeiten im Rahmen des «Masterplans Bildung Pflegeberufe» und ebenso auf die Umsetzung der Fachkräfteinitiative. Die Frage des Fachkräftemangels nahm auch die Interpellation 14.3112 «Hausgemachter Fachkräftemangel» vom 18. März 2014 auf. Die Antwort des Bundesrates nimmt Themen wie das Monitoring der Gesundheitsfachleute namentlich der Pflegenden, Informationen zu Studienabbruchquoten und Berufswechselnden sowie Entwicklung der Teilzeitarbeit auf. Der Vorstoss wurde am 20. Juni 2014 vom Nationalrat erledigt.

Fragen zum ausländischen Personal im Zusammenhang mit der Annahme der eidgenössischen Volksinitiative «Gegen Masseneinwanderung» werden im Postulat 14.3228 «Ausländisches Personal im Gesundheitswesen-Situationsanalyse und Massnahmen» vom 21. März 2014 gestellt. Dieser Schwerpunkt wurde ebenfalls im «Masterplan Bildung Pflegeberufe» aufgenommen. Hier wurden vor allem Schritte zur Verbesserung der Datenlage sowie die Bemühungen um die Erhöhung der inländischen Ausbildungsaktivitäten und zur Ausschöpfung des

⁵⁹ Hier laufen im Nachgang zur Publikation der von der OdASanté erarbeiteten Prüfungsordnung BP Langzeitpflege im Bundesblatt vom 19.11.2013 aktuell nach Einsprache der Verbände Savoiresocial, SVBG und Curahumanis noch Bereinigungsverfahren unter der Leitung des SBFI.

⁶⁰ <http://www.gesbg.admin.ch/index.html?lang=de>.

Fachkräftepotenzials initiiert. Der Bundesrat hat mit Verweis auf die aktuell schon veranlassten Arbeiten die Ablehnung des Postulats beantragt.

Die Frage der Kompetenzentwicklung in Bezug auf mehr pflegebedürftige, hochbetagte Patientinnen und Patienten wurde in der Interpellation 13.3298 «Qualitative Ausrichtung der künftigen Ausbildung in den nichtuniversitären Gesundheitsberufen» vom 16. April 2013 aufgeworfen. In seiner Antwort verweist der Bundesrat darauf, dass die periodische Überprüfung und Aktualisierung der Kompetenzen gesetzlich vorgegeben ist und durch OdASanté vorgenommen wird. Im Weiteren wird auf den Bericht «Panorama Gesundheitsberufe» verwiesen, der zuhänden des Kantons Bern als Grundlage für künftig benötigte Ausbildungen und Ausbildungsprofile mit dem Zeithorizont 2030 erarbeitet wurde. Der Vorstoss wurde am 27. September 2013 erledigt.

Die Motion 11.3889 «Umschulungsmöglichkeiten und Zweitausbildungen für Pflegepersonal fördern und unterstützen» vom 29. September 2011 wurde am 27. September 2012 vom Nationalrat und am 21. März 2013 vom Ständerat angenommen. Die Arbeiten liegen in der Verantwortung des SBFI.

1.1.3 Entlastung und Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Pflege und Betreuung kranker Familienmitglieder durch Angehörige künftig noch wichtiger. Gemäss Hochrechnungen auf der Grundlage der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 2012 beanspruchten zwischen 680'000 und 750'000 Frauen und Männer im Alter von 15 bis 64 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate informelle Hilfe von Angehörigen. In der Altersgruppe der über 65-jährigen Männer und Frauen waren es zwischen 220'000 und 260'000 Personen, die mit oder ohne Spitex-Dienste informelle Hilfe beanspruchten. Aufgrund der demografischen Entwicklung dürfte die Anzahl pflegebedürftiger älterer Menschen bis zum Jahre 2030 um schätzungsweise 46 Prozent zunehmen.

Unabhängig vom Alter der kranken und pflegebedürftigen Personen beanspruchen diese insbesondere in ihrer letzten Lebensphase viel Betreuung und Pflege von Angehörigen. Man schätzt, dass bei 50 bis 60 Prozent der ca. 60'000 jährlichen Todesfälle in der Schweiz eine schwere, fortschreitende Krankheit (z.B. Krebs) vorausgeht. Im Durchschnitt dauert die Krankheitsphase zwei bis drei Jahre bis der Tod eintritt. In 30 bis 40 Prozent der Fälle tritt der Tod nach einer acht bis zehn Jahre dauernden chronischen Krankheit (z.B. Parkinson, Demenz) ein.

Auf Angehörige, die kranke und pflegebedürftige Familienmitglieder betreuen, kann unter dem Aspekt einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems nicht verzichtet werden. Jedoch wird diese Aufgabe aufgrund des Wandels der Familienstrukturen zunehmend erschwert (kleinere Familien, zunehmende Erwerbsquote bei den Frauen, Notwendigkeit zweier Erwerbseinkommen für Familien). Mehr als die Hälfte aller Frauen und Männer in der Schweiz müssen sich im Laufe ihrer mittleren Lebensphase mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern oder Schwiegereltern auseinandersetzen. Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) aus dem Jahre 2012 übernehmen sechs Prozent der befragten Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren regelmässig Betreuungs- und Pflegeaufgaben von Angehörigen (kranke, behinderte, ältere Verwandte oder Bekannte ab 15 Jahren). Hochgerechnet auf die gesamte Bevölkerung im Erwerbsalter sind dies rund 330'000 Personen.

Eine vom Spitex Verband Schweiz in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass der «Wert» der unbezahlten Arbeit für Betreuung und Pflege durch Angehörige für das Jahr 2013 bei 3,55 Milliarden Franken liegt.⁶¹ Im Vergleich dazu: der Aufwand der Spitex-Organisationen betrug im Jahr 2012 für die gesamte Schweiz 1,83 Milliarden Franken (Total Personalaufwand und Betriebsaufwand, Total öffentlich-rechtliche, erwerbswirtschaftliche Spitex und selbständigerwerbende Pflegefachpersonen) – dieser Betrag umfasst auch die Hauswirtschaftsleistungen der Spitex.

Die Analyse der aktuellen Situation zeigt, dass bereits viele Ansätze zur Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen vorhanden sind, dass es aber in den Bereichen fachliche Unterstützung und Vereinbarkeit mit der Erwerbstätigkeit zusätzliche Anstrengungen zur Unterstützung und Entlastung der betreuenden und pflegenden Angehörigen braucht.

Der Bundesrat hat deshalb mit dem Bericht «Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige» am 5. Dezember 2014 den «Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen» verabschiedet. Ziel des Aktionsplans ist es, für betreuende und pflegende Angehörige gute Rahmenbedingungen zu schaffen. Mittels passenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten sollen den betreuenden und pflegenden Angehörigen ein nachhaltiges Engagement ermöglicht und Überforderungen innerhalb der Familien möglichst vermieden werden. Wenn Erwerbstätige ihr Arbeitspensum vorübergehend reduzieren oder eine Auszeit nehmen wollen, sollte dies ermöglicht werden, ohne dass sie dadurch ihre wirtschaftliche Grundlage oder ihre berufliche Laufbahn gefährden. Es sind Massnahmen geplant wie zum Beispiel die Sensibilisierung der Unternehmen, die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Pflege zu Hause oder die finanzielle Unterstützung von zeitlich befristeten Entlastungsangeboten. Die Umsetzung der Massnahmen des Aktionsplans erfolgt im Rahmen der bestehenden Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen.

1.2 Massnahmen im Bereich Versorgung und Infrastruktur

Zuständig für die Gesundheitsversorgung, auch im Bereich der Langzeitpflege, sind grundsätzlich die Kantone. Die Gesundheitsversorgung umfasst verschiedene Facetten. Im Vordergrund stehen die Infrastruktur und das Personal, dessen Rekrutierung und Aus- und Weiterbildung. Während die Infrastruktur Sache der Kantone ist, obliegt die Rekrutierung des Personals den Institutionen und Organisationen der Langzeitpflege. Immer wieder sind jedoch Fragen der Gesundheitsversorgung zu lösen, die eine gesamtschweizerische Strategie verlangen und/oder ein gemeinsames Vorgehen von Bund und Kantonen erfordern. Im Gesundheitswesen ist der Dialog «Nationale Gesundheitspolitik» das wichtigste Gefäss für die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen. Der Dialog dient vornehmlich dazu, aktuelle und künftige Herausforderungen des Gesundheitswesens in einer möglichst frühen Phase aufzunehmen und ein gemeinsames Vorgehen zu koordinieren. Fragen der Gesundheitsversorgung im weiteren Sinne, die sowohl den Bund als auch die Kantone betreffen, werden in dieser Plattform diskutiert. Der Dialog lanciert Projekte zur Erarbeitung und Umsetzung gemeinsamer Strategien.

1.2.1 Nationale Strategie Migration und Gesundheit

Um die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zu verbessern, setzt das BAG im Auftrag des Bundesrates seit dem Jahr 2002 die nationale Strategie «Migration und Gesundheit» um. Die Umsetzung erfolgt mit verschiedenen vom Thema betroffenen Bundesämtern und Organisationen.

⁶¹ Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS: «Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige», S. 4.

<http://www.spitex.ch/upoad/B2DBB48B7E/9741B08CEB/986682BEDB.pdf>

Mit der Zunahme des Anteils der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, die einen Migrationshintergrund haben und gegebenenfalls der im jeweiligen Kanton gesprochenen Landessprache nicht mächtig sind, zeichnet sich ab, dass die Nachfrage nach entsprechend gestalteten Pflegeeinrichtungen beziehungsweise Abteilungen steigen wird. Insbesondere ist vermehrt Pflegepersonal erforderlich, das über Kenntnisse der entsprechenden Landessprachen (u.a. Serbisch, Kroatisch, Albanisch, Spanisch, Portugiesisch) wie auch über transkulturelle Kompetenzen verfügt.⁶² Im Rahmen der Umsetzung des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2014-2017 wird zurzeit eine Teilstrategie «Alter und Migration» erarbeitet. Dies erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem «Nationalen Forum Alter und Migration», in dem u.a. Caritas Schweiz, Curaviva, FIMM, Pro Senectute, SRK, SSR und Spitex Verband Schweiz vertreten sind. Zudem werden mit verschiedenen Massnahmen die transkulturelle Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegenden (z.B. Online-Weiterbildung) sowie der Einsatz von interkulturellen Übersetzerinnen und Übersetzern gefördert (Förderung der Aus- und Weiterbildung, Betrieb eines nationalen Telefondolmetschdienstes).

1.2.2 Nationale Strategie Palliative Care

Bund und Kantone haben 2008 das Nationale Fördergremium «Palliative Care» eingesetzt. Unter der Leitung des BAG und der GDK haben rund 80 Expertinnen und Experten den Handlungsbedarf im Bereich Palliative Care in der Schweiz erhoben und Massnahmen erarbeitet. Die Erhebung zeigte, dass in den fünf Bereichen «Versorgung», «Finanzierung», «Sensibilisierung», «Bildung» und «Forschung» Lücken bestanden. In der Folge wurde 2010 die «Strategie Palliative Care» mit folgenden Zielen formuliert:

- Palliative-Care-Leistungen werden angeboten;
- Palliative-Care-Leistungen sind für alle zugänglich; und
- die Qualität der Palliative-Care-Leistungen entspricht internationalen Standards.

Mit der «Nationalen Strategie Palliative Care» setzen sich Bund und Kantone das Hauptziel, Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen zu verankern. Weil in der ersten bis 2012 dauernden Phase nicht alle Ziele erreicht worden waren, verabschiedete der Dialog Nationale Gesundheitspolitik am 25. Oktober 2012 die zweite Phase der Strategie Palliative Care, welche ihren Schwerpunkt auf die bessere Verankerung von Palliative Care in den bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Bildungswesens legte. Am 29. Mai 2015 haben Bund und Kantone beschlossen, die Ende 2015 ausgelaufene Strategie in eine Plattform Palliative Care umzuwandeln. Im Zentrum sollen dabei Fragen der Versorgung und Finanzierung stehen, für welche die Kantone zuständig sind, sowie die Koordination der Aktivitäten. Die Plattform wird ihre Arbeit Anfang 2017 aufnehmen.⁶³

1.2.3 Nationale Demenzstrategie

Die beiden Motionen 09.3509 «Steuerbarkeit der Demenzpolitik I» und 09.3510 «Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie von Bund und Kantonen» vom 5. Juni 2009 beauftragten den Bund, in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den betroffenen Organisationen die notwendigen Grundlagen zu erarbeiten, um ein dauerhaftes Monitoring der in der Schweiz von Demenzpathologien verursachten, individuellen und gesellschaftlichen Kosten zu ermöglichen. Damit sollen die notwendigen, regelmässig aktualisierten Kennzahlen zur

⁶² Eidg. Kommission für Migrationsfragen (2012). «Und so sind wir geblieben... », Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bern. http://www.ekm.admin.ch/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat_alter_d.pdf.

⁶³ <http://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-57455.html>.

Steuerung einer dringend notwendigen, gemeinsamen Schweizer Demenzpolitik ermittelt werden können. Zudem wurde der Bund verpflichtet, zusammen mit den Kantonen und den betroffenen Organisationen die Grundsätze einer Demenzstrategie für die Schweiz zu erarbeiten. Die Motionen wurden vom Nationalrat am 12. April 2011 und vom Ständerat am 12. März 2012 angenommen.

Am 21. November 2013 haben Bund und Kantone im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik die Nationale Demenzstrategie 2014-2017 verabschiedet. Sie hat zum Ziel, die mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Zudem sollen den Betroffenen zukünftig während des gesamten Krankheitsverlaufs koordinierte und bedarfsgerechte Angebote zur Verfügung stehen. Die Nationale Demenzstrategie wurde in einem mehrstufigen Prozess durch Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenenorganisationen, Expertinnen und Experten von Berufsgruppen und Fachorganisationen, Leistungserbringer auf verschiedenen Ebenen sowie Mitarbeitenden von Bund, Kantonen und Gemeinden erarbeitet. Sie werden die verschiedenen Aktivitäten gemeinsam weiterentwickeln und an die jeweiligen Zielgruppen und Regionen anpassen. Bei der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014-2017 wird der Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden Rechnung getragen. Die meisten Projekte werden dezentral initiiert, konkretisiert und von den zuständigen Akteuren personell und finanziell getragen.⁶⁴

1.2.4 Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung

Die Förderung der koordinierten Versorgung ist eine der zentralen Massnahmen von Gesundheit 2020. Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat im Mai 2014 bestätigt, dass der Fokus der zukünftigen Arbeiten im Bereich der koordinierten Versorgung nicht mehr auf Versicherungsmodelle, sondern auf jene Patientengruppen gelegt werden soll, die viele und aufwändige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, also auf jene 10 Prozent der Versicherten, die gemeinsam 70-80 Prozent der Leistungen beanspruchen.⁶⁵ Diese Haltung lag auch der Planung der 2. Nationalen Konferenz Gesundheit 2020 vom 26. Januar 2015 zum Thema «Gemeinsam die koordinierte Versorgung verbessern» zugrunde.

Die Förderung der koordinierten Versorgung soll in den kommenden Jahren mit einer Kombination verschiedener Stossrichtungen angestrebt werden. Das heisst:

- Stärkung der Rahmenbedingungen: Fortsetzung und Intensivierung der Aktivitäten, welche Voraussetzung für die koordinierte Versorgung sind (Strategie eHealth Schweiz, Massnahmen im Bereich Aus- und Weiterbildung).
- Verstärkung der Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung in laufenden Strategien (z.B. Palliative Care, NCD-Strategie, Demenz, Qualität).
- Verbesserung der Koordination für ausgewählte Patientengruppen respektive bestimmte Schnittstellen: Für ausgewählte Patientengruppen (z.B. ältere Patientinnen und Patienten, Patientinnen und Patienten in prekären Lebenssituationen, Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten) respektive für bestimmte Schnittstellen (z.B. Spital/Nachsorge) sollen gemeinsam mit den Leistungserbringerorganisationen, den Kantonen und weiteren Akteuren (z.B. Gesundheitsligen, Versicherer) konkrete Massnahmen zur Förderung der Koordination erarbeitet und umgesetzt werden.

⁶⁴ Eine Übersicht über den aktuellen Umsetzungsstand der Projekte findet sich unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/15056/index.html?lang=de>.

⁶⁵ Bereits im Zusammenhang mit dem Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» und vor dem Hintergrund des absehbaren Mangels an bestimmten Gesundheitsfachpersonen hat eine Arbeitsgruppe von Bund und Kantonen den Bericht «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» erarbeitet.

1.3 Massnahmen im Bereich Prävention

Heute leben die Menschen doppelt so lange wie noch vor hundert Jahren. Diese massiv höhere Lebenserwartung ist vor allem Folge der Verbesserung der Hygiene und Wohnverhältnisse, der Bildung, des Ausbaus des Sozialstaates und des medizinischen Fortschritts. Damit erreichen viel mehr Menschen das Alter, in welchem sie an nichtübertragbaren Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz, chronische Leiden der Atemwege oder muskuloskelettalen Krankheiten erkranken. Diese nicht von einer Person zur anderen übertragbaren Krankheiten (sogenannte «*non-communicable diseases*» oder «NCD») mit oftmals langer Krankheitsphase sind inzwischen die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft. Sie stellen das Gesundheitssystem vor grosse Herausforderungen – auf finanzieller, struktureller und personeller Ebene. Eine neue Studie⁶⁶ beziffert die Folgekosten der NCD für die Schweiz auf 52 Milliarden Franken pro Jahr; sie sind damit für 80 Prozent der direkten Gesundheitskosten in der Schweiz verantwortlich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass die Zahl der nichtübertragbaren Krankheiten in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird.

Rund die Hälfte der Erkrankungen in diesem Bereich könnten mit einem gesunden Lebensstil vermieden oder zumindest verzögert werden. Sie werden durch folgende Risikofaktoren begünstigt: unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum. Massnahmen, die den individuellen Lebensstil und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verbessern, haben das Potenzial, die Krankheitslast und die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten zu verringern. Bereits in der Botschaft des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005 hat der Bundesrat das Potenzial der Prävention zur Eindämmung der Kosten im Bereich der Langzeitpflege hervorgehoben.⁶⁷ In der Schweiz gibt es seit 2008 drei nationale Präventionsprogramme, die auf die Bekämpfung der Hauptrisikofaktoren von nichtübertragbaren Krankheiten zielen: die Programme Tabak, Alkohol sowie Ernährung und Bewegung. Sie bilden das Dach über die verschiedenen nationalen, kantonalen und kommunalen Präventionsaktivitäten in diesen Bereichen. Sie können zum Beispiel im Hinblick auf die Vorbeugung von Krebs, Herzkreislauferkrankungen, chronischen Atemwegs-, muskuloskelettalen Erkrankungen, Diabetes und Demenz – und damit auf einen reduzierteren Pflegebedarf – einen Beitrag leisten. Die Programme werden zusammen mit den Kantonen, NGOs und – gemäss dem multisektoralen Ansatz – mit weiteren Akteuren aus verschiedenen Bereichen (Raumplanung, Wirtschaft, Bildung) umgesetzt. Das Nationale Programm Migration und Gesundheit und das Netzwerk Psychische Gesundheit ergänzen diese Programme mit ihrem Fokus auf besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen bzw. auf spezifisch psychische Erkrankungen. 2012 hat der Bundesrat die Präventionsprogramme um weitere vier Jahre bis 2016 verlängert. Damit wird die Kontinuität der in den vergangenen Jahren geleisteten Präventionsarbeit sichergestellt. Diese Kontinuität ist umso wichtiger, als Präventionsmassnahmen erst mittel- und langfristig Wirkung zeigen.

2012 ist das Präventionsgesetz trotz zustimmenden Mehrheiten in beiden Räten an der Ausgabenbremse gescheitert. Der Bedarf nach verstärkter Koordination, Optimierung bestehender Präventionsaktivitäten, Fokussierung und Schaffung von Synergien war zwar politisch anerkannt, diesem musste in der Folge aber ohne Gesetz nachgekommen werden. Daher haben Bund und Kantone im Dialog Nationale Gesundheitspolitik eine «Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» (NCD-Strategie) verabschiedet. Der Bund hat diese

⁶⁶ Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki; Riguzzi, Marco; Fischer, Barbara; Telser, Harry; Pletscher, Mark; Eichler, Klaus; Trost, Melanie; Schwenkglenks, Matthias (2014): Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de>).

⁶⁷ BBI 2005 2033.

in seiner Gesamtstrategie 2020 als gesundheitspolitische Priorität definiert. Gegenwärtig erarbeiten die Beteiligten konkrete Massnahmen, die dem Bundesrat und dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik im Herbst 2016 vorgelegt werden.

Die NCD-Strategie hat zum Ziel, den Ausbruch von Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, chronischen Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats zu verhindern, zu verzögern bzw. deren Folgen zu mindern. Die Konkretisierung der Massnahmen konzentriert sich auf drei Schwerpunkte: die Verbesserung der Zusammenarbeit in der Prävention, die Verankerung der Prävention in der Gesundheitsversorgung und die Stärkung des Gesundheitsmanagements in den Betrieben. Der zweite Schwerpunkt ist für die Langzeitpflege besonders relevant. Denn die Prävention soll zu einem selbstverständlichen Bestandteil der medizinischen Versorgung in der Arztpraxis, der Apotheke, bei der Spitex und im Pflegeheim werden. Hierdurch soll Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. verzögert werden.

1.4 Weitere Massnahmen

1.4.1 Partizipation der Patientinnen und Patienten

Die verstärkte Berücksichtigung der Patientinnen und Patienten und der Versicherten in den gesundheitspolitischen Prozessen ist Teil der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit 2020». Die Patientinnen und Patienten in der Schweiz sollen besser über ihre Rechte und über bestehende Beratungsangebote informiert werden. Im Weiteren sollen sie im politischen Prozess eine stärkere Stimme erhalten. Dies regt der Bericht «Patientenrechte und Patientenpartizipation» an, den der Bundesrat am 24. Juni 2015 zur Kenntnis genommen hat. Das Eidgenössische Departement des Innern wird im Auftrag des Bundesrates gewisse Vorschläge zur Besserstellung der Patienten und Patientinnen vertieft prüfen.

1.4.2 Elektronisches Patientendossier

Der Bundesrat setzt in seinen gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit 2020» auf die Sicherung der Lebensqualität, die Stärkung der Chancengleichheit und der Selbstverantwortung, die Sicherung und Erhöhung der Versorgungsqualität sowie die Verbesserung von Transparenz, Steuerung und Koordination. Wesentliche Elemente für das Erreichen der Ziele sind dabei die elektronischen Gesundheitsdienste.

Die fachliche Spezialisierung im Gesundheitswesen führt dazu, dass die Anzahl Gesundheitsfachpersonen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die an der Behandlung eines Patienten oder einer Patientin beteiligt sind, zunimmt. In der Folge wächst sowohl die Menge medizinischer Daten über einen Patienten oder eine Patientin als auch die Anzahl derjenigen Gesundheitsfachpersonen, die unabhängig von Ort und Zeit Zugang zu diesen Daten haben sollten. Ein einfacher und sicherer Zugriff auf behandlungsrelevante Daten und Dokumente (z.B. Röntgenbilder, Spitalaustrittsberichte, Labordaten, Medikationslisten, Pflegedokumentation) unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und ermöglicht eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung entlang der Behandlungskette.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen erfordert Lösungen, die ein ausreichendes Mass an technischer Interoperabilität aufweisen und gleichzeitig eine bessere Vernetzung, Integration und Koordination entlang der Behandlungsprozesse ermöglichen. Damit sich vernetzte elektronische Gesundheitsdienste etablieren können, haben Bund und Kantone in ihrer gemeinsam erarbeiteten und vom Bundesrat am 27. Juni 2007 verabschiedeten «Strategie eHealth Schweiz» bereits Leitplanken gesetzt. Diese wurde nun durch eine schweizweit einheitliche gesetzliche Regelung dem «Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier», welches

am 19. Juni 2015 von beiden Räten in der Schlussabstimmung angenommen wurde, ergänzt.⁶⁸ Die Vorlage kann voraussichtlich Anfang 2017 in Kraft gesetzt werden.

1.4.3 Versorgungsforschung

Mit der am 19. September 2013 eingereichten und in der Zwischenzeit infolge Fristablauf abgeschriebenen Motion 13.3745 «Nationales Forschungsprogramm «Langzeitversorgung»» wird der Bundesrat aufgefordert, ein Nationales Forschungsprogramm (NFP) «Langzeitversorgung» ins Leben zu rufen, mit dem Ziel, Lösungsansätze in Bezug auf die Unzulänglichkeiten der häuslichen Langzeitbetreuung und der damit verbundenen Problematik der Pflegekräfte aus anderen Ländern, die in den Privathaushalten arbeiten, aufzuzeigen. In seiner Stellungnahme vom 13. November 2013 hat der Bundesrat die Ablehnung der Motion beantragt. Er verwies auf das in der Zwischenzeit von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Auftrag des BAG erarbeitete umfassende Konzept Versorgungsforschung, welches als Grundlage für ein Nationales Forschungsprogramm «Gesundheitsversorgung» dient. Ein eigenes NFP für die Thematik Langzeitversorgung betrachtet der Bundesrat als nicht zielführend. Die Motion wurde am 25. September 2015 abgeschrieben.

Am 24. Juni 2015 hat der Bundesrat entschieden, ein NFP Gesundheitsversorgung durchzuführen (NFP 74, 5 Jahre, 20 Millionen Fr.).⁶⁹ Dies eröffnet – neben anderen – auch an der Langzeitversorgung interessierten Forschungskreisen eine neue Möglichkeit der Forschungsförderung. Eine weitere Möglichkeit der Forschungsförderung besteht bereits seit 2012 über die Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung (Bangerter Stiftung) in Zusammenarbeit mit der SAMW (ca. 1 Mio. Fr. pro Jahr). Die beiden Förderinstrumente werden aufeinander abgestimmt und können je nach Projekten als komplementär betrachtet werden.

1.5 Die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung betrifft die Krankenversicherung, die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) sowie die Ergänzungsleistungen (EL). Die Neuordnung der Pflegefinanzierung hatte zwei Reformziele. Zum einen sollte die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen entschärft werden und zum anderen ging es darum, die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die im vormaligen System zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernahm, finanziell nicht zusätzlich zu belasten.

Die Gesetzesänderungen sowie die notwendigen Ausführungsverordnungen des Bundes traten am 1. Januar 2011 in Kraft.⁷⁰ Die Neuordnung der Pflegefinanzierung regelt die Aufteilung der Pflegekosten und deren Übernahme durch die OKP, durch die Versicherten und die Kantone. Für die Akut- und Übergangspflege und für die Langzeitpflege gelten unterschiedliche Finanzierungsregelungen. Die Umsetzung und insbesondere die Regelung der Restfinanzierung obliegen gemäss dem ausdrücklichen Willen des Parlaments den Kantonen. Dies ist insofern auch konsequent, als die Kantone für die Alters- und Pflegeheime sowie den Spitex-Bereich zuständig sind. Dies hat zu kantonal unterschiedlichen Lösungen geführt, welche vor allem im Bereich der (Rest-)Finanzierung von ausserkantonalen Heimaufenthalten zu Schwierigkeiten geführt haben.

⁶⁸ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de>, Gesetzestext in BBl 2015 4865.

⁶⁹ <http://www.sbfi.admin.ch/aktuell/medien/00483/00594/index.html?lang=de&msg-id=57831>.

⁷⁰ <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04104/06669/index.html?lang=de>.

1.5.1 Berichte des BAG über die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Zuhanden der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) sowie des Ständerates (SGK-S) wurden von der Verwaltung in Zusammenarbeit mit den Kantonen mehrere Berichte zur kantonalen Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung erstellt.⁷¹ Basis der Berichte bildeten insbesondere mehrmals durchgeführte Umfragen zur Umsetzung insbesondere bei den kantonalen Gesundheitsdepartementen.

Das Ergebnis der Umfragen bei den Kantonen zeigt, dass die meisten Kantone ihren Spielraum im Bereich der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung genutzt haben. Die getroffenen kantonalen Umsetzungslösungen sind in der Regel kantonsspezifisch ausgestaltet und kaum interkantonal koordiniert. Die bestehenden Diskrepanzen, insbesondere bezüglich der Finanzierung, erschweren zuweilen Vergleiche zwischen den Kantonen. Insbesondere in Bezug auf die untenstehenden Aspekte wurden die Unterschiede manifest.

1.5.1.1 Restfinanzierung

Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen hauptsächlich in Bezug auf die Restfinanzierung bei einem Aufenthalt in einem ausserkantonalen Pflegeheim. Die überwiegende Mehrheit der Kantone hat eine Restfinanzierungsregel getroffen und sieht eine Mitfinanzierung der Pflegekosten durch die öffentliche Hand vor. In den meisten Fällen wird die Vergütung direkt den Leistungserbringern überwiesen. Bezüglich der Übernahme der Restfinanzierung gibt es drei Varianten: durch den Kanton, durch die Gemeinden oder durch Kanton und Gemeinde zusammen.

1.5.1.2 Patientenbeteiligung

Die Antworten der Gesundheitsdepartemente zur Höhe der Patientenbeteiligung waren nicht immer sehr klar und lassen sich auf zwei Arten auslegen. Sie können so verstanden werden, dass es sich um einen in Prozentpunkten ausgedrückten Anteil handelt (10% oder 20%), der entsprechend der Pflegebedarfsstufe festgelegt wird, oder aber, dass sich der in Prozentpunkten ausgedrückte Anteil unabhängig von der Pflegebedarfsstufe auf den Höchstbetrag von Artikel 7a KLV bezieht (zurzeit 15,95 Fr. für die ambulante Pflege und 21,60 Fr. für die Pflege im Pflegeheim).⁷²

1.5.1.3 Akut- und Übergangspflege

In Bezug auf die Akut- und Übergangspflege sieht das KVG vor, dass diese Leistungen auf ärztliche Verordnung nach einem Spitalaufenthalt für eine maximale Dauer von 14 Tagen erbracht werden, wobei die Finanzierung auf Kanton (mindestens 55%) und Versicherer aufgeteilt ist. Im Bericht vom 13. August 2012 wird aufgezeigt, dass einige Kantone die Relevanz dieser Leistungen insbesondere in Anbetracht der finanziellen Belastung der Versicherten insbesondere für Hotellerie- und Betreuungsleistungen hinterfragten. Auch im Bericht vom 3. Oktober 2013 wurde festgestellt, dass diesbezüglich nur wenige Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern abgeschlossen wurden. Im Zusammenhang mit der Langzeitpflege stellt sich zudem die Frage, ob für Patientinnen und Patienten, die der Langzeitpflege bedürfen, nach ei-

⁷¹ Berichte vom 26. April 2011, vom 13. August 2012 und vom 3. Oktober 2013 zuhänden der SGK-N sowie Bericht vom 28. Juli 2011 zuhänden der SGK-S; zugänglich unter <http://www.parlament.ch/f/dokumentation/berichte/berichte-legislativkommissionen/kommission-fuer-soziale-sicherheit-und-gesundheit-sgk/Pages/default.aspx>.

⁷² Berechnung: Ambulante Pflege = Höchstbetrag (gem. Art. 7 KVG) 79.80 Fr. x 0.2 (20%) = 15,95 Fr., stationäre Pflege = Höchstbetrag (gem. Art. 7 KVG) 108.00 Fr. x 0.2 (20%) = 21,60 Fr.

nem Spitalaufenthalt besondere kantonale Einrichtungen im Bereich der Übergangspflege erforderlich sind, wenn sie zwar nicht mehr die Infrastruktur des Akutspitals benötigen, aber intensivere Pflege benötigen, als sie ein Pflegeheim leisten kann.

1.5.2 Bericht des Preisüberwachers

In seinem Bericht vom 9. September 2011 analysierte der Preisüberwacher die Situation im Bereich der Pflegeheime.⁷³ Er stützte sich auf die Taxordnungen von 88 Pflegeheimen in sieben Deutschschweizer Kantonen. Der Bericht zeigte auf, dass zwischen den Kantonen Unterschiede bestehen, die seines Erachtens dem Willen des Gesetzgebers entgegenstehen. Zudem stellte er eine finanzielle Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner bestimmter Pflegeheime fest.

Der Preisüberwacher kam zum Schluss, dass Handlungsbedarf besteht. Seine Vorschläge betreffen die Definition der Leistungen der Pflege, den transparenten Ausweis der Kosten der Pflegeheime, die Einhaltung des Tarifschutzes, die Deckung der Kosten bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt und die Harmonisierung der Systeme zur Erfassung des Pflegebedarfs. Ein Teil dieser Anliegen ist auch Gegenstand der untenstehenden, zurzeit hängigen parlamentarischen Vorstösse.

1.5.3 Hängige Vorstösse zum Thema der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Zum Thema der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden mehrere parlamentarische Vorstösse eingereicht mit dem Ziel der Beseitigung bestehender Umsetzungsprobleme. Zum einen besteht deren Anliegen in der Lösung von Finanzierungsfragen, insbesondere der Restfinanzierungsfrage bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt. Zum anderen wird die Frage der Erfassung des Pflegebedarfs durch unterschiedliche Systeme zur Erfassung des Pflegebedarfs⁷⁴ und deren Harmonisierung thematisiert, um sicherzustellen, dass der Pflegeaufwand der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime unabhängig von den angewandten Instrumenten gleich beurteilt, bemessen und ausgewiesen wird.

1.5.3.1 Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten

Das Postulat 12.4099 «Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG» vom 11. Dezember 2012 wurde vom Ständerat am 20. Februar 2013 angenommen. Es beauftragt den Bundesrat, im Dialog mit den Kantonen zu prüfen, wie die Zuständigkeitsfrage bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten möglichst rasch analog ELG im KVG geregelt werden kann.

Das Postulat 12.4051 «Restfinanzierung ausserkantonomer Pflegeheimaufenthalte» vom 14. Dezember 2012 wurde vom Nationalrat am 20. Februar 2013 angenommen. Es beauftragt den Bundesrat, gemeinsam mit den Kantonen zu prüfen, wie das Problem der Restfinanzierung ausserkantonomer Pflegeheimaufenthalte gelöst werden kann, um die Wahlfreiheit betreffend Pflegeplatz für Pflegebedürftige gewährleistet zu können.

Nach Artikel 25a Absatz 5 KVG sind die Kantone für die Regelung der Restfinanzierung der Pflege zuständig. Am 21. Oktober 2015 hat der Bundesrat dem Parlament einen Bericht in Erfüllung der obigen Postulate unterbreitet. In diesem Bericht werden mehrere Möglichkeiten

⁷³ https://www.preisueberwacher.admin.ch/dam/pue/it/dokumente/studien/probleme_bei_derpflegefinanzierung-preisueberwacherortetdringend.pdf.download.pdf/probleme_bei_derpflegefinanzierung-preisueberwacherortetdringend.pdf. Vgl. auch den darauf gestützten Newsletter vom 9. September 2011 unter <http://blog.preisueberwacher.ch/post/2011/09/09/Newsletter-Pflegefinanzierung-Gaspreise-Marzilibahn-und-Aargauer-Notare.aspx>.

⁷⁴ In der Schweiz werden momentan die drei Pflegebedarfserfassungssysteme BESA, RAI/RUG und PLAISIR verwendet.

von einheitlichen Regelungen für die kantonale Restfinanzierung beleuchtet. Festgehalten wird, dass die EL-Regelung für mehr Klarheit bei der Umsetzung sorgen würde. Der Bundesrat hat indes darauf verzichtet, einen Gesetzesvorschlag vorzulegen, da die Frage zu Zeit im Rahmen einer parlamentarischen Initiative (14.417) vom Parlament behandelt wird (vgl. Ziffer 1.5.3.2 nachfolgend).⁷⁵

1.5.3.2 Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Am 21. März 2014 wurde die parlamentarische Initiative 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» eingereicht. Sie hat zum Ziel im KVG sicherzustellen, dass:

- die Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten im stationären und ambulanten Bereich geregelt wird;
- die Freizügigkeit unter anerkannten Leistungsbringern gewährleistet ist;
- die Pflegekosten von den Betreuungskosten besser und transparent abgegrenzt werden.

Die SGK-S gab der parlamentarischen Initiative über die Nachbesserung der Pflegefinanzierung mit Beschluss vom 4. Juli 2014 einstimmig Folge. Die Kommission hielt in ihrer Medienmitteilung fest, dass sie sich bereits mehrmals über die teilweise unbefriedigende Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in den Kantonen habe orientieren lassen und es als nötig erachte, in diesem Bereich selber aktiv zu werden. Nachdem die Schwesterkommission des Nationalrats ihre Zustimmung am 15. Oktober 2014 gab, schlug die SGK-S eine Gesetzesänderung vor, welche vom 9. September 2015 bis 18. Dezember 2015 einer Vernehmlassung unterzogen wurde.⁷⁶ Die SGK-S schlägt darin eine für alle Kantone einheitliche Regelung vor: Der Kanton, in dem jemand seinen Wohnsitz vor Eintritt in das Pflegeheim hat, muss auch dann für die Restkosten der Pflege aufkommen, wenn diese Person in einem anderen Kanton in ein Pflegeheim eintritt. Mit dieser Lösung orientiert sich die Kommission an der Regelung gemäss ELG. Bis Mitte Juni wird der Bundesrat zur vorgeschlagenen Gesetzesänderung Stellung nehmen.

Die Teilrevision des ELG, die der Bundesrat am 25. November 2015 in die Vernehmlassung gegeben hat, enthält konkrete Massnahmen, welche die heutige Pflegefinanzierung tangieren (im Rahmen der besseren Verwendung von Eigenmitteln für die Altersvorsorge, insbesondere die Senkung der Freibeträge auf dem Gesamtvermögen) und mit denen die EL-Ausgaben von Bund und Kantonen optimiert werden sollen. Das Leistungsniveau soll dabei erhalten, die Verwendung von Eigenmitteln für die Altersvorsorge verbessert, Fehlanreize reduziert und die Durchführung vereinheitlicht werden.⁷⁷

1.5.3.3 Einheitliche Bedarfserfassung in der Pflege

Eine Vereinheitlichung der Pflegebedarfserfassung wird von verschiedenen parlamentarischen Vorstössen angestrebt. Das vom Nationalrat angenommene Postulat 12.4053 «Harmonisierung der Erfassung des Pflegebedarfs» vom 4. Dezember 2012 verlangt eine Harmonisierung der Systeme, wobei die Kantone weiterhin frei in der Wahl der Systeme sein sollen, solange diese bestimmte, von Bund, Kantonen und Tarifpartnern festzulegende Kriterien erfüllen. Die Motion 13.4217, welche eine Gesetzesgrundlage im KVG für ein einheitliches System forderte, wurde in der Zwischenzeit abgeschrieben.

⁷⁵ <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=59157>.

⁷⁶ <http://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/pendent.html#PK>.

Die Arbeiten führten im September 2011 zu Empfehlungen zur Kalibrierung von BESA und RAI/RUG. Die Harmonisierung aller drei Systeme ist allerdings gescheitert, nachdem sich die GDK entschieden hatte, sich nicht an den Arbeiten zu beteiligen. Das BAG prüft Optionen für das weitere Vorgehen. Im Vordergrund steht die Definition von Mindestanforderungen an die Systeme, es sind aber auch andere Varianten denkbar. In seiner Antwort auf die Interpellation 15.4224 «Ein schweizerisches Abklärungsinstrument für den Pflegebedarf statt intransparente Kalibrierung» vom 4 März 2016 befürwortet der Bundesrat eine Einstufung des Pflegebedarfs nach vergleichbaren Massstäben. Er bringt seine Präferenz für eine Harmonisierung der bestehenden Systeme (anstatt der Einführung eines einheitlichen Systems) sowie seine Bereitschaft, eine Harmonisierung herbeizuführen, zum Ausdruck.

1.6 Strategien der Kantone

Die Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich Aufgabe der Kantone. Im Auftrag des BAG wurde vom Büro BASS Anfang 2015 eine Studie zu den Strategien der Kantone im Bereich der Langzeitpflege erstellt. Die Auswertung der Strategie-Dokumente der Kantone und betroffenen Gemeinden zeigt, dass die Strategien im Bereich der Langzeitpflege je nach Kanton und Gemeinde sehr unterschiedlich weit entwickelt sind. Einige Kantone verfügen über detaillierte Planungsberichte zur Gesundheitsversorgung von älteren Personen, andere Kantone beschränken sich in ihren Strategie-Dokumenten auf die Angabe von allgemeingültigen Leitsätzen. Alle 22 Kantone, die Strategie-Dokumente im Bereich der Langzeitpflege haben und die Strategien nicht vollständig an die Gemeinden delegieren, verfügen gemäss eigenen Angaben über strategische Ziele im Bereich der Infrastruktur von Pflegeheimen.

20 von 22 Kantonen mit strategischen Zielen im Bereich der Heiminfrastruktur haben diese Ziele quantitativ definiert. 16 Kantone haben Personalstrategien für die Pflegeheime definiert und 14 Kantone für die Spitex-Organisationen. Zehn Kantone verfügen über Ziele betreffend das Personal von Tages- und Nachtstätten. Vier Kantone geben an, dass sie strategische Ziele bei ambulanten Angeboten ausserhalb der Spitex definiert haben. 12 von 16 Kantonen haben gemäss eigenen Angaben in Zusammenhang mit den festgelegten Personalzielen im Bereich der Pflegeheime auch Massnahmen definiert. Im Vergleich zu den Bereichen Infrastruktur und Personal geben zum Bereich Finanzierung etwas weniger Kantone an, dass sie über entsprechende Strategie-Dokumente verfügen. Es ist jedoch immer noch eine Mehrheit. Allerdings formuliert einzig die Stadt Zürich in ihren Dokumenten eine Strategie im Bereich der Finanzierung der Langzeitpflege. Infolge der Neuordnung der Pflegefinanzierung auf Ebene des Bundes geht sie von einer zusätzlichen Belastung von 60 bis 70 Millionen Franken pro Jahr ab 2014 aus.

Im Vorfeld der Lancierung der Nationalen Demenzstrategie 2014-2017 hat das Zentralsekretariat der GDK eine Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen durchgeführt.⁷⁸ Von Seiten der Kantone wurde Handlungsbedarf insbesondere bei der Finanzierung geortet. Ausserdem fehle es an gut ausgebildetem Fachpersonal. Die Entwicklung der Ausbildung stellt deshalb aus der Sicht der Kantone ebenfalls eine Priorität dar.

1.7 Fazit

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich Aufgabe der Kantone. Ihnen obliegt die Planung und Sicherstellung der Infrastruktur. Ein Teil der Kantone delegiert diese oder einen Teil dieser Aufgaben an die Gemeinden. Die Strategien der Kantone im Bereich Langzeitpflege sind sehr unterschiedlich weit entwickelt und reichen von detaillierten Planungen bis zu allgemein formulierten Leitsätzen.

⁷⁸ GDK (2013). http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Strategie_BundKantone/Demenz/BT_Demenzversorgung_d_2013.11.21.pdf.

Traditionellerweise umfasst der Begriff «Infrastruktur» die Pflegeheime und die Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause. Die Weiterentwicklung zeitgemässer Versorgungsangebote ist indessen auch ein Ziel der gesundheitspolitischen Strategie Gesundheit 2020, die der Bundesrat Anfang 2013 verabschiedet hat.

Die Fachkräfteinitiative des Bundes (FKI) soll dem drohenden Fachkräftemangel in der Schweiz entgegenwirken. Die Fachkräftenachfrage soll bis 2020 vermehrt durch Personen aus der Schweiz abgedeckt werden. Die negativen Auswirkungen auf dem Arbeitsmarkt können mit Massnahmen der FKI abgefedert werden, wenn es gelingt, Personen, die Angehörige pflegen, die Möglichkeit zu geben, die Pflege und eine (teilzeitliche) Erwerbstätigkeit zu vereinen, damit sie nicht ihre Erwerbstätigkeit aufgeben müssen. Somit kann zumindest ein Teil des bedrohten Potenzials und der Produktivität erhalten werden. Inwiefern die Massnahmen der FKI im Bereich Langzeitpflege mithelfen, die Situation der Pflegenden zu verbessern, kann aus heutiger Sicht schwer abgeschätzt werden.

Mit dem «Masterplan Bildung Pflegeberufe» haben der Bund, die Kantone und die OdASanté die Grundlage zur Umsetzung notwendiger Massnahmen bei den Pflegeausbildungen geschaffen. Mit den Bildungsmassnahmen alleine lässt sich der Fachkräftemangel in der Pflege jedoch nicht beheben. Damit die Zahl der Ausbildungsabschlüsse künftig dem Bedarf entspricht und die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften sinkt, sind zusätzliche Anstrengungen auf Ebene Bund, Kantone und der Organisationen der Arbeitswelt erforderlich.

Die Finanzierungsfrage wurde mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung angegangen. Zur Behebung bestehender Probleme, insbesondere in den Bereichen kantonale Restfinanzierung, Pflegebedarfserfassung sowie Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen, sind mehrere parlamentarische Vorstösse eingereicht worden. In diesem Jahr ist die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung in Angriff genommen worden. Neben der Übersicht über den Stand der Umsetzung soll die Evaluation aufzeigen, ob und inwieweit die Reformziele erreicht wurden und welche weiteren, insbesondere sozialpolitischen und finanziellen Wirkungen die Neuordnung der Pflegefinanzierung ausgelöst hat. Die Resultate werden voraussichtlich Ende 2017 vorliegen.

2 Internationales Umfeld

2.1 Studie «Help Wanted» der OECD⁷⁹

In der 2011 veröffentlichten Studie «Help Wanted» thematisiert die OECD die verschiedenen Aspekte der Langzeitpflege umfassend. Ausgehend von der absehbaren demografischen Entwicklung und der damit verbundenen erhöhten Nachfrage nach Pflege geht sie davon aus, dass sich für viele Länder der Anteil am Bruttoinlandprodukt, den sie für die Pflege älterer Menschen aufwenden, von 2011 bis 2050 mindestens verdoppeln oder sogar verdreifachen wird. Gestützt auf eine Umfrage bei 29 Ländern, die von den Ländervertretungen ergänzt wurden und den bei der OECD vorhandenen Daten sowie Langzeitstudien verschiedener Länder analysieren die Autoren, wie sich Angebot und Nachfrage nach Pflege in den kommenden Jahrzehnten verändern, welche Kosten auf die Gesellschaft zukommen und wie Pflege effektiver gestaltet werden kann. Die Studie befasst sich umfassend mit den verschiedenen Aspekten der Pflege und zeigt die Ansätze und Strategien, mit denen die Länder den aktuellen und den absehbaren Herausforderungen begegnen.

Die Autoren stellen fest, dass viele Länder nur punktuelle Änderungen vornehmen statt nachhaltiger Reformen. Sie empfehlen, insbesondere die Bedingungen für pflegende Angehörige zu verbessern, da sie die Hauptlast der Pflege tragen und in den meisten Fällen unbezahlt

⁷⁹ Colombo, Francesca et al. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD. <http://dx.org.10.1787/9789264097759-en>.

helfen. Nicht anzustreben sei, die pflegenden Angehörigen, die zu zwei Drittel Frauen sind, mit finanziellen Anreizen den Ausstieg aus dem Beruf nahezulegen. Vielmehr müssten die OECD-Staaten mehr unternehmen, damit pflegende Angehörige die Pflege mit ihrem Beruf vereinbaren können. In Fällen schwerer Pflegebedürftigkeit müssten sie auf ein professionelles Netz von ambulanten Diensten und Pflegeheimen zurückgreifen können.

Die OECD empfiehlt, dass alle Länder einen allgemeinen Anspruch auf Pflegeleistungen einrichten. Sie spricht sich indessen nicht für ein bestimmtes Finanzierungsmodell aus. Während nordeuropäische Länder die Pflege häufig über Steuern finanzierten, gebe es in einigen Ländern spezielle Pflegeversicherungen. Private Versicherungen könnten eine Rolle spielen, blieben jedoch ein Nischenmodell, wenn sie nicht verpflichtenden Charakter hätten.

Die eigenständigen Pflegeversicherungen, die in verschiedenen Ländern eingerichtet wurden, unterscheiden sich in Bezug auf Anspruchsberechtigung, Beitragspflicht, Leistungsumfang und Finanzierung. Beispiele finden sich in der im Auftrag der Age-Stiftung erstellten Studie «Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz».⁸⁰

2.2 Globaler Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften⁸¹

Am 21. Mai 2010 haben die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den globalen Verhaltenskodex für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften gutgeheissen. Dieser Kodex ist die Antwort der Regierungen auf die Tatsache, dass der weltweite Mangel an Gesundheitspersonal vor allem die Entwicklungsländer trifft und sich dieses Problem mit der Personalabwanderung aus diesen Ländern zu verschlimmern droht. Der Kodex enthält ethische Grundsätze, die bei der internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal zur Anwendung gelangen sollen, indem den Rechten und Pflichten der Herkunfts- und Zielländer sowie der abwandernden Gesundheitsfachkräfte Rechnung getragen wird. Die wichtigsten Empfehlungen beinhalten die ethische internationale Anwerbung, die Gleichbehandlung der zugewanderten Gesundheitsfachleute mit den Angestellten aus dem eigenen Land, die Ausbildung und Erhaltung des bestehenden Personalbestands mit dem Ziel, weniger ausländisches Gesundheitspersonal anstellen zu müssen und die Förderung der internationalen Zusammenarbeit zwischen Ziel- und Herkunftsländern.

Zwar handelt es sich beim Kodex nicht um ein verbindliches Instrument, doch er beinhaltet Elemente, die seine Umsetzung fördern sollen. So ist ab dem Jahre 2012 vorgesehen, dass die Mitgliedstaaten dem WHO-Sekretariat alle drei Jahre auf freiwilliger Basis einen Tätigkeitsbericht vorlegen. Dieser muss über den Stand der Gesetze und Regelungen zur Rekrutierung und Migration von Gesundheitspersonal sowie über die getroffenen Massnahmen zur Umsetzung des Kodex Auskunft geben. Weiter muss der Bericht auch statistische Angaben enthalten.

Das BAG koordiniert im Bereich der Gesundheitsaussenpolitik seit 2008 eine interdepartementale Arbeitsgruppe. Sie hat die Empfehlungen des Kodex unter Berücksichtigung des schweizerischen Kontexts geprüft und hat Studien zur statistischen Dokumentierung, zu den Vorgehensweisen bei der Rekrutierung und zu den Formen der internationalen Zusammenarbeit erarbeiten lassen.⁸² Angesichts der Bedeutung der Herausforderungen, die sich im Zu-

⁸⁰ Jäggi Jolanda, Künzi Kilian (2015). Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz, Bern. http://buerobass.ch/pdf/2015/AgeStiftung_2015_SystemvergleichPflege.pdf.

⁸¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11513/11607/index.html?lang=de>.

⁸² <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11513/11607/index.html?lang=de>.

sammenhang mit der Migration in Bezug auf die personellen Ressourcen im Gesundheitsbereich stellen, hat die interdepartementale Arbeitsgruppe am 30. April 2012 dem Vorschlag zugestimmt, in Zukunft unter der Leitung des interdepartementalen Ausschusses für internationale Migrationszusammenarbeit (IMZ-Ausschuss) tätig zu sein.

Teil III Herausforderungen und Handlungsbedarf

1 Herausforderungen

Aus der Bestandesaufnahme lässt sich abschätzen, welche Herausforderungen wegen der demografischen Entwicklung mittel- und langfristig bewältigt werden müssen. Im Vordergrund stehen

- die möglichst weitgehende Reduktion der Nachfrage nach Leistungen der Langzeitpflege;
- die Anpassung der Infrastrukturen an den sich ändernden Bedarf;
- die Rekrutierung von genügend Pflegepersonal und eine optimierte Nutzung der differenzierten Kompetenzen der Pflegefachleute;
- die Finanzierungsfrage.

In Bezug auf alle diese Elemente kommt den Kantonen eine Schlüsselrolle zu. Sie sind zuständig für die Sicherstellung der Versorgung und tragen einen bedeutenden Teil der Kosten der Langzeitpflege.

1.1 Gesundheitspolitische Herausforderungen

Das Schweizerische Gesundheitswesen ist föderalistisch aufgebaut. Die Aufgaben des Gesundheitswesens und die Gesundheitspolitik verteilen sich auf die drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden. Dabei gilt im Verhältnis zwischen Bund und Kantonen das Subsidiaritätsprinzip. Damit das Gesundheitswesen über alle Ebenen hinweg funktioniert, braucht es Absprachen zwischen dem Bund und den Kantonen. Zudem ergeben sich immer wieder neue Herausforderungen, die sowohl den Bund als auch die Kantone betreffen. Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» bildet die ständige Plattform, die Bund und Kantone eine regelmässige Aussprache und Koordination zu aktuellen Fragen und Herausforderungen und ausgewählten Themen des Gesundheitswesens der Schweiz erlaubt.

In seiner Stellungnahme zu verschiedenen parlamentarischen Vorstössen hat der Bundesrat darauf hingewiesen, dass die Gewährleistung ausreichender und adäquater Versorgungsstrukturen für betagte und chronisch kranke Menschen von den Kantonen wahrgenommen wird und dass der Bund nur über in verschiedener Hinsicht limitierte Kompetenzen verfügt. So hat er in seiner Stellungnahme vom 11. März 2011 die Umsetzung eines in der Motion 10.4090 «Nationales Impulsprogramm zur Förderung von Zwischenstrukturen für betagte Personen» vom 16. Dezember 2010 geforderten Programms abgelehnt und darauf hingewiesen, dass die Frage der adäquaten Strukturen im Bereich des Übergangs zwischen Akut- und Langzeitpflege im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik thematisiert werden sollen. Auch in seiner Stellungnahme vom 12. September 2014 zur Motion 14.3639 «Verbesserung der Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause» vom 26. Juni 2014 hat der Bundesrat auf die Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung hingewiesen. Zur punktuellen Verbesserung der Koordination bei der Aufgabenteilung im Gesundheitssystem auf nationaler Ebene hätten Bund und Kantone unter geltendem Recht den Dialog Nationale Gesundheitspolitik geschaffen.

Ende August 2014 haben Bund und Kantone im Rahmen dieses Dialoges die Herausforderungen im Bereich der Langzeitpflege erstmals thematisiert. Im Mai 2015 beschlossen sie ein von Bund und Kantonen getragenes Massnahmenpaket zu formulieren, welches im Berichtsteil III, Kapitel 1.6 vorgestellt wird. Das Massnahmenpaket wird im Rahmen der Sitzung des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik im Juni 2016 zwischen Bund und Kantonen diskutiert.

1.1.1 Koordinierte Versorgung

Die gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit 2020» des Bundesrates vom Januar 2013 nennen die Förderung zeitgemässer Versorgungsangebote als wichtiges Ziel.⁸³ Die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen – besonders im Hinblick auf chronische und psychische Krankheiten – sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden. Dies bedingt den Aufbau einer Versorgungsforschung. Die Chancen des medizinischen Fortschritts sollen genutzt und die Risiken minimiert werden. Die Förderung koordinierender Versorgungsmodelle wird in allen Bereichen von der Akutbehandlung über die Langzeitpflege bis zu Palliative Care unterstützt.

Im Gesundheitswesen ist ein Trend hin zur koordinierten Versorgung zu erkennen. Auch in der Pflege und Betreuung im Altersbereich lässt sich dieser Trend ausmachen. Im Bereich der Langzeitpflege stellt die integrierte Versorgung eine besondere Herausforderung dar, da ein beträchtlicher Teil der Patientinnen und Patienten unter mehreren Krankheiten leidet. Während in definierten Krankheitssituationen, in denen die Multimorbidität nicht hineinspielt, Behandlungspfade geeignet sind, die Koordination im Rahmen einer Behandlung sicherzustellen, sind für Multimorbidität keine Standards und Guidelines vorhanden. Zwar sind die Fallführung und Koordination der Leistungen ebenfalls anzustreben, sie haben aber von den Bedürfnissen und Prioritäten im Einzelfall auszugehen.

Um Informationen über die Anzahl und Art der Zusammenarbeitsformen zu gewinnen, haben die Age Stiftung und Curaviva Schweiz in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz eine Studie in Auftrag gegeben mit dem Ziel, Verbundlösungen und deren Bezeichnungen zu erheben. Die Ergebnisse der Studie⁸⁴ des WIG Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW zeigen, dass sich weder auf Seiten der Begrifflichkeit, noch auf Seiten der Ausgestaltung bisher eine Einheitlichkeit entwickelt hat. So sei bisher weder der Begriff «Verbundlösung» als Beschreibung der Form der Zusammenarbeit zwischen den befragten Organisationen als Standard etabliert, noch zeige sich bezüglich des Begriffes ein einvernehmliches Verständnis, sondern eher eine Begriffsvielfalt oder sogar eine Begriffsverwirrung. Auch in Bezug auf die Ausgestaltung der Verbundlösungen im Bereich der Pflege und Betreuung lasse sich feststellen, dass die angebotenen Leistungen und Spezialisierungen, Art der Kooperationspartner, Organisations- und Rechtsformen, Kommunikation etc. keineswegs eine homogene Ausprägung haben. Dies sei jedoch auch nicht wirklich überraschend, da einerseits eine Vereinheitlichung nicht erstrebenswert sei und andererseits die Entwicklungen noch jung und dynamisch seien und sich ein Trend entsprechend noch nicht eindeutig abzeichne.

Die Verfasser der Studie sind der Meinung, dass an einer verstärkten Zusammenarbeit bis hin zu einer Integration mittel- bis langfristig trotzdem kein Weg vorbeiführen wird. Alle Organisationen im Gesundheitswesen kämen immer stärker unter finanziellen Druck und müssten dementsprechend ihre Prozesse optimieren und ihre strategische Positionierung auf die Markterfordernisse ausrichten. Es wird damit gerechnet, dass neben einer vertikalen Integration (z.B. ambulante Pflege mit Pflegeheim) auch stärker eine horizontale Integration stattfinden wird – das heisst, dass sich Organisationen, die im selben Dienstleistungsspektrum tätig sind, zusammenschliessen werden.

⁸³ www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de.

⁸⁴ Imhof, Daniel, De Boni, Sylvia, Auerbach, Holger (2010). Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. http://www.agestiftung.ch/fileadmin/user_upload/PDF/Abschlussbericht_Verbundloesungen.pdf.

Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Zusammenarbeit sehen die beteiligten Organisationen ein enormes Potenzial in Verbundlösungen. Das vom Markt erwartete breite Angebotsspektrum werde zukünftig durch eine einzige Organisation nur sehr schwierig zu erbringen sein. Eine Ausweitung des Angebotes bei gleichzeitiger Spezialisierung sei in vielen Bereichen der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu sehen – und durch eine Integration der Angebote könne diese auch mittel- bis langfristig integriert und «aus einer Hand» angeboten werden. Diese Entwicklung müsse nicht nur für «kleine» Organisationen sinnvoll sein. Der Trend werde durch die hohe Professionalisierung der in der Studie analysierten Zentren bestätigt. Die Zentren seien beispielsweise hinsichtlich Kommunikation, Prozessen etc. sehr fortschrittlich organisiert und entsprechend zukunftsfähig aufgestellt. Verbundlösungen im Bereich der Pflege und Betreuung bzw. Integrierte Versorgung in der medizinischen Leistungserbringung werden sich nach Einschätzung der Autorinnen und Autoren weiter im Markt etablieren, da dies die Nachfrager und die Kostenträger fordern und diese auch die Qualität der Dienstleistungen erhöhen und zeitgemäss ausgestalten könnten.⁸⁵

1.1.2 Änderung des Bedarfs und der Bedürfnisse

Die Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik (BFS) prognostizieren in der Schweiz für die kommenden Jahrzehnte eine weitere Zunahme der über 80-jährigen Menschen. Den Kantonen stellt sich damit verschärft die Frage, wie viele dieser Betagten der Langzeitpflege bedürfen, ob und wo neue Pflegeheime geplant werden müssen und inwieweit der zunehmende Pflegebedarf mit ambulanten Strukturen gedeckt werden könnte.⁸⁶ Mit der Entwicklung der Gesellschaft steigt jedoch nicht nur die Quantität, sondern es werden neue Ansprüche an die Qualität der Versorgung und der Pflege im Alter gestellt.

Der Verband senesuisse und die Gottlieb Duttweiler Institute (GDI) haben zu diesem Thema gemeinsam eine Studie erarbeitet.⁸⁷ Sie zeigt Möglichkeiten der künftigen Entwicklung des Wohnens und der Pflege im Alter auf. Ausgangspunkt sind je zwei Thesen zu den Aspekten «Altern», «Wohnen» und «Pflege». Für die verschiedenen Aspekte werden innovative Lösungsansätze aufgezeigt. An Beispielen wird gezeigt, wie entsprechende Projekte bereits umgesetzt werden. Die Autoren kommen zum Schluss, dass das Potenzial einer Gesellschaft des langen Lebens aus vielen Einzelteilen besteht und sich nur freisetzt, wenn es gelingt:

- die starre Einteilung in Lebensphasen zu beseitigen und die Organisation unseres Arbeitslebens flexibel an die neuen Bedürfnisse des längeren Lebens anzupassen;
- neue Quartiere zu gestalten und modulare Dienstleistungen zu kreieren, die die Frage «Daheim oder im Heim» obsolet machen;
- offene Plattformen aufzubauen, auf denen verschiedene lokale und internationale Anbieter Hilfe- und Pflegeleistungen anbieten können;
- technische Innovationen und Care-Tech einzusetzen, um das Pflegesystem zu entlasten und im Alter Selbständigkeit und die Kontrolle über das eigene Leben zu erhalten;

⁸⁵ Imhof, Daniel, De Boni, Sylvia, Auerbach, Holger (2010). Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich. WIG Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Winterthur, S. 55.

⁸⁶ Bayer-Oglesby Lucy, Höpflinger, François (2010). Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Obsan-Bericht 47. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4122>.

⁸⁷ Frick, Karin, Froböse, Frerk, Gürtler, Detlef (2013). Die Gesellschaft des langen Lebens. Senesuisse, Bern, und Gottlieb Duttweiler Institute, Zürich/Rüschlikon. http://www.senesuisse.ch/images/dienstleistungen/Studie%20GDI%202013_DEF%20verringert.pdf.

- mit den gewonnenen Jahren und dem individuellen Glück zur Lösung von gesellschaftlichen Herausforderungen beizutragen.⁸⁸

1.2 Sicherstellung von genügend und adäquat ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen

Eine der grossen Herausforderungen wird es sein, genügend und gut qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal sicherzustellen, welches auf den Bedarf im Versorgungssystem abgestimmt ist. Entsprechend ist dies auch eines der Ziele der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates «Gesundheit 2020» (Handlungsfeld «Versorgungsqualität sichern und erhöhen») und wurde schon 2009 im nationalen Versorgungsbericht Gesundheitsberufe und im Bericht «Bildung Pflegeberufe» 2010 aufgezeigt.

Der neue Verfassungsartikel zur medizinischen Grundversorgung gibt dem Bund Kompetenzen bezüglich der qualitativen Vorgaben für die Aus- und Weiterbildung und Berufsausübung der Gesundheitsfachleute in der medizinischen Grundversorgung. Mit der Revision des Medizinalberufegesetzes (MedBG) vom 20. März 2015 wurde für die universitären Medizinalberufe das Zusammenwirken in der medizinischen Grundversorgung als Ziel der universitären Ausbildung und der beruflichen Weiterbildung gesetzlich verankert. Das Konzept der medizinischen Grundversorgung baut auf eine optimale Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Gerade im ambulanten Bereich soll die Hausarztmedizin gestärkt werden, was aber auch bedeutet, dass Hausärztinnen und Hausärzte die Vernetzung und Koordination mit anderen Gesundheitsfachleuten vorantreiben und die Gestaltung neuer Versorgungsmodelle mittragen müssen.

Neu erhält das Thema im Lichte der Annahme der Volksinitiative «Gegen Masseneinwanderung» am 9. Februar 2014 zusätzlich an Bedeutung. Die Umsetzung des neuen Artikel 121a BV wird von verschiedenen Begleitmassnahmen flankiert. Dabei spielen die auf den Arbeitsmarkt fokussierenden Massnahmen des WBF eine wichtige Rolle, insbesondere die Fachkräfteinitiative, denn diese hat zum Ziel, das inländische Potenzial an Arbeitskräften besser auszuschöpfen und den mit einer Kontingentierung einhergehenden Fachkräfterrückgang zu mildern. Gerade im Gesundheitsbereich, in dem besonders viele Frauen tätig sind, wird die Frage der besseren Vereinbarkeit von Familie und Arbeit sowie neuer Betreuungs- und Tagesstrukturen für Kinder, die eine Erhöhung der aktuellen Teilzeitarbeit ermöglichen, zentral sein. Diese Massnahmen wurden auch schon im Nationalen Versorgungsbericht der GDK und OdASanté angesprochen.

1.2.1 Weiterführung der Arbeiten ab dem Jahr 2016

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan wird im Herbst 2016 einen neuen Bericht zum Personalbestand und Prognosen zum Zusatzbedarf für das nicht ärztliche Gesundheitspersonal erstellen. Davon ausgehend werden GDK und OdASanté den Nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe aktualisieren. Das BAG ist an letzterem als Mitherausgeberin beteiligt.⁸⁹ Unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieses Berichtes prüfen WBF und EDI Möglichkeiten zur:

- Erhöhung der Verbleibdauer im Pflegeberuf

⁸⁸ Frick, Karin, Froböse, Frerk, Gürtler, Detlef (2013). Die Gesellschaft des langen Lebens. Senesuisse, Bern, und Gottlieb Duttweiler Institute, Zürich/Rüschlikon, S. 64.

⁸⁹ Zusätzliche Informationen zur langfristigen Entwicklung der Berufslaufbahnen von Pflegefachkräften der Tertiärstufe sind von der Studie «Nurses at Work» zu erwarten. Die Untersuchung wird auch Rückschlüsse zu den Faktoren geben, welche den Berufsverbleib von Pflegefachkräften fördern oder hemmen. Die Ergebnisse der Studie stehen ab Ende 2015 zur Verfügung.

- Erleichterung der Spätrekrutierung im Bereich Pflege
- Erleichterung des Wiedereinstiegs im Bereich Pflege
- Erhöhung der Abschlusszahlen im Tertiärbereich Pflege

Der neue Verfassungsartikel zur medizinischen Grundversorgung in Artikel 117a BV wird in seiner Umsetzung weiteren Einfluss auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe haben und rückt insbesondere die Zusammenarbeit und die koordinierte, interprofessionell erbrachte Versorgung ins Zentrum, was Fragen nach der Interprofessionalität in der Ausbildung und Weiterbildung aufwirft.

Der 2013 veröffentlichte Bericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz (*Swiss Nursing Homes Human Resources Project SHURP*)⁹⁰ beruht auf der grössten repräsentativen Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeheimen. Sie zeigt deutlich auf, dass die Alters- und Pflegeheime erhöhte Schwierigkeiten bei der Rekrutierung des Personals haben. Dies erscheint umso problematischer angesichts der Tatsache, dass jede dritte Mitarbeitende in den nächsten 15 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden wird und ein relativ hoher Anteil an Pflegefachpersonal einen ausländischen Berufsabschluss aufweist. Trotz grundsätzlicher Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in diesen Institutionen denkt zudem immer noch jede achte Pflegefachkraft daran, ihre Arbeitstätigkeit aufzugeben. Besonders hervorgehoben wird als Herausforderung die Zunahme an Patientinnen und Patienten mit Demenz, welche neue und spezifische Kompetenzen beim Pflegepersonal erfordern und die allgemein hohe körperliche und psychische Belastung des Pflegepersonals noch verstärken wird.

Wichtig erscheint für die zukünftige Langzeitpflege, dass neben den differenziert ausgebildeten Pflegefachkräften auch genügend und spezifisch ausgebildete andere Gesundheitsfachleute zur Verfügung stehen. Bei den universitären Medizinalberufen sind somit Ärztinnen und Ärzte, aber auch Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren sowie Apothekerinnen und Apotheker angesprochen. Gerade bei den Fachärztinnen und Fachärzten stellt sich die Frage nach breit verankerten geriatrischen Kompetenzen, neben der Geriatrie selbst als einem Schwerpunkt für Fachärztinnen und Fachärzte mit dem Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin. Auch die Zahnmedizin und die Alterszahnmedizin müssen sich im Umgang mit komplexen medizinischen und medikamentösen Herausforderungen bei mehrfacherkrankten und chronisch kranken Patientinnen und Patienten profilieren. Bei den Gesundheitsberufen auf Fachhochschulstufe sind neben der Physiotherapie die Ergotherapie sowie die Ernährung und die Diätik gefordert.

1.2.2 Anpassung der Rahmenbedingungen an die Bedürfnisse der Pflegefachpersonen

Neben den oben dargestellten Massnahmen für die Pflege allgemein müssen für die Langzeitpflege im Besonderen folgende Punkte überdacht werden:

- Wie Institutionen der Alters- und Langzeitpflege als Ausbildungsstätten und Arbeitsorte an Attraktivität gewinnen können.
- Wie sich Mitarbeitende in den Institutionen der Alters- und Langzeitpflege durch Aus- und Weiterbildung in diesem spezifischen Feld weiterentwickeln können.

⁹⁰ http://nursing.unibas.ch/forschung/projekte/infos/?tx_x4euniprojectsgeneral_pi1%5BshowUid%5D=188.

- Wie die Berufsprüfung Langzeitpflege und die höheren Fachprüfungen im Bereich Palliative Care und Onkologiepflege bzw. geriatrische und gerontopsychiatrische Pflege ohne Fachrichtungen propagiert werden können.
- Wie von der durch die Bildungssystematik geschaffenen Differenzierung der Pflege in den Institutionen von einem optimalen Einsatz von unterschiedlich qualifizierten und berufserfahrenen Pflegefachpersonen profitiert werden kann (*Skill-* und *Grademix*).
- Wie entsprechende berufliche Karriere- und Entwicklungswege gezeichnet werden können.
- Wie in den Einzelbetrieben und im Rahmen der medizinischen Grundversorgung durch bewusste Vernetzung mit Partnern im ambulanten und stationären Bereich auch neue Personalgewinnungs- und Personalerhaltungskonzepte entwickelt werden können.

Langzeitpflege wird in Zukunft immer mehr eine Frage der ambulanten Versorgung im Rahmen der medizinischen Grundversorgung sein, da offensichtlich durch verbesserte ambulante Pflege- und Betreuungsangebote viele pflegebedürftige Patientinnen und Patienten daheim versorgt werden können und dies selber meist auch möglichst lange wollen. Zudem werden viele ältere Patientinnen und Patienten durch episodische Krankheitsverläufe zwischen stationärer, halbstationärer und ambulanter Versorgung hin- und herwechseln. Hier setzt die Rolle der Spitexdienste an. Dieser Partner in der ambulanten Versorgung ist als Brückenbauer relevant. In der Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten wird die Versorgung der Patientinnen meist in enger Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Betreuungspersonen gewährleistet. In Zukunft wird aber auch die Spitex mit einer Zunahme an mehrfacherkrankten, chronisch kranken Patientinnen und Patienten einen Umgang finden müssen. Im Spitexalltag werden Demenz und psychische Krankheitsbilder den Arbeitsalltag mitprägen und dies in einer multikulturellen Gesellschaft mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Auch in Spitexteams müssen angesichts dieser Herausforderungen Überlegungen zum optimalen Einsatz von Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und Berufserfahrungen weiter aktiv aufgenommen werden. Hauptherausforderung wird aber auch bei der Pflege zu Hause die Sicherheit sein, über genügend Personal zu verfügen.

1.3 Handlungsbedarf im Versorgungsbereich

Die Kantone und Gemeinden stehen vor der Herausforderung, die bestehenden Versorgungsstrukturen der Langzeitpflege an die ändernden Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen anzupassen. Die zunehmende Individualisierung des Lebensstils, die sich verändernden Familienstrukturen sowie die Zunahme des Anteils an älteren Menschen mit einem Migrationshintergrund verlangen nach neuen Angeboten für die Betreuung und Pflege im Alter. Die bestehenden Angebote sind – in Abhängigkeit der lokalen Besonderheiten – entsprechend weiterzuentwickeln. Dies betrifft sowohl die Angebote zur Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen (Tageskliniken und Tagesstätten, Nachtkliniken, Ferienbetten) wie auch der institutionalisierten Langzeitpflege sowie der professionellen Pflege und Betreuung zu Hause. Gefordert sind neben den Kantonen und Gemeinden somit auch die Leistungserbringer (Pflegeheime, Spitex-Dienste etc.).

In der Langzeitpflege betagter Personen sind viele Veränderungen im Gange. Heute tritt ein kleinerer Anteil an Betagten, welche in der Regel älter und stärker pflegebedürftig sind, in Alters- und Pflegeheime ein. Die Fälle werden komplexer (Zunahme der Fälle von Multimorbidität und Demenz) und erfordern neue Kompetenzen des Pflegepersonals. Gleichzeitig nimmt die Nachfrage nach anderen Betreuungsformen zu. Der Anteil der 65-jährigen, welche Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, ist gestiegen. Die Pflege und Betreuung betagter Personen findet keineswegs nur mehr zuhause durch Angehörige und die Spitex oder im Heim statt. Sie werden mehr und mehr durch sogenannte intermediäre Angebote oder Zwischenstrukturen,

wie z.B. Tagesbetreuung oder Kurzaufenthalte im Heim, ergänzt. Das «Ziel» dieser Zwischenstrukturen ist es meist, den Verbleib der pflegebedürftigen Person in der eigenen Wohnung und das Aufschieben des Eintritts in ein Pflegeheim zu erreichen.

Das Angebot von Pflege ist insgesamt vielfältiger geworden. Patientinnen und Patienten haben heute mehr Möglichkeiten, ein für ihre Lebenssituation passendes Pflegeangebot zu finden. Das Obsan geht davon aus, dass diese Tendenz in den kommenden Jahren weiter anhalten wird und immer mehr Formen von intermediären Strukturen hervorbringen wird.⁹¹ Zu den intermediären Strukturen für ältere Personen, welche noch kaum statistisch erfasst sind, schafft das Obsan im Rahmen einer neuen Studie⁹² einen ersten quantitativen Überblick. Die Förderung von Zwischenstrukturen wurde auch im Rahmen von Vorstössen wie zum Beispiel in der Motion 10.4090 «Nationales Impulsprogramm zur Förderung von Zwischenstrukturen für betagte Personen» vom 16. Dezember 2010 verlangt. Diese wurden jedoch auf politischer Ebene nicht weiterverfolgt.

Für die Betreuung von Betagten wird auch häufiger auf ein Modell der 24-Stunden Betreuung in Privathaushalten zurückgegriffen. Diese Arbeit wird oft durch Migrantinnen und aus den EU-Staaten übernommen. Die Arbeitsbedingungen dieser Pendelmigrantinnen sind teilweise höchst prekär (lange und zerstückelte Arbeitszeiten, niedriger Lohn und fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten). Der Bundesrat hat Ende April 2015 den Bericht in Erfüllung des Postulats 12.3266 «Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege» verabschiedet. Der Bericht hält fest, dass insbesondere die Arbeits- und Ruhezeiten dieser Arbeitnehmerinnen gesetzlich nicht geregelt sind und es Handlungsbedarf gibt, um ihnen einen angemessenen Schutz gewährleisten zu können. Verschiedene Lösungswege wurden im Bericht aufgezeigt und eine Studie zur Abschätzung der Regulierungsfolgenkosten der aufgezeigten Lösungen (für Betroffene sowie für das Sozial- und Gesundheitswesen) in Auftrag gegeben. Dies mit dem Ziel, dem Bundesrat bis Ende 2016 einen konkreten Lösungsvorschlag zu unterbreiten.

Das Thema Altern, Wohnen, Pflegen wird im Übrigen insbesondere in der im Auftrag des Verbands wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz senesuisse erstellten Studie «Die Gesellschaft des langen Lebens» aufgearbeitet.⁹³ Das Thema der Förderung von *Ambient Assisted Living*-Lösungen (selbstbestimmtes Leben durch innovative Technik oder Assistenzsysteme) und Telemonitoring wurde noch kaum angegangen. Zum Teil gehört es, wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Postulat 09.3505 «Telemonitoring in der Gesundheitsversorgung» vom 5. Juni 2009 festgehalten hat, in den Bereich von eHealth und ist in diesem Zusammenhang relevant.

Zur Steigerung der Qualität und Effizienz in der Versorgung bedarf es neben einer auf die Bedürfnisse älterer Menschen angepassten Versorgungsstruktur auch Massnahmen, welche Verbesserungen im Pflegesystem erreichen. Dazu bieten sich vier Handlungsfelder im Bereich der Langzeitpflege an.⁹⁴

⁹¹ Füglistler-Dousse, Sylvie, Dutoit, Laure, Pellegrini, Sonia (2015). Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013. Obsan Rapport 67, S. 9.

⁹² Werner, Sarah, Kraft, Eliane, Mohagheghi, Ramin, Meuli, Nora, Egli, Florian (2016). Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Obsan Dossier 52.

⁹³ Frick, Karin, Froböse, Frerk, Gürtler, Detlef (2013). Die Gesellschaft des langen Lebens, a.a.O.

⁹⁴ Die vier Handlungsfelder basieren auf den Resultaten des Berichts «Politique cantonale Vieillissement et Santé» des Kantons Waadt vom 12. Januar 2012 sowie den Empfehlungen zur Bildung einer Strategie für Senioren in der Provinz Ontario (Kanada) von Dr. Samir K. Sinah (2013). «Living Longer, Living Well. Highlights and Key Recommendations. From the Report Submitted to the Minister of Health and Long-Term Care and Minister Responsible for Seniors on recommendation to inform a Seniors Strategy in Ontario».

- *Die Koordination der Pflege fördern, um eine bessere Betreuung vor Ort zu gewährleisten.*

Mittels einer verstärkten Koordination innerhalb des Pflegesystems erhöht sich die Aussicht auf die Erbringung der richtigen Pflegeleistung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort. Ältere Personen könnten somit besser und länger zu Hause altwerden. Angebote wie beispielsweise Spitex-Stützpunkte oder geriatrische Zentren gilt es daher zu fördern.

- *Die Spitäler auf die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten anpassen.*

Durch die Einrichtung von speziell auf die Bedürfnisse älterer Patientinnen und Patienten ausgerichteten Prozessen und Abläufen könnten beispielsweise die Hospitalisierungsdauer älterer Personen respektive der Pflegeaufwand im Spital reduziert werden.

- *Die geriatrischen Fachkompetenzen in der Pflege erhöhen.*

Anhand der Erhöhung der geriatrischen Fachkompetenzen sowie der besseren Anerkennung der Pflegeberufe können die Qualität der Pflege und die Attraktivität des Berufes gesteigert werden.

- *Ein Monitoring zur Überwachung und Steuerung der Versorgung etablieren.*

Anhand der Erhebung, Bereitstellung und des Austausches von Daten und Informationen im bestehenden Pflegesystem sowie der Evaluation von neu eingeführten Massnahmen kann die bedarfsgerechte Ausrichtung und die Effizienz der Versorgung besser gesteuert werden.

1.4 Handlungsbedarf im Präventionsbereich

In der Gesamtschau «Gesundheit 2020» vom 23. Januar 2013 äussert sich der Bundesrat zu den Herausforderungen, mit denen das schweizerische Gesundheitssystem in den kommenden Jahren konfrontiert sein wird. Er weist darauf hin, dass die demografischen Veränderungen, der medizinisch-technische Fortschritt und das sich ändernde Gesundheitsverhalten dazu führen werden, dass es immer mehr Patientinnen und Patienten mit chronischen, übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten gibt. Damit wächst auch die Zahl der Patientinnen und Patienten, die das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Ein beträchtlicher Teil dieses Anstieges wäre mit einer Früherkennung chronischer Krankheiten vermeidbar. Zudem könnte mit einer optimierten Versorgung die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden. Mit weniger chronischen Krankheiten würden weniger hohe Kosten für das Gesundheitswesen, für die Wirtschaft (weniger Absenzen) und für andere Sozialversicherungszweige wie die Invalidenversicherung anfallen. Deshalb müssten wirksame und effiziente Massnahmen zur Prävention, zur Früherkennung und zur Gesundheitsförderung eingeführt werden.

Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel des Bundesrates ist, dort wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, Tabak- und übermässigen Alkoholkonsum sowie Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung entstehen. In der Gesundheitsförderung und der Krankheitsvorbeugung sollen auch neue Wege beschritten werden. Die durch verbesserte Lebensbedingungen und die Gesundheitsversorgung angestiegene Lebenserwartung kann mit oder ohne Zunahme der Lebenszeit, mit Behinderung und Pflegebedarf einhergehen. Die personellen und finanziellen Ressourcen, die für die Erbringung der Pflegeleistungen bereitgestellt werden müssen, sind direkt abhängig von der «Be-

hinderungslast», vor allem in der (hoch-)betagten Bevölkerung. Ob die Summe der Anstrengungen in der Prävention auf Bevölkerungsebene mit einer Stabilisierung oder gar Abnahme der Lebensjahre mit Behinderung einhergeht, ist bis heute nicht geklärt. Die grosse Unbekannte dabei sind die Demenzerkrankungen: das Risiko, an Demenz zu erkranken, nimmt mit zunehmendem Alter stark zu, dementsprechend nimmt mit höherer Lebenserwartung die Anzahl Demenzkranker überproportional zu. Zwar gelten die Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen wie Tabakkonsum, chronisch übermässiger Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität, Adipositas, Bluthochdruck und erhöhte Blutfette und Diabetes auch als Risikofaktoren für die Demenz. In welchem Ausmass entsprechende präventive Massnahmen das Erkrankungsrisiko effektiv senken, ist allerdings noch nicht bekannt. Zudem fehlen bis heute wirksame Ansätze zur Therapie der Demenz, und es sind kurz und mittelfristig auch keine zu erwarten. Die heute verfügbaren Therapien vermögen nur, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen.

Umso wichtiger sind die erwähnten Massnahmen, die ihre Wirkung vor allem in der Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten und Diabetes entfalten, zur Stabilisierung und Verminderung des nicht durch Demenz bedingten Pflegebedarfs.^{95 96} Die Präventionsanstrengungen dieser Krankheiten richten sich an alle Altersgruppen und entfalten ihre Wirkung dementsprechend über sehr lange Zeiträume, das heisst schätzungsweise nach 30 bis 40 Jahren, wenn die heute 40-50-jährigen ins Alter mit Pflegebedürftigkeit kommen.

Neuere Studien haben zudem gezeigt, dass bei gesundem Lebensstil auch im höheren Alter die Entwicklung von Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit vermindert ist. Es gilt deshalb, die Prävention, die die lebensstilgebundenen Risikofaktoren anvisiert, auch der älteren Bevölkerung anzubieten und die entsprechenden Angebote auf deren spezifische Bedürfnisse und Lebensumstände auszurichten. Eine besondere Rolle diesbezüglich kommt der Förderung und Ermöglichung körperlicher Aktivität, der Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung, einem moderaten Alkoholkonsum sowie dem Verzicht auf Tabakkonsum zu, die neben dem günstigen Einfluss auf Herz-Kreislaufkrankheiten und Diabetes auch das Sturzrisiko in der letzten Lebensphase und die Entwicklung von Demenz reduzieren.

In Ergänzung dazu sind Programme zu entwickeln und zu verbreiten, die die Entwicklung von funktionellen Einschränkungen verhindern oder zumindest verlangsamen sollen. Diese Angebote richten sich an Personen, die ein hohes Risiko haben, gebrechlich zu werden. Instrumente zur Identifizierung diesbezüglich gefährdeter Personen existieren. Bei diesen Menschen sind spezifische Interventionen beispielsweise zur Sturzprävention, zur Sicherstellung einer qualitativ guten Ernährung zwecks Verhinderung von Mangelzuständen, zur Vorbeugung und Früherkennung von Depressionen oder zur Reduktion der Anzahl eingenommener Medikamente zwecks Verhinderung von Interaktionen und Nebenwirkungen angezeigt.

Ein besonderes Augenmerk erfordert die Erkennung und Reduktion von chronischem übermässigem Alkoholkonsum. In Kombination mit Medikamenten (insbesondere von ärztlich verschriebenen oder missbräuchlich verwendeten Psychopharmaka und Schlafmitteln) kann dieser das Sturzrisiko erhöhen, zu einer qualitativ ungenügenden Ernährung beitragen und die soziale Isolation verstärken.

Schliesslich richten sich verschiedene Impfungen gegen Krankheiten, die im hohen Alter schwer verlaufen und zu einem Verlust der Selbständigkeit führen können. Dies betrifft Impfungen gegen die Grippe, Pneumokokkenkrankungen und Gürtelrose (Herpes Zoster). Die Impfung der älteren Bevölkerung muss gezielt gefördert werden.

⁹⁵ Monod-Zorzi, Stéphanie, Seematter-Bagnoud, Laurence, Büla, Christophe, Pellegrini, Sonia, Jaccard Ruedin, Hélène (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Obsan, document de travail 25.

⁹⁶ Kanton Waadt (2012). *Kantonale Politik Alter und Gesundheit*.

Die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und die Eindämmung der Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen muss kurz-, mittel- und langfristig das Hauptziel einer Strategie im Bereich der Langzeitpflege sein. Wie im Teil II unter Ziffer 1.1 erwähnt, hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik eine nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie) erarbeitet, die unter anderem die Prävention in der Gesundheitsversorgung stärker verankern und der Pflegebedürftigkeit vorbeugen soll. Es kann angenommen werden, dass spezifische Präventionsmassnahmen für ältere Menschen ihre Wirkung erzielen werden und somit auch das Ausgabenwachstum der Pflege reduziert wird. Im Vordergrund stehen spezielle Massnahmen für ältere Menschen wie zum Beispiel Sturzprävention, Bewegungsförderung, Ernährungsumstellung, aber auch multidimensionale geriatrische Assessments oder Patientenbildung und *Disease Management*-Programme. Diese Massnahmen und Programme gilt es zu intensivieren und weitere Ansätze, beispielsweise im Bereich der Ernährung zur Vermeidung von Mangelzuständen, im Rahmen der Umsetzung der NCD-Strategie zu entwickeln. In der NCD-Strategie werden Massnahmen gefördert, die dazu beitragen, langfristig und über einen langen Zeithorizont die Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Sie werden aber auch direkt bei der Gesunderhaltung von älteren Menschen beziehungsweise bei der Förderung der Lebensqualität trotz bestehender Erkrankung oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen ansetzen und dadurch auch kurzfristig die Pflegebedürftigkeit reduzieren oder zumindest hinauszögern. Dabei sind Anstrengungen von allen relevanten Akteuren im Gesundheitsbereich gefragt. Die erwähnten Präventionsmassnahmen gehen fließend in die koordinierte Versorgung über. Ein Beispiel dazu ist die Spital-Austrittsplanung. Im Rahmen dieser Planung wird die Sturzprävention organisiert, indem zum Beispiel eine Spitex-Organisation beauftragt wird, ein Sturz Assessment in der Wohnung der austretenden Person vorzunehmen. Bei Personen, die an mehreren chronischen Krankheiten leiden, sind somit Massnahmen der Optimierung und Integration der Behandlung (wie Austrittsplanung, Überprüfung der (Poly-)Medikation) geeignet, die Selbständigkeit zu erhalten und den Pflegebedarf zu reduzieren. Derartige kurzfristig wirksame Ansätze zur Verminderung des Pflegebedarfs sollen im Rahmen der zukünftigen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung gestärkt respektive, wo notwendig, neu entwickelt und umgesetzt werden.

Die Strategie «Gesundheit 2020» des Bundesrates sieht die Unterstützung integrierter Versorgungsmodelle in allen Bereichen von der Akutbehandlung über die Langzeitpflege bis zu Palliative Care vor. Im Bereich der Langzeitpflege sollen im Sinne der Steigerung der Qualität und Effizienz zum einen die dem Bedarf entsprechenden Pflegestrukturen und genügend Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Zum anderen ist eine spezifisch auf die Pflegebedürftigkeit ausgerichtete Prävention vielversprechend. Verschiedene Aktivitäten sind in diesem Bereich, wie oben ausgeführt, im Gange. In diesem Bericht wird zudem ein geplantes Massnahmenpaket zwischen Bund und Kantonen vorgestellt, welches insbesondere bestehende Massnahmen intensiviert (siehe dazu Teil III, Ziffer 1.6).

Zur Förderung der oben beschriebenen Aktivitäten sowie der Entwicklung neuer Massnahmen gilt es, die vorhandenen umfangreichen Präventionsmittel auf allen staatlichen Ebenen auch unter Berücksichtigung von Ressourcen aus privaten Kreisen noch gezielter und effizienter einzusetzen. Zudem wäre zu prüfen, inwieweit die für die Gesundheitsvorsorge zuständigen Kantone, welche massgeblich von Präventionsanstrengungen (Spitäler, Alters- und Pflegeheime) profitieren, genügend gezielt weitere finanzielle Mittel für Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung bereitstellen könnten.

1.5 Potenzial zur Effizienzsteigerung

Neben der Diskussion von möglichen Varianten zur Deckung der Zusatzbelastungen beim Staat und den Sozialversicherungen stellt sich auch die Frage, inwieweit die Kostenentwicklung in der Langzeitpflege durch gezielte Massnahmen zur Effizienzsteigerung eingedämmt werden kann. Das BAG berechnet seit dem Jahr 2012 Kennzahlen zu den Schweizer Pflegeheimen und publiziert diese im Internet. Die Berechnung der Kennzahlen basiert auf den Daten

der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), welche vom BFS jährlich erhoben werden. Die Publikation «Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime» lässt darauf schliessen, dass im Bereich der Langzeitpflege ein gewisses Potenzial zur Steigerung der Effizienz vorhanden ist. So ist die ausgewiesene Anzahl des Pflegefachpersonals pro tausend Pflagetage oder der Anteil von qualifiziertem Personal im Pflegebereich sehr unterschiedlich. Die Kosten pro Beherbergungstag liegen zwischen 100 und mehr als 1'000 Franken pro Tag. Ein Grund liegt sicher in der unterschiedlichen Pflegeintensität und der unterschiedlichen Art der Einrichtungen. Trotzdem ist der Zusammenhang mit den äusserst unterschiedlichen Kosten pro Beherbergungstag oder der Kosten pro Pflagetag, die zulasten der OKP verrechnet werden, nicht durchwegs evident.

Eine Ursache für die grossen Bandbreiten beim eingesetzten Personal und den Kosten pro Beherbergungstag liegt in der unterschiedlichen Grösse der Pflegeheime. Auffallend ist aber, dass auch die Anzahl des Pflegefachpersonals pro tausend Pflagetage oder der Anteil von qualifiziertem Personal im Pflegebereich sehr unterschiedlich ist. Hochgerechnet auf Vollzeitäquivalente sind bei den Pflegeheimen pro tausend Pflagetage zwischen 0,2 und 13 Vollzeitstellen mit Pflegefachpersonal besetzt. Der Anteil von qualifiziertem Personal am gesamten Personal liegt zwischen 15 und 100 Prozent. Die Gründe für diese teilweise markanten Unterschiede sind vielfältig. Einer davon liegt in der unterschiedlichen Pflegeintensität, welche die Klienten im Durchschnitt in einem Heim benötigen. Dies verdeutlicht die Höhe des Index der Pflegeintensität⁹⁷, welcher sich von 0,7 bis 11,7 erstreckt. Damit stellt sich die Frage, inwiefern Potenzial im Bereich von Effizienzsteigerungen bei den Pflegeheimen besteht und wie dieses zur Kosteneindämmung ausgeschöpft werden kann, auch unter dem Aspekt der Differenz zwischen der Anzahl Pflegefachpersonen in der Schweiz im Vergleich zum vergleichbaren europäischen Umfeld. Gemäss den jüngsten, im Dezember 2014 veröffentlichten Zahlen gab es in der Schweiz 2012 etwas mehr als 10 Pflegefachleute pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner, während der europäische Durchschnitt sich demgegenüber auf 8 pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner⁹⁸ beläuft. Dies zeigt auf, dass es offensichtlich zwischen einzelnen Ländern Unterschiede beim Einsatz von Personal im Pflegebereich gibt, was nicht nur zur Frage der Effizienz in der Pflege führt, sondern auch zum Umfang respektive zur Frage des Niveaus, das sowohl in Bezug auf die Qualität der Pflege als auch in Bezug auf den Komfort der Gepflegten angeboten wird. Angesichts des zukünftigen geschätzten Bedarfs von 17'000 Neueinstellungen und von 60'000 zu ersetzenden Pflegekräften (siehe Teil II, Ziffer 2.1) sowie den projizierten Mehrkosten vor allem im Bereich der Pflegeheime (siehe Teil II, Ziffer 2.3) gilt es die Fragen von Effizienz und Qualität gezielt anzugehen.⁹⁹

Mit dem Einsatz von neuen Technologien im Pflegebereich könnten Effizienzsteigerungen im Bereich der Langzeitpflege erzielt und somit der Fachkräftemangel in der Pflege entschärft werden. Verschiedene Studien aus OECD-Ländern haben festgestellt, dass ein Potential für die vermehrte Nutzung von neuen Technologien, wie zum Beispiel digitale Informations-, Überwachungs- und Kommunikationsmittel, existiert.¹⁰⁰ Die internationale Forschung zu den Auswirkungen neuer Technologien auf die Produktivität in der Langzeitpflege steht noch am An-

⁹⁷ Der Index der Pflegeintensität entspricht dem Mittel der Indizes der Pflagetage der Klientinnen und Klienten, die KVG-pflichtige Pflege erhalten. Je höher der Index ist, desto grösser ist der Pflegeaufwand oder die Pflegeintensität. Die Indizes werden aufgrund der Stufen des jeweils für die Pflegeleistung verwendeten Instrumentes berechnet. Berücksichtigt werden die Instrumente BESA Punkte KLV, BESA Minuten KLV, RAI-RUG KLV (Stufen) und PLAISIR KLV (Minuten).

⁹⁸ Antwort des Bundesrates vom 13. März 2015 auf die Interpellation 14.4185 «Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich. Mythos oder Fakt?».

⁹⁹ Die Studie der Credit Suisse «Die Zukunft des Pflegeheimmarktes» vom Juni 2015 geht davon aus, dass bis 2040 rund ein Fünftel der heute im Heim versorgten Klienten (Szenario «Basis ambulant» und «Gesunde Alterung ambulant»), in Zukunft ambulant betreut werden.

¹⁰⁰ OECD-Studie (2012). «Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care» S. 307.

fang. Einige Befunde, mehrheitlich aus Pilotprogrammen, stellen eine positive Korrelation zwischen dem Einsatz neuer Technologien und der Produktivität fest.¹⁰¹ Es ist daher anzunehmen, dass es durch den vermehrten Einsatz von technischen Hilfsmitteln im Bereich der Langzeitpflege möglich ist, das Ausgabenwachstum zu dämpfen. Allerdings lässt sich der Umfang des Einsparungspotenzials nur schwer abschätzen. Mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers in der Schweiz steht ein neues technologisches Hilfsmittel zur Verfügung, welches eine effizientere Erbringung von Pflegeleistungen unterstützen soll. Die Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier erfolgt im Rahmen der Umsetzung der Strategie eHealth Schweiz, welche den Einsatz elektronischer Hilfsmittel im Gesundheitswesen fördert.

1.6 Massnahmenpaket

Die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und die Eindämmung der Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen muss das Hauptziel eines Massnahmenpakets im Bereich der Langzeitpflege sein. Um dieses Ziel zu erreichen, schlägt der Bundesrat ein Massnahmenpaket «Langzeitpflege» (vgl. Tabelle 9) vor, welches von Bund und Kantonen in Angriff genommen werden soll. Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich wird, werden Massnahmen in sieben Handlungsbereichen vorgeschlagen. Die Priorisierung der Massnahmen, ihre konkrete Ausgestaltung und die Klärung der entsprechenden Zuständigkeiten für die Umsetzung sollen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik erfolgen.

¹⁰¹ Ebd., S. 306.

Tabelle 9: Massnahmenpaket Langzeitpflege von Bund und Kantonen

Handlungsbereich	Massnahmen von Bund und/oder Kantonen	Zuständigkeiten
1. Prävention von Pflegebedürftigkeit	<p>Kurzfristig wirksame Massnahmen für betagte und hochbetagte Personen¹⁰²</p> <p>Mittel- und langfristig wirksame Massnahmen zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten bei Personen mittleren Alters und bei älteren Personen¹⁰³</p> <p>Massnahmen zur Verankerung der Prävention in der Gesundheitsversorgung</p>	<p>(Bund), Kantone, Gemeinden, private Organisationen</p> <p>Bund und Kantone: «NCD-Strategie»¹⁰⁴ Gemeinden, private Organisationen</p> <p>Bund und Kantone: «NCD-Strategie» Gemeinden, private Organisationen</p>
2. Entlastung der pflegenden Angehörigen	<p>Massnahmen aus Aktionsplan und Förderprogramm¹⁰⁵</p> <p>Massnahmen aus Demenzstrategie¹⁰⁶</p>	<p>Bund: «Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung von betreuenden Angehörigen»¹⁰⁷, «Förderprogramm Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige»¹⁰⁸ Kantone, Gemeinden, private Organisationen</p> <p>Bund und Kantone: «Nationale Demenzstrategie»¹⁰⁹ Gemeinden, private Organisationen</p>

¹⁰² Beispiele hierfür sind das multidimensionale geriatrische Assessment, Massnahmen der Sturzprävention, der Bewegungsförderung, der Ernährungsumstellung, der Prävention und Früherkennung von Depressionen, der Verringerung der Einnahme von Medikamenten sowie Impfungen.

¹⁰³ Hierzu zählen z.B. Massnahmen der Förderung einer gesunden Ernährung, der Bewegungsförderung, der Alkohol- und Tabakprävention, der Prävention psychischer Krankheiten (inkl. Demenzerkrankungen) sowie allgemeine Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz.

¹⁰⁴ Siehe hierzu: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2016): Nationale Strategie Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024. Bern.

¹⁰⁵ Hierzu zählen Entlastungsangebote, Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege, Betreuungsurlaub und alternative Unterstützungsmöglichkeiten.

¹⁰⁶ Ein Beispiel hierfür sind flexible und finanziell tragbare Tages- und Nachtstrukturen und Wohnformen für demente Menschen.

¹⁰⁷ Siehe hierzu: Unterstützung für pflegende und betreuende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz. Bericht des Bundesrates vom 05.12.2014.

¹⁰⁸ Siehe hierzu: Fachkräfteinitiative: Zwei neue Förderprogramme im Gesundheitswesen (<https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=60859> [Stand 6.5.2016]).

¹⁰⁹ Siehe hierzu: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2013): Nationale Demenzstrategie 2014-2017. Bern.

<p>3. Sicherstellung der personellen Ressourcen und Qualifikationen</p>	<p>Massnahmen zur Förderung der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit¹¹⁰</p> <p>Stärkung der Fachkompetenz von Gesundheits- und Sozialberufen im Bereich Demenz</p> <p>Massnahmen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal</p>	<p>Bund: «Förderprogramm Interprofessionalität»¹¹¹, Projekt «Koordinierte Versorgung» Kantone, Gemeinden, private Organisationen</p> <p>Bund und Kantone: «Nationale Demenzstrategie» Private Organisationen</p> <p>Kantone, Gemeinden, private Organisationen</p>
<p>4. Sicherstellung der Versorgung (zu Hause, in intermediären Strukturen, in Pflegeheimen)</p>	<p>Massnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu spezialisierten, geriatrischen Versorgungsstrukturen¹¹²</p> <p>Massnahmen zur Förderung selbstbestimmten Lebens durch innovative Technologien¹¹³</p>	<p>Bund: Projekt «Koordinierte Versorgung»¹¹⁴</p> <p>Bund und Kantone: «Nationale Demenzstrategie»</p> <p>Kantone, Gemeinden, private Organisationen</p>
<p>5. Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung</p>	<p>Massnahmen für eine verbesserte Planung des Spitalaustritts sowie Massnahmen für die Verbesserung der Schnittstellen zwischen stationärer Versorgung, Spitex und pflegenden Angehörigen</p> <p>Massnahmen zur Stärkung des Patientenwillens und zur</p>	<p>Bund: Projekt «Koordinierte Versorgung»</p> <p>Bund und Kantone: «Nationale Demenzstrategie» Gemeinden, private Organisationen</p> <p>Bund: Projekt «Koordinierte Versorgung»</p>

¹¹⁰ Hier sind die Entwicklung und Evaluation von Modulen der interprofessionellen Zusammenarbeit vorgesehen. Die Schaffung von Fallbeispielen zur Vermittlung von geriatrischem Grundwissen in den Gesundheits- und Sozialberufen ist für die Langzeitpflege besonders relevant. Siehe hierzu Massnahme 4.1: Bundesamt für Gesundheit (2016): Patientengruppe 1: (Hoch-)betagte, multimorbide Menschen: Handlungsfelder und Massnahmen. Version vom 23.03.2016 (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/15938/15941/index.html?lang=de>) [Stand 10.5.2016].

¹¹¹ Siehe hierzu: Fachkräfteinitiative: Zwei neue Förderprogramme im Gesundheitswesen (<https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=60859>) [Stand 6.5.2016] sowie Dialog Nationale Gesundheitspolitik (2013): Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität» (<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html?lang=de>) [Stand 6.5.2016].

¹¹² Hierzu zählen z.B. Angebote wie geriatrische Notfall- oder Konsiliardienste.

¹¹³ Elektronische Gesundheitsdienste, Telemonitoring und Assistenzsysteme fürs Alter sind Beispiele für solche Technologien.

¹¹⁴ Siehe hierzu: BAG (2016): Koordinierte Versorgung (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15937/index.html?lang=de>) [Stand 6.5.2016].

	Förderung von Advance Care Planning	Bund und Kantone: «Nationale Demenzstrategie»
6. Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung	Massnahmen für Effizienzsteigerungen durch den Einsatz neuer Technologien ¹¹⁵	Bund und Kantone: «Strategie eHealth» ¹¹⁶
7. Monitoring der Pflegebedürftigkeit	Definition eines Indikators zur Pflegebedürftigkeit im Rahmen des NCD-Monitorings Versorgungsmonitoring Demenz	Bund und Kantone: Projekt «Monitoring-System NCD» Bund und Kantone: «Nationale Demenzstrategie»

2 Varianten der Aufgabenteilung und der Finanzierung der Mehrkosten in der Langzeitpflege

Am Anfang des Berichtes (Teil I, Ziffer 2.3) wurde die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben bis 2045 wegen der Mehrkosten in der Langzeitpflege dargelegt. Die Projektionen kommen zum Schluss, dass erhebliche Zusatzlasten der öffentlichen Hand primär auf die kantonalen Haushalte und die OKP zukommen. Die Herausforderungen im Finanzierungsbereich werden sich voraussichtlich ab dem Jahr 2030 akzentuieren.

Die Ausgabenprojektionen der EFV lassen weiter darauf schliessen, dass die Veränderung der Pflegebedürftigkeit einer der grössten Hebel ist, um die Ausgabenentwicklung in der Langzeitpflege zu beeinflussen. Ähnlich stark wirkt sich eine beschleunigte Reallohnzunahme in der Langzeitpflege (Lohndruck) aus, welche durch eine Verknappung der Pflegefachkräfte ausgelöst werden könnte. Massnahmen zur Kostenminderung und damit zur Dämpfung des Ausgabenwachstums sollten deshalb insbesondere darauf abzielen, den Gesundheitszustand der Bevölkerung durch Prävention zu verbessern. Weitere Effekte zur Kosteneindämmung sind durch die Minderung des Lohndrucks durch eine vorausschauende Personalplanung und Produktivitäts- und Effizienzsteigerungen – zum Beispiel durch den vermehrten Einsatz neuer Technologien, ein effizienteres Pflegesystem sowie das Setzen von Anreizen zu kostensparendem Verhalten der Leistungserbringer – zu erzielen. Auch könnte der Kostendruck auf die Langzeitpflege durch eine Stärkung der ambulanten und informellen Pflege gesenkt werden. Mit den Kantonen soll deshalb ein Massnahmenpaket geschnürt werden, das insbesondere im Bereich der Prävention Massnahmen vorsieht.

Aus heutiger Sicht ist es schwer abzuschätzen, wann und in welchem Umfang die aufgezeigten Massnahmen ihre Wirkung entfalten und somit das Ausgabenwachstum beeinflussen können. Insbesondere im Bereich der Prävention werden die Auswirkungen je nach Massnahme mit zeitlicher Verzögerung sichtbar. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die projizierten Mehrausgaben, und die damit verbundene Finanzierungslast im Bereich der Langzeitpflege, in Zukunft zwar gedämpft aber wegen der demografischen Alterung nicht vollständig aufgefangen werden. Die Belastung des gegenwärtigen Finanzierungsregimes wird sich in Zukunft erheblich erhöhen.

¹¹⁵ Beispiele hierfür sind die Nutzung von digitalen Informations-, Überwachungs- und Kommunikationsmitteln sowie die roboterunterstützte Pflege.

¹¹⁶ Siehe hierzu die Website des Koordinationsorgan eHealth Bund und Kantone: <http://www.e-health-suisse.ch/index.html?lang=de> [Stand 6.5.2016].

Obwohl zurzeit noch kein unmittelbarer Handlungsbedarf besteht und die Kostenschätzungen, welche einen Zeitraum von 30 Jahren umfassen, mit Unsicherheiten behaftet sind, erachtet es der Bundesrat als sinnvoll, den eidgenössischen Räten bereits zum jetzigen Zeitpunkt Überlegungen zu möglichen Aufgabenteilungs- und Finanzierungsvarianten aufzuzeigen. Der Ausgangspunkt für die Überlegungen zu denkbaren Aufgabenteilungs- und Finanzierungsvarianten bildet die bereits heute bestehende Ordnung der Leistungen und deren Finanzierung. Dies bedeutet, dass:

- vom Leistungsniveau der Langzeitpflege, das durch Sozialversicherungen und durch die öffentliche Hand finanziert wird, ausgegangen wird. Unabhängig davon sind jedoch die Möglichkeiten von Effizienzsteigerungen auszuschöpfen, damit das hohe Ausgabenwachstum etwas eingedämmt werden kann (s. unten Ziffer 1.11);
- von einem unveränderten Niveau der Altersrenten und der Umsetzung der vom Bundesrat in seiner Botschaft vom 19. November 2014 vorgeschlagenen Reform der Altersvorsorge 2020 ausgegangen wird.

Als Basis für die in diesem Bericht dargelegten Finanzierungsvarianten, welche als Auslegung von theoretisch denkbaren Alternativen zum heutigen Finanzierungsregime zu betrachten sind, wurden folgende, zentrale Grundsätze festgelegt:

Die zukünftigen Modelle für die Finanzierung der Kosten der Langzeitpflege müssen die bestehende Aufgaben- und Finanzierungsaufteilung zwischen Bund und Kantonen berücksichtigen. Dies bedeutet insbesondere, dass es zu keinen Lastenverschiebungen von den in diesem Politikbereich weitgehend zuständigen Kantonen zum Bund kommen darf. So wäre beispielsweise die Übernahme von Kosten des nötigen Ausbaus bei den Versorgungsstrukturen in der Langzeitpflege durch den Bund ohne einen entsprechenden Finanzierungsausgleich, beispielsweise im Rahmen einer zukünftigen Neuordnung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in der Schweiz, nicht vertretbar. Eine höhere Finanzierungsbeteiligung des Bundes im Rahmen des gegenwärtigen Finanzierungsregimes respektive der aktuellen Kompetenzregelung schliesst der Bundesrat zum heutigen Zeitpunkt ausdrücklich aus.

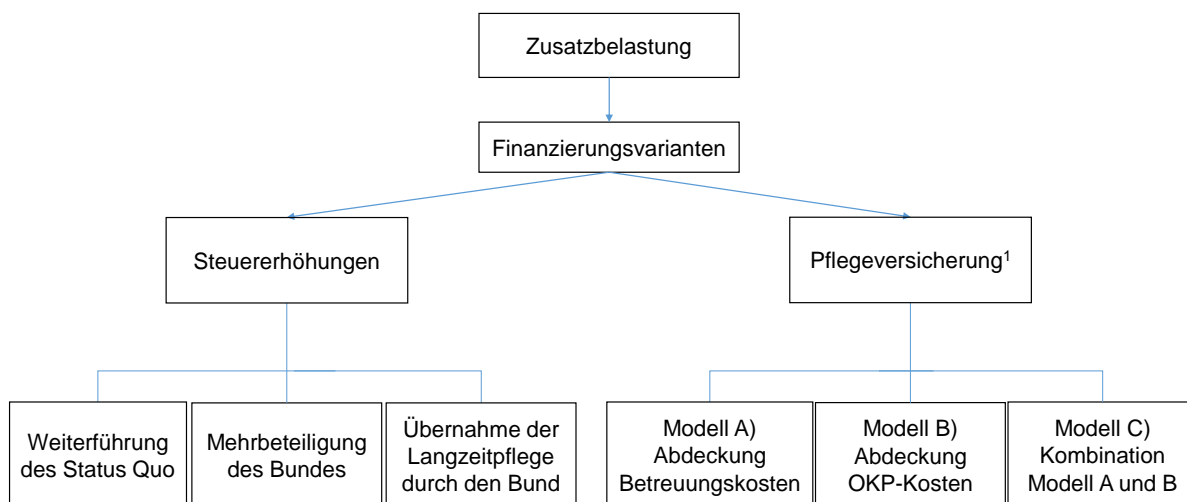
Selbstverständlich ist andererseits auch darauf zu achten, dass die Finanzierungsbeiträge der in der Zuständigkeit des Bundes liegenden Sozialversicherungen (v.a. OKP, AHV, EL) auch in Zukunft geleistet werden, so dass sich keine Lastenverschiebungen zu Ungunsten der Kantone ergeben.

Bei der Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen sind zudem die verfassungsmässigen Prinzipien der Subsidiarität und der fiskalischen Äquivalenz zu berücksichtigen. So soll der Bund gemäss Subsidiaritätsprinzip nur Aufgaben übernehmen, «welche die Kraft der Kantone übersteigen oder einer einheitlichen Regelung durch den Bund bedürfen.» Die erwähnten Ausgabenprojektionen geben Anlass zur Überlegung, dass es in ferner Zukunft notwendig sein könnte, neue Aufgaben- und Finanzierungsregelungen auf Bundesebene zu prüfen und allenfalls auch zur Diskussion zu stellen. Zudem ist gemäss Äquivalenzprinzip (Nutznieserprinzip) insbesondere auch sicherzustellen, dass sich die Verteilung des Nutzens der staatlichen Aufgabenerfüllung und die Lasten der Finanzierungspflicht so weit wie möglich entsprechen.

2.1 Aufgabenteilungs- und Finanzierungsoptionen unter Berücksichtigung von Varianten einer Pflegeversicherung

Zur Deckung der für das Jahr 2045 projizierten Zusatzbelastung des Staates und der Sozialversicherungen durch die Langzeitpflege sind unter Berücksichtigung von möglichen Massnahmen zur Effizienzsteigerung verschiedene Varianten vorstellbar. Diese Varianten beinhalten Steuererhöhungen oder die Erhöhung von Versicherungsbeiträgen respektive die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung sowie eine Kombination dieser beiden Ansätze.

Zudem stellt sich bei den jeweiligen Varianten die Frage, ob und inwieweit sich Änderungen an der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen ins Auge zu fassen wären. Bei den in diesem Kapitel diskutierten Finanzierungsvarianten gilt es insbesondere zu berücksichtigen, dass sie in erster Linie alternative Möglichkeiten einer zukünftigen Verteilung der finanziellen Lasten im Bereich der Langzeitpflege aufzeigen. Sie stellen weder potenzielle Lösungswege zur Eindämmung des projizierten Ausgabenwachstums dar, noch führen sie zu einer unmittelbaren Reduktion des zukünftigen Finanzierungsbedarfs.¹¹⁷ Die erwähnten Optionen einer Finanzierung lassen sich wie folgt schematisch darstellen:



¹ Es wird davon ausgegangen, dass die Pflegeversicherung die Kosten der Langzeitpflege ohne Beteiligung der Kantone abdeckt

Die Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten ist nach Ansicht des Bundesrates keine valable Lösung (s. Ziffer 2.3.1 und Anhang 1).

2.1.1 Variante «Steuererhöhungen und höhere Beiträge»

2.1.1.1 Option a. Beibehaltung des Status Quo des Aufgabenteilungs- und Finanzierungsregimes

Der Status Quo in der Finanzierung der Kosten der Langzeitpflege ist geprägt von der auf Anfang 2011 in Kraft getretenen Neuordnung der Pflegefinanzierung. Die OKP leistet einen Beitrag an die Pflege zu Hause und im Pflegeheim. Für die sich langfristig stellende Finanzierungsfrage ist vor allem die Regelung der Restfinanzierung entscheidend. Diese sieht eine Begrenzung der von den Sozialversicherungen nicht gedeckten Pflegekosten zulasten der Versicherten auf höchstens 20 Prozent des vom Bundesrat festzulegenden maximalen Pflegebeitrags der OKP vor. Die Finanzierung der darüber hinaus gehenden Belastungen muss durch die Kantone geregelt und durch diese selber oder allenfalls die Gemeinden finanziert werden.

Weil die Kantone und Gemeinden für die Langzeitpflege zuständig sind und darüber hinaus auch für die EL zur Deckung der Kosten in der Langzeitpflege aufkommen müssen, würden sie die Hauptlasten der stark steigenden Kosten des Staates in dieser Aufgabe tragen. Kantone und Gemeinden wären gezwungen, die Steuern bis ins Jahr 2045 um 12 Prozent ihrer

¹¹⁷ Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Aufgaben- und Finanzierungsregelungen durch ihre jeweiligen Anreizstrukturen und Anreizwirkungen durchaus einen indirekten Effekt auf die Kosten der Leistungserbringung ausüben können.

Fiskaleinnahmen zu erhöhen.¹¹⁸ Allerdings ist längerfristig davon auszugehen, dass die Kantone und Gemeinden aufgrund der demografischen Entwicklung im Bildungsbereich entlastet werden. Dies dürfte mindestens einen Teil der finanziellen Lasten der Langzeitpflege der Kantone und Gemeinden kompensieren.

2.1.1.2 Option b. Höhere finanzielle Beteiligung des Bundes an der Langzeitpflege

Diese Variante ist dadurch gekennzeichnet, dass sich der Bund neu an den durch die Kantone zu finanzierenden Kosten der Langzeitpflege beteiligt. Dieses Bundesengagement müsste allerdings einhergehen mit einer gewissen Steuerungsfunktion des Bundes in Bereichen, welche bisher vollständig in der Zuständigkeit der Kantone lagen. Das Bundesengagement könnte beispielsweise in Form von Pauschalbeiträgen für die erbrachten Leistungen der Pflegeheime sowie der ambulant erbrachten Pflegeleistungen erfolgen. Dabei könnte das mit der Neugestaltung des Finanzausgleiches und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) eingeführte Instrument der Programmvereinbarungen zwischen Bund und Kantonen zum Zuge kommen.

Theoretisch denkbar wäre auch, dass sich der Bund stärker an der Finanzierung der für die Langzeitpflege ausgerichteten Ergänzungsleistungen zur AHV beteiligen würde, womit für die Kantone eine entsprechende Entlastung verbunden wäre. Eine solche Massnahme käme allerdings nur bei einer vollumfänglichen Gegenfinanzierung in Form einer Erhöhung von Bundessteuern in Frage. Zur Entlastung der Kantone bei den Ergänzungsleistungen könnte folgende Möglichkeit in Erwägung gezogen werden:

- Erhöhung des Beitrages des Bundes an die Kosten der Existenzsicherung von derzeit 5/8 auf zum Beispiel 8/8. Damit wären die Kantone vollumfänglich aus der Kostenträger-Pflicht entbunden. Die Mehrkosten für den Bund würden rund 418 Millionen Franken pro Jahr ausmachen (Stand 2014).

Der Bundesrat erachtet jedoch eine solche isolierte Massnahme zugunsten der Kantone nicht als opportun. Erstens könnte sie nur sehr bedingt zur Entschärfung der Finanzierungsproblematik im Bereich der Langzeitpflege auf Kantonesebene beitragen. Und zweitens bestünde mit dieser Option ein erhebliches Finanzierungsrisiko für den Bundeshaushalt, sollte die Steuererhöhung politisch nicht durchsetzbar sein. Die erwähnte Option könnte dagegen im Rahmen eines allfälligen zweiten NFA-Aufgabenteilungspakets geprüft werden. Dieses Vorgehen mit einer Gegenfinanzierung durch eine Abgabe von Bundesaufgaben und eine Übernahme derselben durch die Kantone wäre aus sachlichen Gründen der oben skizzierten Variante im Bereiche der EL-Finanzierung vorzuziehen.

2.1.1.3 Option c. Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund

Diese allenfalls langfristig denkbare Option käme einer grundlegenden Umgestaltung in der sozial- und gesundheitspolitischen Aufgabenerfüllung in der Schweiz gleich. Nicht mehr die Kantone wären für die Steuerung und Finanzierung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen zuständig, sondern der Bund. Begründet werden könnte eine solche weitreichende Reform nur dann, wenn die Aufgabenerfüllung die Möglichkeiten der Kantone übersteigen würde und sich aus politischen Gründen einheitliche Bundesregelungen für den Pflegebereich aufdrängen würden.

Unter solchen Voraussetzungen wäre das im schweizerischen Föderalismus zentrale Subsidiaritätsprinzip auch bei einer Bundeszuständigkeit eingehalten. Diese Variante wäre allenfalls umso berechtigter, wenn auch das Spitalwesen aus gesundheitsökonomischen Überlegungen

¹¹⁸ Angesichts der strukturellen Ursachen der Ausgabenentwicklung wird davon ausgegangen, dass lediglich ein kleiner Teil der erwähnten Zusatzlasten durch Effizienzsteigerungen und Sparmassnahmen kompensiert werden kann.

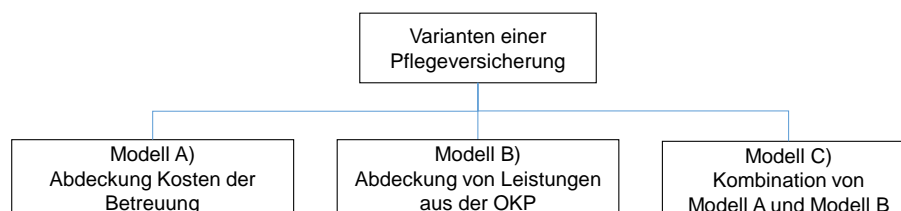
(zentrale Steuerung) an den Bund übergehen würde. Der Bundesrat hat hierzu in seinem Bericht über die einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung aus dem Jahr 2010 entsprechende Ausführungen und Überlegungen gemacht¹¹⁹ und dabei auf Vorschläge und Erkenntnisse aus verschiedenen Expertenberichten Bezug genommen.¹²⁰ Diese Option käme nur in Frage, wenn die neu beim Bund anfallenden Lasten vollumfänglich gegenfinanziert werden würden. So könnte der notwendige Lastenausgleich über eine Neuordnung in der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in Form eines umfassenden zweiten NFA-Pakets hergestellt werden. Diese müsste darin bestehen, dass der Bund den Kantonen andere, sachlich geeignete Aufgabengebiete mit den entsprechenden Finanzierungslasten übertragen würde. Dabei dürfte es angesichts des beträchtlichen Ausgabenvolumens kaum möglich sein, einen sachlich gut begründbaren Finanzierungsausgleich durch Aufgabenübertragungen bewerkstelligen zu können.

Als Alternative wäre auch ein Einnahmentransfer im Bereiche der direkten Steuern von den Kantonen zum Bund denkbar. Auf jeden Fall hätte die erwähnte Option nicht nur weitreichende Auswirkungen auf den Bereich der Pflegeheime, sondern dürfte die Aufgaben- und Einnahmenteilung zwischen Bund und Kantonen in der Schweiz massgeblich verändern und insbesondere die Steuerhoheit von Kantonen und Gemeinden entwerfen. Dies hätte einschneidende Auswirkungen auf den Finanzföderalismus der Schweiz.

Die erwähnten Aufgaben- und Einnahmentransfers könnten lediglich die Finanzierung der übertragenen Lasten im Übergangsjahr sicherstellen. Die in Teil I, Ziffer 2.3.4, angesprochene, stetig steigende Zusatzbelastung wäre damit aber noch nicht gedeckt. Der Bund wäre bei dieser Variante gezwungen, seine Steuern periodisch zu erhöhen.

2.1.2 Option d. Varianten einer obligatorischen Pflegeversicherung

In verschiedenen parlamentarischen Vorstössen sowie in der Botschaft des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung¹²¹ wurde bereits eine Pflegeversicherung als zukünftiges Finanzierungsinstrument der Langzeitpflege diskutiert. In deren Vorfeld wurden, unter Beizug eines Forschungsbüros und unter Einbezug der wichtigsten Stakeholder, verschiedene Modelle der Pflegefinanzierung geprüft, unter anderem die dual-fixe Finanzierung und insbesondere eine Pflegeversicherung für die OKP-Leistungen, sowie auch eine Pflegeversicherung für sämtliche Pflegeleistungen. Die Befunde aus dieser Studie gelten im Grundsatz nach wie vor (s. unten Ziffer 2.2.2 ff.). Das Leistungsspektrum einer Pflegeversicherung kann enger oder weiter definiert werden. Folgende drei Modelle einer Pflegeversicherung, die sich im Umfang der Leistungen unterscheiden, bieten sich als mögliche Varianten an:



¹¹⁹ Bundesrat (2010): Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung, Bericht des Bundesrates zur Motion 06.3009 der ständerätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit und in Erfüllung des Postulates Grin 10.3137

¹²⁰ Leu, Robert E. (2004): Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Bern Februar 2004 und Moser, Markus (2009): Zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung in der Krankenversicherung, Niederwangen <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>

¹²¹ BBI 2005 2033.

2.1.2.1 Leistungsspektrum der Langzeitpflege und dessen Finanzierung

Als Grundlage für die Erklärung des Leistungsumfangs, der bei den drei Modellen unterschiedlich ist, werden zunächst die Leistungen der Langzeitpflege beschrieben.

Die Pflegeleistungen nach KVG werden in Artikel 7 Absatz 2 KLV¹²² abschliessend definiert. Es sind dies, sowohl bei Pflege zu Hause als auch im Pflegeheim, Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Massnahmen der Grundpflege. Zusätzlich zu den eigentlichen Pflegeleistungen werden von den Pflegeheimen und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause weitere Dienstleistungen erbracht.

Die in den drei Varianten verwendete Kategorisierung der Leistungen, die von Pflegeheimen beziehungsweise von den Leistungserbringern der Pflege und Hilfe zu Hause erbracht werden, orientiert sich in Bezug auf die Pflegeheime an der Betriebskostenaufstellung nach Hauptkostenträger «Pflegeheime», wie sie in der vom BFS veröffentlichten Statistik der sozialmedizinischen Institutionen verwendet wird.¹²³ In Bezug auf den ambulanten Bereich unterscheidet die Spitex-Statistik des BFS nach KLV-Leistungen (Pflegeleistungen nach KVG) und Hauswirtschaft. Im Folgenden werden die Leistungen für Hauswirtschaft und Betreuung im ambulanten Bereich unter der Rubrik «Betreuung» zusammengefasst.

Die Verschiebung von Leistungen in eine neue Pflegeversicherung hat finanzielle Auswirkungen auf das Finanzierungsregime in der Langzeitpflege. Kosten, welche der Pflegeversicherung je nach deren Leistungsumfang übertragen werden, entlasten bestehende Finanzierungsträger. Dieser Effekt wird nachfolgend für jede der drei Pflegeversicherungsvarianten aufgezeigt. Die für die Schätzungen herangezogene Datengrundlage ist in Anhang 5 «Kosten der Langzeitpflege nach Finanzierungsträger» dargelegt.

¹²² SR 832.112.31.

¹²³ BFS (2014). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, Tabelle 13-A Betriebskosten nach Hauptkostenträger, in Tausend Franken, nach Kanton der Institution, 2012. Die Spitex-Statistik des BFS unterscheidet zwischen KLV-Leistungen und HWS- (hauswirtschaftliche/sozialbetreuerische) Leistungen. Die HWS-Leistungen werden nicht weiter aufgeteilt.

Tabelle 10: Leistungen im Bereich der Langzeitpflege

Leistung	Inhalt
Abklärung, Beratung und Koordination	Diese Leistungen der OKP umfassen den Abklärungsbedarf der Pflege, die Beratung der zu pflegenden Person und privat Mitwirkende sowie die Koordination von Massnahmen unter Einbezug von spezialisierten Pflegefachpersonen (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV).
Behandlung und Untersuchung («Behandlungspflege»)	Die Behandlungspflege ist eine Leistung der OKP und umfasst Massnahmen der Untersuchung und Behandlung wie zum Beispiel: Versorgung von Wunden, Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Gewicht) oder pflegerische Massnahmen zur Umsetzung ärztlicher Therapien (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV).
Grundpflege	Die Grundpflege ist eine Leistung der OKP und umfasst die allgemeine Grundpflege wie zum Beispiel die Hilfe bei der Mund- und Körperpflege oder beim An- und Auskleiden sowie eine Unterstützung und Überwachung psychisch kranker Personen (Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV).
Hilfe Dritter bei den alltäglichen Lebensverrichtungen	Im Sinne der AHV als hilflos gilt eine Person, die bei alltäglichen Verrichtungen wie Ankleiden, Auskleiden, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung / Pflege gesellschaftlicher Kontakte auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (Art. 43 ^{bis} AHVG, Art. 9 ATSG)
Hotellerie (Pension)	In den Leistungen der Pension enthalten sind die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim
Betreuung	Unter Betreuung fallen die Leistungen, welche keine KVG-pflichtige Pflege nach Artikel 7 KLV oder keine Kosten der Pension darstellen. Dies kann unter anderem folgendes sein: Unterstützung bei Aktivitäten wie Telefon bedienen, Einkaufen, Nahrungszubereitung, Haushaltführung, Wäsche, Benutzung von Transportmitteln, Verantwortung für eigene Medikation, Geldgeschäfte.
Allgemeine Leistungen (Arzt, Arzneimittel [SL]), Mittel und Gegenstände [MiGeL]	Die allgemeinen Leistungen gemäss KVG setzen sich aus den folgenden Elementen zusammen: <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Leistungen • Therapie wie Physio- oder Ergotherapie • Arzneimittel gemäss der Spezialitätenliste (SL)¹²⁴ • Mittel und Gegenstände gemäss MiGeL¹²⁵

¹²⁴ Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesundheit. www.spezialitaetenliste.ch.

¹²⁵ Detaillierte Mittel und Gegenständeliste (MiGeL). www.bag.admin.ch/migel.

Im Weiteren gilt es nach den **Leistungserbringern** zu unterscheiden:

«Stationär»	Der «stationäre» Bereich der Langzeitpflege umfasst aus dem Blickwinkel der OKP und der AHV ausschliesslich die Pflegeheime als Leistungserbringer.
«Ambulant»	Im «ambulanten» Bereich werden die Leistungen von selbstständigen Pflegefachpersonen und von Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause erbracht. Leistungen, die in Tages- und Nachtkliniken erbracht werden, gelten aus der Sicht der OKP als ambulante Leistungen.

Die Leistungen, die in den Pflegeheimen und von den Pflegefachpersonen sowie von Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause zu Lasten der OKP erbracht werden, gelten aufgrund der Systematik des KVG als ambulante Leistungen.

2.1.2.2 Modell A: Pflegeversicherung zur Abdeckung von Kosten der Betreuung

a. Beschreibung

Im Modell A wird ein Teil der Kosten der Betreuung zu Hause und im Pflegeheim, der noch genauer zu definieren wäre, durch die obligatorische Pflegeversicherung übernommen. Falls eine Pflegeversicherung Betreuungskosten übernimmt, muss ein Leistungskatalog der Pflegeversicherung definiert werden. Die Definition kann enger oder weiter gefasst werden. Eine enge Definition würde zum Beispiel «pflegenaher» Betreuung umfassen wie zum Beispiel die Überwachung der Pflegebedürftigen in bestimmten Situationen. Eine weite Definition wäre beispielsweise die Betreuung im Pflegeheim wie Organisation gemeinsamer Aktivitäten, Förderung von sozialen Kontakten usw. In verschiedenen Ländern werden im Übrigen nicht nur die alltäglichen Lebensverrichtungen (*activities of daily living* ADL¹²⁶), sondern auch die «instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens» (*instrumental activities of daily living* IADL) ganz oder zum Teil von der Pflegeversicherung beziehungsweise vom staatlichen Gesundheitsdienst übernommen.¹²⁷ Unter die IADLs fallen die Aktivitäten Telefon bedienen, Einkaufen, Nahrungszubereitung, Haushaltführung, Wäsche, Benutzung von Transportmitteln, Verantwortung für eigene Medikation sowie Geldgeschäfte. Sollen Leistungen, die heute privat finanziert werden, in eine Pflegeversicherung integriert werden, steht die finanzielle Unterstützung im Zusammenhang mit diesen Tätigkeiten im Vordergrund.

Unter dem gegenwärtigen Finanzierungsregime wird ein erheblicher Teil der Betreuungskosten in der Langzeitpflege von privaten Haushalten übernommen. Die von den Pflegeheimen ausgewiesenen Betreuungskosten beliefen sich 2011 auf rund 1,3 Milliarden Franken und für Spitexdienste auf 0,2 Milliarden Franken, also insgesamt rund 1,5 Milliarden Franken.¹²⁸

Das Modell A entspricht einer obligatorischen Versicherung welche, analog zur OKP, im Umlageverfahren finanziert wird und die folgenden Leistungskomponenten beinhaltet:

¹²⁶ Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), S. 179-186.

¹²⁷ Ebd., S. 179-186.

¹²⁸ Bundesamt für Statistik (2014). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer und Finanzierungsregimes 2012.

Tabelle 11: Leistungskomponenten Modell A

Leistungen	Beratung/ Abklärung/ Koordinati- on	Behandlung/ Untersu- chung	Grund- pflege	Betreu- ung	Hotellerie	Allgemeine Leistungen der Krankenpflege nach KVG*
Ambulant	-	-	-	X	-	X*
Pflegeheim	-	-	-	X	-	X*

* Gilt nur für den Teil der allgemeinen Leistungen (MiGeL, SL), welcher nicht von der OKP übernommen wird

b. Auswirkungen auf das Finanzierungsregime

Mit der Übernahme der Kosten der Betreuung zu Hause und im Pflegeheim durch eine Pflegeversicherung würden Kosten im Umfang von mindestens 1,5 Milliarden Franken von den privaten Haushalten in eine neue Pflegeversicherung überführt, was rund 15 Prozent der Gesamtkosten der Langzeitpflege von 10,3 Milliarden Franken im Jahr 2011 ausmacht. Für das Jahr 2045 wären dies geschätzte 4,9 Milliarden Franken (inflationsbereinigt, zu Preisen von 2009). Entlastet würden ebenfalls die von den Kantonen finanzierten Ergänzungsleistungen in der Langzeitpflege. Heute enthalten die Tagestaxen der Pflegeheime die Betreuungskosten. Die Heimkosten werden teilweise mittels Ergänzungsleistungen finanziert. Leistungen der Pflegeversicherung für die Betreuung müssten bei den Ergänzungsleistungen bei den Einnahmen angerechnet werden, was zu tieferen Ergänzungsleistungen führen wird. Dieser Effekt ist, weil schwer quantifizierbar, in der Schätzung nicht enthalten.

2.1.2.3 Modell B: Pflegeversicherung zur Abdeckung der Leistungen aus dem OKP-Finanzierungsbereich

a. Beschreibung

Diese Variante einer Pflegeversicherung beinhaltet die Ausgliederung aller von der OKP und den Kantonen getragenen Kosten für Leistungen der Pflege zu Hause und im Pflegeheim (Abklärung, Beratung und Koordination, der Untersuchung und Behandlung sowie der Grundpflege) aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In der Variante Pflegeversicherung Modell B würden die Leistungen der Pflege zu Hause und im Pflegeheim in einer neuen Sozialversicherung vereint und in einem Umlageverfahren finanziert. Die Kosten werden durch das neue Versichertenkollektiv der Pflegeversicherung getragen.^{129 130} Diese Variante umfasst die folgenden Leistungen:

¹²⁹ Vor Inkrafttreten des KVG wurde ein Beitrag von 9 Franken pro Tag an die Pflege geleistet.

¹³⁰ Eine weitergehende Option wäre die Ausgliederung und Überführung sämtlicher Kosten der Krankenpflege nach KVG aus der OKP und die Überführung in eine Pflegeversicherung, die für Personen zum Beispiel ab 65 Jahren sämtliche Leistungen abdeckt. Eine weniger weit gehende Option wäre die Ausgliederung der Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege aus der OKP. Die Behandlungspflege bliebe im Leistungskatalog der OKP.

Tabelle 12: Leistungskomponenten Modell B

Leistungen	Beratung/ Abklärung/ Koordination	Untersuchung/ Behandlung	Grund- pflege	Betreu- ung	Hotelle- rie	Allgemeine Leis- tungen der Kran- kenpflege nach KVG*
Ambulant	X	X	X	-	-	X*
Pflegeheime	X	X	X	-	-	X*

* Gilt nur für den Teil der allgemeinen Leistungen (MiGeL, SL), welcher nicht von der OKP übernommen

b. Auswirkungen auf das Finanzierungsregime

Bezogen auf die Kosten in der Langzeitpflege des Jahres 2011 würden rund 6 Milliarden Franken (3,8 Mrd. Fr. Kantons- und Gemeindebeiträge in Form von Direktfinanzierungen und Restkosten der OKP-Leistungen und Ergänzungsleistungen, 2,1 Mrd. Fr. aus der OKP) zu der neuen Sozialversicherung verschoben. Übernimmt die Pflegeversicherung zusätzlich die von den Patientinnen und Patienten getragene Patientenbeteiligung von 20 Prozent des höchsten von der OKP entrichteten Pflegebeitrags, erhöht sich das Gesamtvolumen der Pflegeversicherung auf rund 6,3 Milliarden Franken, was rund 60 Prozent der Gesamtkosten der Langzeitpflege abdeckt.¹³¹ Im Jahr 2045 betrüge das vom Modell B abgedeckte Leistungsvolumen der Pflegeversicherung geschätzte 18,7 Milliarden Franken (inflationbereinigt, zu Preisen von 2009), womit mehr als die gesamte erwartete Steigerung der Kostensumme für die öffentliche Hand in der Langzeitpflege finanziert wäre.¹³²

2.1.2.4 Modell C: Pflegeversicherung, die Modell A und Modell B kombiniert

a. Beschreibung

Im Pflegeversicherungsmodell C werden sowohl ein Teil der heute privat getragenen Betreuungsleistungen als auch die Leistungen der Pflege zu Hause und im Pflegeheim gemäss KVG in einem separaten Versicherungsgefäss gedeckt. Das Modell C bietet somit für die anfallenden Pflegekosten sowie der damit verbundenen Betreuung eine umfassende Versicherungslösung an. Der Leistungsumfang setzt sich somit aus den folgenden Elementen zusammen:

¹³¹ Nicht abgedeckt sind die Kosten der UV, der AHV-HE und die privat getragenen Kosten.

¹³² Die Untervariante «Überführung eines Teils der Kosten (Kosten der Abklärung, Beratung und Koordination sowie der Grundpflege) für alle Personen ab einem bestimmten Altersjahr in eine Pflegeversicherung» hätte grundsätzlich die gleiche, wegen des eingeschränkten Leistungskatalogs jedoch im Ausmass aber weniger starke Wirkung. Die weitere Untervariante «Überführung sämtlicher Kosten für alle Personen ab einem bestimmten Altersjahr in eine Pflegeversicherung» hätte grundsätzlich die gleiche, wegen des umfangreicheren Leistungskatalogs jedoch im Ausmass aber stärkere Wirkung.

Tabelle 13: Leistungskomponenten Modell C

Leistungen	Beratung/ Abklärung/ Koordinati- on	Behandlung/ Untersu- chung	Grund- pflege	Betreu- ung	Hotelle- rie	Allgemeine Leistungen der Krankenpflege nach KVG*
Ambulant	X	X	X	X	-	X*
Pflegeheime	X	X	X	X	-	X*

*Gilt nur für den Teil der allgemeinen Leistungen (MiGeL, SL), welcher nicht von der OKP übernommen

b. Auswirkungen auf das Finanzierungsregime

In der Versicherungslösung nach Modell C würden die Leistungen der Modelle A und B zusammengefasst. Betreuung und Pflege würden von der Pflegeversicherung übernommen. Mit dieser Lösung wären im Jahr 2011 rund 7,5 Milliarden der gesamten Kosten der Langzeitpflege von 10,3 Milliarden Franken der Pflegeversicherung abgedeckt worden. Im Jahr 2045 wären dies schätzungsweise rund 24 Milliarden Franken (inflationbereinigt, zu Preisen von 2009), womit mehr als die gesamte erwartete Steigerung der Kostensumme für die öffentliche Hand in der Langzeitpflege und ein Teil der Belastungen der privaten Haushalte finanziert wäre.

2.1.2.5 Versicherungspflicht und Beiträge

Eine obligatorische Versicherungspflicht kann sich auf die ganze Bevölkerung oder nur auf einzelne Bevölkerungsgruppen beziehen, wie zum Beispiel auf Altersgruppen. Im Falle der Einführung einer Pflegeversicherung wäre dies beispielsweise die Altersgruppe der über 50-jährigen Personen. Wird die Pflegeversicherungspflicht neu auf einen bestimmten Kreis von Versicherten eingeschränkt, wird die finanzielle Belastung pro Versicherten in diesem (kleineren) Kreis ansteigen.

Insbesondere auf der Finanzierungsseite sind viele Varianten einer Pflegeversicherung denkbar. Die Pflegeversicherung kann über eine einheitliche Kopfprämie, differenzierte Kopfprämien oder Lohnprozente finanziert werden. Die Beitragspflicht kann die ganze Bevölkerung oder einen Teil davon umfassen.

2.2 Übersicht über die Aufgaben- und Finanzierungsoptionen

In der nachfolgenden Tabelle 14 werden die in den vorangegangenen Abschnitten diskutierten Aufgaben- und Finanzierungsoptionen in zusammenfassender Form dargelegt:

Tabelle 14: Übersicht über die Aufgaben- und Finanzierungsteilungsoptionen und deren Auswirkungen

Optionen	Aufgaben- und Finanzierungsaufteilung	Lastenverschiebungen	Auswirkungen
Steuererhöhungen:			
Status Quo	Keine Änderung in der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen Steuererhöhungen (Kantone, Gemeinden), Prämien erhöhungen (OKP) notwendig	keine	Ab ca. 2030 starker Anstieg der Kosten für die Langzeitpflege, finanziert v.a. durch Erhöhung der direkten Steuern auf Kantonesebene und Prämien erhöhungen in der OKP
Höhere finanzielle Beteiligung des Bundes an der Langzeitpflege	Schaffung einer neuen Verbundaufgabe und subventionsrechtliche Steuerung der Kosten der Langzeitpflege durch den Bund (mittels Programmvereinbarungen)	Entlastung der Kantonsfinanzen Mehrbelastung und haushaltsneutrale Finanzierung auf Bundesebene.	Erhöhungen der Steuern auf Bundesebene
Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund	Vollständige Zuständigkeit der Aufgabenerfüllung beim Bund und Wegfall der Aufgabenerfüllung bei den Kantonen	Grundlegende und haushaltsneutrale Umgestaltung der Aufgabenteilung und Finanzierung zwischen Bund und Kantonen im Rahmen eines zweiten NFA-Pakets	Entlastung der Kantons Haushalte Finanzierung der neuen Bundeslasten über eine Steuererhöhung auf Bundesebene und/oder eine neue Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen mit einem Transfer von direkten Steuern der Kantone zum Bund

Optionen	Aufgaben- und Finanzierungsaufteilung	Lastenverschiebungen	Auswirkungen
Pflegeversicherung:			
Modell A	Vorwiegend privat getragene Kosten der Betreuung werden durch Versicherung abgedeckt Steuerung der Aufgabenerfüllung durch die Versicherung und die Kantone	Entlastung der pflegebedürftigen Privaten zulasten der ebenfalls durch Private finanzierten neuen Versicherung	Neue Prämienfinanzierung und damit beschränkter Ausbau des Sozialstaats
Modell B	OKP-Leistungen der Pflege werden in Pflegeversicherung überführt Steuerung der Aufgabenerfüllung vorwiegend durch die Versicherung	Entlastung v.a. der Kantone und der OKP zulasten der neuen Versicherung	Umlagerung der Prämienfinanzierung aus der OKP in die neue Versicherung
Modell C	OKP-Leistungen der Pflege werden in Pflegeversicherung überführt Steuerung der Aufgabenerfüllung vorwiegend durch die Versicherung	Entlastung v.a. der Kantone und der OKP zulasten der neuen Versicherung	Umlagerung der Prämienfinanzierung aus der OKP in die neue Versicherung und neue Prämienfinanzierung der Betreuungskosten

2.3 Beurteilung der Aufgabenteilungs- und Finanzierungsvarianten

Im Folgenden werden die Aufgabenteilungs- und Finanzierungsvarianten (mit Steuererhöhungen und Pflegeversicherung) bezüglich der sozial-, finanz- und wirtschaftspolitischen Auswirkung analysiert. Der Kosten-Nutzen Faktor auf der Ebene der Administration und die Schaffung beziehungsweise Bereinigung von Schnittstellen sind Aspekte, die ebenfalls zu würdigen sind.

2.3.1 Sozialpolitische Auswirkungen

Die Option «Beibehaltung des Status Quo» würde zu einer Festigung des bestehenden Finanzierungsregimes führen. Sowohl die sozialpolitische Ausrichtung der Steuerfinanzierung als auch der Beitragsfinanzierung bliebe bestehen. Mit der Erbschaftssteuer würden die Kantone zudem über ein Steuersubstrat verfügen, das heute nicht ausgeschöpft wird. Änderungen im Bereich der kantonalen Erbschaftssteuern zur teilweisen Finanzierung der zukünftigen Kosten der Langzeitpflege könnten aus verteilungspolitischer Sicht als vorteilhaft betrachtet werden.

Damit würde nämlich die allgemeine Steuerbelastung tendenziell reduziert und durch eine stärkere steuerliche Abschöpfung von Erbschaften ersetzt werden.¹³³

Bei den Optionen «höhere finanzielle Beteiligung des Bundes» und «Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund» würden in der Tendenz kantonale Steuern durch Bundessteuern ersetzt. Da im gegenwärtigen Zeitpunkt davon auszugehen ist, dass der Bund die Mehrkosten durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer decken würde (siehe unten), sind insgesamt ungünstigere Verteilungswirkungen als bei der Beibehaltung des Status Quo zu erwarten: Die Haushalte mit hohem Einkommen würden tendenziell weniger stark und die Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen dagegen vergleichsweise stärker belastet. Der Einbezug der Mehrwertsteuer in die Finanzierung der Langzeitpflege dürfte somit zu einer tendenziell ungünstigeren Verteilungswirkung als bei der Beibehaltung des Status Quo führen. Etwas anders wäre die Situation zu beurteilen, sollte die Option der Kompetenzverschiebung von den Kantonen zum Bund über eine Kombination einer Aufgabenumverteilung zwischen Bund und Kantonen sowie über eine Abgabe von Steuersubstrat der Kantone an den Bund finanziert werden. In diesem Szenario wären kaum Änderungen in den Verteilungswirkungen gegenüber dem Status Quo zu erwarten.

Im Modell A einer Pflegeversicherung «Abdeckung von Betreuungskosten» würden heute vorwiegend privat getragene Kosten durch eine Pflegeversicherung abgedeckt. Personen mit (hohen) Betreuungskosten, die heute keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben, würden am stärksten entlastet, belastet würde das neue Versichertenkollektiv. Der umverteilte Betrag wäre allerdings im Verhältnis zu den Gesamtkosten der Pflege eher gering.

Im Modell B einer Pflegeversicherung «Abdeckung der Leistungen der OKP» würden der steuerfinanzierte Anteil der Kantone und der prämiendifinanzierte Anteil der OKP in die Pflegeversicherung überführt. Die sozialpolitische Auswirkung der Einführung der Pflegeversicherung wäre davon abhängig, wie die Versicherungsprämien (einheitlich abgestufte oder einkommensabhängige Kopfprämien oder Lohnprozente) erhoben würden (linear oder progressiv zum Einkommen, abgestuft nach dem Alter bzw. nicht abgestuft usw.). Mit der Pflegeversicherung Modell B würden 60 Prozent der Gesamtkosten der Langzeitpflege abgedeckt. Weil davon auszugehen ist, dass die Kosten der Langzeitpflege wegen der demografischen Entwicklung stärker wachsen als die Gesamtheit der Kosten der obligatorischen Krankenversicherung, trüge, im Vergleich zum Status Quo, ein kleineres Kollektiv von (Pflege) Versicherten eine stärker zunehmende Finanzierungslast.

Das Modell C einer Pflegeversicherung (Kombination von A und B) ist eine umfassende Versicherungslösung. Die anfallenden Pflegekosten, sowie die Kosten der damit verbundenen Betreuung, würden von der Pflegeversicherung übernommen. Damit würden 70 Prozent der Gesamtkosten der Langzeitpflege finanziert. Durch den Umstand, dass neben den OKP-Leistungen auch die Betreuungskosten durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden, erhöht sich die Umverteilungswirkung zu Lasten der Pflegeversicherten.

In der verteilungspolitischen Beurteilung weisen die Modelle B und C einer Pflegeversicherung mit einer Lohnbeitragsfinanzierung oder einkommensabhängigen Kopfbeiträgen Vorteile gegenüber einheitlichen oder nach Alter abgestuften Kopfprämien auf. Allerdings könnten die sozialpolitisch unerwünschten Auswirkungen von einheitlichen Pro-Kopf-Prämien weitgehend vermieden werden mit einem Prämienverbilligungssystem analog der individuellen Prämienverbilligung (IPV) in der OKP. Da die Kantonshaushalte in dieser Variante finanziell stark entlastet würden, wären die Möglichkeiten einer entsprechenden Kompensationsleistung zu prüfen wie zum Beispiel die Übernahme der Kosten für ein Prämienverbilligungs-System durch

¹³³ Credit Suisse (2015) <https://www.credit-suisse.com/ch/de/about-us/media/latestnews/articles/media-releases/2015/06/de/schweizer-pflegeheimmarkt-2015.html>.

die Kantone. Es ist davon auszugehen, dass, sofern kein sozialpolitisches Korrektiv zur Anwendung kommt, bei einem Wegfall der Steuerfinanzierung und der Einführung einer Versicherungslösung die Personen mit hohem Einkommen tendenziell entlastet und jene mit tiefen Einkommen im Gegenzug belastet würden.

2.3.2 Finanzpolitische Auswirkungen

Die Beibehaltung des Status Quo bedeutet einerseits, dass das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz eingehalten würde: Die Kantone und Gemeinden, die für die Steuerung der Versorgung im Bereich der Langzeitpflege zuständig sind, müssten die finanziellen Folgen ihrer Politik weitgehend selber tragen. Weil die finanziellen Lasten der Langzeitpflege für Kantone und Gemeinden bis ins Jahr 2045 schätzungsgemäss das Äquivalent von rund 8,3 respektive 3,6 zusätzlichen Steuerprozenten (in Prozent der Fiskaleinnahmen) erreichen, ist andererseits nicht auszuschliessen, dass die Entwicklung, die sich auf lange Sicht für diese Staatsebenen abzeichnet, nicht mehr als politisch tragbar erachtet wird. Mit einer verstärkten Ausschöpfung des kantonalen Steuersubstrats der Erbschaftserträge verfügen die Kantone jedoch über ein Finanzierungsinstrument, welches die projizierte Steuererhöhung mindestens teilweise eindämmen könnte. Dies gilt umso mehr, als eine Erbschaftssteuer aus ökonomischer Sicht verhältnismässig wenige verzerrende Effekte aufweist.

Mit der Option «Höhere finanzielle Beteiligung des Bundes an der Langzeitpflege» würde faktisch eine neue Verbundaufgabe mit geteilten Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantonen geschaffen. Eine solche Entwicklung würde den Bestrebungen im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) nach klaren Verantwortlichkeiten bei der Aufgabenerfüllung und der Finanzierung zuwiderlaufen. Dies würde selbst dann gelten, wenn der Bund die Aufgabe mittels Programmvereinbarungen zwischen Bund und Kantonen mitsteuern würde. Eine solche Variante würde überdies nur dann Sinn machen, wenn der Finanzierungsbeitrag des Bundes in substantieller Höhe ausfallen würde. Sollten damit beispielsweise 30 Prozent der Zusatzbelastung von Kantonen und Gemeinden finanziert werden, ergäbe dies einen Bundesbeitrag im Jahr 2045 von teuerungsbereinigt fast 2 Milliarden Franken. Damit könnte die zwingend notwendige Gegenfinanzierung auf Bundesebene nur durch eine Steuererhöhung bewerkstelligt werden. Im Vordergrund würde wie in anderen Bereichen der sozialen Wohlfahrt die Anhebung der Mehrwertsteuer stehen.

Bei einer Umsetzung der Variante «Übernahme der Zuständigkeit des Bundes für die Langzeitpflege» würde sich die Aufgaben- und Einnahmenteilung zwischen Bund und Kantonen in der Schweiz grundlegend verändern, und insbesondere die Steuerhoheit von Kantonen und Gemeinden entwertet. Sie wäre auch mit erheblichen Finanzierungsrisiken für den Bundeshaushalt verbunden, weil es aus sachlichen Gründen schwierig werden dürfte, den notwendigen vollständigen Finanzierungsausgleich sowohl im Übergangsjahr als auch danach sicherzustellen. Diese Option käme aus der Sicht des Bundesrates nur dann in Frage, wenn es ernsthafte Anzeichen dafür gäbe, dass die Kantone und Gemeinden mit der Aufgabenerfüllung im Bereich der Langzeitpflege überfordert wären und bundesrechtliche Regelungen unausweichlich würden. Nur unter diesen Umständen wäre ein solcher Schritt mit dem verfassungsmässigen Subsidiaritätsprinzip vereinbar.

Mit der Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung nach Modell B oder C würden die Kantone und Gemeinden in spürbarem Ausmass von einer sich abzeichnenden starken Belastung durch die zukünftige Kostenentwicklung in der Langzeitpflege verschont, weshalb sich auch hier die Frage nach einer vollständigen Übernahme der Kosten für die nötigen Prämienverbilligungen durch die Kantone stellt. Bei dieser Variante wären die heutigen Zuständigkeiten in der Aufgabenerfüllung grundsätzlich nicht tangiert. Die Kantone und Gemeinden wären weiterhin für die Pflegeheime zuständig. Zudem würden dem Bund keine neuen Lasten auferlegt.

2.3.3 Wirtschaftspolitische Auswirkungen

Aus wirtschaftspolitischer Sicht ist die Beibehaltung des Status Quo schwierig zu beurteilen. Die aus strukturellen Gründen stark ansteigenden Staats- und Fiskalquoten dürften im erwarteten Ausmass einen tendenziell negativen Effekt auf die Gesamtwirtschaft ausüben. Insgesamt wäre damit zu rechnen, dass die wohl kaum vermeidbaren Steuererhöhungen bei den Kantonen und Gemeinden schergewichtig im Bereiche der direkten Steuern der natürlichen Personen anfallen. Die tendenziell stark progressiven direkten Steuern könnten dazu führen, dass Teile des Mittelstandes unter finanziellen Druck geraten. Dieser Effekt könnte durch die Einführung oder Erhöhung von kantonalen Erbschaftssteuern abgefedert werden.

Würde ein neuer Bundesbeitrag an die Kosten der Langzeitpflege zur Entlastung der Kantone und Gemeinden entrichtet und dieser durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer finanziert, würden die nicht gedeckten Kosten der Langzeitpflege vorwiegend durch Erhöhungen der Einkommens- und Vermögenssteuern von Kantonen und Gemeinden und durch eine Anpassung der Mehrwertsteuer des Bundes nach oben gedeckt. Damit dürfte diese Variante aus wirtschaftspolitischer Sicht gegenüber der Beibehaltung des Status Quo wohl leicht besser abschneiden. Diese etwas günstigere Einschätzung ist darauf zurückzuführen, dass die Mehrwertsteuer insgesamt weniger verzerrende Effekte aufweist als die direkten Steuern.

In Bezug auf die Option «Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund» sind viele umsetzbare Varianten denkbar. Damit sind entsprechend zahlreiche offene Fragen verbunden. Voraussichtlich wäre der Bund bereits einige Jahre nach der Übernahme dieser Aufgaben infolge der hohen Ausgabendynamik gezwungen, seine Steuern zu erhöhen. Aus heutiger Sicht stünde wohl die Mehrwertsteuer im Vordergrund. Die übrigen bestehenden Bundessteuern eignen sich für die Finanzierung von Ausgaben, welche aus strukturellen Gründen stark steigen, nicht. Eine Bundeserbschaftsteuer lehnt der Bundesrat vor allem aus staatspolitischen Gründen ab. Erträge aus Erbschaften stellen ein klassisches Steuersubstrat von Kantonen und Gemeinden dar. Langfristig dürfte diese stärker mehrwertsteuerfinanzierte Option aus gesamtwirtschaftlicher Optik tendenziell besser abschneiden als der Status Quo mit einer vorwiegenden Finanzierung über direkte Kantonssteuern. Der Hauptgrund hierfür liegt in den weniger verzerrenden Effekten der Mehrwertsteuer.

Aus wirtschaftspolitischer Sicht ist die Variante einer obligatorischen Pflegeversicherung schwierig zu beurteilen. Sollte die Finanzierung der Versicherungsausgaben über einkommensabhängige Lohnbeiträge erfolgen, wären die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen vor allem im Vergleich zu den Varianten mit altersabgestuften Pro-Kopfbeiträgen oder auch einkommensabgestuften Kopf-Beiträgen deutlich nachteilig. Dies liegt vor allem an der zusätzlichen Verteuerung des Produktionsfaktors Arbeit, welche angesichts der Grössenordnung der Belastungen volkswirtschaftlich durchaus ins Gewicht fallen würde. Aus diesem Grunde dürften einheitliche Pro Kopf-Beiträge aus ökonomischer Sicht vorzuziehen sein.

2.3.4 Auswirkungen auf Administration und Schnittstellen

Mit der Beibehaltung des Status Quo ergeben sich keine Änderungen hinsichtlich der gegenwärtigen Transparenz und des Umfangs der Administration im System. Allerdings ist zu erwähnen, dass die heute sehr vielschichtige Finanzierung der Kosten der Langzeitpflege nur schwer zu durchschauen ist. Deshalb wären aus dieser Sicht Optionen zu bevorzugen, welche das System in der Tendenz vereinfachen.

Bei der Option «Höhere finanzielle Beteiligung des Bundes an der Langzeitpflege» ist zu bedenken, dass jede Verbundaufgabe automatisch zu Doppelspurigkeiten in den Verwaltungen von Bund und Kantonen führt. Bei der Option «Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund» würden sowohl die Steuerung in der Versorgung als auch die Finanzierung dem Bund übertragen. Dazu wäre nicht nur eine umfassende Reform des Systems

der Langzeitpflege erforderlich. Eine solche Option liesse sich nur im Rahmen einer grundlegenden Überprüfung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen realisieren. Dies würde deshalb zunächst zu nicht zu unterschätzenden Transaktionskosten führen. Langfristig könnten dagegen aufgrund einer einheitlicheren Ausrichtung des Systems Schnittstellen abgebaut und administrative Aufwände reduziert werden.

Die Einführung einer Pflegeversicherung würde je nach Modellwahl neue Schnittstellen schaffen. Im Modell A «Pflegeversicherung zur Abdeckung von Kosten der Betreuung» müssten die Leistungen der Betreuung in zwei Kategorien unterteilt werden – jene, die von der Pflegeversicherung übernommen werden und jene, die weiterhin den Betreuten verrechnet werden. Dies würde neue Kategorien schaffen und würde die Leistungserfassung komplizierter machen. Der administrative Aufwand von Modell B «Pflegeversicherung zur Abdeckung der Leistungen aus der OKP» hängt vom Leistungsspektrum ab, welches in die neue Pflegeversicherung verschoben würde. Wären dies alle Leistungen der Pflege im Pflegeheim respektive zu Hause und würde die Versicherung auch die Restfinanzierung umfassen, käme es zu einer Bereinigung einer unscharfen Schnittstelle. Kompliziert würde die Administration bei einer Auslagerung lediglich eines Teils der Pflegeleistungen der OKP in eine Pflegeversicherung. Modell C «Kombination von A und B» hätte aus den dargelegten Gründen unterschiedliche Wirkungen in Bezug auf die Vollzugskosten.

Im Forschungsbericht zur Finanzierung der Pflege¹³⁴, der im Vorfeld der Neuordnung der Pflegefinanzierung erstellt wurde, wurde die Einführung einer Pflegeversicherung in Bezug auf die Transparenz und den zusätzlichen, administrativen Aufwand gegenüber dem damaligen Status Quo eher negativ beurteilt. Mit einer zusätzlichen Versicherung, der Pflegeversicherung, würde das bereits verschachtelte System der sozialen Sicherheit weiter verzettelt. Dieses Argument gilt grundsätzlich auch heute noch und wäre bei einer allfälligen Weiterverfolgung dieser Option ernst zu nehmen.

2.4 Weitere Varianten einer Finanzierung

2.4.1 Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten

Durch das Postulat 14.3912 «Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten»¹³⁵ wurde der Bundesrat beauftragt, zu prüfen, ob die Säule 3a für die Deckung der Pflegekosten im Alter ausgeweitet werden kann. Nebst der bestehenden Säule 3a soll ein freiwilliges, steuerbegünstigtes Sparen für die Pflege im Alter zur Sicherung von Leistungen, welche aus der obligatorischen Krankenversicherung nicht gedeckt werden, mit klaren Regeln definiert werden. Für diese neue, freiwillige Pflegevorsorge soll ein Gesetz geschaffen und zudem geprüft werden, ob für diese Zweckbindung auf eine arbeitsrechtliche Anstellung oder auf die selbständige Erwerbstätigkeit verzichtet werden könnte.

Der Bundesrat hat die im Postulat aufgeworfene Frage geprüft (Anhang 1) und kommt zu folgendem Schluss:

- Die Säule 3a könnte gestützt auf das geltende Verfassungsrecht für die Finanzierung der Pflegekosten im Alter erweitert werden. Ebenso wäre eine Öffnung für Nichterwerbstätige möglich.
- Die berufliche Vorsorge ist bereits sehr komplex. Mit weiteren spezialgesetzlichen Regelungen würde die berufliche Vorsorge noch komplizierter. Bei einer Öffnung der Säule 3a

¹³⁴ Iten, Rolf, Hammer, Stephan (2003). Finanzierung der Pflege, Zürich, publiziert in der Reihe Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung im September 2005. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06392/06517/index.html?lang=de>.

¹³⁵ Postulat 14.3912 Eder Joachim «Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten». http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20143912.

für Nichterwerbstätige wäre eine grundlegende Änderung des BVG notwendig, welche nicht nur technisch einzelne Bestimmungen, sondern materiell die Grundprinzipien der beruflichen Vorsorge betreffen würde.

- Für die Deckung der Pflegekosten im Alter müsste ein neuer Vorsorgefall «Pflegekosten» definiert werden. Um eine praxistaugliche Lösung umzusetzen, wären vertiefte Abklärungen notwendig. Die Leistungen der erweiterten Säule 3a müssten auch mit denjenigen der Krankenversicherung und mit den Ergänzungsleistungen koordiniert werden, was die Komplexität weiter erhöhen würde.
- Mit den neuen Aufgaben würden sich die Säule-3a-Institutionen weit von der bisherigen Aufgabe im Bereich der beruflichen Vorsorge entfernen. Sie sind dafür nicht ausgerüstet und müssten sich entsprechende Kenntnisse aneignen (oder extern einkaufen), was zu höheren Verwaltungskosten führen würde. Es müsste geprüft werden, ob die neuen Aufgaben zu einem vernünftigen Preis-Leistungsverhältnis übernommen werden können und ob es überhaupt sinnvoll ist, den Säule-3a-Institutionen Aufgaben im Bereich der Pflege zu übertragen.
- Insbesondere bei der vorzeitigen Auflösung des Vorsorgeverhältnisses wären Anpassungen notwendig, welche mit den Freizügigkeitsabkommen der EU und der EFTA koordiniert werden müssten. Die notwendigen Abklärungen bei der definitiven Ausreise aus der Schweiz wären für die Säule-3a-Institutionen mit zusätzlichem Aufwand und weiteren Kosten verbunden. Zudem müsste die Einführung eines Kontrollverfahrens geprüft werden.
- Von einer erweiterten Säule 3a könnte nur eine sehr kleine Anzahl von Steuerpflichtigen profitieren, welche die Pflegekosten ohnehin finanzieren kann. Personen, welche Mittel für die Pflegekosten nötig haben, hätten hingegen davon keinen Nutzen.
- Trotz Steuereinsparungen dürfte die Attraktivität einer erweiterten Säule 3a für die Versicherten gering sein, weil die Nutzungsmöglichkeiten der bestehenden Säule 3a u.a. mit der Vorbezugsmöglichkeit oder der Verpfändung für die Wohneigentumsförderung vielfältiger sind.
- Mit der vorgeschlagenen Ausweitung der Säule 3a könnten die Ergänzungsleistungen nur geringfügig entlastet werden. Die möglichen Einsparungen betragen 12,8 Millionen Franken bei den periodischen Ergänzungsleistungen. Die Kantone, welche die Krankheitskosten zu 100 Prozent bezahlen, würden im Umfang von einer Million entlastet.
- Neben den vorsorgerechtlichen müssten auch die steuerrechtlichen Bestimmungen entsprechend angepasst werden. Dabei müsste insbesondere die Höhe des Abzugs und auch die Zielgruppe, welche vom steuerlichen Abzug profitieren könnte, entsprechend festgelegt werden. Die diesbezüglichen Arbeiten wären umfangreich. Für die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge an die Vorsorgeverträge zur Deckung der Pflegekosten im Alter wäre ein neuer Abzug im Steuerrecht erforderlich. Es ist darauf hinzuweisen, dass jeder neue Abzug das Steuerrecht verkompliziert und dem im Parlament geäusserten Wunsch nach einem vereinfachten Steuersystem mit nur wenigen Abzügen zuwiderlaufen würde. Die Ausweitung der Säule 3a würde gemäss Schätzungen zu sehr hohen Steuerausfällen im Umfang von 550 bis 600 Millionen Franken auf allen drei Staatsebenen (Bund, Kanton und Gemeinden) führen. Dabei wäre alleine auf Bundesebene mit Steuerausfällen von 265 Millionen zu rechnen. Die bisher geschätzten Steuerausfälle der Säule 3a im Umfang von 1,2 bis 1,3 Milliarden Franken würden mit einer erweiterten Säule 3a um die Hälfte zunehmen. Der Bundesrat erachtet das Kosten-/Nutzenverhältnis der Massnahme nicht für vertretbar und lehnt sie deshalb ab.

2.4.2 Pflegekostenversicherung und Schutz des eigenen Vermögens

Das Postulat 14.4165 «Pflegekostenversicherung auf den Prüfstand. Schutz des eigenen Vermögens» vom 11. Dezember 2014, das vom Nationalrat am 2. Juni 2015 angenommen wurde, beauftragt den Bundesrat, einen Bericht zum Thema einer obligatorischen Pflegekostenversicherung mit dem Schwerpunkt auf Finanzierungsfragen, insbesondere unter Berücksichtigung des Kapitaldeckungsverfahrens, vorzulegen.

Die Ausgabenprojektionen beinhalten eine Schätzung der Kosten für die öffentliche Hand und für die Sozialversicherungen bis ins Jahr 2045. Wird der Status Quo beibehalten, sind Steuererhöhungen allein aufgrund der Mehrkosten in der Langzeitpflege vor allem auf Kantons- und Gemeindeebene wie auch zusätzliche Beiträge an die Sozialversicherungen unabdingbar. Es ist davon auszugehen, dass die Weiterführung des gegenwärtigen Regimes zwar noch längere Zeit tragbar ist. Ungefähr um das Jahr 2030 könnte sich jedoch die Frage nach der Höhe der Belastbarkeit der beiden Staatsebenen stellen.

Die Entwicklung der Pflegekosten kann auf der Nachfrageseite durch Gesundheitsprävention und angebotsseitig durch die Steigerung der Effizienz der Leistungserbringer beeinflusst werden. Das Verfahren, das der Finanzierung von Versicherungsleistungen zugrunde liegt, dürfte die Kosten der Leistungserbringung jedoch nur in begrenztem Ausmass beeinflussen. Sowohl bei Anwendung des Umlageverfahrens als auch des Kapitaldeckungsverfahrens müssten die Kosten der Versicherung durch die Prämien abgedeckt werden. Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen müsste analog der Krankenversicherung Anspruch auf individuelle Prämienverbilligungen gewährt werden.

Heute erfolgt die Finanzierung der Langzeitpflege überwiegend durch Mittel der öffentlichen Hand sowie durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung, der das Umlageverfahren zugrunde liegt. Bei Anwendung des Kapitaldeckungsverfahrens wäre davon auszugehen, dass jeder Versicherte über ein individuelles Konto verfügt, das er äufnet und über das er im Pflegefall verfügen kann. Aus der Überschrift des Vorstosses «Schutz des eigenen Vermögens» kann abgeleitet werden, dass zu viel einbezahlte Beiträge im Vermögen des Versicherten verbleiben und den Erben zugutekommen. Im Gegenzug ist jedoch nicht klar, inwiefern die öffentliche Hand für die Langzeitpflege aufkommen soll, wenn die vom Versicherten geäußerten Beiträge die Kosten nicht ausreichend decken. Dieser Fall tritt nicht nur bei Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen ein. Sind intensive Pflege und Betreuung erforderlich, reichen auch grössere Kapitalbeträge nicht sehr lange zur Deckung der Kosten aus. Im Übrigen sind mit einem Kapitaldeckungsverfahren verschiedene Fragen verbunden, die sich in ähnlicher Weise auch bei der Ausweitung der Säule 3a für die Finanzierung der Pflegekosten im Alter stellen (Anhang 1). Grundsätzlich gelten deshalb die gleichen Vorbehalte wie bei der Säule 3a.

Abklärungen im Vorfeld der Neuordnung der Pflegefinanzierung haben gezeigt, dass eine reine Prämienfinanzierung der Pflegeversicherung eine massive Mehrbelastung für die Versicherten zur Folge hätte und mit einer Belastung der Solidarität zwischen «Jung» und «Alt» einherginge.¹³⁶ Seit der NFA im Jahr 2008 beteiligt sich der Bund verstärkt bei der Finanzierung der periodischen Ergänzungsleistungen (jährliche EL). Diese machen rund 91 Prozent der Gesamtausgaben der EL aus. An die Krankheits- und Behinderungskosten (EL zur AHV und IV), welche rund 9 Prozent der Gesamtausgaben der EL bilden, leistet der Bund seit der NFA keine Beiträge mehr. Durch die Einführung einer Pflegeversicherung würden die Ergänzungsleistungen insgesamt nur wenig zurückgehen. Im Jahr 2013 übernahmen die EL zur

¹³⁶ Iten, Rolf, Hammer, Stephan (2003). Finanzierung der Pflege, Zürich, S. 8. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06392/06517/index.html?lang=de>.

AHV 235 Millionen Franken an Krankheitskosten.¹³⁷ Finanziert wurden überwiegend Leistungen ausserhalb der Langzeitpflege wie die Kostenbeteiligung bei der Krankenversicherung und Zahnbehandlungen.¹³⁸ Durch die Einführung einer Pflegeversicherung würden die EL nur wenig entlastet. Der Grund liegt darin, dass die überwiegende Mehrheit der Kantone die Restfinanzierung der Pflege ausserhalb des EL-Systems regelt.

2.5 Fazit

Die Ausgabenprojektionen bis 2045 zeigen, dass im Bereich der Langzeitpflege ein erheblicher Finanzierungsbedarf auf die öffentlichen Haushalte und die Sozialversicherungen zukommt. Im Jahr 2045 wird von einer Zusatzbelastung von 4,9 Milliarden Franken bei den Kantonen sowie 1,3 Milliarden respektive 0,5 Milliarden Franken bei Gemeinden und Bund ausgegangen. Bereits in der Botschaft des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005 wurden Projektionen zu den Kosten der Langzeitpflege bis ins Jahr 2040 vorgenommen. Ein Vergleich legt dar, dass die aktuellen Projektionen im Referenzszenario von einem tieferen Ausgabenwachstum in der Langzeitpflege ausgehen als die Projektionen des Jahres 2005.

Die Ausgabenprojektionen zeigen aber auch, dass in Bezug auf die Finanzierungsfragen kein unmittelbarer Handlungsbedarf besteht. Ein solcher dürfte sich erst im Zeitraum um 2030 herum ergeben. Der Bundesrat ist deshalb der Auffassung, dass sich zum jetzigen Zeitpunkt in der Finanzierung der Kosten der Langzeitpflege keine Kurskorrekturen aufdrängen.

Die unterbreiteten Überlegungen zu den verschiedenen Handlungsoptionen machen ferner deutlich, dass alle Varianten mit mehr oder weniger stark ins Gewicht fallenden Vor- und Nachteilen verbunden wären. Am kritischsten beurteilt dabei der Bundesrat die Option einer Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht stellt sich bei dieser Option die Frage, ob die Spitalfinanzierung angesichts des noch grösseren Effizienzsteigerungspotenzials in der Langzeitpflege nicht gleichzeitig auch in die Bundeszuständigkeit übergehen sollte. Die Querbezüge zwischen den beiden gesundheits- und sozialpolitischen Aufgaben sind so eng einzuschätzen, dass sich nur bei einer integralen Aufgabenübernahme des Spital- und Pflegebereichs Synergien und die nötigen Verbesserungen in der Steuerung durch den Bund und die OKP erzielen liessen. Inwieweit dies zu besseren Ergebnissen in der Leistungserbringung führen würde als dies unter dem Regime der Kantone der Fall war, ist schwer zu beurteilen. Die Auswirkungen auf die bundesstaatliche Aufgaben- und Finanzierungsteilung zwischen Bund und Kantonen sind alleine mit der Übernahme der Pflegeaufgabe und Pflegefinanzierung (ohne den Spitalbereich) durch den Bund bereits tief greifend, so dass zumindest aus heutiger Sicht gegenüber dieser Variante erhebliche Vorbehalte anzubringen sind.

Im Vorfeld der Neuordnung der Pflegefinanzierung wurden unter Beizug eines Forschungsbüros und unter Einbezug der wichtigsten Stakeholder, verschiedene Modelle der Pflegefinanzierung, insbesondere über eine Pflegeversicherung für die OKP-Leistungen sowie auch über eine Pflegeversicherung für sämtliche Pflegeleistungen (analog Modell B oben), geprüft. Wegen der übermässigen finanziellen Belastung des in der Pflegeversicherung beitragspflichtigen Versichertenkollektivs von Personen über 50 Jahre und der Entsolidarisierung von Jung und Alt wurde dieser Ansatz nicht weiterverfolgt. Wird die Option einer Pflegeversicherung im Hinblick auf eine zukünftige Finanzierungslösung in Erwägung gezogen, muss das Ziel der Umverteilung klar sein.

¹³⁷ Bundesamt für Sozialversicherungen, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2013, Tabellenteil, S. 14f.

¹³⁸ Bundesamt für Sozialversicherungen, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2013, Tabellenteil, S. 43.

Es sind somit verschiedene Möglichkeiten von denkbaren Aufgabenteilungs- und Finanzierungslösungen offen: Die Weiterführung des Status quo oder die aufgezeigten Alternativen (inklusive einer Pflegeversicherung). Die Optionen zeigen auf, wie die steigenden finanziellen Lasten im Bereich der Langzeitpflege in Zukunft verteilt werden könnten. Sie bilden jedoch keine expliziten Massnahmen, die das Ausgabenwachstum eindämmen und die finanziellen Lasten reduzieren werden. Eine Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten gilt es nach Auffassung des Bundesrates aus heutiger Sicht nicht weiterzuverfolgen. Das Kosten-/Nutzenverhältnis einer solchen Massnahme ist als sehr ungünstig zu bezeichnen. Die damit verbundenen grossen Steuerausfälle können sich weder der Bund noch die Kantone und Gemeinden leisten.

Teil IV Aufgaben und Ziele der öffentlichen Hand

Zur verfassungsrechtlichen Rahmenordnung der Pflege äussert sich der Bundesrat in seiner Botschaft vom 16. Februar 2005 zur Neuordnung der Pflegefinanzierung.¹³⁹ Die schweizerische Bundesverfassung enthält nur eine Bestimmung, die ausdrücklich auf die Pflege bzw. Pflegebedürftigkeit Bezug nimmt: Gemäss dem in Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe b BV verankerten Sozialziel setzen sich Bund und Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und Initiative dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Im Bereich der Langzeitpflege haben sowohl der Bund als insbesondere auch die Kantone, in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative, Aufgaben zu erfüllen.

1 Aufgaben des Bundes

1.1 Sozialversicherungen

Die Aufgaben des Bundes im Bereich der Sozialversicherungen (AHV, IV, UV, EL, OKP, ALV) sind in Artikel 111 ff. BV geregelt. Darauf stützt sich die Gesetzgebung. Mit Beschluss vom 13. Juni 2008 haben die Eidgenössischen Räte die Pflegefinanzierung neu geregelt. In der Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung findet sich eine umfassende Darstellung zu den primären und sekundären Pflegeleistungen, welche von den Sozialversicherungen übernommen werden. Betroffen sind die OKP, die AHV sowie die EL. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung regelt insbesondere die Aufteilung der Pflegekosten und deren Übernahme durch die OKP, die Versicherten und die Kantone.

1.2 Gesundheits- und Medizinalberufe

Artikel 117a Absatz 2 Buchstabe a BV beauftragt den Bund, Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für die Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Berufsausübung dieser Berufe zu erlassen.

Die Qualität der Ausbildung und der Berufsausübung im Interesse der öffentlichen Gesundheit wird von mehreren Gesetzen, die sich auf entsprechende verfassungsrechtliche Grundlagen stützen, gefördert: das Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG, gestützt auf Art. 95 Abs. 1 BV und Art. 97 Abs. 1 BV), das MedBG (gestützt auf Art. 95 Abs. 1 BV) sowie das vom Bundesrat vorgeschlagene GesBG¹⁴⁰ (gestützt auf Art. 117a Abs. 2 Bst. a BV).

1.3 Bildungsbereich

Die Artikel 63a, 64 Absatz 2, 66 Absatz 1 und 95 Absatz 1 BV bilden die Grundlage für das Bundesgesetz vom 30. September 2011 über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich (Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz, HFKG)¹⁴¹. Artikel 63 BV bildet die verfassungsrechtliche Grundlage für das Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG).¹⁴² Das vorgesehene Bundesgesetz vom 20. Juni 2014 über die Weiterbildung (WeBiG), das am 1. Januar 2017 in Kraft treten wird, stützt sich auf Artikel 61a Absatz 2, 63a Absatz 5 und 66 Absatz 2 BV.¹⁴³ Die erwähnten und weitere Gesetze enthalten Bildungs- und Berufsausübungsvorgaben, die auch für Gesundheitsfachpersonen gelten.

¹³⁹ BBI 2005 2033.

¹⁴⁰ Vgl. BBI 2015 8715 für die Botschaft zum GesBG und BBI 2015 8781 für den bundesrätlichen Gesetzesentwurf.

¹⁴¹ SR 414.20.

¹⁴² SR 412.10.

¹⁴³ SR 419.1, vgl. AS 2016 689. Nähere Informationen zum WeBiG sind auf der Website des Staatssekretariats

1.4 Arbeit

Artikel 110 BV erteilt dem Bund die Kompetenz Vorschriften über den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, das Verhältnis zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite, insbesondere über die gemeinsame Regelung betrieblicher und beruflicher Angelegenheiten, die Arbeitsvermittlung sowie die Allgemeinverbindlichkeitserklärung von Gesamtarbeitsverträgen zu erlassen.

2 Aufgaben der Kantone

Die Verantwortung für die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitspflege ist Aufgabe der Kantone. Die Kantone haben unter anderem mit den Gemeinden für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung sowie die dafür notwendigen Einrichtungen (bspw. Spitäler und Pflegeheime) und die Förderung der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) zu sorgen. Zudem erteilen die Kantone die gesundheitspolizeiliche Zulassung für die Leistungserbringer, welche Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung zu Lasten der OKP darstellt. Damit sorgen sie für die notwendige medizinische Infrastruktur. Die Aufsicht über die Leistungserbringer obliegt im Rahmen ihrer gesundheitspolizeilichen Kompetenzen ebenfalls den Kantonen.

Soweit die spezifischen Leistungen der Prävention nicht in der KLV im Sinne eines Positivkataloges aufgeführt sind und von der OKP vergütet werden, stellt auch die Gesundheitsvorsorge eine Aufgabe der Kantone dar. Weiter sind in der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF), welche zur Koordination und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung beiträgt, alle Kantone vertreten.¹⁴⁴

3 Gemeinsame Aufgaben von Bund und Kantonen

Nach dem in Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe b BV verankerten Sozialziel setzen sich Bund und Kantone, in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und Initiative, dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. In seiner Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005 geht der Bundesrat auf die verfassungsmässige Rahmenordnung ein und hält fest, dass mit der Pflegebedürftigkeit in der Regel eine qualifizierte Schutzbedürftigkeit der betroffenen Personen einhergeht. Diese unterstreiche die Bedeutung des Sozialzieles, welches als Handlungsmaxime des formellen Verfassungsrechts auch den Gesetzgeber binde.

Nach Annahme des Bundesbeschlusses über die medizinische Grundversorgung durch den Souverän am 18. Mai 2014 sieht der neue Artikel 117a BV vor, dass Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen haben. In seiner Botschaft vom 16. September 2011 zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» hat der Bundesrat in Bezug auf die Zielsetzung seines (nachmals in der Volksabstimmung angenommenen) Gegenentwurfs festgehalten, dass, angesichts der demografischen Veränderungen und der damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitssystem (mehr chronisch oder mehrfach Erkrankte), in Zukunft eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Richtung einer neuen, integrierten und interprofessionellen Versorgungsform stattfinden müsse. Ein wesentliches Element hierzu sieht der Bundesrat in der engen Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe. Der Bund solle die verschiedenen Akteure auch bei der Weiterentwicklung und Koordination der medizinischen Grundversorgung unterstützen können. Zusätzlich soll der Bund geeignete Massnahmen zur Qualitätssicherung der Leistungen treffen können. Die Zuständigkeiten von Bund und

für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) zu finden: <http://www.sbf.admin.ch/themen/01366/01382/01388/index.html?lang=de>.

¹⁴⁴ http://www.vbfg-arps.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=vbfg&page_id=home&lang_iso639=de.

Kantone bleiben somit im Wesentlichen unverändert, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bleibt Aufgabe der Kantone. Durch die Ausrichtung auf eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute soll indessen sichergestellt werden, dass die Behandlung der Patienten in hoher Qualität erfolgt.

4 Finanzausgleich und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

In der Volksabstimmung vom 28. November 2004 wurde der Bundesbeschluss zur NFA von Volk und Ständen angenommen und die Bundesverfassung wurde entsprechend angepasst. Seit dem 1. Januar 2008 ist die NFA in Kraft. Die NFA verfolgt einerseits den Ausgleich kantonaler Unterschiede und andererseits die Steigerung der Effizienz. Um diese Ziele zu erreichen, setzt die NFA bei zwei Bereichen den Hebel an: bei den Finanzen (Finanzausgleich im engeren Sinn durch Ressourcen- und Lastenausgleich) und bei der Aufgabenteilung sowie der Organisation der Aufgaben.

Im Rahmen der NFA fand eine Entflechtung der Aufgaben von Bund und Kantonen sowie deren Finanzierung statt. Dabei sollen drei Massnahmen für mehr Effizienz sorgen. Erstens wurde durch die Aufgabenentflechtung das Beziehungsgeflecht zwischen Bund und Kantonen reorganisiert. Zweitens wurden bei gemeinsamen Aufgaben neue Zusammenarbeitsformen zwischen Bund und Kantonen eingeführt. Drittens wurde die Zusammenarbeit unter den Kantonen gestärkt. Die Aufgaben der Behörden und die Finanzierung stehen somit im Zusammenhang und Änderungen im Aufgabenbereich können somit nicht unabhängig von der Finanzierungsfrage vorgenommen werden

5 Fazit

Im Sinne der in Artikel 3 BV festgehaltenen Kompetenzausscheidung bildet die Gesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe der Kantone. Der Bund seinerseits trägt die Verantwortung für die ihm verfassungsrechtlich zugewiesenen Bereiche. Im Gesundheitswesen müssen Bundesregelungen und kantonale Regelungen aufeinander abgestimmt werden.

Teil V Auswirkungen der Handlungsoptionen auf die Gesetzgebung

Zur Deckung der für 2045 projizierten Mehrkosten im Bereich der Langzeitpflege können verschiedene Handlungsoptionen in Betracht gezogen werden (Teil III, Ziff. 2.1).

1 Auswirkungen der Aufgabenteilungs- und Finanzierungsvarianten

Die Weiterführung des Status Quo (Option a, Teil III, Ziff. 2.1.1.1) hat keine Änderung in der Gesetzgebung zur Folge.

1.1 Höhere finanzielle Beteiligung des Bundes an der Langzeitpflege

Die Option b (Teil III, Ziff. 2.1.1.2) geht davon aus, dass Leistungen und Finanzierung der Langzeitpflege nach KVG unverändert bleibt und dass in anderen Sozialversicherungen keine zusätzlichen Leistungen im Bereich der Langzeitpflege eingeführt werden. Für die Regelung der in Teil III, Ziffer 2.1.1.2 erwähnten stärkeren Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Kosten der Langzeitpflege könnte das mit der NFA eingeführte Instrument der Programmvereinbarungen zum Zuge kommen.

Eine allfällige Erhöhung des Beitrages des Bundes an den Kosten der Existenzsicherung (Art. 9 ELG) von heute 5/8 auf bis zu 8/8 könnte allenfalls im Rahmen eines zweiten Pakets einer Neugestaltung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen erfolgen. Voraussetzung hierfür wäre die Abgabe von anderen Bundesaufgaben an die Kantone, damit die Haushaltsneutralität in den finanziellen Beziehungen zwischen Bund und Kantonen gewährleistet werden könnte.

1.2 Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund

Bei der Option c, wie sie in Teil III, Ziffer 2.1.1.3 erwähnt ist, handelt es sich, wie bereits erwähnt, um eine weit reichende Reform, die nur dann begründet werden könnte, wenn die Aufgabenerfüllung die Möglichkeiten der Kantone übersteigen würde und sich eine Bundesregelung aus sachlichen Gründen aufdrängt. Die Kantone wären dann nicht mehr für die Steuerung und Finanzierung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen zuständig, sondern der Bund. Letztlich hätte der Bund die Gesamtverantwortung für ein genügendes Angebot zur Sicherstellung der Versorgung im Bereich der Langzeitpflege zu tragen. So verstanden könnte diese Option nur durch eine Änderung der Bundesverfassung erreicht werden. Dies würde wegen des beträchtlichen Ausgabenvolumens auch eine umfassende Neuordnung der Aufgaben- und Lastenteilung zwischen Bund und Kantonen im Rahmen eines zweiten NFA-Pakets nach sich ziehen. Auch bei dieser Option müsste für den Bund die Haushaltsneutralität sichergestellt werden.

2 Auswirkung der Varianten einer obligatorischen Pflegeversicherung (Option d)

Die drei Varianten einer Pflegeversicherung unterscheiden sich in der applizierten Kombination der versicherten Leistungen. Nach den Modellen A und C soll die Pflegeversicherung als neue Leistung die Kosten der Betreuung abgelden. Das Modell B beschränkt sich hingegen darauf, die bisherigen Leistungen der OKP einer selbständigen Pflegeversicherung zu übertragen. Alle Modelle stellen bezüglich der Auswirkungen auf die Gesetzgebung die gleichen oder zumindest ähnliche Fragen, nämlich bezüglich der:

- Definition der Leistungspflicht für Betreuungskosten;

- Versicherungspflicht und der versicherten Personen;
- Finanzierung;
- Organisation.

Die Errichtung einer besonderen Pflegeversicherung lässt sich gestützt auf die Überlegungen unter Ziffer 2.5 auf die Bundesverfassung abstützen.

2.1 Abdeckung von Kosten der Betreuung (Modell A und Modell C)

Der Begriff «Betreuungskosten» ist heute im Zusammenhang mit den Sozialversicherungen nicht definiert. Er kann enger oder weiter gefasst werden. Damit stellt sich nicht nur die Frage der Definition der Leistungen, sondern auch jene der Abgrenzung einer neuen Pflegeversicherung von den bestehenden Regimes. Auch die Koordination zwischen den Versicherungen muss sichergestellt werden.

Neben dem Leistungskatalog müsste auch bestimmt werden, wie die Preise oder Tarife für diese Leistungen festzulegen und welche Anforderungen an die Rechnung stellenden «Leistungserbringer» zu definieren sind, insbesondere im Fall, in dem die versicherte Person nicht in einer Pflegeinstitution, sondern zu Hause wohnt.

Für gewisse Leistungen, die unter «Betreuung» subsummiert werden können, wird gegenwärtig eine Geldleistung der Sozialversicherung beziehungsweise ein Beitrag der öffentlichen Hand entrichtet.

2.2 Definition der Leistungen der Betreuung

Tabelle 10 (Teil III, Ziff. 2.1.2.1) enthält eine Auflistung der Leistungen im Bereich der Langzeitpflege, nämlich die von der OKP übernommenen Leistungen (Grundpflege; Behandlungspflege; Abklärung, Beratung und Koordination), die übrigen Leistungen der OKP (ärztliche Behandlung, weitere therapeutische Leistungen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände nach MiGeL), die Hilflosenentschädigung nach Artikel 43 AHVG und Artikel 9 ATSG als Entschädigung für die Hilfe Dritter bei alltäglichen Lebensverrichtungen, die Pensionskosten für die Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim und die Betreuungskosten. Was von der neuen Leistungskategorie «Betreuung» in einer Pflegeversicherung abzudecken wären, müsste zuerst definiert werden.

Auszugehen ist zunächst von einer negativen Umschreibung. Leistungen der Betreuung sind solche, die weder OKP-Leistungen im Sinne von Artikel 7 KLV noch Pensionskosten sind. Für eine positive Umschreibung gibt es im internationalen Umfeld Beispiele von Leistungen.¹⁴⁵ Diese orientieren sich an einer Auflistung von *Activities of Daily Living* (ADL) und von *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL).¹⁴⁶ Es handelt sich um Unterstützungen durch Dritte in Tätigkeiten des normalen Lebens, weil die versicherte Person diese nicht mehr selber ausüben kann. Ein Teil dieser Leistungen fällt einerseits unter den Begriff der Hilfe Dritter bei den alltäglichen Lebensverrichtungen sowie unter den Begriff der hauswirtschaftlichen Leistungen, wie sie heute von Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause erbracht und zum Teil finanziell durch die AHV (Hilflosenentschädigung HE) und die öffentliche Hand (Kantone) unterstützt werden. Solche Betreuungsleistungen fallen aber auch in Pflegeheimen an.

Die Gesetzgebung wird entscheiden müssen, ob die Pflegeversicherung nur Betreuungskosten zu Hause übernimmt und/oder auch im Pflegeheim. Die von der neuen Pflegeversicherung

¹⁴⁵ OECD (2011). Help Wanted, S. 11.

¹⁴⁶ <http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/function/lawtonbrody.pdf>.

übernommenen Betreuungsleistungen müssten, wie dies in Artikel 7 KLV für die Leistungen der Pflege der Fall ist, abschliessend bestimmt werden. Ausgangspunkt könnten zum Beispiel die international gebräuchlichen ADL oder IADL sein. Ein solches Vorgehen führt sowohl bei der Umschreibung des Leistungsumfangs als auch in der Umsetzung zu Abgrenzungsproblemen sowohl gegenüber den bisherigen Leistungen der OKP und der AHV wie auch insbesondere gegenüber den Pensionskosten im Pflegeheim.

2.3 Vergütung der von der Pflegeversicherung übernommenen Pflegeleistungen

Das Sozialversicherungsrecht kennt bereits Abgeltungen für Betreuungsleistungen in Form der Hilfslosenentschädigung (HE) der AHV und der Invalidenversicherung (IV). Im Gegensatz zu den Pflegeleistungen der OKP erfolgt die Abgeltung in der AHV und IV nicht als Sachleistung im Sinne von Artikel 14 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000¹⁴⁷ sondern als Geldleistung (Art. 15 ATSG). Bei Geldleistungen muss das Gesetz lediglich die Voraussetzungen für den Anspruch auf die Leistung und deren Höhe, nicht aber den Preis für einzelne Leistungen regeln. Sind die Voraussetzungen erfüllt, wird die Geldleistung der versicherten Person ausbezahlt. Der Versicherer muss sich dabei weder um die Höhe der Entschädigung an den «Leistungserbringer» kümmern, noch muss er im Einzelfall kontrollieren, ob das Geld auch tatsächlich vollständig für diesen Zweck ausgegeben wird. Diesbezüglich unterscheidet sich die Regelung im Vergleich zu den Bestimmungen der OKP. Sollten Leistungen der Betreuung von einer Pflegeversicherung übernommen werden, müsste entschieden werden, ob Geld- oder Sachleistungen zweckmässiger sind. Letztlich würde die Abgeltung von Betreuungskosten wenigstens teilweise ähnliche Bedürfnisse abdecken wie die HE. Aus diesem Grund hätte das Gesetz (konkret das ATSG) auch das Verhältnis zwischen HE der AHV und Betreuungsentuschädigung zu regeln.

2.4 Die Organisation einer Pflegeversicherung

Die Modelle einer Pflegeversicherung gehen davon aus, dass für die Leistungen der Pflege eine eigenständige Organisation geschaffen werden soll. Die Modelle schliessen aber nicht von vornherein aus, dass die Durchführung der Pflegeversicherung teilweise den Krankenversicherern übertragen werden könnte, beziehungsweise ihnen die Möglichkeit eingeräumt würde, die Pflegeversicherung durchzuführen. Es sind deshalb zwei Organisationsmodelle denkbar:

- Die Schaffung eines besonderen Versicherungsträgers, der die Pflegeversicherung anbietet (Prämienfestlegung, Prämieninkasso, Auszahlung der Leistungen).
- Ein gemischtes Modell, in welchem die Prämien durch eine zentrale Stelle festgelegt werden und die Krankenversicherer das Prämieninkasso und die Auszahlung der Leistungen übernehmen. Die Krankenversicherer wären hier reine Durchführungsstellen der Pflegeversicherung, analog zu den Ausgleichskassen der AHV, und nicht Risikoträger der Versicherung.

Beide Organisationsmodelle haben Vor- und Nachteile. Wenn eine Pflegeversicherung lediglich die bisherigen Leistungen der OKP für die Langzeitpflege übernimmt (Modell B) ist das gemischte Modell besser geeignet, weil die Ausrichtung dieser Leistungen für die Krankenversicherer mit geringerem Aufwand möglich ist als für eine neu zu schaffende Institution, welche nur die Kosten der Pflegeleistungen erstattet. Für eine Pflegeversicherung, welche zusätzlich auch Betreuungsentuschädigungen vergütet, könnte die Errichtung eines besonderen Versicherungsträgers im Vordergrund stehen. Allerdings müsste geprüft werden, ob eine Durchführung durch die Krankenversicherung betriebswirtschaftlich sinnvoller wäre.

¹⁴⁷ SR 830.1.

2.5 Verfassungsrechtliche Beurteilung

Der Bund kann nur in den Bereichen Gesetze erlassen, in denen ihm die Bundesverfassung eine Aufgabe zuweist (Art. 42 BV). Deshalb ist zu prüfen, ob sich die Errichtung einer Pflegeversicherung auf Artikel 117 BV abstützen lässt.

Die Krankenversicherung umfasst bereits heute medizinische Leistungen bei Langzeitpflege. Diese sind in Artikel 7 KLV näher umschrieben. Die OKP erbringt ihre Leistungen, wenn diese wegen Krankheit und subsidiär wegen Unfall erforderlich sind. Bei einer Pflegebedürftigkeit im hohen Alter lässt sich aber oft nicht klar abgrenzen, ob diese krankheitsbedingt oder altersbedingt nötig sind.¹⁴⁸ Dies gilt insbesondere für die Leistungen der Grundpflege. Bei der im Bericht postulierten Übernahme von Kosten der Betreuung verhält es sich gleich. Der Bedarf für solche Leistungen kann im hohen Alter sowohl krankheitsbedingt als auch altersbedingt sein. Bereits heute richtet die OKP Leistungen der Langzeitpflege auch dann aus, wenn sie altersbedingt nötig sind. Eine Änderung des KVG, durch welche eine Erweiterung der Leistungspflicht der OKP zur Übernahme von Kosten für die Betreuung bei Langzeitpflege vorgenommen wird, liesse sich dann auf Artikel 117 BV abstützen, wenn die entstandenen Kosten für die Betreuung bei Langzeitpflege darauf zurückzuführen sind, dass die pflegebedürftige Person aufgrund ihrer Krankheit eine bestimmte Verrichtung nicht mehr vornehmen kann.

Im Bereich der sozialen Sicherheit verfügt der Bund im Rahmen von Artikel 111-117 BV über Gesetzgebungskompetenzen. Ob der Bund gestützt auf Artikel 111-117 BV eine eigenständige Pflegeversicherung einrichten darf, kann erst abschliessend beurteilt werden, wenn der konkrete Inhalt einer Pflegeversicherung bekannt ist.

Die Umsetzung der Bestimmungen der Bundesverfassung über die soziale Sicherheit zeigt, dass sich der Gesetzgeber in der Organisation und der Errichtung nicht vom Grundsatz leiten liess, pro Leistungsbereich oder pro zu versicherndes Risiko jeweils eine spezielle Sozialversicherung einzurichten. Dieses Vorgehen wird zwar oft kritisiert (Unübersichtlichkeit der Sozialversicherungen, vermeidbare Schnittstellen und Koordinationsprobleme). Aber es wird, und um diese Frage geht es hier, nicht als verfassungswidrig bezeichnet. Ein pragmatisches Vorgehen hat auch Vorteile. Dies zeigt das Beispiel der Mutterschaftsversicherung. Artikel 116 Absatz 3 BV sieht die Errichtung einer Mutterschaftsversicherung vor. Der Gesetzgeber hat aber keine eigenständige Mutterschaftsversicherung errichtet, sondern er organisiert und finanziert diese im Rahmen der Erwerbsersatzordnung. Es musste damit weder ein neuer Versicherungsträger noch ein spezieller Versicherungsbeitrag geschaffen werden. Die bisherige Praxis des Gesetzgebers in der Umsetzung der Bestimmungen über die soziale Sicherheit zeigt somit, dass sowohl die Errichtung einer eigenständigen Pflegeversicherung wie die Integration von Pflege- und Betreuungsleistungen in bestehende Sozialversicherungen mit der Bundesverfassung vereinbar sind.

¹⁴⁸ Dies kommt übrigens auch in Artikel 25a Absatz 1 KVG zum Ausdruck, der im Gegensatz zu Artikel 25 Absatz 1 KVG das Erfordernis einer Krankheit nicht erwähnt, sondern lediglich bestimmt, dass der Beitrag an die Pflegeleistungen erbracht wird, «welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ... erbracht werden».

Teil VI Ausblick

Um den Herausforderungen in der Langzeitpflege wegen der demografischen Alterung am wirksamsten begegnen zu können, stehen vor allem Massnahmen im Vordergrund, welche eine Reduktion der Pflegebedürftigkeit bewirken und Effizienzsteigerungen in der Leistungserbringung ermöglichen. Im Vordergrund stehen deshalb die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und die Eindämmung der Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie Optimierungen in der Leistungserbringung. Diese Ziele können vor allem auch durch Massnahmen der Prävention und der Versorgung erreicht werden. In diesem Zusammenhang ist ein entsprechendes Massnahmenpaket von Bund und Kantonen in Vorbereitung.

Unabhängig von diesem Massnahmenpaket wird sich die Gesundheitsversorgung und damit die Steuerung der Versorgungsstruktur im Bereich der Langzeitpflege an der Entwicklung des Bedarfs und der Bedürfnisse ausrichten müssen. Diese Anpassung ist ein stetiger Prozess. Die Steuerungskompetenz für diesen Bereich liegt bei den Kantonen. Die meisten Kantone beziehungsweise Gemeinden haben bereits Strategien definiert. Diese gilt es zu ergänzen und an den Bedarf beziehungsweise die sich ändernden Bedürfnisse anzupassen. Die von Bund und Kantonen eingeleiteten Aktivitäten zur Rekrutierung von Pflegefachpersonen und zur Anpassung deren Qualifikationen tragen zur Sicherstellung der Versorgung bei.

Durch die pflegenden und betreuenden Angehörigen werden die Strukturen massiv entlastet. Die Rahmenbedingungen für die pflegenden und betreuenden Angehörigen können durch die Umsetzung des von Bund und Kantonen erarbeiteten Massnahmenplans verbessert werden. Am 5. Dezember 2014 hat der Bundesrat den entsprechenden Aktionsplan verabschiedet. Die Umsetzung der Massnahmen wird gemeinsam mit den Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen angegangen. Eine der Massnahmen des Aktionsplans ist die Prüfung der Einführung eines Betreuungsurlaubes oder alternativer Unterstützungsmöglichkeiten für betreuende und pflegende Angehörige von Familienmitgliedern in akuten Krankheitsphasen bis im Herbst 2016. Damit soll der Überlastung der pflegenden Angehörigen vorgebeugt und der Übertritt in ein Pflegeheim hinausgezögert werden können. Zudem sollen im Rahmen der «Fachkräfteinitiative plus»¹⁴⁹ Massnahmen ein Förderprogramm 2017-2020 für die passgenaue Weiterentwicklung von Entlastungs- und Unterstützungsmassnahmen für pflegende Angehörige, die gleichzeitig erwerbstätig sind, erarbeitet und umgesetzt werden. Dem Bundesrat ist es bei den oben erwähnten Arbeiten ein wichtiges Anliegen, dass insbesondere auch die Kantone ihre Verantwortung in der Gesundheitsvorsorge und in der Umsetzung der Massnahmen wie bei den Entlastungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige übernehmen.

Die Ausgabenperspektiven lassen darauf schliessen, dass sich der Finanzierungsbedarf in der Langzeitpflege mittelfristig verstärken dürfte. Es bleibt somit genügend Zeit für die politischen Diskussionen über die zu verfolgenden Optionen, die Bereitstellung der notwendigen Entscheidungsgrundlagen sowie die Vorbereitung von allenfalls notwendigen Massnahmen. In der Debatte um die zukünftige Finanzierung der Pflege gilt es ferner zu berücksichtigen, dass sich aus im Bereich der Gesundheit (ohne Langzeitpflege) bis im Jahr 2045 eine weit grössere Finanzierungslast abzeichnet, als es bei der Langzeitpflege der Fall sein wird.

1 Kurzfristiger Horizont

Der Bund und die Kantone beabsichtigen, sich auf ein Massnahmenpaket «Langzeitpflege» zu einigen, welches kurzfristig in Angriff genommen werden soll. In einem ersten Schritt sollen

¹⁴⁹ Siehe hierzu: Vereinbarung Bund und Kantone über die Fachkräfteinitiative und die bessere Mobilisierung des inländischen Arbeitskräftepotenzials in den Jahren 2015-2018 („Fachkräfteinitiative plus“). <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Fachkraefteinitiative.html>.

Massnahmen der Prävention, welche bereits heute in verschiedenen Settings umgesetzt werden, intensiviert und breiter verankert werden. Dies unter anderem im Rahmen der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie), welche von Bund und Kantonen verabschiedet wurde. Im Rahmen der NCD-Strategie sollen unter anderem kurz- und langfristig wirksame Präventionsmassnahmen zur Verhinderung respektive Verzögerung der Pflegebedürftigkeit ausgearbeitet und verstärkt werden. Dabei gilt es in erster Linie, die vorhandenen, umfangreichen Präventionsmittel auf allen staatlichen Ebenen, auch unter Berücksichtigung von Ressourcen aus privaten Kreisen, noch gezielter und effizienter einzusetzen. Zudem wäre im Sinne des Äquivalenzprinzips zu prüfen, inwieweit die für die Gesundheitsvorsorge zuständigen Kantone, welche massgeblich von Präventionsanstrengungen (Spitäler, Alters- und Pflegeheime) profitieren, gezielt weitere finanzielle Mittel für Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung bereitstellen könnten.

Da nicht alle in Frage kommenden Aktivitäten gleichzeitig gestartet werden können, haben sich Bund und Kantone vor dem Hintergrund, dass diese in bereits bestehende Gefässe integriert werden sollen, auf einige Schwerpunkte geeinigt. Ein zweiter Fokus liegt in der Stärkung der koordinierten Versorgung. Die Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern erhöht sowohl die Qualität als auch die Effizienz der Versorgung. Erste Schritte wurden bereits unternommen, um die Koordination und damit die Qualität der Behandlung, wie zum Beispiel «Sichere Medikation an Schnittstellen», zu verbessern. Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier, welches im Rahmen der Umsetzung der Strategie eHealth Schweiz erarbeitet wurde, spielt dabei eine wichtige Rolle, denn es stellt den Austausch von relevanten Informationen zwischen Leistungserbringern und Patientin und Patient sicher.

2 Mittel- und langfristiger Horizont

Die Ausgabenperspektiven lassen darauf schliessen, dass sich die Finanzierungslast etwa ab dem Jahr 2030 akzentuieren dürfte.

Knapp ein Zehntel der Ausgaben der OKP werden heute durch deren Beitrag an die Leistungen der Pflege zu Hause und im Pflegeheim verursacht. Das Kostenwachstum im Bereich der Langzeitpflege ist vor allem auf die demografische Entwicklung zurückzuführen. In den Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen wird darauf hingewiesen, dass die Alterung für die übrigen Bereiche des Gesundheitswesens zwar ebenfalls eine relevante Rolle spielt, dass aber dort die nicht-demografischen Kostentreiber wie der medizinisch-technische Fortschritt bedeutender sind.¹⁵⁰ Die langfristige Ausgabedynamik in der Schweiz wird nach den Schätzungen des Autors im Wesentlichen durch das teuerungsbereinigte gesamtwirtschaftliche Einkommen, d.h. insbesondere durch die steigenden Bedürfnisse der Bevölkerung an das Gesundheitswesen und durch den medizinisch-technischen Fortschritt, sowie durch die Demografie getrieben.^{151 152} Auch unter Beachtung der mit der Schätzung verbundenen Unsicherheit ist davon auszugehen, dass neben der Langzeitpflege auch das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich und im ambulanten Akutbereich zu einer zusätzlichen Herausforderung nicht nur für die OKP sondern insbesondere auch für die Kantone und Gemeinden führen wird. In den Überlegungen zu den langfristig ausgerichteten Finanzierungsalternativen gilt es dies entsprechend zu berücksichtigen.

¹⁵⁰ Colombier, Carsten (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 19. Bern, S. 24.

¹⁵¹ Der Autor weist auf die mit der verwendeten Projektionsmethodik verbundenen Unsicherheiten hin.

¹⁵² Colombier, Carsten (2012). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060, Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 19. Bern, S. 51ff. und 73f.

Schlusswort

Die Ausgabenprojektionen im vorliegenden Bericht zeigen auf, dass die Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege bis im Jahr 2045, vor allem wegen der demografischen Alterung, massiv steigen werden. Auch im Bereich der übrigen Gesundheit (ohne Langzeitpflege) wachsen die Ausgaben stark an. Die Finanzierungslast wird spätestens ab dem Jahr 2030 eine grosse Herausforderung für die verschiedenen Finanzierungsträger darstellen. Davon betroffen sind insbesondere die Kantone und die OKP. Mit der breiteren Verankerung und der gezielten Intensivierung der Prävention soll die Nachfrage nach Leistungen im Bereich der Pflege in Grenzen gehalten werden. Ein Massnahmenpaket von Bund und Kantonen, das in erster Linie dieses Ziel verfolgt, wird in nächster Zeit geschnürt. Diese Massnahmen sind der wichtigste Hebel zur Beeinflussung der später anfallenden Ausgaben der Langzeitpflege. Aufgrund der bestehenden Zuständigkeiten und unter Berücksichtigung des anfallenden Nutzens der Präventionsmassnahmen ist der Bundesrat der Meinung, dass vor allem die Kantone in der Verantwortung stehen. Weitere Möglichkeiten zur Kosteneinsparung bildet die Steigerung der Effizienz bei der Erbringung von Pflegeleistungen. Bei dieser Aufgabe sind insbesondere die Kantone gefordert.

Nicht nur im Bereich der Langzeitpflege, sondern auch in den anderen Bereichen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden die Kosten steigen. Im Umlageverfahren werden diese auf die Versicherten überwältzt. Zudem ist die Reform der Altersvorsorge eingeleitet worden. Auch in diesem Bereich muss die Finanzierung gesichert werden. Des Weiteren sind die Arbeiten zur Reform der Ergänzungsleistungen in Angriff genommen worden.

Das absehbare Kostenwachstum in der OKP und im Bereich der Langzeitpflege erhöht die Belastung der Versicherten durch die damit verbundenen Prämiensteigerungen. Als Steuerzahlerinnen und -zahler werden sie wegen des Kostenwachstums in den Kantonen ebenfalls belastet. Zudem müssen sie mit einer Erhöhung der Mehrwertsteuer rechnen, damit die zusätzlich benötigten Mittel zur Finanzierung der AHV gesichert werden können. Im Sinne einer nachhaltigen Finanz- und Wirtschaftspolitik sowie Sozialpolitik müssen die verschiedenen Finanzierungsbeschlüsse aufeinander abgestimmt werden. Einerseits muss die Finanzierung der Leistungen der sozialen Sicherheit gewährleistet werden und zwar so, dass die Kosten für die Gesamtwirtschaft möglichst gering gehalten werden. Andererseits muss die Finanzierung in einer Art und Weise auf die Versicherten und Steuerzahlerinnen und -zahler verteilt werden, die vor allem für die Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen tragbar ist.

Wenn es sich abzeichnet, dass Alternativen zur Weiterführung der geltenden Aufgabenteilung und Finanzierungsordnung mittel- und längerfristig in Erwägung gezogen werden müssen, so sollten Lösungen zu gegebener Zeit vorbereitet werden. Zur Diskussion stehen verschiedene Möglichkeiten. Neben der Weiterführung des Status Quo sind unter bestimmten Bedingungen auch eine höhere finanzielle Beteiligung des Bundes an den Kosten der Langzeitpflege oder die Übernahme der Zuständigkeit für die Langzeitpflege durch den Bund denkbare Alternativen. Zentral bei allen Neuerungen wäre, dass dem Bund daraus keine Lastenverschiebungen von den Kantonen erwachsen. Aber auch die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung, die ausschliesslich durch Prämien finanziert wird, wäre eine Möglichkeit, die es zu berücksichtigen gilt. Weil jedoch kein dringender Handlungsbedarf bei der Finanzierung der Kosten der Langzeitpflege besteht, kann und soll die Aufgabenteilungs- und Finanzierungsfrage aus der Sicht des Bundesrates zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen werden.

Anhang 1: Ausweitung der Säule 3a für die Finanzierung der Pflegekosten im Alter

1 Ausgangslage

Mit dem Postulat 14.3912¹⁵³ wurde der Bundesrat beauftragt, zu prüfen, ob die Säule 3a für die Deckung der Pflegekosten im Alter ausgeweitet werden kann. Nebst der bestehenden Säule 3a soll ein freiwilliges, steuerbegünstigtes Sparen für die Pflege im Alter zur Sicherung von Leistungen, welche aus der obligatorischen Krankenversicherung nicht gedeckt werden, mit klaren Regeln definiert werden. Für diese neue, freiwillige Pflegevorsorge soll ein Gesetz geschaffen und zudem geprüft werden, ob für diese Zweckbindung auf eine arbeitsrechtliche Anstellung oder auf die selbständige Erwerbstätigkeit verzichtet werden könnte.

2 Zu regelnde Punkte

Nachfolgend werden die wichtigsten Punkte, welche für diese Zweckbindung spezifisch geregelt werden müssten, dargelegt (unter Berücksichtigung der im Postulat erwähnten Vorschläge). Ausgangspunkt ist die bestehende Säule 3a.

2.1 Verfassungsrechtliche Grundlage der Säule 3a und deren Ausweitung

Verfassungsrechtliche Grundlage der 3. Säule (Selbstvorsorge, Säule 3a) bildet Artikel 111 Absatz 1 und 4 BV¹⁵⁴. Das geltende Verfassungsrecht würde die Einführung einer Säule 3a mit dem spezifischen Zweck der Finanzierung der Pflegekosten im Alter gestatten. Eine solche Regelung wäre sowohl für die Erwerbstätigen als auch für Nichterwerbstätige möglich. Mit der neuen Zweckbindung wäre weiterhin ein steuerlich begünstigter Abzug zulässig, dies sowohl für Erwerbstätige als auch für Nichterwerbstätige. Die entsprechenden Vorsorgeformen könnten gestützt auf Artikel 111 Absatz 4 BV von der Steuerpflicht befreit werden.

2.2 Regelung eines neuen Vorsorgefalls für die Finanzierung der Pflegekosten im Alter und die Verwendung der angesparten Guthaben

Definition des Vorsorgefalles

Gemäss dem Postulat sollen Pflegekosten gedeckt werden, die durch das KVG nicht gedeckt sind. Zusätzlich zu den Leistungen aus der Krankenversicherung sollen damit Aufwendungen z. B. für Kost und Logis oder andere von der OKP nicht getragene Leistungen finanziert werden können.

In der beruflichen Vorsorge sind die Vorsorgefälle Alter, Invalidität und Tod klar geregelt (Art. 1 Abs. 1 BVG¹⁵⁵ und Art. 1 ff. BVV 3¹⁵⁶). Für eine Ausweitung der Säule 3a müsste ein neuer spezifischer Vorsorgefall für die Finanzierung der Pflegeleistungen im Alter definiert werden. Ein solcher Vorsorgefall und die zu finanzierenden Pflegeleistungen müssten möglichst einfach, aber genau umschrieben werden. Eine klare und verständliche Regelung wäre diesbezüglich sehr wichtig, weil sichergestellt werden muss, dass die angesparten Guthaben tatsächlich für den vorgesehenen Zweck verwendet werden. Da die heutigen Säule-3a-Institutionen nicht über das notwendige Spezialwissen im Umgang mit der Deckung von Krankenpflegeleistungen verfügen, dürfte die Prüfung und Durchführung des neuen Vorsorgefalls für diese Institutionen schwierig sein. Sie müssten sich das notwendige Wissen entweder selbst aufbauen

¹⁵³ Postulat 14.3912 Eder «Ausweitung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten». http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20143912.

¹⁵⁴ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101).

¹⁵⁵ Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40).

¹⁵⁶ Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen (BVV 3; SR 831.461.3).

oder es bei Dritten einkaufen. In beiden Fällen entstünden zusätzliche Verwaltungskosten, die den versicherten Personen, welche ein solches erweitertes Vorsorgesparen vornehmen, in Rechnung gestellt werden müssten. Die Pflegeleistungen, welche durch die ausgeweitete Säule 3a finanziert werden könnten, müssten zudem auch mit den Leistungen gemäss KVG und mit den Ergänzungsleistungen koordiniert werden (für die Ergänzungsleistungen siehe Ziffer 4).

Zulässige Leistungsempfänger

Bei der Säule 3a fällt bei Fälligkeit das angesparte Guthaben in das freie Vermögen der versicherten Person. Bei der erweiterten Säule 3a soll hingegen das angesparte Guthaben ausschliesslich für einen spezifischen Zweck eingesetzt werden, also nicht zur freien Disposition der versicherten Person stehen. Daher müsste geregelt werden, an wen die Auszahlung bei Eintritt des Vorsorgefalles erfolgen soll. Aus Sicht der Säule 3a wären dies die zulässigen Leistungsempfänger, die analog zum KVG definiert werden müssten. Diesbezüglich wäre u.a. zu prüfen, ob die Auszahlung direkt der Institution, welche die Pflegeleistungen erbringt, überwiesen werden soll (beispielsweise Pflegeheim oder Spitex) oder ob unter bestimmten Voraussetzungen eine direkte Auszahlung an die versicherte Person möglich wäre (bei der Pflege zuhause). Dabei wäre auch zu prüfen, ob ein Kontrollverfahren eingeführt werden müsste, das die zweckgemässe Verwendung sicherstellt bzw. einen Missbrauch verhindert.

Fälligkeit des Vorsorgefalles

Bei Eintritt des Vorsorgefalles und auf Antrag der versicherten Person auf Ausrichtung der Guthaben müssten Teile des Guthabens für die Finanzierung von Pflegekosten an die zugelassenen Leistungsempfänger (oder an die versicherte Person bei Pflege zuhause, falls dies so definiert werden sollte) überwiesen werden. Da die Pflegekosten nicht zwingend genau im Zeitpunkt der Pensionierung anfallen, sondern ab irgendeinem, meist nicht vorhersehbaren Zeitpunkt und während längerer Zeit, müsste die Fälligkeit für die Auszahlung der Leistung anders als in der Säule 3a definiert werden. Es müssten deshalb Kriterien umschrieben werden, welche festlegen, ab wann die Pflegekosten finanziert werden können. Dabei wäre auch zu prüfen, ob in bestimmten Fällen eine frühzeitige Ausrichtung der Leistung ermöglicht werden soll (beispielsweise, wenn bei einer Person schon vor dem Pensionierungszeitpunkt Pflegekosten anfallen) und es müsste der frühestmögliche Zeitpunkt für die Fälligkeit der Leistung definiert werden. Zu prüfen wäre auch, ob ab einem bestimmten Zeitpunkt das angesparte Vermögen nicht mehr zweckgebunden sein soll (wenn eine Person ein bestimmtes, hohes Alter überschritten hat) oder ob die Zweckgebundenheit erst mit dem Tod der versicherten Person enden soll.

Zu beachten ist, dass in der bestehenden Säule 3a die Auszahlung einmalig bzw. je nach Anzahl der Konten in Teilzahlungen innerhalb des möglichen Zeitraums erfolgt (nach Artikel 3 Absatz 1 BVV 3 frühestens 5 Jahre vor dem ordentlichen Rentenalter der AHV, Aufschub bei Erwerbstätigkeit bis höchstens fünf Jahre nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters der AHV). Bei der Finanzierung der Pflegekosten ist jedoch davon auszugehen, dass in vielen Fällen über einen längeren Zeitraum regelmässige Zahlungen an den Leistungserbringer erfolgen würden. Dies dürfte die Auszahlung erheblich erschweren und verkomplizieren.

Ebenfalls zu prüfen wären die Folgen, wenn bei einer Person der Vorsorgefall «Pflegekosten» gar nicht eintreten würde oder wenn das angesparte Vermögen nicht vollständig für die Finanzierung von Pflegekosten aufgebraucht würde (siehe nachfolgend unter Vererbung der angesparten Guthaben).

Vererbung der angesparten Guthaben

Die Begünstigungsregelung der bestehenden Säule 3a in Artikel 2 BVV 3 könnte übernommen und entsprechend angepasst werden. Es müssten jedoch sowohl die erbrechtlichen als auch die steuerrechtlichen Folgen vertieft geprüft werden. Zu berücksichtigen wäre dabei, dass das Guthaben nicht zur freien Disposition der versicherten Person steht und es nicht sicher ist, ob das angesparte Kapital überhaupt für den Vorsorgefall «Pflegekosten» oder allenfalls nur teilweise dafür gebraucht wird. Von der Konzeption her hat ein spezielles Sparen für die Pflegekosten im Alter Elemente einer Versicherung. Bei der Ausgestaltung einer erweiterten Säule 3a sollte auch geprüft werden, ob ein (allenfalls steuerbegünstigtes) Versicherungsprodukt oder ein Mischprodukt nicht eine geeignetere Form wäre als ein Sparen. Bei einer reinen Risikoversicherung müsste die Versicherung nicht leisten, wenn der Vorsorgefall nicht eintritt.

Fazit

Für die Definition eines neuen Vorsorgefalls «Pflegekosten» und für die Verwendung der für die Deckung von Pflegekosten angesparten Vermögen sind vertiefte Abklärungen notwendig. Soll der Aufwand für die Säule-3a-Institutionen in einem vernünftigen Rahmen bleiben, muss die Umsetzung praxistauglich sein. Zu berücksichtigen ist, dass bei der bestehenden Säule 3a der Vorsorgefall Alter, Tod oder Invalidität immer eintritt. Anders ist es jedoch beim Vorsorgefall «Pflegekosten». Dieser tritt nicht zwingend bei allen Personen ein. Diese Unsicherheit dürfte die Komplexität für eine Regelung generell erhöhen. Falls das angesparte Kapital nicht oder nicht vollumfänglich für den Vorsorgefall «Pflegekosten» gebraucht würde, müsste insbesondere auch die rechtliche Situation der Erben geregelt werden. Grundsätzlich wäre zu prüfen, ob für die Ausgestaltung einer erweiterten Säule 3a ein Versicherungsprodukt nicht passender wäre.

2.3 Zuständige Institutionen für die erweiterte Säule 3a; Anlage des angesparten Vermögens und Aufsicht

Nach Art. 1 Absatz 1 BVV 3 gelten als anerkannte Vorsorgeformen die Versicherungseinrichtungen und die Bankstiftungen, welche die Gelder der gebundenen Vorsorgevereinbarung nach Artikel 5 BVV 3 anlegen müssen.

Mögliche Institutionen für die erweiterte Säule 3a

Es ist vorstellbar, dass die erwähnten Säule-3a-Einrichtungen die neuen Aufgaben übernehmen könnten. Sie müssten dabei jedoch für die Auszahlung der für die Finanzierung von Pflegekosten vorgesehenen Guthaben neue Abläufe einführen. Diese Aufgabe dürfte ziemlich aufwändig sein, da dafür spezifisches Wissen im Bereich Krankheit und Pflegekosten erforderlich wäre. Die Auszahlung der Guthaben dürfte nur an die zugelassenen Leitungsempfänger und nur für von der Krankenversicherung ungedeckte Pflegekosten erfolgen. Diese müssten daher klar definiert werden (siehe oben Definition des Vorsorgefalles). Mit dieser neuen Aufgabe würden sich die Säule-3a-Einrichtungen von der bisherigen Aufgabe im Bereich der beruflichen Vorsorge entfernen. Sie müssten neu auch im Bereich Finanzierung und Rechnungsabwicklung von Pflegekosten tätig werden. In diesem Bereich verfügen heute zwar Kranken- und Unfallversicherer über die notwendigen Kenntnisse und Abläufe, nicht aber Einrichtungen der beruflichen Vorsorge.

Damit der Zweck der Ausweitung erfüllt werden könnte, müssten bei den Säule-3a-Einrichtungen die neu für die Finanzierung der Pflegekosten vorgesehenen Gelder getrennt von den Guthaben der bestehenden Säule 3a geführt werden, die bei Eintreten des Vorsorgefalles in das freie Vermögen der versicherten Person fallen.

Anlage der angesparten Guthaben und Aufsicht

Würden die bestehenden Säule-3a-Einrichtungen die neue Aufgabe übernehmen, könnten für die Anlage des Vermögens grundsätzlich die Anlagevorschriften der BVV 3 übernommen werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine schrittweise Auszahlung der Guthaben zu nicht im vornherein absehbaren Auszahlungszeitpunkten die Einrichtungen vor andere Herausforderungen bezüglich der Anlage dieser Guthaben stellt als in der heutigen Säule 3a. Das könnte sich auf die Rendite und somit auf die Attraktivität solcher Vehikel negativ auswirken. Wenn die Säule-3a-Einrichtungen neue, spezifische Aufgaben übernehmen, stellt sich auch die Frage, ob und wie das bestehende Aufsichtssystem allenfalls ausgebaut werden muss.

Fazit

Mit dieser neuen Aufgabe kämen neue Herausforderungen auf die Säule-3a-Einrichtungen zu. Diese sind heute dafür nicht ausgerüstet und müssten sich entsprechende Kenntnisse aneignen (oder extern einkaufen) und entsprechende Abläufe schaffen. Es fragt sich, ob es sinnvoll ist, diese Einrichtungen tatsächlich mit diesen Aufgaben zu betrauen. Es ist mit höheren Verwaltungskosten zu rechnen. Die Frage, ob die Durchführung zu einem vernünftigen Preis-Leistungsverhältnis möglich ist, wird ebenfalls geprüft werden müssen.

2.4 Weiterer Regelungsbedarf: insbesondere die vorzeitige Ausrichtung von Leistungen (Art. 3 Abs. 2 und 3 BVV 3)

Wohneigentumsförderung

Der Erwerb von selbstbewohntem Wohneigentum (Art. 3 Abs. 3 bis 5 BVV 3) müsste explizit ausgeschlossen werden, da die Ansparung bei der erweiterten Säule 3a einzig für die Pflege im Alter steuerbegünstigt erfolgen sollte.

Barauszahlung für die Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit

Die Barauszahlung für die Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit müsste ausgeschlossen werden. Dieser Barauszahlungsgrund wäre mit dem spezifischen Zweck der erweiterten Säule 3a nicht vereinbar.

Barauszahlung und EU/EFTA

Im Rahmen der Verwendung der Guthaben müssten analog der 2. Säule und der Säule 3a die Barauszahlung und die mögliche Einschränkung bei der definitiven Ausreise aus der Schweiz in Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft, nach Island, Liechtenstein oder Norwegen geprüft werden (für die 2. Säule siehe Artikel 5 und 25f FZG¹⁵⁷; für die Säule 3a siehe Artikel 3 BVV 3).

Der Barauszahlungsgrund bei definitivem Verlassen der Schweiz müsste sehr wahrscheinlich speziell geregelt werden. Die Pflegekosten, welche in EU- und EFTA-Staaten anfallen, müssten bei entsprechender Zuständigkeit ebenfalls finanziert und somit die Geldleistungen exportiert oder die Sachleistungen vergütet werden können. Andernfalls würden die Abkommen über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der EU¹⁵⁸ und der EFTA¹⁵⁹, welche

¹⁵⁷ Bundesgesetz über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (Freizügigkeitsgesetz, FZG; SR 831.42).

¹⁵⁸ Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit; SR 0.142.112.681.

¹⁵⁹ Annexe I, Artikel 9 Absatz 2 der Annexe K: Übereinkommen zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA); SR 0.632.31.

die Koordinierung der Leistungen vorsehen und eine Diskriminierung aufgrund der Nationalität verbieten, verletzt.

Die Säule-3a-Institutionen müssten das Barauszahlungsgesuch entsprechend prüfen und einen Nachweis für die Pflegekosten im Ausland verlangen. Diese Aufgabe wäre mit erheblichem zusätzlichem Aufwand und weiteren Kosten verbunden. Zu beachten ist, dass die angesparten Guthaben der erweiterten Säule 3a ähnlich wie in der 2. Säule zweckgebunden sind. Daher wäre ein Kontrollverfahren analog der 2. Säule zu prüfen (Sicherheitsfonds BVG als Verbindungsstelle für die Abklärung der Versicherungspflicht im entsprechenden Land bzw. für die erweiterte Säule 3a für den Nachweis von Pflegekosten im Ausland). Ein solches Verfahren würde weitere Kosten verursachen.

Fazit

Bei der vorzeitigen Auflösung des Vorsorgeverhältnisses wären umfassende Anpassungen notwendig, welche auch mit den Freizügigkeitsabkommen der EU und dem EFTA-Abkommen koordiniert werden müssten. Die notwendigen Abklärungen bei der definitiven Ausreise aus der Schweiz wären für die Säule-3a-Institutionen mit erheblichem zusätzlichem Aufwand und weiteren Kosten verbunden.

3. Steuerliche Begünstigung für den Aufbau des Vermögens und Steuerausfälle beim Bund, den Kantonen und den Gemeinden

3.1 Abzugsberechtigte Personen (Zielgruppe) und die Höhe des Abzuges; im Speziellen die Öffnung der erweiterten Säule 3a für nichterwerbstätige Personen

Abzugsberechtigte Personen und die Höhe des Abzuges

Nach Artikel 82 Absatz 2 BVG in Verbindung mit Artikel 7 BVV 3 können Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende bei den direkten Steuern von Bund, Kantonen und Gemeinden ihre tatsächlich geleisteten Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen der Säule 3a abziehen. Die gesetzliche Grundlage der Säule 3a ist in der beruflichen Vorsorge. Leistungen der beruflichen Vorsorge erhalten nur diejenigen Personen, welche erwerbstätig sind. Daher kann nur wer über ein AHV/IV-pflichtiges Einkommen verfügt und erwerbstätig ist einen Vorsorgevertrag für anerkannte Formen der gebundenen Selbstvorsorge abschliessen.

Für die Höhe des Abzuges wird im geltenden Recht nach Artikel 7 Absatz 1 BVV 3 unterschieden, ob die Abzugsberechtigten einer Einrichtung der beruflichen Vorsorge (2. Säule) angehören oder nicht. Wer einer Einrichtung der beruflichen Vorsorge angehört, kann im Steuerjahr 2015 bei den direkten Steuern einen tatsächlich geleisteten Beitrag an anerkannte Vorsorgeformen von höchstens 6'768 Franken geltend machen (Art. 7 Abs. 1 Bst. a BVV 3). Wer keiner Einrichtung der beruflichen Vorsorge angehört, kann bei den direkten Steuern einen tatsächlich geleisteten Beitrag an anerkannte Vorsorgeformen bis 20 Prozent des Erwerbseinkommens geltend machen, jedoch höchstens bis 40 Prozent des oberen Grenzbetrages. Dies entspricht im Steuerjahr 2015 einem Höchstabzug von 33'840 Franken (Art. 7 Abs. 1 Bst. b BVV 3).

Für einen Vorsorgevertrag zur Deckung der Pflegekosten im Alter müsste die Höhe des maximal zulässigen Abzuges überprüft und festgelegt werden. Die Höhe wäre auch abhängig von der Definition der Zielgruppe. Ebenfalls zu prüfen wäre, ob der Bundesrat für die Anpassung der Abzugsberechtigung mit den Kantonen zusammenarbeiten müsste (Art. 82 Abs. 2 BVG, siehe dazu auch unter den steuerrechtlichen Aspekten der Säule 3a), da die entsprechende Bestimmung im BVG lediglich die anerkannten Vorsorgeformen (d.h. ausschliesslich und unwiderruflich der beruflichen Vorsorge dienend) anspricht. Eine analoge Regelung wie für die Beiträge an die Säule 3a wäre denkbar. Siehe dazu auch Ziffer 5.

Dauer der Einzahlung

In der bestehenden Säule 3a können Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen längstens bis fünf Jahre nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters der AHV geleistet und somit auch steuerlich in Abzug gebracht werden. Im Jahr, in welchem die Erwerbstätigkeit beendet wird, kann letztmals der volle Beitrag geleistet werden (Art. 7 Abs. 3 und 4 BVV 3). Für den Vorsorgefall «Pflegekosten» wäre die erlaubte Dauer der Einzahlungen in einen Vorsorgevertrag zu überprüfen. Denkbar wäre eine analoge zeitliche Begrenzung wie das Erreichen des ordentlichen Rentenalters der AHV oder der Eintritt des Vorsorgefalles. Eine zeitlich unbegrenzte Möglichkeit zur Einzahlung sollte jedoch nicht erlaubt werden, da in einem solchen Fall der Vorsorgevertrag zu einem verkappten Sparvehikel zugunsten der Erben des Vorsorgenehmers verkommen würde. Dies ist sowohl aus vorsorgerechtlicher als auch aus steuerrechtlicher Sicht zu vermeiden.

Für die Berechnung der Steuerausfälle wurden mögliche abzugsberechtigte Personen (Zielgruppen) und die Höhe des möglichen Abzugs definiert (siehe Ziff. 3.2).

Öffnung der erweiterten Säule 3a für Nichterwerbstätige

Für die Definition der Zielgruppe gibt es im Postulat – ausser bezüglich Öffnung des Vorsorgevertrages zur Deckung der Pflegekosten im Alter für Nichterwerbstätige – keine Hinweise.

Die Öffnung der bestehenden Säule 3a für nichterwerbstätige Personen wurde im Rahmen von politischen Vorstössen bereits mehrmals geprüft und abgelehnt (u.a. parlamentarische Initiative Nabholz und Motion Markwalder¹⁶⁰). Die Ablehnung wurde u.a. damit begründet, dass im Bereich der gebundenen Selbstvorsorge am Grundprinzip, wonach diese Vorsorgeform eine Berufs- beziehungsweise Erwerbstätigkeit der versicherten Person voraussetzt, festgehalten werden soll. Die Möglichkeit eines Steuerabzugs für nichterwerbstätige Personen wurde als weder sachgerecht noch wünschenswert erachtet, zumal diesen Personen die freie Selbstvorsorge offensteht. Hingewiesen wurde auch auf die Steuerausfälle für die Kantone (Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 12. Februar 2014, zur Motion Markwalder 11.3983, Seite 3¹⁶¹). Der Bundesrat hat die Ablehnung der Motion Markwalder beantragt und u.a. festgehalten, dass die Aufnahme einer generellen Vorsorgemöglichkeit für Personen ohne Berufstätigkeit im System der beruflichen Vorsorge schwierig zu regeln wäre. Das System der beruflichen Vorsorge sei bereits komplex. Die Aufnahme einer Vorsorge ohne jeglichen Bezug zu einer Erwerbstätigkeit würde das System durch eine so grundlegende Änderung weiter verkomplizieren (Motion Markwalder, Antrag des Bundesrates vom 16.12.2011¹⁶²). Diese Argumentation des Bundesrates gilt auch heute noch in analoger Weise in Bezug auf einen Vorsorgefall zur Deckung der Pflegekosten im Alter für Nichterwerbstätige. Der Ständerat hat die Motion Markwalder abgelehnt.

Für den neuen Vorsorgefall «Pflegekosten» müsste geprüft werden, ob an den bisherigen Voraussetzungen angeknüpft werden soll oder nicht. Falls eine Öffnung der Säule 3a für die nichterwerbstätigen Personen erfolgen würde, wären umfassende Änderungen im BVG notwendig (siehe dazu auch unter Ziffer 5, rechtliche Grundlage). Für die steuerrechtlichen Auswirkungen siehe Ziffer 5, rechtliche Grundlagen.

¹⁶⁰ Parlamentarische Initiative 96.412 Nabholz vom 21. März 1996 «Öffnung der Säule 3a für nichterwerbstätige Personengruppen», Motion Markwalder 11.3983 «Öffnung der Säule 3a für nichterwerbstätige Personen».

¹⁶¹ http://www.parlament.ch/sites/kb/2011/Kommissionsbericht_SGK-S_11.3983_2014-02-12.pdf.

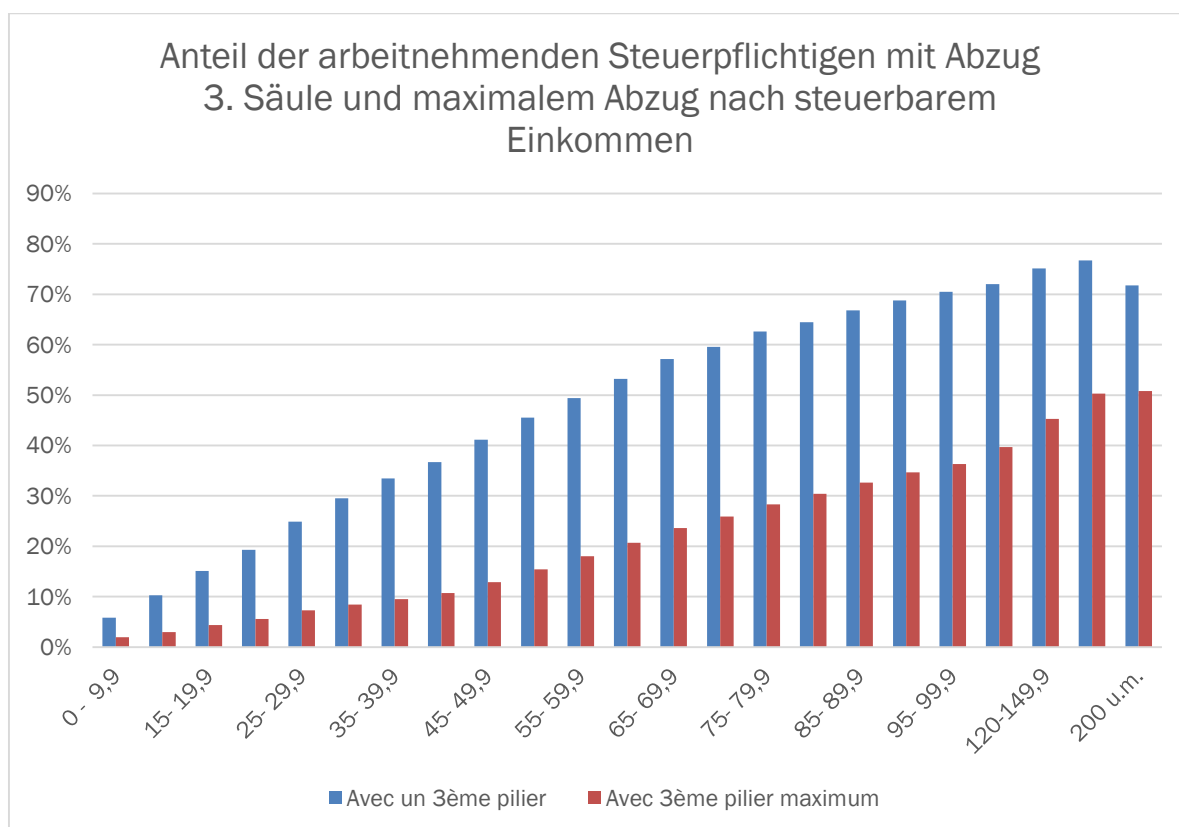
¹⁶² http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20113983.

Fazit

Für eine erweiterte Säule 3a müsste die Höhe des Abzugs überprüft und entsprechend festgelegt werden. Die Höhe des Abzugs wäre abhängig von der Zielgruppe, welche ebenfalls umschrieben werden müsste. Mit einer Öffnung der Säule 3a für Nichterwerbstätige würde das System der beruflichen Vorsorge geändert. Es wäre eine grundlegende Änderung des BVG notwendig, die nicht nur technisch einzelne Bestimmungen, sondern materiell die Grundprinzipien der beruflichen Vorsorge betreffen würde.

3.2 Steuerausfälle beim Bund, den Kantonen und den Gemeinden

Betrachtet man die Steuererklärungen aus dem Jahr 2011, so haben etwa 30 Prozent der 4.8 Millionen Steuerpflichtigen eine Einzahlung in die Säule 3a vorgenommen. Berücksichtigt man nur die Steuerpflichtigen, die aus mindestens einer erwerbstätigen Person bestehen, erreicht dieser Anteil ca. 40 Prozent. Wie die Grafik weiter unten zeigt, ist der Anteil der arbeitnehmenden Steuerpflichtigen mit einem Abzug in die 3. Säule bzw. einem maximalen Abzug¹⁶³ umso höher, je höher das steuerbare Einkommen ist.



Quelle: BSV.

Heute werden die Auswirkungen der Steuerabzüge im Bereich der 3. Säule auf die Steuereinnahmen (Bund, Kantone, Gemeinden) auf etwa 1.2 bis 1.3 Milliarden Franken geschätzt.

Die Einschätzung der finanziellen Konsequenzen einer Erweiterung der Abzüge zur Deckung der Langzeitpflege erfolgt unter vier Annahmen:

- Nur die Personen, die heute einen Abzug für eine Säule 3a machen dürfen, sind zu diesem Abzug berechtigt.

¹⁶³ Maximalabzug 2011 für Arbeitnehmende 6682, für Selbständigerwerbende 33'408 Franken. Hier wurde jedoch von 6'000 bzw. 30'000 Franken als Maximalabzüge ausgegangen.

- Nur die Personen, die heute fast einen Maximalabzug in der Säule 3a machen, interessieren sich für einen zusätzlichen Abzug, der diesen neuen Bedarf deckt. Angesichts der eingeschränkteren Verwendungsmöglichkeiten dieses Abzugs, bilden sie zuerst lieber eine vollständige Säule 3a. Für die Schätzung wurde dieser Schwellenbetrag auf 6'000 Franken für die Arbeitnehmenden und auf 30'000 Franken für die Selbständigerwerbenden festgesetzt.¹⁶⁴
- Der Maximalbetrag dieses neuen Abzugs entspricht den bekannten Beträgen im Rahmen der Säule 3a (Modell 1) oder der Hälfte dieser Beträge (Modell 2).
- Die Personen, die diesen neuen Abzug machen, nehmen alle einen Maximalabzug vor.

Unter diesen vier Annahmen wäre beim ersten Modell ein Rückgang der Steuereinnahmen von 550 bis 600 Millionen Franken (Bund 265 Millionen Fr.) zu erwarten und beim zweiten Modell ein Rückgang von 275 bis 300 Millionen Franken (Bund 130 Millionen Fr.).

Kritische Evaluation der Ergebnisse

Die im Rahmen dieser Evaluation gemachten Annahmen können zu einer Über- oder Unterschätzung des Ergebnisses führen:

Argumente für eine Unterschätzung:

- Der Anspruch auf diesen neuen Abzug ist direkt mit dem Anspruch auf die 3a-Abzüge verknüpft. Das Postulat lässt jedoch die Möglichkeit eines viel weiteren Kreises von Anspruchsberechtigten (nicht erwerbstätige Personen, Rentner/-innen usw.) offen. Würde dieser Aspekt berücksichtigt, wären die steuerlichen Auswirkungen viel erheblicher. Man schätzt daher, dass sich die Steuerausfälle bei Erweiterung der Säule 3a-Ansprüche und dieses neuen Abzugs auf nicht erwerbstätige Personen im Erwerbsalter (insbesondere nicht erwerbstätige Ehepartner/-innen, aber ohne Rentner/-innen) auf 1,1 Milliarden Franken belaufen würden.¹⁶⁵
- Man geht davon aus, dass sich nur Personen, die den Maximalbetrag in eine Säule 3a einbezahlt haben, für diese neue Möglichkeit interessieren. Es ist natürlich möglich – aber eher unwahrscheinlich – dass sich auch andere Personen dafür interessieren.

Argumente für eine Überschätzung:

- Die Steuereinnahmen in Zusammenhang mit der Besteuerung zum Zeitpunkt des Kapitalbezugs werden nicht berücksichtigt.
- Es ist möglich, dass der Kreis der an diesem neuen Abzug interessierten Personen etwas kleiner ist und sich beispielsweise auf die Personen beschränkt, bei denen die Problematik der Finanzierung der Langzeitpflege vorhanden ist.
- Es wurde systematisch vom Abzug eines Maximalbetrags ausgegangen.

3.3 Auswirkungen aus Sicht der Versicherten

Heute öffnen vor allem Personen mit einem hohen Einkommen eine Säule 3a mit dem maximalen Abzug (vgl. Tabelle oben). Im System der erweiterten Säule 3a würden vor allem diejenigen Personen zusätzlich sparen können, welche die Pflegekosten im Alter wahrscheinlich ohnehin finanzieren können (Mitnahmeeffekt). Demgegenüber würden Personen mit wenig finanziellen Mitteln von der erweiterten Säule 3a nicht profitieren können. Diese Personengruppe wäre weiterhin auf Ergänzungsleistungen angewiesen, auch zur Deckung von Pflegekosten (zu den Ergänzungsleistungen siehe Ziff. 4).

¹⁶⁴ Bei Steuerpflichtigen, die sich aus zwei erwerbstätigen Personen zusammensetzen, wurden die doppelten Beträge berücksichtigt.

¹⁶⁵ Modellrechnung der Anzahl vorgenommener Abzüge nach verschiedenen Einkommensstufen.

Trotz Steuereinsparungen dürfte zudem die Attraktivität einer erweiterten Säule 3a für die Versicherten gering ausfallen, weil die Nutzungsmöglichkeiten der bestehenden Säule 3a vielfältiger sind (Vorbezug oder Verpfändung für die Wohneigentumsförderung). Es ist eher davon auszugehen, dass Steuerpflichtige, die die maximale Einzahlung in die Säule 3a tätigen, nicht alle zusätzlich in der erweiterten Säule 3a ansparen werden. Es ist zu vermuten, dass insbesondere jüngere Steuerpflichtige im Zweifelsfall eher für das Rentenalter vorsorgen. Selbst wenn bei dieser Personengruppe aus reichend Ersparnisse vorhanden wären, dürfte die Neigung, zusätzlich in eine Säule 3a einzuzahlen, eher gering ausfallen.

Fazit

Die Einführung einer Säule 3a für die Finanzierung der Pflegekosten im Alter würde zu hohen Steuerausfällen auf allen Ebenen (Bund, Kantone und Gemeinden) führen. Unter Berücksichtigung der eingangs dargelegten Annahmen ergeben sich bei der Ausweitung der Säule 3a mit dem Maximalabzug des Beitrages Steuerausfälle auf allen drei Staatsebenen in der Höhe von schätzungsweise 550 – 600 Millionen Franken (davon 265 Millionen Fr. beim Bund). Mit einem halben Abzug betragen die geschätzten Steuerausfälle 275 bis 300 Millionen Franken (davon 130 Millionen Fr. beim Bund). Die bisher geschätzten Steuerausfälle der Säule 3a im Umfang von 1,2 bis 1,3 Milliarden Franken würden mit einer erweiterten Säule 3a um die Hälfte zunehmen. Das Verhältnis zwischen einem sozialen Nutzen (s. Ziffer 4.2) und den Steuerausfällen wäre somit insgesamt negativ.

Von einer erweiterten Säule 3a und der damit ermöglichten weiteren Steuereinsparung könnte zudem nur eine sehr kleine Anzahl von Steuerpflichtigen profitieren, welche die Pflegekosten ohnehin finanzieren kann. Demgegenüber hätten Personen, welche Mittel für die Pflegekosten nötig haben, keinen Nutzen von einer erweiterten Säule 3a.

Trotz Steuereinsparungen dürfte zudem die Attraktivität einer erweiterten Säule 3a für die Versicherten gering ausfallen, weil die Nutzungsmöglichkeiten der bestehenden Säule 3a vielfältiger sind (z.B. Vorbezug oder Verpfändung für die Wohneigentumsförderung).

4 Auswirkungen auf die Ergänzungsleistungen

Die erweiterte Säule 3a müsste mit den Ergänzungsleistungen¹⁶⁶ koordiniert werden. Gemäss dem Postulat sollen mit der vorgeschlagenen Vorsorge über die Säule 3a insbesondere die Ergänzungsleistungen (nachfolgend EL) entlastet werden. Die möglichen Einsparungen bei der EL wurden aufgrund dieser Anregung berechnet (siehe Ziff. 4.2).

4.1 Koordination mit den Ergänzungsleistungen

In der EL-Berechnung einer in einem Heim lebenden Person mit Altersrente werden bei den Ausgaben im Regelfall die Tagestaxe, der Betrag für persönliche Auslagen und die Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung angerechnet. Die Tagestaxe umfasst die Kosten für Logis und Verpflegung (Hotellerie), für die Betreuung und die Patientenbeteiligung nach Artikel 25a Absatz 5 KVG. Im Kanton Schwyz werden anstelle der Patientenbeteiligung die vollen Pflegekosten bei der Tagestaxe berücksichtigt. Die Kantone haben die Möglichkeit, die zu berücksichtigende Tagestaxe zu begrenzen. Bei den Einnahmen werden die Renten, andere wiederkehrende Einnahmen, Erträge aus beweglichem und unbeweglichem Vermögen und ein Teil des Vermögens, der sog. Vermögensverzehr, angerechnet. Der Vermögensverzehr beträgt 10 Prozent des Teils des Reinvermögens, das nach Abzug des Freibetrages von 37'500 Franken, bleibt. Die Kantone haben die Möglichkeit, bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern den Vermögensverzehr auf 20 Prozent zu erhöhen. Von dieser

¹⁶⁶ Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30).

Kompetenz haben im Jahr 2013 22 Kantone Gebrauch gemacht. Sind bei einer Person nun die Ausgaben höher als die Einnahmen, dann erhält sie EL im Unterschiedsbetrag, d.h. in der Höhe des Ausgabenüberschusses.

Für die EL ist es wesentlich, ob das angesparte Kapital als Vermögen zur Verfügung stehen soll – dann vermindert sich die EL in 22 Kantonen um 20 Prozent und in den anderen Kantonen lediglich um 10 Prozent – oder als wiederkehrende Leistung. Wiederkehrende Leistungen werden bei den Einnahmen voll angerechnet. Nur als wiederkehrende Leistung würde die EL namhaft entlastet.

Die Schwierigkeit dürfte darin bestehen zu regeln, wie hoch diese wiederkehrende Leistung sein soll. Um eine maximale Entlastung bei den EL zu erreichen, müsste die wiederkehrende Leistung der anrechenbaren Tagestaxe entsprechen. Für jede Person gäbe es eine individuell berechnete wiederkehrende Leistung, welche von Jahr zu Jahr ändern könnte.

4.2 Einsparungen bei den Ergänzungsleistungen

Es wurden die möglichen Einsparungen bei den EL aufgrund der Einführung einer erweiterten Säule 3a berechnet. Die Berechnungen beschränken sich auf Personen mit einer Altersrente im Heim, da der Hauptteil der Pflegekosten dort anfällt. Die Berechnungen zeigen auf, dass die Einsparungen bei den periodischen EL im Jahr 2013 12,8 Millionen betragen hätten, wenn die Säule 3a als wiederkehrende Leistung in der Höhe der anrechenbaren Heimtaxe angerechnet worden wäre. Demgegenüber betragen die Ausgaben bei der EL zur AHV im Jahr 2013 2'370 Millionen Franken. Die jährlichen Einsparungen bei der EL durch eine Äufnung einer erweiterten Säule 3a machen damit einen Anteil von 0.5 Prozent an den gesamten Ausgaben bei der EL zur AHV (ohne Krankheits- und Behinderungskosten) aus.

Die Krankheitskosten werden in der EL zu 100 Prozent von den Kantonen bezahlt.

Die Einsparungen bei den Krankheitskosten hätten im Jahr 2013 eine Million betragen. Demgegenüber betragen die Krankheitskosten bei der EL zur AHV im Jahr 2013 234,9 Millionen Franken. Die jährlichen Einsparungen bei den Krankheitskosten mit einer Äufnung einer erweiterten Säule 3a machen damit einen Anteil von rund 0,4 Prozent an den Krankheitskosten aus.

Die finanziellen Auswirkungen auf die EL bei einer Ausweitung der Säule 3a basiert auf den folgenden Grundlagen und Annahmen:

- Grundlage ist das EL-Statistik-Register mit Stand Dezember 2013. Es werden nur die EL-Bezüger zur Altersversicherung im Heim betrachtet.
- Nur die Personen, welche heute den Maximalabzug in die Säule 3a machen, sind daran interessiert, eine erweiterte Säule 3a zu machen.

Fazit

Mit der Ausweitung der Säule 3a könnten die Ergänzungsleistungen nur geringfügig entlastet werden. Die möglichen Einsparungen betragen 12,8 Millionen Franken bei den periodischen Ergänzungsleistungen. Die Kantone, welche die Krankheitskosten zu 100 Prozent bezahlen, würden im Umfang von einer Million entlastet. Die neue Regelung müsste mit den Ergänzungsleistungen koordiniert werden.

5 Steuerrechtliche Aspekte der Säule 3a und deren Ausweitung

Rechtliche Grundlage und deren Anpassung

Nach Artikel 111 Absatz 4 BV fördert der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen die Selbstvorsorge namentlich durch Massnahmen der Steuer- und Eigentumspolitik. Artikel 111 Absatz 4 BV definiert weder die Begünstigten noch die Modalitäten der Förderung. Es ist deshalb grundsätzlich Aufgabe der Gesetzgebung, die Bedingungen und den Umfang der Förderung festzulegen. Die Kantone haben jedoch diesbezüglich keine Gestaltungsfreiheit.¹⁶⁷

Gestützt auf Artikel 33 Absatz 1 Buchstabe e DBG¹⁶⁸ und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe e StHG¹⁶⁹ und in Verbindung mit Artikel 81 Absatz 2 BVG können Arbeitnehmer und Selbständigerwerbende die tatsächlich geleisteten Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen der gebundenen Selbstvorsorge (Säule 3a) bei den direkten Steuern des Bundes, der Kantone und Gemeinden abziehen.

Nach Artikel 82 Absatz 2 BVG legt der Bundesrat die anerkannten Vorsorgeformen und die Abzugsberechtigung für die Beiträge in Zusammenarbeit mit den Kantonen fest. Als anerkannte Vorsorgeformen gelten die gebundene Vorsorgeversicherung bei Versicherungseinrichtungen sowie die gebundene Vorsorgevereinbarung mit Bankstiftungen (Art. 1 Abs. 1 BVV 3).

Vorsorgeeinrichtungen des privaten und des öffentlichen Rechts sowie Bankstiftungen sind, soweit ihre Einkünfte und Vermögenswerte ausschliesslich der beruflichen Vorsorge dienen, von den direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden und von Erbschafts- und Schenkungssteuer der Kantone und Gemeinden befreit (Art. 56 Bst. e DBG, Art. 23 Abs. 1 Bst. d StHG, Art. 80 Abs. 2 BVG i.V. mit Art. 6 BVV 3).

Die Bestimmungen, welche die steuerliche Abzugsfähigkeit der tatsächlich geleisteten Beiträge garantieren, sind jedoch nur auf Vorsorgeformen anwendbar, die der beruflichen Vorsorge dienen. Tatsächlich geleistete Beiträge an andere Vorsorgeformen sind davon nicht erfasst. Die Erweiterung der Säule 3a zur Deckung der Pflegekosten im Alter soll gemäss Wortlaut des Postulats auch für nicht Erwerbstätige offen stehen. Diese müsste aufgrund der Harmonisierungsbestrebungen die direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden umfassen. Den Kantonen müsste eine angemessene Frist für die Anpassung des kantonalen Steuerrechts an die Harmonisierungsvorschriften eingeräumt werden.

Für die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge an die Vorsorgeverträge zur Deckung der Pflegekosten im Alter wäre ein neuer Abzug im Steuerrecht erforderlich. Es ist darauf hinzuweisen, dass jeder neue Abzug das Steuerrecht verkompliziert. Die Einführung eines neuen Abzuges würde auch dem immer wieder geäusserten parlamentarischen Wunsch nach einem vereinfachten Steuersystem mit nur wenigen Abzügen zuwiderlaufen. Auch der Bundesrat hat sich für ein einfaches und effizientes Steuersystem ausgesprochen, welches die Staatsausgaben fair und für alle tragbar finanziert.

Prüfung der Vertragsmodelle

Heute sind Vertragsmodelle für anerkannte Vorsorgeformen im Bereich der Säule 3a von den Vorsorgeträgern vor Abschluss entsprechender Vorsorgeverträge der Eidgenössischen Steuerverwaltung (ESTV) einzureichen. Diese prüft aufgrund der eingereichten Unterlagen, ob

¹⁶⁷ Vgl. BGE 116 Ia 264 E. 3d, in: Die Praxis, 80. Jg., Nr. 115 (mit weiteren Hinweisen), Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 1993, in: Die Praxis, 83. Jg., Nr. 105.

¹⁶⁸ Bundesgesetz vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer (DBG; SR 642.11).

¹⁶⁹ Bundesgesetz vom 14. Dezember 1990 über die Harmonisierung der direkten Steuern der Kantone und Gemeinden (StHG; SR 642.14).

Form und Inhalt den gesetzlichen Vorschriften entsprechen (Art. 1 Abs. 4 BVV 3). Da die gebundene Selbstvorsorge im Sinne von Artikel 82 BVG den Berechtigten nur Anwartschaften vermittelt, haben sich die entsprechenden Vorsorgeverträge von den übrigen Versicherungs- und Sparverträgen deutlich zu unterscheiden. Die Bezeichnungen «gebundene Vorsorgeversicherung» und «gebundene Vorsorgevereinbarung» dürfen nur für Vertragsmodelle verwendet werden, die von der ESTV genehmigt worden sind. Bei Fehlen dieser Genehmigung darf weder ein derartiges Produkt angeboten werden noch wäre der Abzug für die entsprechenden Vorsorgebeiträge zulässig.

Es wäre theoretisch denkbar, dass die erweiterten Vorsorgeverträge zur Deckung der Pflegekosten im Alter ebenfalls ein analoges Prüfungsverfahren zu durchlaufen hätten. Dessen Ausgestaltung müsste diskutiert werden.

Fazit

Sowohl für die Einführung eines neuen Vorsorgefalles als auch für die Öffnung der Säule 3a auf Nichterwerbstätige müssten die steuerrechtlichen Bestimmungen umfassend angepasst werden. Die Anpassung müsste aufgrund der Harmonisierungsbestrebungen die direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden umfassen. Den Kantonen wäre eine angemessene Frist für die Anpassung des kantonalen Steuerrechts an die Harmonisierungsvorschriften einzuräumen.

Für die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge an die Vorsorgeverträge zur Deckung der Pflegekosten im Alter wäre ein neuer Abzug im Steuerrecht erforderlich. Es ist darauf hinzuweisen, dass jeder neue Abzug das Steuerrecht verkompliziert. Dies würde dem immer wieder geäußerten parlamentarischen Wunsch nach einem vereinfachten Steuersystem mit nur wenigen Abzügen zuwiderlaufen. Auch der Bundesrat hat sich für ein einfaches und effizientes Steuersystem ausgesprochen, das die Staatsausgaben fair und für alle tragbar finanziert.

Bei der Finanzierung der Pflegekosten ist – anders als bei der bestehenden Säule 3a – davon auszugehen, dass regelmässige Zahlungen an den Leistungserbringer über einen längeren Zeitraum erfolgen. Dies dürfte nicht nur die Auszahlung der Leistung, sondern auch die steuerrechtlichen Folgen erschweren und verkomplizieren. Mit dem neuen Vorsorgefall «Pflegekosten» wären geschätzte Steuerausfälle in der Höhe von insgesamt 550 bis 600 Millionen Franken auf allen staatlichen Ebenen zu erwarten.

6 Zusammenfassung

- Die Säule 3a könnte gestützt auf das geltende Verfassungsrecht für die Finanzierung der Pflegekosten im Alter erweitert werden. Ebenso wäre eine Öffnung für Nichterwerbstätige möglich.
- Die berufliche Vorsorge ist bereits sehr komplex. Mit weiteren spezialgesetzlichen Regelungen würde die berufliche Vorsorge noch komplizierter. Bei einer Öffnung der Säule 3a für Nichterwerbstätige wäre eine grundlegende Änderung des BVG notwendig, die nicht nur technisch einzelne Bestimmungen, sondern materiell die Grundprinzipien der beruflichen Vorsorge betreffen würde.
- Für die Deckung der Pflegekosten im Alter müsste ein neuer Vorsorgefall «Pflegekosten» definiert werden. Um eine praxistaugliche Lösung umzusetzen, wären vertiefte Abklärungen notwendig. Die Leistungen der erweiterten Säule 3a müssten auch mit denjenigen der Krankenversicherung und mit den Ergänzungsleistungen koordiniert werden, was die Komplexität weiter erhöhen würde.
- Mit den neuen Aufgaben würden sich die Säule-3a-Institutionen weit von der bisherigen Aufgabe im Bereich der beruflichen Vorsorge entfernen. Sie sind dafür nicht ausgerüstet und müssten sich entsprechende Kenntnisse aneignen (oder extern einkaufen), was zu höheren Verwaltungskosten führen würde. Es müsste geprüft werden, ob die neuen Aufgaben zu einem vernünftigen Preis-Leistungsverhältnis übernommen werden können und ob es überhaupt sinnvoll ist, den Säule-3a-Institutionen Aufgaben im Bereich der Pflege zu übertragen.
- Insbesondere bei der vorzeitigen Auflösung des Vorsorgeverhältnisses wären Anpassungen notwendig, welche mit den Freizügigkeitsabkommen der EU und der EFTA koordiniert werden müssten. Die notwendigen Abklärungen bei der definitiven Ausreise aus der Schweiz wären für die Säule-3a-Institutionen mit zusätzlichem Aufwand und weiteren Kosten verbunden. Zudem müsste die Einführung eines Kontrollverfahrens geprüft werden.
- Von einer erweiterten Säule 3a könnte nur eine sehr kleine Anzahl von Steuerpflichtigen profitieren, welche die Pflegekosten ohnehin finanzieren kann. Personen, welche Mittel für die Pflegekosten nötig haben, hätten hingegen davon keinen Nutzen.
- Trotz Steuereinsparungen dürfte die Attraktivität einer erweiterten Säule 3a für die Versicherten gering sein, da die Nutzungsmöglichkeiten der bestehenden Säule 3a u.a. mit der Vorbezugsmöglichkeit oder der Verpfändung für die Wohneigentumsförderung vielfältiger sind.
- Mit der vorgeschlagenen Ausweitung der Säule 3a könnten die Ergänzungsleistungen nur geringfügig entlastet werden. Die möglichen Einsparungen betragen 12.8 Millionen Franken bei den periodischen Ergänzungsleistungen. Die Kantone, welche die Krankheitskosten zu 100 Prozent bezahlen, würden im Umfang von einer Million entlastet.
- Nebst den vorsorgerechtlichen müssten auch die steuerrechtlichen Bestimmungen entsprechend angepasst werden. Dabei müsste insbesondere die Höhe des Abzugs und auch die Zielgruppe, welche vom steuerlichen Abzug profitieren könnte, entsprechend festgelegt werden. Die diesbezüglichen Arbeiten wären umfangreich. Für die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge an die Vorsorgeverträge zur Deckung der Pflegekosten im Alter wäre ein neuer Abzug im Steuerrecht erforderlich. Es ist darauf hinzuweisen, dass jeder neue Abzug das Steuerrecht verkompliziert und dem im Parlament geäußerten Wunsch nach einem vereinfachten Steuersystem mit nur wenigen Abzügen zuwiderlaufen würde.

- Die steuerrechtliche Gesetzesänderung müsste aufgrund der Harmonisierungsbestrebungen die direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden umfassen. Die Gesetze müssten sowohl hinsichtlich der verschiedenen Sparmodelle harmonisiert vorgenommen werden, als auch in Bezug auf die steuerliche Behandlung der Einzahlung (Ansparphase) und der Auszahlung im Zeitpunkt aller möglichen Vorsorgefällen. Den Kantonen müsste eine angemessene Frist für die Anpassung des kantonalen Steuerrechts an die Harmonisierungsvorschriften eingeräumt werden.
- Die Ausweitung der Säule 3a würde gemäss Schätzungen zu sehr hohen Steuerausfällen im Umfang von 550 – 600 Millionen Franken auf allen drei Staatsebenen (Bund, Kanton und Gemeinden) führen. Die bisher geschätzten Steuerausfälle der Säule 3a im Umfang von 1,2 bis 1,3 Milliarden Franken würden mit einer erweiterten Säule 3a um die Hälfte zunehmen.
- Der Bundesrat erachtet das Kosten-/Nutzenverhältnis der Massnahme nicht für vertretbar und lehnt sie deshalb ab.

Die Einführung einer Säule 3a für die Finanzierung der Pflegekosten im Alter führt gemäss Schätzungen zu hohen Steuerausfällen im Umfang von 550 bis 600 Millionen Franken auf allen drei Staatsebenen (Bund, Kantone und Gemeinden). Die bisher geschätzten Steuerausfälle der Säule 3a im Umfang von 1,2 bis 1,3 Milliarden Franken würden mit einer erweiterten Säule 3a um die Hälfte zunehmen. Von einer erweiterten Säule 3a könnte nur eine sehr kleine Anzahl von Steuerpflichtigen profitieren, welche die Pflegekosten ohnehin finanzieren kann. Personen, welche Mittel für die Pflegekosten benötigen, hätten demgegenüber keinen Nutzen. Durch die Ausweitung der Säule 3a könnten die Ergänzungsleistungen nur geringfügig entlastet werden. Das Verhältnis zwischen einem sozialen Nutzen und den Steuerausfällen wäre somit insgesamt negativ. Die notwendigen gesetzlichen Anpassungen müssten vertieft geprüft und mit dem KVG, dem ELG und den Freizügigkeitsabkommen der EU und der EFTA koordiniert werden. Mit einer Öffnung der Säule 3a für Nichterwerbstätige müsste das BVG grundlegend geändert werden. Die Anpassungen wären nicht nur umfangreich und sehr komplex, sondern würden auch zusätzliche Kosten verursachen. Die Säule-3a-Institutionen sind für diese artfremden Aufgaben im Bereich der Pflege weder ausgerüstet noch haben sie die erforderlichen Kenntnisse. Die daraus resultierenden höheren Verwaltungskosten könnten diese Form von Sparen unattraktiv machen, insbesondere in einem Tiefzinsumfeld.

Nebst den vorsorgerechtlichen müssten auch die steuerrechtlichen Bestimmungen entsprechend umfassend angepasst werden. Diese Gesetzesänderung müsste aufgrund der Harmonisierungsbestrebungen die direkten Steuern des Bundes, der Kantone und der Gemeinden umfassen. Die Gesetze müssten sowohl hinsichtlich der verschiedenen Sparmodelle harmonisiert vorgenommen werden, als auch in Bezug auf die steuerliche Behandlung der Einzahlung (Ansparphase) und der Auszahlung im Zeitpunkt aller möglichen Vorsorgefällen. Den Kantonen müsste für die Anpassung des kantonalen Steuerrechts an die Harmonisierungsvorschriften eine angemessene Frist eingeräumt werden.

Anhang 2: Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit

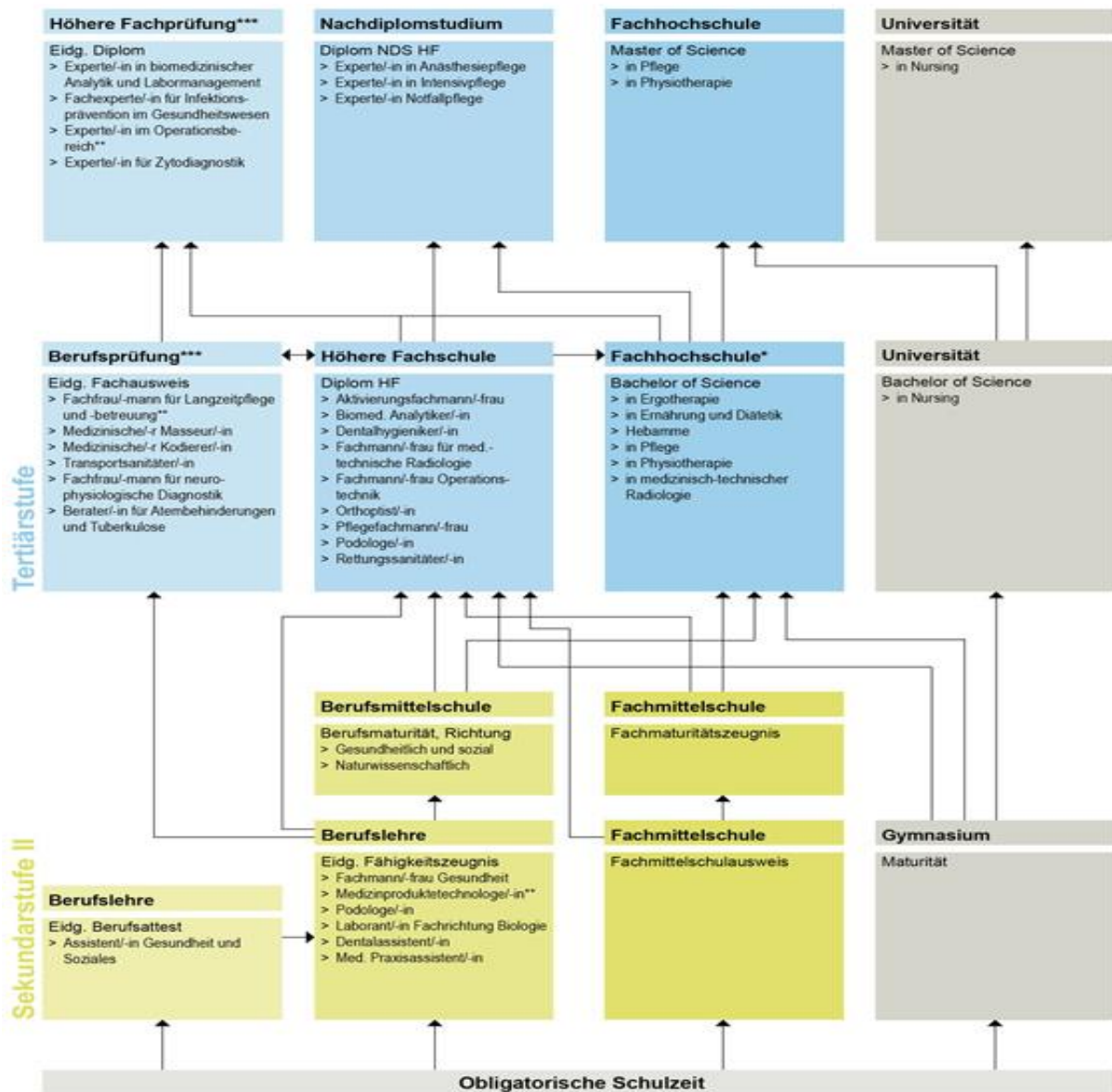
Die nachfolgende Darstellung der Bildungssystematik zeigt, dass sich Bildungsgänge für Fachleute mit pflegerischen Kompetenzen auf allen Bildungsstufen finden, angefangen bei der zweijährigen Attestausbildung Berufsattest Gesundheit und Soziales, über die Berufslehre zur Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe) zur eigentlichen Pflegeausbildung auf Stufe Tertiär B Abschlüsse der höheren Fachschulen Pflegefachmann / Pflegefachfrau und auf Stufe Tertiär A Fachhochschulausbildung *Bachelor of Science* in Pflege. Spezialisierend oder profilierend im Sinne weitergehender Kompetenzen finden sich im Fachhochschulbereich der *Master of Science* in Pflege und Nachdiplomstudiengänge gemäss Fachhochschulgesetz, auf der Tertiär B Stufe Berufsprüfungen und höhere Fachprüfungen aufbauend auf dem Berufsbildungsgesetz. An der Universität Basel und Lausanne können der Bachelor und der *Master of Science* in Nursing absolviert werden. Zusammenfassend zeigt sich also ein sehr differenziertes und vielfältiges Bild der Ausbildungen in Pflege, über verschiedene Bildungswege offen mit weiterführenden Vertiefungsrichtungen.

Bezüglich der Langzeitpflege sind dabei insbesondere die Berufsprüfung Langzeitpflege und Betreuung als eidgenössischer Fachausweis von Bedeutung.¹⁷⁰ Im Kontext der OdASanté laufen zudem Arbeiten zu folgenden sieben Kompetenzprofilen, die zu höheren Fachprüfungen und zu einer Berufsprüfung weiterentwickelt werden sollen und die im Zusammenhang mit der Langzeitpflege von Bedeutung sind: Palliative Care, geriatrische und gerontopsychiatrische Pflege, Nephrologiepflege, Diabetesfachberatung und Psychiatriepflege für Menschen mit einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit.

¹⁷⁰ Die Prüfungsordnung über die Berufsprüfung (BP) Fachfrau/Fachmann Langzeitpflege und -betreuung ist im Mai 2015 in Kraft getreten respektive durch das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation genehmigt worden.

SCHWEIZERISCHE BILDUNGSSYSTEMATIK GESUNDHEIT

Juli 2014



* Ohne bereichsspezifische Vorbildung sind gemäss „Profil des Fachhochschulbereichs Gesundheit vom 13.5.04“ der GDK Zusatzmodule erforderlich.

** Projekt in Erarbeitung, Arbeitstitel

*** Die Zulassungsbedingungen sind in den Prüfungsordnungen formuliert.

Anhang 3: Mögliche Akteure in der Gesundheitsversorgung

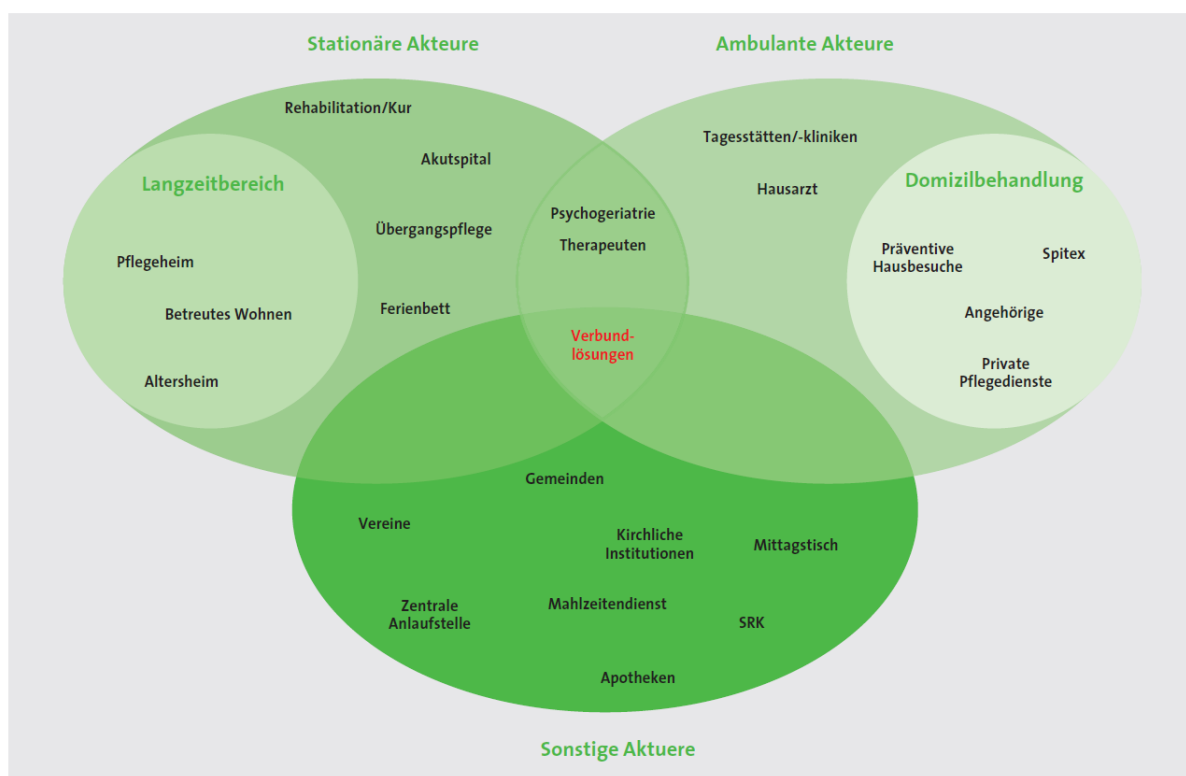
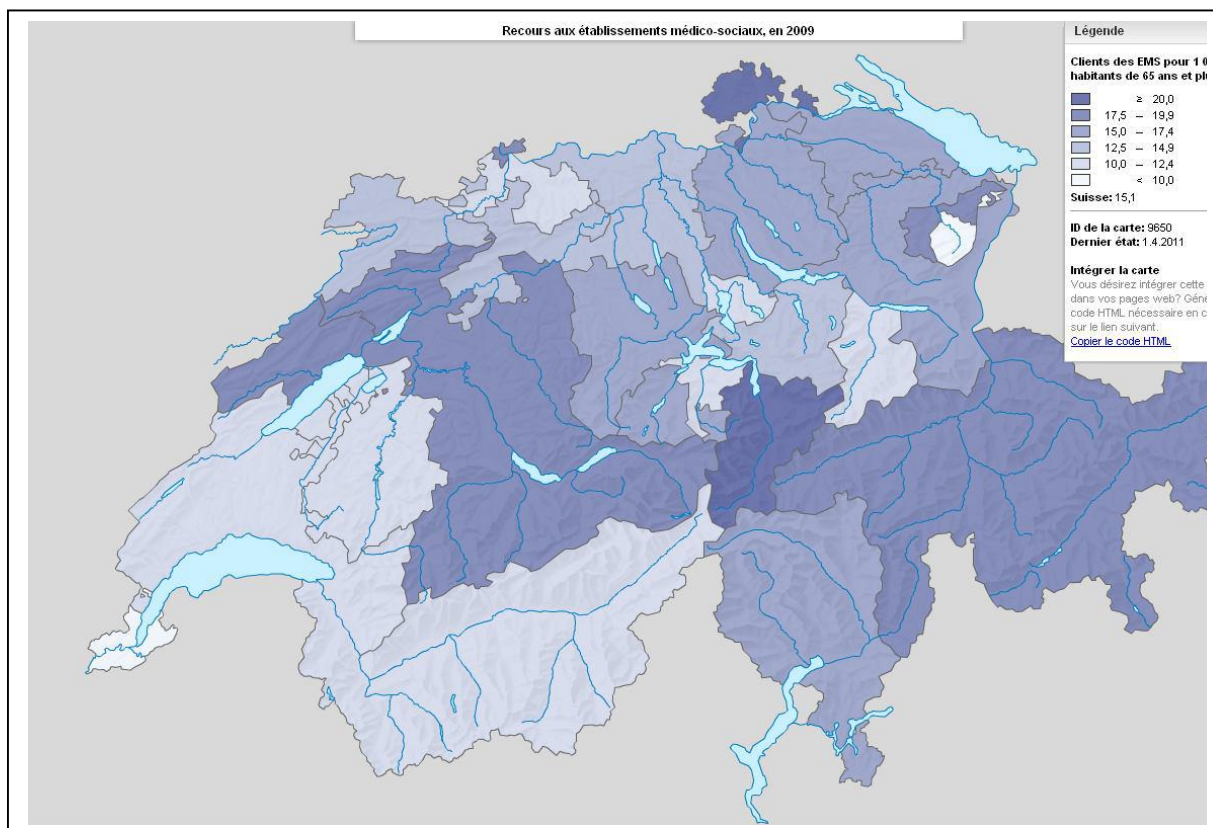


Abbildung 6: Mögliche Akteure. Quelle: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2010.

Anhang 4: Inanspruchnahme der sozialmedizinischen Institutionen, 2009



Quelle: Bundesamt für Statistik. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2009.

Anhang 5: Kosten der Langzeitpflege nach Finanzierungsträger

1) Kosten der Langzeitpflege nach Finanzierungsregimes 2011^{a)b)} (Aufstellung gemäss BAG)

Jahr 2011	Kantone ^{c)}	OKP ^{d)}	Gemeinden	AHV HE ^{e)}	Bund ^{f)}	Total ^{g)}	Private ^{h)}	Davon für Betreuung ⁱ⁾	Pflege Total ^{j)}
Pflegeheime (Langzeit)	575	1593	603	508	0	3279	3430	1305	6708
Spitex	420	499	333			1253	421	238	1674
EL AHV (Pflegeheime/Spitex)	1539					1539			1539
Kantonale Alters- und Pflegehilfe	384					384			384
Total 2011	2919	2091	936	508	0	6454	3851	1543	10305

Quellen: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2011, T. 14.5.3.5

BFS, 13-A Betriebskosten nach Hauptkostenträger, nach Kanton der Institution, 2011

BFS, Spitex-Statistik, 15.2. Finanzen nach Kanton (Ertrag aus: Mahlzeiten, Hauswirtschaft und Sozialbetreuung und Klinet/Innen)

- a) Bei den Zahlen handelt es sich um die Nettoausgaben, zu laufenden Preisen berechnet (Beiträge von privaten Haushalten sind in den staatlichen Ausgaben nicht berücksichtigt)
- b) Die EFV hat die Kosten der Langzeitpflege nach Finanzierungsträger für das Jahr 2011 geschätzt. Die Differenz gegenüber der Aufstellung des BAG beträgt Total rund CHF 220 Mio. bei den öffentlichen Ausgaben. Diese resultiert aus den unterschiedlichen Ansätzen, welche für die Aufbereitung der Zahlen verwendet wurden.
- c) Enthalten einen Teil der Bundesbeiträge, welche an die periodischen Ausgaben der EL gehen
- d) Franchisen, Selbstbehalt sowie IPV nicht berücksichtigt (Nettozahl)
- e) Enthalten einen Teil der Bundesbeiträge, welche an die AHV HE beigesteuert werden
- f) Ein Teil der Bundesbeiträge ist bei den Kantonen sowie bei der AHV HE enthalten. IPV wird nicht berücksichtigt.
- g) Total der öffentlichen Ausgaben (netto) ohne Berücksichtigung der IPV und der Sozialhilfe
- h) Beinhaltet die "Out-of-Pocket" Ausgaben, Privatversicherungen und weitere private Finanzierung
- i) Anteil Betreuungskosten an den "Out of Pocket" Ausgaben
- j) Total der Kosten in der Langzeitpflege (staatliche und private) ohne Berücksichtigung der IPV und der Sozialhilfe

2) Schätzung der Kosten der Langzeitpflege nach Finanzierungsregimes bis 2045

Basis:

	Kantone	OKP	Gemeinden	AHV HE	Bund	Total	Private ^{l)}	Davon für Betreuung ^{l)}	Pflege Total
Berechnung EFV 2011	2'798	1'831	772	468	322	6'191	k.A.	k.A.	k.A.
Projektionen EFV ^{k)} 2045	8'888	5'794	2'407	1'482	973	19'544	k.A.	k.A.	k.A.
Faktor für Projektionen 2045	3.2	3.2	3.1	3.2	3.0	3.2	-	-	-

k) Berechnung der Ausgabenprojektionen in der Langzeitpflege der EFV datiert vom 24.2.2015, Tabelle 2

Schätzung für 2045^{l)}

Kosten 2011 gemäss Kapitel 1)	2'919	2'091	936	508	-	6'454	3'851	1'543	10'305
Faktor^{m)}	3.2	3.2	3.1	3.2	3.0	3.2	3.2	3.2	3.2
Schätzung BAG 2045	9'271	6'618	2'918	1'610	-	20'375	12'323	4'938	32'976

l) Private: Für die Schätzung 2045 der Kosten der privaten Haushalte wird mit dem selben Faktor wie für die staatlichen Ausgaben (Total, inkl. AHV) gerechnet (proportional)

m) Der Faktor basiert auf den Preisen von 2009, während die Kosten 2011 gemäss Kapitel 1) auf den Preisen von 2011 beruhen. Auf die Deflationierung für die teuerungsbereinigte Schätzung wurde verzichtet, da dieser Effekt innerhalb der erwarteten Schwankungsbreite der Projektionen bis 2045 liegt.

Anhang 6: Weiterführende Angaben zu den Ausgabenprojektionen bis 2045

1 Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege (inkl. OKP) für Personen ab 65 Jahren bis 2045 nach Ausgabenkategorien

In Tabelle I ist die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege gemäss dem Referenzszenario der Projektionen der Eidgenössischen Finanzverwaltung vom Jahr 2011 bis 2045 dargestellt. Die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege sind hier definiert als die Ausgaben von Bund, Kantonen und Gemeinden sowie von den Sozialversicherungen, das heisst von AHV und OKP. Der grösste Anteil der öffentlichen Pflegeausgaben entfiel im Jahr 2011 auf die Beiträge der Kantone an die Pflegeheime (48%), gefolgt von den Ergänzungsleistungen zur AHV im Bereich der Langzeitpflege (19%), welche von den Kantonen finanziert werden, und den Beiträgen an die Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex, 15%), die ebenfalls zu Lasten der Kantone gehen. Die restlichen öffentlichen Ausgaben werden für die AHV-Hilflosenentschädigung (AHV-HE, 9%), den Anteil der individuellen Prämienverbilligung (IPV) für die Langzeitpflege (7%) und den Anteil der Sozialhilfe für die Langzeitpflege (2%) aufgewendet.

Tabelle I: Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege bis 2045 im Referenzszenario, Beiträge an Pflegeheime und Spitex sowie Sozialleistungen (in Mio. Fr. zu Preisen von 2009)^{171,172}

Jahr	Total	Pflegeheime	Spitex	EL AHV ^a	AHV-HE	IPV ^a	Sozialhilfe ^a
2011	6'192	2'976	925	1'146	582	430	133
2020	8'381	4'045	1'236	1'558	788	573	181
2025	9'631	4'825	1'467	1'858	940	676	216
2030	11'999	5'811	1'757	2'238	1'130	803	260
2035	14'377	6'989	2'080	2'692	1'355	949	313
2040	16'914	8'259	2'408	3'181	1'594	1'102	370
2045	19'544	9'576	2'750	3'688	1'843	1'259	429

Quelle: EFV, BFS, BAG.

^a Nur Anteil für die Langzeitpflege ab 65 Jahren.

Die Aufteilung der Gesamtkosten zwischen den verschiedenen Ausgabenarten verändert sich

¹⁷¹ Die Schätzung basiert auf der Annahme, dass die Beiträge von Kantonen und Gemeinden an Pflegeheime und Spitex für die Langzeitpflege ab 65 Jahren 90 Prozent der gesamten öffentlichen Ausgaben für die Pflege betragen. Dies entspricht dem Anteil der Ausgaben für die Langzeitpflege ab 65 Jahren an den Gesamtausgaben für die Pflege im Jahr 2009. Die mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung verbundene Neuverteilung der Finanzierungslasten basiert auf einer Schätzung des Bundesamtes für Gesundheit für das Jahr 2002, welche auf das Jahr 2011 hochgerechnet wurde.

¹⁷² Die Schätzungen basieren auf dem Jahr 2009. Die Aufteilung der Pflegefinanzierung zwischen den verschiedenen Trägern (Kantone, Gemeinden, AHV, OKP) im Basisjahr 2009 beruht auf einer Schätzung in der Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung des Bundesrates vom Februar 2005.

annahmegemäss nicht.

2 Entwicklung der öffentliche Ausgaben die Spitäler und die ambulante Behandlung bis 2045 nach Finanzierungsträger

Tabelle II: Öffentliche Ausgaben für die Spitäler und die ambulante Behandlung (inklusive individuelle Prämienverbilligung IPV)

Jahr	Spitaliausgaben Stationär				Ambulant
	Total (inkl. OKP)	Kantone	Gemeinden	OKP (inkl. IPV)	OKP (inkl. IPV)
2011	13'776	7'807	503	5'465	15'052
2020	17'673	10'571	606	6'497	17'892
2025	19'236	11'546	662	7'029	19'356
2030	20'794	12'528	718	7'548	20'786
2035	22'539	13'629	781	8'129	22'387
2040	24'444	14'828	850	8'766	24'142
2045	26'261	15'973	915	9'373	25'813

Quelle: EFV, BFS

Die Projektionen in Tabelle II enthalten unter anderem keine Präventions- und Zahnbehandlungskosten, weshalb das projizierte Ausgabentotal unter demjenigen der öffentlichen Ausgaben der Gesundheit liegt (siehe Tabelle 5). Für die Ausgabenprojektionen des ambulanten und stationären Bereichs (ohne Langzeitpflege) wird im Referenzszenario davon ausgegangen, dass die Bevölkerung die Hälfte ihrer durch die steigende Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre in einem guten Gesundheitszustand verbringt.

3 Ausgabenprojektionen bis 2045: Optimistisches und Pessimistisches Szenario

Aufgrund der Unsicherheit über die zukünftige Entwicklung der Ausgaben der Langzeitpflege sind unterschiedliche Szenarien berechnet worden. Unabhängig vom unterstellten Szenario ist jedoch ein deutlicher Anstieg der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege bis zum Jahr 2045 zu erwarten, welcher in einer Bandbreite zwischen gut 17.1 und knapp 22.2 Milliarden Franken liegt. Wird etwa eine optimistischere Annahme darüber getroffen wie sich das Ausmass der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung mit der steigenden Lebenserwartung entwickelt («*Healthy Ageing*»-Szenario), würde die Zunahme der öffentlichen Pflegeausgaben bis 2045 um 0.3 Prozent des BIP bzw. teuerungsbereinigt um 2.4 Milliarden Franken gegenüber dem Anstieg im Referenzszenario zurückgehen. Ist man skeptischer als im Referenzszenario und unterstellt, dass sich das Ausmass der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung mit zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung nicht verbessert («*Pure Ageing*»-Szenario), würden die öffentlichen Pflegeausgaben um 0.3 Prozent des BIP bzw. teuerungsbereinigt um knapp 2.7 Milliarden Franken stärker als im Referenzszenario ansteigen.

Aufgrund der Unsicherheit über die zukünftige Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben sind analog der Ausgaben der Langzeitpflege, neben dem Referenzszenario zwei weitere Szenarien berechnet worden (vgl. Tabelle III). Unabhängig vom unterstellten Szenario ist auch bei den öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit inkl. OKP ein deutlicher Anstieg bis zum Jahr 2045 zu erwarten.

Tabelle III: Total öffentlicher Ausgaben (inkl. OKP) für die Gesundheit (ohne Langzeitpflege) – Optimistisches und pessimistisches Szenario

Szenario	Differenz zum Referenzszenario			
	in Mio. Fr. zu Preisen von 2009		in % des BIP	
	2030	2045	2030	2045
Healthy Ageing^a	-1'448	-2'463	-0,2	-0,3
Pure Ageing^b	+1'496	+2'549	+0,2	+0,3

Quelle: EFV.

^a Die Bevölkerung verbringt die gesamte gewonnene Lebenszeit bei guter Gesundheit (optimistisches Szenario).

^b Die Bevölkerung verbringt die gesamte gewonnene Lebenszeit in Krankheit (pessimistisches Szenario).

Tabelle IV: Total öffentlicher Ausgaben (inkl. OKP) für die Langzeitpflege und Gesundheit – Optimistisches und pessimistisches Szenario

Szenario	Differenz zum Referenzszenario			
	in Mio. Fr. zu Preisen von 2009		in % des BIP	
	2030	2045	2030	2045
Healthy Ageing^a	-2'544	-4'882	-0,4	-0,6
Pure Ageing^b	+2'678	+5'230	+0,4	+0,6

Quelle: EFV.

^a Die Bevölkerung verbringt die gesamte gewonnene Lebenszeit bei guter Gesundheit (optimistisches Szenario).

^b Die Bevölkerung verbringt die gesamte gewonnene Lebenszeit in Krankheit (pessimistisches Szenario).

4 Ausgabenstruktur der OKP: Aktuelle Struktur und Veränderung bis 2045

Der Anteil der Ausgaben für die Pflege zu Hause machte im Jahr 2013 2,4 Prozent der Gesamtausgaben der OKP aus, die Ausgaben für die Pflege im Pflegeheim einen solchen von 6,6 Prozent. Insgesamt floss somit weniger als ein Zehntel der Ausgaben der OKP in die Pflege zu Hause und im Pflegeheim. In den Bereich «Spital stationär» floss etwa ein Viertel der Ausgaben, in den ambulanten Spitalbereich 17 Prozent, in den Medikamentenbereich 18 Prozent.

Der Rest, etwas weniger als ein Drittel, floss in den ambulanten Bereich, davon 22 Prozent in den Bereich «Arzt ambulant», vgl. dazu Abbildung I.¹⁷³

Abbildung I: Ausgabenstruktur OKP 2013

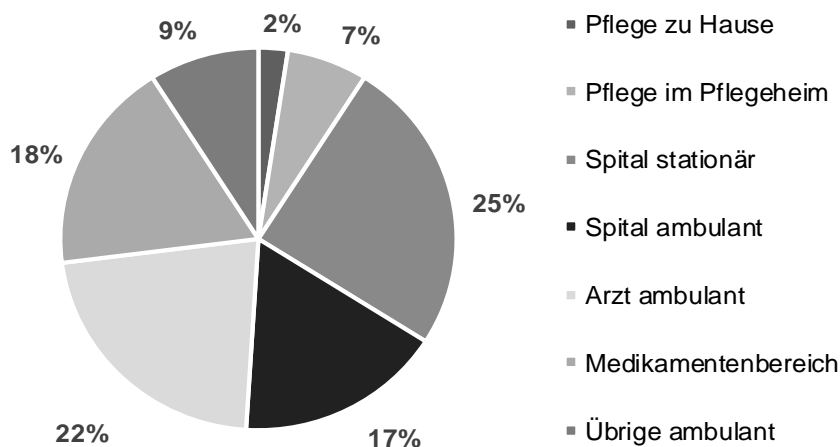
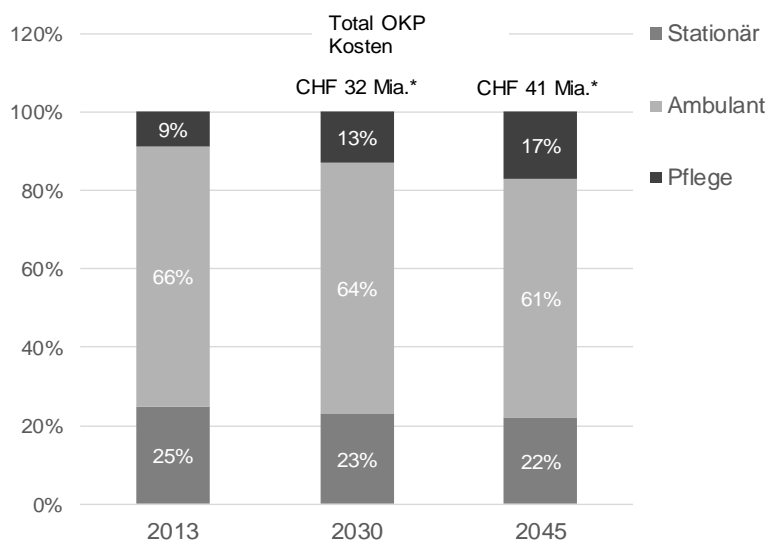


Abbildung II: Vergleich Ausgabenstruktur OKP bis 2045



* 2030 und 2045 zu Preisen von 2009

¹⁷³ Bundesamt für Gesundheit (2013). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013, Tabelle T 2.17.

5 Zusatzbelastung der Haushalte durch die OKP

Tabelle V: Zusatzbelastung der Haushalte durch die OKP wegen der Ausgaben für die Langzeitpflege und Gesundheit (ohne Langzeitpflege), welche das Wachstum der Haushaltseinkommen von durchschnittlich 1 Prozent pro Jahr übersteigt

Belastung/Zusatzbelastung der Haushalte		2011	2030	2045
in % des durchschnittlich verfügbaren Haushaltseinkommens	Langzeitpflege	0,7%	+0,4%	+0,8%
	Gesundheit (ohne Langzeitpflege)	6,7%	+0,4%	+0,9%
	Total	7,4%	+0,8%	+1,7%
in Millionen Franken (zu Preisen von 2009)	Langzeitpflege		+1'413	+3'627
	Gesundheit (ohne Langzeitpflege)		+1'616	+4'102
	Total		+3'029	+7'729

Quelle: EFV, BFS.

6 Überblick über die Gesamtausgaben der Gesundheit bis 2045

Tabelle VI: Überblick über die Gesamtausgaben für die Gesundheit 2045 nach Finanzierungsträger und deren Auswirkungen auf Bund, Kantone und Gemeinden sowie die privaten Haushalte (Belastung durch OKP-Prämien) und Arbeitnehmenden (AHV Beiträge) in Millionen Franken.

	Bund	Kantone	Gemeinden	OKP	AHV
Gesamtausgaben Gesundheit ^a					
Langzeitpflege	973 (+651)	8'888 (+6'090)	2'407 (+1'635)	5'794 (+3'963)	1'482 (+1'014)
Gesundheit (ohne Langzeitpflege)	4'675 (+1'896)	21'622 (+10'359)	1'699 (+651)	35'186 (+14'669)	-
Total Gesundheit 2045	5'648 (+2'547)	30'510 (+16'449)	4'106 (+2'286)	40'980 (+18'632)	1'482 (+1'014)
Zusatzbelastung Staatsebenen^{b/}					
Zusatzbelastung der Haushaltseinkommen/Löhne^c					
Langzeitpflege	515	4'904	1'312	3'627	884
Gesundheit (ohne Langzeitpflege)	716	5'584	212	4'102	-
Total Gesundheit 2045	1'231	10'488	1'524	7'729	884
Steuererhöhung der Staatsebenen^{d/}					
Erhöhung Anteil am Haushaltseinkommen/Lohnbeitrag^e					
Langzeitpflege	+0,6%	+8,3%	+3,6%	+0,8%	+1,6%
Gesundheit (ohne Langzeitpflege)	+0,9%	+9,3%	+0,6%	+0,9%	-
Total Gesundheit 2045	+1,5%	+17,6%	+4,2%	+1,7%	+1,6%

Quelle: EFV, BFS.

a Zahl in () entspricht der Steigerung der Ausgaben von 2011 bis 2045

b Die ausgewiesene Zusatzbelastung entspricht dem Anteil der projizierten Staatseinnahmen des jeweiligen Jahres, welcher

zusätzlich aufgewendet werden müsste, um die über den (aus der Wirtschaftsentwicklung resultierenden) Einnahmenanstieg hinausgehende Zunahme der Gesundheitsausgaben zu finanzieren. Dabei stellt diese Zahl eine reine finanzpolitische Kennziffer dar, welche selbstverständlich kein Präjudiz darstellt für den konkreten Finanzierungsentscheid in der Zukunft.

c Die Zusatzbelastung der Haushalte entspricht dem Anteil der OKP-Prämiensteigerungen, welcher nicht über das Wachstum des durchschnittlich verfügbaren Haushaltseinkommens kompensiert werden kann. Die Zusatzbelastung der AHV entspricht den Mehrausgaben, welche nicht über Lohnsteigerungen kompensiert werden können.

d Die Steuererhöhung, welche zur Schliessung der Zusatzbelastung benötigt wird, wird in Prozent der Fiskaleinnahmen der jeweiligen Staatsebene ausgewiesen. Gemäss der Definition der öffentlichen Finanzstatistik entsprechen die Fiskaleinnahmen praktisch den Steuereinnahmen. Auf der kantonalen Ebene kommen noch Regalien, Konzessionen und Patente hinzu. Dabei stellt diese Zahl eine reine finanzpolitische Kennziffer dar, welche selbstverständlich kein Präjudiz darstellt für den konkreten Finanzierungsentscheid in der Zukunft.

e Der Prozentsatz bei der OKP-Belastung bezieht sich auf die Summe der Einkommen privater Haushalte nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsabgaben ohne Prämienbelastung durch die OKP. Die AHV-Prozentpunkte weisen die Lohnbeitragerhöhung aus, welche zur Deckung der Zusatzbelastung benötigt wird. Dabei stellt diese Zahl eine reine finanzpolitische Kennziffer dar, welche selbstverständlich kein Präjudiz darstellt für den konkreten Finanzierungsentscheid in der Zukunft.