

Finanzierung von Pflegekosten

Para- und Tetraplegiker sind in einem unterschiedlichen Ausmass auf die Hilfe von Dritten, insbesondere von Angehörigen, angewiesen. Das Spektrum der Hilfe reicht von eigentlichen Pflegeleistungen über Betreuungs- und Überwachungsleistungen bis hin zu hauswirtschaftlichen Leistungen. Da die Finanzierung dieser Pflegekosten ein sehr unübersichtliches und komplexes Gebilde darstellt, möchten wir in dieser und den nächsten Paracontact-Ausgaben aufzeigen, welche Sozialversicherungsträger für die verschiedenen Leistungen aufkommen müssen.

■ System der Objekt- und Subjektfinanzierung

Unter **Objektfinanzierung** verstehen wir die Finanzierung von Heimen, Behinderteneinrichtungen und Hilfsorganisationen durch Bund und Kantone. Seit Inkrafttreten des neuen Finanzausgleich (NFA 2008) und der «neuen Pflegefinanzierung» (2011) sind dafür weitgehend die Kantone zuständig.

Unter **Subjektfinanzierung** verstehen wir die eigentlichen personenbezogenen Versicherungs- und Entschädigungsleistungen. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Vergütungen: Pflegeentschädigung der Unfallversicherung, Krankenversicherung, Invalidenversicherung und der Ergänzungsleistung. Im Weiteren die Hilflosenentschädigung, Entschädigung für lebenspraktische Begleitung, die Pflegehilfsmittel, Entschädigung für Dienstleistungen Dritter und die Betreuungsgutschriften.

■ Pflegeentschädigung: Unterscheidung Behandlungspflege/Grundpflege

Das Sozialversicherungsrecht kennt eine uneinheitliche Entschädigung für Pflegekosten. Unter «Pflege» wird dabei die Behandlungs- und Grundpflege verstanden.

Behandlungspflege: Zur Behandlungspflege zählen beispielsweise die tägliche Verabreichung von Medikamenten und das Anlegen einer Bandage sowie das Katheterisieren oder Klopfen und Pressen der Blase, das Anlegen eines Urinalkondoms und das digitale Stuhlausräumen.

Grundpflege: Grundpflegeleistungen sind etwa Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen, betten und lagern, Bewegungsübungen, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut sowie Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken.

Die verschiedenen Sozialversicherungszweige sehen dabei eine unterschiedliche Ersatzpflicht für Behandlungs- und Grundpflege vor.

■ 1. Pflegeentschädigung der Unfallversicherung

Die unfallversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung deckt nur Behandlungs- und akzessorische Grundpflegeleistungen, nicht aber die Grundpflege an sich und auch nicht die Betreuung sowie die Überwachung des Versicherten. Bei der akzessorischen Grundpflege handelt es sich um grundpflegerische Leistungen, die in direktem Zusammenhang mit der Durchführung von behandlungspflegerischen Massnahmen anfallen beziehungsweise notwendig sind. Akzessorisch ist beispielsweise die grundpflegerische Körperpflege bzw. Reinigung nach behandlungspflegerischer Darmentleerung. Entschädigt werden die versicherten Pflegeleistungen, wenn sie in einem Spital oder Heim oder durch die Spitex oder freiberuflich tätige Pflegefachpersonen erbracht werden.

Nach Eintritt der Berentung kann die Pflegeentschädigung nur in den folgenden Fällen gewährt werden, wenn der Versicherte:

- an einer Berufskrankheit leidet
- unter einem Rückfall oder Spätfolgen leidet und die Erwerbsfähigkeit durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann
- zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf
- erwerbsunfähig ist und sein Gesundheitszustand durch medizinische Vorkehren wesentlich verbessert oder vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden kann

Pflegende Angehörige sind ebenfalls als Leistungserbringer anerkannt. Bei ihnen wird unterschieden, ob es sich um eine diplomierte Pflegefachperson handelt oder nicht. Angehörige mit einem Pflegediplom können eine sogenannte ZSR-Nummer (Zahlstellenregisternummer) beantragen und im Anschluss wie freiberuflich tätige Pflegefachpersonen abrechnen. Für den Erhalt einer ZSR-Nummer muss der Angehörige der santésuisse Folgendes nachweisen:

- kantonale Berufsausübungsbewilligung
- Diplom
- Anerkennung Ausbildungsabschluss SRK
- Nachweis einer zweijährigen praktischen Tätigkeit zu 100% unter der Leitung einer zugelassenen Pflegefachperson



- Beitrittserklärung zum Tarifwerk Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK und santésuisse mit Visum von SBK
- Eröffnung eines AHV-Kontos als selbständig erwerbende Person
- bei Teilzeitbeschäftigung Einverständnis des Arbeitgebers oder persönliche Erklärung, dass keine Anstellung mehr vorliegt



Angehörige, die kein Pflegefachdiplom besitzen, erhalten nach pflichtgemäsem Ermessen eine Entschädigung, auf die aber kein Rechtsanspruch besteht. Das UVG macht eine Entschädigung für Angehörigenpflege davon abhängig, dass ein materieller Schaden (zum Beispiel ein Lohnausfall des sonst auch erwerbstätigen Ehegatten, Reisekosten von auswärts wohnenden Kindern) nachgewiesen werden kann. Trifft dies nicht ein, soll die Entschädigung gewährt werden, wenn die Hilfe eindeutig über das hinausgeht, was man von einem Familienmitglied füglich erwarten darf (z.B. täglich stundenlange Betreuung).

■ 2. Pflegeentschädigung der Krankenversicherung

Die Krankenversicherung kommt als finale Sozialversicherung sowohl bei einer krankheits- als auch bei einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit zur Anwendung. Bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit jedoch nur subsidiär zur Unfallversicherung und nur insoweit die Leistungsvoraussetzungen der Krankenversicherung erfüllt sind. Im Gegensatz zur Unfallversicherung sind bei der Krankenversicherung Behandlungs- und Grundpflegeleistungen versichert, jedoch keine Betreuungs-, Überwachungs- und hauswirtschaftlichen Leistungen.

Die krankenversicherungsrechtliche Pflegeentschädigung setzt voraus, dass die Pflege von anerkannten Leistungserbringern erbracht wird. Dazu zählen Spitäler, Pflegeheime, Spitex-Organisationen und freiberuflich tätige Pflegefachpersonen mit einer ZSR-Nummer. Werden die an sich versicherten Pflegeleistungen von nicht anerkannten Leistungserbringern, z.B. Behinderteneinrichtungen oder Angehörigen, erbracht, besteht keine Entschädigungspflicht. Hier ist darauf hinzuweisen, dass pflegende Angehörige von der örtlichen Spitex angestellt werden können. Angestellte Angehörige dürfen dann relativ einfache Grundpflege aber keine Behandlungspflege erbringen.

Die neue Pflegefinanzierung führt neu für Heim- und Spitexpflegekosten einen Selbstbehalt in Bezug auf die «nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten»

ein. Dieser beträgt 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages. Für Heim- und Spitexpflegebedürftige bedeutet dies, dass sie inskünftig jährlich maximal CHF 7884.– (Heimpflege) beziehungsweise CHF 5825.– (Spitexpflege) für versicherte Pflegeleistungen zusätzlich zu Franchise und allgemeinem Selbstbehalt zu tragen haben. Es obliegt den Kantonen, ob der maximale Pflegekostenselbstbehalt verrechnet wird oder nicht. Die Praxis zeigt, dass die Kantone dies unterschiedlich handhaben. In Achtung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» erachte ich solch zusätzliche Kosten in der Hauspflege als nicht angebracht. Es bleibt fraglich, ob somit wirklich Kosten eingespart werden können. Erfahrungsberichte von Betroffenen zeigen zudem, dass viele ihre benötigten Pflegeleistungen einschränken, da sie sich die zusätzlichen Kosten finanziell nicht leisten können.

■ 3. Pflegeentschädigung der Invalidenversicherung

Die Invalidenversicherung übernimmt die Kosten für medizinische Massnahmen und gewährt minderjährigen Versicherten einen Intensivpflegebeitrag für Betreuungs-, Pflege- und Überwachungsmassnahmen von Angehörigen und Dritten, zusätzlich zur Hilfflosenentschädigung. Das Bundesgericht hat in einem neueren Grundsatzentscheid erwogen, dass die tägliche Krankenpflege nicht zu den medizinischen Massnahmen zählt, da ihr kein therapeutischer Charakter in eigentlichem Sinn zukommt. Keine medizinischen Massnahmen sind ferner Vorkehren, auch lebenserhaltender Art, die eine medizinisch nicht geschulte Person ausführen oder dazu angeleitet werden kann. Pflege relevant ist sofern einzig der Intensivpflegezuschlag für Minderjährige. Dieser wird für den Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege sowie Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen im gleichen Alter gewährt. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, sowie für pädagogisch-therapeutische Massnahmen. Eine intensive Betreuung liegt vor, wenn die versicherten Betreuungsleistungen im Tagesdurchschnitt mind. 4 Std. ausmachen. Die monatlichen Zuschläge werden zusätzlich zur Hilfflosenentschädigung gewährt.

In den nächsten Ausgaben informieren wir sie weiter über die Pflegeentschädigung durch die Ergänzungsleistungen zur IV/AHV, Hilfflosenentschädigung, Pflegehilfsmittel und die Entschädigung für Dienstleistungen Dritter.

Prof. Dr. iur. Hardy Landolt, Harald Suter