

Dr. Erwin Carigiet
Präsident der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP)
Departementssekretär des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich

Umgang mit pflegebedürftigen Menschen im Gesundheitswesen - heute und morgen

5. Zürcher Geriatrieforum Waid vom 19. Mai 2005

A. Altersmedizin ist anders – Beispiele aus der Praxis

- 1. Ein Sturz mit Folgen**
- 2. Störrischer alter Mann – nicht ernst genommen**
- 3. 40 Treppenstufen – als 84-jährige mit Training und Ermunterung zum Erfolg**
- 4. Einzelfälle oder typische Konstellationen? - Grundsätzliches**

B. Medizin für chronisch kranke Menschen ist anders als Akutmedizin

- 1. Lebenserwartung – Indikator für den Nutzen des Gesundheitswesens**
- 2. Medizinischer Fortschritt – Ursprung mancher Chronifizierung**
- 3. Ganzheitlichkeit und Lebensqualität als Massstäbe**

C. Finanzierung der Alterspflege

- 1. Langzeitpflege – ein strukturelles Risiko**
- 2. Wer finanziert wie viel in der Langzeitpflege? Fiktion und Realität**
- 3. Prämien oder Steuern? Angemessene Mischfinanzierung der Langzeitpflege anstelle eines Kampfes der Generationen**
- 4. Ergänzungsleistungen zur AHV: die Heimpflegeversicherung der Schweiz**
- 5. Vermögen verscherbelt – soziale Absicherung durch Ergänzungsleistungen zur AHV? Mechanismus gegen Missbrauch**

D. Ausblick: Drei Thesen anstelle einer Zusammenfassung

Schlussbemerkungen

Umgang mit pflegebedürftigen Menschen im Gesundheitswesen - heute und morgen

5. Zürcher Geriatrieforum Waid vom 19. Mai 2005

A. Altersmedizin ist anders – Beispiele aus der Praxis

1. Ein Sturz mit Folgen

a) Einschränkungen – ein gutes Leben zu Hause

Die 92-jährige Heidi Müller (Name geändert) lebt allein in einer Wohnung in Ausser-Kellikon (Gemeindenname fiktiv). Sie konnte sich bis anhin mit der Haushalthilfe der Spitex selber versorgen. Dies trotz fast vollständiger Erblindung (Restvisus 5 % an einem Auge) und starker chronischer Arthrose-Beschwerden.

b) Ein Sturz – Behandlung im Akutspital

Anfang dieses Jahres stürzte Heidi Müller über ein Telefonkabel in ihrer Wohnung und zog sich eine stark blutende Kopfwunde zu. Zufälligerweise war gerade ein Handwerker in der Wohnung, welcher die Rettungssanität des Bezirks benachrichtigte. Heidi Müller wurde ins nächst gelegene Spital transportiert (ein Spital ausserhalb der Stadt Zürich). Dort wurde die Kopfwunde versorgt und ein Computertomogramm des Schädels durchgeführt. Dies, um eine Hirnverletzung auszuschliessen. Die alte, geistig rüstige Frau blieb fünf Tage im Spital. Danach wurde sie in die Obhut und Wohnung des 60-jährigen Sohnes Martin Müller (Name geändert) in Brüllikon-Nord (Gemeindenname fiktiv) entlassen.

c) Vom Akutspital ins Pflegeheim?

Martin Müller war etwas ratlos, da der gesundheitliche Zustand seiner Mutter eine Rückkehr in ihre Wohnung nicht zuliess. Er telefonierte anfangs Februar deshalb dem Blindenverband, welcher ihn an die Klinik für Akutgeriatrie am Stadtspital Waid weiter verwies. Hier fragte er, was er für seine Mutter noch tun könne. Sie sei weiterhin sehr schlecht mobil, habe Schmerzen und es sei undenkbar, dass sie wieder in ihre eigene Wohnung zurückkehren könne, was doch eigentlich das Ziel sei. Dort finde sie sich mit ihrer schweren Sehbehinderung einigermassen zurecht, zumal die Leistungen der Spitex wertvolle ergänzende Hilfe leisteten. Die Empfehlung der Auskunft erteilenden Ärztin lautete: Rücksprache mit dem Hausarzt und durch diesen Einweisung in die Klinik für Akutgeriatrie.

Heidi Müller traf Mitte Februar in der Klinik für Akutgeriatrie ein: Als Hauptprobleme stellten sich eine ausgeprägte Geh-Unsicherheit und diffuse, anhaltende Schmerzen im Rücken- und Hüftbereich heraus. Zudem litt die vom Sohn als vor dem Sturz als ausgesprochen lebenslustig beschriebene Frau an einer starken Depression.

d) Genauer hingeschaut – Lebensqualität zurückgewonnen

Die Mitarbeitenden der Klinik für Akutgeriatrie besprachen den Fall im interdisziplinären Team und ordneten weitere Abklärungen inkl. Skelettszintigrafie an. Diese ergaben frische Knochenbrüche des 11. Brustwirbelkörpers, des Steissbeins sowie beider Schambeinäste links. Diese Brüche bedurften keiner chirurgischen Intervention, aber einer intensiven Physio- und Schmerztherapie.

Bereits nach wenigen Tagen befand sich die Patientin auf dem Wege der Besserung. Die Mobilität nahm wieder zu, die Schmerzen ab und die depressive Episode klang unter entsprechender Behandlung ab. Mit Hilfe des Übergangspflegedienstes der Klinik für Akutgeriatrie konnte Heidi Müller nach 6 Wochen definitiv nach Hause entlassen werden.

2. Störrischer alter Mann – nicht ernst genommen

a) Störungen – störend?

Der 68-jährige Thomas Burger (Name geändert) wurde im Dezember des vergangenen Jahres wegen immobilisierenden Rückenschmerzen in eine medizinische Klinik eingewiesen. Deswegen war er bereits im Frühling des gleichen Jahres mehrwöchig hospitalisiert gewesen mit nachfolgender Rehabilitation (so genanntes „bekanntes Leiden“). Gemäss Bericht der medizinischen Klinik führte die „Dekompensation der sozialen Verhältnisse“ durch die anhaltenden Schmerzen und die Alkoholkrankheit der Ehefrau zur jetzigen Hospitalisation.

Der Patient wurde während 13 Tagen in der Physiotherapie des Spitals behandelt, wobei er „äusserst passiv“ gewesen sei, er habe „täglich zur Therapie motiviert werden müssen“ – „auch bezüglich der Schmerzempfindung scheint eine tiefere Schmerzschwelle vorhanden zu sein“ (zitiert aus dem Austrittsbericht). Röntgenbilder wurden keine angefertigt. Thomas Burger wurde nach 13 Tagen in die Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspitals Waid verlegt mit der Bemerkung, „möglicherweise werde die gesamte Situation auf eine Pflegeheim-Anmeldung hinauslaufen“.

b) Schmerzen ernst genommen – Leiden reduziert

Bei der Aufnahme in die Klinik für Akutgeriatrie Ende des Jahres wurden von den schmerzhaften Regionen Röntgenbilder angefertigt (Wirbelsäule, Becken) und es fand sich ein recht frischer Bruch der rechten Hüfte – vereinbar mit einem Bruchdatum Ende November/Anfang Dezember (Schenkelhalsfraktur rechts).

Da der Patient in schlechtem Allgemeinzustand war, konnte er nicht sofort operiert werden – er bedurfte vorab einer Bluttransfusion und einer medikamentösen Behandlung des Herzens. Drei Tage später wurde er auf die Chirurgie des Stadtspitals Waid verlegt, wo ihm erfolgreich ein künstliches Hüftgelenk eingebaut wurde. Der Patient war nach der Operation wieder mobil, und zwar mit deutlich weniger Schmerzen als vor dem Eingriff, und konnte ohne Probleme an der Physiotherapie teilnehmen.

Thomas Müller kehrte in seine eigene kleine Wohnung zurück. Er war zuversichtlich, dort noch viele Jahre leben zu können, und sehr glücklich darüber, nicht in ein Pflegeheim eintreten zu müssen. Die Mitarbeitenden der Klinik für Akutgeriatrie hatten seine Wohnung besichtigt und dem Patienten nützliche Tipps zur Anpassung gegeben.

3. 40 Treppenstufen – als 84-jährige mit Training und Ermunterung zum Erfolg

a) Sturz am Muttertag

Als Lukretia Bauer (Name geändert) am Muttertag letzten Jahres auf einem Zürichseeschiff ausrutschte und hinfiel, dachte sie weniger an die Schmerzen als an die Worte der Ärzte, als sie damals nach ihrem letzten Sturz endlich das Spital verlassen konnte: "Wenn Sie noch einmal stürzen, ist es wahrscheinlich, dass sie nicht mehr zu Hause leben können."

Bereits in ihrem 60. Lebensjahr war Lukretia Bauer in den Ferien gestürzt und hatte sich den Oberarm gebrochen. Mit 75 und 83 Jahren brach sie sich je den einen und den anderen Oberschenkelhals. Den Spitalaufenthalten folgte hartes Training. Nach dem Oberarmbruch waren kleine alltägliche Verrichtungen wie Zähne putzen oder Haare kämmen schier unmöglich. Auch nach dem intensiven Training waren diese selbstverständlichen Verrichtungen immer für lange Zeit noch mit Schmerzen verbunden.

Lukretia Bauers von Arthrose befallenen Kniegelenke machten ihr ebenfalls zu schaffen, manchmal waren die Schmerzen so stark, dass sie diese ohne starke Medikamente fast nicht aushielt. Sie musste die Medikamente sparsam einnehmen, da diese schon öfters ihre Magenschleimhaut angegriffen hatten.

Zudem hatte in den letzten Jahren auch ihr Herz unter hohem Blutdruck gelitten, was bei allzu grossen Anstrengungen deutlich zu spüren war: Lukretia Bauer kam schnell ausser Atem. Deshalb ging sie langsam und an zwei Stöcken, um ihre Knie zu entlasten. Dies gab ihr Sicherheit und nahm ihr die Angst, erneut zu stürzen.

Und trotzdem passierte es wieder! Ausgerechnet am Muttertag!

Im Spital wurde eine harmlose aber schmerzhaft Fraktur im Beckenbereich festgestellt. Lukretia Bauer konnte mit Schmerzmedikamenten wieder gehen. Kurz nach dem Austritt jedoch war das plötzlich nicht mehr möglich, und sie musste erneut ins Spital eingewiesen werden. Die Ärzte erklärten ihr, dass das Becken an mehreren Stellen gebrochen war und dass sie deswegen viel liegen müsse.

Es war wie ein Altraum! Schmerzen im Liegen *und* beim Bewegen. Lukretia Bauer konnte zusehen, wie die Muskeln an den Beinen schwanden. Sie fühlte sich immer schwächer. Die Genesung machte keine Fortschritte. Am meisten fürchtete sie aber, dass sie nicht mehr nach Hause zurückkehren könnte. Es wurden weitere Abklärungen gemacht, sie musste täglich viele starke Schmerzmedikamente einnehmen, damit sie überhaupt mit der Physiotherapeutin arbeiten konnte. Ihr innigster Wunsch, wieder in ihre schöne Wohnung zurückzukehren, gab ihr Kraft und motivierte sie! In Begleitung konnte sie schon bald einige Schritte gehen, was jedoch nicht genügte. Sie wusste: Um ohne Lift in ihre Wohnung im 3. Stock zu gelangen, musste sie 40 Treppen steigen können.

Eines Tages konnte Lukretia Bauer nicht mehr länger im Spital bleiben. Ihr Bett wurde anderweitig gebraucht. Für eine Rückkehr nach Hause war sie jedoch zu schwach und unsicher auf den Beinen. Sie brauchte mehr Zeit, um zu genesen.

Die Verlegung in ein Pflegezentrum wurde unumgänglich.

b) Langsam aber stetig zurück in die Selbständigkeit

Lukretia Bauer trat in die Temporärabteilung des Pflegezentrums Käferberg ein. Hier werden die Patientinnen und Patienten durch ein vielfältiges, auf den Einzelnen ausgerichtetes Angebot auf eine selbständige Lebensführung vorbereitet und auf dem Weg zurück in die Eigenständigkeit während einer Überbrückungszeit begleitet. Man erklärte Lukretia Bauer,

dass die Temporärabteilung betagten Menschen, die den Wunsch und das Potential hätten, nach Hause zurückzukehren, die Möglichkeit gibt, ihr Ziel zu erreichen (Slow-Stream-Rehabilitation). Dazu kann auch eine genügend lange Erholungszeit gewährt werden. Es wurde für Lukretia Bauer eine schmerzliche Erfahrung, erleben zu müssen, dass der Aufbau der Muskulatur im Alter ein langsamer Prozess ist. So viel wie möglich selbständig machen, auch wenn es viel Zeit in Anspruch nimmt, lautete die Devise.

Die Schmerzen wurden allmählich schwächer, Lukretia Bauer erkundigte sich, ob die vielen Medikamente nicht reduziert werden könnten. Die Ernährung leiste einen wichtigen Beitrag an den Erfolg ihres Vorhabens, die tägliche Pillenration beeinträchtigte jedoch den Appetit! Die Medikamente konnten erfolgreich reduziert werden. Physiotherapie mit Gleichgewichts- und Kräftigungsübungen gehörte zum täglichen Programm. Die Spaziergänge auf eigene Faust wurden immer länger, nach einem Monat konnte Lukretia Bauer aber erst drei Treppenstufen steigen. Sie geriet schnell ausser Atem. Das Herz machte noch nicht ganz mit.

Die Handgelenke wurden durch den Zweistöckgang stark beansprucht, sie schmerzten stark. Ein Rückschlag: Das Training musste reduziert und die Therapie angepasst werden. Nun war Velo fahren angesagt; zwei Mal täglich auf dem Spezialvelo. So konnten sich die Handgelenke erholen und gleichzeitig die Beinmuskeln weiter trainiert werden. Von den Therapeuten und dem Pflegepersonal wurde die alte Dame stets moralisch unterstützt, denn ihr Wille und ihr Mut waren der Motor zum erfolgreichen Weitermachen!

Langsam ging es aufwärts, und nach zweieinhalb Monaten bewältigte Lukretia Bauer die 40 Treppenstufen! Dem "Probewohnen" stand nun nichts mehr im Wege.

Lukretia Bauer war überglücklich und stolz: Sie konnte in die Wohnung zurückkehren und mit Hilfe der Spitex und gelegentlicher Unterstützung ihrer Tochter definitiv in den eigenen vier Wänden leben.

Lukretia Bauer besucht noch heute einmal wöchentlich das Pflegezentrum, isst hier zu Mittag, trainiert am Velo, und lässt sich anschliessend von der Coiffeuse frisieren.

4. Einzelfälle oder typische Konstellationen? - Grundsätzliches

Heidi Müllers Sohn – informiert über die Befunde – zeigte sich erstaunt, dass im Erstspital die multiplen Brüche nicht erkannt und die Patientin in diesem Zustand nach Hause entlassen worden sei.

Fachleute der Geriatrie sind nicht erstaunt: Der primäre Anlass (*Hauptdiagnose*) wurde zwar seriös abgeklärt und behandelt, die effektiv versteckten weiteren Ursachen der Schmerzen und Pflegebedürftigkeit wurden aber weder aufgedeckt, noch behandelt.

Die Gründe sind vielfältig und liegen wohl in einer Mischung von

- Unwissen (die Aspekte der alternden Gesellschaft werden in der medizinischen Grundausbildung oft noch zu wenig berücksichtigt) und
- mangelnder Sensibilisierung des Personals sowie der Angehörigen für die Bedürfnisse der alten Menschen und
- fassen grundsätzlich im *gesellschaftlichen Altersbild*.

Alte Menschen sind nicht Patientinnen und Patienten, die sich lediglich im Alter von den jüngeren Altersgenossen unterscheiden:

- Die Krankheiten alter Menschen manifestieren sich oft als *Gebrechlichkeit*, als *Frailty* oder auch als *Disability*.
- Alte Menschen zeigen bekannterweise oft eine völlig *atypische Symptom-Präsentation* (wie z.B. einen Herzinfarkt ohne Brustschmerzen, der sich nur durch plötzliche Gebrechlichkeiten und etwas Atemnot manifestiert).
- Die *Therapieverweigerungen* gerade alter und/oder chronisch kranker Menschen erweisen sich retrospektiv oft durchaus als nachvollziehbar. Oft haben sie das Gefühl ihr aktuelles Problem sei der *Anfang vom Ende*, eine Therapie würde lediglich das *Leiden verlängern*, könne das *Unausweichliche* eh nicht abwenden und sie *wüssten zu wenig, um das Leiden alltagsrelevant zu bessern*. Deshalb handeln sie nach dem vermeintlichen Motto *Lieber ein schnelles Ende, als ein Schrecken ohne Ende*.

Weitere Unterschiede ergeben sich aus

- dem höheren Bedarf an Rehabilitationsleistungen, die ältere Menschen benötigen, um zu genesen;
- der raschen Zustandsverschlechterung, wenn die aufgetretenen Symptome nicht behandelt werden;
- der hohen Wahrscheinlichkeit von sekundären Krankheits- resp. Therapie-Komplikationen;
- der hohen Bedeutung von Umweltfaktoren für die Genesung und Rückkehr nach Hause (Gestaltung des Wohnumfelds, familiäres und übriges soziales Beziehungsnetz).

Fazit:

Alte Menschen sind in Spital und Arztpraxis ebenso ernst zu nehmen wie jüngere Menschen: *Ernstnehmen und Nachschauen, wo es weh tut*.

B. Medizin für chronisch kranke Menschen ist anders als Akutmedizin

1. Lebenserwartung – Indikator für den Nutzen des Gesundheitswesens

Zahlen zur Lebenserwartung bestehen in der Schweiz seit 1876, so dass sich die Entwicklung über längere Zeit beobachten lässt. Die Lebenserwartung bei Geburt ist in diesem Zeitraum stark angestiegen. Im 19. Jahrhundert lag sie unter 50 Jahren. Sie betrug 2001 für Frauen rund 83 Jahre, für Männer demgegenüber etwas über 77 Jahre. Die schweizerische Wohnbevölkerung hat sich in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt: Gegen Ende des 20. Jahrhunderts hat sie die Siebenmillionen-Marke überschritten. Die Zahl der über 65-jährigen Menschen hat sich in diesem Zeitraum verfünffacht, jener der Hochbetagten, d.h. der über 80-jährigen verfünzfach.

Selbstverständlich ist nicht allein der medizinische Fortschritt für das Altern der Gesellschaft verantwortlich, aber er spielt eine entscheidende Rolle. Die Ernährung und die Hygiene sind

von vergleichbarer Wichtigkeit. Die Menschen der Moderne leben länger als die Altvorderen und erfreuen sich dabei auch länger einer guten Gesundheit. Das Ende des Lebens bleibt aber oft von Krankheit und Hinfälligkeit gezeichnet.

Insgesamt kann die Lebenserwartung also als ein wichtiger Indikator für den Nutzen des Gesundheitswesens gewertet werden.

2. Medizinischer Fortschritt – Ursprung mancher Chronifizierung

Heute hat die Medizin die meisten Akutkrankheiten „im Griff“. Viele früher tödliche Erkrankungen (wie AIDS, manche Krebskrankheiten usw.) sind zwar nicht heilbar, aber doch überlebbar geworden. Oft sogar mit einer verhältnismässig akzeptablen Lebensqualität. Trotzdem prägt die Akutmedizin die ganze Medizin: Chronisch kranke Menschen werden oft wie Akutkranke behandelt, obwohl es wenig Sinn macht, bei chronischen Krankheiten so vorzugehen und zu handeln, wie wenn eine Heilung möglich wäre.

Auf die zunehmenden chronischen Leiden unserer Zeit scheint das Gesundheitswesen bisher noch keine „echte“ Antwort gefunden zu haben. Nicht jede akut-medizinisch indizierte Intervention ist sinnvoll, insbesondere, wenn die Patientinnen und Patienten ganzheitlich wahrgenommen werden.

Als Beispiel diene der Alterskrebs: Dass Krebs im Wesentlichen eine "Alterskrankheit" geworden ist, wird immer noch gern verdrängt. Im hohen Alter ist Krebs oft eine von vielen Krankheiten, an denen die Betroffenen leiden, selten *die* Krankheit. Bei 80 Prozent der über 60 Jahre alten Krebspatientinnen und -patienten liegt mindestens eine weitere, bei den 70- bis 90-jährigen liegen sogar fünf bis neun nebeneinander existierende, zumeist chronische Krankheiten vor. Dazu gehören Bluthochdruck, Herzschwäche, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen. Darüber hinaus treten bei alten Menschen sehr viel häufiger Depressionen und Demenzen auf als bei der jüngeren Bevölkerung. Zwei Drittel der über 65-Jährigen nehmen regelmässig ein bis drei verschreibungspflichtige Medikamente ein.

Bei der Behandlung alter Krebspatientinnen und -patienten ist solchen Tatsachen unbedingt Rechnung zu tragen. Bei der Dosierung von Krebsmedikamenten müssen beispielsweise die erniedrigte Filterleistung der Niere und die beeinträchtigte Entgiftung über die Leber berücksichtigt werden. Alte Menschen haben weniger Wasser und mehr Fett im Körper: Wasserlösliche Medikamente verteilen sich daher schlechter, fettliebende dagegen besser. Die Reservecapazität des Knochenmarks ist bei alten Menschen ebenso eingeschränkt, wie die Fähigkeit der Schleimhautzellen sich zu erneuern. Alte Krebspatienten erholen sich damit sehr viel langsamer von den Nebenwirkungen einer Chemotherapie als jüngere Betroffene.

Das macht die Phasen mit guter Lebensqualität zwischen den Chemotherapie-Zyklen oft kürzer und kann das Vorteil-/Nachteil-Verhältnis der Therapien wesentlich schlechter werden lassen, als dies die Studien vorrechnen, die meist bei im übrigen gesunden Probandinnen und Probanden gemacht worden sind. Die Anordnung solcher Behandlungen, ohne die hier skizzierten Informationen den Betroffenen und ihren Angehörigen weiterzugeben, ist schon als *moralischer Betrug* bezeichnet worden.

Der Einbezug der Angehörigen ist sehr wichtig. Ihr persönlicher Erfahrungshintergrund unterscheidet sich meist wesentlich von dem der älteren Menschen. Dies kann dazu führen, dass sie für ihre betroffenen Angehörigen mehr verlangen, als diese letzten Endes überhaupt möchten oder ihnen gut tut. Hilflosigkeit, Trauer über den sich abzeichnenden menschlichen Verlust und unerfüllbare Erwartungen in die moderne Medizin bilden immer wieder eine kontraproduktive Allianz.

Hier ist es die vornehme Aufgabe der Fachpersonen, die notwendige Aufklärung vorbehaltlos, aber auch in ihrer ganzen Komplexität darzustellen. Dies stellt besondere Ansprüche an vernetztes Denken und erfordert ständige Weiterbildung, die sich im Spannungsfeld zwischen heilender (eher technischer) und pflegender (oft palliativer) Medizin bewegt.

3. Ganzheitlichkeit und Lebensqualität als Massstäbe

Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat sich jüngst zur nicht nur medizinisch, sondern auch gesellschaftspolitisch relevanten Fragestellung des Umgangs mit pflegebedürftigen Menschen geäussert. In ihrem Bericht *Die Zukunft der Medizin: Die Diskussion ist eröffnet* (aufzufinden unter www.samw.ch) verlangt sie in der Quintessenz eine ganzheitlichere Behandlung der Patientinnen und Patienten: Im Einzelfall soll nicht alles medizinisch Mögliche, sondern vor allem das für den betroffenen Menschen Sinnvolle gemacht werden. Selbstverständlich ist dies eine schwierige und herausfordernde Aufgabe. Sie kann nur im vertrauensvollen Zusammenspiel zwischen Fachpersonen, kranken Menschen und deren Angehörigen verwirklicht werden.

Die Fachpersonen sind bei existenziellen Fragen nicht nur in ihrer Professionalität, sondern ebenso in ihrer Beziehung von Mensch zu Mensch gefordert. Nebst den an und für sich oft wunderbaren Errungenschaften des medizinischen Fortschritts müssen Zuwendung und Fürsorge in der Medizin und Pflege ihre einstmals wichtigste Bedeutung zurück gewinnen. In alternden Gesellschaften,

- wo chronische Krankheiten die häufigste Ursache für Leiden und Tod sind,
- müssen die kurative *und* die pflegende beziehungsweise rehabilitative Medizin eine gleichwertige Bedeutung erhalten.

Der medizinische Fortschritt bleibt mit allen seinen Techniken immer wieder sozusagen *auf halbem Weg* stecken. Krankheiten werden zwar überlebbar, aber sie bleiben bestehen. Medizinischer Fortschritt, der allein auf die Technik vertraut, lässt die kranken Menschen mit ihren existentiellen Bedürfnissen und Nöten allein. Diese Diagnose verlangt selbstverständlich nicht, dass ins andere Extrem verfallen wird und bei chronischen Krankheiten allein auf Empathie und Zuwendung gesetzt werden soll. Das Spannungsfeld ist gegeben, ebenso die Ambivalenz.

Lebensqualität sollte vermehrt zum Leitsatz auch des medizinischen Handelns werden. Andernorts wurde es so formuliert: *Den Jahren mehr Leben geben und nicht dem Leben Jahre*. Ohne den konsequenten Fokus auf die Lebensqualität werden in Zukunft in erster Linie wahrscheinlich die Ausgaben, nicht aber die Gesundheit der Betroffenen zunehmen.

Die Gesellschaft des langen Lebens steht in einem neuen Spannungsfeld

- zwischen einer durchaus berechtigten und wünschenswerten *Aktivierung des Alters* und
- neu zu lernenden Abhängigkeiten und Gebrechlichkeiten.

Im 20. Jahrhundert ist der Menschheit das dritte Lebensalter (65 – 85 Jahre) geschenkt worden. Es ist gekennzeichnet von vielen neuen Chancen und Möglichkeiten, die die vorangegangenen Zeitalter so nicht gekannt haben. Allerdings erleben einige ältere Menschen diese neuen Freiheiten eher negativ als Frei-setzung oder als „Abgeschoben-Werden“. Die Moderne hat aber nicht nur dieses meist positiv erlebte dritte Lebensalter mit sich gebracht,

sondern auch das vierte Lebensalter (ab 85 Jahren). Paul Baltes, seit 1980 Direktor des Max Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin, hat es wie folgt formuliert: „Da es sich beim Alter um eine junge Errungenschaft in der Menschheitsgeschichte handelt, gibt es kein steuerndes genetisches Programm. Die Evolution ist keine Freundin des Alters. ...Der Körper wird zur Hypothek des Geistes.“ (Tages-Anzeiger vom 21. April 2005).

Die alten Ewigkeitsträume der Menschheit lassen sich trotz des medizinischen Fortschritts nicht verwirklichen: Der medizinische Machbarkeitswahn verdrängt die Angst, in der letzten Lebensphase oder in besonderen Lebensumständen von anderen Menschen abhängig zu werden. Viele kranke und pflegebedürftige Menschen ziehen sich aus der Öffentlichkeit zurück und schämen sich ihrer Abhängigkeit und Hinfälligkeit. Die Ökonomisierung vieler Gesellschaftsbereiche trägt zusätzlich zu diesem Schamgefühl bei. Es gilt also, nicht nur die *Würde der Abhängigkeit* (wieder) zu entdecken, sondern auch

- die vorherrschende Orientierung an körperlichen oder geistigen Defiziten
- zu Gunsten einer „menschlicheren“ *Ausrichtung an den verbliebenen körperlichen oder geistigen Ressourcen*

aufzugeben. Diese Besinnung und Konzentration auf vorhandene Fähigkeiten und Möglichkeiten berücksichtigt, dass Menschen nicht nur biologisch gesteuerte Wesen, sondern in jeder Phase ihres Lebens von Gefühlen und Empfindungen geprägt und geleitet sind.

Die Medizin und das Gesundheitswesen sind stets auch ein Spiegel der Gesellschaft. Die bereits angedeutete Vision vom *Sterben des Todes* bzw. die *Angst vor dem Tod*, wie sie für ausgeprägt materialistisches Denken typisch sind, setzen in der Prioritätensetzung praktisch vorbehaltlos auf den medizinischen Fortschritt und damit auf die flächendeckende Anwendung hoch spezialisierter Medizin.

Dabei kann sich der medizinische Fortschritt in sein Gegenteil verwandeln, wie es in den vorangegangenen Erwägungen angedeutet worden ist. Und dies erst noch unter gewaltigen Kosten. Allerdings können für derartige Entwicklungen nicht einseitig die Ärztinnen und Ärzte oder das Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden. Aber sie können ebenso wenig von jeder Mitverantwortung entbunden werden.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang beispielsweise,

- dass es noch nicht an allen schweizerischen medizinischen Fakultäten Lehrstühle für Geriatrie oder Altersmedizin gibt;
- dass es in der Schweiz nur wenige Lehrstühle für Pflegewissenschaft gibt, die sich naturgemäß schwergewichtig der Langzeitpflege widmen;
- dass die Palliation, die Wissenschaft von der Schmerzbekämpfung und -linderung, immer noch verhältnismässig wenig Anerkennung und Bedeutung in Ausbildung, Forschung und Praxis genießt;
- dass die Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte rückläufig ist und sich dadurch an verschiedenen Orten Versorgungsgenässe abzeichnen.

Erfreuliche Entwicklungen seien ebenfalls erwähnt. So ist vor kurzem an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel das erste *Institut für Hausarztmedizin* der Schweiz gegründet worden. Damit soll das Image der Grundversorgerinnen und Grundversorger aufgewertet

werden. Das neue Lehrinstitut soll der Hausarztmedizin mit eigenen Lehrinhalten und eigener Forschung universitäres Prestige verleihen.

Im Kanton Zürich scheiterte demgegenüber die Schaffung eines solchen Instituts bisher am Widerstand der Medizinischen Fakultät.

Im Kanton Bern wurde an der medizinischen Fakultät der Universität Bern anfangs 2005 ein *Lehrstuhl für Geriatrie* gegründet mit einer kommunalen geriatrischen Klinik als Zentrum. Die medizinische Fakultät der Universität Zürich hat es bis anhin ebenso hartnäckig unterlassen, einen Lehrstuhl für Altersmedizin einzurichten. Dies trotz Ko-Operationsangeboten der städtischen Stellen, insbesondere der renommierten Klinik für Akutgeriatrie am Stadtspital Waid.

C. Finanzierung der Alterpflege

1. Langzeitpflege – ein strukturelles Risiko

Der zunehmende ökonomische Druck auf das Gesundheitswesen lässt befürchten, dass vor allem chronisch kranke und alte Patientinnen und Patienten die wahrscheinlichen zukünftigen Sparanstrengungen zu spüren bekommen. Die Pflegebedürftigkeit (meist tritt sie erst im Alter auf) stellt für den Einzelnen ein finanzielles Grossrisiko dar. Es ist voraussehbar und trifft viele. De facto sterben 90 % aller über 65-Jährigen nach einer Phase mehrmonatiger Pflege, 50 % davon nach 7 Jahren langsam zunehmender Pflegebedürftigkeit. Dies bewirkt, dass die Frage der Pflegefinanzierung eine breitere Öffentlichkeit zu interessieren beginnt.

Ein Spitaltag kostet Fr. 700 bis Fr. 1'000 (ohne aufwändige Behandlungen und Eingriffe), also bis zu Fr. 30'000 im Monat. Ein Tag in einem Pflegeheim kostet – je nach Pflegebedürftigkeit – Fr. 250 bis Fr. 350, also bis zu Fr. 10'000 im Monat. Je nach Lebensdauer ergeben sich Kosten von insgesamt mehreren 100'000 Franken.

Seit der Einführung der obligatorischen sozialen Krankenversicherung 1996 hat sich die Beteiligung der Krankenkassen an den (Langzeit-)Pflegekosten stetig erhöht. Heute bezahlen sie rund 20 Prozent der Kosten von Pflegeaufenthalten. Die vollumfängliche Übernahme des Pflegeaufwands durch die Krankenkassen - was sie aufgrund der bestehenden Gesetzesgrundlagen müssten - führte schätzungsweise zu einer Prämiensteigerung von 10 Prozent.

Die Alters- und Pflegeheimkosten müssen

- *in erster Linie* von den Betroffenen getragen werden.
- Die soziale Krankenversicherungen übernehmen *in zweiter Linie* einen Teil der Pflegekosten, je nach Pflegestufe bis zu knapp Fr. 2'500 pro Monat.
- *In dritter Linie* decken Ergänzungsleistungen zur AHV (und die Hilflosenentschädigungen der AHV) die verbleibende Differenz zwischen anerkannten Ausgaben (Kost, Logis, Betreuung, Pflege) und anrechenbaren Einnahmen. Darauf ist noch einzugehen.
- *In vierter Linie* übernehmen die Sozialhilfe oder verwandte Bedarfsleistungen wie Pflegebeiträge ein darüber hinaus nicht gedecktes Defizit.

Anstrengungen, die ein Verbleiben in den eigenen vier Wänden ermöglichen, lohnen sich also, wenn die Aufwendungen für die stationäre Pflege in die Rechnung miteinbezogen werden.

2. Wer finanziert wie viel in der Langzeitpflege? Fiktion und Realität

Zurzeit herrscht in der Öffentlichkeit an vielen Ort der Eindruck vor, „dass es die Alten sind, welche die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu verantworten haben“. Wie oben dargestellt, haben die Krankenkassen seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 immer mehr Kosten für die so genannte Langzeitpflege vor allem alter Menschen übernehmen müssen. Das ist eine Realität. Allerdings bedeutet diese Realität nicht, dass die Kosten in der Langzeitpflege an und für sich derart gewachsen sind, sondern dass sie sich lediglich teilweise auf andere Finanzierer, eben die sozialen Krankenversicherer, verschoben haben.

Vor der Einführung des KVG waren die Kosten der Langzeitpflege von der Krankenversicherung nur sehr limitiert übernommen worden. Ebenso konnten die Prämien je nach Alter, Risiko oder auch Geschlecht unterschiedlich hoch ausfallen. Es herrschte also keine Solidarität

- zwischen Alten und Jungen oder
- zwischen Gesunden und Kranken oder
- zwischen Männern und Frauen.

Seit 1996 müssen Frauen oder alte Menschen keine höheren Krankenkassenprämien mehr bezahlen als Männer oder junge Menschen. Überdies können Chronischkranke von ihren Krankenkassen nicht mehr ausgesteuert werden. Wichtige Errungenschaften des KVG!

Die vollständige Übernahme der in Alters- und Pflegeheimen oder in der Spitex entstehenden Pflegekosten ist trotz der expliziten Gesetzesbestimmungen nie realisiert worden. Mit der Begründung einer ungenügenden Kostentransparenz wurden sowohl für die Pflegeheime wie für Spitex Rahmentarife eingeführt, welche nicht kostendeckend sind. Die Krankenkassen zahlen lediglich *Beiträge an den entstehenden Aufwand*, abgestuft nach Pflegeintensität zwischen Fr. 10 und Fr. 80 pro Tag. *Der tatsächliche Aufwand kann gut das Doppelte betragen.*

Dass sie seit 1996 erhöhte Leistungen in der Langzeitpflege zu erbringen haben, hat die Krankenversicherer erschreckt und mobilisiert. Mit ihrem rituellen Wehklagen bei jeder jährlichen Ankündigung der neuen Prämien haben sie das Bild von den „teuren Alten“ geschürt oder zumindest in Kauf genommen: Der Eindruck, dass die Langzeitpflege *vor allem* von Krankenkassenmitgliedern – und dies erst noch von den jungen Mitgliedern - über ihre Prämien finanziert wird, stellt aber eine Fiktion dar. Ebenfalls der Eindruck, dass die Kosten der Pflege in den Alters- und Pflegeheimen oder in der Spitex im Vergleich zu den übrigen Gesundheitskosten übermässig ansteigen. Darauf wird einzugehen sein.

Die grundsätzlichen Finanzierungsverhältnisse in der stationären Langzeitpflege werden im Folgenden an Zahlen aus den Heimen der Stadt Zürich illustriert (Stand 2002).

Private Haushalte Grundtaxen (Kost/Logis)	Fr. 110'102'000	38 %	
Obligatorische Krankenversicherung Leistungen für Pflege	Fr. 61'024'000	21 %	Diese Leistungen werden über die Prämien vollumfänglich durch die <i>privaten Haushalte</i> finanziert.
Beiträge öffentliche Hand Bund Kanton Stadt Zürich Total	Fr. 259'000 Fr. 362'000 Fr. 59'776'000 Fr. 60'397'000	20 %	Dies sind Betriebsbeiträge. Hinzu kommen noch Investitionsbeiträge.
Ergänzungsleistungen zur AHV	Fr. 42'800'000	15 %	Diese Leistungen werden über die Steuern (Bund, Kanton, Gemeinden) vollumfänglich durch die privaten und juristischen Haushalte finanziert.
AHV Hilflosenentschädigungen	Fr. 8'431'000	3 %	
Sozialhilfe Tarifreduktionen	Fr. 2'446'000	1 %	
Unfallversicherung	Fr. 24'000	-	
Diverses Übrige Patienten- und Betriebserträge	Fr. 7'086'000	2 %	
Gesamttotal	Fr. 292'310'000	100 %	

Das Gesamttotal betrifft nur die Altersheime und Pflegezentren, welche die Stadt Zürich selber führt. Die für die Versorgung ebenfalls wichtigen privaten oder gemeinnützigen Heime müssten noch dazu gerechnet werden.

Für die Grundsatzfrage, wer wieviel an die Finanzierung der Alters- und Pflegeheime beiträgt, sind die Zahlen der städtischen Einrichtungen durchaus exemplarisch und aussagekräftig:

- Insgesamt zahlen die Krankenkassen in der Stadt Zürich etwas über 20 % an die entstehenden Alters- und Pflegeheimkosten.
- Den Rest bezahlen die Betroffenen selber (sog. Selbstzahler), in Form von Taxen (40 %)
- oder er wird von der Allgemeinheit über Betriebsbeiträge an die Einrichtungen (20 %)
- oder über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (15 %)
- oder durch Taxreduktionen oder die Sozialhilfe (1 %) übernommen.

Die *Aufenthaltsdauer* in den Spitälern reduziert sich infolge der besseren medizinisch-technischen Möglichkeiten *und* neuer Abgeltungsmodelle ständig. Die Spitäler werden vermehrt mit Pauschalen entschädigt und immer weniger nach Pfl egetagen, was Anreize zur möglichst frühen Entlassung der Patientinnen und Patienten schafft. Dies führt gerade auch bei älteren Patientinnen und Patienten zu vermehrten Zuweisungen an Pflegeheime und Spitem.

Neu ist die Entwicklung, dass der Eintritt in ein Pflegeheim für viele Menschen nicht mehr „die Endstation“ bedeutet: Heute können bereits über ein Drittel der Patientinnen die stadt-zürcherischen Pflegezentren, insbesondere die neu eingerichteten Temporärstationen, wieder so weit instand gestellt verlassen, dass sie den eigenen Haushalt besorgen können.

Die Zuweisungen an die Pflegeinstitutionen entlasten die Spitäler und somit die Kostenträger Kantone und Krankenversicherer finanziell. Da die Kosten eines Spitalaufenthaltes im Vergleich zu Spitex oder zum Pflegeheim wesentlich höher liegen, trägt die Pflege dieser Patientinnen und Patienten durch Spitex und Pflegeheime eigentlich zur Senkung der Gesundheitskosten bei.

In der Langzeitpflege gewinnt die spitalexterne Pflege (Spitex) stetig an Bedeutung, weshalb auch hier die grundsätzlichen Finanzierungsverhältnisse interessieren. Sie werden im Folgenden an Zahlen aus den von der Stadt Zürich mit Beiträgen unterstützten gemeinnützigen Spitex-Organisationen dargestellt (Stand 2002).

Private Haushalte Grundtaxen (Hauswirtschaftliche Leistungen, Mahlzeiten- und Reinigungsdienst)	Fr. 9'255'000	16 %	
Obligatorische Krankenversicherung Leistungen für Pflege	Fr. 18'328'000	33 %	Diese Leistungen werden über die Prämien vollumfänglich durch die <i>privaten Haushalte</i> finanziert.
Beiträge öffentliche Hand Bund Kanton Stadt Zürich Total	Fr. 10'161'000 Fr. 3'637'000 Fr. 11'761'000 Fr. 25'559'000	46 %	Dies sind Betriebsbeiträge. Hinzu kommen teilweise noch Investitionsbeiträge.
Ergänzungsleistungen zur AHV	Fr. 1'397'000	3 %	Diese Leistungen werden über die Steuern (Bund, Kanton, Gemeinden) vollumfänglich durch die privaten und juristischen Haushalte finanziert.
Diverses Spendeneinnahmen Spitex-Organisationen	Fr. 1'020'000	2 %	
Gesamttotal	Fr. 55'559'000	100 %	

Die Prozentsätze können von Institution zu Institution und von Ort zu Ort je nach den sozio-ökonomischen Verhältnissen und dem regionalen Preisniveau variieren. In den Grundzügen, im Trend sehen sie allerdings in der ganzen Schweiz ähnlich aus (die folgenden Zahlen stammen aus der Publikation *Das Gesundheitswesen in der Schweiz*, Ausgabe 2004, herausgegeben von der Interpharma, Basel: www.interpharma.ch):*

- 2002 haben die Kosten der *stationären Langzeitpflege* in der Schweiz insgesamt (Beträge im Folgenden gerundet) knapp 6 Milliarden Franken betragen. Davon haben die Krankenkassen für die Pflegeheime knapp 1,4 Milliarden Franken (23 %) übernehmen müssen.

Von den 17,1 Milliarden Franken Gesamtausgaben der Krankenversicherer machen diese 1,4 Milliarden Franken lediglich 8,2 % aus. Im Vergleich dazu sind 5,8 Milliarden Franken für Spitalbehandlungen (34 %), 4,1 Milliarden Franken für ambulante Arztbesuche (24 %) und 3,8 Milliarden Franken für Medikamente (ohne stationäre Behandlung 22 %) aufgewendet worden.

* Vgl. auch die vom Bundesamt für Statistik (BfS), Neuenburg herausgegebene *Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2004* – www.bfs.admin.ch

1998 haben die Kosten für die stationäre Langzeitpflege noch 4,8 Milliarden Franken ausgemacht und die Krankenkassen hatten davon 1,1 Milliarden (23 %) zu tragen. Von den 14 Milliarden Franken Gesamtausgaben der Krankenversicherer machten diese 1,1 Milliarden Franken lediglich 7,9 % aus. Der prozentuale Anteil hat sich also von 7,9 % im Jahr 1998 ganz leicht auf 8,2 % im Jahr 2002 erhöht.

- 2002 haben die Kosten der ambulanten Langzeitpflege in der Schweiz insgesamt knapp 977 Millionen Franken betragen, davon haben die Krankenkassen für die Spitex 290 Millionen Franken (30 %) übernehmen müssen. Von den 17,1 Milliarden Gesamtausgaben der Krankenversicherer sind dies 2 %. 1998 haben diese Kosten noch 815 Millionen Franken ausgemacht und die Krankenkassen hatten 224 Millionen Franken (27 %) davon zu tragen. Der prozentuale Anteil der sozialen Krankenversicherer ist somit seit 1998 etwas angestiegen.

Ein Streitpunkt zwischen Leistungserbringern und den Krankenversicherten beschlägt die Frage, welche Pflege denn nun krankheits- und welche altersbedingt ist. Die Krankenversicherer erklären sich nur verantwortlich für die krankheitsbedingten Pflegekosten. Die Unterscheidung ist in der Praxis allerdings schwierig, heikel und umstritten. Darauf ist noch einzugehen.

Alter ist keine Krankheit. Alter allein führt auch praktisch nie zu Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit im Alter ist immer die Folge einer Grunderkrankung, wobei die entsprechenden Krankheiten im Alter oft gehäuft auftreten, wie z.B. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen oder hirnorganische Erkrankungen.

3. Prämien oder Steuern? Angemessene Mischfinanzierung der Langzeitpflege anstelle eines Kampfes der Generationen

Wenn leichtsinnigerweise ein *Kampf der Generationen* angezettelt wird, wenn suggeriert wird, das Alter, die alten Menschen seien für den Rest der Gesellschaft, also für die Jungen und Mittelalterlichen, die sogenannte *Sandwich-Generation*, nicht mehr tragbar, wird es nur Verlierer geben: Junge und Alte. Wenn nun die dank der Errungenschaften des Sozialstaates überwundene Gleichung *alt = arm* durch den Mythos der teuren Alten, etwa in Form der Gleichung *alt = krank und teuer* ersetzt wird, erweist sich die Gesellschaft einen Bären dienst.

Der Bundesrat hat im Februar 2005 einen *Entwurf zur Neuordnung der Pflegefinanzierung* vorgelegt. Neu soll nur noch die Behandlungspflege von der Krankenversicherung vollständig abgegolten werden. Die Behandlungspflege umfasst Handlungen wie beispielsweise einen Verband wechseln oder eine Injektion verabreichen. An die Grundpflege soll die Krankenversicherung inskünftig lediglich einen fixen Frankenbeitrag leisten. Zur Grundpflege gehört zum Beispiel die Unterstützung bei der Körperpflege, beim Ankleiden oder beim Essen.

Diese an und für sich mögliche unterschiedliche Finanzierung von Grund- und Behandlungspflege kann zu negativen Mechanismen führen, z.B. dass die Dienstleister möglichst viele Massnahmen der Behandlungspflege „zuordnen“. Ein Beispiel: Eine Zuckerkrankheit wird mit Insulinspritzen (Behandlungspflege) anstatt mit Tabletten, die sich die Patientin oder der Patient selber zuführt (Grundpflege), behandelt, obwohl beide Massnahmen medizinisch gleichwertig sind.

Die Pflege zu Hause soll darüber hinaus nach den Vorstellungen des Bundesrates mit einer Hilflosenentschädigung zur AHV mitgetragen werden. Diese soll neu bereits bei einer Hilf-

losigkeit leichten Grades ausgerichtet werden. Für Heimbewohnerinnen und –bewohner ist zudem vorgesehen, die Höchstgrenze von jährlich rund 30'000 Franken der Ergänzungsleistungen aufzuheben.

Das vorgeschlagene Finanzierungsmodell hätte demnach in erster Linie eine Umverteilung der finanziellen Lasten zur Folge. Es hätte aber auch einen dämpfenden Effekt auf die Kosten- und Prämienentwicklung in der Krankenversicherung. Dies ist aus Sicht des Bundesrats zentral angesichts der demografischen Entwicklung, welche künftig Pflegeleistungen vermehrt in Anspruch nehmen lassen wird. Bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung der Pflegefinanzierung, längstens aber bis Ende 2006, hat das Parlament in der Herbstsession 2004 beschlossen, die 1998 eingeführten Rahmentarife grundsätzlich weiterzuführen. Damit wurden die Pflegetarife eingefroren.

Nach der ersten Präsentation der Vorlage drehte sich die öffentliche Debatte vor allem um die in der Praxis nicht ganz einfach zu handhabende Aufspaltung zwischen Grund- und Behandlungspflege und die davon abhängige, unterschiedliche finanzielle Beteiligung der Krankenversicherer an den Kosten. Dabei wird verkannt, dass die Botschaft sich ganz grundsätzlich darüber auslässt, wie die Kosten eines Heimaufenthaltes, der nebst der Pflege ja auch Betreuung und Unterkunft umfasst, finanziert werden sollen. Der Bundesrat hat

- das Verhältnis zwischen Eigenleistung und Sozialversicherungsleistungen (Krankenkassenleistungen, Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen) definiert und
- Grundsatzentscheide zu Fragen bezüglich der Einführung einer Pflegeversicherung und altersabhängigen Krankenkassenprämien gefällt.

Der Bundesrat will die immer wieder aufgebrachte Idee, die wirtschaftlichen Folgen der Pflegebedürftigkeit mit einer eigenständigen, zusätzlichen Sozialversicherung, einer Pflegeversicherung, wie es sie in Deutschland seit einigen Jahren gibt, aufzufangen, nicht mehr weiter verfolgen. Eine vernünftige Entscheidung: Erstens käme eine derartige Versicherung unverhältnismässig teuer zu stehen. Und zweitens müssten wesentliche Errungenschaften der sozialen Krankenversicherung, wie einheitliche Prämien für Erwachsene, unabhängig von Alter und Geschlecht, sowie der Wegfall von Versicherungsvorbehalten, im Langzeitpflegebereich eingeschränkt oder aufgehoben werden.

Doch was ist zu tun,

- wenn die Pflegekosten für viele Betroffene nicht mehr selber bezahlbar sind,
- die Prämien der sozialen Krankenversicherung zur Deckung des Pflegerisikos nicht erhöht werden dürfen und
- eine eigenständige Pflegeversicherung kein praktikabler Weg darstellt?

Mit den Ergänzungsleistungen zur AHV steht zur teilweisen Neuregelung der Finanzierung der Altersgesundheitsversorgung ein bewährtes System bereit. Es hat schon seit 1987 für 60 % der Heimbewohnerinnen und –bewohner Aufgaben der sozialen Krankenversicherung übernommen.

Die *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV* können also für zusätzliche Bevölkerungssegmente erschlossen werden. Dadurch werden die Prämienzahlenden inskünftig zu Lasten der Steuerzahlenden entlastet, was in diesem Bereich gesellschaftliche Solidarität verwirklicht. Überdies entfällt die für die Betroffenen unwürdige Auseinandersetzung darüber, ob die (an und für sich unbestrittenen) notwendigen Leistungen der Krankenpflege oder der infolge von Alter

und Gebrechlichkeit notwendigen Betreuung zuzuordnen sind. Die Kosten werden insgesamt nicht reduziert, es ändert sich nur der Kostenträger.

Auch wenn neu die Ergänzungsleistungen zur AHV in erhöhtem Ausmass Pflegekosten übernehmen, muss mit gesetzgeberischen Massnahmen dafür gesorgt werden, dass sich die Krankenkassen auch künftig - zumindest im heutigen Verhältnis - an den Pflegekosten beteiligen. Wenn ein Teil der Krankenpflege, nämlich die Langzeitpflege für alte Menschen ganz oder in hohem Mass vom Rest der Pflege abgekoppelt wird, kann dies ein erster und ernster Schritt zurück in den Fürsorgestaat sein. Wesentliche soziale Risiken würden nicht mehr - *wenigstens teilweise* - sozialversicherungsrechtlich, sondern nur noch „sozialhilfemässig“ abgedeckt. Dadurch würden wichtige psychosoziale Gesichtspunkte bei der Gesetzgebung missachtet (vgl. Erwin Carigiet. *Gesellschaftliche Solidarität, Prinzipien, Perspektiven und Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit*, Helbing und Lichtenhahn, Basel/Genf/München 2001).

Leistungen, die nach dem Versicherungsprinzip ausgerichtet werden, werden im Allgemeinen als *wohlerworben* und *wohlverdient* wahrgenommen, da die Versicherten durch ihre Beiträge wesentlich zur Finanzierung beigetragen haben. Es geht um *eigentumsähnliche Rechtsansprüche*. Der Sozialhilfe fehlt dieser emanzipatorische Effekt. Demgegenüber werden die Ergänzungsleistungen zur AHV für das Risiko „Alter“ und die damit verbundenen Aufwendungen von der Bevölkerung zwar auch nicht „geliebt“, aber mittlerweile dennoch als notwendig und zweckmässig akzeptiert.

Anzumerken bleibt, dass *jedes* Finanzierungssystem Vor- und Nachteile, Chancen und Risiken in sich birgt. Wenn Akut- und Langzeitpflege unterschiedlich finanziert werden, besteht zum Beispiel die Gefahr

- der übermässigen Reduktion der Aufenthaltsdauer in den Akutkliniken (zu frühe Überweisung in Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime – dadurch nehmen hier die akutmedizinischen Aufgaben in gleichem Masse zu),
- des Einsatzes suboptimaler medizinischer Verfahren für „betriebswirtschaftlich weniger attraktive“ Patientinnen und Patienten,
- der ungerechtfertigten Risikoselektion (Verlegung von „aufwändigen“ Patientinnen und Patienten in andere Spitäler oder sonstige Einrichtungen, verdeckte Verweigerung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen),
- der teilweisen Abschiebung von stationär-indizierten Fällen/Behandlungen in den ambulanten Bereich.

Derartige Mechanismen können in jedem Finanzierungssystem gefunden werden. Politisch und berufsethisch müssen diese Haltungen aufgedeckt und energisch bekämpft werden. Den Rahmenbedingungen und Anreizen für Leistungserbringer, Versicherer und Patientinnen und Patienten kommt deshalb besondere Bedeutung zu.

4. Ergänzungsleistungen zur AHV/IV: die Heimpflegeversicherung der Schweiz

Im Bereich der Absicherung kranker und pflegebedürftiger AHV-Rentnerinnen und -Rentner haben sich die Ergänzungsleistungen zur AHV geradezu zu einer *Heimpflege-Versicherung* entwickelt und stellen in der Gesundheitsversorgung eine *wesentliche Säule für Heimaufenthalte* und in einem geringeren Masse für spitalexterne Pflege und Betreuung dar. Da sich die Kosten der Pflegeheime übermässig entwickeln und die Leistungen der Krankenversiche-

rungen an die Pflege seit 1998 stagnieren, beziehen heute z.B. ca. 45 % der EL-Berechtigten das Maximum an Ergänzungsleistungen.

Der Wirkungskreis der Ergänzungsleistungen zur AHV hat sich weit aus den einkommensschwachen Segmenten in den Mittelstand hinein entwickelt: rund 60 % der in einem Alters- oder Pflegeheim lebenden AHV-Berechtigten sind auf derartige Leistungen angewiesen.

Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden die anfallenden anerkannten Ausgaben den Einnahmen gegenüber gestellt (vgl. Erwin Carigiet, Uwe Koch, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, Supplement*, Schulthess, Zürich 2000). Die bestehende Differenz ergibt die Leistungshöhe. Bei Heimaufenthalten fallen in der Regel als Ausgaben an:

- Grundtaxe des Heimes
- Zuschläge für Pflege und Betreuung
- persönliche Auslagen (im System der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV wird hierfür ein pauschalisierter Betrag eingesetzt)
- Krankenkassen-Prämien

Als Einnahmen werden angerechnet:

- AHV-Rente
- Leistungen der Pensionskasse
- Vermögensertrag und ein nach bestimmten Grundsätzen berechneter Vermögensverzehr
- Leistungen der Krankenversicherungen

Im Folgenden wird am Beispiel der 87-jährigen Linda Meyer (fiktives Beispiel), einer allein stehenden AHV-Rentnerin, dargestellt, wie sie im Jahr 2005 ihren Pflegeheimaufenthalt finanziert.

Ausgaben (im Monat)		Einnahmen (im Monat)	
	Fr.		Fr.
Grundtaxe	4'715	AHV	2'150
Pflegezuschlag	2'738	Pensionskasse	600
Pers. Auslagen	500	Aus Vermögen	658
KK-Prämie	<u>335</u>	KK-Leistung	<u>2'738</u>
		Total	6'146
		EL zur AHV/IV	<u>2'142</u>
		(max. Fr. 2'910)	
Total	8'288	Total	8'288

Die Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen ergibt einen Betrag von Fr. 2'142 pro Monat. Maximal auszahlbar sind Ergänzungsleistungen zur AHV/IV von Fr. 2'910 pro Monat (dieses Maximum gilt in der Stadt Zürich: das Maximum setzt sich wie folgt zusammen: 175 % des Maximalbetrags für die allgemeinen Lebenskosten, erhöht um die regionale Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung). Die Rentnerin erhält somit Fr. 2'142 pro Monat und kann ihren Pflegeheim-Aufenthalt vollumfänglich finanzieren.

Die Leistungen aus Linda Meyers Vermögen haben sich wie folgt berechnet:

- Vermögensertrag (Zinssatz 1,5 %) Fr. 900

- Vermögensverzehr: Vom Vermögen der AHV-Rentnerin in der Höhe von Fr. 60'000 wird zuerst die Freigrenze von Fr. 25'000 abgezogen, was ein anrechenbares Vermögen von Fr. 35'000 ergibt. Von diesen Fr. 35'000 muss sich Linda Meyer einen Fünftel als Vermögensverzehr anrechnen lassen, in diesem Fall somit Fr. 7'000.

Pro Monat leistet die AHV-Rentnerin aus ihrem Vermögen somit einen Betrag von Fr. 658 an die entstehenden Heimauslagen.

Mit den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden die teilweise bedeutenden Unterschiede und Ungleichheiten innerhalb der älteren Bevölkerung effizient ausgeglichen. Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden auch für den wachsenden alternden Teil der Bevölkerung ausländischer Herkunft wichtig werden.

Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden vollumfänglich aus Steuermitteln finanziert. Die Gesellschaft verwirklicht durch diese Art der Finanzierung gesellschaftliche Solidarität. Die zu übernehmenden Risiken sollen nicht vom Individuum allein getragen werden, weil sie struktureller Art sind.

Beim Alter ist akzeptiert, dass es sich um ein strukturelles Risiko handelt, das nicht von den einzelnen Menschen allein getragen werden kann. Dies gilt insbesondere für den Aufwand in der Langzeitpflege. Die Eigenverantwortung zeigt sich in diesem Umfeld darin, dass bei der Berechnung der Leistungen das vorhandene Vermögen in einem bestimmten Umfang mitbezogen wird. Dieses ist ja gerade auch im Sinne der 3. Säule für die besonderen Bedürfnisse im Alter angespart worden. Jene Menschen aber, die aufgrund ihrer bescheidenen Einkommens- und Vermögensverhältnisse gar nicht in der Lage waren, in diesem Sinne vorzusorgen, kommen vorbehaltlos in den Genuss von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV.

5. Vermögen verscherbelt – soziale Absicherung durch Ergänzungsleistungen zur AHV/IV? Mechanismus gegen Missbrauch

Bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden Einkünfte und Vermögensteile, auf welche die Berechtigten verzichtet, d.h. die sie verschenkt (bzw. für die Vermögenshingabe keinen angemessenen Gegenwert erhalten) haben, bei der Leistungsbemessung angerechnet werden, wie wenn sie noch vorhanden wären. Diese Regelung ist ein wirksamer *Mechanismus* gegen Missbrauch. Voraussetzung ist allerdings, dass die Durchführungsstellen über Steuerregister und andere Abklärungen den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Berechtigten *auf einige Jahre vor der Gesuchstellung zurück* nachgehen. Unerheblich ist dabei, ob beim Verzicht auf Einkommen oder Vermögen der Gedanke an Ergänzungsleistungen eine Rolle gespielt hat oder nicht.

Bei der Prüfung relevanter Verzichtshandlungen ist jedoch zu beachten, dass das Zusatzleistungssystem keine gesetzliche Handhabe für eine wie auch immer geartete *Lebensführungskontrolle* bietet. Wie im gesamten Sozialversicherungsrecht ist bei der Durchführung der *Verhältnismässigkeits-Grundsatz* zu beachten. Nicht jede noch so kleine Ungereimtheit in den Vermögensverhältnissen ist zu „erforschen“.

Die genaue Abklärung derartiger Tatbestände ist nicht als Einmischung in Privatangelegenheiten oder als Schikane gedacht, sondern dient der rechtsgleichen Behandlung aller Anspruchsberechtigten. Verzichtshandlungen führen zu Leistungskürzungen oder gar –verweigerungen. In solchen Fällen muss allenfalls die Sozialhilfe einspringen. Dann kommt unter Umständen das Instrument der Verwandtenunterstützung nach Art. 328 ff. ZGB zum Tragen. Dies erscheint besonders als gerechtfertigt, wenn nahe Angehörige zu einem früheren Zeitpunkt durch die Leistungsansprechenden begünstigt wurden, vor allem durch *Schen-*

kungen oder *Erbvorbezüge*. Die Verwandtenunterstützung, ein grundsätzlich eher nicht mehr zeitgemässes Instrument, macht in derartigen Fällen durchaus Sinn.

Der beschriebene Mechanismus gegen Missbrauch lässt sich an einem Beispiel wie folgt illustrieren: Die weiter oben beschriebene Linda Meyer hat vor fünfzehn Jahren ihrem einzigen Sohn ihr Einfamilienhaus überschrieben. Die Liegenschaft hatte zum Zeitpunkt der Schenkung einen Steuerwert von Fr. 450'000 und einen Verkehrswert von Fr. 780'000. Sie machte ihrem Sohn, der mit seiner Ehefrau zusammen drei Kinder hat, dieses Geschenk, damit er in ihre Nähe ziehen konnte. Die AHV-Rentnerin mietete sich eine kleine Alterswohnung in einer benachbarten Siedlung. Als genügsame Frau verzichtete sie auf finanzielle Unterstützung durch den Sohn. Im Gegenteil, sie unterstützte ihrerseits die Familie immer wieder mit kleinen Geldgeschenken. Auf der Liegenschaft lastete eine Hypothek von Fr. 120'000. Diese übernahm der Sohn beim Eigentumsantritt.

Die Durchführungsstelle für die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV hat bei der Gesuchstellung durch das Pflegeheim diesen Sachverhalt festgestellt. Sie wird der AHV-Rentnerin den seinerzeitigen Verkehrswert der Liegenschaft, verringert um die übertragene Hypothek anrechnen (zusätzlich vermindert um Fr. 10'000 pro Jahr seit die Schenkung erfolgte), wie wenn die Liegenschaft noch im Besitz der Rentnerin wäre. Dies führt dazu, dass die Linda Meyer ein so hohes Vermögen ausweist, bzw. einen entsprechenden Vermögensverzehr, dass sie nicht in den Genuss von Ergänzungsleistungen zur AHV kommt.

In diesem Fall muss die Sozialhilfe der Gemeinde einspringen und den Fehlbetrag des Pflegeheim-Aufenthalts decken. Die Fürsorgebehörde wird ihrerseits an den Sohn gelangen und ihn um eine entsprechende Unterstützung ersuchen. Dadurch wird er allenfalls gezwungen sein, die Hypothek der Liegenschaft entsprechend zu erhöhen, damit der Heimaufenthalt seiner Mutter finanziert werden kann.

Ob der Sohn allenfalls Verrechnung mit Erbansprüchen gegenüber seinem früh verstorbenen Vater geltend machen kann, hängt davon ab, ob die Liegenschaft von seinen Eltern gemeinsam während der Ehe erworben oder von der Mutter in die Ehe eingebracht worden ist. Anzumerken bleibt, dass im Gegensatz zu Leistungen der Sozialhilfe die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV ganz generell keinen Rückgriff auf die Verwandten auslösen. Ein solcher ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen.

D. Ausblick: Drei Thesen anstelle einer Zusammenfassung

These 1

Die Alterung der Gesellschaft ist etwas durchwegs Positives:

- Wir leben länger, und wir leben auch länger gesund,
- aber die Jahre, die wir am Schluss des Lebens mit Krankheit oder Gebrechlichkeit verbringen, werden auch mit dem medizinischen Fortschritt – wenigstens aufgrund des heutigen Wissensstandes – nicht notwendigerweise weniger.
- Der medizinische Fortschritt kann und soll hier jedoch mit seinen aktuellen und seinen sich weiter entwickelnden Möglichkeiten der Schmerzlinderung und -bekämpfung fürsorglich Hilfe bieten.

These 2

Diagnostik und Therapie in allen medizinischen Bereichen sind von der alternden Gesellschaft betroffen und erfordern entsprechendes medizinisches Spezialwissen, das sich mit sozial-medizinischem Know-how in hohem Mass ergänzt.

Die Alterung der Gesellschaft verlangt mithin nach der Schaffung von zusätzlichen Lehrstühlen der Geriatrie, der Pflegewissenschaft, der Hausarztmedizin und der Palliation. Dieses Wissen muss in der medizinischen und pflegerischen Grundausbildung allen Studierenden näher gebracht werden als dies heute geschieht.

These 3

Von einer pflegebedürftigen Person darf und kann verlangt werden, im Alter ihre laufenden Einkünfte (AHV-Rente, Hilflosenentschädigung, Renten der 2. Säule, Zinserträge) und ihr Vermögen zur *Mit*-Finanzierung der benötigten Langzeitpflege zu verwenden. Diese Mit-Finanzierung geht dem Erhalt des Erbes vor.

Die soziale Krankenversicherung soll einen auf Gesetzesstufe definierten Beitrag an die Langzeitpflege im Alter leisten, der auch in Zukunft in etwa dem heutigen Niveau entspricht. Für die Langzeitpflege vor Erreichung des Pensionierungsalters sollen die Kosten durch die Krankenversicherung vollumfänglich übernommen werden, wie es das heutige Recht eigentlich vorsieht.

Wenn die Vorsorgefähigkeit der Betroffenen fehlt oder eingeschränkt ist, sollen im Alter die Ergänzungsleistungen zur AHV die nicht gedeckten Pflegekosten vollumfänglich übernehmen. Dabei ist das System der Ergänzungsleistungen zur AHV als bewährte schweizerische Heimpflegeversicherung den dadurch entstehenden neuen Bedürfnissen anzupassen (Erhöhung der Leistungsgrenzen usw.). Pflegebedürftigkeit im Alter soll keine Sozialhilfebedürftigkeit auslösen.

Schlussbemerkungen

Es bedarf neuer Formen der Generationsbeziehungen. Diese sind heute nicht mehr allein darauf ausgerichtet, dass die Älteren ihr Wissen, ihr Vermögen und ihre Werte an die jüngere Generation weiter vermitteln - in der Hoffnung, dass die Jüngeren mit diesen Gütern etwas anfangen können. Es sind Probleme zu lösen, die sich so in den vorhergehenden Generationen noch nicht gestellt haben. In einer Gesellschaft des langen Lebens werden Generationsbeziehungen wesentlich dadurch gekennzeichnet sein, dass zwischen den Generationen *lebenslange Beziehungen* aufgebaut werden müssen.

Die Gleichung *alt = arm* gilt heute in der Schweiz nicht mehr wie noch bis Anfang der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts. Alter und Gebrechlichkeit bedeuten heute kaum mehr finanzielle Abhängigkeit von der Sozialhilfe oder von Verwandten – dank der AHV, der beruflichen Vorsorge, den Ergänzungsleistungen zur AHV und dank der sozialen Krankenversicherung *und* einer ausgebauten Gesundheits- und Heimversorgung. Dies soll auch in Zukunft so bleiben!

Zürich, im April/Mai 2005