

Institut für Versicherungswirtschaft



Universität St.Gallen

## **Die Finanzierung steigender Pflegekosten – Ländervergleich, Reformalternativen und deren politische Umsetzbarkeit für die Schweiz**



Dominique Engelhart  
Prof. Dr. Martin Eling  
Prof. Dr. Hato Schmeiser

Februar 2020

**Editor**

Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St.Gallen, St.Gallen 2020

©I.VW-HSG: Die Finanzierung steigender Pflegekosten – Ländervergleich,  
Reformalternativen und deren politische Umsetzbarkeit für die Schweiz \*

**Copyright**

Diese Studie kann ohne Genehmigung mit Quellenangabe zitiert werden.



## Abstract

Die alternde Gesellschaft führt in vielen Ländern zu Herausforderungen bei der Finanzierung der Alterspflege – so auch in der Schweiz. Die Finanzierung der Pflege ist von hoher gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Relevanz. Dennoch ist es der Politik in der Schweiz bisher nicht gelungen, mehrheitsfähige Lösungsvorschläge zur nachhaltigen Finanzierung der Alterspflege zu präsentieren. Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage, wie den Herausforderungen steigender Pflegekosten aufgrund der demografischen Entwicklung in westlichen Industriestaaten im Allgemeinen und in der Schweiz im Speziellen begegnet werden kann.

Im Zentrum der Arbeit steht die Suche nach einem generationengerechten Reformvorschlag zu Händen der Politik, wie die Alterspflege in Zukunft finanziert werden kann. Dazu wird in einem ersten Schritt untersucht, wie die Alterspflege beispielhaft in Italien, Dänemark und Deutschland organisiert und finanziert wird. Es zeigt sich, dass keines der drei untersuchten Pflegesysteme den Herausforderungen steigender Kosten aufgrund der demografischen Entwicklungen gewachsen ist. Darauf aufbauend folgt in einem zweiten Schritt eine Analyse ausgewählter Lösungsansätze zur langfristigen Finanzierung steigender Pflegekosten in Zeiten demografischer Veränderungen, welche im Schweizer Kontext diskutiert werden. Aus den Erkenntnissen der europäischen Pflegesysteme wird empirische Evidenz für die Schweizer Lösungsansätze gezogen. Aus der qualitativen Bewertung der Schweizer Lösungsansätze resultiert, dass mit Einführung eines Pflegekapitals die Schweizer Alterspflege nachhaltig und generationengerecht finanziert werden kann. Dabei wird zwischen dem individuellen und dem kollektiven Pflegekapital unterschieden. Mit dem Ziel, einen konkreten Reformvorschlag zur politischen Entscheidung zu formulieren, wie den Herausforderungen der Alterspflegefinanzierung begegnet werden kann, wird die politische Machbarkeit einer Einführung des Pflegekapitals untersucht. Dazu werden in einem dritten Schritt die Parteiideologien der Bundeshausfraktionen sowie vergangene politische Debatten zur Pflegefinanzierung analysiert. Resultat der Machbarkeitsanalyse ist, dass vor der Wahl am 20. Oktober 2019 ein individuelles Pflegekapital eine realpolitische Mehrheit erzielen konnte, um den Herausforderungen steigender Pflegekosten generationengerechter zu begegnen. Nach dem Wahlergebnis vom 20. Oktober 2019 erscheint eine solche Mehrheit weniger realistisch.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine überarbeitete Version der Bachelorarbeit von Dominique Engelhart, die im Jahr 2019 am I.VW entstanden ist.

# Inhaltsverzeichnis

1	Motivation der Problemstellung.....	1
2	Demografischen Entwicklung, dessen Auswirkungen auf das Schweizer Pflegesystem und Einführung in die Schweizer Alterspflege .....	2
2.1	Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Pflegefinanzierung in der Schweiz.....	2
2.1.1	Demografische Entwicklung in westlichen Industriestaaten.....	2
2.1.2	Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Schweizer Pflegefinanzierung.....	3
2.1.3	Demografischer und systembedingter Alterseffekt.....	4
2.1.4	Generationenvertrag .....	4
2.2	Überblick über das Pflegesystem und die Pflegefinanzierung der Schweiz.....	5
2.2.1	Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko.....	5
2.2.2	Organisation und Finanzierung der Alterspflege in der Schweiz.....	5
2.2.3	Problematik der Schweizer Pflegefinanzierung durch Ergänzungsleistungen ...	7
2.3	Zwischenfazit.....	8
3	Methodisches Vorgehen .....	9
4	Vergleich europäischer Pflegesysteme und deren Finanzierung .....	10
4.1	Dänemark .....	10
4.1.1	Historisch und kultureller Kontext der Pflege in Dänemark .....	10
4.1.2	Organisation der dänischen Alterspflege .....	12
4.1.3	Finanzierung der dänischen Alterspflege.....	13
4.2	Italien.....	14
4.2.1	Historisch und kultureller Kontext der Pflege in Italien.....	14
4.2.2	Organisation der italienischen Alterspflege .....	15
4.2.3	Finanzierung der italienischen Alterspflege .....	16
4.3	Deutschland.....	17
4.3.1	Historisch und kultureller Kontext der Pflege in Deutschland .....	17
4.3.2	Organisation der deutschen Alterspflege .....	18
4.3.3	Finanzierung der Alterspflege .....	19
4.4	Zwischenfazit .....	21
5	Schweizer Lösungsvorschläge zur nachhaltigen Finanzierung steigender Pflegekosten	22
5.1	Reduktion der Umverteilung zwischen den Generationen durch angepasste Prämienstufen und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung .....	23

5.1.1	Lösungsvorschlag.....	23
5.1.2	Veränderung bei der Finanzierung der Alterspflege .....	23
5.1.3	Vor- und Nachteile angepasster Prämienstufen und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung.....	25
5.2	Einführung einer sozialen Pflegeversicherung im Umlageverfahren.....	27
5.2.1	Lösungsvorschlag.....	27
5.2.2	Veränderung bei der Finanzierung der Alterspflege .....	28
5.2.3	Vor- und Nachteile einer sozialen Pflegeversicherung.....	29
5.3	Einführung eines Pflegekapital.....	29
5.3.1	Lösungsvorschlag.....	29
5.3.2	Veränderung bei der Finanzierung der Alterspflege .....	31
5.3.3	Vor- und Nachteile der Einführung eines obligatorischen Pflegekapitals .....	32
5.4	Zwischenfazit.....	32
6	Diskussion.....	33
6.1	Empirische Evidenz für den Erfolg der Schweizer Lösungsvorschläge aus den untersuchten europäischen Pflegefinanzierungssystemen .....	33
6.2	Ableitung zweier Reformvorschläge zur nachhaltigen Finanzierung der Schweizer Alterspflege .....	35
7	Politische Machbarkeit des kollektiven und individuellen Pflegekapitals .....	37
7.1	Parteien und Mehrheitsverhältnisse in der Schweizer Legislative.....	37
7.1.1	Die Schweizer Politik, Parteienlandschaft und der Gesetzgebungsprozess (Stand September 2019).....	37
7.1.2	Politische Mehrheitsverhältnisse im parlamentarischen Prozess der Schweiz..	41
7.1.3	Zwischenfazit der politischen Machbarkeit auf Basis der Parteipositionen und Mehrheitsverhältnisse .....	43
7.1.4	Parlamentarische Debatten in der Schweizer Gesundheits- und Sozialpolitik..	44
7.1.5	Vergleichbare politische Vorstösse zur Pflegefinanzierung.....	45
7.1.6	Zwischenfazit der politischen Machbarkeit auf Basis vergangener und anstehender parlamentarischer Debatten.....	47
8	Handlungsempfehlung an die Politik.....	47
9	Schlussbemerkungen .....	48
	Literaturverzeichnis.....	50
	Internetverzeichnis.....	52

# Motivation der Problemstellung

Die demografische Entwicklung in den westlichen Industriestaaten zeigen deutlich, dass die Menschen in entwickelten Staaten immer länger leben und die Anzahl älterer Menschen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung stetig zunimmt. Laut OECD (Colombo et al., 2011, S. 38) steigt dadurch der Druck auf die Langzeitpflege im Alter. Auch in der Schweiz führt die alternde Gesellschaft zu signifikanten Problemen in der Finanzierung der Alters- und Langzeitpflege. Die Kosten der Schweizer Alterspflege sind in den vergangenen Jahren massiv gestiegen. Dieser Kostenanstieg für Alters- und Pflegeheime übertrifft in Relation zum Bruttoinlandprodukt sogar den Kostenanstieg des gesamten Schweizer Gesundheitssektors (Cosandey, 2016a, S. 9). Die Finanzierung der Alterspflege ist somit von hoher gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Relevanz. Dennoch ist es der Politik bisher nicht gelungen, mehrheitsfähige Lösungsvorschläge zur nachhaltigen Finanzierung der Alterspflege zu präsentieren. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der nachhaltigen Finanzierung der Alterspflege – mit dem Ziel, einen konkreten Reformvorschlag zu Händen der Politik zu formulieren, wie den Herausforderungen in der Finanzierung der Alterspflege langfristig begegnet werden kann.

Dazu werden die folgenden Fragen untersucht:

- Wie wird die Alterspflege in anderen europäischen Staaten organisiert und finanziert?
- Welche Lösungsansätze werden in Bezug auf die Herausforderungen in der Finanzierung steigender Alterspflegekosten, aufgrund der demografischen Entwicklungen in westlichen Industrieländern, in der Schweiz diskutiert?
- Mithilfe welcher institutionalisierten Massnahmen kann die Schweizer Politik den Herausforderungen steigender Pflegekosten konkret begegnen?

Zur Beantwortung dieser Fragen wird in Kapitel 2 die demografische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf die Schweizer Pflegefinanzierung erläutert; darauf folgt ein Überblick über das Schweizer Pflegesystems. In Kapitel 3 werden das methodische Vorgehen und die Fallauswahl dieser Arbeit beschrieben. Im Kapitel 4 werden exemplarisch drei europäische Pflegesysteme (am Beispiel Dänemarks, Deutschlands und Italiens) erläutert. Dabei wird untersucht, wie die Alterspflege in anderen europäischen Ländern organisiert und finanziert wird. Darauf folgt in Kapitel 5 eine Analyse von drei in der Schweiz diskutierten Lösungsansätzen, wie den Herausforderungen in der Finanzierung steigender Pflegekosten nachhaltig begegnet werden kann. In der Diskussion des Kapitel 6 wird mit Hilfe der Erkenntnisse aus den europäischen Pflegesystemen empirische Evidenz für die ausgewählten Schweizer Lösungsansätze gewonnen. Daraus resultieren zwei Finanzierungsmodelle, welche den Herausforderungen in der Schweizer Pflegefinanzierung gewachsen sind. Die abstrakten Finanzierungsmodelle werden in Kapitel 7 zu zwei konkreten politischen Reformvorschlägen ausgearbeitet, um sie auf ihre politische Machbarkeit hin zu untersuchen. Aus der Analyse dieser Untersuchung resultieren erste Handlungsempfehlungen an die Politik, wie den Herausforderungen in der Pflegefinanzierung begegnet werden kann (Kapitel 8). Abschliessend werden die Erkenntnisse in Kapitel 9 zusammengefasst und mit einem Ausblick abgeschlossen.

# Demografischen Entwicklung, dessen Auswirkungen auf das Schweizer Pflegesystem und Einführung in die Schweizer Alterspflege

Das folgende Kapitel vermittelt die inhaltlichen Grundlagen zum Verständnis der vorliegenden Studie und gibt einen Überblick über die demografischen Entwicklungen in westlichen Industrieländern und deren Auswirkungen auf die Schweizer Pflegefinanzierung. Zusätzlich wird das Schweizer Pflegesystem beschrieben und die Finanzierung der Alterspflege thematisch eingeordnet.

## 1.1 Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Pflegefinanzierung in der Schweiz

Untersuchungen zu den demografischen Entwicklungen in Industriestaaten deuten auf eine starke Alterung der Gesellschaft hin. Das Kapitel 2.1 zeigt die Auswirkungen dieser demografischen Entwicklungen auf die Schweizer Alterspflegefinanzierung und führt in die Thematik der Generationengerechtigkeit ein.

### 1.1.1 Demografische Entwicklung in westlichen Industriestaaten

„Die demografische Entwicklung ist im Wesentlichen von aussen vorgegeben. Die Älteren von morgen sind bereits geboren, und deren Einflussnahme auf die Anzahl Geburten sind enge Grenzen gesetzt“ (Steinmann & Telser, 2005, S. 92). Die Veränderungen in der Altersstruktur und die steigende Lebenserwartung in vielen westlichen Industrieländer sind exogene Phänomene der Gesellschaftsentwicklung. Laut OECD (2017, S. 198) werden in allen OECD-Staaten steigende Lebenserwartung sowie konstant niedrige Fertilitätsraten festgestellt. Der durchschnittliche Anteil der über 65-Jährigen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung stieg in den OECD-Ländern innerhalb von 55 Jahren von rund 9 % (1960) auf ca. 17 % (Stand 2015). Bis 2050 wird erwartet, dass ein Viertel der OECD-Population über 65 Jahre alt sein wird. Bedeutsam ist dabei vor allem die Zunahme der über 80-Jährigen. Wie Abbildung 1 zeigt, ist die Schweiz im internationalen Vergleich überdurchschnittlich stark von den Veränderungen im Bevölkerungsaufbau betroffen. Nebst diesen veränderten Verhältnissen zwischen älteren und jüngeren Menschen nimmt auch die Lebenserwartung in der Schweiz deutlich zu. Laut dem Bundesamt für Statistik (BFS) (2018a, Lebenserwartung nach Alter [Frauen], 1981–2017) ist die Restlebenserwartung von Frauen im aktuellen Pensionsalter (65 Jahre) seit 1981 um rund 4,3 Jahre gestiegen. Männer lebten 2017 nach 65 sogar 5,4 Jahre länger als noch im Jahr 1981 (Bundesamt für Statistik, 2018b, Lebenserwartung nach Alter [Männer], 1981–2017). Die demografischen Veränderungen im Altersaufbau in Verbindung mit der steigenden Lebenserwartung stellt viele westliche Industriestaaten, darunter die Schweiz, vor massiven Herausforderungen.

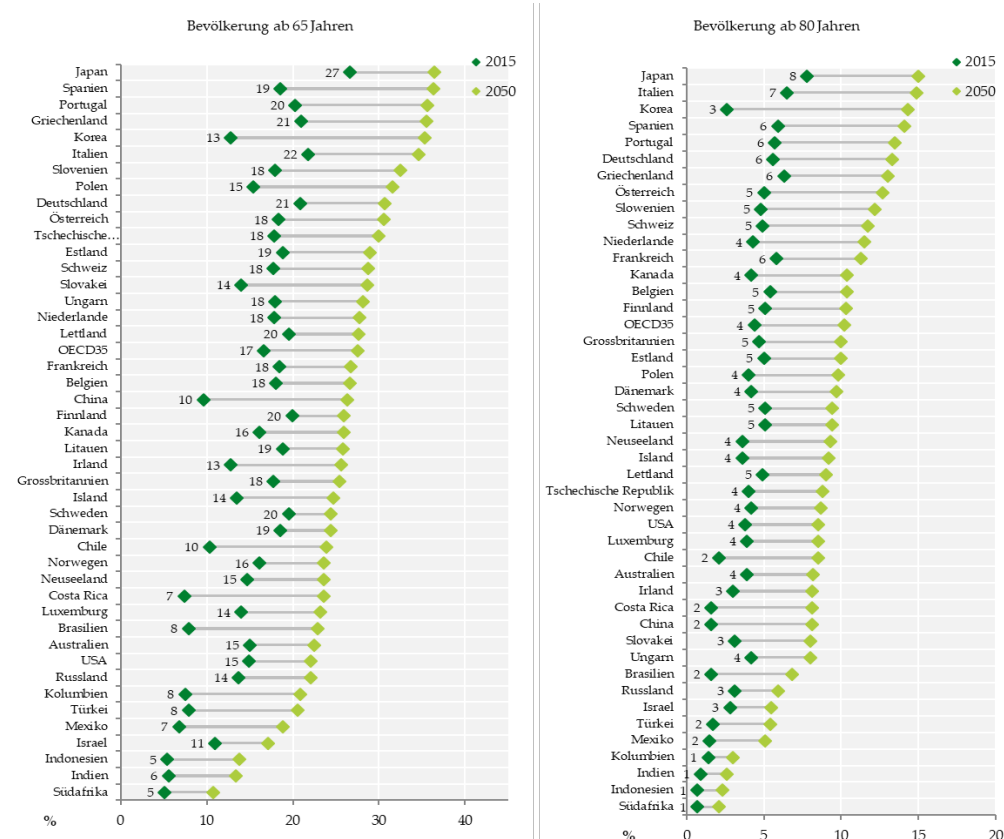


Abbildung 1 Veränderungen im Bevölkerungsanteil der über 65- bzw. über 80-Jährigen im OECD-Vergleich (in Anlehnung an OECD Health Statistic 2017 in OECD, 2017, S. 199).

### 1.1.2 Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Schweizer Pflegefinanzierung

Die demografische Entwicklung führt zu vielerlei gesellschaftlichen und ökonomischen Fragestellungen, beispielsweise in der Altersvorsorge oder im Gesundheits- und Pflegebereich. Die vorliegende Studie setzt den Fokus auf die Herausforderungen in der Alterspflegefinanzierung. Laut Steinmann und Telser (2005, S. 70) steht die durchschnittliche Versicherungsleistung im Gesundheits- und Pflegebereich eines Versicherten im Zusammenhang mit dessen Alter und der verbleibenden Restlebensdauer. Die Tendenz steigender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter ist sowohl in der familiären als auch in der formellen Alterspflege (stationär und ambulant) zu beobachten (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 72). Wenn die Anzahl der alten Menschen weiter zunimmt, steigen auch die Gesamtkosten der Alterspflege (Cosandey, 2016a, S. 9). So stiegen laut Cosandey (2016a, S. 9) die ambulanten und stationären Pflegekosten zwischen 2000 und 2014 im Durchschnitt jährlich um rund 4,4 %, während gleichzeitig die Lebenserwartung in der Schweiz zunahm. Es ist anzunehmen, dass sich die Problematik steigender Alterspflegekosten aufgrund der demografischen Prognosen in den kommenden Jahren weiter verschärft. Diese Entwicklung der nächsten Jahre ist aufgrund der geburtenstarken «Babyboomer»-Generation unabhängig vom zukünftigen Geburtenniveau oder der Migration zu erwarten (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011, S. 20). Da die grundsätzliche Entwicklung steigender Pflegekosten per se nicht aufzuhalten ist, gilt es, die Alterspflege der Schweiz zumindest nachhaltig zu finanzieren. Neben den Herausforderungen in der Alterspflegefinanzierung

bringt die steigende Anzahl Pflegebedürftiger auch Herausforderungen personeller und infrastruktureller Art mit sich. Da sich diese Arbeit jedoch auf die Finanzierung der Pflege fokussiert, werden diese Teilaspekte ausgeblendet.

### **1.1.3 Demografischer und systembedingter Alterseffekt**

Trotz eindeutiger Prognosen der demografischen Entwicklung westlicher Industrieländer darf der reine Alterseffekt, sprich das anteilmässige Wachstum der Betagten im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung, auf die steigenden Gesundheits- und Pflegekosten in der Schweiz nicht überschätzt werden. Laut Steinmann und Telser (2005, S. 159) beeinflusst der rein demografische Alterseffekt die wachsenden Gesundheitsausgaben nur in einem eingeschränkten Umfang. Gravierender ist der systembedingte Alterseffekt (Steinmann & Telser, 2005, S. 159). Dieser wurzelt darin, dass die durchschnittlichen Gesundheitskosten bei älteren Versicherten deutlich schneller wachsen als bei jüngeren Versicherten (Steinmann & Telser, 2005, S. 10): „Das heisst nichts anderes, als dass das Krankenversicherungssystem das Ausgabenwachstum gerade bei den Älteren beschleunigt. Der medizinisch-technologische Fortschritt, die Mengenausweitung seitens der Anbieter und die Anspruchshaltung der Versicherten sowie die institutionellen Rahmenbedingungen führen also gerade bei Betagten zu einem hohen Ausgabenwachstum pro Kopf“ (Steinmann & Telser, 2005, S. 10).

Ziel der vorliegenden Studie ist es, eine generelle Lösung zur nachhaltigen Finanzierung der Alterspflege in einer alternden Gesellschaft zu finden. Zur Vereinfachung wird daher in der Folge auf eine Trennung des systembedingten und des demografischen Alterseffekts verzichtet. Obwohl sich die Alterseffekte unterscheiden, führen beide zum selben Ergebnis. Es gilt für diese Arbeit die grundsätzliche Prämisse, dass die demografische Entwicklung, unabhängig vom verursachenden Effekt, in der Schweiz zu steigenden Pflegekosten führt.

### **1.1.4 Generationenvertrag**

Nicht zuletzt lösen der demografische Wandel und die steigenden Pflegekosten einen normativen Diskurs aus. Der sogenannte Generationenvertrag als wechselseitiges Beziehungsnetz unterschiedlicher Generationen ist aufgrund der demografischen Entwicklungen der vergangenen Jahre grundsätzlich gefährdet – auch durch die Kostenumverteilung der Pflegekosten über die Generationen (Cosandey, 2014, S. 109). Ein Generationenvertrag wird als «fair» bezeichnet, wenn für jede Kohorte über ihre gesamte Lebenszeit ein Gleichgewicht zwischen geleisteten und erhaltenen Leistungen besteht (Cosandey, 2014, S. 21). In Anbetracht veränderter Alters- und Bevölkerungsstrukturen sowie steigender Pflegekosten im hohen Alter kann der Generationenvertrag für die junge Bevölkerungsgruppe zurzeit nicht mehr gewährleistet werden. Gleichzeitig ist die Definition der Generationengerechtigkeit nicht allgemeingültig möglich, sondern hängt von den verwendeten Kriterien ab. Es stellt sich dabei u.a. die Frage, ob Generationengerechtigkeit nur existiert, wenn jede Kohorte gleich viel leistet, oder wenn finanzielle und nicht-finanzielle Leistungen der Generationen im Gleichgewicht sind (Cosandey, 2014, S. 34). Bei der Frage der Generationengerechtigkeit stehen daher nicht nur finanzielle Aspekte im Vordergrund, sondern vielmehr der Anspruch, dass niemand aufgrund seiner Generationenzugehörigkeit (zumindest in der ex-ante-Perspektive) benachteiligt wird (Cosandey, 2014, S. 34).

In der Folge wird Generationengerechtigkeit so verstanden, dass keine Generation unverhältnismässig für die Kosten einer anderen Generation aufkommen muss, ohne davon ausgehen zu können, einmal Leistungen im selben Umfang beziehen zu können. Nichtmonetäre Leistungen werden in diesem Blickwinkel dabei ausgeblendet.

## 1.2 Überblick über das Pflegesystem und die Pflegefinanzierung der Schweiz

Das folgende Kapitel setzt den Fokus auf die Organisation und Finanzierung der institutionalisierten Alterspflege in der Schweiz und bietet einen kurzen Überblick über die Thematik. Weitere Aspekte des Gesundheitssystems – die Organisation und Finanzierung der medizinischen Versorgung in Spitälern oder Praxen und die nicht institutionalisierte Care-Arbeit – stehen dabei nicht im Mittelpunkt des Untersuchungsgegenstands.

### 1.2.1 Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko

Dieser Absatz bezieht sich, sofern nicht anders gekennzeichnet, auf die Ausführungen von Strohmeier Navarro Smith (2012, S. 55-70). Pflegebedürftigkeit ist ein vielschichtiges soziales Risiko und kann die familiäre oder professionelle Betreuung und Versorgung von Menschen aller Altersgruppen in jeder Lebenssituation umfassen. Ein international anerkanntes Instrument zur Ermittlung des Ausmasses an Pflegebedarf sind die sogenannten ADL-Kriterien (*activities of daily living*). Laut der OECD (Colombo et al., 2011, S. 11) werden die ADL-Kriterien mit Hilfe der sechs Dimensionen «anziehen», «quer durch den Raum gehen», «baden», «essen», «ins Bett gehen» und «Gang zur Toilette» definiert und das Ausmass an Pflegebedarf ermittelt. Eine deutliche Mehrheit der betagten Personen in der Schweiz hat keine Schwierigkeiten bei der Ausführung der ADL und braucht im Alltag keine Unterstützung (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011, S. 8). Die Mehrheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz ist somit im Sinne der genannten Kriterien nicht als pflegebedürftig zu bezeichnen.

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit als solches wird in der Schweiz weder staatlich versichert, noch werden die privatwirtschaftlichen Angebote von vielen genutzt. Laut Gächter und Filippo (2016, S. 37) gilt „Pflegebedürftigkeit, für sich alleine betrachtet, im schweizerischen Sozialversicherungsrecht nicht als eigenständiges versichertes (soziales) Risiko. Sie wird in leistungsrechtlicher Hinsicht im Zusammenhang mit anderen versicherten Risiken wie Invalidität, Alter, Unfall, Krankheit, Mutterschaft oder Familienförderung mitgeregelt. Sie bildet ein Sonderrisiko, dessen Risikowahrscheinlichkeit von den Ursachen (z. B. Unfall, Krankheit oder Alter) abhängig ist.“ Auch der privatwirtschaftliche Markt für Pflegeversicherungen hat in der Schweiz zurzeit nur einen geringen Stellenwert (Bütler, 2009, S. 51). Vielmehr wird die Alterspflege als Bestandteil des Schweizer Gesundheitssystems verstanden und innerhalb bestehender Strukturen finanziert und organisiert.

### 1.2.2 Organisation und Finanzierung der Alterspflege in der Schweiz

In der Schweiz herrscht ein stark föderalistisch geprägtes Gesundheits- und Pflegesystem (Stephan Hill, 2015, S. 83). Zu berücksichtigen gilt, dass die Organisation und Finanzierung der Pflege kantonale Unterschiede aufweisen.

Generell sind der Bund und die Kantone durch die Bundesverfassung verpflichtet, sich für die soziale Sicherheit, für die Gesundheit notwendige Pflege und für die Absicherung der wirtschaftlichen Folgen des Alters einzusetzen (Art. 41 BV<sup>1</sup>). Das Gesundheitswesen im Allgemeinen, d. h. die Gesundheitsversorgung mit Spitälern, Pflegeheimen und ambulanter Pflege, liegt in der Verantwortung der Kantone (Cosandey, 2016a, S. 10). Einige Kantone delegieren die Organisation und Finanzierung der Alterspflege an die Gemeinden und fokussieren sich auf den Betrieb kantonaler Spitäler (Cosandey, 2016a, S. 11). Die Versorgung mit sozialen Dienstleistungen im Alter, welche auch über die gesetzlich geregelten Leistungen hinausgehen, wird vielerorts von öffentlichen und privaten, nicht gewinnorientierten Organisationen (z. B. Spitex, Pro Senectute etc.) in Zusammenarbeit mit den Gemeinden sichergestellt (Undritz, 2013, S. 117): dazu gehören unter anderem Mahlzeitendienste, Begleitfahrten und Seniorengruppen. Der Umstand, dass einige Kantone die Verantwortung in der Alterspflege an die Gemeinden delegieren, kann zu verschiedenen organisatorischen und finanziellen Herausforderungen auf kommunaler Ebene führen (Schweizer Gemeindeverband, 2015, S. 16-18).

Ähnlich komplex wie die Organisation der Alterspflege ist die Finanzierung der Schweizer Langzeit- oder Alterspflege. Sie unterscheidet sich von anderen Bereichen des Schweizer Gesundheitssystems wie der Spitalfinanzierung und der Finanzierung ambulanter Gesundheitsdienstleistungen. Die folgenden Ausführungen zum Finanzierungsmix in der Langzeitpflege zwischen Patienten, Krankenkasse und Staat orientiert sich Cosandey, 2016a, S. 76-80. Vereinfacht wird bei der Pflegefinanzierung zwischen drei Finanzierungsquellen unterschieden – dem Patienten mit seinen privaten Mitteln, den Krankenkassen und der öffentlichen Hand. Wie die Kosten genau auf die drei Kostenträger verteilt werden, variiert von Kanton zu Kanton. Die Kosten für die Hauswirtschafts- und Mahlzeitendienste in der ambulanten Pflege und die Kosten für Betreuung und Hotellerie in der stationären Pflege werden vollumfänglich vom Patienten getragen. Die Kosten für die medizinische Pflege werden von allen drei Kostenträgern übernommen. Diese Unterscheidung zwischen Betreuung, Hotellerie und Pflege führt zu einem grossen administrativen Aufwand, da alle Leistungen am Patienten dokumentiert und zugeteilt werden müssen. Für die stationäre, medizinisch bedingte Pflege bezahlen die Patienten täglich eine maximale Patientenbeteiligung von CHF 15.95 in der ambulanten und CHF 21.60 in der stationären Pflege. Die Höhe der Patientenbeteiligung resultiert aus dem Krankenkassenbeitrag und kann in einigen Kantonen unter dem Maximalbeitrag liegen. Die Kostenbeiträge der Krankenversicherungen werden vom Bundesrat festgelegt. Die restlichen, durch die Patientenbeteiligung und die Krankenkassen noch nicht gedeckten Pflegekosten, werden von der öffentlichen Hand übernommen. Die steigenden Pflegekosten führen nicht zu einer gleichartigen Entwicklung auf die drei Kostenträger. Obwohl die Pflegekosten kontinuierlich ansteigen, wurde die Kostenbeteiligung der Krankenversicherungen erst 2020 angepasst (Art. 7a KLV)<sup>2</sup>; im Zeitraum zwischen 2011 und 2020 erfolgten keine Adjustierungen. De facto nimmt der verhältnismässige Finanzierungsanteil der Krankenkassen somit ab. „Da die Höhe der Patientenbeteiligung plafoniert ist, nimmt ceteris paribus die finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand stetig zu“ (Cosandey, 2016a, S. 79). Die zunehmende Refinanzierung

---

<sup>1</sup> Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Stand 1. Januar 2018

<sup>2</sup> Krankenpflege-Leistungsverordnung, Stand 1. April 2019

aus der öffentlichen Hand trifft alle steuerpflichtigen Bevölkerungsgruppen, insbesondere jedoch die jüngere und erwerbstätige Generation und stellt die Generationengerechtigkeit in Frage.

Abbildung 2 veranschaulicht die Kostenaufteilung zwischen den drei Kostenträgern:

	Patient		Krankenkasse	Öffentliche Hand
	Ohne Ergänzungsleistung	Mit Ergänzungsleistung		
Pflege	✓	(✓)	✓	✓
- ambulant	max CHF 15.95 / Tag			
- stationär	max CHF 21.60 / Tag			
Betreuung / Hauswirtschaft	✓	(✓)		(✓)
Hotellerie / Mahlzeiten	✓	(✓)		(✓)

Abbildung 2 In Anlehnung an Komplexe Finanzierung der Schweizer Alterspflege. Cosandey (2016a).  
Neue Massstäbe für die Alterspflege, S. 76.

### 1.2.3 Problematik der Schweizer Pflegefinanzierung durch Ergänzungsleistungen

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, trägt der Patient die Kosten der Betreuung und Hauswirtschaft (ambulant) sowie Hotellerie und Mahlzeiten (stationär) und einen Teil der Pflegekosten. Diese Kosten können die privaten Mittel der Pflegebedürftigen übersteigen und die Patienten sind auf staatliche Ergänzungsleistungen angewiesen (Cosandey, 2016a, S. 88). „Die Ergänzungsleistungen greifen dann, wenn die Alters-, Hinterlassenen- oder Invaliditätsvorsorge die Kosten für die Lebenshaltung nicht deckt“ und dienen zur Grundsicherung (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2019, S. 2). Die Finanzierung der Ergänzungsleistungen wird grundsätzlich vom Bund und den Kantonen übernommen, wobei die Kantone die heimbedingten Mehrkosten vollumfänglich tragen müssen. Ein grosser Teil der pflegebedingten Ergänzungsleistungen wird daher durch die Kantone finanziert (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2019, S. 21). Die Ergänzungsleistungen werden im Grundsatz durch die Kantone entrichtet (AHV/IV, 2019, S. 2). Einige Kantone delegieren die Entrichtung der Ergänzungsleistungen jedoch an die Gemeinden; dies führt zu weiteren Problemen bei der Organisation und Finanzierung der Alterspflege (SVA Zürich, o. D., Abschn. 3).

Gemäss Bütler (2009, S. 54) führt das Ergänzungsleistungssystem bei der Finanzierung der Alterspflege zu Fehlanreizen. Diese werden im folgenden Absatz anhand der Ausführungen von Bütler (2009, S. 49-57) genauer erläutert: Pflegeheimaufenthalte verursachen hohe Kosten und beeinflussen das eigene Vermögen sowie die zu vererbende Summe von Pflegebedürftigen negativ. Da Haushalte laut Bütler (2009, S. 51) in ihrem zukünftigen Konsumverhalten grundsätzlich risikoscheu sind, wäre die finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit über eine Versicherungslösung naheliegend. In der Schweiz wäre von daher ein funktionierender Markt für Pflegeversicherungen zu erwarten. Dies ist jedoch nicht der Fall. Zwar werden Pflegeversicherungen privatwirtschaftlich angeboten, der Markt ist jedoch überschaubar. Bütler (2009, S. 49-57) kommt zu dem Schluss, dass viele Haushalte aufgrund der Ergänzungsleistungen keine Anreize haben, eine Pflegeversicherung abzuschliessen. Da Ergänzungsleistungen erst dann ausgezahlt werden, wenn die privaten Mittel nahezu ausgeschöpft sind, vermindern sich die hypothetischen Ergänzungsleistungszahlungen um jede potenzielle Einnahme aus

einer Pflegeversicherung. Tiefe und mittlere Einkommensschichten mit wenig Vermögen unterliegen somit einem klassischen Fehlanreiz. Für diese Gruppen ist es attraktiver, staatliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, anstelle selbst für die Pflegefinanzierung vorzusorgen. Die Ergänzungsleistungen werden somit zur faktischen Pflegeversicherung.

Cosandey, 2016a, S. 88 führt hierzu aus: „Im Dezember 2014 bezogen 52 % der Pflegeheimbewohner heimbefindende Ergänzungsleistungen“. Die Anzahl Ergänzungsleistungsbeziehender mit Pflegebedürftigkeit ist erheblich und wird aufgrund der vorherrschenden Fehlanreize in Zeiten demografischer Entwicklungen weiter zunehmen. Die Politik hat die Problematik hoher Kosten und Fehlanreize bei den Ergänzungsleistungen erkannt. Der National- und Ständerat stimmte im März 2019 einer Reform „des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EL-Reform)“ zu (Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament, o. D.-a, Abschnitt 1). Unter anderem wird das Vermögen (ohne Wohneigentum) für das Anrecht auf Ergänzungsleistungen stärker berücksichtigt und die Vermögensfreibeträge für die EL-Berechnung gesenkt (Inkraftsetzung erfolgt im Jahr 2021<sup>3</sup>).

### 1.3 Zwischenfazit

Die Ausführungen zu den demografischen Entwicklungen und den steigenden Pflegekosten im hohen Alter haben gezeigt, dass die Finanzierung der Pflege in der Schweiz zunehmend zu einer Herausforderung wird. 2014 resultierte auf die gesamten Pflegeausgaben ein Fehlbetrag von ca. 390 Millionen Franken, welcher durch die öffentliche Hand oder durch Quersubventionen von Betreuungs- und Hotelleriekosten in den Pflegeheimen durch die Privaten aufgefangen wurde (Cosandey, 2016a, S. 87). Die Probleme steigender Pflegekosten werden sich aufgrund der demografischen Entwicklung zukünftig noch weiter verschärfen (Cosandey, 2016a, S. 10). Die Organisation und Finanzierung der Schweizer Pflege ist stark föderalistisch geprägt und weist kantonale Unterschiede auf. Im Pflegefall tragen die Patienten in jedem Fall die Kosten der bezogenen sozialen Dienstleistungen wie Betreuung, Verpflegung und Hauswirtschaft. Die medizinischen Kosten hingegen werden von allen drei Kostenträgern – den Patienten, den Krankenkassen und der öffentlichen Hand – übernommen. Mit einer steigenden Anzahl Pflegebedürftiger in der Schweiz müssen die Krankenversicherungen mehr Pflegebedürftige mitfinanzieren. Der vorherrschende Finanzierungsmix mit einer gesetzlich festgelegten Kostenbeteiligung durch die Krankenversicherungen führt ausserdem zu einer zunehmenden Kostenbeteiligung der öffentlichen Hand. Ausserdem sind bereits heute viele Pflegebedürftige auf Ergänzungsleistungen angewiesen, da diese oft als Substitut zur Pflegeversicherung genutzt werden, um die privaten Aussagen an der Pflegefinanzierung zu tragen. Die bestehende Finanzierung des Schweizer Pflegesystems und die systeminhärenten Fehlanreize der Ergänzungsleistungen im Pflegefall führen in Zeiten demografischer Entwicklungen zu einer hohen

---

<sup>3</sup> Vgl. hierzu online <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/el/reformen-und-revisionen/el-reform.html> (zuletzt abgerufen am 18. März 2020).

finanziellen Belastung der öffentlichen Hand und somit der gesamten steuerpflichtigen Bevölkerung, insbesondere jedoch der jüngeren, erwerbstätigen Generation.

## Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Studie ist eine qualitative, vergleichende und nicht-experimentelle Arbeit mit einem *case oriented approach*. Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden unterschiedliche Lösungsansätze zur Finanzierung der Alterspflege diskutiert. In einem ersten Schritt wird ein Ländervergleich herangezogen. Dazu werden drei Länder untersucht, welche unterschiedliche, staatszentrierte Lösungsansätze zur Finanzierung der Alterspflege vorweisen. Darauf folgen drei in der Schweiz diskutierte Lösungsvorschläge in Bezug auf die Herausforderungen in der Pflegefinanzierung. Aus der Analyse der Alterspflegesysteme dreier europäischer Staaten wird in einem zweiten Schritt empirische Evidenz gewonnen, welche der drei untersuchten Schweizer Lösungsvorschläge die negativen Auswirkungen der demografischen Entwicklungen auf die Pflegefinanzierung auffangen können. Aus dieser qualitativen Bewertung ergeben sich zwei Lösungsansätze, wie eine nachhaltige Pflegefinanzierung in der Schweiz aussehen könnte. In einem letzten Schritt werden aus den zwei theoretischen Lösungsvorschlägen konkrete politische Reformvorschläge abgeleitet und auf ihre politische Machbarkeit im parlamentarischen Prozess untersucht. Die Machbarkeitsstudie stützt sich nebst einer subjektiven Einschätzung auf die Positionspapiere der Parteien und die Erkenntnisse aus vergleichbaren Reformbestrebungen. Daraus lassen sich institutionalisierte Massnahmen ableiten, auf deren Basis die Schweizer Politik den Herausforderungen steigender Pflegekosten konkret begegnen kann.

Um die Vergleichbarkeit sicherzustellen werden europäische Staaten untersucht, da diese in vielerlei Hinsicht (Lebenserwartung, demokratische Grundordnung, westliche Wohlstandsstaaten etc.) eine grosse Nähe zueinander aufweisen. Bei europäischen Staaten wird daher auch die Vergleichbarkeit der Pflegefinanzierungssysteme als gegeben betrachtet. Unterschiedliche kulturelle, soziologische und politische Rahmenbedingungen haben in Europa zu verschiedenen Organisations- und Finanzierungsstrukturen in der Pflege geführt. Ziel der Fallauswahl sind drei Staaten, welche zum einen in ihren Grundzügen vergleichbar sind und zum anderen unterschiedliche historische und kulturelle Kontexte aufweisen, in denen sich das jeweilige Pflegesystem entwickelte. Dies ermöglicht die Untersuchung einer grossen Breite an verschiedenen Pflegesystemen.

Oggier (2015, S. 151) unterscheidet grundsätzlich drei Arten von Gesundheits- und Pflegesystemen. Erstens ein Modell, welches der gesamten Bevölkerung kostenlosen Zugang zu staatlichen Gesundheitseinrichtungen ermöglicht und beispielsweise in Grossbritannien und Schweden angewendet wird (Oggier, 2015, S. 151). Zweitens ein Sozialversicherungsmodell, welches die Gesundheitskosten über einer obligatorischen Sozialversicherung mit einkommensabhängigen Prämien finanziert und zum Beispiel in Deutschland und Österreich implementiert wurde. Drittens wird das Privatversicherungsmodell genannt, welches das Gesundheitswesen über private und freiwillige Krankenversicherungen finanziert, aber in dieser Reinform in Europa zurzeit nicht vertreten ist (Oggier, 2015, S. 151).

Die Differenzierung unterschiedlicher Pflegefinanzierungsstrukturen anhand von Wohlfahrtstypen wird im folgenden Abschnitt mit Hilfe von Strohmeier Navarro Smith (2012, S. 159-162.) erläutert: Finnland, Schweden und Norwegen sind dem sozialdemokratischen/skandinavischen Wohlfahrtstyp zuzuordnen, in welchem der Staat als zentraler und universalistischer Akteur auftritt. Beim konservativen/kontinentaleuropäischen Wohlfahrtstyp, zu welchem nebst der Schweiz auch Frankreich zählt, trägt in erster Linie die Familie zur Absicherung sozialer Risiken bei. Dazu kommen aktiv subsidiäre sozialpolitische Massnahmen. In den südeuropäischen Sozialstaaten (Italien, Spanien), ist die Familie zur primären Absicherung sozialer Risiken verpflichtet und die staatliche Unterstützung ist passiv subsidiär. Weiter unterscheidet Strohmeier Navarro Smith die zentral-/osteuropäischen Wohlfahrtsstaaten, darunter Polen und die liberalen/angelsächsischen Staaten. Eine sehr ähnliche Klassifizierung wie Strohmeier Navarro Smith nimmt auch Haberkern (2009, S. 57-76) vor und unterscheidet den nordischen Wohlfahrtsstaat (bspw. Dänemark), den auf Bismarck beruhenden Sozialstaat (bspw. Deutschland) und das mediterrane System (bspw. Italien).

Trotz der unterschiedlichen Klassifizierungsansätze ist ein generelles Muster zu erkennen: Es scheint systemische Unterschiede in der Pflegefinanzierung der nordischen, zentraleuropäischen und südeuropäischen Staaten zu geben, die Alterspflegearten werden somit territorial unterschieden. Im folgenden Ländervergleich wird aus jeder der zuvor definierten geografischen Regionen (Nord-, Zentral- und Südeuropa) ein Land beleuchtet. Dies ermöglicht es, europäische Pflegesysteme aus unterschiedlichsten politischen, soziologischen und historischen Kontexten heraus zu untersuchen. Exemplarisch für die geografischen Regionen Europas werden die Länder Dänemark (skandinavischer Pflegekontext), Deutschland (zentraleuropäisch) und Italien (mediterran) gewählt. Alle drei Staaten verfügen über ein institutionalisiertes und staatlich implementiertes, beziehungsweise staatsnahes Pflegefinanzierungssystem.

## Vergleich europäischer Pflegesysteme und deren Finanzierung

Der Untersuchungsschwerpunkt der folgenden drei europäischen Pflegesysteme liegt auf dem institutionalisierten, staatlich implementierten Pflegesystem. Dieses Kapitel zum dänischen, italienischen und deutschen Pflegesystem gibt einen Überblick über die kulturellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Pflegesysteme, die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle der Alterspflege und den jeweiligen Leistungskatalog. Weitere Aspekte eines Pflegesystems – seien diese personeller oder juristischer Natur – sind nicht Teil dieser Untersuchung.

### 1.4 Dänemark

#### 1.4.1 Historisch und kultureller Kontext der Pflege in Dänemark

Dänemark repräsentiert den allgemeinen skandinavischen Pflegestandard. Laut Karlsson et al. (2012, S. 254) teilen sich die drei skandinavischen Länder vielerlei historisch gewachsene Strukturen und haben dadurch vergleichbare Sozialhilfesysteme entwickelt. In Dänemark gilt die skandinavische Grundphilosophie „Nicht die Familie, der Staat ist der Hauptpflegedienst“ (Meier-Gräwe, 2015, S. 101). Der dänische Sozialstaat ist ausserdem durch Werte des Individualismus, der Gleichheit sowie des Universalismus geprägt (Haberkern, 2009, S. 60). Der Staat übernimmt viel Verantwortung bei der

Versorgung pflegebedürftiger Betagter. Gründe dafür liegen laut Haberkern (2009, S.61) im traditionell geringen Einfluss der katholischen Kirche in Dänemark und in der frühen Emanzipation der dänischen Frauen. Dänemark hat einen historisch gewachsenen Fokus auf die institutionalisierte, staatliche Pflege und wird als ein servicebasiertes Pflegesystem bezeichnet (Haberkern, 2009, S. 63).

Der Pflegebegriff wird in Dänemark sehr weit gefasst. Er umfasst nebst der gesundheitlichen Versorgung auch eine umfassendere Betreuung der Pflegebedürftigen (Riklin, 2015, Abschn. 10). Da auch Dänemark stark von der demografischen Entwicklung hin zu einer alternden Gesellschaft betroffen ist, wurde die präventive und aktivierende Pflege stetig ausgebaut, um die alternde Bevölkerung möglichst lange gesund zu halten (Meier-Gräwe, 2015, S. 101). Dänemark verfügt über weit ausgebaute Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich. Über viele Jahre wurden die Betagten vorzugsweise in Alters- und Pflegeheimen untergebracht und die Einrichtungen entsprechend staatlich gefördert (Haberkern, 2009, S. 60). Seit den 1980er-Jahren liegt der Fokus Dänemarks jedoch vermehrt auf der ambulanten Pflege. „Die primären Beweggründe und Ziele der De-Institutionalisierung waren eine Kontinuität im Lebenslauf, Autonomie und Selbstbestimmung, kurzum: die Würde im Alter“ (Haberkern, 2009, S. 61). Zusätzlich dürften in Zeiten demografischer Entwicklungen auch finanzielle Beweggründe zu diesem Richtungswechsel von der stationären hin zur ambulanten Betreuung beigetragen haben.

Auch wenn die Versorgung zu Hause vermehrt gefördert wird, bedeutet dies nicht, dass sich der Staat aus seiner Verantwortung zurückzieht. Auch die ambulante Pflege ist in Dänemark stark institutionalisiert. Die OECD-Grafik (Abbildung 3) zeigt, dass Dänemark einen überdurchschnittlich hohen prozentualen Anteil ambulant gepflegter älterer Menschen aufweist.

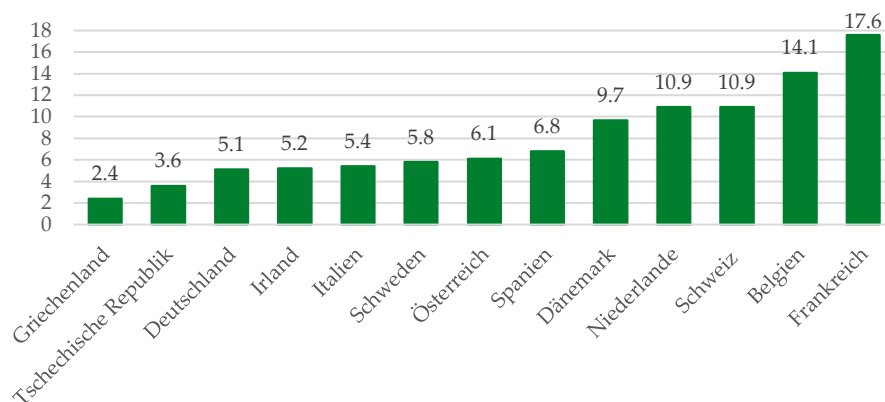


Abbildung 3 Prozentueller Anteil der Bevölkerung die informelle Pflege zu Hause erhält (In Anlehnung an Colombo et al (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care [OECD]*. S. 88).

Gleichzeitig geben unterdurchschnittlich wenig Menschen an, informelle Unterstützung bei den täglichen Aktivitäten (*activities of daily living*) von Betagten zu leisten (Abbildung 4). Dies lässt auf einen intensiven staatlichen, institutionalisierten Pflegedienst im ambulanten Bereich schliessen

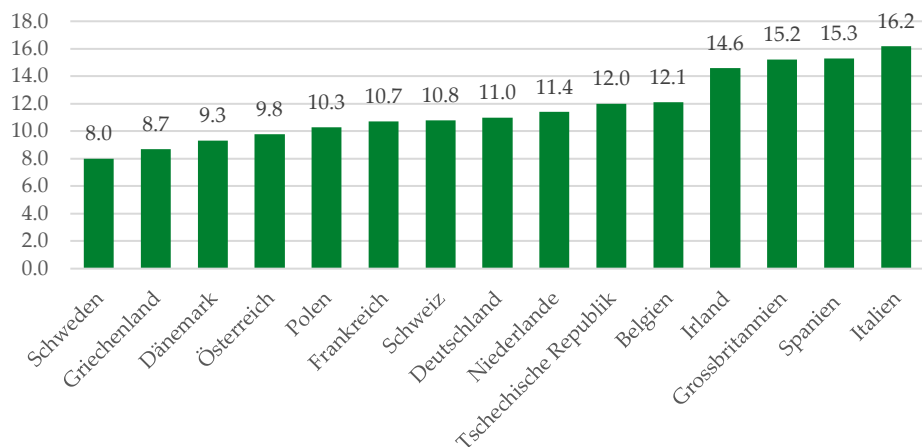


Abbildung 4 Prozentueller Anteil der Bevölkerung, welche angibt informelle Pflege bei der Verrichtung der ADL Aktivitäten zu leisten, in Anlehnung an Colombo et al (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* [OECD]. S. 88.

Der ausgebaute Sozialstaat Dänemarks ist das Resultat einer institutionalisierten Solidarität (Meier-Gräwe, 2015, S. 101). Die staatliche Verantwortung ist in Dänemark tief verwurzelt. Haberkern (2009, S. 60) fasst die dänische Alterspflege wie folgt zusammen: „Heute zeichnet sich Dänemarks Pflegesystem insbesondere durch zwei Merkmale aus: sehr umfassende staatliche Serviceleistungen und die alleinige Verantwortung des Staates für die Pflege.“

#### 1.4.2 Organisation der dänischen Alterspflege

Das Gesundheits- und Pflegesystem Dänemarks wird über drei Staatsebenen organisiert (Ministry of Health, 2017, S. 4). Während der Staat die übergeordnete Regulierung des Gesundheits- und Pflegewesens überwacht, sind die sogenannten Regionen für die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser und Hausärzte verantwortlich (Ministry of Health, 2017, S. 4). Die unterste Verwaltungsstufe (vergleichbar mit Gemeinden) ist primär für die Versorgung hilfsbedürftiger älterer Menschen – sowohl stationär als auch ambulant – zuständig (Ministry of Health, 2017, S. 4). Diese föderalistische Ordnung erinnert stark an die Organisationsstrukturen in der Schweiz und ist gleichzeitig typisch für das skandinavische Modell (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 72). Im Gegensatz zur Schweiz werden die Pflegeleistungen auf der Gemeindeebene, wie in den meisten skandinavischen Gemeinden, jedoch grösstenteils kostenlos erbracht (Meier-Gräwe, 2015, S. 101). Nur in gewissen Fällen und bei ausreichend finanziellen Mitteln der Betagten können die Gemeinden Gebühren, beispielsweise für die Wohn- und Verpflegungskosten in Altersheimen, erheben (Meier-Gräwe, 2015, S. 101).

Den Pflegebedürftigen in Dänemark steht es frei, ob sie eine ambulante oder stationäre Pflege bevorzugen (Haberkern, 2009, S. 60) und ob sie diese über staatliche oder private Dienstleister beziehen möchten (Meier-Gräwe, 2015, S. 101). Dies verwundert insbesondere vor dem Hintergrund einer langen Tradition staatsmonopolistischer Pflege. Meier-Gräwe (2015, S. 101) erklärt sich die Offenheit gegenüber privaten Dienstleistern mit einer Auflockerung des Sachleistungsprinzips. Dieses Prinzip ist eine von zwei Möglichkeiten, öffentliche Sozialleistungen zu erbringen und steht der Geldleistung gegenüber (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 190). Während die Sachleistung die staatliche

Bereitstellung von Leistungen (z. B. hauswirtschaftlich, sozialbetreuerisch, medizinisch) bezeichnet, handelt es sich bei der Geldleistung um einen monetären Transfer an die Leistungsberechtigten (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 190). In Dänemark bedeutet das Geldleistungsprinzip konkret, dass Leistungsberechtigte ihre privaten Dienstleister mit Hilfe staatlicher Gutscheine bezahlen können (Meier-Gräwe, 2015, S. 101). Colombo et al. (2011, S. 34) stellen in ihrem Bericht für die OECD fest, dass ein «Vouchersystem» (Gutscheine als Geldleistung) den Wettbewerb innerhalb der Pflegedienstleister verstärkt. Dies erhöht wiederum die Produktivität des Pflegesektors. Trotz dieses Wettbewerbes unter den Pflegeleistungserbringer überwiegt in Dänemark der Anteil öffentlicher Leistungserbringer gegenüber privaten deutlich (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 285).

Grundsätzlich haben alle dänischen Einwohner das Recht auf umfassende staatliche Unterstützung (Schulz, 2010, S. 4). Im Falle von spezifischen Pflegedienstleistungen gibt es überprüfbare Zugangskriterien. Im europäischen Vergleich setzen die skandinavischen Staaten die Voraussetzungen für einen spezifischen Leistungsbezug im Pflegefall tief an. Laut Strohmeier Navarro Smith (2012, S. 227) reicht in den meisten nordischen Ländern die reine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit aus, um einen Zugang zu staatlichen Geld- und Sachleistungen zu bekommen. Betagte Personen erhalten ausserdem Präventivbesuche, bei welchen die individuellen Bedürfnisse besprochen und Unterstützungsangebote aufgezeigt werden (Schulz, 2010, S. 2). Der Zugang zu staatlicher Unterstützung im Pflegefall ist in Dänemark somit sehr «niederschwellig».

#### **1.4.3 Finanzierung der dänischen Alterspflege**

Der Dänische Staat übernimmt nicht nur die Organisation der Alterspflege, sondern finanziert auch grosse Teile der Kosten für die Alterspflege aus der öffentlichen Hand. 2015 wurden 84 % der Gesundheits- und Sozialleistungen in Dänemark durch öffentliche Mittel finanziert (Ministry of Health, 2017, S. 5). Hierunter fallen auch die Ausgaben für die Pflege im Alter. Bereits die Kosten für die Alterspflege entsprechen ca. 2,8 % des Bruttoinlandprodukts (Ministry of Health, 2017, S. 5). Laut dem dänischen Gesundheitsministerium (Ministry of Health, 2017, S. 5) liegt dieser Wert deutlich über dem OECD-Durchschnitt.

Dem dänischen Gesundheitsministerium (Ministry of Health 2017, S. 21) zufolge ist die gesamte ambulante Pflege für die Leistungsempfänger kostenlos. 2015 nahmen rund 12 % der über 65-Jährigen Menschen kostenfreie Dienstleistungen wie medizinische Pflege, Haushaltshilfe und Körperpflege in Anspruch (Ministry of Health, 2017, S. 12). Eine Ausnahme, bei welcher die Leistung des Pflegesystems nicht ausschliesslich staatlich finanziert ist, ist die Unterbringung in Pflegeheimen (Meier-Gräwe, 2015, S. 101). Heimbewohner finanzieren in Abhängigkeit ihrer finanziellen Mittel die Kosten für Verpflegung und Heimunterbringung selbst (Ministry of Health, 2017, S. 12). Die medizinischen, betreuerischen und pflegerischen Dienstleistungen der Alters- und Pflegeheime werden weiterhin staatlich finanziert. Geschieht die Heimunterbringung auf Verschreibung eines Arztes, ist sie für den Patienten wiederum vollumfänglich kostenlos (Ministry of Health, 2017, S. 12). Die effektive finanzielle Belastung für dänische Pflegebedürftige ist daher trotz einer grundsätzlich vorgesehenen Kostenbeteiligung daher äusserst gering.

Um die hohen Kosten des ausgebauten Sozialstaates tragen zu können, erhebt Dänemark hohe Steuern. Das dänische Steueramt (2018, S. 4) bezeichnet die durch Steuern verursachte Umverteilung als Teil des (ungeschriebenen) Sozialvertrages Dänemarks. Laut OECD (2017, zit. in Eidgenössisches Finanzdepartement [EFD], 2018, S. 1) weist Dänemark unter allen untersuchten OECD-Staaten die höchste Fiskalquote auf (Abbildung 5). Diese misst die allgemeine Steuerbelastung der Bürger. Hauptmerkmal der dänischen Pflegefinanzierung ist somit die starke Umverteilung über das Steuersystem und die hohe steuerliche Belastung der Bevölkerung. In Zeiten demografischer Entwicklungen und einer steigenden Anzahl Pflegebedürftiger wird diese Steuerbelastung für die Bevölkerung voraussichtlich weiter ansteigen.

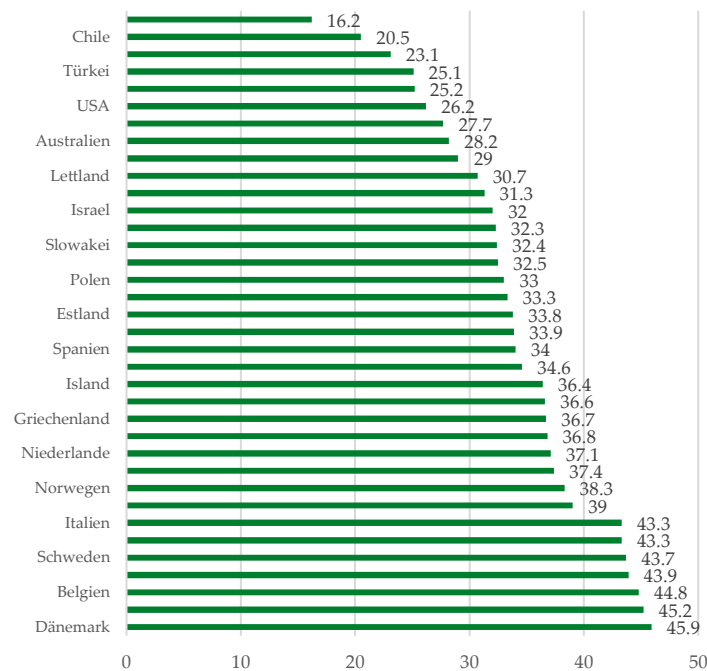


Abbildung 5 Fiskalquote 2015, in Anlehnung an OECD (2017, Revenue Statistics 1965–2016, Tabelle 3.1. Zit. In Eidgenössisches Finanzdepartement [EFD], 2018, Faktenblatt Internationaler Steuervergleich, S. 1)

## 1.5 Italien

### 1.5.1 Historisch und kultureller Kontext der Pflege in Italien

Um die Pflegesysteme im mediterranen Pflegekontext zu veranschaulichen, wird das Pflegesystem Italiens stellvertretend für die südeuropäische Pflegekultur erläutert. Das folgende Kapitel basiert in erster Linie auf Sekundärliteratur, da die Informationsbeschaffung über die offiziellen Regierungswege Italiens sehr Intransparenz und daher nur begrenzt möglich ist. Aufgrund der grossen Bedeutung der informellen, familiären Pflege in Italien wird auch diese kurz beleuchtet.

Das Pflegesystem Italiens ist von mangelnden Strukturen und Regeln geprägt. Laut Strohmeier Navarro Smith (2012, S 211) ist die öffentliche Versorgung im Pflegebereich in Italien kaum entwickelt. Dem geringen Angebot an Pflegedienstleistungen steht jedoch ein hoher Pflegebedarf und somit eine hohe Nachfrage nach Pflegedienstleistungen gegenüber. Dieses Missverhältnis kann nur durch familiäre, informelle Pflege aufgefangen werden (Haberkern, 2009, S. 67). Gleichzeitig ist das Pflegesystem

Italiens stark fragmentiert. Es gibt grosse regionale Unterschiede in „der Regulierung, Finanzierung, Organisation und Erbringung von Leistungen“ (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S 233).

Das italienische Pflegesystem ist „ein wohlfahrtsstaatliches Modell, das auf einer erweiterten familialen bzw. verwandtschaftlichen Solidarität basiert“ (Naldini zit. in Haberkern, 2009, S. 72). Die Familie spielt somit die zentrale Rolle in der italienischen Pflegekultur. Pflegebedürftige haben zwar ein gesetzliches Anrecht auf eine pflegerische Versorgung im Alter, gleichzeitig sind aber auch die Angehörigen gesetzlich verpflichtet, sich um ihre pflegebedürftigen Verwandten zu kümmern (Haberkern, 2009, S. 72). Das Gesetz regelt jedoch nicht, welche Ansprüche juristischen Vorrang haben – jene gegenüber dem Staat oder jene gegenüber der Familie (Haberkern, 2009, S. 72). Dies führt in der Praxis dazu, dass die Betreuung betagter Angehöriger zu einer Hauptaufgabe für den weiteren Familienverbund wird (Berger-Schmitt, 2003, S. 12). Das Pflegesystem Italiens zeichnet sich ausserdem dadurch aus, dass es stark dezentralisiert und fragmentiert ist (Costa-Font, Gori & Santana, 2012, S. 171). Während in Nord- und Mittelitalien auf die sinkenden familiären Pflegeressourcen aufgrund steigender Erwerbstätigkeit bei Frauen und sinkender Geburtenraten mit zusätzlichen öffentlichen Dienstleistungen reagiert wird, handelt der Süden Italiens kaum (Theobald, 2008, S. 271). Allgemeingültige Aussagen zum italienischen Pflegesystem sind aufgrund dieser grossen inneritalienischen Unterschiede schwierig zu machen.

Die Gründe für die historisch gewachsene Bedeutung der familiären Pflege wurzeln mitunter auch in der starken Präsenz der katholischen Kirche in Italien: „Die katholische Kirche hat traditionell einen starken Einfluss auf das Familienleben, aber auch auf die Familien- und Sozialpolitik in Italien. Noch in der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts hatte sie auf lokaler und regionaler Ebene das Monopol auf die Linderung von Armut, die Bereitstellung elementarer Bildung sowie die Kinder- und Altenbetreuung“ (Haberkern, 2009, S. 72). Dieses katholisch geprägte Weltbild des patriarchalischen Familienmodells und der Subsidiarität staatlicher Unterstützung zur familiären/kirchlichen Fürsorge prägt die Sozialpolitik Italiens (Haberkern, 2009, S. 72). Allerdings hat sich das traditionelle patriarchalische Familienmodell, insbesondere in den nördlichen Teilen Italiens, stetig gelockert. Um trotz sinkender innerfamiliärer Ressourcen der Verpflichtung weiter nachzukommen, Bedürftige in der Familie zu betreuen, wird die Pflege zunehmend an Dritte delegiert. Dies führt zu einer steigenden Nachfrage nach ambulanter Pflege in Italien; dieser Effekt hat wiederum eine Migrationswelle ausländischer Pflegekräfte zur Folge hatte (Colombo, et al., 2011, S. 46). Da diese Pflegeassistenten oft illegal und zu Niedriglöhnen beschäftigt werden, können sich viele Familien diese Versorgungsform leisten (Haberkern, 2009, S. 71).

### **1.5.2 Organisation der italienischen Alterspflege**

Tediosi und Gabriele (2010, S. 2) zeigen die grossen regionalen Unterschiede in der Organisation der Alterspflege in Italien ebenfalls auf und verdeutlichen, dass der Norden Italiens auf Gemeinde- und Regionsebene durchaus in die Langzeitpflege investiert, während der Süden weiterhin eine mangelhafte Versorgungsstruktur an Pflegedienstleistungen aufweist. Der Fokus dieses Abschnittes liegt daher auf dem landesweiten und für alle zugänglichen nationalen Pflegesystems Italiens und verzichtet aufgrund grosser Unterschiede auf eine regionale Differenzierung.

Die zentrale Aufgabe der nationalen Staatsebene in der Pflegeversorgung Italiens ist die Auszahlung eines geringen nationalen Pflegegeldes (Theobald, 2008, S. 271). Ansonsten wird die Organisation des Gesundheits- und Sozialwesens grösstenteils von den Regionen übernommen (Casanova, 2012, S. 1). „Die Kommunen und die Provinzen sind für die Organisation, Finanzierung von sozialen Diensten und institutionellen Angeboten sowie für die genaue Definition von Zugangskriterien verantwortlich“ (Theobald, 2010, S. 35). Die Organisation von institutionalisierten Pflegeleistungen wird in weiten Teilen Italiens gar von Non-Profit-Anbieter, ohne öffentliche Einflussnahme, erbracht (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 287). Somit kommt der Nationalstaat de facto keiner organisatorischen Aufgabe nach, sondern stellt nur den Transfer des nationalen Pflegegeldes sicher. Die geringe staatliche Einflussnahme Italiens auf die Alterspflege führt auch dazu, dass die Wahlfreiheit verschiedener Pflegeleistungen für die Bedürftigen oft eingeschränkt ist. Die meisten Italiener haben aus finanziellen Gründen keine Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen Pflegearrangements zu wählen und sind auf die informelle Pflege zu Hause angewiesen (Haberkern, 2009, S. 74). Laut Costa-Font, Gori und Santana (2012, S. 171) lebten Ende der 2000er Jahre daher nur knapp 3 % der über 65-Jährigen in Alters- und Pflegeheimen. Im Gegensatz zu den meisten europäischen Vergleichsstaaten gibt es in Italien auch keine juristische Definition der Pflegebedürftigkeit, welche den Zugang zu öffentlichen Pflegeleistungen rechtfertigen könnte (Tediosi & Gabriele, 2010, S. 2).

In Italien werden grundsätzlich Geldleistungen erbracht (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 227). Sachleistungen werden im besten Fall von den Regionen übernommen (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 255) und beinhalten meist die reine Bereitstellung der Infrastruktur stationärer Alters- und Pflegeheime. Die Versorgungskosten in den Heimen müssen dann vollumfänglich von den Heimbewohner getragen werden (Costa-Font, Gori & Santana, 2012, S. 171). Die einzige landesweite Leistung im Pflegefall ist ein Pflegegeld (*-indennità di accompagnamento*), welches allen Menschen zusteht, die bei der Verrichtung ihrer alltäglichen Tätigkeiten beeinträchtigt sind (Da Roit, Le Bihan & Österle, 2007, S. 661). Was zu Beginn als finanzielle Unterstützung invalider Bewohner allen Alters gedacht war, wird heute hauptsächlich für die finanzielle Unterstützung der Alterspflegebedürftigen verwendet (Theobald, 2010, S. 35). Für das Jahr 2019 beträgt dieses monatlich Pflegegeld 517,84 Euro – weitere staatliche Leistungen sind nicht vorgesehen (Istituto Nazionale Previdenza Sociale, 2019, Abschn. 5). Das staatliche Pflegegeld ist nicht zweckgebunden; dies führt häufig dazu, dass die staatliche Unterstützung für die Aufstockung des Familieneinkommens verwendet wird, anstelle die Pflege der Bedürftigen zu finanzieren (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 206).

### **1.5.3 Finanzierung der italienischen Alterspflege**

Wie bereits erläutert, ist das italienische Pflegesystem stark fragmentiert und von starken regionalen Unterschieden geprägt. So wie der Umfang, in welchem die Regionen und Kommunen Pflegedienstleistungen zur Verfügung stellen, ist auch dessen Finanzierung regional verschieden (Theobald, 2010, S. 35). Der folgende Abschnitt untersucht nur die Finanzierung des nationalen Pflegegeldes *indennità di accompagnamento*, da nur diese Leistung allen Pflegebedürftigen Italiens universell zugänglich ist.

Das Pflegegeld wird in Italien durch Steuergelder finanziert (Theobald, 2008, S. 274). Die Kosten für das staatliche Pflegegeld werden somit von der Allgemeinheit getragen. Da der staatliche Leistungsumfang

jedoch sehr beschränkt ist, gehört Italien im europäischen Vergleich zu den Ländern mit den tiefsten öffentlichen Ausgaben für die Altershilfe gemessen am Bruttoinlandprodukt (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 215). Dadurch ist auch die spezifische steuerliche Belastung aufgrund des Pflegegeldes für jeden einzelnen gering. Über die Steuern findet nur wenig gesamtgesellschaftliche Umverteilung zur Finanzierung der Alterspflege statt. Innerhalb der Familie, welche die meisten direkten und indirekten Kosten der Alterspflege übernimmt, kommt es jedoch zu einer starken Umverteilung von den Jungen zu den Pflegebedürftigen (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 222). Unter der Annahme steigender Pflegekosten, sinkender Geburtenraten und steigender Lebenserwartung führt dies bei der jüngeren Generation Italiens mit pflegebedürftigen Angehörigen zu einer zunehmenden Belastung.

## 1.6 Deutschland

### 1.6.1 Historisch und kultureller Kontext der Pflege in Deutschland

Zur Veranschaulichung eines zentraleuropäischen Pflegekonzepts wird das deutsche Pflegesystem erläutert. Der deutsche Sozialstaat „zeichnet sich im Wesentlichen durch drei Merkmale aus: das Versicherungsprinzip, das männliche Familienernährermodell und das Subsidiaritätsprinzip“ (Haberkern, 2009, S. 63). Bezeichnend für den mitteleuropäischen Wohlfahrtstyp ist die Bedeutung des Familienbundes, welcher traditionell für die Absicherung der sozialen Risiken im Alter verantwortlich ist (Strohmeier Navarro Smith, 2012, S. 160). Vor der Einführung der obligatorischen Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre waren die Kosten der Alterspflege reine «Privatangelegenheit» und die Unterstützung aus der Familie in vielen Fällen von grosser Bedeutung (Zuchandke, Reddemann & Krummacker, 2012, S. 214). Der Staat war nur für jene Pflegebedürftigen verantwortlich, welche von der Sozialhilfe abhängig waren. Haberkern (2009, S. 64) bezeichnet dieses Familienernährermodell gar als sozialpolitische Referenz Deutschlands.

Der Ursprung dieser gesellschaftlichen Ordnung Deutschlands liegt laut Haberkern (2009, S. 64) in der grossen Einflussnahme der Kirchen in weiten Teilen Deutschland. Aus diesem Grund war auch die Organisation der ausserfamiliären Alterspflege lange eine Domäne der Kirchen und der Freiwilligenarbeit (Gerlinger & Röber, 2009, S. 17). Die staatliche Verantwortung griff erst subsidiär: nach der informellen Pflege durch die Familie und des sozialen Umfelds (Kirche, Gemeinschaft, Freiwilligenarbeit). Noch heute zeigen sich die Auswirkungen der beiden Grundmerkmale „Subsidiarität“ und „Familienverbund“ im deutschen Sozialstaat. Die Kinder Pflegebedürftiger sind in beschränkter Weise auch heute noch gegenüber ihren Eltern unterhaltspflichtig und die familiäre Pflege wird staatlich stärker gefördert als die Betreuung durch Dritte (Auth, 2012, S. 621). Laut Auth (2012, S. 621) stellen die öffentlichen sozialen Dienste noch heute „eher eine Ergänzung zur informellen häuslichen Pflege dar“. Die Familie ist und bleibt für das deutsche Pflegesystem bedeutsam.

Wer die Pflegekosten nicht selbst tragen konnte, rutschte lange Zeit in die Abhängigkeit der Sozialhilfe (Zuchandke, Reddemann & Krummacker, 2012, S. 214). Dies änderte sich 1995 mit der Einführung der deutschen Pflegeversicherung. Rothgang schrieb 1997 (S. 9–10): „Während die öffentlich getragenen Pflegekosten vor Einführung der Pflegeversicherung primär steuerfinanziert von den Sozialhilfeträgern getragen wurden, werden sie nun vor allem von der durch Beiträge finanzierten Pflegeversicherung

übernommen: Die Pflegeversicherung gewährt Leistungen für häusliche und stationäre Pflege, auf die bei festgestellter Pflegebedürftigkeit und unabhängig von der individuellen Einkommens- und Vermögenssituation ein Rechtsanspruch besteht“. Die soziale Pflegeversicherung kennzeichnet somit einen Paradigmenwechsel von der ausschliesslich familiären Pflegeordnung, hin zu einer vermehrt gesamtgesellschaftlicheren Aufgabe und eine Veränderung im Pflegekontext Deutschlands (Auth, 2012, S. 621).

Die Traditionen von Subsidiarität staatlicher Verantwortung und die Rolle des Familienbundes wurden jedoch bewusst in die soziale Pflegeversicherung integriert. „Zwar wurde die Finanzierung von Steuern [Anmerkung: im Falle von Sozialhilfe] auf Versicherungsbeiträge umgestellt. Die bestehenden Pflegearrangements sollten jedoch nicht verändert, sondern stabilisiert werden. Der Familie und dem privaten sozialen Netzwerk wurde daher eine zentrale Rolle in der Pflege zugeordnet“ (Haberkern, 2009, S. 65). Das deutsche Bundesgesundheitsministerium (28.05.2018, Abschn. 3) stellt ebenfalls klar, dass die Pflegeversicherung bei Weitem nicht alle Kosten der Pflegebedürftigkeit abdeckt und die verbleibenden Kosten weiterhin von den Bedürftigen selbst und deren Familien getragen werden müssen. Die historisch und kulturell gewachsenen Rahmenbedingungen spiegeln sich in der Ausgestaltung der heutigen sozialen Pflegeversicherung Deutschlands wider. Dieses Zusammenspiel zwischen der familiären Mitverantwortung und einem entwickelten, aktiv subsidiären Sozialversicherungssystem ist typisch für viele Pflegesysteme in zentraleuropäischen Raum.

### **1.6.2 Organisation der deutschen Alterspflege**

In Deutschland wird die Pflegeversicherung auf nationalstaatlicher Ebene in Form eines Sozialversicherungsgesetzes reguliert (Auth, 2012, S. 622). Die operative Durchführung der Pflegeversicherung obliegt den Krankenkassen, denn sie sind Träger der sozialen Pflegeversicherung. „Die Pflegekassen sind nach dem Grundsatz der Selbstverwaltung organisiert und – ebenso wie die meisten Krankenkassen – selbstständige Körperschaften öffentlichen Rechts“ (Gerlinger & Röber, 2009, S. 54). Laut Gerlinger & Röber (2009, S. 70) ist es die Aufgabe der Ministerien auf Länderebene, die landesunmittelbaren Kassen zu überwachen und eine zahlenmässig ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen.

In Deutschland sind alle Bewohner, welche über eine gesetzliche Krankversicherung oder über eine private Kranken- und Pflegeversicherung verfügen, automatisch pflegeversichert (Bundesgesundheitsministerium, 28.05.2018, Abschn. 1). Da eine allgemeine Versicherungspflicht gilt, sind alle sozialversicherten Personen in Deutschland auch pflegeversichert (Bundesgesundheitsministerium, 28.05.2018, Abschn. 6). Leistungsberechtigt sind wiederum alle Pflegebedürftigen, welche nach definierten Kriterien Unterstützung bei der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten benötigen (Gerlinger & Röber, 2009, S. 28). Die individuellen Ansprüche der Pflegebedürftigen werden nach sogenannten Pflegestufen (Grad der Einschränkungen) bestimmt (Gerlinger & Röber, 2009, S. 35). Das konkrete Vergütungssystem in der deutschen Pflegeversicherung sieht sowohl Geld- als auch Sachleistungen vor und ist komplex ausgestaltet. Das deutsche Pflegesystem unterscheidet in der Vergütungs- und Leistungsform zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Der folgende Absatz orientiert sich, sofern nicht anders

angegeben, an Gerlinger & Röber (2009, S. 35-53 und verdeutlicht die Leistungen der Pflegeversicherung:

Grundsätzlich haben die Pflegeversicherten die Wahl, ob sie Sachhilfen in Form professioneller Fachkräfte oder Geldleistungen beziehen möchten (Bundesministerium für Gesundheit, 28.05.2018, Abschn. 3). Bei der ambulanten Pflege existieren Sach- und Geldleistungen. Ambulante Sachleistungen werden von der Pflegeversicherung nicht vollständig übernommen, da es sich bei der Pflegeversicherung nur um eine Teilkostenversicherung handelt. Können Bedürftige die ambulanten Restkosten nicht bezahlen, werden diese auf die Angehörigen übertragen (Zuchandke, Reddemann & Krummacker, 2012, S. 217). In der ambulanten Pflege können Geldleistungen in Form eines Pflegegeldes für die selbst beschaffene Pflegehilfe bezogen werden. Durch diese Massnahme setzt der deutsche Staat Anreize zur familiären und nachbarschaftlichen Alterspflege. Die staatliche Förderung der ambulanten Pflege führt dazu, dass laut Colombo et al. (2011, S. 42) im Jahre 2008 1,9 % der deutschen Bevölkerung institutionelle, ambulante Pflegeangebote bezogen, während nur 0,9 % der Bevölkerung in stationären Heimen untergebracht war. Auch die vollstationäre Unterbringung wird von der Pflegeversicherung in Form pauschaler Sachleistungen übernommen – Geldleistungen sind im stationären Bereich nicht möglich. Die Hotelleistungen tragen die Versicherten, vergleichbar mit der Schweiz, selbst. Abbildung 6 veranschaulicht die Austauschbeziehungen im Pflegefall bei der Gewährung von Geld- und Sachleistungen:

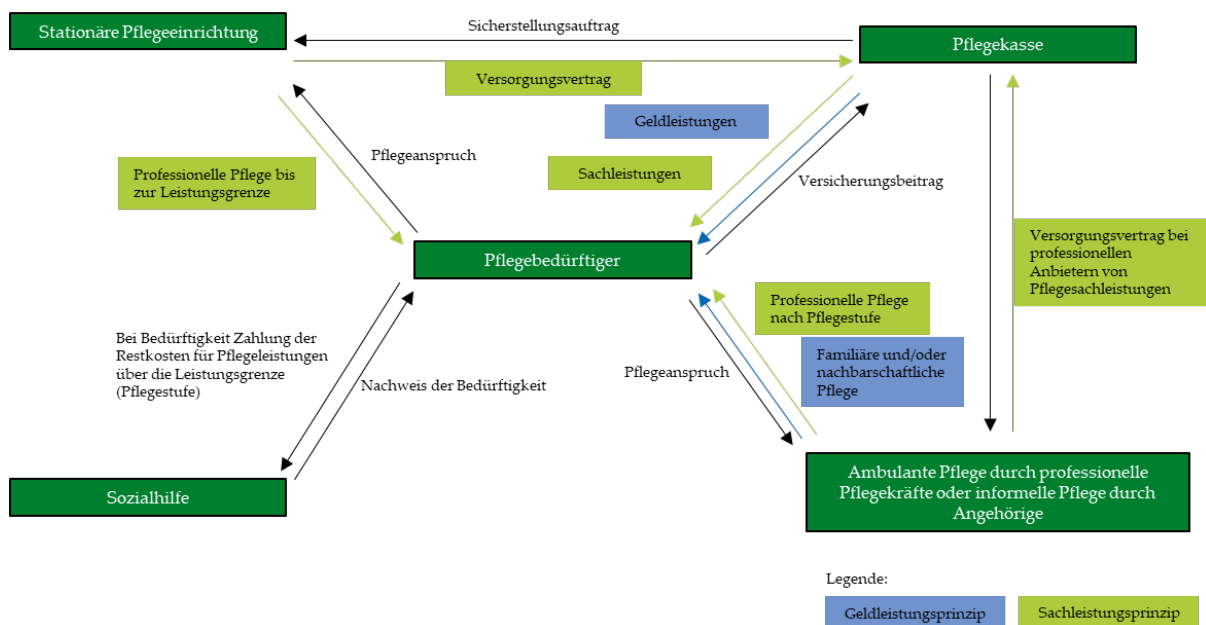


Abbildung 6 Austauschbeziehung bei der Gewährung von Pflegesach- und Geldleistungen. Eigene Darstellung in Anlehnung an Abbildung 1 (vgl. Gerlinger & Röber (2009) Die Pflegeversicherung, Bern: Verlag Hans Huber, S. 39).

### 1.6.3 Finanzierung der Alterspflege

„Alle Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung zahlen den Beitrag für die aktuelle leistungsberechtigten Pflegebedürftigen“ (Gerlinger & Röber, 2009, S. 54). Das hiermit beschriebene Umlageverfahren ist das Hauptmerkmal bei der Finanzierung der deutschen sozialen Pflegeversicherung. In erster Linie wird die Pflegeversicherung durch einkommensabhängige Versicherungsbeiträge

finanziert, welche paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern übernommen werden (Zuchandke, Reddemann & Krummacker, 2012, S. 219). 2019 lag der Beitragssatz bei 3,05 %, beziehungsweise bei 3,30 % (für kinderlose Personen über 23 Jahren) des versicherungspflichtigen Einkommens<sup>4</sup>. Bei arbeitslosen Pflegeversicherten wird die Beitragspflicht einseitig von Arbeitsämtern oder Jobcentern übernommen (Zuchandke, Reddemann & Krummacker, 2012, S. 219). Im deutschen Pflegesystem sind auch die Rentner, in Abhängigkeit ihrer Renteneinkommen, beitragspflichtig (Colombo et al., 2011, S. 31). Ziel der Pflegeversicherung ist die Befreiung des Staates von direkten finanziellen Zuschüssen, die die Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung aufrechterhalten (Gerlinger & Röber, 2009, S. 54). Die Beitragseinnahmen der deutschen Pflegeversicherung betragen im Jahr 2017 rund 2,56 Mrd. € und im Jahr 2018 ca. 2,59 Mrd. €.<sup>5</sup>

Eine Besonderheit im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem ist die Möglichkeit, sich ab einem gewissen Jahreseinkommen eine private Krankenversicherung zu wählen (Troschke & Stössel, 2012, S. 95). Im Gegensatz zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung werden die Beiträge in der privaten Versicherung nach dem statistischen Risiko des Versicherten (Krankheitsrisiko, Alter etc.) und nicht einkommensabhängig berechnet (Troschke & Stössel, 2012, S. 95). Beide Formen der Pflegeversicherung sind in ihren Leistungen gleichwertig und unterscheiden sich nur bezüglich ihrer Finanzierung (Bundesministerium für Gesundheit, 28.05.2018, Abschn. 10). Im Gegensatz zur sozialen Pflegeversicherung basiert die private Pflegeversicherung auf dem Kapitaldeckungsverfahren (Gerlinger & Röber, 2009, S. 57). Demnach spart jede privat pflegeversicherte Person in Deutschland eigenes Kapital zur Absicherung des persönlichen Pflegerisikos an.

In Anbetracht der demografischen Entwicklungen in westlichen Industriestaaten ist das deutsche Pflegesystem Gegenstand politischer Kontroversen (Gerlinger & Röber, 2009, S. 125). Laut Zuchandke, Reddemann und Krummacker (2012, S. 228) muss davon ausgegangen werden, dass die Kosten der Langzeitpflege langfristig steigen. In einem umlagefinanzierten System trifft diese Entwicklung in erster Linie jüngere Gruppen. Da die soziale Pflegeversicherung keine Lösung bietet, wie die Alterspflege nachhaltig finanziert werden kann, werden in Deutschland unterschiedliche Reformvorschläge für die soziale Pflegeversicherung diskutiert – darunter die Möglichkeit, das Pflegesystem zukünftig vermehrt durch Steuergelder zu finanzieren (Zuchandke, Reddemann & Krummacker, 2012, S. 229). Besondere Aufmerksamkeit erzeugte der politische Vorschlag, die soziale Pflegefinanzierung durch mehr kapitalgedeckte Elemente zu ergänzen (Gerlinger & Röber, 2009, S. 127). Trotz zahlreicher Diskurse über die Zukunft der sozialen Pflegeversicherung scheint der realpolitische Reformwille in Deutschland dazu wenig ausgeprägt zu sein. So enthält der aktuell gültige Koalitionsvertrag von 2018 beispielsweise keine Massnahmen in Hinblick auf eine Finanzierungsreform der sozialen Pflegeversicherung (CDU, CSU & SPD, 2018).

---

<sup>4</sup> Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (XI), § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

<sup>5</sup> Vgl. [www.pkv.de](http://www.pkv.de) unter «Zahlen und Fakten», abgerufen am 14. Feb. 2020.

## 1.7 Zwischenfazit

Kapitel 4 zeigt auf, wie die Alterspflege in anderen europäischen Staaten organisiert und finanziert wird. Der Ländervergleich zwischen Dänemark, Deutschland und Italien belegt, dass sich diese drei Pflegesysteme stark unterscheiden. Im Grundsatz nimmt die Bedeutung der staatlichen, institutionalisierten Pflege vom Norden Europas in den Süden stetig abnimmt und die familiäre Pflege gewinnt gleichzeitig an Bedeutung. Die Staaten Dänemark, Deutschland und Italien unterscheiden sich sowohl im kulturellen Pflegekontext als auch in der effektiven Umsetzung und Finanzierung der Pflege. Die folgende Tabelle 1 vergleicht die Grundzüge der drei Pflegesysteme und veranschaulicht die zentralen Unterschiede in den untersuchten Pflegekontexten. In Bezug auf die Herausforderungen steigender Kosten aufgrund der demografischen Entwicklungen zeigt keines der drei untersuchten Pflegesysteme nachhaltige Lösungsansätze auf. Alle Systeme führen – unter Annahme einer alternden Gesellschaft und sinkender Geburtenraten – zu einer tendenziell hohen Belastung der jüngeren Generation.

*Tabelle 1 Übersicht Ländervergleich Pflegesysteme Dänemark, Deutschland und Italien.  
Eigene Darstellung in Anlehnung an Haberkern (2009), S. 75*

	Dänemark	Deutschland	Italien
<b>Rahmenbedingungen</b>			
Kulturell gewachsene sozialpolitische Referenz	Individuum	Kernfamilie	erweiterte Familie
Hauptverantwortlich für die Pflege	Staat	Familie / Staat	Staat
Unterstützung der Angehörigen	keine	Mittel	stark
Unterstützung der öffentlichen Hand	vollständig	subsidiär (aktiv)	subsidiär (passiv)
Professionelle Pflege	sehr verbreitet	verbreitet	kaum verbreitet
<b>Leistungsübersicht</b>			
Geldleistungen ambulant	X	X	X
Sachleistungen ambulant		X	
Geldleistungen stationär	X		X
Sachleistungen stationär	X	X	
Rehabilitationsmassnahmen	X		
Präventionsmassnahmen	X		
Anpassung Wohnumfeld		X	
<b>Finanzierung</b>			
Hauptfinanzierungsquelle	Staat (Steuergelder)	Pflegeversicherung (Umlageverfahren)	Staat (Steuergelder)

# Schweizer Lösungsvorschläge zur nachhaltigen Finanzierung steigender Pflegekosten

Im Kapitel 2 wurde dargelegt, dass die demografischen Entwicklungen in der Schweiz zu grossen Herausforderungen führen. Das Schweizer Pflegesystem ist den Herausforderungen rasant steigender Kosten nach unserem Dafürhalten zurzeit nicht gewachsen. Die europäische Vergleichsstudie aus Kapitel 4 zeigt, wie andere Staaten die Alterspflege organisieren und finanzieren. Diese Analyse hat grosse Unterschiede in der sozialstaatlichen Grundphilosophie und in den Verantwortlichkeiten bei der Alterspflege aufgedeckt und zeigt, dass keines der untersuchten Systeme den Herausforderungen steigender Pflegekosten in einer generationengerechten Art und Weise gewachsen ist.

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick, welche Lösungsansätze in Bezug auf die Finanzierung steigender Pflegekosten aufgrund der demografischen Entwicklungen im Schweizer Kontext und in der einschlägigen Literatur diskutiert werden. Im Zentrum der folgenden drei Lösungsvorschläge steht in erster Linie nicht die Kostenreduktion im Pflegesystem, sondern die Finanzierung der Alterspflege. Die Lösungsvorschläge zeigen Möglichkeiten auf, den demografischen Herausforderungen in der Pflegefinanzierung zu begegnen und den Generationenvertrag zu wahren. Trottmann, Vaterlaus, Telser und Übelhart (2016, S. 30) unterscheiden verschiedenen Lösungsvarianten zur zukünftigen Finanzierung der Pflegekosten, die in Abbildung 7 überblickartig zusammengefasst werden.

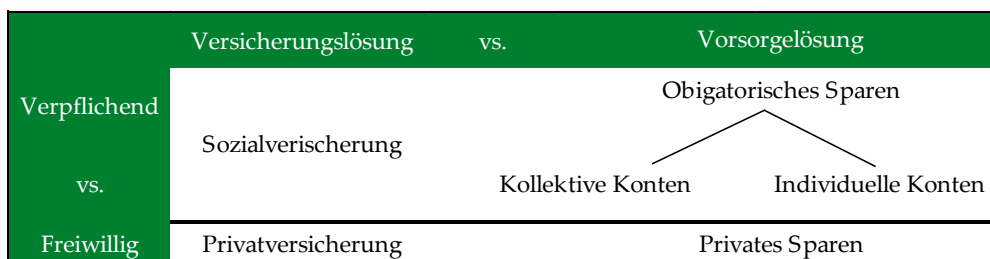


Abbildung 7 Lösungsvarianten der Pflegefinanzierung in Anlehnung an Trottmann et al. (2016). Finanzierung der Langzeitpflege aus ökonomischer Sicht (Pflegerecht, 1, 29-33).

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob eine Pflegefinanzierungslösung freiwillig oder obligatorisch sein sollte. Laut Trottmann et al. (2016, S. 31) wäre eine freiwillige Finanzierungslösung der Alterspflege zwar wünschenswert, aber in der Schweiz kaum zu etablieren. Mit anderen Worten: Solange ein ausgebautes soziales Auffangnetz besteht, gibt es kaum Anreize, freiwillig (z. B. über private Versicherungslösungen) für die Finanzierung der Alterspflege aufzukommen. Somit werden in der Folge nur verpflichtende Pflegefinanzierungsansätze untersucht. Das folgende Kapitel beschreibt unter anderem das obligatorische Sozialversicherungsmodell als soziale Pflegeversicherung und das obligatorische Sparen als Pflegevorsorgelösung. Zusätzlich wird ein Lösungsansatz geprüft, welcher Reformen innerhalb des bestehenden Systems vorschlägt und Anpassungen in der Prämienstruktur und der Kostenbeteiligung bei den Krankenversicherungen vorsieht.

Weitere mögliche Lösungsansätze, welche die institutionelle Pflege der Schweiz und deren Leistungsumfang dramatisch reduzieren würden oder welche den Schweizer Wohlfahrtsstaat massiv ausbauen

würden, werden in der Auswahl nicht berücksichtigt (vgl. hierzu die Ausführungen zu Dänemark und Italien). Solche Lösungsvorschläge sehen wir als politisch in der Schweiz nicht durchsetzbar.

## 1.8 Reduktion der Umverteilung zwischen den Generationen durch angepasste Prämienstufen und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung

Ein Lösungsvorschlag, welcher im Schweizer Kontext zur nachhaltigen Finanzierung der Pflege diskutiert wird, ist eine Anpassung in der Prämienstruktur und Kostenbeteiligung im bestehenden Krankenkassensystem. Dieser Vorschlag unterscheidet sich insofern von den hier diskutierten Lösungsansätzen, als er eine Reform innerhalb des bestehenden Finanzierungssystems fordert.

### 1.8.1 Lösungsvorschlag

Grundlage dieses Reformvorschlages ist der Status quo der Pflegefinanzierung, welcher eine Aufteilung der Pflegekosten zwischen dem Pflegebedürftigen, der Krankenkasse und der öffentlichen Hand vorsieht. Das heutige Pflegefinanzierungssystem der Schweiz wurde in Kapitel 2.2 bereits erläutert. Der vorliegende Lösungsvorschlag konzentriert sich dabei auf den Kostenträger Krankenkasse. Laut Cosandey (2016a, S. 131) wurde 2014 der überwiegende Teil der Ausgaben für die Alterspflege mit kollektiven Beiträgen der Krankenkassen oder mit Steuern finanziert. Sowohl die Krankenversicherungen, als auch das Schweizer Steuersystem basieren auf einer gewollten Umverteilung von Reich zu Arm bzw. von Gesund zu Krank. Das heutige Prämiensystem der Schweizer Krankenkassen, welches auf einer Kopfprämie beruht, führt aufgrund der demografischen Entwicklungen de facto jedoch zu einer ungewollten Umverteilung von Jung zu Alt (Cosandey, 2016a, S. 131). Die steigende Zahl pflegebedürftiger Personen führt zu einer zunehmenden Finanzierungslast in den Krankenversicherungen, welche sich wiederum mit Hilfe steigender Krankenkassenprämien finanzieren. Obwohl die Kostenbeteiligung der Krankenversicherung pro Patienten erst 2020 erhöht wurde und lange unverändert blieb (Art. 7a KLV)<sup>6</sup>, führt die absolute Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger zu finanziellen Herausforderungen für die Krankenkassen.

Vorteil einer Justierung des bestehenden Finanzierungssystems ist die verhältnismässig einfache Implementierung, da bestehende Strukturen nur angepasst werden. Steinmann und Telser schlagen vor „entweder die Krankenversicherungsprämien oder die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) altersabhängig“ auszugestalten (2005, S. 163). Alle anderen Parameter in der Pflegefinanzierung würden nicht verändert.

### 1.8.2 Veränderung bei der Finanzierung der Alterspflege

Während die übergeordnete Pflegefinanzierung zwischen Individuum, Krankenversicherung und Staat bestehen bleibt, verändert sich systeminhärent die Finanzierung der Krankenkassen. Somit wird zwar die Tatsache steigender Pflegekosten aufgrund des demografischen Wandels nicht verhindert, die ungewollte Umverteilung von Jung zu Alt in der Krankenversicherung jedoch minimiert. Um die Krankenversicherungen an sich generationengerechter zu finanzieren, werden zwei Ansätze diskutiert.

---

<sup>6</sup> Krankenpflege-Leistungsverordnung, Stand 1. April 2019

Die erste Herangehensweise, die Krankenversicherungen und die Pflege generationengerechter zu finanzieren, ist die Anpassung der Prämienstufen. Stand heute wird „die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mittels Einheitsprämien finanziert. Das heisst, dass jede versicherte Person unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht oder einem anderen Indikator für den Gesundheitszustand beim gleichen Krankenversicherer im gleichen Kanton respektive der gleichen Prämienregion für das gleiche Versicherungsmodell dieselbe Prämie bezahlt“ (Bundesamt für Gesundheit, 2018b, Abschn. 2). Der Primat der Einheitsprämie in der Grundversicherung erlaubt keine risikogerechte Prämienberechnung. Wären die Krankenkassenprämien risikogerecht berechnet, würden sie sich nach der erwarteten Entschädigungsleistung richten (Steinmann & Telser, 2005, S. 133). Da das individuelle Pflegerisiko eines Menschen äusserst schwierig festzustellen ist, muss bei der Berechnung risikogerechter Prämien zur individuellen Risikoermittlung beispielsweise auf das Alter der Versicherten zurückgegriffen werden (Steinmann & Telser, 2005, S. 133). Das Alter eignet sich insofern zur Risikoberechnung, da das Risiko der Alterspflegebedürftigkeit in direktem Zusammenhang mit dem eigenen Alter steht. Das Gesetz unterscheidet heute bereits Altersstufen und sieht trotz Einheitsprämien vor, dass einige Kohorten (Kinder/junge Erwachsene) tiefere Grundversicherungsprämien bezahlen müssen<sup>7</sup>. Eling (2013, S. 66) schlägt vor, zusätzlich zwei weitere Prämienstufen für 19–25-Jährige und für 26–35-Jährige einzuführen und diese ebenfalls durch tiefere Prämien zu entlasten. Im Gegenzug müssten die Prämien der über 36-Jährigen deutlich angehoben werden; dies würde die Problematik der Umverteilung von den sehr Jungen zu den pflegebedürftigen Alten in der Krankenversicherung abschwächen (Eling, 2013, S. 66). Es wäre ausserdem denkbar, dass jedes einzelne zusätzliche Lebensjahr zu einer individuellen Erhöhung der Prämien führt. Jeder Jahrgang würde eine unterschiedliche Krankenversicherungsprämie bezahlen und das Primat der Einheitsprämie innerhalb der Kohorte gewahrt. Viele weitere Reformvorschläge zur Anpassung der Prämienstruktur, wie beispielsweise vereinfachte Prämienrabatte für junge Menschen, welche die Prämienlast der Jugend reduziert und die Kosten risikogerechter auf die Älteren umverteilt, sorgen ebenfalls dafür, dass die ungewollte Umverteilung zwischen den Generationen in der obligatorischen Krankenversicherung abnimmt.

Die zweite Herangehensweise bei der Reform der Krankenkassen zur Reduktion ungewollter Umverteilungen aufgrund demografischer Entwicklungen ist die zunehmende Kostenbeteiligung im Alter. Diese Idee basiert auf Anpassungen in der Franchise und des Selbstbehaltes im Schweizer Krankenversicherungssystem. Der Versicherungsnehmer kann durch die Wahl seiner Franchise die Prämienhöhe massgeblich beeinflussen, da er die jährlichen Kosten bis zur Franchise selbst trägt und hohe Franchisen gleichzeitig tiefe Prämien implizieren (Eling & Parnitzke, 2006, S. 8). Übersteigen die Kosten die Franchise, übernimmt die Krankenversicherung 90 % der Kosten und überlässt dem Versicherten den restlichen prozentualen Kostenanteil (Selbstbehalt) (Eling & Parnitzke, 2006, S. 8). Der maximale Selbstbehalt – mit Ausnahme von gewissen Medikamenten – beträgt jährlich 700.00 Franken (Bundesamt für Gesundheit, 2018a, S. 12). Eine Selbstbeteiligung hat dabei insbesondere zum Ziel, Folgen des Moralischen Risikos (*Moral Hazard*) der Versicherten bestmöglich zu reduzieren. *Moral Hazard* beschreibt in diesem Kontext eine Verhaltensanpassung des Versicherungsnehmers nach Abschluss

---

<sup>7</sup> Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Art. 61 Abs.3

einer Versicherung. Bei vollständiger Kostenübernahme durch die Versicherung fehlen Anreize beim Versicherungsnehmer, eigene Gesundheitskosten möglichst tief zu halten (Tresch, 2008, S. 220) und Leistungen im grossen Umfang zu beziehen. Die Kosten bei der Alterspflege sind meist so hoch, dass die Instrumente Franchise und Selbstbehalt bei Alterspflegebedürftigen ihre Wirkung verlieren und die Pflegebedürftigen verhältnismässig weniger Anreiz verspüren, ihre eigenen Kosten tief zu halten (Steinmann & Telser, 2005, S. 140). Die Lösung ist eine altersabhängige Franchise oder eine im Alter zunehmende Obergrenze der Selbstbeteiligung, welche auch im höheren Alter sicherstellt, dass die Kostenbeteiligung ihre Wirkung entfaltet, den *Moral Hazard* altersspezifisch reduziert und die Betagten zu einem kostenbewussten Patientenverhalten bewegt (Steinmann & Telser, 2005, S. 140).

### **1.8.3 Vor- und Nachteile angepasster Prämienstufen und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung**

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Vor- und Nachteile der Lösungsansätze, die Pflegefinanzierung zwar in ihren Grundzügen zu belassen, jedoch die ungewollte Umverteilung in der Krankenversicherung durch angepasste Prämienstrukturen oder Kostenbeteiligungen zu reduzieren. Die Tabelle basiert auf dem Kapitel 5.1 und auf eigenen Einschätzungen.

Tabelle 2 Vor- und Nachteile angepasste Prämienstufen und Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung

Vorteile	Nachteile
<p><u>Anpassung Prämienstruktur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikogerechte Krankenkassenprämien führen dazu, dass der Versicherte einen stärkeren Bezug zwischen den Leistungen und der Prämie herstellt (Steinmann &amp; Telser, 2005, S. 133).</li> <li>• Starke Entlastung der jüngeren Generation in der Krankenversicherung, aufgrund reduzierter Umverteilung zwischen den Generationen (Steinmann &amp; Telser, 2005, S. 140).</li> <li>• Beseitigung überflüssiger Zirkulärsolidarität, da junge Versicherte mit risikogerechten Versicherungsprämien weniger Prämienverbilligungen brauchen (Entlastung Steuerzahler) (Eling, 2013, S. 70).</li> <li>• Relativ einfach zu implementieren, da auf bestehendes System beruhend.</li> </ul> <p><u>Anpassung Kostenbeteiligung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkere Eigenverantwortung der Versicherten (Eling, 2013, S. 75).</li> <li>• Reduktion des <i>Moral Hazard</i> trotz steigender Pflegekosten im Alter.</li> <li>• Relativ einfach zu implementieren, da auf bestehendes System beruhend.</li> <li>• Beseitigung überflüssiger Zirkulärsolidarität, da junge Versicherte mit risikogerechten Versicherungsprämien weniger Prämienverbilligungen brauchen (Entlastung Steuerzahler) (Eling, 2013, S. 70).</li> </ul>	<p><u>Anpassung Prämienstruktur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine strukturelle Reform der Pflegefinanzierung.</li> <li>• Für den Kostenträger öffentliche Hand kommen immer noch hauptsächlich die junge Generation auf (Umverteilung nur punktuell aufgehoben) (Cosandey, 2014, S. 179).</li> <li>• Abkehr von der solidarischen Krankenversicherung und daher politische Durchsetzbarkeit fraglich (Eling, 2013, S. 65).</li> <li>• Sofern keine Rückstellungsbildung vorgesehen ist, resultieren aus rein risikogerechten Prämien sehr hohe Beiträge im hohen Alter (Eling, 2013, S. 79).</li> <li>• Höhere Komplexität der Prämienberechnung, je risikogerechter die Prämienstrukturen (Eling, 2013, S. 79)</li> </ul> <p><u>Anpassung Kostenbeteiligung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine strukturelle Reform der Pflegefinanzierung.</li> <li>• Für den Kostenträger öffentliche Hand kommen immer noch hauptsächlich die jungen Versicherten auf (Umverteilung nur punktuell aufgehoben) (Cosandey, 2014, S. 179).</li> <li>• Politisch kaum umsetzbar, da hohe Kosten für betagte Personen zu erwarten.</li> <li>• Wenn die höhere Kostenbeteiligung die finanziellen Mittel übersteigen, besteht die Gefahr, dass Ergänzungsleistungen ausbezahlt werden müssen.</li> </ul>

## 1.9 Einführung einer sozialen Pflegeversicherung im Umlageverfahren

Die Einführung einer Pflegeversicherung ist eine strukturelle und umfassende Veränderung in der Finanzierung der Alterspflege. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über den bereits umfangreich diskutierten Vorschlag einer sozialen Pflegeversicherung nach dem Umlageverfahren zur Finanzierung der Schweizer Alterspflege. Der Vorschlag ist vergleichbar mit dem deutschen Pflegefinanzierungssystem.

### 1.9.1 Lösungsvorschlag

Grundsätzlich bedeutet die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung, dass alle Pflegeversicherten eine regelmässige Prämie an die Pflegeversicherung entrichten, womit die Pflegekosten der Pflegebedürftigen unmittelbar finanziert werden (Umlageverfahren). Damit entspricht die soziale Pflegeversicherung einer Sozialversicherung (Trottmann et al., 2016, S. 31). Mit Hilfe der Pflegeversicherung kann die Anzahl der Kostenträger, je nach Leistungsumfang der Pflegeversicherung, auf einen oder zwei reduziert werden. Das verringert die Komplexität und Intransparenz und somit die Überforderung der Patienten (Cosandey, 2014, S. 176). Zusätzlich wird die öffentliche Hand massiv entlastet.

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen würden ab einem gewissen Alter pflegeversicherungspflichtig werden. Die Pflegeversicherung muss obligatorisch sein, um die Problematik einer adversen Selektion zu vermindern. Adverse Selektion entsteht, falls die Versicherten heterogene Risiken aufweisen und über ihre Risikoexponiertheit private Kenntnisse besitzen, die dem Versicherer unbekannt sind (Tresch, 2008, S. 218). Bei Sozialversicherungen führt adverse Selektion entweder zu einem Markversagen (Extremfall) oder zu einem Zustand, in dem nur noch Personen mit sehr hohen Risiken versichert sind (Tresch, 2008, S. 218). Sofern die Versicherung von allgemeinem Interesse ist, sind Staaten daher gezwungen, die Sozialversicherungen obligatorisch auszugestalten; die Möglichkeiten einer Prämiendifferenzierung sind dabei eingeschränkt (Tresch, 2008, S. 218). Das Problem einer obligatorischen, umlagefinanzierten Sozialversicherung besteht häufig in einer Umverteilung zwischen den Generationen. So auch im Falle einer sozialen Pflegeversicherung: „das Problem der Überbelastung der Generationensolidarität würde eher verschärft. Die junge Generation wäre explizit verpflichtet, den Pflegebedarf der heutigen Alten – unabhängig von deren finanzieller Leistungsfähigkeit – zu finanzieren, auch wenn es unsicher ist, ob diese Versicherung noch in Kraft sein wird, wenn die heute junge Generation selbst das hohe Alter erreicht“ (Trottmann et al., 2016, S. 31). Winters (1996, S. 82) bestätigt, dass ein Umlageverfahren unter den Bedingungen gegebener Pflegekosten und altersspezifischer Pflegerisiken nur dann das Pareto-Kriterium erfüllt, wenn sich die Bevölkerung stationär entwickelt und alle Jahrgänge gleich geburtenstark sind. Das bedeutet, dass die soziale Pflegeversicherung in Zeiten demografischer Entwicklungen und einer alternden Gesellschaft mit veränderten Altersstrukturen nicht generationengerecht implementiert werden kann.

Der Leistungsumfang in der Pflegeversicherung ist klar geregelt und für alle Versicherten unabhängig von deren finanzieller Beteiligung identisch. Die soziale Pflegeversicherung kann entweder als umfassende Versicherung oder als Teilkostenversicherung ausgestaltet werden. Offen ist ausserdem,

welchen Kostenträger die Pflegeversicherung entlastet sollte. So könnte die soziale Pflegeversicherung alle Leistungen der Krankenversicherungen und der Kantone finanzieren, während die Pflegebedürftigen ihren privaten Anteil an der Pflegefinanzierung weiterhin leisten müssten (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016, S. 67). Ein anderer Ansatz wäre die Kostenübernahme aller privaten Ausgaben durch die soziale Pflegeversicherung. Der Bundesrat (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016, S. 67) stellt dazu fest: „[M]it 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.“ Bei dieser Art der Pflegeversicherung, bei der die Versicherten die Kosten für ihre Pflege nicht selbst übernehmen müssen, besteht jedoch die Gefahr des *Moral Hazards*, welcher sich beispielsweise in einer sorglosen Inanspruchnahme von Leistungen zeigt (Winters, 1996, S. 93). Nur wenn die Betagten an den Kosten beteiligt werden, kann von einem kostensensitiven Verhalten ausgegangen werden. Es ist daher zu empfehlen, dass die Pflegeversicherung die Kosten der öffentlichen Hand und der Krankenversicherungen übernimmt und die privaten Ausgaben nur teilweise entlastet.

Um bestehende Strukturen und Prozesse nutzbar zu machen, wäre eine Integration der sozialen Pflegeversicherung in die erste Säule der Schweizer Altersvorsorge oder in die obligatorische Krankenversicherung zu prüfen. Dadurch könnten wertvolle Synergien genutzt werden.

### **1.9.2 Veränderung bei der Finanzierung der Alterspflege**

Bei der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung sind mehrere Varianten denkbar, welche sich alle stark von der heutigen Pflegefinanzierung unterscheiden. Hauptmerkmal bei der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ist die unmittelbare Umverteilung von den Beitragszahlenden zu den Leistungsbeziehenden. Bei der Prämiengestaltung und beim versicherungspflichtigen Personenkreis werden unterschiedliche Modelle diskutiert. So könnten die Prämien „über eine einheitliche Kopfprämie, differenzierte Kopfprämien oder Lohnprozente finanziert werden“ (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016, S. 69). Eine einkommensabhängige Finanzierung der Pflegeversicherung dürfte die Umverteilungskomponente der Pflegeversicherung zusätzlich verstärken. Im Falle einheitlicher Kopfprämien müssten soziale Ausgleichsmassnahmen in Form von Prämienverbilligung für tiefe Einkommensklassen analog zur Krankenversicherung geprüft werden. Da die Kantone durch eine Pflegeversicherung finanziell entlastet würden, wären die Kantone eher in der Lage, die Kosten der Prämienverbilligung zu übernehmen und die Auswirkungen einer einkommensunabhängigen Kopfprämie sozial abzufedern (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016, S. 73). Auch der versicherungspflichtige Personenkreis kann unterschiedlich ausgestaltet sein. Bei einer Alterspflegeversicherung könnte die Versicherungspflicht beispielsweise erst bei den über 50-Jährigen ansetzen (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016, S. 69). Dadurch würde innerhalb der älteren Generation umverteilt und die junge Bevölkerung von der sozialen Pflegeversicherung entlastet. Je nach Leistungsumfang der Pflegeversicherung würde dieses Modell zu sehr hohen Prämien für die Versicherten (bspw. ab 50 Jahren) führen.

### 1.9.3 Vor- und Nachteile einer sozialen Pflegeversicherung

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Vor- und Nachteile einer sozialen Pflegeversicherung als Lösungsansatz zur nachhaltigen Finanzierung der Schweizer Alterspflege. Die Informationen basieren auf den Kapitel 5.2 zur sozialen Pflegeversicherung und auf eigenen Einschätzungen.

*Tabelle 3 Vor- und Nachteile der Einführung einer sozialen Pflegeversicherung nach dem Umlageverfahren*

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grosser Gestaltungsspielraum in der Pflegeversicherung, unter anderem bei der versicherungspflichtigen Gruppe, der Prämienart und dem Leistungsumfang.</li> <li>• Reduzierte Komplexität und Intransparenz, da je nach Art der Pflegeversicherung Reduktion der Kostenträger (Cosandey, 2014, S. 176).</li> <li>• Abhängig vom Leistungsumfang der Pflegeversicherung müssen keine Ergänzungsleistungen mehr gezahlt werden, die öffentliche Hand wird dadurch entlastet.</li> <li>• Soziale Ausgleichmassnahmen in Form von Prämienverbilligungen möglich.</li> <li>• Möglichkeit, Synergien mit bestehenden Sozialversicherungen (z. B. erste Säule Altersvorsorge, Krankenversicherung) zu nutzen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschärfung der ungewollten Umverteilung und des Problems fehlender Generationengerechtigkeit (Trottmann et al., 2016, S. 31).</li> <li>• Schwierig, Leistungsversprechen in der Zukunft zu kürzen (Trottmann et al., 2016, S. 31).</li> <li>• Erfüllung des Pareto-Kriteriums nur möglich, wenn sich die Bevölkerung stationär entwickelt (Winters, 1996, S. 82). Eine stationäre Bevölkerungsentwicklung ist nicht zu erwarten.</li> <li>• Gefährdung der Generationengerechtigkeit.</li> <li>• Bei umfassenden Versicherungsleistungen Gefahr des Moral Hazard (Winters, 1996, S. 93).</li> <li>• Je nach Prämienkalkulation müssten soziale Ausgleichsmassnahmen finanziert werden.</li> </ul>

## 1.10 Einführung eines Pflegekapital

Die Einführung des Pflegekapitals ist ein in der Schweizer Literatur weit verbreiteter Lösungsansatz zur Bewältigung steigender Pflegekosten aufgrund demografischer Entwicklungen. Das Kapitaldeckungsverfahren sieht vor, dass ein Kapitalstock für die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit angespart und verzinst wird. Im Folgenden werden zwei Varianten des Pflegekapitals beschrieben – das individuelle und das kollektive Pflegekapital.

### 1.10.1 Lösungsvorschlag

Grundsätzlich müsste die Einführung eines Pflegekapitals weder obligatorisch noch staatlich institutionalisiert sein. Jede Person könnte für die Pflege im Alter eigenverantwortlich vorsorgen. Kapitel 2.2.3 hat jedoch gezeigt, dass im heutigen System für die Bürger kaum Anreize bestehen, sich selbst um die Finanzierung ihrer Pflegekosten zu sorgen, da aufgrund der Ergänzungsleistungen

systeminhärente Fehlsteuerungen bestehen. Solange ein soziales Auffangnetz wie jenes der Ergänzungsleistungen besteht, muss eine Pflegeversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren obligatorisch eingeführt werden, um erfolgreich funktionieren zu können.

Bei der Pflegefinanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren gibt es verschiedene Ansätze. Erstens wird die Pflegevorsorgelösung mit kollektiven Konten vorgeschlagen, welche eine Kapitaldeckung nach Kohorten vorsieht. Dies bedeutet, dass jede Kohorte für sich spart und somit innerhalb der Kohorte ein Solidaritätsgedanke herrscht (Trottmann et al., 2016, S. 31–32). Der erwartete Pflegebedarf und das statistische Pflegerisiko werden bei jeder Kohorte einzeln ermittelt und daraus das benötigte Pflegekapital berechnet (Trottmann et al., 2016, S. 32). Aus dem errechneten Pflegekapital ergibt sich die kohortenspezifische Prämie. Um das Pflegerisiko für jede Kohorte möglichst genau anzunähern, bildet jeder einzelne Jahrgang eine eigene Pflegekapitalkohorte. Dadurch werden die Finanzen der jungen Generation nicht ungewollt überstrapaziert – die Umverteilung im kollektiven Pflegekapital ist gewollt und bleibt innerhalb jedes einzelnen Jahrganges. Damit ist das kollektive Pflegekapital generationengerechter als die bestehende Pflegefinanzierung. In der politischen Realität besteht jedoch die Gefahr, dass bei Finanzierungsschwierigkeiten aus politischen Gründen trotzdem eine ungewollte Umverteilung von Jung zu Alt in Kauf genommen wird, wie dies bereits in der kapitalgedeckten zweiten Säule der Altersvorsorge geschieht (Trottmann et al., 2016, S. 32).

Das Pflegekapital mit individuellen Konten ist in der Literatur weitaus verbreiteter und sieht vor, dass jede Person auf einem eigenen Pflegesparkonto für den persönlichen Pflegefall vorsorgt. „Das angestrebte Pflegekapital sollte die durchschnittlichen Pflege- und Betreuungskosten (ohne Hotellerie und ohne Patientenbeteiligung) in einem Pflegeheim decken können“ (Cosandey, 2016a, S. 133). Das verbleibende Geld auf dem Pflegekonto kann im Todesfall vererbt werden (Cosandey, 2016b, S. 33). Mit einem individuellen Pflegekapital wird die junge Generation beinahe vollständig von der Last der demografischen Entwicklung in der Finanzierung der Alterspflege befreit. Die Organisation des Pflegekapitals soll beispielsweise über die Krankenkassen erfolgen, welche das individuelle Pflegekapital dezentral verwalten, da diese bereits über das Know-how bei der Leistungsabrechnung von Pflegeausgaben verfügen (Cosandey, 2014, S. 181). Ausserdem wäre eine Integration in die kapitalintensive Altersvorsorge in der dritten Säule zu prüfen. Das obligatorische Eintrittsalter in den Sparprozess soll Menschen dazu bringen, frühzeitig für ihre Alterspflege anzusparen und gleichzeitig die junge Generation nicht unnötig zu belasten. Cosandey (2014, S. 180) spricht daher von einem möglichen Eintrittsalter von 55 Jahren. Würde das Eintrittsalter jünger angesetzt, hätten die Menschen länger Zeit für ihr Pflegekapital anzusparen und die monatlichen Sparbeiträge wären geringer. Leistungsberechtigt sind alle pflegeversicherten und pflegebedürftigen Senioren (Cosandey, 2014, S. 179). Die Pflegeleistungen aus dem Pflegekapital decken sowohl die Pflege als auch die Altersbetreuung mittels einer Pauschale nach Pflegestufe ab (Cosandey, 2014, S. 179).

Beide Varianten des Pflegekapitals (kollektiv und individuell) finanzieren die Pflege- und Betreuungskosten aus einer Hand. Dienstleistungen im Bereich der Hotellerie und des Mahlzeitservices werden im kollektiven Pflegekapital weiterhin privat finanziert. Die individuelle Pflegeversicherung über-

nimmt hingegen alle anfallenden Kosten der Alterspflege. „Die Komplexität des heutigen Finanzierungssystems erweist sich wie erwähnt als ein bedeutendes Problem für alle Beteiligten“ (Leutwyler, 2016, S. 41). Während das heutige Finanzierungssysteme eine akribische Dokumentation der Pflegeleistungen zuhanden der unterschiedlichen Kostenträger verlangt, würde dieser Aufwand mit dem Pflegekapital entweder wegfallen oder massiv reduziert werden. Dies würde die Pflege insgesamt effizienter und transparenter machen (Cosandey, 2014, S. 176). Bei den individuellen Pflegekonten besteht für die Pflegebedürftigen ein Anreiz, Pflegedienstleister mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis zu wählen, da es sich um ihr eigenes Kapital handelt (Trottmann et al., 2016, S. 32). Laut Steinmann und Telser (2005, S. 131) wird mit Hilfe eines individuellen Pflegekapitals nicht nur *Moral Hazard* reduziert, sondern die gesamte Effizienz im Pflegesektor gesteigert.

Um politische und gesellschaftliche Akzeptanz zu erlangen, müssen Pflegefinanzierungssysteme sozialverträglich sein. Während das kollektive Pflegekapital innerhalb der Kohorte solidarisch ist, hat das individuelle Pflegekapital an und für sich keine solidarische Komponente. Daher muss der Staat die Bürger finanziell entlasten, sollten diese nicht in der Lage sein, die Prämien zur Kapitalansparung zu leisten (Cosandey, 2016a, S. 134). Denkbar wäre eine finanzielle Entlastung äquivalent zur Prämienverbilligung im Krankenversicherungssystem, welche von den Bürgern aktiv beantragt werden muss. Sollte das Pflegekapital für die benötigten Pflegeleistungen nicht ausreichen, könnte nach Erschöpfen der privaten Eigenmittel weiterhin staatliche Ergänzungsleistungen ausbezahlt werden (Cosandey, 2016a, S. 134). All diese sozialen Ausgleichmassnahmen sind jedoch „nur subsidiär statt mit der Giesskanne“ (Cosandey, 2016a, S. 134).

### **1.10.2 Veränderung bei der Finanzierung der Alterspflege**

Bei der Finanzierung eines obligatorischen Pflegekapitals kommen unterschiedliche Varianten in Frage. Beim kollektiven Pflegekapital bezahlt jede versicherungspflichtige Person innerhalb der Kohorte einen einkommensunabhängigen Beitrag an das Pflegekapital des jeweiligen Jahrganges. Die Prämienhöhe des kollektiven Pflegekapitals richtet sich nach dem statistischen Risiko der Pflegebedürftigkeit der jeweiligen Kohorte (Jahrgang) und daraus resultierend, nach dem voraussichtlichen Kapital, das zur Pflege der Kohorte statistisch benötigt wird.

Die Grundvoraussetzung bei der Finanzierung des individuellen Pflegekapitals ist laut Cosandey (2014, S. 180), dass die Prämienhöhe so ausgelegt werden muss, dass mit dem angesparten Kapital mindestens die Finanzierung eines durchschnittlichen Heimaufenthaltes gewährleistet ist. Da beim individuellen Pflegekapital keine Umverteilung stattfindet, muss die Prämie einkommensunabhängig für alle erhoben werden. Ausgehend von einem benötigten Pflegekapital von ca. 135'00.00 für die durchschnittliche Alterspflege und Betreuung (Stand 2014) und einem Sparbeginn im Alter von 55 Jahren bis zum durchschnittlich Pflegeeintrittsalter resultiert laut Cosandey (2016a, S. 133) eine monatliche Prämie von CHF 235.00 bis CHF 255.00. Bei früherem Sparbeginn verringert sich die monatliche Prämie entsprechend. Mit Hilfe des Pflegekapitals werden die meisten Kosten der demografischen Entwicklungen im Pflegebereich von den Betagten selbst getragen, was einerseits die öffentliche Hand entlastet und zu Steuersenkungen führt und andererseits die Kosten für die Krankenversicherungen reduziert (Cosandey, 2016a, S. 133). Das individuelle Pflegekapital ist dann sogar kostenneutral, wenn die

Krankenkassenprämien und die Steuern im gleichen Umfang gesenkt, wie Prämien für das Pflegekapital erhoben würden (Cosandey, 2016b, S. 34).

### 1.10.3 Vor- und Nachteile der Einführung eines obligatorischen Pflegekapitals

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Vor- und Nachteile des individuellen und kollektiven Pflegekapitals und orientiert sich an Kapitel 5.3 sowie an eigenen Einschätzungen.

Tabelle 4 Vor- und Nachteile der Einführung eines Pflegekapitals

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparenz und Effizienz steigen (Trottmann et al., 2016, S. 32).</li> <li>• Anreiz des Pflegebedürftigen, optimiertes Preis-Leistungs-Verhältnis zu wählen (Trottmann et al., 2016, S. 32).</li> <li>• Fehlanreize (<i>Moral Hazard</i>) des Versicherten werden reduziert, die Effizienz im Pflegebereich steigt (Steinmann &amp; Telser, 2005, S. 131).</li> <li>• Stärkung der Eigenverantwortung in der Pflegefinanzierung</li> <li>• Verzinsung des Pflegekapitals</li> <li>• Gesellschaftlich gewollte Solidarität weiterhin gewährleistet.</li> <li>• Risikogerechte Prämienhöhe sowohl bei individuellen als auch bei kollektiven Pflegekonten.</li> <li>• Effizienter Lösungsansatz zur Entlastung der jungen Generation bei der Finanzierung der Pflegekosten (Wiederherstellen der Generationengerechtigkeit in der Pflegefinanzierung).</li> <li>• Kostenneutrale Lösung, sofern Steuern und Krankenkassenprämien im selben Umfang sinken, wie die individuelle Pflegekapitalprämien steigen (Cosandey, 2016b, S. 34).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beim Pflegekapital nach kollektiven Konten besteht die Gefahr politisch motivierter Umverteilung (Trottmann et al., 2016, S. 32).</li> <li>• Obligatorium schränkt die finanzielle Freiheit der Bürger ein (Cosandey, 2014, S. 181).</li> <li>• Hohe Initiierungskosten durch Systemwechsel</li> <li>• Zusätzliche solidarische Ausgleichsmaßnahme benötigt (Cosandey, 2016a, S. 134).</li> <li>• Hoher Kapitalbedarf bei individuellem Pflegekapital (Trottmann et al., 2016, S. 32).</li> </ul>

### 1.11 Zwischenfazit

Das vorhergegangene Kapitel hat gezeigt, welche unterschiedlichen Lösungsansätze in Bezug auf die Herausforderungen in der Finanzierung steigender Pflegekosten aufgrund der demografischen Entwicklungen in westlichen Industrieländern im Schweizer Kontext diskutiert werden.

Die Anpassung der Prämienstruktur und Kostenbeteiligung, die soziale Pflegeversicherung und das Pflegekapital sind Lösungsvorschläge, wie die Alterspflege der Schweiz zukünftig finanziert werden kann. Es steht fest, dass nicht alle Schweizer Lösungsvorschläge den Herausforderungen der demografischen Entwicklungen in westlichen Industriestaaten gewachsen sind. Das folgende Kapitel sucht mit Hilfe der europäischen Pflegesysteme Evidenz für das Potenzial der Schweizer Lösungsvorschläge im Umgang mit demografischen Veränderungen.

## Diskussion

### 1.12 Empirische Evidenz für den Erfolg der Schweizer Lösungsvorschläge aus den untersuchten europäischen Pflegefinanzierungssystemen

Die vorliegende Arbeit konnte bisher bereits aufzeigen, welche Lösungsansätze in Bezug auf die Herausforderungen in der Finanzierung steigender Alterspflegkosten aufgrund der demografischen Entwicklungen in der Schweiz diskutiert werden. Ausserdem wurden drei bestehende Pflegefinanzierungssysteme im europäischen Vergleich beschrieben.

Das folgende Kapitel zieht mit Hilfe der Erkenntnisse aus den Pflegefinanzierungssystemen der untersuchten europäischen Länder Schlüsse auf eine effiziente Ausgestaltung für die Schweiz. Der Untersuchungsschwerpunkt liegt auf dem Umgang mit den demografischen Herausforderungen bei der Finanzierung der Pflegekosten. Anhand der europäischen Pflegefinanzierungssysteme wird beleuchtet, ob die Schweizer Lösungsvorschläge zur Finanzierung der Alterspflege den Herausforderungen der demografischen Entwicklungen gewachsen sind. Es werden vor allem die Grundzüge der Finanzierungsphilosophien der Schweizer Lösungsvorschläge mit den europäischen Pflegesystemen verglichen, ohne die konkrete Ausgestaltung detailliert zu untersuchen. Die qualitative Analyse erfolgt daher auf einer Makroebene.

Der Lösungsvorschlag, das Finanzierungssystem der Schweizer Alterspflege in seinen Grundzügen zu belassen und nur den Kostenträger Krankenkassen an die demografische Entwicklung anzupassen, bedeutet, dass die anteilmässige Belastung der anderen Kostenträger (öffentliche Hand und Patient) unverändert bleibt. Bereits heute nimmt die Finanzierung durch die öffentliche Hand im Verhältnis zu anderen Kostenträgern stärker zu (Cosandey, 2016a, S. 79). Zusätzlich erhöht sich mit der steigenden Anzahl Betagter, welche immer länger leben und mehr private Eigenmittel für die Pflege aufwenden müssen, voraussichtlich die Anzahl der Ergänzungsleistungsbeziehenden. Dadurch verschärft sich die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand zusätzlich. Die Erkenntnisse aus der Untersuchung des dänischen Pflegesystems (Kapitel 1.1) zeigen, dass hohe öffentliche Ausgaben für das Pflege- und Gesundheitssystem tendenziell zu hohen Steuersätzen führen. Eine Erhöhung der Einkommenssteuersätze würde die erwerbstätige junge Generation besonders hart treffen. Die qualitativen Erkenntnisse aus Dänemark lassen somit vermuten, dass eine alleinige Anpassung der Prämienstruktur oder Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung, ohne strukturelle Reform des gesamten Pflegefinanzierungssystems, in Zeiten demografischer Entwicklungen nur partiell zu einer Entlastung der jungen Generation und vielmehr zu einem tendenziellen Anstieg der Fiskalquote führt.

Der in der Schweizer Literatur diskutierte Lösungsvorschlag der Pflegeversicherung ist mit der Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar. Die Erkenntnisse aus Kapitel 4.3 zur deutschen Pflegeversicherung lassen klare Evidenz für den Erfolg einer Schweizer Pflegeversicherung in Zeiten des demografischen Wandels zu. Seit der Einführung der deutschen Pflegeversicherung im Jahr 1995 haben sich die demografischen Herausforderungen auch in Deutschland weiter verschärft (Zuchandke, Reddemann & Krummacker, 2012, S. 228). Laut Gerlinger und Röber (2009, S. 128) führt die demografische Entwicklung in der deutschen Pflegeversicherung zu einer Scherenentwicklung bei den Beiträgen. „Immer weniger erwerbstätige Beitragszahler müssen immer mehr Pflegebedürftige finanzieren“ (Gerlinger & Röber, 2009, S. 128). Das deutsche Pflegesystem liefert die Erkenntnis, dass eine umlagefinanzierte Pflegeversicherung den Herausforderungen der demografischen Entwicklungen nicht gewachsen ist. Auch im Schweizer Kontext wird erläutert, dass die Pflegeversicherung die Umverteilung und damit die finanzielle Belastung der jungen Generation tendenziell verschärft (Trottmann et al., 2016, S. 31).

Der Lösungsvorschlag des obligatorischen Pflegekapitals ist in dieser Form in keinem untersuchten Vergleichsstaat implementiert. Die Grundphilosophie, dass jedes Individuum wertmässig für die eigene Pflege aufkommen muss, ist in seinen Grundzügen im italienischen Pflegesystem verankert. Wie in Kapitel 4.2 erläutert, ist das institutionalisierte Pflegesystem Italiens wenig ausgebaut. Die Organisation und Finanzierung der Pflege ist weitgehend in der Verantwortung des Pflegebedürftigen und dessen Familie. Insofern ist das individuelle Pflegekapital mit dem Pflegesystem in Italien dahingehend vergleichbar, dass sich jede Person das Kapital für die eigene Pflegefinanzierung selbst ansaparen muss. Der Schweizer Lösungsansatz setzt im Gegensatz zu Italien jedoch auf einen Sparzwang und auf ein ausgebautes soziales Auffangnetz. Die Untersuchung des italienischen Pflegesystems hat gezeigt, dass es in Italien kaum zu einer gesamtgesellschaftlicher und generationenübergreifender Umverteilung der Pflegekosten – über den Kreis der Familien hinaus – kommt. Auch der Schweizer Ansatz eines Pflegekapitals führt nicht zu einer Umverteilung von Jung zu Alt und greift fast ausschliesslich auf die privaten, angesparten Mittel der Betagten zurück. Dennoch ist die empirische Evidenz aus der Pflegefinanzierungsstudie Italiens für den Schweizer Lösungsvorschlag des Pflegekapitals wenig ausgeprägt, da das italienische System nur wenig Parallelen zum kollektiven Pflegekapital zulässt und sich die allgemeinen Rahmenbedingungen enorm unterscheiden.

Zusammenfassend kann aus dem Vergleich europäischer Pflegesysteme unterschiedlich starke Evidenz für die drei Schweizer Lösungsvorschläge gezogen werden. Meist sind es grundlegende Stossrichtungen der europäischen Pflegefinanzierungssysteme, welche Erkenntnisse für die Schweizer Lösungen liefern. Eine Ausnahme bildet die soziale Pflegeversicherung Deutschlands, welche klare Hinweise für eine umlagefinanzierte Pflegeversicherung in der Schweiz bietet. Keines der untersuchten Pflegesysteme in Europa wies ausreichend nachhaltige, institutionalisierte und generationengerechte Pflegefinanzierungsstrukturen auf, um den Herausforderungen im Schweizer Pflegefinanzierungskontext gewachsen zu sein.

### 1.13 Ableitung zweier Reformvorschläge zur nachhaltigen Finanzierung der Schweizer Alterspflege

Ziel der Arbeit ist es, Massnahmen zuhanden der Politik zu definieren, wie den Herausforderungen der demografischen Entwicklung in der Pflegefinanzierung konkret begegnet werden kann. Die Untersuchung europäischer Pflegesysteme hat gezeigt, dass mit der Schweiz vergleichbare europäische Staaten den Herausforderungen steigender Pflegekosten nicht oder nicht ausreichend gewachsen sind. Insbesondere bei der umlagefinanzierten Pflegeversicherung steht fest, dass diese keine zukunftsfähige Lösung für die Finanzierung der Schweizer Alterspflege ist. Auch Anpassungen in den Prämienstufen und bei der Kostenbeteiligung bieten keine umfassende Lösung. Die Untersuchungen der Schweizer Lösungsansätze haben ebenfalls gezeigt, dass der Lösungsvorschlag eines kollektiven oder individuellen Pflegekapitals den Generationenvertrag in der Pflegefinanzierung nachhaltig aufrechterhalten kann. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnis aus dem Ländervergleich, aus den Schweizer Lösungsvorschlägen und dem Ausschlussverfahren wird daher das Pflegekapital als zukunftsfähiger Lösungsansatz für die Finanzierung der Schweizer Pflege empfohlen.

Um Massnahmen für die Politik formulieren zu können, mit welchen konkreten Massnahmen den Herausforderungen steigender Pflegekosten begegnet werden kann, wird die politische Machbarkeit des individuellen und kollektiven Pflegekapitals überprüft. Dafür werden aus den theoretischen Lösungsansätzen des kollektiven und individuellen Pflegekapitals konkrete politische Reformvorschläge ausgearbeitet. Die beiden folgenden erarbeiteten Reformvorschläge zur Organisation und Finanzierung des kollektiven und individuellen Pflegekapitals basieren einerseits auf den theoretischen Ausführungen aus Kapitel 5.3 und andererseits auf eigenen Einschätzungen und Ideen. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Eckwerte zur Umsetzung eines kollektiven oder individuellen Pflegekapitals und sind als konkrete Reformvorschläge zu verstehen. Der weitere Detaillierungsgrad der Reformvorschläge – die exakte Prämienhöhe oder der Umgang mit Übergangsgenerationen – obliegt dem politischen Prozess, basiert auf mathematischen Erkenntnissen und übersteigt den Umfang der vorliegenden Arbeit.

*Tabelle 5 Eckwerte zum Vorschlag, die Alterspflege in Form eines kollektiven Pflegekapitals zu finanzieren.*

Kollektives Pflegekapital	
<b>Grundlage</b>	Jede Kohorte spart ihr eigenes Pflegekapital nach dem jeweiligen statistischen Pflegerisiko an. Eine Kohorte entspricht einem Jahrgang. Das kollektive Pflegekapital ist obligatorisch.
<b>Kreis der Beitragspflichten</b>	Jede in der Schweiz wohnhafte Person ab 30 Jahren. In diesem Alter ist davon auszugehen, dass die Ausbildung abgeschlossen ist und die Beitragsverpflichteten Einkommen generieren.
<b>Finanzierung des Pflegekapital</b>	Einkommensunabhängige Einheitsprämie pro Kohorte. Die Einheitsprämie richtet sich nach dem errechneten Risiko der Pflegebedürftigkeit der jeweiligen Kohorte. Das Pflegekapital wird von der durchführenden Organisation verzinst.
<b>Durchführende Organisation</b>	Krankenversicherung, da diese über Erfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit und deren Einschätzung verfügt. Ausserdem wäre eine Integration in die 2. Säule der Schweizer Altersvorsorge zu prüfen.

<b>Anzahl Kostenträger (ursprünglich Patient, Krankenversicherung, öffentliche Hand)</b>	Die gesamten Pflegekosten werden nur noch vom kollektiven Pflegekapital und dem Individuum getragen. Sowohl die Pflege als auch die Betreuung von Alterspflegebedürftigen (stationär und ambulant) fällt in den Leistungsumfang des kollektiven Pflegekapitals. Die Kosten für Hotellerie und Mahlzeiten werden dem Patienten in Rechnung gestellt. Die Anzahl der Kostenträger reduziert sich auf zwei.
<b>Leistungsumfang und Leistungsanspruch</b>	Klare Regelung des Leistungsanspruches und -umfangs nach eingehender Prüfung der individuellen Pflegebedürfnisse. Umfassender Leistungsumfang von Pflege- und Betreuungskosten (stationär und ambulant) nach individuellem Pflegegrad.
<b>Geld- oder Sachleistungen</b>	Geld- und Sachleistungen. Hauptsächlich Geldleistungen, um den Wettbewerb zu stärken und die Effizienz zu steigern. Zusätzlich Sachleistungen, um die pflegerische Versorgung staatlich sicherzustellen.
<b>Vererbung</b>	Keine Vererbung des angesparten Kapitals möglich.
<b>Soziale Ausgleichsmassnahme</b>	Grundsätzliche Solidarität innerhalb der Kohorte. Bei geringem Einkommen kann finanzielle Entlastung, äquivalent zu Prämienverbilligungen beantragt werden.

Tabelle 6 Eckwerte zum Vorschlag, die Alterspflege in Form eines individuellen Pflegekapitals zu finanzieren.

Individuelles Pflegekapital	
<b>Grundlage</b>	Jede Person spart ihr eigenes Pflegekapital auf einem individuellen Pflegekonto an. Das individuelle Pflegekapital ist obligatorisch.
<b>Kreis der Beitragspflichtigen.</b>	Jede in der Schweiz wohnhafte Person ab 30 Jahren. In diesem Alter ist davon auszugehen, dass die Ausbildung abgeschlossen ist und die Beitragsverpflichteten Einkommen generieren.
<b>Finanzierung des Pflegekapitals</b>	Einkommensunabhängiger Sparbeitrag an das Pflegekapital. Das angesparte Pflegekapital wird von der durchführenden Organisation verzinst.
<b>Durchführende Organisation</b>	Krankenversicherung, da diese über Erfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit und deren Einschätzung verfügt. Ausserdem wäre eine Integration in die 3. Säule der Schweizer Altersvorsorge zu prüfen.
<b>Anzahl Kostenträger (ursprünglich Patient, Krankenversicherung, öffentliche Hand)</b>	Die gesamten Pflege-, Betreuungs- und Hotelleriekosten werden vom individuellen Pflegekapital beglichen. Somit werden alle Kosten von einem Kostenträger getragen.
<b>Leistungsumfang</b>	Pflege- und Altersbetreuung mittels einer Pauschale nach Pflegestufe finanziert.
<b>Geld- oder Sachleistungen</b>	Ausschliesslich Geldleistungen, da dies den Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern erhöhen und die Effizienz steigern.
<b>Vererbung</b>	Pflegekapital kann vererbt werden.
<b>Soziale Ausgleichsmassnahme</b>	Subsidiäre sozialer Ausgleichsmassnahmen. Bei zu geringem Einkommen können eine finanzielle Entlastung, äquivalent zu Prämienverbilligungen, beantragt werden. Bei Erschöpfung des Pflegekapital und der Eigenmittel können Ergänzungsleistungen ausbezahlt werden.

# Politische Machbarkeit des kollektiven und individuellen Pflegekapitals

Das folgende Kapitel untersucht die politische Machbarkeit des kollektiven oder individuellen Pflegekapitals als Antwort auf die steigenden Pflegekosten aufgrund der demografischen Entwicklungen. Dies mit dem Ziel, institutionalisierte Massnahmen zuhanden der Schweizer Politik zu formulieren, wie den Herausforderungen steigender Pflegekosten konkret begegnet werden kann.

Die Versorgung im Alter und die Absicherung der sozialen Risiken des Alters sind keine umfassenden Bundeskompetenzen, sondern werden in der Schweizer Bundesverfassung (BV) Art. 41 als Sozialziel genannt<sup>8</sup>. Das Schweizer Gesundheitswesen ist stark föderalistisch geprägt und weist kantonale Unterschiede auf (Undritz, 2013, S. 119). Die folgende politische Machbarkeitsstudie zur Einführung des Pflegekapitals fokussiert auf den nationalen Gesetzgebungsprozess, da angenommen wird, dass solch umfassende Reformen der Pflegefinanzierung auf nationaler Ebene und nicht auf kantonaler Stufe implementiert werden würde. Für das Erlassen rechtsetzender nationaler Bestimmungen ist grundsätzlich die Bundesversammlung, sprich der National- und Ständerat, zuständig (Art. 163, BV)<sup>9</sup>. Der Fokus der vorliegenden politischen Machbarkeitsstudie liegt auf dem parlamentarischen, legislativen Prozess und schliesst aus Gründen der Vereinfachung die Ausarbeitung der Gesetzesvorlage im Bundesrat und der Verwaltung sowie mögliche Abstimmungen und kantonale Implementierungen aus.

Die politische Machbarkeit der beiden Reformvorschläge wird in einem ersten Schritt anhand der theoretischen Rahmenbedingungen im Gesetzgebungsprozess analysiert. Dazu werden die Parteien, deren Ideologien und die Mehrheitsverhältnisse im Schweizer Parlament untersucht. Im zweiten Schritt werden bisherige Debatten zur Gesundheits- und Sozialpolitik untersucht, um das vergangene Abstimmungsverhalten und die Erfolgchancen im Vergleich zu ähnlichen Vorstössen zu analysieren.

## 1.14 Parteien und Mehrheitsverhältnisse in der Schweizer Legislative

### 1.14.1 Die Schweizer Politik, Parteienlandschaft und der Gesetzgebungsprozess (Stand September 2019)

Abbildung 8 gibt einen Überblick über das Gesetzgebungsverfahren der Schweiz, wobei die vorliegende Arbeit den Fokus auf die legislative Phase im Parlament legt. „Die zentralen Instrumente zur Lancierung eines formellen politischen Entscheidungsprozesses sind parlamentarische Vorstösse oder Volksinitiativen“ (Rüefli, Duetz, Jordi & Spycher, 2015, S. 216). Nach der Initiierung eines politischen Geschäftes und der Ausarbeitung eines Entwurfes durch den Bundesrat wird die Vorlage zur Beratung an das Parlament übergeben (Schwarz & Fivaz, 2018, S. 106). In der parlamentarischen Beratung haben die vorberatenden Kommissionen eine zentrale Rolle. „Wenn ein Geschäft im Rat behandelt wird, ist ein Grossteil der parlamentarischen Arbeit jedoch schon gemacht und viele Vorentscheide sind getroffen“ (Bundeskanzlei [BK], 2018, S. 31). Die Gesundheitspolitik, die Sozialversicherungen sowie die Sozialpolitik werden in den Kommissionen für soziale Sicherheit und

---

<sup>8</sup> Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Stand 1. Januar 2018

<sup>9</sup> Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Stand 1. Januar 2018

Gesundheit (SGK) beraten (Die Bundesversammlung, o. D.-b, Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit, Abschn. Zugewiesene Sachbereiche). Es ist anzunehmen, dass auch das Pflegekapital in der nationalrätlichen und ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit beraten werden würde. Nach der Vorberatung in den Kommissionen müssen beide eidgenössische Kammern die Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse in gleicher Form verabschieden (Vatter, 2014, S. 315). Sind sich die Räte uneinig, kommt es zu einer sogenannten Differenzbereinigung (Vatter, 2014, S. 315). Die erlassenen Gesetze unterliegt daraufhin dem fakultativen Referendum, (Bundeskanzlei [BK], 2018, S. 19).

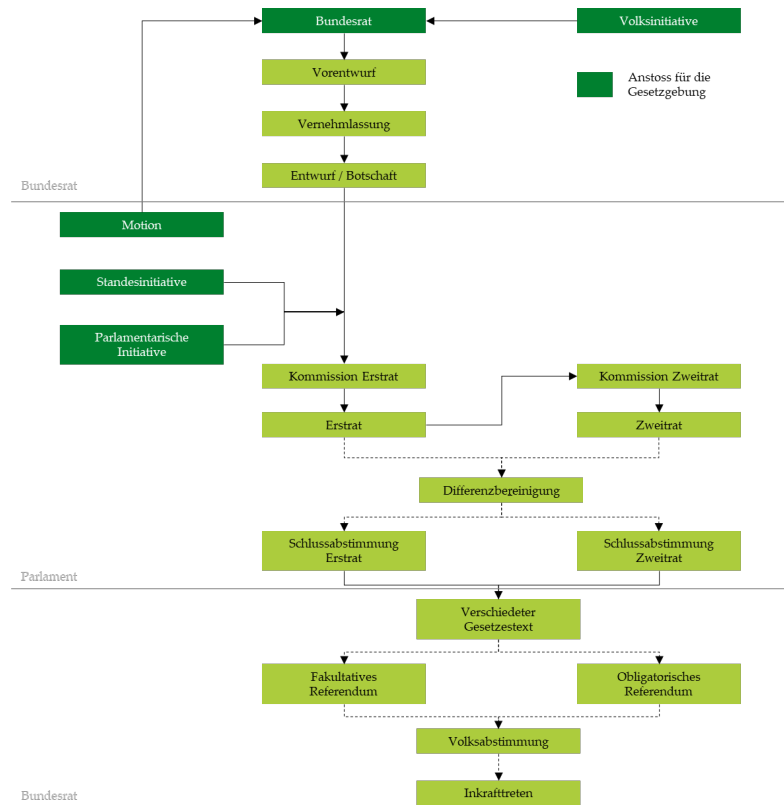


Abbildung 8 Gesetzgebungsverfahren der Schweiz in Anlehnung an Die Bundesversammlung - Das Schweizer Parlament, Abgerufen von <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/Schema-d.pdf>

Zum Gelingen einer neuen Gesetzesvorlage im Schweizer Legislativprozess tragen neben den eidgenössischen Räten weitere Akteure bei. Darunter die Bundesbehörden, der Bundesrat, Interessensvertreter, Kantone/Gemeinden und insbesondere die Parteien. Wie Uhlmann und Braun (2011, S. 38) festhalten, entscheiden Parteien in erster Linie nach ihren parteipolitischen Präferenzen, welche von ihrer jeweiligen Ideologie geprägt ist. Die gewählten Bundesparlamentarier orientieren sich bei ihrem Wahlverhalten wiederum an der Parteiposition. Für die Untersuchung der politischen Machbarkeit ist es daher sinnvoll, die ideologischen Grundsätze und

Schwerpunkt der Parteien kurz darzustellen. Daraus lässt sich eine erste Einschätzung ableiten, wie das individuelle oder kollektive Pflegekapital der jeweiligen Parteienideologie entsprechen könnte und wie sich die Bundeshausfraktionen theoretisch positionieren könnten. Die politische Ausrichtung der Parteien wird zur Veranschaulichung in Form einer Smartspider-Grafik<sup>10</sup> dargestellt.

### Schweizerische Volkspartei (SVP)

Die SVP ist in der Legislaturperiode 2015-2019 die wählerstärkste Partei der Schweiz (Bundeskanzlei [BK], 2018, S. 22). Die Hauptanliegen der SVP sind unter anderem die Erhaltung einer neutralen und unabhängigen Schweiz, die Bekämpfung von Asylmissbrauch und der staatliche Schuldenabbau (Parteienkompass, o. D.-a, SVP). Die SVP ist ideologisch bürgerlich-rechts und vereint national-konservative mit wirtschaftsliberalen Positionen (Vatter, 2014, S. 105). In der Gesundheitspolitik setzt sie sich für mehr Eigenverantwortung und einen stärkeren Wettbewerb im Gesundheitswesen ein (SVP, o. D., S. 72). Die private Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind für die SVP prioritär zur staatlichen Wohlfahrt (Uhlmann & Braun, 2011, S. 67).

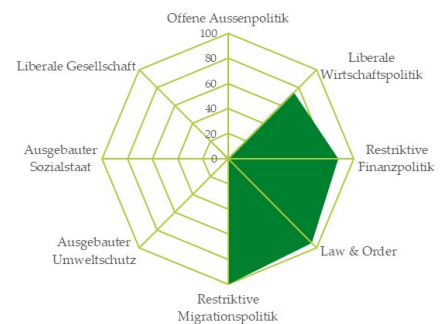


Abbildung 9 Smartspider der Schweizerischen Volkspartei in Anlehnung an <https://www.parteienkompass.ch/#/partei/portrait/svp>

### Sozialdemokratische Partei (SP)

Die SP ist die zweitstärkste Partei der Schweiz (Legislatur 2015-2019) (Bundeskanzlei [BK], 2018, S. 22) und setzt sich für mehr soziale Gerechtigkeit und eine offene Schweiz ein (Parteienkompass, o. D.-b, SP). In der Gesundheitspolitik steht die SP für eine erschwingliche und öffentlich zugängliche Pflege- und Gesundheitsversorgung, welche vermehrt durch die öffentliche Hand finanziert werden soll (SP, 2017, S. 18). Der Wettbewerb im Gesundheitswesen müsse reduziert werden, da er Kosten in die Höhe treibe, anstatt sie zu senken (SP, 2017, S. 5). Um Solidarität innerhalb eines Systems zu erreichen, setzt die SP auf gewollte Umverteilung (Uhlmann & Braun, 2011, S. 59). Bei der Finanzierung der Langzeitpflege fordert die SP dass „nur durch die höhere Beteiligung des Bundes an der Langzeitpflege eine sozialverträgliche Harmonisierung gewährleistet werden kann, ohne das einzelne Individuum zu stark zu belasten“ (SP60+, 2016, S. 1)



Abbildung 10 Smartspider-Grafik der Sozialdemokratischen Partei. Abgerufen von <https://www.parteienkompass.ch/#/partei/portrait/sp>

<sup>10</sup> Methodenbeschreibung zur Smartspider-Grafik unter <https://www.smartvote.ch>

### **FDP. Die Liberalen**

Die Kernanliegen der FDP sind solide wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die Stärkung der Eigenverantwortung und Freiheit – dazu sollen Sozialwerke massvoll eingesetzt werden (Parteienkompass, o. D.-c, FDP). Schlüssel zu einem kosteneffizienten und hochstehenden Gesundheitssystem ist nach der Parteiideologie der FDP das eigenverantwortliche Individuum (Uhlmann & Braun, 2011, S. 63). Im Bereich der Pflege- und Gesundheitsfinanzierung in Zeiten demografischer Entwicklungen fordert die FDP, ein kapitalgedecktes Pflegekonto einzuführen, welches langfristig in ein allgemeines Gesundheitskonto umgewandelt wird (FDP, 2018, S. 4). „Ein monatlicher Betrag würde auf dieses Konto einbezahlt, um die Kosten harmloser Erkrankungen oder kurzer Krankenhausaufenthalte zu decken“ (FDP, 2018, S. 4).

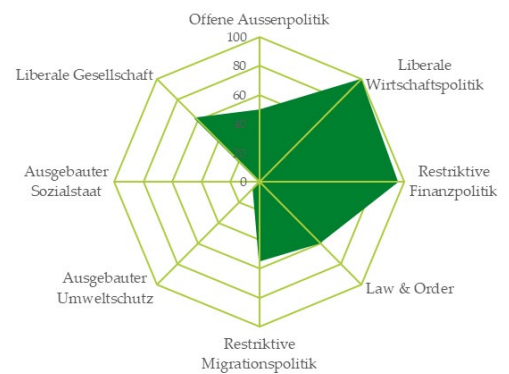


Abbildung 11 Smartspider-Gratik der FDP. Die Liberalen. In Anlehnung an <https://www.parteienkompass.ch/#/partei/portrait/fdp>

### **Christdemokratische Volkspartei (CVP)**

Die CVP setzt sich für Schweizer Familien ein und will die Sozialwerke langfristig sichern (Parteienkompass, o. D.-d, CVP). Sie steht für eine soziale Marktwirtschaft und hält die Solidarität als eine ihrer Hauptprinzipien hoch (Uhlmann & Braun, 2011, S. 68). Die CVP hat ausgearbeitete Positionen im Gesundheits- und Pflegebereich und fordert beispielsweise Betreuungsgutschriften für Angehörige in der Langzeitpflege und eine Neuausrichtung der Pflegefinanzierung (CVP, 2015, S. 7). Dazu schreibt die CVP, dass eine Pflegeversicherung (Sozialversicherung) als Lösung durchaus vorstellbar wäre (CVP, 2015, S. 7).

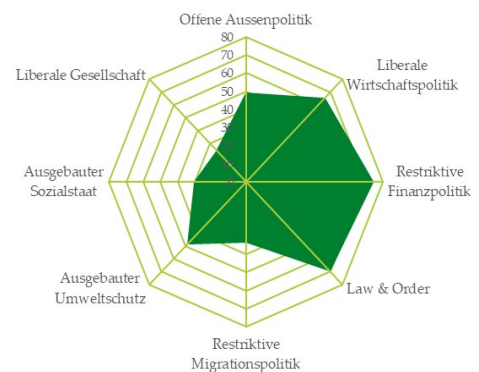


Abbildung 12 Smartspider-Gratik der Christlichen Volkspartei. In Anlehnung an <https://www.parteienkompass.ch/#/partei/portrait/cvp>

Die Grüne Fraktion, die GLP-Fraktion und die BDP-Fraktion sind im September 2019 verhältnismässig kleine Fraktionen (jeweils unter 5 % der Sitze). Die Grüne Partei ist tendenziell im linken Spektrum zu verorten. Ähnlich wie die SP fordern auch die Grünen den freien Zugang aller Menschen zu einem staatlich finanzierten Gesundheitssystem (Grüne, o. D., Abschn. 1). Die Bürgerlich-Demokratische Partei der Schweiz (BDP) ist eine Abspaltung aus der SVP und eine relativ neue Mittepartei (Vatter, 2014, S. 106). Sie steht für eigenverantwortliches, freiheitliches Handeln und eine starke Sicherheitspolitik (Parteienkompass, o. D.-e, BDP). Im Gesundheits- und Pflegebereich fordert die BDP eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege und die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten (BDP, 2012, S. 6). Die Grünliberale Partei (GLP) vereint Umweltschutz mit liberaler Wirtschaftspolitik – die Staatsaufgaben sollen auf die Kernaufgaben

beschränkt werden (Parteienkompass, o. D.-f, GLP). Die GLP fordert ausserdem ein Gesundheitssystem mit Wahlfreiheit, Wettbewerb und Eigenverantwortung, welches gleichzeitig die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung garantiert (GLP, o. D.-f, Abschn. 1).

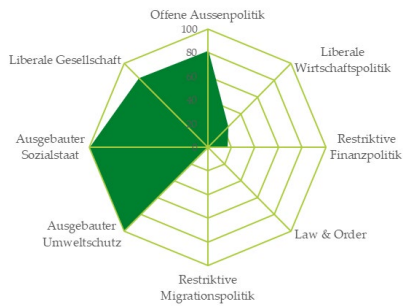


Abbildung 13 Smartspider-Grafik der Grünen Partei der Schweiz, in Anlehnung an <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/gp>

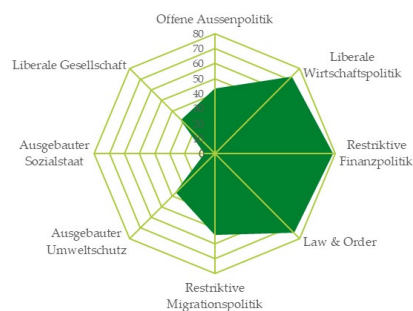


Abbildung 14 Smartspider-Grafik der Bürgerlich-Demokratischen Partei der Schweiz, in Anlehnung an <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/bdp>



Abbildung 15 Smartspider-Grafik der Grünliberalen Partei, in Anlehnung an <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/glp>

#### 1.14.2 Politische Mehrheitsverhältnisse im parlamentarischen Prozess der Schweiz

Der folgende Abschnitt untersucht die Mehrheitsverhältnisse in den eidgenössischen Räten und den betroffenen Kommissionen. Sie richten sich nach den Fraktionsstärken in der Legislaturperiode 2015–2019. Fraktionen sind Zusammenschlüsse von mindestens fünf Angehörigen der gleichen oder gleichgesinnter Parteien (Die Bundesversammlung, o. D.-c, Fraktion). Der National- und Ständerat entscheidet bei regulären Gesetzesvorstössen mit der Mehrheit der Stimmen (Art. 159 BV)<sup>11</sup>. Selbiges gilt für die Entscheidungen in den Kommissionen (Art. 46 ParlG)<sup>12</sup>. In der Schweiz herrscht kein Fraktionszwang, die Fraktionsmitglieder sind also nicht verpflichtet, mit der Mehrheit ihrer Fraktion zu stimmen. Vatter (2014, S. 275) stellt fest, dass im Zusammenhang mit dem verschärften Parteienwettbewerb die Fraktionen dennoch zunehmend geschlossen abstimmen. Für die folgende Untersuchung der Mehrheitsverhältnisse in den eidgenössischen Räten wird aufgrund der ideologischen Gemeinsamkeiten innerhalb der Fraktion und der Tatsache, dass Gesetzesvorlagen in den Fraktionen grundsätzlich vorbesprochen werden, davon ausgegangen, dass die Bundeshausfraktionen mehr oder minder geschlossen abstimmen.

<sup>11</sup> Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Stand 1. Januar 2018

<sup>12</sup> Bundesgesetz über die Bundesversammlung, Parlamentsgesetz, Stand 26. November 2018

Im Nationalrat gibt es ein Total von 200 Sitzen, wovon keine Partei die absolute Mehrheit der Sitze hält. Im Ständerat sind insgesamt 46 Mitglieder aus sechs Fraktionen vertreten.

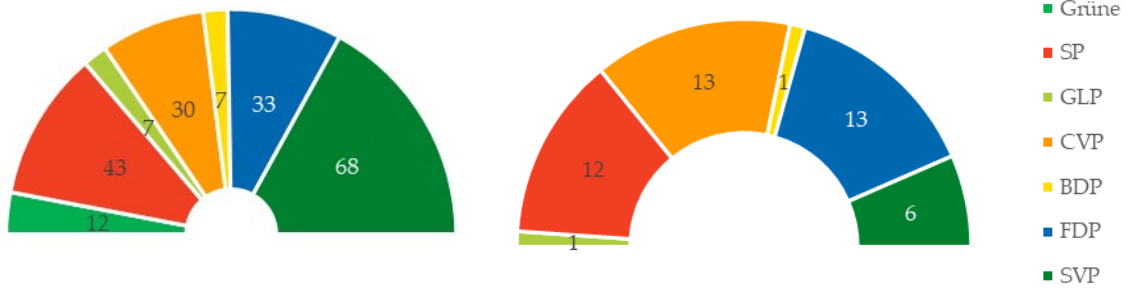


Abbildung 16 Stärke der Fraktionen im Nationalrat, in Anlehnung an Die Bundeskanzlei [BK], (2018). Der Bund kurz erklärt. S. 27

Abbildung 17 Stärke der Fraktionen im Ständerat, in Anlehnung an Die Bundeskanzlei [BK], (2018). Der Bund kurz erklärt. S. 27

Wie bereits erläutert, erfolgt ein Grossteil der parlamentarischen Arbeit in den Kommissionen. Da davon ausgegangen wird, dass die SGK über die beiden Reformvorschläge (individuelles und kollektives Pflegekapital) vorberaten würden, sind auch die Mehrheitsverhältnisse in den SGK relevant.

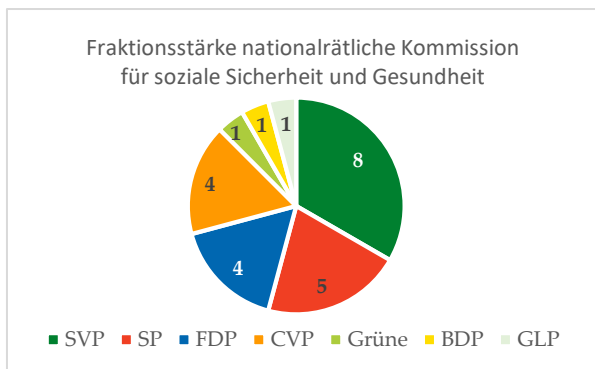


Abbildung 18 Eigene Darstellung auf Basis von: Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament. Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/organe/kommissionen/sachbereichskommissionen/kommissionen-sgk>

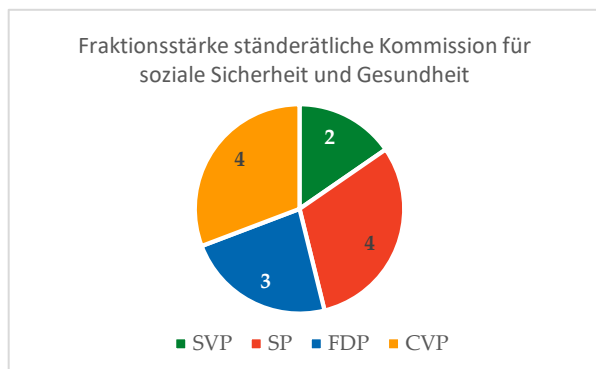


Abbildung 19 Eigene Darstellung auf Basis von: Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament. Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/organe/kommissionen/sachbereichskommissionen/kommissionen-sgk>

Da in der Schweiz keine Fraktion eine Mehrheit der Stimmen in beiden Kammern innehat, braucht es für die Zustimmung zu einer Vorlage Koalitionen mehrerer Parteien. Je nach Sachfrage ergeben sich im Schweizer Parlament unterschiedliche Allianzen und Koalitionen (Vatter, 2018, S. 24). Spannungslinie in der Schweizer Politik des 21. Jahrhunderts ist der vorherrschende Links-rechts-Konflikt, wodurch häufig eine Mitte-rechts-Koalition (aus CVP, FDP, SVP) mit der Mehrheit der Stimmen einer rot-grünen Minderheit entgegensteht. Insbesondere „bei armee-, gesundheits- und wirtschaftspolitischen Vorlagen kann mit einem geschlossenen Bürgerblock gerechnet werden“ (Vatter, 2018, S. 24). Bei bildungs- und umweltpolitischen Themen kann die Linke vermehrt auf die Unterstützung seitens der CVP und BDP,

bei gesellschaftspolitischen Themen auf die FDP und GLP zählen (Vatter, 2018, S. 24) – Mehrheitsverhältnisse und Koalitionen in den eidgenössischen Räten sind stark themenabhängig. Im Nationalrat erlangen FDP und SVP durch eine geschlossene Koalition eine knappe Mehrheit – jedoch nicht in der SGK des Nationalrates. Eine links-grüne Allianz erreicht im Nationalrat keine Mehrheit und ist in jedem Fall auf Koalitionen mit anderen Parteien angewiesen. Im Ständerat gibt es weder eine linke, noch eine rechte Mehrheit. Beide Lager sind in jedem Fall auf Allianzen aus der Mitte angewiesen. Dies gilt auch für die vorberatende Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates.

Die beschriebenen Mehrheitsverhältnisse haben sich nach der Wahl des Stände- und Nationalrats vom 20. Oktober 2019 deutlich verändert. Im Einzelnen haben insbesondere die SVP, die SP, die FDP, die CVP und die BDP an Wählerstimmen verloren. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick.

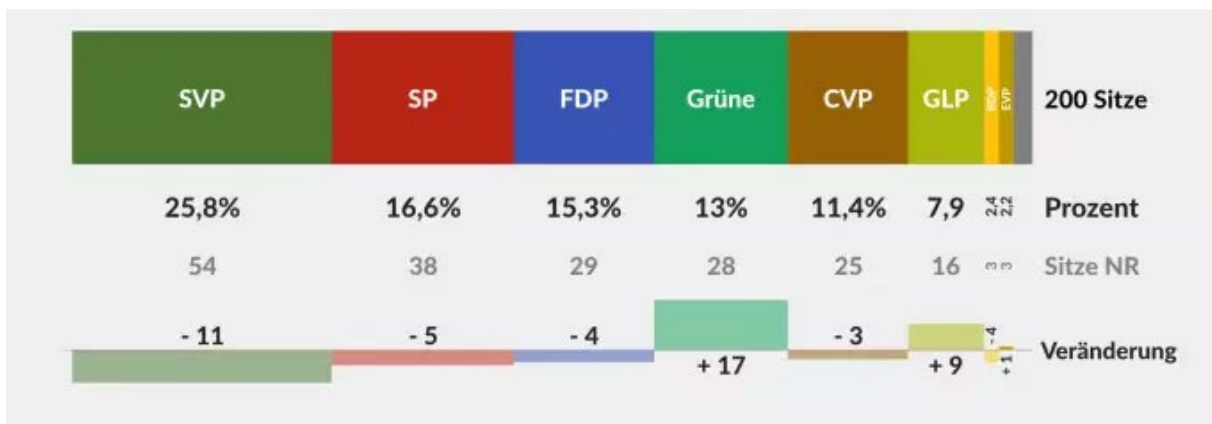


Abbildung 20 Zusammensetzung des Nationalrats nach der Wahl vom 20. Oktober 2019. Die Abbildung ist entnommen aus [www.nau.ch](http://www.nau.ch) (Wahlen 2019); Datenquelle: SRG

Die 46 Sitze des Ständerates verteilen sich auf die CVP mit 13 Sitzen, die FDP (12), die SP (9), die SVP (5) und andere (1). Auch nach der Wahl 2019 gilt festzuhalten, dass keine Fraktion eine Mehrheit der Stimmen in beiden Kammern innehat. Es braucht also nach wie vor der Zustimmung einer Vorlage auf Basis einer Koalition mehrerer Parteien. Die Durchsetzbarkeit des Konzepts des Pflegekapitals ist allerdings durch den entstandenen «Linksruck» der Eidgenössischen Räte unwahrscheinlicher geworden.

### 1.14.3 Zwischenfazit der politischen Machbarkeit auf Basis der Parteipositionen und Mehrheitsverhältnisse

Die politischen Machbarkeitsanalyse auf Basis der Parteiideologien und der Mehrheitsverhältnisse in den eidgenössen Räten hat ergeben, dass das kollektive oder individuelle Pflegekapital zwingend so ausgestaltet sein muss, dass Koalitionen mit den Mitteparteien möglich sind. Die Parteiprogramme zur Gesundheitspolitik haben gezeigt, dass sich theoretisch der bürgerliche Block aus SVP und FDP für ein Pflegekapital aussprechen sollte, da es die Sozialwerke entlastet und eine eigenverantwortliche, individuelle Finanzierung der Alterspflege erlaubt. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die links orientierten Parteien ein Pflegefinanzierungssystem favorisieren, welches die Privatisierung des Gesundheitswesens und den Wettbewerb vermindert und eine staatliche Versorgung garantiert. Die

politische Linke aus SP und Grüne dürfte die Reformvorschläge eines Pflegekapitals tendenziell ablehnen, da sie ihren ideologischen Grundsätzen der Solidarität und starken staatlichen Verantwortung für das Pflege- und Gesundheitswesen widerspricht.

Unter der Annahme geschlossener Fraktionen hätte das Pflegekapital im Nationalrat vor der Wahl im Oktober 2019 grundsätzlich eine Mehrheit aus FDP und SVP erreichen können. Für die politische Machbarkeit des Pflegekapitals hätte im Ständerat hingegen eine Allianz mit der Mitte, voraussichtlich der CVP, erreicht werden müssen. Die neuen Mehrheitsverhältnisse im Stände- und Nationalrat lassen die Implementierung des Pflegekapitals nunmehr durch komplexe Koalitionen, die eher als unwahrscheinlich einzustufen sind, zu.

## Vergleichbare parlamentarische Debatten zur Gesundheits- und Sozialpolitik

Der erste Schritt in der Analyse der politischen Machbarkeit hat ergeben, dass der Reformvorschlag „Pflegekapital“ auf die Unterstützung mehrerer Parteien angewiesen ist. Das folgende Kapitel zeigt das vergangene Stimmverhalten der Parteien und mögliche Koalitionsbildungen zu erstens generellen sozial- und gesundheitspolitischen Geschäften und zweitens zu konkreten Geschäften zur Reform der Pflegefinanzierung auf.

### **1.14.4 Parlamentarische Debatten in der Schweizer Gesundheits- und Sozialpolitik**

Die Erfahrung aus 50 Legislaturperioden lehrt, dass Regierungsvorlagen grundsätzlich gute Chance haben, im Parlament angenommen zu werden (Schwarz & Fivaz, 2018, S. 112). Da Gesetzesvorlagen oft bereits mehrere Stufen der Kompromissfindung durchlaufen haben, bevor sie in die parlamentarische Phase kommen, steigen dessen Erfolgchancen. Laut Schwarz und Fivaz (2018, S. 115) sind die Erfolgchancen einer Vorlage jedoch stark themenabhängig. „Polarisierter, das heisst, stärker von knappen Mehrheitsverhältnissen geprägt, sind demgegenüber Vorlagen aus den Bereichen Energie, Umwelt und Gesundheit“ (Schwarz & Fivaz, 2018, S. 115). Polarisierende Themen im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik scheitern somit öfters in der parlamentarischen Debatte als andere Vorlagen. Abbildung 21 verdeutlicht, dass der Anteil gescheiterter Regierungsvorlagen in der Gesundheitspolitik prozentual viel höher liegt als bei anderen Vorlagen. Schlechte Karten haben ausserdem grundsätzlich Gesetzesvorlagen aus dem Innendepartement (EDI), auch sie scheitern öfter im Parlament als die Vorlagen aus anderen Departementen (Schwarz & Fivaz, 2018, S. 117). Die Feststellung, dass ordnungspolitische Themen wie die Gesundheits- und Sozialpolitik in der parlamentarischen Phase einen verhältnismässig schweren Stand haben, teilen Rüefli et al. (2015, S. 125). Gesundheitspolitische Fragen sind in der Schweiz von starken Wertkonflikten und Spannungsfeldern zwischen den politischen Lagern geprägt (Rüefli et al., 2015, S. 125). „In der Vergangenheit ist es auf Bundesebene nur selten gelungen, Mehrheiten für grundlegende Reformen des Gesundheitssystems zu finden – weder für stärker marktwirtschaftlich ausgerichtete Vorhaben, noch für Beschränkungen von Wettbewerb und Wahlfreiheit“ (Rüefli et al., 2015, S. 125).

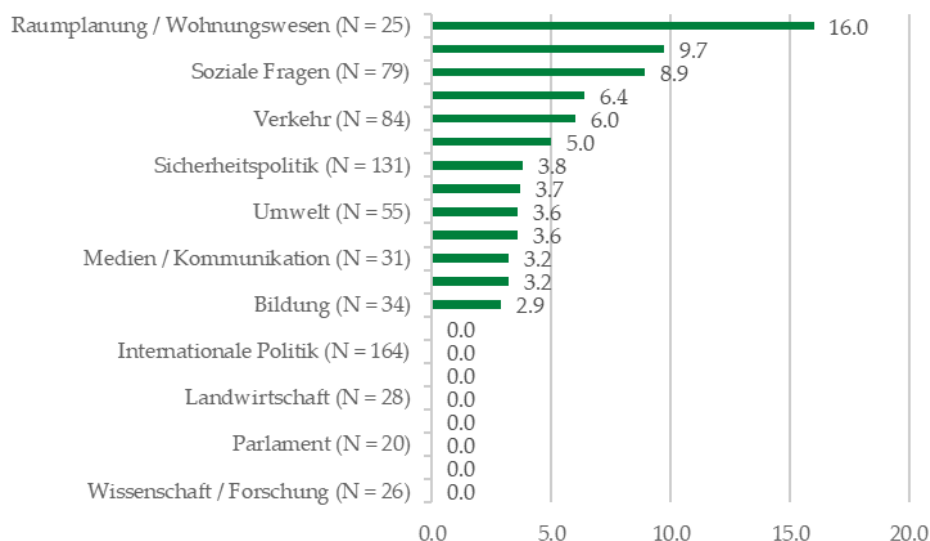


Abbildung 21 Anteil gescheiterter Regierungsvorlagen nach Themenbereichen, 1995–2017 (in %) in Anlehnung an Schwarz & Fivaz (2018, S. 115). *Regierung und Parlament im Clinch: eine Analyse gescheiterter Bundesratsvorlagen.* In Vatter (Hrsg.). *Das Parlament in der Schweiz* (S. 101–130). Zürich: NZZ Libero.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Erfahrungen aus vergangenen parlamentarischen Debatten zeigen, dass gesundheits- und sozialpolitische Vorstösse seltener eine Mehrheit im Parlament finden als andere Vorlagen. Die Erfolgchancen und politische Machbarkeiten eines kollektiven oder individuellen Pflegekapitals sind auf Basis dieser Erkenntnis, im Vergleich zu anderen Reformen, als relativ gering einzustufen.

#### 1.14.5 Vergleichbare politische Vorstösse zur Pflegefinanzierung

Der folgende Abschnitt stellt eine nicht abschliessende Auswahl an politischen Vorstössen dar, welche sich auf die Finanzierung der Alterspflege fokussieren. Aus den Voten und Abstimmungsergebnissen lässt sich ableiten, welche politischen Mehrheiten sich zu den unterschiedlichen Geschäften gebildet haben. In der Politik wurde bereits eine Vielzahl von Vorlagen zur Pflege thematisiert. Auch die 2017 eingereichte Pflegeinitiative (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2019), welche ihren Reformschwerpunkt auf das Pflegefachpersonal legt, thematisiert die Herausforderungen im Schweizer Pflegebereich. Diese und ähnliche Vorstösse mit anderen Schwerpunkten als der reinen Finanzierung der Pflege werden in der folgenden Auswahl nicht berücksichtigt. Ausserdem werden nur Vorstösse nach der Anpassung des KVG im Jahr 2008 untersucht. Die folgenden Ausführungen zu den Geschäften basieren auf den Vorstössen und den dazugehörigen Bulletins.

- *Pflegekostenversicherung auf den Prüfstand. Schutz des eigenen Vermögens!*  
Basierend auf: (Postulat 14.4165) (Die Bundesversammlung, o. D.-d, Pflegekostenversicherung auf den Prüfstand. Schutz des eigenen Vermögens!)

Das Postulat 14.4165 wurde 2014 von Alt-Nationalrat Markus Lehmann (CVP) eingereicht und fordert den Bundesrat auf, in einem Bericht die Kostenentwicklung in der Pflegefinanzierung darzulegen und Varianten für eine Pflegekostenversicherung (Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren) zu prüfen. Die Pflegefinanzierung dürfe kein Ungerechtigkeitsgefühl hervorrufen.

Argument für eine Pflegeversicherung sei der Schutz des eigenen Vermögens, was ein liberales und bürgerliches Anliegen sei. Der Bundesrat beantragte die Annahme des Postulates. Kritisiert wurde das Postulat von Toni Bortoluzzi (SVP), welcher betonte, dass den Herausforderungen in der Pflegefinanzierung nicht mit einer weiteren Sozialversicherung begegnet werden dürfe. Das Postulat wurde mit 130 zu 53 Stimmen angenommen und ein entsprechender Bericht erstellt. Gegen das Postulat stimmten die Fraktionsmitglieder der SVP und einzelne FDP-Fraktionsmitglieder.

Das Ergebnis zeigt, dass sich der Nationalrat mehrheitlich offen gegenüber Veränderungen in der Pflegefinanzierung zeigt. Das Abstimmungsresultat zeigt jedoch auch deutlich, dass die SVP als wählerstärkste Partei nicht bereit ist, eine Pflegefinanzierung in Form einer Sozialversicherung zuzulassen und die Integration in ein bestehendes Gefäss fordert. Ausserdem wird unterstrichen, wie wichtig eine solidarische Pflegefinanzierung für die CVP ist.

- *Pflegesparkonto. Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals*  
Basierend auf: (Motion 16.4086) (Die Bundesversammlung, o. D.-e, Pflegesparkonto. Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals)

Die Motion von Josef Dittli (FDP) wurde Ende 2016 im Ständerat eingereicht und beauftragte den Bundesrat, eine gesetzliche Grundlage für ein steuerfreies und vererbbares, obligatorisches Pflegekonto zu erarbeiten. Die Pflege und Betreuung sollte einheitlich über ein Pflegesparkonto finanziert werden und die Unterstützung durch den Staat subsidiär erfolgen. Ziel der Motion sei es, die Diskussion auf weitere, innovative Finanzierungsmodelle für die Langzeitpflege zu lenken. Daher zog Dittli die Motion nach der Debatte auch wieder zurück. Werner Hösli (SVP) unterstrich, wie wichtig es sei, die Bürokratie im Gesundheitsbereich einzudämmen und weitere Regulierungen zu verhindern. Er sprach sich daher gegen die Motion Dittlis aus. Auch der Bundesrat lehnte den Vorstoss aus finanz- und steuerpolitischen Gründen ab.

Der Vorstoss von Ständerat Dittli entspricht grossmehrheitlich dem in Kapitel 6.2 erarbeiteten Reformvorschlag des individuellen Pflegekapitals. Der Vorstoss Dittlis stiess in der parlamentarischen Debatte auf wenig Zustimmung. Selbst ein Vertreter der SVP, als bürgerlicher Allianzpartner der FDP, kritisierte die Motion.

- *Pflegesparkonto. Finanzierungsinstrument des 21. Jahrhunderts*  
Basierend auf: (Motion 18.4180) (Die Bundesversammlung, o. D.-f, Pflegesparkonto. Finanzierungsinstrument des 21. Jahrhunderts)

Im Dezember 2018 reichte die gesamte FDP-Fraktion im Nationalrat eine «Motion» ein, welche den Bundesrat aufforderte, eine gesetzliche Grundlage für ein freiwilliges Pflegesparkonto zu erarbeiten. Die Kosten für Pflege und Betreuung sollen über das Konto finanziert werden und das Pflegeguthaben steuerbefreit und vererbbar sein. Dies fördere den Wettbewerb unter den Einrichtungen und stärke die Wahlfreiheit jedes Einzelnen. Der Bundesrat sprach sich in seiner Antwort gegen ein Pflegesparkonto aus und zeigt Vorteile einer sozialen Pflegeversicherung im Vergleich zum Pflegesparkonto auf. Der Bundesrat sah zudem ein Problem darin, die

Pflegeversicherung fakultativ zu gestalten, da einkommensschwache Personen wenig Anreiz hätten, ein solches Kapital anzusparen.

Der FDP-Vorstoss ist mit dem in Kapitel 5.3 erarbeiteten Reformvorschlag des individuellen Pflegekapitals vergleichbar. Der FDP-Vorschlag ist im Gegensatz zum Reformvorschlag des individuellen Pflegekapitals jedoch freiwillig. Da die parlamentarische Debatte zum jetzigen Stand noch nicht stattgefunden hat, können noch keine Koalitionen, Mehrheiten und Positionen der anderen Parteien evaluiert werden. Eine knappe Mehrheit im Nationalrat ist bei Unterstützung durch die SVP-Fraktion durchaus denkbar.

#### **1.14.6 Zwischenfazit der politischen Machbarkeit auf Basis vergangener und anstehender parlamentarischer Debatten**

Das vorhergegangene Kapital hat gezeigt, dass es Vorlagen im gesundheitspolitischen und sozialpolitischen Kontext überdurchschnittlich schwer haben, eine Mehrheit im Parlament zu finden. Dies dürfte auch auf die erarbeiteten Reformvorschläge des individuellen und kollektiven Pflegekapitals zutreffen. Die Analyse dreier vergleichbarer politischer Vorstösse zur Pflegefinanzierung hat gezeigt, dass das effektive Abstimmungsverhalten der Parteien nicht immer den theoretischen Parteipositionen und Ideologien entspricht. Die Ablehnung eines SVP-Vertreters gegenüber einem obligatorischen Pflegekapital verdeutlicht diese Abweichungen der Realpolitik von den ideologischen Grundsätzen einer Partei. Die untersuchten Vorstösse haben jedoch auch gezeigt, dass die CVP, wie erwartet, grossen Wert auf Solidarität legt und ein Sozialversicherungsmodell grundsätzlich unterstützt, während die FDP sich für eine kapitalgedeckte Lösung einsetzt. Diese Erkenntnisse stützen die Annahme aus der vorhergegangenen politischen Machbarkeitsanalyse auf Basis der Parteiideologien und Mehrheitsverhältnisse, welche zu dem Schluss kommt, dass ein solidarisches, kollektives Pflegekapital politisch grundsätzlich machbar wäre. Das kollektive Pflegekapital vereint solidarische Elemente mit einer marktfreundlichen, generationengerechten Alterspflegepolitik und dürfte auf eine parlamentarische Mehrheit aus SVP, FDP und CVP hoffen. Die Untersuchung vergleichbarer politischer Debatten hat jedoch auch gezeigt, dass die realpolitischen Positionen der Parteien von ihren Grundsätzen abweichen können und die theoretische Machbarkeit eines Reformvorschlages dadurch gefährden.

## **Handlungsempfehlung an die Politik**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen konkreten Reformvorschlag zu formulieren, welcher einerseits politisch mehrheitsfähig ist und andererseits den Herausforderungen steigender Pflegekosten nachhaltig begegnet. Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass eine abgeänderte Form des Reformvorschlages „Individuelles Pflegekapital“ als Kompromisslösung eine Mehrheit in den eidgenössischen Räten vor der Wahl im Oktober 2019 hätte erreichen können, die eine Generationengerechtigkeit teilweise wiederhergestellt hätte. Durch die veränderten Mehrheitsverhältnisse nach der Wahl am 20. Oktober 2019 in National- und Ständerat ist eine Verabschiedung einer solchen Kompromisslösung wenig realistisch geworden.

Eine Möglichkeit, den Reformvorschlag in den Gesetzgebungsprozess einzubringen, ist die Volksinitiative. Die Erfolgchancen von Volksinitiativen sind jedoch sehr gering (Vatter, 2014, S. 352). Es wird

daher empfohlen, das individuelle Pflegekapital über einen parlamentarischen Vorstoss in den Gesetzgebungsprozess einzubringen. Vorstösse können von der Mehrheit einer Kommission, einer Fraktion oder von einzelnen Parlamentsmitgliedern eingereicht werden (Art. 119 ParlG)<sup>13</sup>. Parlamentarische Vorstösse sind Motionen, Postulate, Interpellationen sowie Anfragen und richten sich meist an den Bundesrat (Art. 118, ParlG)<sup>14</sup>. Vatter (2018, S. 75) untersuchte den direkten Erfolg parlamentarischer Vorstösse und mass, wie oft die Vorstösse einen Erlass hervorbringen oder an den Bundesrat überwiesen werden. Er stellte fest, dass Motionen nach den Postulaten die grössten Erfolgsaussichten haben (Vatter, 2018, S. 96). Gleichzeitig sind Motion wirkungsstark, da sie den Bundesrat direkt beauftragen, der Bundesversammlungen „einen Entwurf zu einem Erlass vorzulegen oder eine Massnahme zu treffen“ (Die Bundesversammlung, o. D.-g, Motion). Vatter (2018, S. 95) stellte ausserdem fest, dass Kommissionsvorstösse höhere Erfolgchancen hätten, als Fraktions- oder Einzelvorstösse, da Vorstösse aus den Kommissionen bereits von einer Kommissionsmehrheit unterstützt werden, was häufig auch zu einer hohen Unterstützung im Parlament führen würde. Zudem sind Vorstösse im Ständerat meist erfolgreicher als im Nationalrat (Vatter, 2018, S. 95).

Konkret wird daher empfohlen, dass SVP-, FDP- und CVP-Mitglieder der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) eine Allianz bilden, um das individuelle Pflegekapital in ihre Kommission einzubringen. Hierbei soll bereits vorab geklärt werden, wie das individuelle Pflegekapital in seinen Grundzügen (Obligatorisch vs. Freiwilligkeit, Anzahl Kostenträger etc.) ausgestaltet sein soll. Mit einem breit abgestützten Vorschlag können die Kommissionsmitglieder geschlossen auftreten. Mithilfe einer Koalition aus CVP, FDP und SVP wäre das individuelle Pflegekapital vor den Wahlen 2019 innerhalb der SGK theoretisch mehrheitsfähig gewesen. Dieser Umstand ist seit Oktober 2019 allerdings nicht mehr gegeben.

## Schlussbemerkungen

Die demografische Entwicklung hin zu einer alternden Gesellschaft führt in der Schweiz zu vielen Herausforderungen. In der Finanzierung der Alterspflege führen steigende Kosten dazu, dass die öffentliche Hand zunehmend für die Finanzierung der Alterspflege verantwortlich ist. Die wachsende Umverteilung von Jung zu Alt bei der Finanzierung der Langzeitpflege im Alter bringt den sogenannten Generationenvertrag in Schieflage. Immer deutlicher wird die Forderung nach institutionalisierten Massnahmen zur nachhaltigen Finanzierung der Pflege im Alter.

Die Untersuchung von drei Pflegesystemen in verschiedenen Ländern der EU hat gezeigt, dass Pflege der Betagten in den verschiedenen kulturellen Kontexten unterschiedlich organisiert und finanziert werden kann. Während Dänemark auf einen ausgebauten Sozialstaat und steuerliche Umverteilung zur Finanzierung des Pflegesystems setzt, wurde in Deutschland eine soziale Pflegeversicherung nach dem Umlageverfahren implementiert. Das italienische Pflegesystem vertraut bei der Organisation und Finanzierung in erster Linie auf die eigenen und familiären Ressourcen. Keines der untersuchen

---

<sup>13</sup> Bundesgesetz über die Bundesversammlung, Parlamentsgesetz, Stand 26. November 2018

<sup>14</sup> Bundesgesetz über die Bundesversammlung, Parlamentsgesetz, Stand 26. November 2018

Pflegesysteme scheint den Herausforderungen der demografischen Entwicklungen in einer generationengerechten und langfristigen Art und Weise gewachsen.

Die Problematik steigender Alterspflegekosten wird auch in der Schweizer Literatur aufgegriffen. Dabei werden unter anderem die Anpassung der Prämienstufen und der Kostenbeteiligung bei den Krankenversicherungen, die soziale Pflegeversicherung und das Pflegekapital (individuell oder kollektiv) als Lösungsansätze in Bezug auf die Herausforderungen steigender Alterspflegekosten diskutiert. Diese drei Schweizer Lösungsansätze wurden in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe der empirischen Erkenntnisse aus dem Ländervergleich qualitativ bewertet. Dies führte zur Einsicht, dass den Herausforderungen der demografischen Entwicklungen nur auf Basis einer Pflegekapitallösung nachhaltig begegnet werden kann.

Aus den Lösungsansätzen des Pflegekapitals wurden zwei konkrete Reformvorschläge (individuelles und kollektives Pflegekapital) erarbeitet und diese auf ihre politische Machbarkeit untersucht. Während die theoretische Machbarkeitsanalyse auf Basis der Parteiideologien, der Mehrheitsverhältnisse und vergangener Debatten das kollektive Pflegekapital als mehrheitsfähig einstufte, ist die realpolitische Machbarkeit einer solchen Reform grundsätzlich offen. Mit der Erarbeitung des konkreten Reformvorschlages „individuelles Pflegekapital“ kann das Ziel der vorliegenden Arbeit hiermit als erfüllt betrachtet. Zudem können alle Forschungsfragen als beantwortet betrachtet werden. Die Frage *„Wie wird die Alterspflege in anderen europäischen Staaten organisiert und finanziert?“* wurde auf Basis eines Vergleichs des dänischen, deutschen und italienischen Pflegesystems beantwortet. Die Analyse dreier Schweizer Lösungsvorschläge beantwortete die Frage *„Welche Lösungsansätze werden in Bezug auf die Herausforderungen in der Finanzierung steigender Alterspflegekosten, aufgrund der demografischen Entwicklungen in westlichen Industrieländern, in der Schweiz diskutiert?“*. Dazu wurden die Anpassung der Prämienstruktur und Kostenbeteiligung bei den Krankenkassen, die soziale Pflegeversicherung und das Pflegekapital untersucht. Aus den Erkenntnissen des europäischen Ländervergleichs und der Schweizer Lösungsvorschläge resultierte das Pflegekapital als valider Reformvorschlag, um die Alterspflegefinanzierung nachhaltig zu gestalten. Das individuelle Pflegekapital ist eine institutionalisierte, politische Massnahme, *mithilfe welcher die Schweizer Politik den Herausforderungen steigender Pflegekosten konkret begegnen kann.*

Weiterführend zur vorliegenden Arbeit wird eine detaillierte Ausarbeitung des Reformvorschlages in Zusammenarbeit mit den Parteien empfohlen, um in einem nächsten Schritt die gesamtwirtschaftlichen Folgen eines freiwilligen, individuellen Pflegekapitals zu berechnen. Dabei sollte auch in einem weltweiten Vergleich untersucht werden, ob das Modell des freiwilligen Pflegekapitals bereits implementiert wurde und welche Erkenntnisse dieser weitere, ausgedehnte Ländervergleich zulässt. Für eine tiefergehende Analyse der politischen Machbarkeit müssen ausserdem die weiteren Akteure eines politischen Prozesses wie die Verwaltung, Interessensvertreter, die Medien, die Kantone und Gemeinden sowie die öffentliche Meinung der Bevölkerung mit einbezogen werden und deren Zustimmung im Rahmen einer Studie empirisch untersucht werden.

## Literaturverzeichnis

- Bütler, M. (mit Staubli, S., Inderbitzin, L., Schulz, J., Zwicky, S.). (2009). *Ergänzungsleistungen. Eine Analyse der Fehlanreize in der Erwerbsphase, bei der Pensionierung und im hohen Alter*. Zürich: Avenir Suisse.
- Casanova, G. (2012). *Quality Assurance Policies and Indicators for Long-Term Care in the European Union, Country Report: Italy* (ENEPRI Research Report No. 102). European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011). *Help wanted. Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing.
- Cosandey, J. (2014). *Generationenungerechtigkeit überwinden. Revisionsvorschläge für einen veralteten Vertrag*. Zürich: NZZ Libero.
- Cosandey, J. (mit Kienast, K.). (2016a). *Neue Massstäbe für die Alterspflege, Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe*. Zürich: Avenir Suisse.
- Costa-Font, J., Gori, C. & Santana, S. (2012). Financing Long Term Care in Southwest Europe: Italy, Portugal and Spain. In C. Costa-Font et al. (Hrsg.), *Financing Long-Term Care in Europe* (S. 170–187). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Da Roit, B., Le Bihan B. & Österle, A. (2007). Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes. *Social Policy and Administration*, 41, 653–671.
- Die Bundeskanzlei [BK], (2018). *Der Bund kurz erklärt*. Bern: Autor.
- Eling, M. & Parnitzke, Th. (2006). *Das deutsche und Schweizer Krankenversicherungssystem: Kosten, Leistungen und Anreizwirkungen aus Sicht der Versicherten*. St. Gallen: Institut of Insurance Economics.
- Eling, M. (2013). *Generationensolidarität in der Krankenversicherung. Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Krankenversicherung in der Schweiz*. St. Gallen: Institut für Versicherungswirtschaft.
- Gerlinger, Th. & Röber, M. (2009). *Die Pflegeversicherung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Haberkern, K. (2009). *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaaten*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hill, S. (2015). *Spannungsfeld Föderalismus. Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie im politischen Alltag der Schweiz – Resultate der Föderalismusplattform der SGGP*. Bern: SGGP.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Bern: Verlag Hans Huber. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.
- Höpflinger, F. (2011). Mehr als Pflegebedürftige. In Cosandey, J. (Hrsg.), *Generationenungerechtigkeit überwinden* (S. 96-109). Zürich: NZZ Libero
- Höpflinger, F. (2014). Hochaltrigkeit: Mehr als Pflegebedürftigkeit. In J. Cosandey (Hrsg.), *Generationenungerechtigkeit überwinden* (S. 95–110). Zürich: NZZ Libero.
- Karlson, M., Iversen, T. & Oien, H. (2012) Scandinavian Long-Term care Financing. In C. Costa-Font et al. (Hrsg), *Financing Long-Term Care in Europe* (S. 254–278). Hampshire: Palgrave Macmillan.

- Meier-Gräwe, U. (2015). *Die Arbeit des Alltags. Gesellschaftliche Organisation und Umverteilung*. Wiesbaden: Springer.
- Oggier, W. (2015). Internationale Vergleiche. In W. Oggier (Hrsg.) *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017, Eine aktuelle Übersicht*. (5. Auflage, S. 151–161). Bern: Hogrefe Verlag.
- Rothgang, H. (1997). *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung, eine ökonomische Analyse*. New York: Campus Verlag.
- Rüfli, Ch., Duetz, M., Jordi, M. & Spycher, St. (2015). Gesundheitspolitik. In W. Oggier (Hrsg.) *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017, Eine aktuelle Übersicht*. (5. Auflage, S. 117–136). Bern: Hogrefe Verlag.
- Schulz, E. (2010). *The Long-Term Care System in Denmark*. (ENEPRI Research Report No. 73, Contribution To WP1 Of The Ancien Project). European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Schwarz, D. & Fivaz, J. (2018). Regierung und Parlament im Clinch: eine Analyse gescheiterter Bundesratsvorlagen. In A. Vatter (Hrsg.), *Das Parlament in der Schweiz* (S. 101–130). Zürich: NZZ Libero.
- Steinmann, L. & Telser, H. (2005). *Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft*. Zürich: Avenir Suisse und Verlage Neue Zürcher Zeitung.
- Strohmeier Navarro Smith, R. (2012). *Alterspflege in der Schweiz, Ein föderal geprägtes Politikfeld im europäischen Vergleich*. Bern: Peter Lang AG.
- Tediosi, F. & Gabriele S. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in Italy*. ENEPRI Research Report No. 80). European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Theobald, H. (2010). Pflegepolitik, Sorgetätigkeiten und Ungleichheit: Europäische Perspektiven. *Sozialer Fortschritt, Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik*, 2, 31–39.
- Tresch, R. W. (2008). *Public Sector Economics*. Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Troschke, J. & Stössel, U. (2012). *Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege* (2. überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Undritz, N. (2013). *Eine neue Architektur für das Schweizer Gesundheitswesen*. Bern: Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Vatter, A. (2014). *Das politische System der Schweiz*. Baden-Baden: Nomos.
- Vatter, A. (2018). Einleitung und Überblick: Macht und Ohnmacht des Parlaments in der Schweiz. In A. Vatter (Hrsg.), *Das Parlament in der Schweiz* (S. 17–67). Zürich: NZZ Libero.
- Winters, S. (1996). *Die kollektive Vorsorge für den Pflegefall im Alter. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Niederlanden*. Frankfurt am Main: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Zuchandke, A., Reddemann, S. & Krummacker, S. (2012) Financing Long-Term Care in Germany. In C. Costa-Font et al. (Hrsg), *Financing Long-Term Care in Europe* (S. 214–235). Hampshire: Palgrave Macmillan.

## Internetverzeichnis

Auth, D. (2012). Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 7, 618–623. Abgerufen von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-012-0389-0>

AHV/IV (2019). *Ergänzungsleistungen zur AHV und IV*. Abgerufen von <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Alters-und-Hinterlassenenversicherung-AHV/Erg%C3%A4nzungsleistungen>

BDP (2012). *Positionspapier BDP Schweiz: Gesundheitspolitik*. Abgerufen von <https://www.bdp.info/schweiz/de/positionen/factsheetspositionspapiere/positionspapier:gesundheit/>

Berger-Schmitt, R. (2003). Geringere familiäre Pflegebereitschaft bei jüngeren Generationen: Analysen zur Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen Union. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 29, 12–15. <https://doi.org/10.15464/isi.29.2003.12-15>

Bundesamt für Gesundheit (2018a). *Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt. Sie fragen – wir antworten*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>

Bundesamt für Gesundheit (2018b). *Krankenversicherung: Risikoausgleich*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>

Bundesamt für Sozialversicherungen (2019). *Die Ergänzungsleistungen – ein bewährtes System einfach erklärt*. Abgerufen von <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/el.html>

Bundesamt für Statistik (BFS). (2018a). *Lebenserwartung nach Alter (Frauen), 1981–2017* [Excel]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.assetdetail.6046579.html>

Bundesamt für Statistik [BFS] (2018b). *Lebenserwartung nach Alter (Männer), 1981–2017* [Excel]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.assetdetail.6046557.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (1.3.2017a). *Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick/zusaetzliche-leistungen-fuer-wohngruppen.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (1.3.2017b). *Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick/wohnumfeldverbessernde-massnahmen.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (28.5.2018). *Die Pflegeversicherung*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (26.06.2018). *Verhinderungspflege (Urlaubs-/Krankheitsvertretung)*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/verhinderungspflege.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (6.8.2018). *Die Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick.html>

Bundesministerium für Gesundheit (3.12.2018). *Pflegehilfsmittel*. Abgerufen von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick/pflegehilfsmittel.html>

CDU, CSU & SPD (2018) [Vertrag] *Ein neuer Aufbruch für Europa, Eine neue Dynamik für Deutschland Ein neuer Zusammenhalt für unser Land*, Abgerufen von <https://www.cdu.de/artikel/koalitionsvertrag-zwischen-cdu-csu-und-spd-19-legislaturperiode>

Cosandey, J. (2016b). Pflegekapital: Eigenvorsorge statt Zwang zur Umverteilung. *Pflegerecht*, 01,33-34, Abgerufen von <http://www.uni.recht.ch/uni/lpext.dll/uni/zeit/pf/avpf16/pf0116/inhpf0116?f=templates&fn=index.html&2.0&vid=10.1082/Deu>

CVP (2015). *Positionen der CVP zur Langzeitpflege*. Abgerufen von <https://www.cvp.ch/de/themen/gesundheits>

Dänisches Steueramt (2018). *Steuern in Dänemark Einführung in das dänische Steuersystem für Fremdsprachige*. Abgerufen von <https://skat.dk/skat.aspx?oid=1364>

Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament [Geschäft des Bundesrates]. (o. D.-a). 16.065 – *ELG. Änderung (EL-Reform)*. Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20160065>

Die Bundesversammlung – das Schweizer Parlament (o. D.-b) *Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit*, Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/organe/kommissionen/sachbereichskommissionen/kommissionen-sgk>

Die Bundesversammlung – Das Schweizer Parlament (o. D.-c). *Fraktionen*. Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/%C3%BCber-das-parlament/parlamentsw%C3%B6rterbuch/parlamentsw%C3%B6rterbuch-detail?WordId=84>

Die Bundesversammlung – das Schweizer Parlament (o. D.-d) *Pflegekostenversicherung auf den Prüfstand. Schutz des eigenen Vermögens!*. Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20144165>

Die Bundesversammlung – das Schweizer Parlament (o. D.-e). *Pflegesparkonto. Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals*. Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164086>

Die Bundesversammlung – das Schweizer Parlament (o. D.-f). *Pflegesparkonto. Finanzierungsinstrument des 21. Jahrhunderts*. Abgerufen von <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184180>

Eidgenössisches Finanzdepartement [EFD] (2018). *Faktenblatt « Internationaler Steuervergleich »* Abgerufen von <https://www.efd.admin.ch/efd/de/home/themen/steuern/steuern-international/internationaler-steuervergleich.html>

FDP (2018). *Neuer Schwung für das Schweizer Gesundheitswesen, Dank mehr Qualität, Effizienz und Verantwortung*. Abgerufen von <https://www.fdp.ch/positionen/gesundheitspolitik/>

Gächter, Th. & Filippo, M. (2016). Grundfragen zu einer schweizerischen Pflegeversicherung. *Pflegerecht*. 01/2016. Abgerufen von <http://www.uni.recht.ch/uni/lpext.dll/uni/zeit/pf/avpf16/pf0116/inhpf0116?f=templates&fn=index.html&2.0&vid=10.1082/Deu>

GLP (o. D.). *Qualität erhalten, Kosten senken*. Abgerufen von <https://grunliberale.ch/themen/gesundheits.html>

Grüne (o. D.). Gesundheit. Abgerufen von [https://gruene.ch/gesellschaft/gesundheitspolitik](https://gruene.ch/gesellschaft/gesundheit/gesundheitspolitik)

Istituto Nazionale Previdenza Sociale (2019). Indennità di accompagnamento per persone non deambulanti o con bisogno di assistenza continua (invalidi civili). Abgerufen von <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=50194>

Leutwyler, S. (2016). Notwendigkeit und Ausgestaltung einer Pflegeversicherung in der Schweiz. *Pflegerecht*, 01, 40-42. Abgerufen von <http://www.uni.recht.ch/uni/lpext.dll/uni/zeit/pf/avpf16/pf0116/inhpf0116?f=templates&fn=index.html&2.0&vid=10.1082/Deu>

Ministry of Health [Denmark]. *Healthcare in Denmark. An overview*. Abgerufen von <https://www.sum.dk/English/Publications-in-English.aspx>

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Abgerufen von [https://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

Parteienkompass (o. D.-a). *SVP*, Abgerufen von <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/svp>

Parteienkompass (o. D.-b). *SP*, Abgerufen von <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/sp>

Parteienkompass (o. D.-c). *FDP*. Abgerufen von <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/fdp>

Parteienkompass (o. D.-d). *CVP*. Abgerufen von <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/cvp>

Parteienkompass (o. D.-e). *BDP*. Abgerufen von <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/bdp>

Parteienkompass (o. D.-f) *GLP*. Abgerufen von <https://www.parteienkompass.ch/#/parteien/portrait/glp>

Riklin, A. (2015, 19. Februar). Die guten Ideen aus Dänemark. *Die Wochenzeitung*. <https://www.woz.ch/1508/langzeitpflege/die-guten-ideen-aus-daenemark>

Schweizerische Eidgenossenschaft (2016). *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*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/cc/bundesratsberichte/2016/bestandesaufnahme-perspektiven-langzeitpflege.pdf.download.pdf/bestandesaufnahme-perspektiven-langzeitpflege.pdf>

Schweizerische Eidgenossenschaft (2019). Eidgenössische Volksinitiative 'Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)' Abgerufen von <https://www.bk.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis472t.html>

Schweizer Gemeindeverband (2015). Pflegekosten schlagen in den Gemeinden zu Buche. *Schweizer Gemeinde*, 10, 16-18. Abgerufen von [http://www.chgemeinden.ch/de/flipping-book/10\\_15/files/assets/basic-html/page-1.html](http://www.chgemeinden.ch/de/flipping-book/10_15/files/assets/basic-html/page-1.html)

SP (2017). *Positionspapier SP Schweiz, Teurer Wettbewerb – Für ein starkes öffentliches Gesundheitswesen*. Abgerufen von <https://www.sp-ps.ch/de/themen/gesundheitswesen>

SP60+ (2016). *Forderungen der AG Gesundheit von SP 60+ zum Bericht des Bundesrates/Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege (25. Mai 2016)*. Abgerufen von <https://www.sp-ps.ch/de/partei/sozialdemokratische-bewegung/sp60>

SVA (o.D). *Zusatzleistungen zur AHV/IV*. Abgerufen von <https://www.svazurich.ch/internet/de/home/produkte/zusatzleistungen.html>

SVP (o. D.). *Parteiprogramm der Schweizerischen Volkspartei, 2019–2023*, Abgerufen von <https://www.svp.ch/partei/positionen/parteiprogramme/>

Theobald, H. (2008). Care-Politiken, Care-Arbeitsmarkt und Ungleichheit: Schweden, Deutschland und Italien im Vergleich. *Berliner Journal für Soziologie*, 18, 257–281. DOI: 10.1007/s11609-008-0018-3

Trottmann, M., Vaterlaus, S., Telser, H. & Übelhart, T. (2016). Finanzierung der Langzeitpflege aus ökonomischer Sicht. *Pflegerecht*, 01, 29–33. Abgerufen von <http://www.uni.recht.ch/uni/lpext.dll/uni/zeit/pf/avpf16/pf0116/inhpf0116?f=templates&fn=index.html&2.0&vid=10.1082/Deu>

Institut für Versicherungswirtschaft



**Universität St.Gallen**

Institut für Versicherungswirtschaft  
der Universität St. Gallen  
Tannenstrasse 19, 9000 St.Gallen / Schweiz  
[www.ivw.unisg.ch](http://www.ivw.unisg.ch)