

Finanzierung von Pflegekosten

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

■ System der Objekt- und Subjektfinanzierung

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

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

■ Pflegeentschädigung: Unterscheidung Behandlungspflege/Grundpflege

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

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

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

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

■ 1. Pflegeentschädigung der Unfallversicherung

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

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

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

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

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

