



# Der Pflegekostenselbstbehalt gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG

## Hardy Landolt

Prof. Dr. iur. LL. M., Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen für Sozialversicherungs- und Privatversicherungsrecht sowie Haftpflichtrecht, Rechtsanwalt und Notar, Glarus

### Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
- II. Entstehungsgeschichte
  - A. Vorschlag des Bundesrates
  - B. Sitzung Ständerat vom 19. September 2006
  - C. Sitzung Nationalrat vom 21. Juni 2007
  - D. Sitzung Ständerat vom 25. September 2017
- III. Berechnungsgrundlage
  - A. Massgebliche Berechnungsgrundlage: Vollkosten, ungedeckte Restkosten oder Beitrag des Krankenversicherers?
  - B. Massgebliche Vollkosten
  - C. Anrechenbare Sozialversicherungsleistungen
- IV. Berechnungsparameter
  - A. Erfordernis sachlicher Berechnungsparameter
  - B. Nicht pflegebezogene Kriterien
  - C. Pflegebezogene Kriterien
- V. Beteiligungsgrenze

## I. Einleitung

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) am 1. Januar 1996 wurde ein Versicherungsobligatorium für Pflegeleistungen eingeführt.<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenpflegeversicherung umfasst insbesondere auch ambulante Pflegemassnahmen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes von einem zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden. Ursprünglich war angedacht, dass der Krankenversicherer die gesamten Pflegekosten übernimmt. Der per 1. Januar 1998 eingefügte Art. 59a KVV sah neu vor, dass das Eidgenössische Departement des Innern Rahmentarife für die Leistungen nach Art. 7 KLV festlegen konnte.<sup>2</sup>

Seit der Einführung der Rahmentarife haben die Krankenversicherer die Kosten der versicherten Pflegeleistungen – systemwidrig – nicht mehr vollumfänglich finanziert. Die Verlagerung eines Teils der Pflegekosten auf die Kantone und die versicherten Personen war Anlass, die Finanzierung der Pflegekosten mit dem Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung<sup>3</sup> neu zu regeln. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung ist am 1. Januar 2011 mit einer Übergangsfrist von drei Jahren für die Anpassung der geltenden Tarife und Tarifverträge in Kraft getreten. Kernstück der Revision stellt die Neuregelung der Vergütung der Kosten der ambulanten Pflegeleistungen dar.

Gemäss dem neu eingefügten Art. 25a KVG werden die Kosten der versicherten Pflegeleistungen auf den Krankenversicherer, die versicherte Person und den Kanton aufgeteilt. Der Krankenversicherer bzw. die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet lediglich einen Beitrag an die Kosten der versicherten Pflegeleistungen.<sup>4</sup> Die versicherte Person hat einen Selbstbehalt von höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages zu tragen.<sup>5</sup> Die nach Abzug des Beitrages des Krankenversicherers und des Selbstbeitrages der versicherten Person verbleibenden Restkosten sind vom Kanton zu finanzieren.<sup>6</sup>

## II. Entstehungsgeschichte

### A. Vorschlag des Bundesrates

Der Pflegekostenselbstbehalt wurde erst im Verlauf der parlamentarischen Beratungen eingefügt. Die

1 Vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG und Art. 7 KLV.

2 Siehe z. B. Urteil BVGer C-4131/2010 vom 9. September 2011 = BVGE 2011/61.

3 AS 2009, 3517. Siehe ferner Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005 (BBI 2005, 2033).

4 Vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG.

5 Vgl. Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG.

6 Vgl. Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG.



bundesrätliche Vorlage<sup>7</sup> basierte auf dem Modell, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für jene medizinischen Massnahmen voll vergütet, die ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung einer Krankheit verfolgen (Behandlungspflege), während an die auf die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse ausgerichtete Grundpflege ein Beitrag entrichtet wird. Das vorgeschlagene Modell hätte für die Pflege zu Hause und im Heim, nicht aber für die Pflege im Spital Anwendung finden sollen.

Der Bundesrat wäre befugt gewesen, den Beitrag an die Grundpflege so festzulegen, dass die seinerzeitige Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss der Rahmentarifordnung in etwa unverändert geblieben wäre. Der Bundesrat hat in der Botschaft aber darauf hingewiesen, dass das von ihm vorgeschlagene Modell mittel- bis längerfristig mit höheren Kosten für die versicherten Personen verbunden wäre. Als zumindest teilweisen Ausgleich für die stärkere finanzielle Belastung der privaten Haushalte schlug der Bundesrat vor, einen Anspruch auf eine Hilfenentschädigung leichten Grades in der AHV einzuführen und den für Pflegebedürftige geltenden jährlichen Höchstbetrag für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen von 30 000 Franken aufzuheben.

## B. Sitzung Ständerat vom 19. September 2006

Die vorberatende Kommission des Ständerates hat das vom Bundesrat vorgeschlagene Modell grundsätzlich übernommen. Im Rahmen der parlamentarischen Beratung vom 19. September 2006 hat Ständerat Ernst Leuenberger mit einem Minderheitsantrag verlangt, den Beitrag der versicherten Personen auf höchstens 20% zu begrenzen. Dies solle verhindern, dass die Leute im Krankbett verarmen. Ständerätin Anita Fetz bezeichnete den Entscheid über diesen Antrag als Kernstück der Vorlage. Es dürfe nicht sein, dass alte oder junge Kranke zusätzlich bestraft würden durch noch mehr Finanzleistungen und es ermöglicht werde, dass sie fürsorgeabhängig würden. Ständerätin Erika Forster erklärte namens der Kommissionmehrheit, dass man nicht von Bundesseite her festlegen wolle, wer wie viel der Restkosten zu bezahlen habe. Dies sei Sache der Kantone und Gemeinden. Der Ständerat hat schliesslich den Minderheitsantrag mit 28 zu 10 Stimmen abgelehnt.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Siehe Botschaft vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung = BBl 2005, 2033.

<sup>8</sup> Siehe AB 2006 S 655.

## C. Sitzung Nationalrat vom 21. Juni 2007

Die vorberatende Kommission des Nationalrates hat den Minderheitsantrag von Ständerat Ernst Leuenberger aufgenommen. Die Kommission war der Auffassung, dass die finanzielle Belastung der versicherten Personen durch ungedeckte Pflegekosten berechenbar und begrenzt sein müsse. Die von der Kommission unterbreitete Vorlage, den Selbstbehalt der versicherten Personen auf 20% der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten zu begrenzen, wurde schliesslich an der Sitzung des Nationalrates vom 21. Juni 2007 von allen Fraktionssprechern unterstützt. Eine Kommissionminderheit, vertreten durch Nationalrätin Christine Goll, schlug vor, die jährliche Belastung auf 3600 Franken zu begrenzen. Der Nationalrat folgte schliesslich mit 95 zu 61 Stimmen der Kommissionmehrheit.<sup>9</sup>

## D. Sitzung Ständerat vom 25. September 2017

In der Differenzbereinigung folgte der Ständerat anlässlich der Sitzung vom 24./25. September 2017 oppositionslos dem Nationalrat und fixierte den Selbstbehalt definitiv auf 20% der von der Krankenversicherung nicht gedeckten Kosten. Damit war der vom Nationalrat vorgeschlagene Art. 25a Abs. 5 Satz 1 KVG definitiv beschlossen: «Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwält werden.»

## III. Berechnungsgrundlage

### A. Massgebliche Berechnungsgrundlage: Vollkosten, ungedeckte Restkosten oder Beitrag des Krankenversicherers?

Gemäss Gesetzeswortlaut hat sich die versicherte Person an den «nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten» zu beteiligen, wobei eine Kosten-grenze von 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages besteht. Der Gesetzeswortlaut knüpft die Kostenbeteiligung der gesicherten Person an die nicht von Sozialversicherungen

<sup>9</sup> Siehe AB 2007 N 1118.