

Zeitschrift: Zeitschrift für öffentliche Fürsorge : Monatsschrift für Sozialhilfe : Beiträge und Entscheide aus den Bereichen Fürsorge, Sozialversicherung, Jugendhilfe und Vormundschaft

Herausgeber: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Band: 78 (1981)

Heft: 6

Artikel: Krankenkassenleistungen in Pflegeabteilungen von Altersheimen

Autor: Inglin, Ady

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-838827>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Krankenkassenleistungen in Pflegeabteilungen von Altersheimen

Eine Information über den Ist-Zustand von Ady Inglin, Departementssekretär, Brunnen

1. Rechtliches

Nach Art. 101 des revidierten Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) gewährt der Bund seit dem 1. Januar 1975 aus Mitteln der AHV Beiträge an die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung von Heimen und anderen Einrichtungen für Betagte. Als Heime im Sinne des Gesetzes werden in Art. 215 Abs. 1 der Verordnung über die AHV (AHVV) solche bezeichnet, die der dauernden oder vorübergehenden Unterbringung, Pflege und Betreuung von Betagten dienen. Da die Pflege von Betagten ausdrücklich erwähnt ist, werden durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) bei Neu- und Umbauten von Altersheimen dazugehörige Pflegestationen oder -abteilungen mitsubventioniert. Anfänglich wollte das BSV an solche Pflegeabteilungen überhaupt keine Baubeiträge ausrichten mit der Begründung, die Pflege von kranken Betagten sei eine Aufgabe des Gesundheitswesens und die Finanzierung entsprechender Heime und Einrichtungen damit Sache der Kantone. Demgegenüber sind Anstalten, die nach eidgenössischer oder kantonaler Gesetzgebung als Heilanstalten gelten, grundsätzlich auch heute noch nicht subventionsberechtigt (Art. 215 Abs. 3 AHVV).

Nach Art. 23 der Vo III zum KUVG gelten als Heilanstalten Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der Behandlung von Kranken unter ärztlicher Leitung dienen. Bei der Behandlung in einer Heilanstalt sind die Krankenkassen verpflichtet, neben der ärztlichen Behandlung, den wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen, den Arzneimitteln und Analysen einen täglichen Mindestbeitrag von Fr. 9.– an die übrigen Kosten der Krankenpflege zu gewähren (Pflichtleistungen nach Art. 12 Abs. 2 Ziff. 2 KUVG und Art. 24 Abs. 1 der Vo III zum KUVG).

Der in Art. 23 Vo III KUVG umschriebene Begriff der Heilanstalt lässt einen sehr weiten Spielraum offen. Selbst das Eidg. Versicherungsgericht interpretiert auf Grund seiner bisherigen Urteile den Begriff der Heilanstalt äusserst grosszügig, indem es so weit geht, für jedes Altersheim, in welchem Betagte gepflegt werden, den Charakter einer Heilanstalt zu bejahen, wenn diese Pflege unter ärztlicher Überwachung geschieht, was in den meisten Fällen zutreffen dürfte.

2. Problemstellung

Die Tatsache, dass Alters- und Pflegeheime bzw. Abteilungen von solchen, für welche Bau- und Einrichtungsbeiträge nach Art. 101 AHVG ausgerichtet werden, nicht den Charakter einer Heilanstalt haben dürfen, selbst wenn ihnen auf Grund ihres Angebots (ärztliche Überwachung, ausgebildetes Pflegepersonal, medizinische Einrichtungen) ein solcher zustehen würde, hat zur Folge, dass die Krankenkassen für Pensionäre in solchen Heimen regelmässig keine Pflichtleistungen nach den Bestimmungen des KUVG zu erbringen haben, während solche, die sich in einem Heim oder dessen Pflegeabteilung aufhalten, welches ohne Baubeiträge der AHV erstellt wurde, Anspruch auf diese Pflichtleistungen haben, womit sie noch weitere Leistungen aus allenfalls vorhandenen Zusatzversicherungen erhalten. Damit werden versicherte Pflegepatienten in subventionierten und nicht subventionierten Heimen rechtsungleich behandelt.

Im weiteren ergibt sich das äusserst wichtige, oft aber ausser acht gelassene Problem, dass die Pflichtleistungen der Krankenkassen bei längerem Aufenthalt eines Versicherten in einem Heim nach 720 Tagen innert 900 Tagen erschöpft werden, womit die Leistungen bei einem späteren Spitaleintritt ebenfalls erschöpft sind, was zu grossen Härten führen kann.

3. Mögliche Lösungen des Problems

Dieser Zustand ist in hohem Masse unbefriedigend und hat mit Recht Unbehagen und Kritik ausgelöst. Obwohl die Rechtslage noch nicht eindeutig geklärt ist und eine Lösung wohl erst mit der bevorstehenden Teilrevision des KUVG zu erwarten ist, ist man vor allem von seiten der Krankenkassen bemüht, eine allseits befriedigende Übergangsregelung anzustreben. So hat das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen im November 1979 Empfehlungen erlassen, die darauf abzielen, für Pensionäre in subventionierten Heimen die im KUVG vorgeschriebenen Leistungen (Arzt und Arzneimittel plus Pflegekostenbeitrag von mindestens Fr. 9.– je Tag) ebenfalls zu erbringen, jedoch nicht als Pflichtleistungen, sondern als freiwillige Leistungen zu deklarieren. Dies hätte überdies zu bedeuten, dass diese freiwilligen Leistungen nicht auf die gesetzliche Bezugsdauer von 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen angerechnet werden dürfen, das heisst, dass damit der Anspruch auf Leistungen bei einem Spitaleintritt nicht erschöpft wird, während für die Pflichtleistungen in nichtsubventionierten Heimen weiterhin die gesetzlichen Regelungen über die Anrechnung auf die Bezugsdauer zu gelten haben. Weil daraus neue Fälle von rechtsungleicher Behandlung entstehen können, empfiehlt das Konkordat weiter, zur Milderung von Härtefällen im Falle eines Spitalein-

tritts nach Ablauf der Bezugsdauer von Pflichtleistungen in einem Heim die Heilanstaltsleistungen nach den Bestimmungen des KUVG trotzdem zu erbringen.

In der Zwischenzeit sind die Krankenkassenverbände der Kantone Glarus, Thurgau und Schwyz dieser Empfehlung gefolgt und haben durch ihre Delegiertenversammlungen entsprechende Beschlüsse gefasst. Laut Beschluss der Delegiertenversammlung des Verbandes der Krankenkassen im Kanton Schwyz vom 3. November 1979 haben versicherte Patienten in subventionierten Heimen ebenfalls Anspruch auf einen Pflegekostenbeitrag von Fr. 9.– je Tag, der jedoch als freiwillige Leistung erbracht wird. In nicht subventionierten Heimen besteht der Anspruch auf die gesetzlichen Pflichtleistungen wie bisher. Im Sinne einer rechtsgleichen Behandlung besteht ferner die klare Regelung, dass weder die Pflichtleistungen noch die freiwilligen Leistungen auf die Heilanstaltskostenleistungen angerechnet werden, das heisst, dass mit dem Bezug dieser Leistungen der Anspruch auf Heilanstaltsleistungen bei Spitalertritt nicht erschöpft wird. Eine Einschränkung besteht lediglich darin, dass die freiwilligen Leistungen nur dann ausgerichtet werden, wenn der Aufenthalt in der Pflegeabteilung nicht durch anderweitige Leistungen (AHV, IV, EL, Hilflosenentschädigung usw.) gedeckt werden kann.

ENTSCHEIDUNGEN

Schliesst der Freizügigkeitsanspruch beim Krankenkassenwechsel die Versicherung gegen Unfallrisiko ein?

Der bevormundete Albert L. war von 1968 bis zum 31. 12. 1973 für Krankenpflege, Unfallrisiko, Spitalpflege und Badekuren krankenversichert. Am 16. 1. 1974 stellte sein Vormund für ihn ein Aufnahmegesuch bei einer andern Krankenkasse. Am gleichen Tag verunfallte sein Mündel. Bei der Meldung des Unfallereignisses am 17. 1. 1974 erklärte die Krankenkasse dem Vormund, sein Mündel sei nicht gegen Unfall versichert, und lehnte Leistungen für die Folgen des Unfalles vom 16. 1. 1974 ab.

Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons Zürich mit der Begründung abgewiesen, der Vormund habe es am 16. 1. 1974 unterlassen, sein Mündel auch gegen Unfallrisiko zu versichern, bei Inanspruchnahme der Freizügigkeit hätte er die Krankenkasse darauf hinweisen müssen, dass sein Mündel bisher gegen Unfall versichert gewesen sei. In der daraufhin eingereichten Verfassungsgerichtsbeschwerde machte der Vormund geltend, der Freizügigkeitsanspruch gelte während der vollen dreimonatigen Frist