

**Projektbericht
Research Report**

Zukunft der Langzeitpflege in Oberösterreich: Neue Modelle der Finanzierung und Leistungserbringung

**Markus Kraus
Thomas Czypionka
Monika Riedel
Gerald Röhring
Andreas Goltz**



**INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna**

Projektbericht

Research Report

Zukunft der Langzeitpflege in Oberösterreich: Neue Modelle der Finanzierung und Leistungserbringung

Markus Kraus

Thomas Czypionka

Monika Riedel

Gerald Röhring

Andreas Goltz

Endbericht

Studie im Auftrag der ÖVP Oberösterreich

Juli 2011

Kontakt:

Dr. Thomas Cypionka

☎: +43/1/599 91-127

email: thomas.cypionka@ihs.ac.at

Mag. Markus Kraus

☎: +43/1/599 91-141

email: kraus@ihs.ac.at

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	I
--------------------------------	----------

Einleitung	1
-------------------	----------

A. Leistungserbringung

I. Leistungserbringung in Oberösterreich

1. Demographische Situation	4
------------------------------------	----------

2. Geldleistungen	5
--------------------------	----------

2.1. Bundespflegegeld	5
-----------------------------	---

2.2. Landespflegegeld.....	9
----------------------------	---

3. Sachleistungen	10
--------------------------	-----------

3.1. Stationäre Pflege.....	10
-----------------------------	----

3.2. Teilstationäre Pflege.....	19
---------------------------------	----

3.3. (Formelle) Ambulante Pflege: Mobile Dienste	20
--	----

3.4. Alternative Betreuungsformen: Betreubares Wohnen	26
---	----

II. Leistungserbringung im internationalen Überblick

1. Dänemark	27
--------------------	-----------

1.1. Organisation der Leistungserbringung.....	27
--	----

1.2. Pflegesettings	29
---------------------------	----

1.2.1. Stationäre Pflege	29
--------------------------------	----

1.2.2. Teilstationäre Pflege	31
------------------------------------	----

1.2.3. (Formelle) Ambulante Pflege.....	31
---	----

1.2.4. Informelle Pflege	33
--------------------------------	----

1.2.5. Alternative Betreuungsformen.....	33
--	----

1.3. Probleme, Reformen und Lösungen.....	34
---	----

2. Deutschland	36
-----------------------	-----------

2.1. Organisation der Leistungserbringung.....	36
--	----

2.2. Pflegesettings	39
---------------------------	----

2.2.1.	Stationäre Pflege	40
2.2.2.	Teilstationäre Pflege	42
2.2.3.	(Formelle) Ambulante Pflege	42
2.2.4.	Informelle Pflege	44
2.2.5.	Alternative Betreuungsformen	45
2.3.	Probleme, Reformen und Lösungen	46
2.3.1.	Probleme	46
2.3.2.	Reformen	46
3.	Frankreich	48
3.1.	Organisation der Leistungserbringung	48
3.2.	Pflegesettings	50
3.2.1.	Stationäre Pflege	51
3.2.2.	Teilstationäre Pflege	53
3.2.3.	(Formelle) Ambulante Pflege	54
3.2.4.	Informelle Pflege	56
3.2.5.	Alternative Betreuungsformen	56
3.3.	Probleme, Reformen und Lösungen	57
4.	Niederlande	58
4.1.	Organisation der Leistungserbringung	58
4.2.	Pflegesettings	61
4.2.1.	Stationäre Pflege	61
4.2.2.	Teilstationäre Pflege	64
4.2.3.	(Formelle) Ambulante Pflege	65
4.2.4.	Informelle Pflege	67
4.2.5.	Alternative Betreuungsformen	67
4.3.	Probleme, Reformen und Lösungen	68
5.	Schweden	70
5.1.	Organisation der Leistungserbringung	70
5.2.	Pflegesettings	72
5.2.1.	Stationäre Pflege	72
5.2.2.	Teilstationäre Pflege	74
5.2.3.	(Formelle) Ambulante Pflege	74
5.2.4.	Informelle Pflege	75
5.2.5.	Alternative Betreuungsformen	75
5.3.	Probleme, Reformen und Lösungen	76
6.	Japan	78
6.1.	Organisation der Leistungserbringung	78
6.2.	Pflegesettings	81

6.2.1.	Stationäre Pflege	81
6.2.2.	Teilstationäre Pflege	82
6.2.3.	Ambulante Pflege	82
6.2.4.	Alternative Betreuungsformen	83
6.3.	Probleme, Reformen und Lösungen	84
7.	Analyse	86
7.1.	Trend: Regionalisierung	86
7.2.	Trend: Ambulantisierung	86
7.3.	Trend: Öffnung des Pflegemarktes für private Anbieter	88
7.4.	Trend: Qualität und Integration/Koordination	89
7.5.	Trend: Alternative oder neue Betreuungsformen	90

III. Handlungsempfehlungen für Oberösterreich

1.	Handlungsempfehlungen im Pflegewesen	92
1.1.	Weitere Forcierung der Ambulantisierung der Pflege	92
1.2.	Verbesserung des Mix zwischen öffentlichen und privat-gemeinnützigen/privat-privaten Anbietern	92
1.3.	Ausbau der Qualitätssicherung	93
1.4.	Integration und Koordination	93
1.5.	Bedarfsfeststellung von alternative oder neue Betreuungsformen	94
1.6.	Flächendeckender Einsatz von Hausärzten	94
2.	Handlungsempfehlungen außerhalb des Pflegewesens	96
2.1.	Forcierung von Public Health Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit	96
2.2.	Vereinbarkeit von informeller Pflege und Arbeitsmarkt	97
2.3.	Adaption der Bauordnung bei Wohnbau	97

IV. Literaturverzeichnis:

B. Finanzierung

1.	Theoretische Grundlagen zur Pflegefinanzierung	106
1.1.	Grundlegendes zur Finanzierung sozialer Sicherungssysteme	106
1.2.	Finanzierungssysteme in der Langzeitpflege	108
1.2.1.	Rein private Finanzierung	109

1.2.2.	Staatliche Subvention zu privaten Versicherungsprämien	111
1.2.3.	Sicherungsnetz.....	112
1.2.4.	Universelles System.....	113
1.2.5.	Progressiv-universelles System	114
1.2.6.	Zusammenfassung.....	114
1.3.	Steuerbasiertes vs. versicherungsbasiertes Finanzierungssystem	116
1.3.1.	Steueraufkommen	117
1.3.2.	Sozialversicherung	117
1.3.3.	Zusammenfassung.....	118
1.4.	Bemessungsgrundlage für private Zuzahlungen	119
1.5.	Conclusio	120
2.	Finanzierung der Langzeitpflege in Oberösterreich	122
3.	Finanzierung der Langzeitpflege im internationalen Vergleich	125
3.1.	International eingesetzte Finanzierungssysteme	125
3.2.	Exkurs: Deutsche Pflegeversicherung	134
4.	Literatur	139
C. Zukünftiger Finanzierungsbedarf in Österreich		
1.	Vorbemerkung	141
2.	Entwicklung des Nettoaufwandes in der Pflege, Oberösterreich, 2001-2009	142
3.	Zukünftiger Finanzierungsbedarf auf österreichischer Ebene	150
4.	Lösungsansätze	157
4.1.	Erhöhung der Effizienz und Kostendämpfung in der Leistungserbringung	157
4.2.	Umschichtung aus anderen Budgetmitteln	158
4.3.	Neue Finanzierungsquellen: Private Finanzierung	159
4.3.1.	Private Zuzahlungen	161
4.3.2.	Regresse für Ehepartner und Kinder.....	163
4.4.	Neue Finanzierungsquellen: Öffentliche Finanzierung	167
5.	Literatur	170

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Demographische Maßzahlen	2
Abbildung 2: Anteil der Bevölkerung 65 Jahre und älter, in Prozent der Gesamtbevölkerung	4
Abbildung 3: Entwicklung der über 65-jährigen Bundespflegegeldbezieher, Oberösterreich, Index 1997=100	5
Abbildung 4: Entwicklung des Anteils der einzelnen Stufen an den über 65-jährigen Bundespflegegeldbeziehern, Oberösterreich	6
Abbildung 5: Verteilung des Bundespflegegeldaufwandes auf die Pflegestufen	7
Abbildung 6: Jährliche Veränderung des Bundespflegegeldaufwandes der über 65-Jährigen differenziert nach Effekten, Oberösterreich, in Euro	8
Abbildung 7: Veränderung des Bundespflegegeldaufwandes 1997-2009 der über 65- Jährigen, nach Pflegegeldstufen, differenziert nach Effekten, Oberösterreich, in Euro	8
Abbildung 8: Landes- und Bundespflegegeldbezieher 60+ in Oberösterreich, nach Pfleigestufen, 2009.....	9
Abbildung 9: Alten- und Pflegeheime nach Rechtsträgern, Oberösterreich, 1994-2010	11
Abbildung 10: Normplätze nach Trägergruppen, Oberösterreich, 2001-2009, jeweils zum 01.01.	11
Abbildung 11: Pflegeplätze (inkl. Wohnplätze mit Pflege) pro 100 Einwohner 60+	12
Abbildung 12: Altersstruktur der Heimbewohner in den Alten- und Pflegeheimen Oberösterreichs, in Prozent	14
Abbildung 13: Pflegestufenverteilung der Heimbewohner in den Alten- und Pflegeheimen Oberösterreichs, in Prozent	14
Abbildung 14: Pflege- und Betreuungspersonal nach Qualifikation sowie Fehlbedarf, Oberösterreich, 2003-2009, in Personaleinheiten (PE).....	16
Abbildung 15: Bewohner von Alten- und Pflegeheimen in Oberösterreich, je Pflegepersonaleinheit (PE)	17
Abbildung 16: Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben und des Nettoaufwandes (Ausgaben minus Einnahmen), Alten- und Pflegeheime Oberösterreich, 1994- 2009, nominell, in Euro laut Rechnungsabschluss	18
Abbildung 17: Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben und des Nettoaufwandes, nominell, je Bewohner, Alten- und Pflegeheime Oberösterreich, Index 1998=100	19
Abbildung 18: Betreute Personen: Mobile Betreuung und Hilfe sowie Hauskranken-pflege, Oberösterreich, 2001-2008	21
Abbildung 19: Alter der betreuten Personen: Mobile Betreuung und Hilfe sowie Hauskrankenpflege, Oberösterreich, 2001-2008.....	21
Abbildung 20: Soziales Umfeld der Klienten, jeweils Stichtag 31.12	22
Abbildung 21: Anzahl der durchgeführten Hausbesuche, Oberösterreich, 2001-2008	23

Abbildung 22: Verrechnete Einsatzstunden, Oberösterreich, 2001-2008	24
Abbildung 23: Personaleinheiten (Vollzeitäquivalente), Oberösterreich, 2001-2008	25
Abbildung 24: Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben und des Nettoaufwandes (Ausgaben minus Einnahmen), Hauskrankenpflege und Mobile Betreuung und Hilfe Oberösterreich, 1994-2009, nominell, in Euro	26
Abbildung 25: Angebot an Pflege- und Altenheimplätzen pro Person 75+ (2006).....	53
Abbildung 26: ambulantes Pflegeangebot.....	55
Abbildung 27: Entwicklung des stationären Sektors	62
Abbildung 28: Prozentuale Veränderung von Tages- und Nachtpflegepatienten in Alten- und Pflegeheimen.....	64
Abbildung 29: Entwicklung der Empfänger von Langzeitpflege 65+	72
Abbildung 30: Absicherung von Lebensrisiken	106
Abbildung 31: Absicherung von Lebensrisiken	107
Abbildung 32: Finanzierungsmodell – Deckung der Kosten durch Einkommen und Vermögen	109
Abbildung 33: Finanzierungsmodell – Deckung der Kosten durch eine private Versicherung.....	110
Abbildung 34: Finanzierungsmodell – staatliche Subvention zu privaten Versicherungen ..	112
Abbildung 35: Finanzierungsmodell – Steueraufkommen	116
Abbildung 36: Finanzierungsmodell - Sozialversicherung	116
Abbildung 37: Finanzierung der Langzeitpflege in Oberösterreich	123
Abbildung 38: Öffentliche Ausgaben in Prozent des BIPs	126
Abbildung 39: Mengen- und Struktureffekt sowie gemischter Effekt.....	144
Abbildung 40: Upper-bound und lower-bound Szenario, Nettoaufwand stationärer und ambulanter Bereich, in Euro, zu Preisen 2009.....	146
Abbildung 41: Vorausschätzung des Nettoaufwandes in Oberösterreich (stationärer und ambulanter Bereich), in Euro, zu Preisen 2009	149
Abbildung 42: Bundespflegegeldbezieher	151
Abbildung 43: WIFO-Annahmen für die Szenarien	153
Abbildung 44: Sachleistungen (in Mio. Euro, zu Preisen 2006) WIFO-Szenarien	154
Abbildung 45: Abgabenquoten im internationalen Vergleich, 2007.....	158
Abbildung 46: Tax Wedge im Vergleich, 2009	168

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Heim-, Wohn- und Pflegeplatzstruktur in Oberösterreich, Stand: August 2010	13
Tabelle 2: Anzahl an Pflegeheimen	40
Tabelle 3: Durchschnittliche Anzahl der betreuten Personen in einem Heim	41
Tabelle 4: Anzahl an Pflegeplätzen	41
Tabelle 5: Anzahl an ambulanten Pflegediensten	43
Tabelle 6: Durchschnittliche Anzahl betreuter Personen pro ambulantem Pflegedienst	43
Tabelle 7: Anzahl an betreuten Personen betreuten Personen	44
Tabelle 8: APA Empfänger 2009.....	48
Tabelle 9: Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen	52
Tabelle 10: Finanzierung der ambulanten Pflege	55
Tabelle 11: Pflegebezogene Services	59
Tabelle 12: Durchschnittlich in Anspruch genommene ambulante Leistungsstunden nach Alter, 2006	65
Tabelle 13: Pflegestufen in Japan	79
Tabelle 14: Beispiel für eine Zusammenstellung von Pflegeleistungen	83
Tabelle 15: Überblick über Finanzierungssysteme	115
Tabelle 16: Steuerfinanziertes vs. sozialversicherungsfinanziertes Pflegesystem	118
Tabelle 17: Finanzierung	130
Tabelle 18: Finanzierungsquellen	131
Tabelle 19: Kennzahlenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich der Pflege, Oberösterreich	143
Tabelle 20: Zerlegung der Wachstumsraten 2001-2009	147
Tabelle 21: Jahresdurchschnittliche Wachstumsraten	148
Tabelle 22: Ergebnisse der Vorausschätzung für Österreich.....	152
Tabelle 23: Sachleistungen (in Mio. Euro, zu Preisen 2006), jahresdurchschnittliche Wachstumsraten, WIFO-Szenarien	153
Tabelle 24: Jährliche Wachstumsraten verschiedener Komponenten des Pflegeaufwands, nominell in Mio. Euro.....	155
Tabelle 25: Durchschnittliche private Zuzahlungen pro Monat im Bereich der mobilen Betreuung und Hilfe und der Hauskrankenpflege im Jahr 2008	162
Tabelle 26: Regressregelungen in den einzelnen Bundesländern	166

Executive Summary

Der vorliegende Bericht gliedert sich in drei große Kapitel: In Kapitel A wird die Leistungserbringung im Bereich der Langzeitpflege in Oberösterreich sowie in ausgewählten Ländern (Dänemark, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Schweden, Japan) dargestellt und näher analysiert. Aus den internationalen Beispielen werden Handlungsempfehlungen für Oberösterreich abgeleitet. Kapitel B beginnt mit einer Beschreibung der theoretischen Grundlagen der Pflegefinanzierung, gefolgt von einer Darstellung des Status Quo der Finanzierung in Oberösterreich und schließt mit einer vergleichenden Analyse von international eingesetzten Finanzierungsmechanismen. In Kapitel C wird der zukünftige Finanzierungsbedarf in der Langzeitpflege für Oberösterreich und Österreich aufgezeigt.

1. Leistungserbringung

Leistungserbringung in Oberösterreich

Die **demographische Entwicklung** verschärft sich zusehends in Oberösterreich im Vergleich zu Gesamtösterreich. Der Anteil der über 65-Jährigen wird im Jahr 2040 mit rund 28 Prozent prognostiziert und damit um mehr als einen Prozentpunkt über dem Österreichwert liegen. Insgesamt steigt der Anteil im Beobachtungszeitraum 1981-2040 um mehr als 15 Prozentpunkte, also um drei Prozentpunkte stärker als im Österreichdurchschnitt.

Rund 60.000 Personen bezogen in Oberösterreich **Geldleistungen** in Form von Bundespflegegeld (Auszahlungsmonat Dezember 2009), was einem Anteil von rund 16,5 Prozent aller Bundespflegegeldbezieher in Österreich entspricht. Rund 85 Prozent der Bundespflegegeldbezieher waren älter als 65 Jahre, und rund 50 Prozent bezogen Pflegegeld der Stufe 1 oder 2. Bei einer Betrachtung der Entwicklung der Bundespflegegeldbezieher seit 1997 zeigt sich, dass insbesondere die Anzahl der Bezieher in den höheren Stufen stark gestiegen ist. Im Jahr 1997 wurden rund 9 Prozent der Bezieher den Pflegegeldstufen 5, 6 und 7 zugerechnet, im Jahr 2009 waren es bereits rund 17 Prozent. Damit verbunden ist auch ein deutlicher Anstieg des jährlichen Aufwands für das Bundespflegegeld. Im Beobachtungszeitraum 1997 bis 2009 stiegen die Aufwendungen des Bundespflegegelds für die über 65-Jährigen in Oberösterreich von rund 158 Mio. Euro um knapp 80 Prozent auf 286 Mio. Euro, wobei der Anstieg für die Stufen 4 und 5 am stärksten ausfällt. Rund 9.500 Personen bezogen in Oberösterreich Geldleistungen in Form von Landespflegegeld (Stichtag 31. Dezember 2009), davon waren 43 Prozent älter als 60 Jahre.

Die **stationäre Pflege** fällt in Oberösterreich in den Zuständigkeitsbereich der regionalen Träger sozialer Hilfe (15 Sozialhilfeverbände, 3 Statutarstädte). Gegenwärtig erfolgt die stationäre Pflege in 115 Alten- und Pflegeheimen, wovon sich 63 Prozent unter der Trägerschaft der Städte und Sozialhilfeverbände, 18 Prozent unter der Trägerschaft der Gemeinden und 19 Prozent unter der Trägerschaft von Orden und Gemeinden befinden.

Insgesamt gesehen spielt der öffentliche Sektor in der stationären Pflege Oberösterreichs im Vergleich zu Restösterreich eine dominierende Rolle. Am 01. Jänner 2009 standen in Oberösterreich 11.841 Normalplätze und 250 fixe Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Die Anzahl der Normalplätze bewegt sich seit 2001 auf einem ziemlich konstanten Niveau.

Die Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich wiesen im Jahr 2009 11.584 Bewohner aus. Davon waren rund 72 Prozent älter als 80 Jahre und 78 Prozent Frauen. Bei etwa 80 Prozent der Bewohner erfolgte die Unterbringung im Alten- bzw. Pflegeheim auf Teilstationärbasis. Eine Analyse der Bewohner nach Pflegestufenzugehörigkeit zeigt, dass vorwiegend nur mehr schwerer pflegebedürftige Personen (Pflegestufe 3-7) stationär aufgenommen werden und Personen mit niedrigerer Stufe vermehrt ambulant betreut werden. Das folgt auch ganz dem Trend zur vermehrten Ambulantisierung der Pflege. Während im Jahr 2001 lediglich rund 44 Prozent der Bewohner Pflegegeld der Stufe 4 oder höher bezogen haben, waren es im Jahr 2009 bereits rund zwei Drittel.

Die Ausgaben der Alten- und Pflegeheime beliefen sich in Oberösterreich im Jahr 2009 auf rund 289 Mio. Euro. Im Vergleich zum Jahr 1994 ist das mehr als eine Vervielfachung. Als Hauptgrund kann die Verschiebung der zu pflegenden Personen in die höheren Pflegestufen und die damit einhergehende Personalaufstockung genannt werden. Die Einnahmen der Alten- und Pflegeheime wurden im Jahr 2009 mit rund 166 Mio. Euro ausgewiesen. Sie setzen sich in der Regel aus Pflegegeld und Eigenleistungen (Pensionen, Vermögen, Regresse) zusammen. Die Einnahmen wuchsen im Vergleich zu den Ausgaben in einem weit geringeren Ausmaß. Ein Mitgrund hierfür kann die unregelmäßige Valorisierung des Pflegegeldes durch den Bund sein. Aufgrund dessen kam es zu mehr als einer Versiebenfachung des Nettoaufwands (Ausgaben minus Einnahmen) im Beobachtungszeitraum 1994 bis 2009. Der Nettoaufwand der oberösterreichischen Alten- und Pflegeheime betrug im Jahr 2009 etwa 123 Mio. Euro.

Die **teilstationäre Pflege** wurde in Oberösterreich im Jahr 2008 in 24 Tageszentren erbracht, in denen 1.609 Personen von 103 Beschäftigten betreut wurden. Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass die teilstationäre Pflege in Oberösterreich eine untergeordnete Rolle in der Pflegeversorgung einnimmt. Bis zum Jahr 2015 ist in jedem der 18 Bezirke (mit Ausnahme von Eferding) je nach Bedarf die Errichtung von mindestens zwei Tageszentren geplant. Derzeit ist allerdings eine Förderung von Seiten des Landes OÖ aufgrund der budgetären Situation nicht möglich.

Die **mobile Pflege** erfolgt in Oberösterreich einerseits durch mobile Betreuung und Hilfe und andererseits durch Hauskrankenpflege. Im Jahr 2008 wurden in Österreich 17.116 Personen im Rahmen der mobilen Hilfe und Betreuung versorgt, wovon rund 82 Prozent Empfänger von Pflegegeld waren. Die Anzahl der betreuten Personen hat sich seit 2001 mehr als verdoppelt. Eine mögliche Erklärung für diesen starken Anstieg könnte sein, dass durch den stetigen Abbau von reinen Wohnplätzen in Alten- und Pflegeheimen der Prozess der Ambulantisierung stark vorangetrieben wurde. Im Jahr 2008 nahmen knapp 10.000

Personen das Angebot der Hauskrankenpflege in Anspruch, wovon lediglich rund zwei Drittel auch Pflegegeldempfänger waren.

Eine Analyse der Altersstruktur im Bereich der mobilen Dienste zeigt, dass das Durchschnittsalter der durch mobile Hilfe und Betreuung versorgten Personen bei rund 82 Jahren liegt und damit um etwa fünf Jahre höher ist als jenes der durch Hauskrankenpflege betreuten Personen. Rund 50 Prozent der Personen, die mobile Hilfe und Betreuung in Anspruch nehmen, leben alleine, bei den Beziehern von Hauskrankenpflege leben rund 40 Prozent alleine.

Der Nettoaufwand bei den mobilen Diensten lag im Jahr 2008 bei 48,8 Mio. Euro, was mehr als einer Verfünffachung im Beobachtungszeitraum 2001 bis 2008 gleichkommt.

Leistungserbringung im internationalen Kontext

Die Leistungserbringung war in den letzten ein- bis eineinhalb Dekaden in den meisten der untersuchten Länder von großen Veränderungen geprägt, welche einerseits auf Reformen aufgrund immer knapper werdender Ressourcen und andererseits auf einer geänderten Wahrnehmung der Pflege fußen. Nach einer eingehenden Analyse der Leistungserbringung im Ländersample lassen sich folgende Trends ableiten:

1) Trend zur Regionalisierung:

Die Kompetenz der Leistungserbringung ist in einigen Ländern wie z.B. Dänemark oder Schweden auf Gemeindeebene angesiedelt. Durch diese Regionalisierung des Pflegewesens verspricht man sich, besser auf die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen sowie auf die regionalen Gegebenheiten eingehen zu können. Die Erfahrungsberichte aus den einzelnen Ländern zeigen jedoch, dass eine Regionalisierung nur dann wirklich funktioniert, wenn von höheren Instanzen konkrete Vorgaben zur Art und Weise der Leistungserbringung gemacht werden.

2) Trend zur Ambulantisierung

Ein klar erkennbarer und dominierender Trend in der Leistungserbringung ist die Ambulantisierung der Pflege. Alle analysierten Länder sind dazu übergegangen, die pflegerische Leistungserbringung von den Pflegeheimen in das private Umfeld der pflegebedürftigen Person zu verlagern. Diese Entwicklung fußt auf zwei Gründen: Erstens veranlasst der zunehmende Kostendruck viele Länder, die Pflege vom „teureren“ stationären Setting in das „günstigere“ ambulante Setting zu verlagern. Zweitens entspricht eine Pflege „in den eigenen vier Wänden“ viel mehr den Wünschen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person als eine Pflege in einem Pflegeheim.

3) Trend zur Öffnung des Pflegemarktes für private Anbieter

Ein weiterer Trend in der Leistungserbringung ist die Öffnung des Pflegemarkts für privat-gemeinnützige und privat-gewinnorientierte Anbieter. Ein Hauptziel dieser Maßnahme ist es, den pflegebedürftigen Personen eine Auswahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Anbietern zu gewähren und damit ihre Rolle im Pflegeprozess deutlich zu stärken. Die privaten Anbieter diffundierten mit unterschiedlicher Intensität in den „Pflegemarkt“ der einzelnen Länder. Insgesamt wird dieser Trend positiv bewertet. So ist z.B. in Deutschland die Qualität der Leistungserbringung durch die privaten Anbieter gestiegen. Auch in Dänemark konnte durch den verstärkten Einsatz von privaten Anbietern eine leichte Steigerung der Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen verzeichnet werden.

4) Trend zur verstärkten Qualitätssicherung und Koordination

Eine Vielzahl an europäischen Ländern ist in den letzten Jahren dazu übergegangen, die Qualitätssicherung in der Pflege gesetzlich zu verankern. Die Ausgestaltung und der Vollzug variiert jedoch erheblich zwischen den einzelnen Ländern.

Ebenso ist die Mehrzahl der europäischen Länder bemüht, anhand von Nahstellenmanagement eine bessere Koordination zwischen Pflege- und Gesundheitswesen zu erreichen. Die Methode der Wahl ist hier oftmals das Konzept des Case Managements.

5) Trend zu alternativen oder neuen Betreuungsformen

Ein weiterer Trend in der Leistungserbringung ist die verstärkte Nutzung von alternativen oder neuen Betreuungsformen (z.B. betreutes Wohnen, Seniorenwohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser). Diese Entwicklung steht in der überwiegenden Mehrzahl der europäischen Länder jedoch noch am Beginn. Aufgrund dessen sind derartige Betreuungsformen noch nicht wirklich institutionalisiert. Als eines der größten Entwicklungshindernisse in diesem Zusammenhang wird das in vielen Köpfen immer noch verankerte settingspezifische Denken im Pflegewesen genannt.

Handlungsempfehlungen für Oberösterreich

Die Ableitung der Handlungsempfehlungen für die Leistungserbringung in Oberösterreich basierte einerseits auf einer Status Quo-Darstellung in Oberösterreich und andererseits auf einer Analyse der internationalen Evidenz. Es wurden folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet:

1) Weitere Forcierung der Ambulantisierung der Pflege

Der Trend zur Ambulantisierung der Pflege ist in Oberösterreich bereits deutlich erkennbar. Er soll auch in Zukunft unbedingt weiter fortgesetzt werden. Die relative Besserausstattung Oberösterreichs mit Pflegeplätzen lässt hier noch Spielraum offen. Eine andere Möglichkeit zur weiteren und stärkeren Forcierung der Ambulantisierung ist die verstärkte Nutzung von alternativen bzw. neuen Betreuungsformen.

2) Verbesserung des Mix zwischen öffentlichen und privat-gemeinnützigen/privat-gewinnorientierten Anbietern

Um die Vorteile einer Marktöffnung nutzen zu können und den pflegebedürftigen Personen eine größere Entscheidungsfreiheit zwischen den unterschiedlichen Anbietern gewähren zu können, sollte Oberösterreich den Mix zwischen öffentlichen und privat-gemeinnützigen/privat-gewinnorientierten Anbietern verbessern. Das trifft insbesondere auf den stationären Sektor zu, wo Oberösterreich im Vergleich zu Restösterreich noch Aufholbedarf hat. In Oberösterreich befinden sich gegenwärtig 77 Prozent der Pflegeheime oder 82 Prozent der gesamten Pflegeplätze in öffentlicher Trägerschaft. In Restösterreich sind es im Vergleich 42 bzw. 41 Prozent.

3) Ausbau der Qualitätssicherung

Die derzeit gesetzlich verankerte Qualitätssicherung umfasst lediglich Mindeststandards in der Strukturqualität. Prozess- und Ergebnisqualität werden nicht berücksichtigt. Der verpflichtende Einsatz von Qualitätsmanagement-Systemen würde den geeigneten Rahmen bieten, um die Qualität der internen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu berücksichtigen und evaluieren. Oberösterreich würde mit der verpflichtenden Einführung von QM-Systemen eine Vorreiterrolle im österreichischen Pflegewesen einnehmen.

Abgesehen von der internen Qualitätsevaluation wäre auch eine regelmäßige externe Qualitätsdarstellung sehr erstrebenswert. Das sich derzeit in der Pilotphase befindliche „Nationale Qualitätszertifikat“ erscheint als geeignetes Instrument hierfür.

Zu beachten wäre, das Ausmaß zwischen Nutzen und administrativem Aufwand zu wahren.

4) Bedarfsfeststellung von alternativen bzw. neuen Betreuungsformen

Alternative bzw. neue Betreuungsformen werden zukünftig einen fixen Platz in den Pflegesystemen einnehmen. Sowohl in der Literatur als auch unter Experten ist es unbestritten, dass es einen Markt bzw. Bedarf für derartige Betreuungsformen gibt. Derzeit existiert aufgrund der fehlenden Institutionalisierung dieses Betreuungssettings

keine exakte Quantifizierung des Bedarfs. Für eine zielgerichtete Entwicklung und flächendeckende Implementierung von alternativen bzw. neuen Betreuungsformen in Oberösterreich bedarf es zuerst einer genauen Analyse.

5) Flächendeckender Einsatz von Heimärzten

Der flächendeckende Einsatz von fix angestellten Heimärzten könnte die kontinuierliche ärztliche Betreuung sicherstellen und damit die Qualität der Betreuung in den oberösterreichischen Pflegeheimen steigern. Außerdem könnte die Anzahl der Einweisungen in Krankenhäuser reduziert werden, weil durch die ständige Anwesenheit eines Arztes gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Spezielle Behandlungsbedarfe, welche derzeit noch einen Transfer in ein Krankenhaus erfordern, könnten zudem vor Ort abgedeckt werden.

Die durch den Einsatz derartiger Heimärzte zusätzlich anfallenden Kosten könnten zwischen Pflege- und Gesundheitssystem aufgeteilt werden, weil beide Systeme hiervon profitieren.

6) Forcierung von Public Health-Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit

Die Forcierung und Ausweitung von Public Health-Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention könnte zum Teil zu einer Vermeidung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit beitragen. Hierzu kann auf Ebene des Individuums, der Familie/Gemeinde und der Bevölkerung insgesamt angesetzt werden.

7) Vereinbarkeit von informeller Pflege und Arbeitsmarkt

Die demographische und die gesellschaftliche Entwicklung bedingt einen stetigen Rückgang der informellen Pflege. Es ist davon auszugehen, dass sich der Anteil pensionierter pflegender (Schwieger-)Kinder zugunsten von erwerbstätigen verschieben wird. Insofern wird in diesem Zusammenhang eine erhöhte Bedeutung der Vereinbarkeit von informeller Pflege und beruflicher Tätigkeit zukommen. Hierzu wird ein Bündel von Maßnahmen notwendig sein, wie z.B. Unterstützung von Teleworking für informell Pflegende, flexible i.S.v. durch den Arbeitnehmer gestaltbaren Arbeitszeiten, Recht auf kurzfristige Pflegefreistellung bei akut eintretendem Pflegebedarf.

2. Finanzierung

Theoretische Grundlagen zur Pflegefinanzierung

In der internationalen Literatur werden fünf Systemgruppen zur Finanzierung von Pflegesystemen unterschieden:

- 1) Der Staat hält sich aus der Finanzierung vollständig heraus; die Finanzierung erfolgt demnach zur Gänze privat.
- 2) Der Staat subventioniert private Versicherungsprämien.
- 3) Der Staat stellt lediglich ein Sicherheitsnetz für die Ärmsten und Bedürftigsten bereit.
- 4) Der Staat bietet ein universell-progressives Finanzierungssystem.
- 5) Der Staat organisiert ein universelles Finanzierungssystem.

Nach einer eingehenden Analyse der unterschiedlichen Finanzierungsvarianten kann in diesem Zusammenhang festgehalten werden, dass das allgemeingültig „beste“ Finanzierungssystem für die Langzeitpflege nicht existiert. Eine Vielzahl an Einflüssen determiniert die Ausgestaltung eines Finanzierungssystems. Die unterschiedlichen historischen und gesellschaftlichen Voraussetzungen und Werthaltungen der einzelnen Länder spiegeln sich beispielsweise darin wider. So würde z.B. in den skandinavischen aber auch den übrigen europäischen Ländern alles andere als ein universelles oder universell-progressives Model nicht die Zustimmung der Bevölkerung finden, während in den USA hingegen aufgrund der libertären wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Tradition der Konsens eher in Richtung eines Sicherheitsnetzes geht. Nichtsdestotrotz sollte in jedem System auf Faktoren wie Effizienz, Anreizwirkung und Verteilungsgerechtigkeit geachtet werden. Während Effizienz und Anreizwirkungen länderunabhängig ähnlich sind, wird Verteilungsgerechtigkeit durchaus kulturell und gesellschaftlich unterschiedlich aufgefasst.

Das Finanzierungssystem kann durch richtige Anreizsetzung zu einer größeren Effizienz im gesamten Pflegewesen beitragen. Eine schlecht abgestimmte Finanzierung der einzelnen Pflegesettings sowie ein fehlendes Nahtstellenmanagement und die damit einhergehende unklare Aufgabenverteilung zwischen dem Pflege- und dem Gesundheitsbereich setzen negative Anreize, indem sie dazu beitragen, dass pflegebedürftige Personen nicht der benötigten und kosteneffizientesten Form der Pflege zugeführt werden.

Finanzierung der Langzeitpflege in Oberösterreich

Die Finanzierung der einzelnen Pflegesettings erfolgt in Oberösterreich auf höchst unterschiedliche Art und Weise.

Im **stationären Bereich** sollen die pflegebedürftigen Personen über ihr Einkommen und Vermögen für die stationäre Pflege in ihrer Gesamtheit aufkommen. In der Regel ist das den pflegebedürftigen Personen nicht möglich und die Sozialhilfe muss einspringen, in diesem Fall spricht man von Teilzahlern. Rund 80 Prozent der Heimbewohner haben einen derartigen Teilzahlerstatus, d.h. sie sind dazu verpflichtet, 80 Prozent ihres Einkommens (= in der Regel Pension) und das gesamte Pflegegeld bis auf 10 Prozent der Stufe 3 an das Heim abzuführen. Den Bewohnern verbleiben demnach 20 Prozent des Einkommens, 44,29 Euro aus dem Pflegegeld sowie die 13. und 14. Auszahlung der Pension für die Finanzierung von Dingen des täglichen Lebens wie z.B. Friseur, Tageszeitungen aber auch Rezeptgebühr. Im Jahr 2009 konnten etwa 57 Prozent der Aufwendungen in den oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen über die Einnahmen durch Kostenbeiträge der Bewohner gedeckt werden.

Die nicht gedeckten Kosten, also der Nettoaufwand, tragen im Bereich der stationären Pflege zur Gänze die Regionalen Träger Sozialer Hilfe (RTSH). Bei der Finanzierung des laufenden Betriebs in Alten- und Pflegeheimen ist eine direkte Zuwendung des Landes nicht vorgesehen, eine Beteiligung erfolgt nur bei den Errichtungskosten.

Im **ambulanten Bereich** ist je nach Höhe der Bemessungsgrundlage im Vergleich zum Ausgleichszulage-Richtsatz für Alleinstehende (bzw. für Ehepaare) nach dem ASVG ein Kostenbeitrag der pflegebedürftigen Person in der Höhe zwischen 0,82 und 30,61 Euro pro Stunde vorgesehen. Insgesamt konnten im Jahr 2008 rund 17 Prozent der Aufwendungen durch Kostenbeiträge gedeckt werden. Die Höhe der Kostenbeiträge bewegt sich im Vergleich zum stationären Sektor auf einem niedrigen Niveau.

Der Nettoaufwand wird im Bereich der mobilen Betreuung und Hilfe zu 50 Prozent über die Regionalen Träger Sozialer Hilfe (RTSH) und zu 50 Prozent durch eine Förderung des Landes Oberösterreich getragen, der Nettoaufwand im Bereich der Hauskrankenpflege wird hingegen zu 100 Prozent vom Oberösterreichischen Gesundheitsfonds gedeckt.

Finanzierung von Langzeitpflege im internationalen Vergleich

Bei einem Vergleich der öffentlichen Ausgaben für Pflege sind deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern der EU erkennbar. Den Berechnungen des Ageing Reports 2009 zufolge geben die Länder bis zu 3,5 Prozent ihres Bruttoinlandproduktes für ihre Pflegesysteme aus. Auch wenn die einzelnen Zahlen mit Vorsicht zu genießen sind, weil die einzelnen Länder ihre Pflegesysteme unterschiedlich abgrenzen, lassen sich einige Grundmuster erkennen. Die skandinavischen Staaten und die Niederlande stehen an der

Spitze. Tendenziell sind die öffentlichen Pflegeausgaben der Länder West- und Mitteleuropas höher als jene der Länder Osteuropas. Österreich befindet sich mit öffentlichen Ausgaben in der Höhe von 1,3 Prozent des Bruttoinlandproduktes genau im Durchschnitt der EU-15 Länder.

Deutschland und Japan verfügen über ein rein sozialversicherungsfinanziertes Pflegesystem, was mit einem universellen Anspruch einhergeht. In Deutschland liegt der Beitragssatz zur Pflegeversicherung bei 1,95 Prozent vom Lohn bzw. Gehalt. In Japan wird die Pflegeversicherung je zur Hälfte aus Versicherungsbeiträgen und öffentlichen Zuschüssen gespeist.

Dänemark und Schweden finanzieren ihre Pflegesysteme rein über Steuern. In beiden Ländern ist die kommunale Einkommenssteuer die bedeutendste Finanzierungsquelle. In Dänemark bezieht sich die Einkommenssteuer auf alle Einkommensarten, in Schweden hingegen nur auf das Erwerbseinkommen. Die Pflegesysteme in beiden Ländern haben einen klar universellen Anspruch.

Frankreich und die Niederlande bedienen sich einer Mischfinanzierung. Beide Länder nutzen sowohl Steuermittel als auch Beitragszahlungen zum Sozialversicherungssystem zur Finanzierung ihrer Pflegesysteme. Das französische Pflegesystem kann von der Zielerreichung her als klares progressiv-universelles System gesehen werden: Im Falle einer Pflegebedürftigkeit haben zwar alle Franzosen Anspruch auf staatliche Unterstützungen/Leistungen. Die Höhe dieser ist jedoch abgesehen vom Pflegebedarf auch vom Einkommen der betroffenen Person abhängig. Das niederländische System kann nicht klar einem universellen oder progressiv-universellen System zugerechnet werden. Es bietet zwar im Prinzip ein universelles System an, setzt jedoch auch auf progressive Elemente.

3. Zukünftiger Finanzierungsbedarf in Österreich

Entwicklung des Nettoaufwandes in Oberösterreich

Im Bereich der Alten- und Pflegeheime ist der Nettoaufwand im Beobachtungszeitraum 2001 bis 2009 jahresdurchschnittlich zu Preisen 2009 um 8,0 Prozent gewachsen. Der absolute reale Anstieg des Nettoaufwands betrug 56 Mio. Euro. Hiervon ist 93 Prozent einem Struktureffekt und 3,8 Prozent einem Mengeneffekt zuzuschreiben. Das Residuum bildet der gemischte Effekt.

Im Bereich der mobilen Dienste ist der Nettoaufwand im Beobachtungszeitraum jahresdurchschnittlich zu Preisen 2009 um 9,2 Prozent angestiegen. Der absolute reale Anstieg des Nettoaufwands machte 25 Mio. Euro aus. Dieser Anstieg ist zu 92 Prozent auf einen Mengeneffekt, zu 4,1 Prozent auf einen Struktureffekt und zu 3,9 Prozent auf einen gemischten Effekt zurückzuführen.

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung beider Bereiche ist ein jahresdurchschnittlicher Anstieg des Nettoaufwandes zu Preisen 2009 von 8,3 Prozent zu verzeichnen. In absoluten realen Zahlen bedeutet das einen Anstieg von 82 Mio. Euro, welcher zu 66 Prozent von einem Struktureffekt, zu 31 Prozent von einem Mengeneffekt und zu 3 Prozent von einem gemischten Effekt determiniert wird.

Die Vorausschätzung des Nettoaufwandes Oberösterreich bis 2020 sowie die Projektion des Mehraufwandes in Gesamtösterreich bis 2020 basiert auf 5 Szenarien. Eine genaue Beschreibung der einzelnen Szenarien findet sich auf den Seiten 145-148 des Berichts.

In **Oberösterreich** steigt der **Nettoaufwand** in Abhängigkeit der zugrundegelegten Szenarien zwischen 2010 und 2020 zwischen **56 Prozent** und **122 Prozent**. In absoluten Zahlen bedeutet das Folgendes: Im Lower Bound Szenario steigt der Nettoaufwand auf 285 Mio. Euro und im Upper Bound Szenario auf 416 Mio. Euro bis 2020 (reale Betrachtung).

Um eine Projektion für Gesamtösterreich zu erhalten, wird die Aufwandsentwicklung in Oberösterreich als Proxy für Gesamtösterreich verwendet. Diese Annahme erscheint gerechtfertigt, weil Gesamtösterreich in den Bereichen Demographie, Lebenserwartung und Aufteilung der Bundespflegegeldbezieher nach Pflegegeldstufen Oberösterreich sehr ähnlich ist.

Unter dieser Annahme ergibt sich für **Gesamtösterreich** bis 2020 ein realer **Mehraufwand** je nach Szenario von mindestens **800 Mio. Euro** bis zu **1.800 Mio. Euro**.

Lösungsansätze zur Finanzierung des zukünftigen Pflegebedarfs

Zur Finanzierung des zukünftigen Pflegebedarfs werden folgende vier Möglichkeiten, bei deren Umsetzung stufenweise vorgegangen werden soll:

- I. Erhöhung der Effizienz und Kostendämpfung in der Leistungserbringung
- II. Umschichtung aus anderen Budgetmitteln
- III. Neue Finanzierungsquellen: Private Finanzierung
- IV. Neue Finanzierungsquellen: Öffentliche Finanzierung

In einem ersten Schritt sollte, bevor über die Möglichkeit, neue Mittel zu generieren, nachgedacht wird, zunächst sichergestellt werden, dass die vorhandenen Mittel effizient eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang sollte versucht werden, die Kosten in der Leistungserbringung durch das Aufspüren von Effizienzpotentialen zu dämpfen.

In einem zweiten Schritt sollten Möglichkeiten eruiert werden, wie öffentliche Mittel neu alloziert werden können. Eine Möglichkeit wäre, Effizienzgewinne in anderen Bereichen der öffentlichen Leistungserbringung zu nutzen, wie z.B. im Bereich der Verwaltungsreform. Eine

andere Möglichkeit sind Staatsausgaben, welche nicht mehr in demselben Ausmaß wie bisher erbracht werden bzw. einer alternden Bevölkerung neu angepasst werden müssen, z.B. im Bereich der Transfers.

In einem dritten Schritt sollte, erst nach Ausschöpfung der oben angeführten Maßnahmen, ein eventuell verbleibender Betrag aus neuen Finanzierungsquellen erschlossen werden. Hierbei kann noch zwischen der Ausweitung des privaten Anteils und der Ausweitung der öffentlichen Finanzierung unterschieden werden.

Bei der Ausweitung des privaten Anteils sind folgende Möglichkeiten denkbar:

- **Bundesweit einheitliche Neugestaltung von Einkommens- und Vermögensregressen**
Die bundesweit einheitliche Neugestaltung von Einkommens- und Vermögensregressen kann sowohl zur Finanzierung der zukünftigen Pflegekosten beitragen als auch die Finanzierungsgerechtigkeit verbessern. Außerdem soll sie dazu beitragen, die in der Vergangenheit oft beklagte Ungleichbehandlung ausschalten und damit die Akzeptanz der Maßnahme erhöhen.
- **Anhebung der privaten Zuzahlungen im ambulanten Bereich**
Die Anhebung der privaten Zuzahlungen im ambulanten Bereich erscheint gerechtfertigt, weil sie im Vergleich zum stationären Bereich sehr niedrig angesetzt sind. Mit der Erhöhung der Zuzahlungen würde man ein Signal in Richtung mehr Eigenverantwortung setzen. Über eine Anhebung der privaten Zuzahlungen auf ein deutlich höheres Niveau wird derzeit in Oberösterreich diskutiert.
- **Einführung einer verpflichtenden Pflegevorsorge auf Basis einer Versicherungspflicht**
Die Einführung einer verpflichtenden Pflegevorsorge basierend auf einer Versicherungspflicht entspricht zwar nicht dem liberalen Menschenbild. Dennoch gibt es im konkreten Fall gute Gründe, welche eine Ausnahme rechtfertigen: Pflegebedarf und die damit verbundenen Kosten fallen in der Regel im allerletzten Lebensabschnitt an. Ein Individuum wird sich daher im Zweifelsfall darauf verlassen, dass es auf Kosten der Allgemeinheit gepflegt wird und daher freiwillig keine Pflegeversicherung abschließen. Es wäre auch politisch nicht durchsetzbar, glaubhaft zu machen, dass im Falle einer fehlenden privaten Vorsorge keine Pflege gewährt wird. Aufgrund dessen wird der Einzelne auch nicht bereit sein, selbst mit einer privaten Versicherung unter Verzicht auf eigenen laufenden Konsum den Staat und damit die Allgemeinheit seiner eigenen Pflegekosten zu entheben.

Bei der Ausweitung der öffentlichen Finanzierung sind folgende Maßnahmen vorstellbar:

- **Pflegebeitrag auf das Pensionseinkommen**

Mehrere Argumente sprechen für die Einführung eines Pflegebeitrages auf das Pensionseinkommen:

- Der Pflegebedarf stieg in den letzten Jahren stärker als vor einigen Jahrzehnten gedacht. Insofern mussten die jetzigen Pensionisten vergleichsweise wenig in ihrer aktiven Zeit beitragen, um die damaligen Pflegebedürftigen zu erhalten.
- Pensionsreformen werden in Österreich nur sehr zögerlich durchgeführt. Auch das stellt die derzeitigen Pensionisten besser. Die derzeit Jungen werden mit deutlich weniger großzügigen Pensionsregelungen rechnen müssen.
- Die Belastung der Pensionisten im Sinne der Sozialbeiträge ist sehr gering, da für sie Arbeitslosen- Unfall- und Pensionsversicherung wegfallen und nur noch der etwas höhere Krankenversicherungsbeitrag entrichtet werden muss. Die Sozialversicherungsbeiträge einer aktiven Person belaufen sich auf rund 17 Prozent, die eines Pensionisten auf rund fünf Prozent.
- Die Pensionisten stellen jene Gruppe dar, die von der umfassenden Pflegeversorgung am ehesten profitieren.
- Das Wachstum der Anzahl von Pflegebeziehern und Finanziers (Pensionisten) verläuft parallel.
- Es sind auch kaum Arbeitsmarkteffekte mit einem solchen Beitrag verbunden.

- **Anhebung der Umsatzsteuer**

Der Vorteil bei der Anhebung der Umsatzsteuer liegt darin, dass alle verwendeten Einkommen ungeachtet der Einkommensart und damit auch importierte Güter besteuert werden. Daraus ergibt sich auch ein weniger wachstumshemmender Effekt, während die Verteilungswirkung, im Lebenszyklus betrachtet, weitgehend neutral ist.

- **Anhebung von indirekten Steuern**

Der Vorteil in der Anhebung von Mineralöl- und Tabaksteuer ist, dass sie auch eine „double dividend“ erzeugen, da sie mit einem gewünschten Steuerungseffekt verbunden sind, indem sie den Verbrauch fossiler Brennstoffe bzw. das Tabakrauchen versteuern. Zudem erweisen sie sich als stabile und das Wachstum nicht so stark belastende Steuern.

Einleitung

Die Frage der Pflege und ihrer zukünftigen Finanzierung sind seit einiger Zeit in der öffentlichen Diskussion präsent, und dies durchaus noch nicht in jenem Umfang, der den zukünftigen Herausforderungen in diesem Bereich entsprechen würde. Die demographische und gesellschaftliche Entwicklung wird für die nächsten Jahrzehnte wesentliche Veränderungen in der Leistungserbringung und Finanzierung erfordern. In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig das Bewusstsein in der Bevölkerung für diese Problematiken zu stärken. Denn von der Frage der Pflege und ihrer zukünftigen Ausgestaltung sehen sich generell viele Personen unmittelbar betroffen, da sich aufgrund der erfreulicherweise steigenden Lebenserwartung viele Personen mit dem persönlichen Schicksal konfrontiert sehen, selbst einmal pflegebedürftig zu werden. Gleichzeitig besteht die Sorge, dass dies eventuell nicht mehr für jeden leistbar sein könnte.

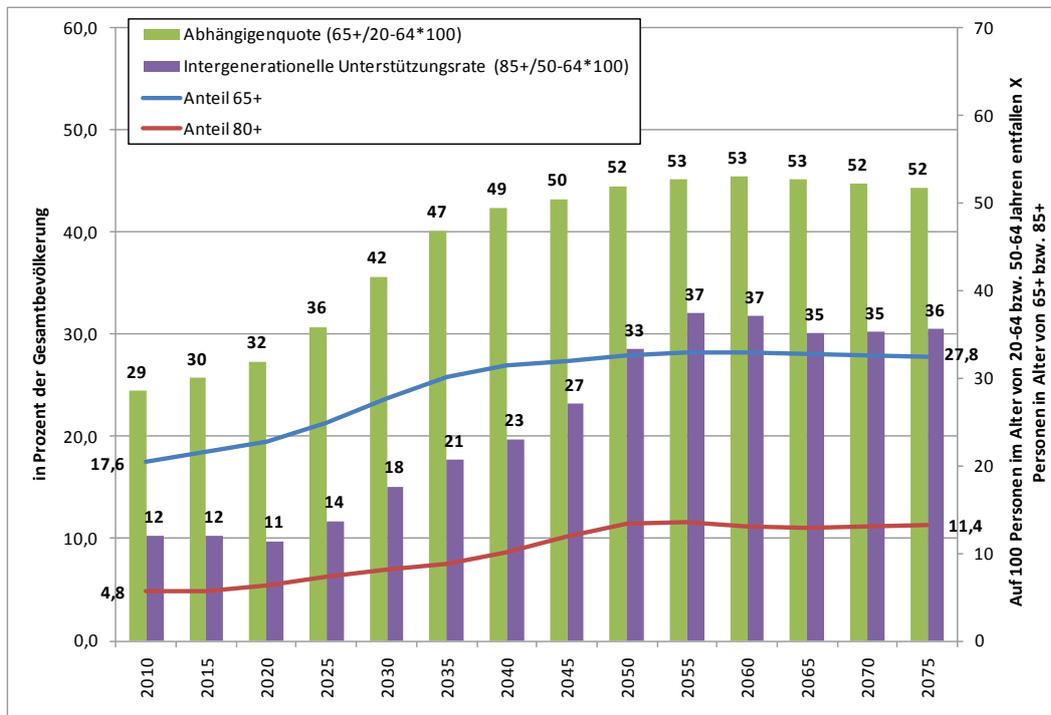
Mit Stichtag 31. Dezember 2008 bezogen 423.481 Personen¹ Pflegegeld (BMASK 2010), d.h. sie benötigten auf irgendeine Art und Weise Pflege und/oder Betreuung. Rund 85 Prozent dieser Personen stellten Bezieher von Bundespflegegeld dar, der Rest erhielt das Pflegegeld von den Ländern. Der überwiegende Anteil der Bundespflegegeldbezieher ist älter als 65 Jahre (rund 83 Prozent); seit 1997 stieg die Zahl der Bundespflegegeldbezieher insgesamt um rund 30 Prozent. Die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ist durch eine Reihe verschiedener Entwicklungen gekennzeichnet:

Die **demographische Entwicklung** in Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung führt zu einer Zunahme an hochbetagten Personen und zu einer Steigerung des Pflegebedarfs aufgrund chronischer Krankheiten. In Österreich nimmt laut Prognosen der Anteil der über 65-Jährigen von derzeit rund 17,6 Prozent an der Gesamtbevölkerung (prognostiziert für 2010) auf 28 Prozent im Jahre 2050 zu, ehe der Anteil auf diesem Niveau bis 2075 stagniert; der Anteil der über 80-Jährigen wird sich bis 2050 mehr als verdoppeln (vgl. Abbildung 1).

Die **gesellschaftliche Entwicklung**, allen voran die Auflösung traditioneller Familienstrukturen, der Rückgang der Angehörigenpflege und die Veränderung der Bedürfnisse der zu Pflegenden, macht eine weitere Ausdifferenzierung des Leistungsangebots notwendig. In Österreich werden derzeit rund 80 Prozent der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen überwiegend informell, also im Haushalts- oder Familienverband, gepflegt. Aufgrund der sinkenden Kinderzahlen, der steigenden Erwerbsquote von Frauen, der steigenden Scheidungsrate und der Veränderung der Familien- und Haushaltsstruktur (vor allem der verstärkte Trend zur Singularisierung der Haushalte) ist in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einem nicht unbeträchtlichen Rückgang an informeller Pflege zu rechnen.

¹ Pflegegeldbezieher des Bundes sowie Pflegegeldbezieher der Länder inkl. Ausland und Ausgleichszahlungen

Abbildung 1: Demographische Maßzahlen



Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2010, Hauptvariante, IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Die Konsequenz aus diesen Entwicklungen ist ein steigender differenzierter Bedarf an stationärer Pflege, an teilstationärer Pflege, an ambulanter Pflege und an alternativen Betreuungsformen.

Die Finanzierung der Pflege erfolgt in Österreich aus öffentlichen und privaten Mitteln. Die öffentlichen Mittel stammen von Bund, Länder/Gemeinden und der Sozialversicherung², wobei der Bund für die Finanzierung des Bundespflegegelds, die Länder/Gemeinden für die Finanzierung des Landespflegegelds sowie für einen Teil der sozialen Dienste verantwortlich sind. Die privaten Mittel stammen von den privaten Haushalten und setzen sich aus Einkommen (Pensionen), Vermögen, Kostenbeiträgen und Regressen zusammen.

Der Bericht gliedert sich in drei große Kapitel:

- Kapitel A) Leistungserbringung
- Kapitel B) Finanzierung
- Kapitel C) Zukünftiger Finanzierungsbedarf der Langzeitpflege in Österreich

In Kapitel A erfolgt eine Darstellung der Leistungserbringung in Oberösterreich. Im Anschluss daran wird die Leistungserbringung in ausgewählten Ländern (Dänemark, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Schweden, Japan) näher analysiert. Zum Abschluss werden

² Die Mittel der Sozialversicherung sind zur Vollständigkeit hier erwähnt, finden aber aufgrund des geringen Volumens im weiteren Projektverlauf keine Berücksichtigung.

daraus Handlungsempfehlungen für die Leistungserbringung basierend auf dem Status Quo in Oberösterreich und aus internationaler Evidenz abgeleitet. In Kapitel B erfolgt am Beginn eine Beschreibung der theoretischen Grundlagen der Pflegefinanzierung. Danach wird der Status Quo der Finanzierung in Oberösterreich dargestellt. Das Kapitel schließt mit einer vergleichenden Analyse von international eingesetzten Finanzierungssystemen ab. In Kapitel C wird der zukünftige Finanzierungsbedarf in der Langzeitpflege für Oberösterreich und Gesamtösterreich ermittelt.

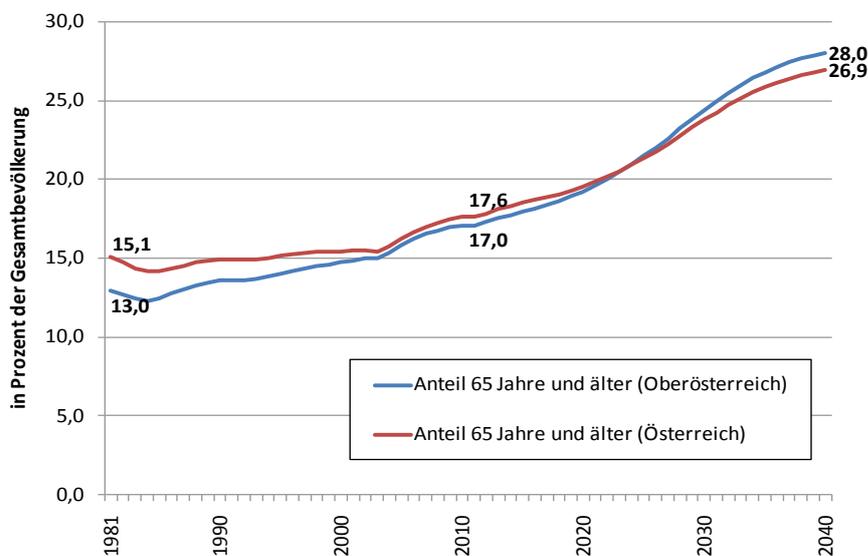
A. Leistungserbringung

I. Leistungserbringung in Oberösterreich

1. Demographische Situation

Die Überalterung der oberösterreichischen Bevölkerung und der damit einhergehende steigende Anteil an Personen, die der Langzeitpflege bedürfen, stellt das (ober)österreichische Pflegesystem vor große Herausforderungen. Gegenwärtig (2010) sind rund 17 Prozent der Bevölkerung Oberösterreichs 65 Jahre und älter, vgl. Abbildung 2; rund 28 Personen im Alter von 65 Jahren und älter fallen auf 100 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren. Die Entwicklung der demographischen Kennzahlen über den Beobachtungszeitraum 1981 bis 2040 und im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet zeichnet für Oberösterreich folgendes Bild: Während der Anteil der über 65-Jährigen zu Beginn der 80er-Jahre mit 13 Prozent noch um mehr als zwei Prozentpunkte unter dem gesamtösterreichischen Vergleichswert lag, verschärft sich die demographische Entwicklung in Oberösterreich zusehends. Der Anteil der über 65-Jährigen im Jahre 2040 wird mit rund 28 Prozent prognostiziert und kommt sogar um mehr als einen Prozentpunkt über dem Österreichwert zu liegen. Insgesamt steigt der Anteil somit im Beobachtungszeitraum in Oberösterreich um mehr als 15 Prozentpunkte, also um mehr als drei Prozentpunkte stärker als im Österreichdurchschnitt. 2040 entfallen in Oberösterreich bereits knapp 52 Personen über 65 Jahre auf 100 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren.

Abbildung 2: Anteil der Bevölkerung 65 Jahre und älter, in Prozent der Gesamtbevölkerung



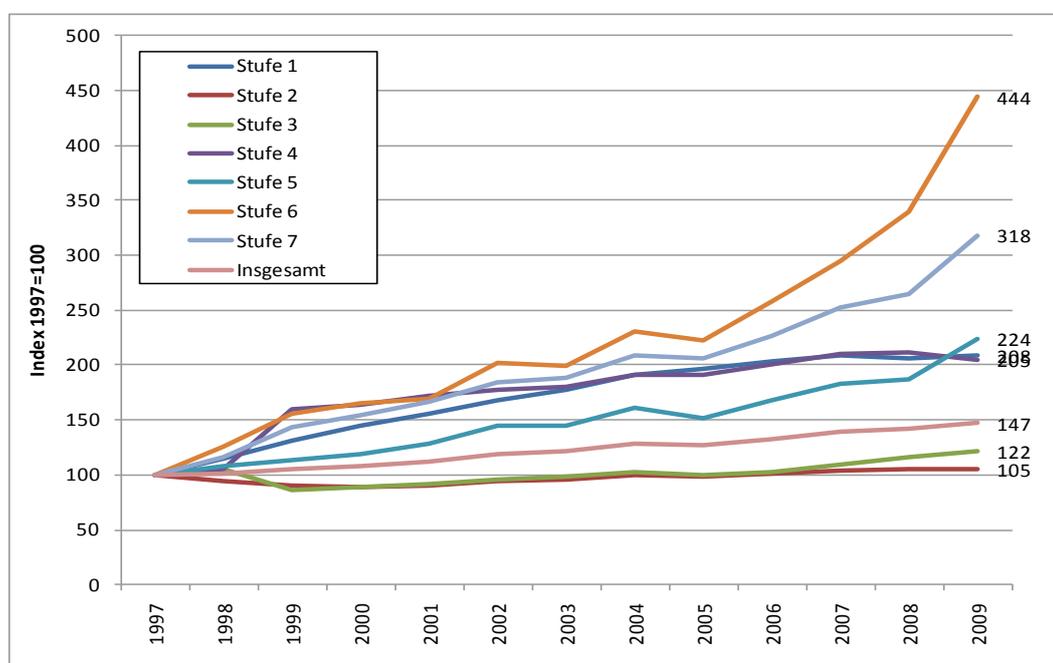
Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2010, Hauptvariante, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

2. Geldleistungen

2.1. Bundespflegegeld

Insgesamt gab es in Oberösterreich im Auszahlungsmonat Dezember 2009 59.645 Bezieher von Bundespflegegeld (alle Entscheidungsträger);³ dies entspricht einem Anteil von rund 16,5 Prozent aller Bundespflegegeldbezieher Österreichs – der Bevölkerungsanteil von Oberösterreich in Bezug auf Österreich ist mit 16,9 Prozent im Jahre 2009 ähnlich hoch. Rund 85 Prozent der Bundespflegegeldbezieher Oberösterreichs waren älter als 65 Jahre, wobei etwa 19 Prozent dieser Bezieher Pflegegeld der Stufe 1, rund ein Drittel der Stufe 2, 18 Prozent der Stufe 3, 14 Prozent der Stufe 4, 11 Prozent der Stufe 5, drei Prozent der Stufe 6 und zwei Prozent der Stufe 7 bezogen.⁴ Bei Betrachtung der Entwicklung der Pflegegeldbezieher seit 1997 zeigt sich, dass die Zahl der Bezieher insbesondere in den höheren Stufen stark gestiegen ist. So kam es in Stufe 5 zu mehr als einer Verdoppelung der über 65-jährigen Bundespflegegeldbezieher, in Stufe 7 zu mehr als einer Verdreifachung und in Stufe 6 zu mehr als einer Vervielfachung, vgl. Abbildung 3. Insgesamt wuchs die Zahl der über 65-jährigen Bundespflegegeldbezieher in Oberösterreich um 47 Prozent und somit im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet (33 Prozent) überdurchschnittlich; ein möglicher Grund könnte die stärkere Zunahme der über 65-Jährigen in Oberösterreich sein.

Abbildung 3: Entwicklung der über 65-jährigen Bundespflegegeldbezieher, Oberösterreich, Index 1997=100



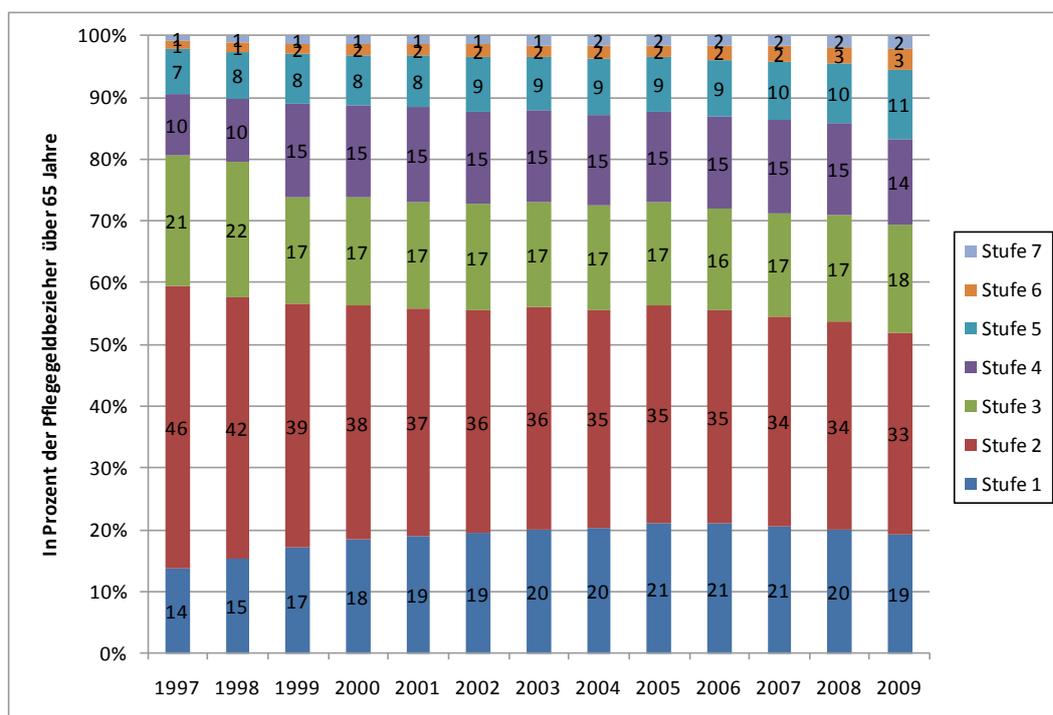
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

³ Bundespflegegelddatenbank des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

⁴ Das Pflegegeld wird in sieben Stufen ausbezahlt. Je höher der Pflegebedarf, desto höher die Stufe und damit die Transferleistung.

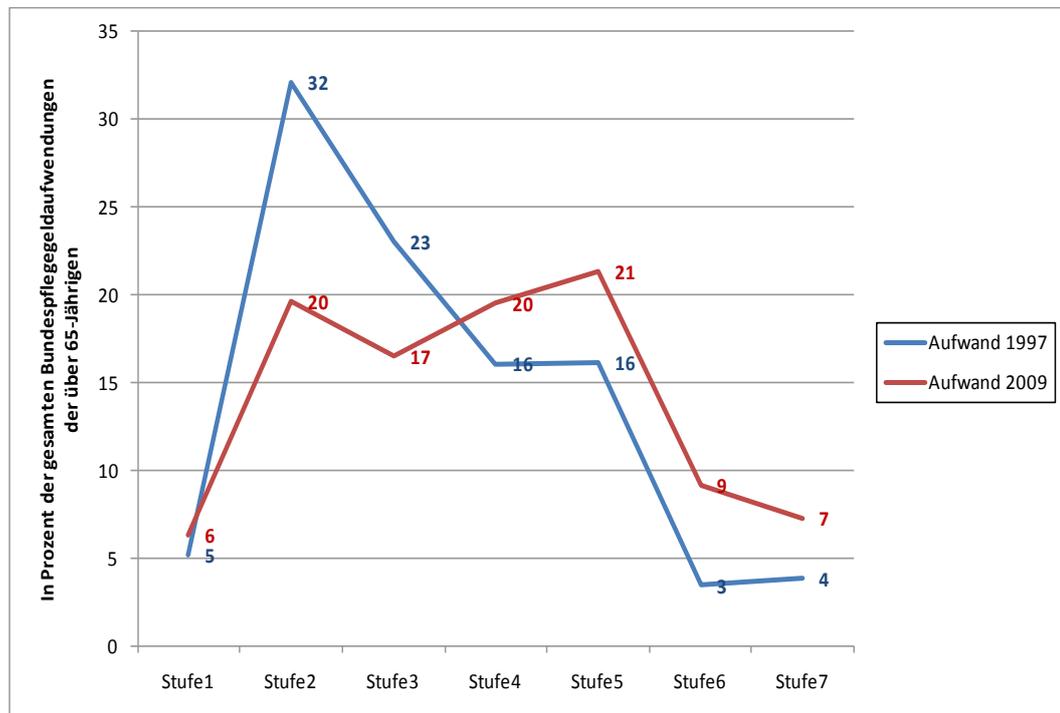
Resultierend aus dieser Entwicklung ist auch eine markante Anteilsverschiebung zwischen den einzelnen Pflegestufen festzustellen. Wurden 1997 lediglich rund neun Prozent der über 65-jährigen Pflegegeldbezieher den Stufen 5, 6 und 7 zugerechnet, waren es im Jahre 2009 bereits rund 17 Prozent – was beinahe einer Anteilsverdoppelung entspricht, vgl. Abbildung 4. Dies ist besonders in Hinblick auf die zukünftige Kostenentwicklung zu beachten: Die pflegebedürftigen Personen steigen in ihrer Zahl und werden pflegeintensiver, wodurch die Kosten der Betreuung pro Klient steigen.

Abbildung 4: Entwicklung des Anteils der einzelnen Stufen an den über 65-jährigen Bundespflegegeldbeziehern, Oberösterreich



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

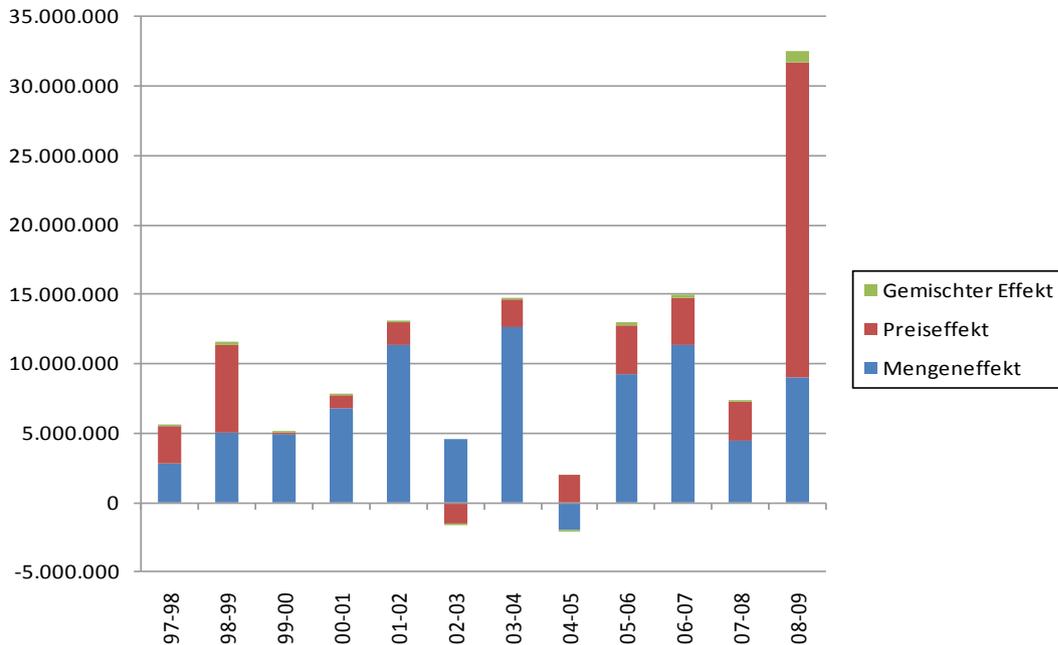
Auf Basis der stufenweisen Aufgliederung der Bundespflegegeldbezieher konnte mit Hilfe der jeweiligen Pflegegeldsätze in den einzelnen Stufen eine Abschätzung des Pflegegeldaufwandes für die über 65-jährigen Bundespflegegeldbezieher erfolgen. Im Jahre 1997 wurden noch rund ein Drittel der Aufwendungen der über 65-Jährigen den Beziehern von Stufe 2 zugerechnet – 2009 waren es nur mehr 20 Prozent. Mittlerweile fallen bereits 21 Prozent der Aufwendungen der über 65-jährigen Bundespflegegeldbezieher in Stufe 5, vgl. Abbildung 5.

Abbildung 5: Verteilung des Bundespflegegeldaufwandes auf die Pflegestufen

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

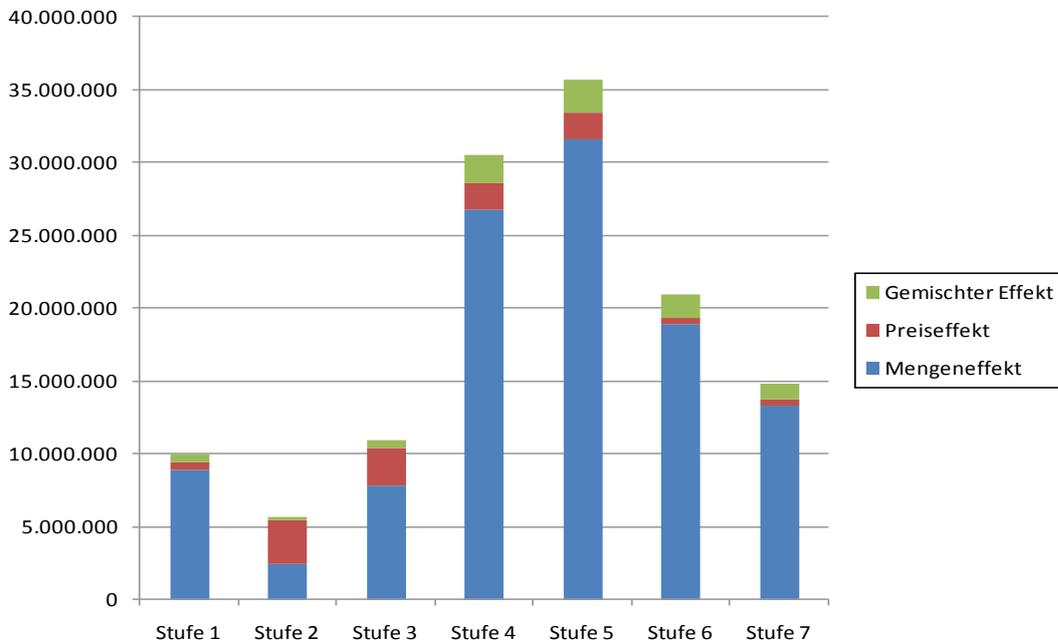
Der Anstieg des jährlichen Aufwandes kann sodann in einen Mengen- und einen Struktur-/Preiseffekt sowie einen residualen gemischten Effekt zerlegt werden. Absolut betrachtet zeigt sich in der Beobachtungsperiode von 2008 auf 2009 der größte monetäre Anstieg an Bundespflegegeldaufwendungen (rund 32 Mio. Euro), vgl. Abbildung 6. Dieses Wachstum ist durch die Erhöhung des Bundespflegegeldes mit 1. Jänner 2009 primär (zu rund 70 Prozent) einem Struktureffekt zuzuschreiben. In der Zeitperiode 1997 bis 2009 stiegen die Aufwendungen des Bundespflegegeldes der über 65-Jährigen in Oberösterreich von rund 158 Mio. Euro um knapp mehr als 80 Prozent auf 286 Mio. Euro. Die Anstiege waren in Stufe 5 und Stufe 4 am stärksten ausgeprägt, wobei dies in erster Line – zu rund 90 Prozent – auf die Mengenkomponekte, also einen Anstieg der zu pflegenden Personen in diesen Stufen, zurückzuführen ist, vgl. Abbildung 7.

Abbildung 6: Jährliche Veränderung des Bundespflegegeldaufwandes der über 65-Jährigen differenziert nach Effekten, Oberösterreich, in Euro



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Abbildung 7: Veränderung des Bundespflegegeldaufwandes 1997-2009 der über 65-Jährigen, nach Pflegegeldstufen, differenziert nach Effekten, Oberösterreich, in Euro

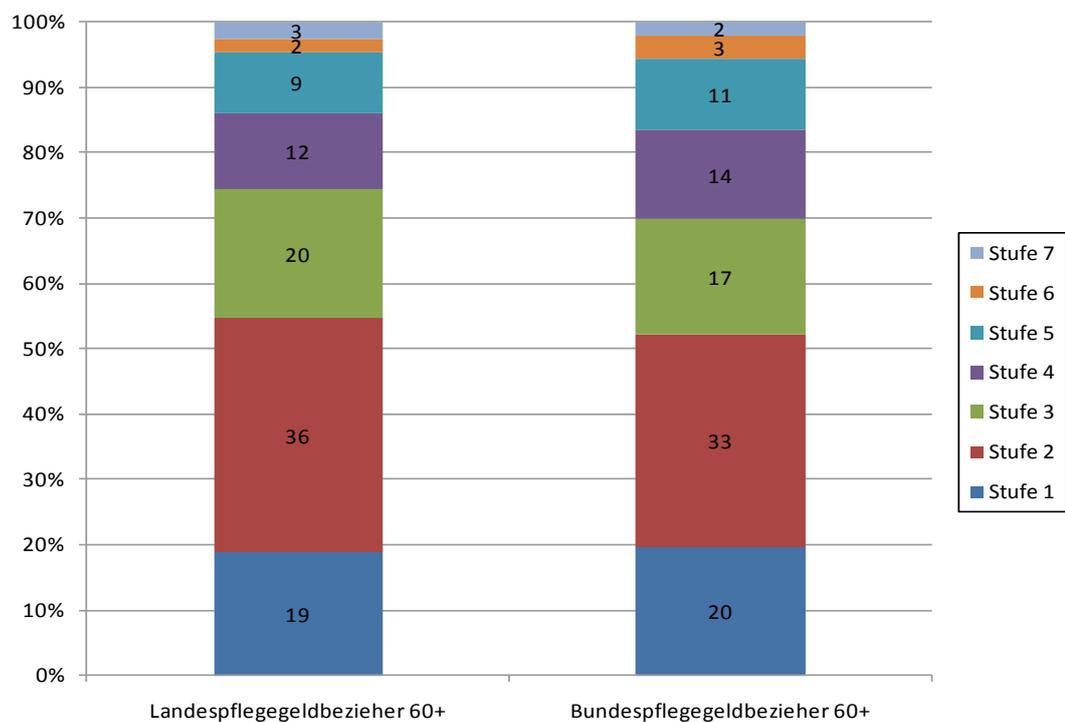


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

2.2. Landespflegegeld

Mit dem Stichtag 31. Dezember 2009 gab es in Oberösterreich insgesamt 9.509 Bezieher von Landespflegegeld (Amt der Oö. Landesregierung); 43 Prozent davon waren älter als 60 Jahre.⁵ Die Aufteilung der über 60-jährigen Landespflegegeldbezieher auf die Pflegestufen unterscheidet sich nicht gravierend von jener der über 60-jährigen Bundespflegegeldbezieher, vgl. Abbildung 8. Seit dem Jahr 1997 stieg die Anzahl der über 60-jährigen Landespflegegeldbezieher um rund 30 Prozent; dieser Zuwachs lag im selben Zeitraum somit um rund 18 Prozentpunkte unter dem Anstieg der über 65-jährigen Bundespflegegeldbezieher, vgl. Abbildung 3. Der Aufwand für Landespflegegeld betrug in Oberösterreich 2008 insgesamt rund 50 Millionen Euro⁶ (BMASK 2010) und erhöhte sich seit 1997 nominell um rund ein Viertel (+25 Prozent).

Abbildung 8: Landes- und Bundespflegegeldbezieher 60+ in Oberösterreich, nach Pflegestufen, 2009



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

⁵ Da für das Landespflegegeld nur Informationen in 20-Jahresaltersgruppen (0-20, 21-40, 41-60, 61-80, 81+) zur Verfügung stehen, musste an dieser Stelle auf die über 60-Jährigen Bezug genommen werden (statt auf die über 65-Jährigen).

⁶ Inklusiv Ausland und Ausgleichszahlungen

3. Sachleistungen

Im Jahre 2009 wurde auf Basis der Zielsetzungen des Regierungsprogrammes von den Ländern ein Raster entwickelt der sämtliche Kernprodukte der Länder für Pflege und Betreuung beinhaltet. Zu diesen Kernprodukten zählen die stationäre 24-Stunden Pflege und Betreuung, teilstationäre Einrichtungen, mobile soziale Dienste, Kurz- und Urlaubspflege bzw. Übergangs- und Rehabilitationspflege, betreute Wohnformen, Beratung sowie Ruffhilfe (Notruf). In Bezug auf die angebotenen Produkte wird in der Regel die Unterscheidung zwischen einem Altenbereich und einem Behindertenbereich getroffen. In Absprache mit dem Auftraggeber der Studie erfolgt im Folgenden eine detaillierte Analyse der Pflegesettings ausschließlich für den Altenbereich.

3.1. Stationäre Pflege

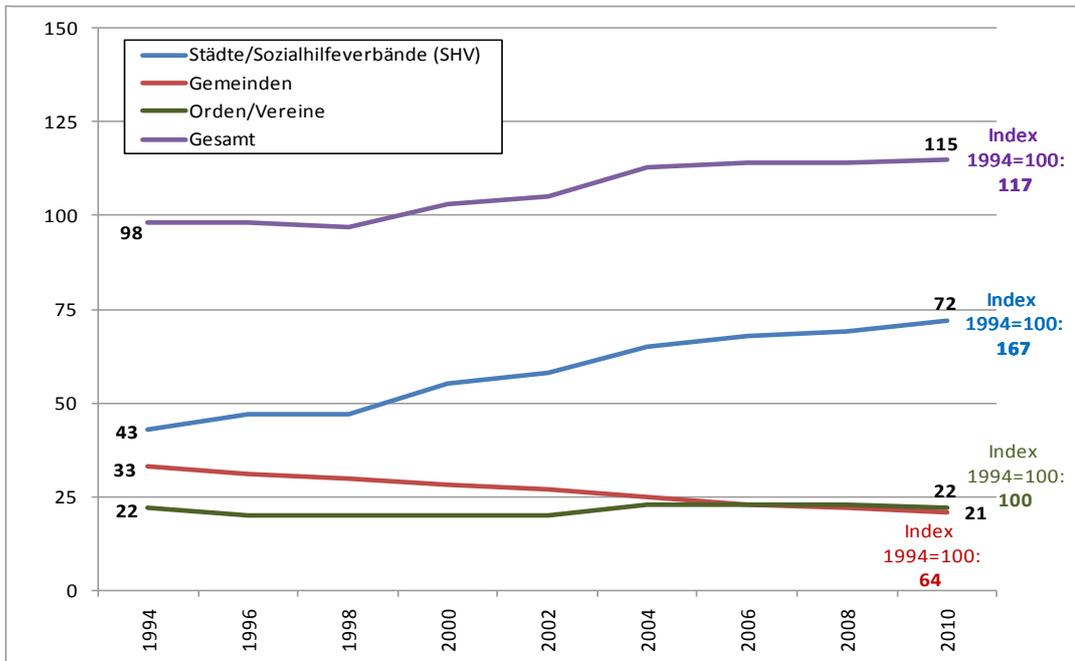
Die stationäre Pflege (Stationäre 24-Stunden Pflege und Betreuung) in Österreich umfasst alle Wohnformen (auch Wohngemeinschaften) mit einer 24-Stunden-Präsenz der Pflege- und Betreuungskräfte (BMASK 2010, S. 85). Die Zuständigkeit der stationären Altenpflege und -betreuung fällt in Oberösterreich in den Bereich der regionalen Träger sozialer Hilfe (15 Sozialhilfeverbände, welche mit den Magistraten bzw. Bezirkshauptmannschaften deckungsgleich sind, und 3 Statutarstädte). Nach dem Oö. Sozialhilfegesetz 1998 ist es Aufgabe der 18 Sozialhilfeverbände und Städte mit eigenem Statut, dafür zu sorgen, dass für primär aufgrund des Alters pflegebedürftige Personen Plätze in Alten- und Pflegeheimen zur Verfügung stehen (Land Oberösterreich 2008). Im Bereich der Alten- und Pflegeheime wurden Daten einerseits vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) und andererseits vom Amt der Oö. Landesregierung zur Verfügung gestellt. Die Daten beider Quellen unterscheiden sich und verwenden zudem unterschiedliche Bezeichnungen; im Folgenden werden die Daten beider Quellen einer genaueren Analyse unterzogen:

Die stationäre Pflege in Oberösterreich erfolgt gegenwärtig in 115 Alten- und Pflegeheimen (Amt der Oö. Landesregierung), vgl. Abbildung 9. 72 (63 Prozent) davon finden sich unter der Trägerschaft der Städte und Sozialhilfeverbände, weiters werden 21 (18 Prozent) von Gemeinden sowie 22 (19 Prozent) von Orden und Vereinen geführt. Gegenüber 1994 gibt es in Oberösterreich 29 Heime mehr, die von Städten und Sozialhilfeverbänden betrieben werden. Die Anzahl der Gemeindeheime reduzierte sich um 12; die Anzahl der Heime, die von Orden und Vereinen betrieben werden blieb konstant. Zum 1. Jänner 2009 standen in Oberösterreich 11.841 Normplätze (vgl. Abbildung 10) sowie zusätzlich 250 fixe Kurzzeitpflegeplätze⁷ zur Verfügung. In der Zeitperiode 2001-2009 wuchs die Anzahl der Normplätze um rund drei Prozent. Laut „Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen“ (Landeskorrespondenz Medieninfo 2007) soll sich der

⁷ Kurzzeitpflegeplätze dienen dem vorübergehenden Aufenthalt in einem Alten- und Pflegeheim bis maximal sechs Wochen und sind als Angebot für betreuungs- und pflegebedürftige Menschen nach Spitalsaufenthalten gedacht, aber auch zur Entlastung pflegender Bezugspersonen.

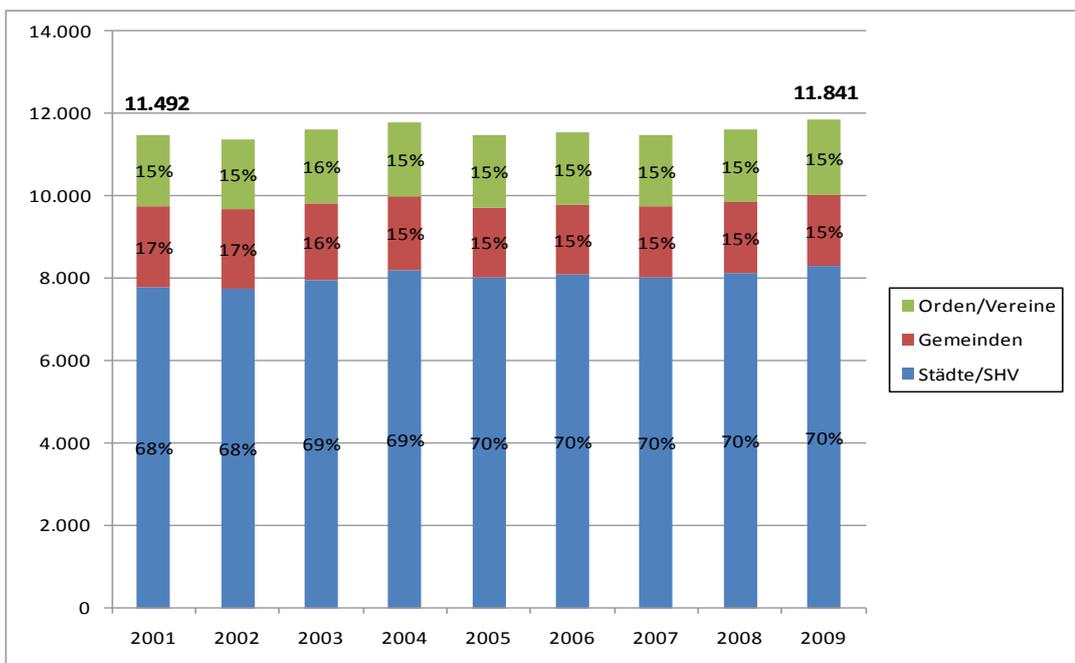
Bedarf an Normplätzen bis 2015 auf 13.837 Plätze erhöhen; dies würde einer Steigerung der Normplätze gegenüber dem IST-Wert von 2009 um 17 Prozent entsprechen.

Abbildung 9: Alten- und Pflegeheime nach Rechtsträgern, Oberösterreich, 1994-2010



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

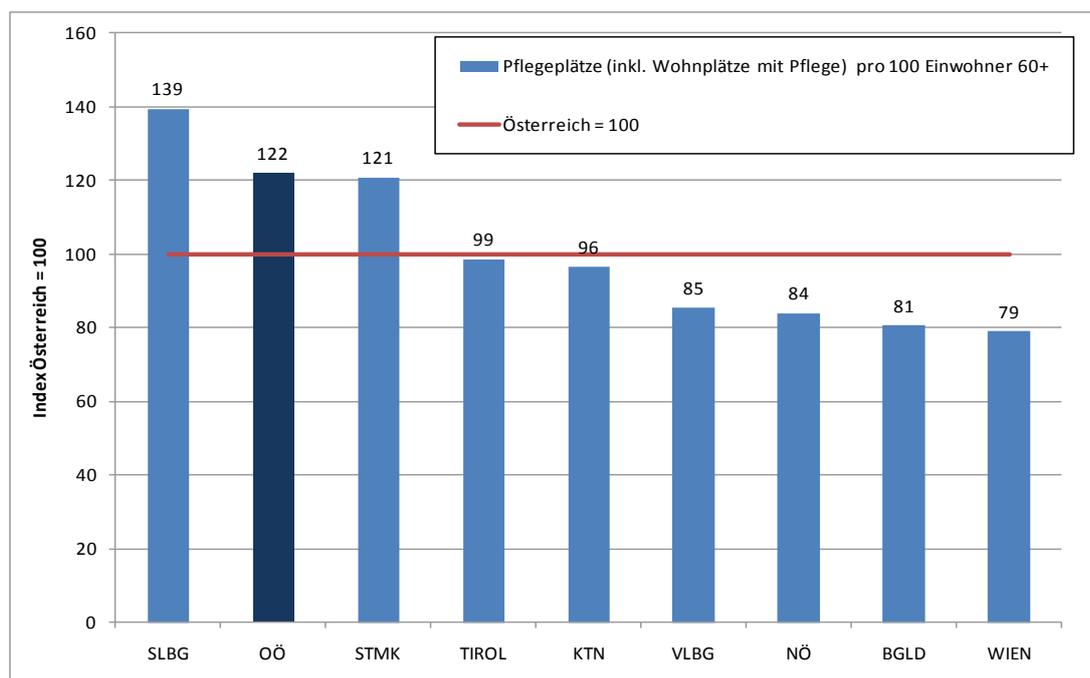
Abbildung 10: Normplätze nach Trägergruppen, Oberösterreich, 2001-2009, jeweils zum 01.01.



Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Im Vergleich zu Restösterreich spielt der öffentliche Sektor in Oberösterreich eine dominierende, der private Sektor eine untergeordnete Rolle. Daten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) auf Basis von Selbstauskunft der Heimverwaltungen illustrieren, dass in Oberösterreich mehr als drei Viertel der Heime öffentliche Heime darstellen (82 Prozent der gesamten Pflegeplätze) – in Restösterreich sind es lediglich 42 Prozent der Heime oder 41 Prozent der Pflegeplätze, vgl. Tabelle 1. Private Heime finden sich in Oberösterreich zu 10 Prozent, während in Restösterreich knapp die Hälfte der Einrichtungen unter privater Trägerschaft ist; der verbleibende Rest besteht aus konfessionellen Einrichtungen. Sowohl in Oberösterreich (-15 Prozent) als auch in Restösterreich (-8 Prozent) ist gegenüber 2006 ein Rückgang der Wohnplätze, sowie ein Anstieg der Pflegeplätze (inklusive Wohnplätze mit Pflege) festzustellen (+8 bzw. +11 Prozent). Der Bezug der Pflegeplätze (inkl. Wohnplätze mit Pflege) auf die Bevölkerung der über 60-Jährigen zeigt eine Überausstattung in der stationären Pflege in Oberösterreich; so entfallen in Oberösterreich auf 100 Einwohner über 60 Jahre 3,9 Pflegeplätze (inkl. Wohnplätze mit Pflege), um 22 Prozent mehr als im Vergleich zum Österreichdurchschnitt, vgl. Abbildung 11.

Abbildung 11: Pflegeplätze (inkl. Wohnplätze mit Pflege) pro 100 Einwohner 60+



Quelle: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), Statistik Austria, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Tabelle 1: Heim-, Wohn- und Pflegeplatzstruktur in Oberösterreich, Stand: August 2010

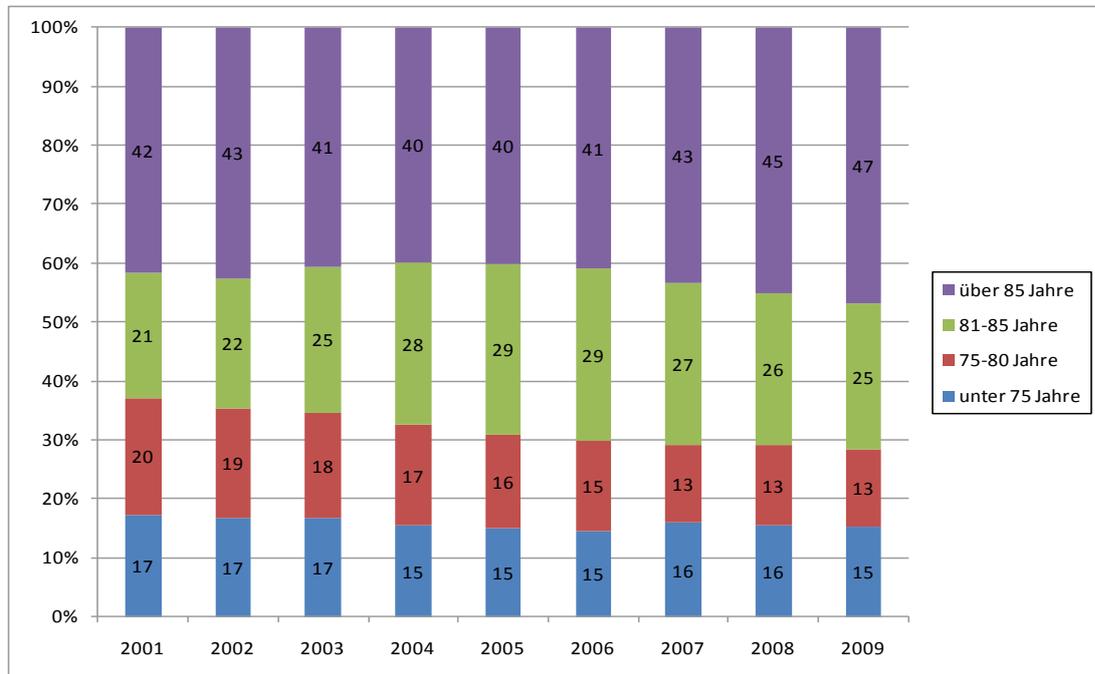
Oberösterreich	Anzahl der Heime	In %	2006=100	Wohnplätze	In %	2006=100	Pflegeplätze*	In %	2006=100	Plätze insgesamt	In %	2006=100
Öffentliche Einrichtungen	99	77	105	401	89	80	10.014	82	106	10.415	82	105
Private Einrichtungen	13	10	108	25	6	100	816	7	135	841	7	134
Konfessionelle Einrichtungen	17	13	106	23	5	-	1.417	12	110	1.440	11	111
Insgesamt	129	100	106	449	100	85	12.247	100	108	12.696	100	107
Österreich ohne Oberösterreich	Anzahl der Heime	In %	2006=100	Wohnplätze	In %	2006=100	Pflegeplätze*	In %	2006=100	Plätze insgesamt	In %	2006=100
Öffentliche Einrichtungen	304	42	100	1.643	13	63	23.936	48	102	25.579	41	98
Private Einrichtungen	356	49	121	10.567	83	101	21.083	42	122	31.650	51	114
Konfessionelle Einrichtungen	62	9	122	473	4	71	4.640	9	127	5.113	8	119
Insgesamt	722	100	111	12.683	100	92	49.659	100	111	62.342	100	107
Österreich	Anzahl der Heime	In %	2006=100	Wohnplätze	In %	2006=100	Pflegeplätze*	In %	2006=100	Plätze insgesamt	In %	2006=100
Öffentliche Einrichtungen	403	47	101	2.044	16	66	33.950	55	103	35.994	48	100
Private Einrichtungen	369	43	120	10.592	81	101	21.899	35	122	32.491	43	114
Konfessionelle Einrichtungen	79	9	118	496	4	75	6.057	10	123	6.553	9	117
Insgesamt	851	100	110	13.132	100	92	61.906	100	111	75.038	100	107

*inklusive Wohnplätze mit Pflege

Anmerkung: Die Daten wurden dem Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) mittels Selbstbeauskunftung der Heimverwaltungen zur kostenlosen Information von Ratsuchenden zur Verfügung gestellt und wurden seitens des BMASK nicht verifiziert.

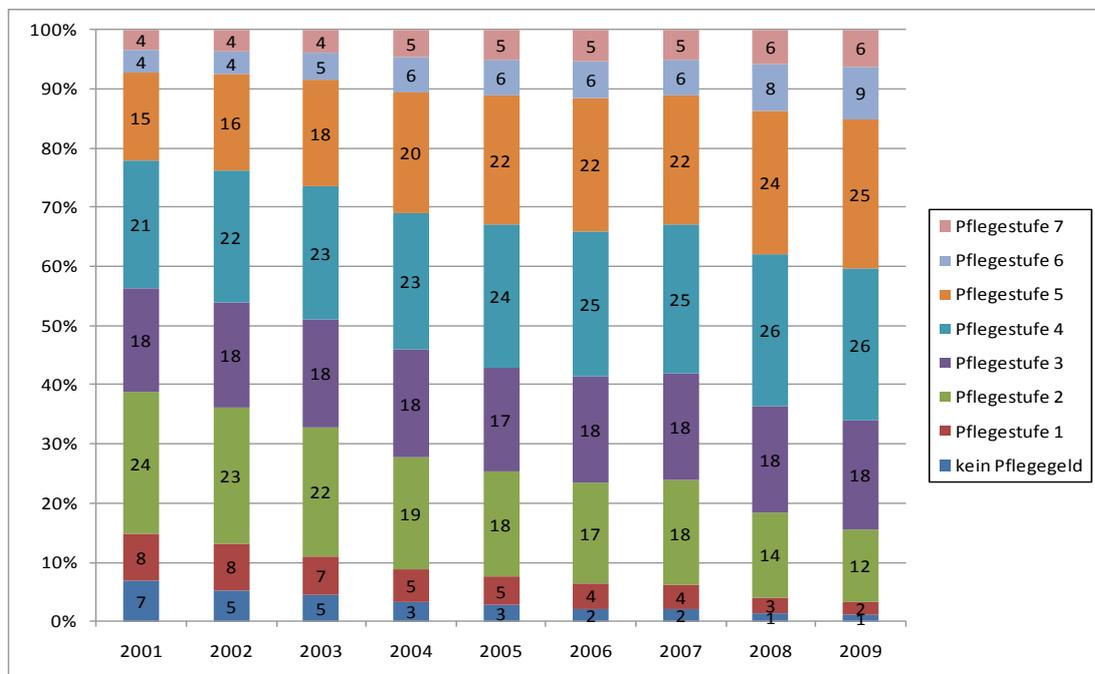
Quelle: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Abbildung 12: Altersstruktur der Heimbewohner in den Alten- und Pflegeheimen Oberösterreichs, in Prozent



Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Abbildung 13: Pflegestufenverteilung der Heimbewohner in den Alten- und Pflegeheimen Oberösterreichs, in Prozent

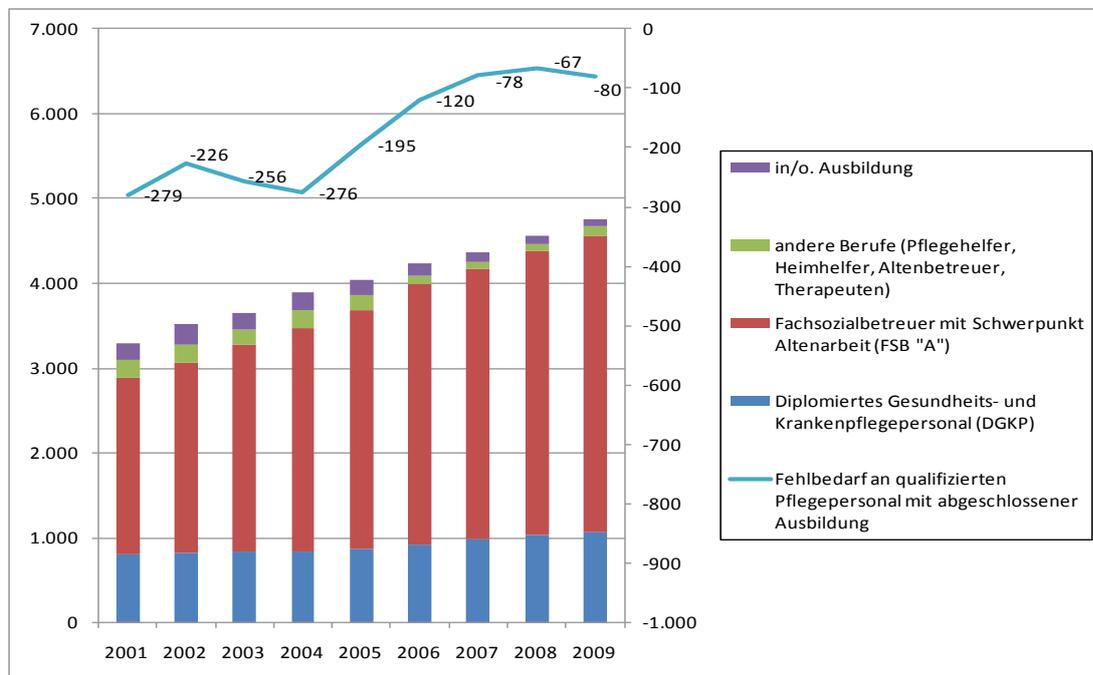


Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Insgesamt gab es im Jahre 2009 in den oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen 11.584 Bewohner, wobei rund 78 Prozent Frauen waren. Bei etwa 80 Prozent der Bewohner erfolgte eine Kostentragung durch den zuständigen Sozialhilfeverband. Die Analyse der Altersverteilung illustriert, dass rund 72 Prozent der Bewohner älter als 80 Jahre waren; dieser Anteil wuchs seit 2001 um knapp neun Prozentpunkte, vgl. Abbildung 12. Während im Jahre 2001 lediglich 44 Prozent der Heimbewohner Pflegegeld der Stufe 4 oder höher bezogen, waren es 2009 bereits rund zwei Drittel der Heimbewohner, vgl. Abbildung 13. Auch dies entspricht dem Trend nur mehr schwerer pflegebedürftige Personen stationär aufzunehmen und Personen mit niedriger Pflegestufe vermehrt ambulant – zunehmend durch mobile Dienste – zu betreuen. Die meisten Heimbewohner bezogen 2009 Pflegegeld der Stufe 4 (rund 26 Prozent), ein weiteres Viertel konnte der Stufe 5 zugerechnet werden.

Im Jahr 2009 belief sich der Stand des Betreuungs- und Pflegepersonals in den oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen auf 4.750 Personaleinheiten (PE)⁸, vgl. Abbildung 14. Die dominierende Berufsgruppe stellten mit rund 73 Prozent die Fachsozialbetreuer mit Schwerpunkt „Altenarbeit“ dar. Der Anteil des Betreuungs- und Pflegepersonals am Gesamtpersonal betrug 2009 rund 71 Prozent; zum verbleibenden Rest zählt das Funktionspersonal, also beispielsweise Heimleitung, Verwaltung, Küche, Reinigung, Wäscherei oder Haustechnik. Die Entwicklung seit 2001 zeigt, dass es zu einer Aufstockung und gleichzeitigen Qualifizierung des Betreuungs- und Pflegepersonals gekommen ist. So ist ein deutlicher Anstieg der Fachsozialbetreuer mit Schwerpunkt „Altenarbeit“ (+44 Prozent oder 1.406 PE) sowie des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals (+28 Prozent oder 269 PE) festzustellen, während andere Berufsgruppen wie beispielsweise Pflegehelfer oder Heimhilfen und in Ausbildung befindliche Personen rückläufig waren.

⁸Vollzeitäquivalente

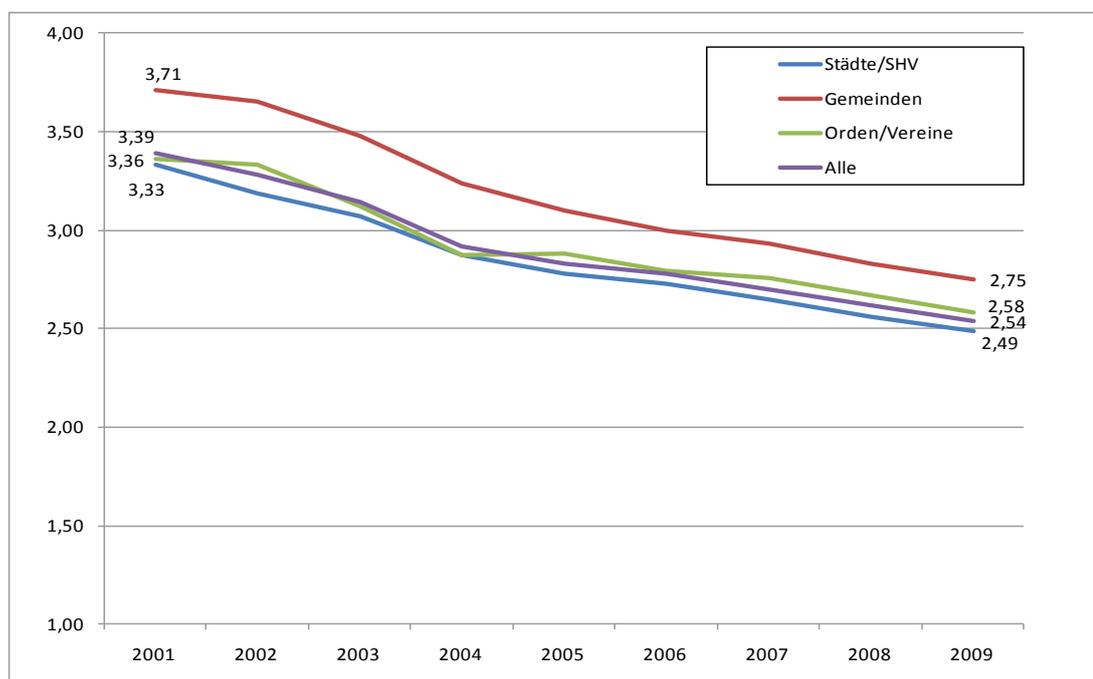
Abbildung 14: Pflege- und Betreuungspersonal nach Qualifikation sowie Fehlbedarf, Oberösterreich, 2003-2009, in Personaleinheiten (PE)

Anmerkung: 2005-2007 sind die HH bei in/o. Ausbildung eingerechnet.

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Im Zuge der Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung wurde für das Betreuungs- und Pflegepersonal ein verbindlicher „Mindestpflegepersonalschlüssel“ festgelegt; dieser ist seit Beginn des Jahres 1998 jedenfalls zu erfüllen (Land Oberösterreich 2009). Auf Basis der Einstufung der Heimbewohner nach den Pflegegeldgesetzen⁹ wird für jedes Heim der Mindestbedarf an qualifiziertem Pflegepersonal berechnet. Zum qualifizierten Personal zählen mit 2009 das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Fachsozialbetreuer mit Schwerpunkt „Altenarbeit“, Altenbetreuer und Heimhelfer – alle mit abgeschlossener Ausbildung. Pflegehelfer und Therapeuten werden nicht als Basis für die Berechnung des Mindestpflegepersonalbedarfs herangezogen. Betrag der Fehlbedarf, also die Differenz aus tatsächlich beschäftigtem Pflegepersonal mit abgeschlossener Ausbildung und dem Mindestpflegepersonalbedarf, in den Jahren 2001 bis 2004 noch zwischen 226 und 279 PE, konnte dieser in den Jahren 2005 und 2006 stark reduziert werden und pendelte sich 2007 bis 2009 zwischen 67 und 80 PE ein, vgl. Abbildung 14.

⁹ Offene Pflegegeldverfahren werden mit der erwarteten Einstufung berücksichtigt.

Abbildung 15: Bewohner von Alten- und Pflegeheimen in Oberösterreich, je Pflegepersonaleinheit (PE)

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

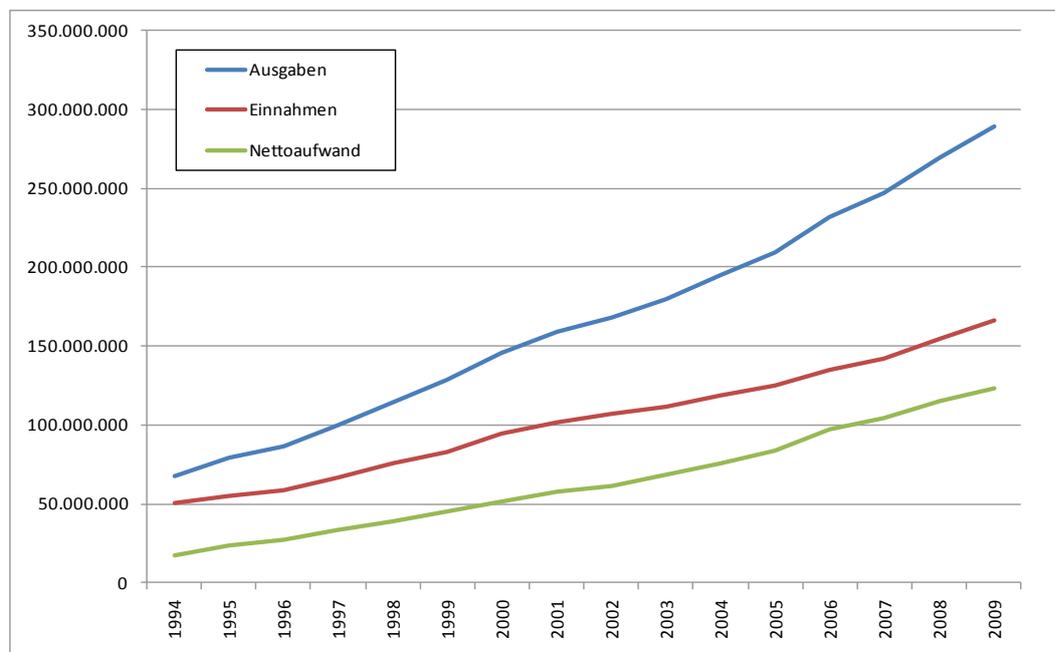
Als Maßstab für den durchschnittlichen Pflegebedarf kann der Bezug der Heimbewohner auf die Personaleinheiten (PE) interpretiert werden. Abbildung 15 zeigt, dass die Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner im Beobachtungszeitraum stark gestiegen ist. Die Anzahl der Heimbewohner stieg im Beobachtungszeitraum lediglich um drei Prozent, wobei es jedoch zu einer massiven Verschiebung der Bewohnerstruktur hin zu Personen mit höheren Pflegestufen gekommen ist, vgl. Abbildung 13. Resultat ist, dass das Betreuungs- und Pflegepersonal stark aufgestockt wurde und nun statistisch gesehen im Durchschnitt 2,54 Bewohner pro Pflegepersonaleinheit betreut werden, während es 2001 noch 3,39 Bewohner waren, vgl. Abbildung 15. Setzt sich dieser Trend fort, werden zukünftig noch deutlich mehr Personaleinheiten zur Betreuung und Pflege benötigt werden.

Die Ausgaben der oberösterreichischen Alten- und Pflegeheime beliefen sich im Jahre 2009 auf rund 289 Mio. Euro, vgl. Abbildung 16. Mit Bezug auf das Jahr 2000 verdoppelten sich diese stationären Aufwendungen, seit 1994 ist mehr als eine Vervielfachung festzustellen. Als Hauptgrund kann die Verschiebung der zu pflegenden Menschen in die höheren Pflegestufen und die damit einhergehende Personalaufstockung genannt werden. Natürlich wäre an dieser Stelle ein nationaler bzw. internationaler Vergleich/Benchmark der Ausgaben wünschenswert, dieser ist jedoch aufgrund fehlender Daten bzw. fraglicher Datenqualität nur sehr eingeschränkt möglich. Die Einnahmen der Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich wurden 2009 mit etwa 166 Mio. Euro ausgewiesen. Diese setzen sich grundsätzlich aus dem Pflegegeld (Bundes- und Landespflegegeld) sowie Eigenleistungen (Pensionen, Vermögen,

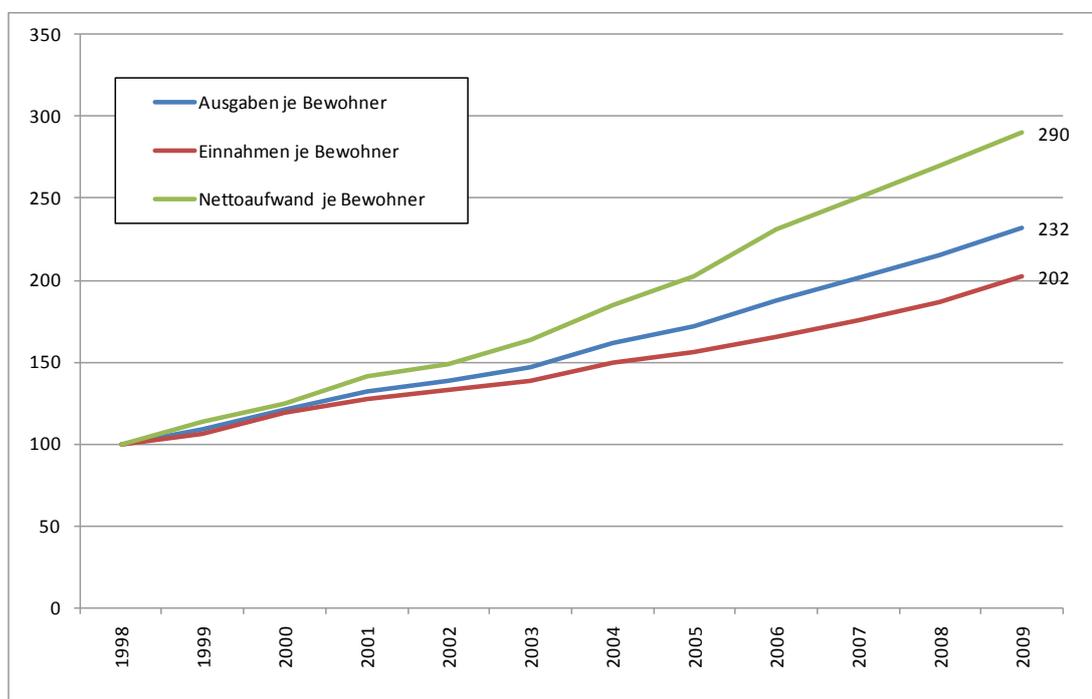
Regressen) zusammen. Für diesen Bericht konnten keine Daten zur Verfügung gestellt werden, um die differenzierte Einnahmenstruktur der oberösterreichischen Alten- und Pflegeheime darzustellen. Im Vergleich zu den Aufwendungen wuchsen die Einnahmen in einem weit geringeren Ausmaß, sodass der resultierende Nettoaufwand (Ausgaben minus Einnahmen) im Beobachtungszeitraum außerordentlich deutlich anstieg (mehr als Versiebenfachung seit 1994). Ein Mitgrund hierfür kann die unregelmäßige Valorisierung des Pflegegeldes durch den Bund sein. Mittlerweile (2009) beträgt der Nettoaufwand der oberösterreichischen Alten- und Pflegeheime bereits rund 123 Mio. Euro oder beachtliche rund 43 Prozent der Aufwendungen (vgl. 1994: 25 Prozent); der Nettoaufwand muss zur Gänze von der öffentlichen Hand, sprich den Sozialhilfeverbänden, getragen werden.

Auch die Entwicklung je Heimbewohner zeigt sehr deutlich die unterschiedlich-dynamische Entwicklung der Einnahmen und der Ausgaben und die resultierende immer größer werdende Finanzierungslücke für die öffentliche Hand. Der auf Basis des „Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen“ prognostizierte Nettoaufwand von 120 Millionen Euro wurde bereits 2009 überschritten (siehe zuvor), sodass auch der für 2015 geschätzte Nettoaufwand von 141 Millionen Euro unterschätzt sein dürfte. Eine Aktualisierung des oberösterreichischen Bedarfs- und Entwicklungsplans NEU/2006 für die Pflegevorsorge älterer Menschen scheint notwendig zu sein.

Abbildung 16: Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben und des Nettoaufwandes (Ausgaben minus Einnahmen), Alten- und Pflegeheime Oberösterreich, 1994-2009, nominell, in Euro laut Rechnungsabschluss



Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Abbildung 17: Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben und des Nettoaufwandes, nominell, je Bewohner, Alten- und Pflegeheime Oberösterreich, Index 1998=100

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

3.2. Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege wird in Oberösterreich in Form von Tageszentren angeboten, in denen ältere Menschen mit Betreuungsbedarf tagsüber versorgt, gepflegt, begleitet und gefördert werden. Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Tageszentrums ist die Mobilität des Tagesgastes, um den Transport durchführen zu können. Primäre Zielgruppe sind Personen mit körperlichen und/oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen; Personen mit manifesten psychiatrischen Erkrankungen werden nicht aufgenommen. Von den Tagesgästen muss ein Kostenbeitrag entrichtet werden, der je nach Tageszentrum variiert und meistens nach Einkommen und Pflegegeld gestaffelt ist. Ein einheitlicher Zugang ist mit der Einführung eines neuen Konzepts für Tageszentren vorgesehen (BMASK 2010). Angeboten werden Tageszentren in Oberösterreich von Solidareinrichtungen, wie beispielsweise von der Volkshilfe, dem Hilfswerk oder dem Roten Kreuz. Tageszentren können an Alten- und Pflegeheimen angebunden sein und entweder vom gleichen oder einem anderen Träger betrieben werden; sie können aber auch vollständig im Alten- und Pflegeheim integriert sein. Per 31.12. 2009 gab es in Oberösterreich 399 Plätze der Tagespflege (Amt der Oö. Landesregierung). Insgesamt gab es im Jahr 2008 in Oberösterreich 24 Tageszentren, in denen 1.609 Personen von 103 Beschäftigten¹⁰ (53 Personaleinheiten) betreut wurden (vgl. BMASK 2010). Generell ist festzuhalten, dass die teilstationäre Pflege in Oberösterreich eine untergeordnete Rolle in der Pflegeversorgung spielt. Bis zum Jahr 2015 ist in jedem der 18

¹⁰ Ohne Zivildienstler, ohne Menschen, die ein freiwilliges soziales Jahr (FSJ) machen und ohne Ehrenamtliche

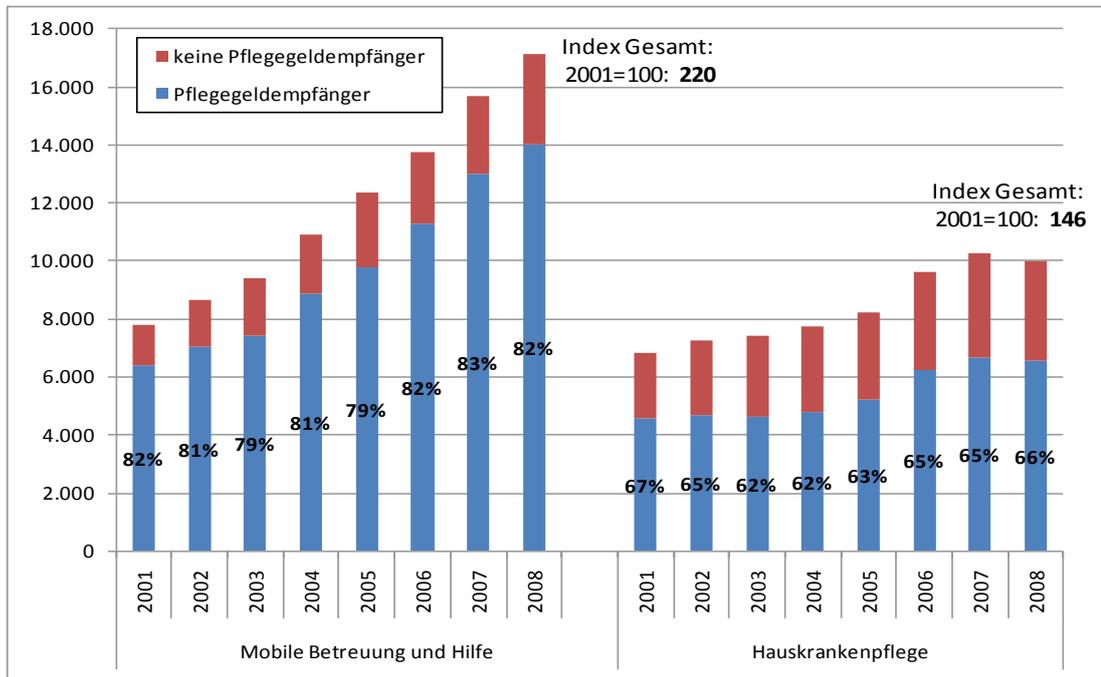
Bezirke (mit Ausnahme von Eferding) je nach Bedarf die Errichtung von mindestens zwei Tageszentren geplant. Derzeit ist allerdings eine Förderung von Seiten des Landes OÖ aufgrund der budgetären Situation nicht möglich.

3.3. (Formelle) Ambulante Pflege: Mobile Dienste

Die Versorgungsform der mobilen Dienste erfolgt in Oberösterreich im Altenbereich einerseits über die Mobile Betreuung und Hilfe sowie andererseits über die Hauskrankenpflege. Mobile Betreuung und Hilfe umfasst die ganzheitliche Hilfestellung bei pflegebedürftigen Menschen. Sie wird primär von Fachsozialbetreuern mit Schwerpunkt „Altenarbeit“, sowie in den letzten Jahren auch zunehmend von Heimhelfern wahrgenommen (Land Oberösterreich 2009). Die Hauskrankenpflege umfasst die qualifizierte Pflege von kranken Menschen, findet in der gewohnten Umgebung der Pfleglinge statt und wird in erster Linie von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal durchgeführt (Land Oberösterreich 2009).

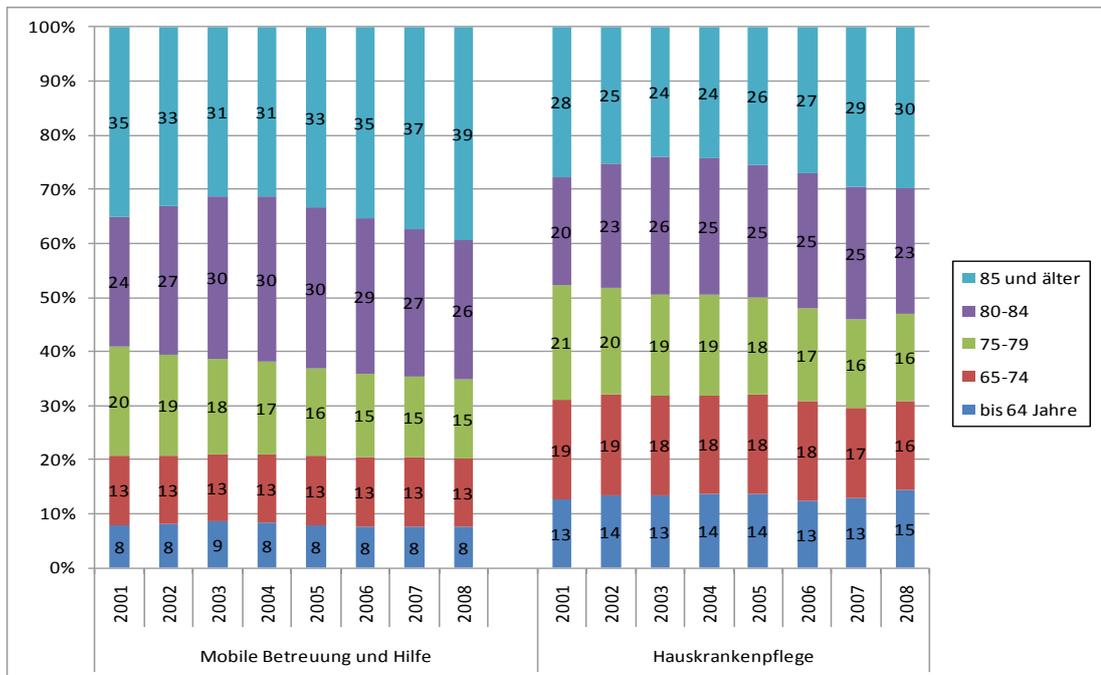
Im Jahr 2008 wurden in Oberösterreich im Zuge der Mobilen Betreuung und Hilfe 17.116 Personen betreut, wobei rund 82 Prozent davon Empfänger von Pflegegeld waren, vgl. Abbildung 18. Seit 2001 kam es zu mehr als einer Verdoppelung der zu betreuenden Personen, der Anteil der Pflegegeldbezieher blieb nahezu konstant. Ein möglicher Grund für den starken Anstieg in der Mobilen Hilfe und Betreuung könnte auch darin liegen, dass durch den stetigen Abbau von reinen Wohnplätzen in Alten- und Pflegeheimen eine besonders starke Ambulantisierung in diesem Bereich stattgefunden hat. Nach dem „Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen“ (Landeskorrespondenz Medieninfo 2007) soll der Versorgungsgrad der Pflegebedürftigen durch Angebote der Mobilen Betreuung und Hilfe im Landesdurchschnitt von 17,2 Prozent auf 22,2 Prozent angehoben werden, wobei die Anpassung der regionalen Versorgungsquoten an den Oberösterreich-Durchschnitt bis zum Jahr 2020 abgeschlossen werden soll. Der durchschnittliche Pflege- und Betreuungsaufwand je Klient, sprich die „Netto-Pflegezeit“ soll sich von 5,4 Stunden pro Monat (Stand 2006) auf 8,0 Stunden pro Monat bis 2015 erhöhen, was einer Steigerung der Pflege- und Betreuungsleistung um rund 49 Prozent entsprechen würde. Die Schätzungen der Klienten im Bereich der Mobilen Betreuung und Hilfe laut Bedarfs- und Entwicklungsplan 2006 können als überholt bezeichnet werden. In diesem waren für 2010 14.998 bzw. für 2015 17.318 Klienten geplant – wie bereits zuvor erwähnt gab es bereits im Jahr 2008 mehr als 17.100 Klienten. Eine Fortschreibung der Klientenentwicklung der letzten beiden Jahre würde für das Jahr 2010 knapp 21.300 zu betreuende Personen in der Mobilen Betreuung und Hilfe ergeben.

Abbildung 18: Betreute Personen: Mobile Betreuung und Hilfe sowie Hauskrankenpflege, Oberösterreich, 2001-2008



Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Abbildung 19: Alter der betreuten Personen: Mobile Betreuung und Hilfe sowie Hauskrankenpflege, Oberösterreich, 2001-2008

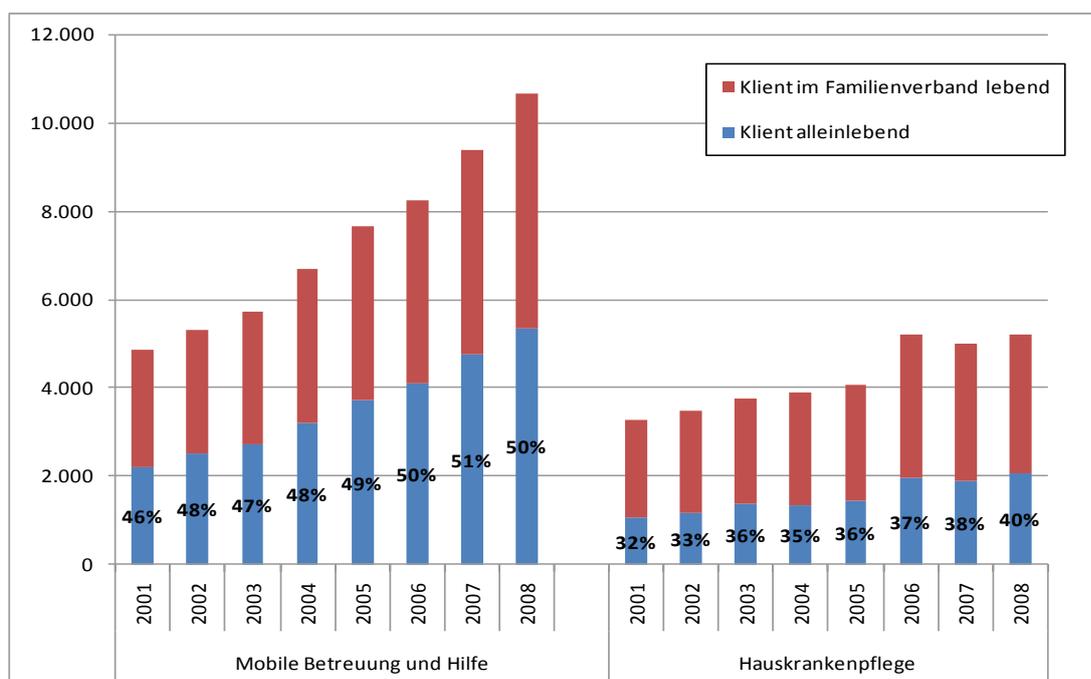


Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

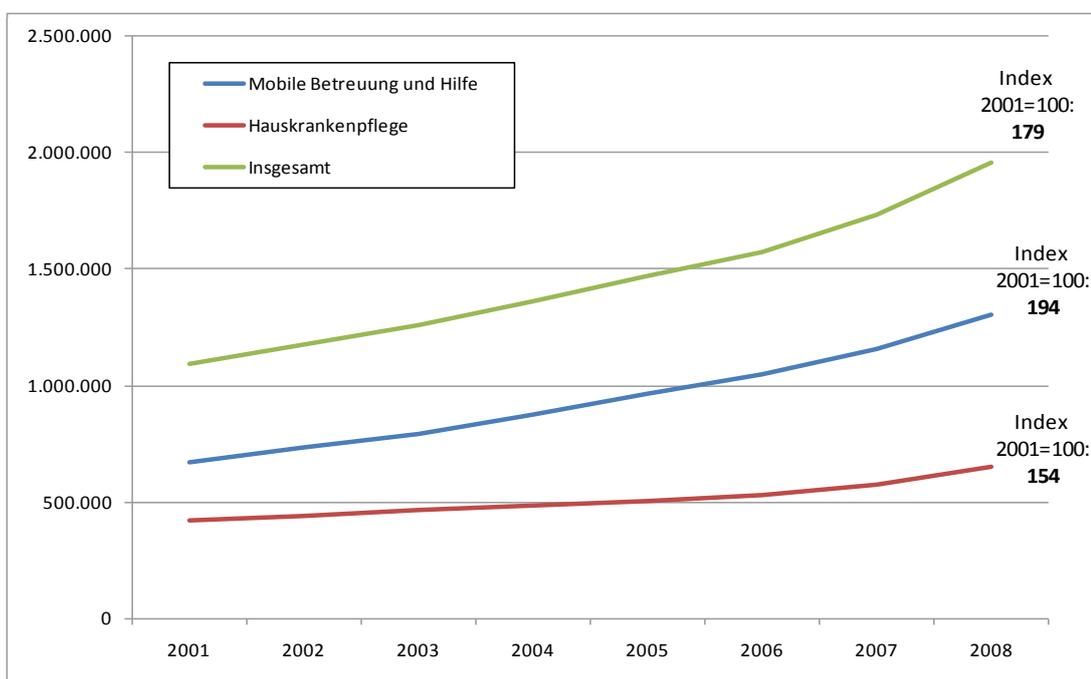
Das Angebot der Hauskrankenpflege nahmen in Oberösterreich 2008 knapp 10.000 Personen in Anspruch, vgl. Abbildung 18. Im Vergleich zur Mobilen Betreuung und Hilfe stieg die Anzahl der betreuten Personen in einem geringeren Ausmaß, aber immerhin seit 2001 um rund 46 Prozent; vom Jahr 2007 auf 2008 ist ein leichter Rückgang der betreuten Personen festzustellen. Lediglich zwei Drittel der Personen, die eine Hauskrankenpflege konsumieren beziehen Pflegegeld. Der Versorgungsgrad der Pflegebedürftigen durch Hauskrankenpflege soll von ursprünglich 11,6 Prozent (Stand 2006) laut „Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen“ (Landeskorrespondenz Medianinfo 2007) bis 2020 auf 14,0 Prozent erweitert werden. Die „Netto-Pflegezeit“ soll sich bis 2015 von 2,6 um rund 47 Prozent auf 3,7 Stunden je Klient und Monat erhöhen.

Die Analyse der Altersstruktur im Bereich der mobilen Dienste zeigt, dass der Anteil an hochbetagten Klienten (85 Jahre und älter), die Mobile Hilfe und Betreuung in Anspruch nehmen, mit knapp 40 Prozent um etwa 10 Prozentpunkte über dem Anteil der Hauskrankenpflege liegt, vgl. Abbildung 19. Das Durchschnittsalter der betreuten Personen des Angebots der Mobilen Hilfe und Betreuung beträgt rund 82 Jahre und ist um etwa fünf Jahre höher als jenes von Klienten der Hauskrankenpflege. Zum sozialen Umfeld der Klienten ist festzustellen, dass rund die Hälfte der Klienten im Bereich der Mobilen Betreuung und Hilfe und rund 40 Prozent der Klienten, die Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen, alleinlebend sind, vgl. Abbildung 20. Der Anteil der Alleinlebenden hat sich 2001-2008 insbesondere im Bereich der Hauskrankenpflege deutlich erhöht (+8 Prozentpunkte).

Abbildung 20: Soziales Umfeld der Klienten, jeweils Stichtag 31.12



Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Abbildung 21: Anzahl der durchgeführten Hausbesuche, Oberösterreich, 2001-2008

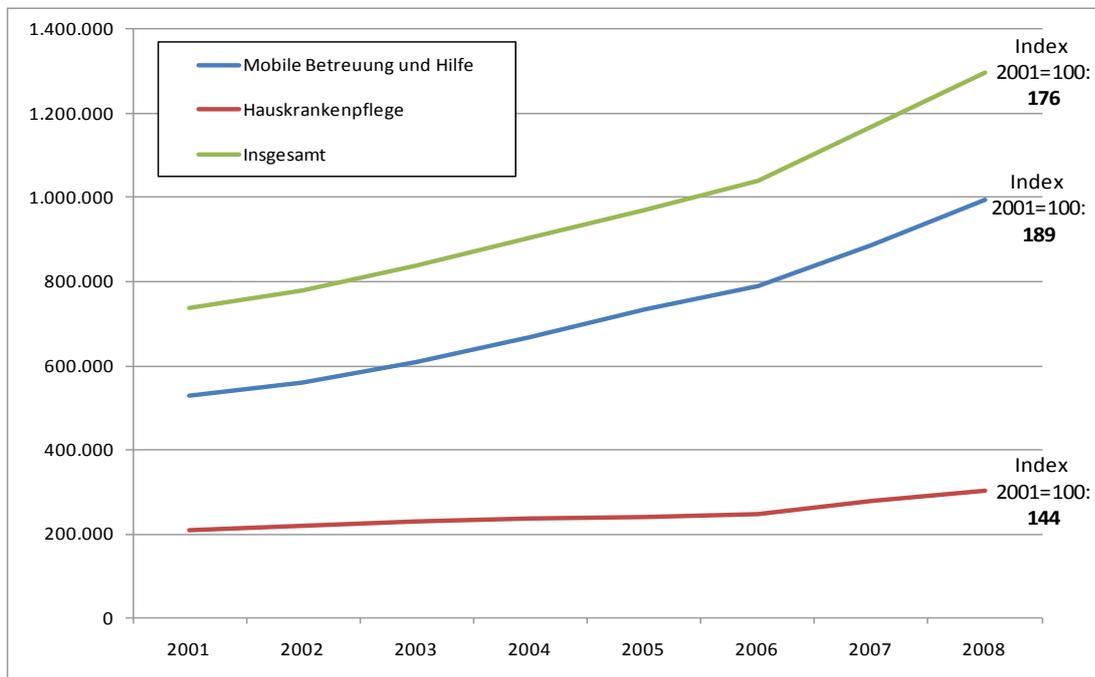
Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Im Jahr 2008 wurden insgesamt in Oberösterreich im Bereich der mobilen Dienste zwei Millionen Hausbesuche durchgeführt, vgl. Abbildung 21, hiervon entfielen rund ein Drittel in den Bereich der Hauskrankenpflege und rund zwei Drittel in den Bereich der Mobilen Hilfe und Betreuung. Die durchgeführten Hausbesuche im Bereich der Mobilen Hilfe und Betreuung verdoppelten sich seit 2001 beinahe, im Bereich der Hauskrankenpflege kam es zu einem Anstieg um rund 54 Prozent.

Im Bereich der Mobilen Betreuung und Hilfe wurden 2008 knapp 995.000 Einsatzstunden („Netto-Pflegezeit“) verrechnet, was einer Erfüllungsquote von rund 80 Prozent entspricht. Seit 2001 wuchs die „Netto-Pflegezeit“ um rund 90 Prozent oder rund 467.000 Stunden, vgl. Abbildung 19. Für das Jahr 2015 sind laut „Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen“ (Landeskorrespondenz Medieninfo 2007) rund 1,66 Mio. Einsatzstunden geplant. Die Nettoeinsatzstunden der Mobilen Betreuung und Hilfe sollen in der Bedarfsplanung im Verhältnis 2:1 zwischen Fachsozialbetreuern mit Schwerpunkt „Altenarbeit“ und Heimhelfern aufgeteilt werden.

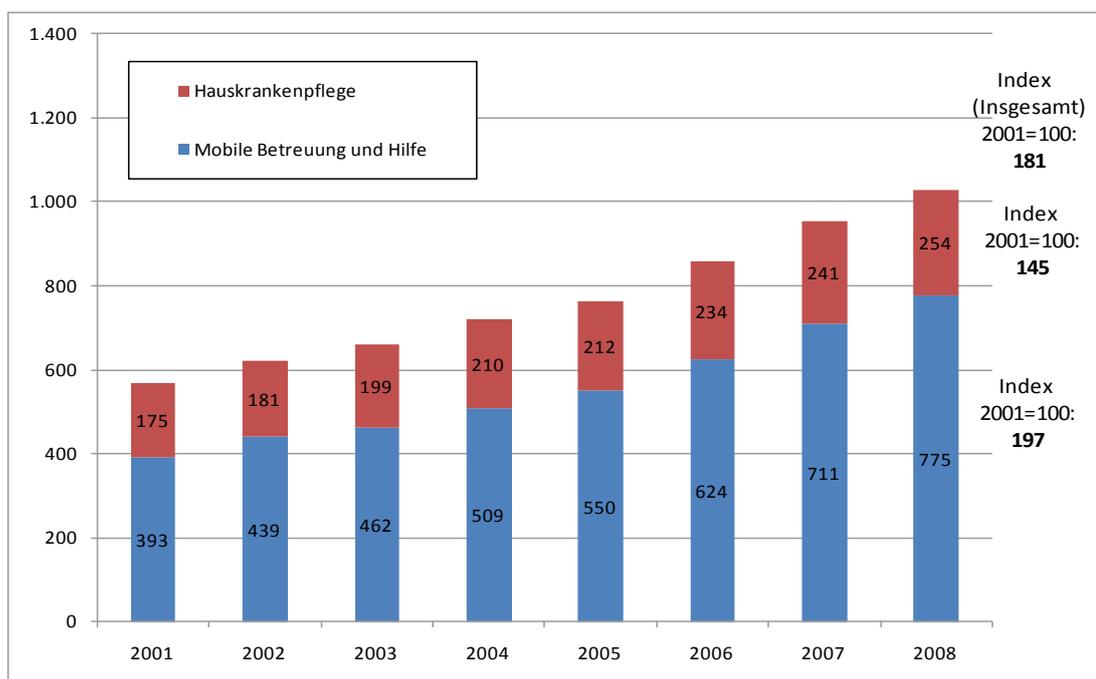
Etwas weniger als ein Viertel der verrechneten Einsatzstunden fallen der Hauskrankenpflege zu (rund 302.000). Die Entwicklung seit 2001 war mit einem Anstieg von 44 Prozent nicht in gleicher Weise stark ausgeprägt wie in der Mobilen Betreuung und Hilfe. Für das Jahr 2015 ist ein Bedarf von knapp über 500.000 Einsatzstunden geplant.

Abbildung 22: Verrechnete Einsatzstunden, Oberösterreich, 2001-2008



Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Insgesamt waren 2008 im Bereich der mobilen Dienste 1.030 Vollzeitäquivalente (VZÄ) beschäftigt, rund drei Viertel davon (775 VZÄ) im Bereich der Mobilien Betreuung und Hilfe, vgl. Abbildung 23. Der Beschäftigungsstand im Bereich der Mobilien Betreuung und Hilfe hat sich seit 2001 fast verdoppelt; bis 2015 werden 1.267 VZÄ (845 VZÄ Fachsozialbetreuer für „Altenarbeit“ und 422 VZÄ Heimhelfer) erwartet. Im Bereich der Hauskrankenpflege war der Anstieg seit 2001 moderater (+45 Prozent), und bis 2015 sind rund 431 VZÄ geplant.

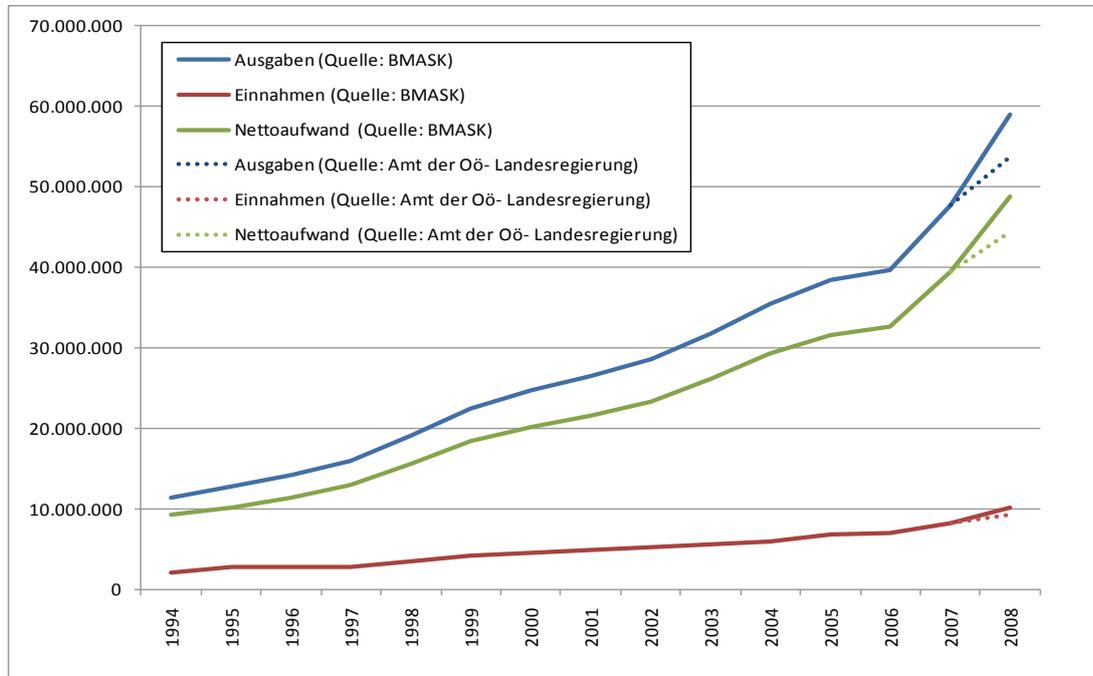
Abbildung 23: Personaleinheiten (Vollzeitäquivalente), Oberösterreich, 2001-2008

Quelle: Oö. Sozialbericht 2009 und Amt der Oö. Landesregierung, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Das BMASK weist den Nettoaufwand der mobilen Dienste in Oberösterreich 2008 mit rund 48,8 Mio. Euro aus¹¹; im Vergleich zu 1994 entspricht dies mehr als einer Verfünffachung. Für die Jahre 2007 und 2008 liegen auch Daten vom Amt der Oö. Landesregierung vor: Das Land Oberösterreich weist für 2008 um rund fünf Millionen Euro niedrigere Ausgaben und um rund 800.000 Euro niedrigere Einnahmen aus, der Nettoaufwand beläuft sich somit auf 44,4 Mio. Euro, vgl. Abbildung 24. Der Nettoaufwand wird im Bereich der Hauskrankenpflege zu 100 Prozent vom Oö. Gesundheitsfonds getragen, während bei der Mobilen Betreuung und Hilfe zu 50 Prozent vom Land und zu 50 Prozent von den Sozialhilfeverbänden (und Statutarstädten) übernommen wird. Der „Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen“ (Landeskorrespondenz Medieninfo 2007) prognostiziert für das Jahr 2015 einen Nettoaufwand für die mobilen Dienste (Mobile Betreuung und Hilfe sowie Hauskrankenpflege) von rund 74 Millionen Euro.

¹¹ Die Daten basieren auf einer noch nicht abgeschlossenen Abrechnung 2008.

Abbildung 24: Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben und des Nettoaufwandes (Ausgaben minus Einnahmen), Hauskrankenpflege und Mobile Betreuung und Hilfe Oberösterreich, 1994-2009, nominell, in Euro



Quelle: BMASK, Amt der Oö. Landesregierung für die Jahre 2007 und 2008, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

3.4. Alternative Betreuungsformen: Betreubares Wohnen

Betreubares Wohnen ist eine Alternative zur Betreuung von pflegebedürftigen Menschen in einem Alten- oder Pflegeheim. Ziel ist der Erhalt der selbständigen Lebensführung solange wie möglich innerhalb der eigenen barrierefreien, behindertengerecht ausgestatteten Wohnung (vgl. Land Oberösterreich Altenbetreuung und -pflege). Die Betreuung übernimmt in erster Linie jener Anbieter mobiler Dienste, der im Sozialsprengel, in dem die Gemeinde liegt, vom Sozialhilfeverband vertraglich mit der Mobilen Betreuung und Hilfe beauftragt wurde. Betreubares Wohnen richtet sich an über 70-Jährige, Menschen mit leichtem bis mittlerem Pflegebedarf (Pflegegeldbezug, Rollstuhlfahrer), über 60-Jährige mit schlechter Wohnsituation (kein Lift, schlechte Heizung, entlegene Lage) sowie ältere Menschen oder Menschen mit Behinderung, die über Empfehlung der mobilen Dienste aufgrund einer besonderen sozialen Situation vorgeschlagen werden. Gegenwärtig (31.12.2009) gibt es in Oberösterreich 3.246 betreubare Wohneinheiten, was einer Versorgungsquote¹² von rund 84 Prozent entspricht (Amt der Oö. Landesregierung). Laut Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 sollen bis 2010 4.025 sowie bis 2015 4.300 Wohneinheiten geschaffen werden. Der Bedarf an betreubaren Wohnungen wird mit rund drei Prozent der über 70-Jährigen abgeschätzt (Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006).

¹² IST-2009 dividiert durch SOLL-2009*100

II. Leistungserbringung im internationalen Überblick

1. Dänemark

1.1. Organisation der Leistungserbringung

Charakteristika des dänischen Pflegesystems

In Dänemark wird, wie in anderen skandinavischen Ländern auch, die generelle Verantwortung für Pflegeleistungen dem Staat zugeschrieben. Der dänische Staat sichert die Bevölkerung nicht nur ökonomisch gegen soziale bzw. gesundheitliche Risiken ab, sondern er stellt auch die entsprechenden Leistungen zur Verfügung. Ziel der dänischen Pflegepolitik ist es, dass jeder, der Hilfe benötigt, diese kostenlos und unabhängig von Einkommen, Alter und pflegenden Familienangehörigen erhält. Weiters geht es darum Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, so dass gepflegte Personen so selbstständig wie möglich leben können und staatliche Leistungen nur dort erfolgen, wo sie auch tatsächlich notwendig sind (Schulz 2010a).

In Dänemark gibt es keine Mindestvoraussetzungen für den Bezug von Pflegeleistungen und daher auch keine exakte Definition des Begriffs „Pflegebedürftigkeit“. Die Leistungen werden nach einer individuellen Beurteilung von Fähigkeiten und Bedürfnissen gewährt. Beispielsweise wird auch eine Unterstützung gewährt, wenn der Pflegebedarf weniger als zwei Stunden pro Woche beträgt. Der Anspruch auf Pflegeleistungen ist weder vom Alter, Einkommen noch Vermögen abhängig (Schulz 2010a). Die nicht vorhandenen Mindestvoraussetzungen zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen führen dazu, dass die Anzahl der Personen, die Pflegeleistungen erhalten, in Dänemark höher als in jedem anderen OECD Land sind (OECD 2008).

In Dänemark gibt es ein klares Bekenntnis zur Bevorzugung formeller gegenüber informeller Pflege. Der Staat ist hauptverantwortlich für die Pflege, und der Beitrag von Familienangehörigen ist nur sehr gering (Leeson 2004). Neben der Bevorzugung von formeller Pflege gibt es eine klare Bevorzugung von ambulanter Versorgung und betreutem Wohnen gegenüber der Versorgung in Alten- oder Pflegeheimen (Schulz 2010a).

Die Anbieter von Pflegeservices sind in vielen Gemeinden über integrierte Teams organisiert. Diese Teams bestehen aus acht bis zehn Personen (Heimhilfen, Pflegehelfer, Krankenpfleger) und sie sind für die Erbringung von Pflegeleistungen innerhalb eines bestimmten Gebietes verantwortlich. Dadurch ist es möglich, dass beispielsweise ein Pflegehelfer nicht nur in der stationären sondern auch in der ambulanten Versorgung mitwirkt (Colmorten et al. 2003).

Organisation

Der dänische Wohlfahrtsstaat beruht auf dem Grundprinzip des Universalismus und die Finanzierung erfolgt überwiegend durch Steuereinnahmen. Die Verantwortung für die gesundheitlichen Leistungen sowie für die sozialen Leistungen, worunter unter anderem auch die Pflege und Betreuung fällt, ist dezentral organisiert. Der Zentralstaat legt die Grundprinzipien und rechtlichen Rahmenbedingungen fest. Ansonsten kommt ihm nur eine kontrollierende Rolle zu. Für die Bereitstellung und Finanzierung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen sind die Regionen und für die Bereitstellung und Finanzierung von sozialen Dienstleistungen die Gemeinden verantwortlich (Skuban 2004). Im Zuge einer Verwaltungsreform im Jahr 2007 wurde Zahl der Gemeinden von 275 auf 98 reduziert. Eine Gemeinde umfasst seit der Reform rund 30.000 bis 40.000 Einwohner (Nannestad 2009). Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch festzuhalten, dass eine Gemeinde in Dänemark nicht mit einer Gemeinde in Österreich verglichen werden kann. Eine dänische Gemeinde ist eher mit einem österreichischen Bezirk vergleichbar.

Kapazitätsplanung

Die Kapazitätsplanung obliegt den Regionen und Gemeinden.

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung ist sowohl in der stationären als auch ambulanten Pflege verpflichtend, jedoch gibt es keine einheitlichen nationalen Qualitätsstandards für die Leistungserbringung. Vielmehr fällt die Qualitätssicherung in den Aufgabenbereich der Gemeinden. Diese müssen Qualitätsstandards sowohl für öffentliche als auch privat erbrachte Dienstleistungen festlegen und deren Einhaltung kontrollieren. In den Qualitätsstandards ist angeführt, welche Leistungen Personen, die Unterstützung benötigen, zur Verfügung stehen. Teil der Qualitätssicherung sind mindestens zweimal jährlich stattfindende Kontrollbesuche in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen (z.B. betreutes Wohnen), die über einen Inspektionsbericht dokumentiert werden. Einer der Kontrollbesuche muss ohne Vorankündigung durchgeführt werden (Schulz 2010a).

Integration und Koordination

In Dänemark ergibt sich eine grundsätzliche Trennung von Gesundheits- und Pflegesystem durch die Aufteilung der Verantwortlichkeit auf Regionen und Gemeinden. Um eine effektive und effiziente Integration beider Systeme zu gewährleisten, wurde ein Case Management-System eingeführt. Es koordiniert und kontrolliert die Pflegeleistungen, welche eine Person in unterschiedlichen Betreuungseinrichtungen erhält. Jeder pflegebedürftigen Person ist ein Case Manager zugeteilt (Schulz 2010a). Eine weitere Form der Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhausbereich und dem ambulanten Pflegebereich stellt die Begleitung eines

häuslichen Pflegeteams durch Pflegende aus dem Krankenhaus dar. Dies dient insbesondere der Verbesserung der Versorgung von Schwerkranken (Hansen 2002). Trotzdem kommt es beim Übergang zwischen Betreuung im Spitalsbereich und der Betreuung nach der Entlassung immer wieder zu Abstimmungsproblemen (Schulz 2010a).

Eine interessante Lösung gibt es in Dänemark für die Aufteilung der Kosten in solchen Fällen. Bleibt ein Patient länger als aus medizinischer Sicht notwendig im Spital, weil kein entsprechender Pflegeplatz vorhanden ist, so muss die Gemeinde die Spitalskosten übernehmen (Merlis 2000).

1.2. Pflegesettings

Im Jahr 2007 erhielten 206.600 Personen Pflege und Betreuung. Hiervon wurden rund 20 Prozent stationär und rund 80 Prozent ambulant betreut (Schulz 2010a, S. 2).

1.2.1. Stationäre Pflege

Im Jahr 2007 wurden 12.235 Personen in „nursing homes“, 2.242 Personen in „protected dwellings“ und 31.081 Personen in „nursing dwellings“ betreut. Von den Bewohnern waren rund 94 Prozent 65 Jahre und älter und rund 25 Prozent 85 Jahre und älter (Schulz 2010a).

Angebot und Organisation der stationären Pflege

Im Jahr 2007 standen den pflegebedürftigen Personen 12.591 Plätze in „nursing homes“, 2.202 in „protected dwellings“ und 32.249 in „nursing dwellings“ zur Verfügung.

Die Trägerschaft und die Verantwortung für die Finanzierung der Alten- und Pflegeheime liegen in Dänemark bei den Gemeinden. Zukünftig ist es auch geplant den privaten Sektor in Betrieb von Alten- und Pflegeheimen einzubinden (Schulz 2010a).

Bis zum Beginn der 80er Jahre erfolgte die Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Personen vor allem durch die stationäre Pflege in Alten- und Pflegeheimen. Das ging mit entsprechend hohen Kosten für die Gemeinden und einem darauf folgenden unzureichenden Ausbau des Leistungsangebots in den Gemeinden einher. Dieses Versorgungsdefizit resultierte mitunter in langen Wartezeiten auf einen Alten- und Pflegeheimplatz, sodass pflegebedürftige Personen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung oftmals in Krankenhäuser eingewiesen werden mussten.

Aufgrund dieser Probleme setzte Anfang/Mitte der 80er Jahre ein Umdenken ein, und es kam zu einer Ambulantisierung der Pflege, d.h. weg von der stationären Pflege und hin zur ambulanten Pflege. Diese brachte einen Einschnitt in der Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur mit sich. Im Jahr 1987 wurde hierzu ein Gesetz verabschiedet, welches es den Gemeinden in Dänemark untersagte neue Alten- und Pflegeheime zu errichten.

Während vor der Verabschiedung des Gesetzes hauptsächlich der Bau von Alten- und Pflegeheimen gefördert wurde, fand nach dessen Verabschiedung ein Umdenken hin zur Unterstützung von behinderten- und altersgerechten Wohnungen statt.

In der Folge reduzierte sich die Zahl der Personen in traditionellen Pflegeheimen von 1987 bis 2006 um zwei Drittel, während die Gesamtzahl der Personen, die in Pflegeheimen oder betreuten Wohneinrichtungen lebten, im selben Zeitraum um 30 Prozent anstieg (OECD 2008). Es ist zu erwarten, dass sich der Trend auch in Zukunft fortsetzen wird.

Die Entscheidung, ob eine Person aufgrund des fortgeschrittenen Pflegebedarfs nicht mehr ambulant sondern stationär gepflegt werden sollte, obliegt der Gemeinde. In einem derartigen Fall kann die pflegebedürftige Person zwischen den verschiedenen stationären Pflege- und Betreuungsformen, welche innerhalb der Wohnsitzgemeinde angeboten werden, frei wählen. Der pflegebedürftigen Person steht es aber auch frei, stationäre Pflege- und Betreuungsformen in einer anderen Gemeinde zu beanspruchen. Außerdem muss die angebotene Wohnform für zwei Personen geeignet sein, wenn die pflegebedürftige Person wünscht gemeinsam mit dem Ehe- oder Lebenspartner untergebracht zu werden. Nach dem Tod der pflegebedürftigen Person bleibt das Wohnrecht für den Partner aufrecht (Schulz 2010a).

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Die pflegebedürftigen Personen müssen abhängig vom Einkommen für einen Teil der Pflegekosten in den Alten- und Pflegeheimen aufkommen (Schulz 2010a, S. 2). Die genaue Höhe der privaten Zuzahlung wird über komplexe Berechnungen abhängig von ihrer finanziellen Situation ermittelt. Die privaten Zuzahlungen dürfen maximal 20 Prozent des Einkommens betragen, das Vermögen wird nicht herangezogen (Merlis 2000; Strandberg-Larsen et al. 2007). In den betreuten Wohnformen gilt generell, dass die Pflegeleistungen kostenlos sind, Bewohner aber für Miete und Betriebskosten aufkommen müssen. Hier gibt es die Möglichkeit, abhängig vom Einkommen Zuschüsse zu erhalten (Schulz 2010a).

Probleme

Das bedeutendste Problem im stationären Pflegesektor stellen die mitunter langen Wartezeiten auf einen Alten- und Pflegeheimplatz dar. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wurden zwei Maßnahmen ergriffen:

- Bleibt ein Patient länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus, weil aufgrund fehlender Kapazitäten kein Pflegeheimplatz oder Platz in einer betreuten Wohnform verfügbar ist, muss die Gemeinde die dadurch entstehenden Kosten tragen.

- Mit 1. Jänner 2009 wurde eine Heimplatzgarantie eingeführt, die festlegt, dass die maximale Wartezeit für einen Pflegeheimplatz oder einen Platz in einer betreuten Wohneinrichtung zwei Monate beträgt (Schulz 2010a).

1.2.2. Teilstationäre Pflege

Angebot und Organisation der teilstationären Pflege

Im Jahr 2006 existierten rund 29.500 Plätze in Tageszentren (Schulz 2010a). Tageszentren werden sowohl von Seiten der Gemeinden finanziert als auch über private Organisationen. In vielen Fällen sind sie an Pflegeheime oder betreute Wohnungen angegliedert (Stuart, Weinrich 2001).

1.2.3. (Formelle) Ambulante Pflege

Angebot und Organisation der ambulanten Pflege

Durch das klare Bekenntnis zur Ambulantisierung der Pflege sind ambulante Dienste¹³ in Dänemark deutlich weiter verbreitet und umfassender als in anderen europäischen Ländern (OECD 2008).

Im Jahr 2006 wurden 57.876.075¹⁴ Leistungsstunden von ambulanten Diensten erbracht. Die Anzahl der erbrachten Leistungsstunden ist seit 2000 relativ konstant. Sie stieg im Zeitraum von 2000 bis 2006 um 4 Prozent (Schulz 2009).

Die Leistungserbringung der ambulanten Dienste wird im Rahmen eines individuellen Assessments festgestellt und ist am Bedarf des Einzelnen orientiert. Der daraus resultierende Leistungsanspruch ist garantiert, klar definiert und kostenlos, sowie unabhängig von der jeweiligen Wohnform, wie zum Beispiel „Anziehen jeden Morgen“, „Duschen jeden Abend“, „Reinigung des Küchenbodens einmal in der Woche“ (Stuart, Weinrich 2001; Hansen 2002).

Bis zum Jahr 2002 waren die Gemeinden faktisch Monopolanbieter von ambulanter Pflege/Betreuung. Im Jänner 2003 wurde ein Gesetz verabschiedet, welches den Markt auch für private Anbieter öffnete und den pflegebedürftigen Personen eine freie Wahl zwischen den Anbietern ermöglichte. Daraufhin mussten die Gemeinden alle jene privaten Anbieter auf dem Markt zulassen, welche die Leistungsstunden zu denen von ihnen kalkulierten Preisen und festgesetzten Qualitätsstandards erbringen können. Die Preise und

¹³ Die Leistungserbringung der ambulanten Dienste bezieht sich vor allem auf Hilfe und Unterstützung in den Bereichen Haushaltsführung und Hausarbeit

¹⁴ Inkl. Leistungsstunden in „nursing homes“

Qualitätsstandards können von Gemeinde zu Gemeinde variieren und werden jährlich angepasst (OECD 2008).

In Folge boten im Jahr 2003 rund 200 private Anbieter ihre Dienste an. Die meisten waren kleine Unternehmen, welche hauptsächlich Leistungen im Bereich der Haushaltsführung/Hausarbeit anboten. Im Jahr 2006 wurden 4 Prozent der Klienten, welche Leistungen im Bereich der persönlichen Hilfe und Unterstützung, und 21 Prozent der Klienten, welche Leistungen im Bereich Haushaltsführung/Hausarbeit beanspruchten, von privaten Anbietern betreut. Ein Grund für die geringe Zahl von privaten Anbietern vor allem im Bereich der persönlichen Hilfe und Unterstützung ist die Tatsache, dass es sich hierbei um ein völlig neues Betätigungsfeld handelt, welches zuvor öffentlichen Trägern vorbehalten war (OECD 2008). Ein weiterer Grund ist die unzureichende Information der pflegebedürftigen Personen. Diesen ist oft nicht bewusst, dass sie zwischen den Anbietern frei wählen können und dass private Anbieter überhaupt existieren (Schulz 2010a).

Für eine Analyse, inwiefern sich die Marktöffnung auf den Wettbewerb und die Produktivität ausgewirkt hat, ist es noch zu früh. Es ist jedoch eine klar positive Korrelation zwischen dem Markteintritt eines privaten Providers in einer Gemeinde und dem durchschnittlichen Einkommen in einer Gemeinde zu beobachten. Das trifft insbesondere auf private Anbieter im Bereich Haushaltsführung/Hausarbeit zu. Diese erhoffen sich nämlich von einkommensstarken Klienten den Zukauf von weiteren nicht durch den Staat gedeckten Leistungen wie zum Beispiel Reinigung des gesamten Hauses oder Unterstützung bei der Gartenarbeit (OECD 2008).

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Bei der Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden ist generell zwischen vorübergehender und dauerhafter Inanspruchnahme von ambulanten Diensten zu unterscheiden. Eine vorübergehende Inanspruchnahme von ambulanten Diensten ist im allgemeinen kostenpflichtig, Befreiungen gibt es nur für Personen mit sehr niedrigem Einkommen. Eine dauerhafte Inanspruchnahme von ambulanten Diensten ist hingegen kostenlos. Die Gemeinden können jedoch Gebühren für Ausgaben, die nicht die Personalausgaben betreffen (wie etwa Wäschereigebühren oder Verpflegungskosten), verrechnen (Schulz 2010a).

1.2.4. Informelle Pflege

Wie viel informelle Pflege?

Die informelle Pflege durch familiäre Angehörige spielt zwar auch in Dänemark eine wichtige, im internationalen Vergleich aber untergeordnete Rolle. Informationen zu Angebot und Nachfrage von informeller Pflege sowie zu den Charakteristika der informellen Pfleger sind nicht zuletzt deswegen nur spärlich vorhanden (Kröger 2005). Leeson (2004) führte eine Umfrage zur Situation von Personen über 60 Jahren durch. Diese ergab, dass weniger als ein Prozent der Befragten in letzter Zeit persönliche Hilfe-/Pflegeleistungen von Familienangehörigen oder Mitgliedern von sozialen Netzwerken erhalten haben. Eine weitere Untersuchung von Hansen und Platz (1995) zitiert nach Stuart und Weinrich (2001) ergab, dass bis zu 60 Prozent der Älteren in Dänemark in irgendeiner Form Hilfe von Familienangehörigen, Freunden oder Nachbarn erhielten, welche jedoch in den meisten Fällen nicht die einzige Quelle von Pflegeleistungen ist. Wenn ältere Menschen Hilfe durch Familienangehörige oder Freunde erhalten, so betrifft dies meist Unterstützung in der Haushaltsführung oder bei der Gartenarbeit (Schulz 2010a).

Welche Unterstützung gibt es für informelle Pflege?

Obwohl informelle Pflege in Dänemark nicht weit verbreitet ist, gibt es gesetzlich fixierte staatliche Unterstützungen für pflegende Familienangehörige. Die Gemeinden bieten Ersatzpflege und Pflegeurlaub an und die Möglichkeit einer Anstellung von pflegenden Angehörigen als Mitarbeiter. Diese Anstellung ist auf maximal sechs Monate begrenzt, und es müssen eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein, unter anderem die Erwerbstätigkeit der pflegenden Angehörigen. Das monatliche Gehalt beträgt 16.556 DKK (rund 2.220 EUR) (Schulz 2010a). Finanzielle Zuschüsse gibt es auch für die Sterbebegleitung durch Angehörige im eigenen Heim. Sind die Angehörigen berufstätig, so erhält der Arbeitgeber das 1,5-fache des Krankengeldes, das der Arbeitnehmer im Krankheitsfall erhalten hätte und der Arbeitnehmer erhält weiterhin sein bisheriges Gehalt. Nicht berufstätige Angehörige, die die Sterbebegleitung leisten, erhalten monatlich 11.609 DKK (rund 1.560 EUR) (Consolidation Act on Social Services, Kapitel 23).

1.2.5. Alternative Betreuungsformen

Ein Grundgedanke des dänischen Pflegesystems ist, Wohn- und Versorgungsangebote getrennt voneinander anzubieten. Das bedeutet, dass eine bestimmte Wohnform nicht zwangsläufig an eine bestimmte Versorgungsform gebunden ist (Stuart, Weinrich 2001).

Als Grundlage hierfür wurden in allen Gemeinden sogenannte 24-Stunden-Pflegeteams geschaffen. Diese stellen im Bereich der Heimhilfe und Hauskrankenpflege ihre Leistungen 24 Stunden und 7 Tage die Woche zur Verfügung. Pflegebedürftige Personen können zum

Beispiel regelmäßig geplante Besuche in der Nacht mit den Pflegeteams vereinbaren oder Unterstützung beim Gang zur Toilette per Telefon anfordern. Diese flexible Betreuungsform schafft für viele pflegebedürftige Personen eine Alternative zu einer stationären Versorgung und somit die Möglichkeit, in jeder Wohnform (z.B. zu Hause, Senioren WG) umfassende Hilfe und Betreuung in Anspruch zu nehmen (Stuart, Weinrich 2001).

Präventive Hausbesuche

Ein wichtiger Eckpunkt im dänischen Pflegesystem sind die sogenannten präventiven Hausbesuche. Im Jahr 1998 wurden Gemeinden gesetzlich verpflichtet, jedem Bürger ab 75 Jahren 2-mal jährlich Hausbesuche anzubieten. Das Hauptziel der präventiven Hausbesuche ist, den Personen solange wie möglich zu einem autonomen, unabhängigen und selbstbestimmten Leben zu verhelfen, indem ein möglicher Hilfebedarf frühzeitig erkannt wird. Eine Evaluierung von Hendriksen und Vass (2005) zeigte, dass etwa 60 Prozent der älteren Menschen derartige Hausbesuche in Anspruch nehmen.

Die Umsetzung variierte jedoch stark zwischen den einzelnen Gemeinden, z.B. wurde für die praktische Durchführung in einer Gemeinde ein interdisziplinäres Team und in einer anderen Gemeinde ein Hausarzt eingesetzt. Außerdem hatte weniger als die Hälfte der Gemeinden spezielle Leitlinien oder Qualitätskontrollmechanismen erarbeitet, wie derartige präventive Hausbesuche ablaufen sollten bzw. was sie beinhalten sollten. Aufgrund dessen wurde im Jahr 2005 das Gesetz zu den präventiven Hausbesuchen modifiziert. Seither können nur mehr Personen über 75 Jahren diesen Service in Anspruch nehmen, welche noch nicht von ambulanten Diensten betreut werden. Zudem werden von jeder Gemeinde qualitätssichernde Maßnahmen verlangt (Hendriksen, Vass 2005).

Die positiven Auswirkungen von präventiven Hausbesuchen hinsichtlich funktionellen Status, Aufnahmewahrscheinlichkeit in ein Pflegeheim und Mortalität sind in der internationalen Literatur gut dokumentiert (Stuck et al. 2002). Kronborg et al. (2006) untersuchten die Kosteneffektivität der präventiven Hausbesuche in Dänemark. Sie konnten aber keine wirkliche Evidenz für die Kosteneffektivität finden.

1.3. Probleme, Reformen und Lösungen

Die demographische Entwicklung in Dänemark stellt die Gemeinden vor ernsthafte Herausforderungen. Um die Kosten für die Pflege der älteren Bevölkerungsschichten zu reduzieren, wird versucht, Vorsorge- und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu forcieren und die Einbindung von älteren Personen in Familien-Netzwerken zu fördern. Trotz allem scheint es wahrscheinlich, dass Zuzahlungen und Leistungskürzungen in Zukunft zunehmend populärer werden könnten. Im Bereich der Leistungskürzungen ist unter anderem Folgendes angedacht: Hat ein Klient lediglich Anspruch auf Leistungen aus dem Bereich Haushaltsführung/Hausarbeit nicht aber aus dem Bereich persönliche Hilfe und

Unterstützung, soll er zukünftig die in Anspruch genommenen Leistungen selbst/privat finanzieren (OECD 2008; Strandberg-Larsen et al 2007).

Eine große Veränderung im Pflegesystem stellte das bereits erwähnte Gesetz zur stärkeren Einbindung von privaten Anbietern dar. Die Erfahrungen mit dieser Reform sind grundsätzlich als recht positiv anzusehen. So zeigte eine Umfrage, dass durch die Nutzung von privaten Anbietern eine leichte Steigerung der Zufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen erreicht werden konnte (Schulz 2010a).

Im Jahr 2007 wurde eine Reform zur Qualitätsverbesserung im Altenpflegebereich beschlossen. Die Reform hat folgende Ziele:

- Flexibilisierung und Anpassung der Pflegeleistungen an individuelle Bedürfnisse (Council of Europe 2008).
- Erstellung von klaren und messbaren Qualitätskriterien (Schulz 2010a).
- Schaffung von mehr Transparenz in der Leistungserbringung. Pflegebedürftige Personen sowie deren Angehörige sollten eindeutige Ansprechpartner haben und genau darüber informiert sein, welche Leistungen sie von den einzelnen Anbietern erwarten können (Council of Europe 2008).
- Reduzierung der Anzahl an unterschiedlichen Betreuern, welche den Klienten pflegen und betreuen. Ziel ist es, dass nur mehr eine Pflege-/Betreuungsperson als zentraler Ansprechpartner des Klienten fungiert (Schulz 2010a).

Gleichzeitig soll im Zuge der Qualitätsreform auch in neue Technologien investiert werden. Der spezielle Fokus liegt hier auf Technologien, welche Einsparungen in der Nutzung von Arbeitskräften mit sich bringen könnten (NSR 2008). Ebenso wird ein Akkreditierungsmodell getestet, welches Pflegepersonal systematisch bei der Qualitätsverbesserung durch Weiterbildungsangebote und Expertenfeedback unterstützen soll (Schulz 2010).

Die im Jahr 2007 erfolgte Verwaltungsreform hat nur geringfügige Auswirkungen auf das dänische Pflegewesen. Sie zielte vor allem auf eine vereinfachte und damit effizientere Verwaltungsstruktur ab. Im Zuge der Reform wurden die bis dahin bestehenden 14 Landkreise durch 5 Regionen ersetzt und die 273 Gemeinden auf 99 reduziert. Die Steuerhoheit und kommunale Selbstverwaltung der Gemeinden wurden ausgeweitet und damit auch deren Zuständigkeiten im Bereich des Gesundheits- und Pflegewesens. Ob und inwiefern diese Umstrukturierungsmaßnahmen zu Angebots- und Qualitätsunterschieden zwischen den Regionen führen, ist derzeit noch nicht abschätzbar (Mühlberger et al. 2008a).

2. Deutschland

2.1. Organisation der Leistungserbringung

Charakteristika des deutschen Pflegesystems

Im Mittelpunkt des deutschen Pflegesystems steht die gesetzliche Pflegeversicherung. Sie wurde 1994 als fünfte Sparte der Deutschen Sozialversicherung durch das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) eingeführt. Sie basiert auf einer Pflichtversicherung für alle gesetzlich- und privat-krankenversicherten Personen. Die Beitragspflicht für die Pflegeversicherung galt ab Anfang 1995. Ein Anspruch auf ambulante Leistungen bestand ab April 1995 und auf stationäre Leistungen ab Juli 1996.

Die Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die sozialen Pflegekassen, welche unter dem Dach der sozialen Krankenkassen angesiedelt sind. Jeder Krankenkasse ist demnach eine Pflegekasse angeschlossen. Die Pflegekassen sind ebenso wie die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung organisiert. Die Selbstverwaltungsorgane der Pflegekassen sind die Organe der Krankenkassen.

Die Leistungen der sozialen und privaten Pflegeversicherung sind identisch und gesetzlich fixiert. Sie werden in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI)¹⁵ pauschal gewährt, d.h. alters-, einkommens- und vermögensunabhängig. Die Pflegebedürftigkeit wird in Abhängigkeit von Art, Häufigkeit und Dauer des Pflegebedarfs in drei Stufen geteilt:

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die

¹⁵ Pflegebedürftig im Sinn des SGB XI sind Personen, welche wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.

- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

Der Leistungsanspruch wird auf Antrag der sozialen Pflegekassen von Ärzten des Medizinischen Dienstes (MDK) der Krankenversicherung überprüft. Bei einem gerechtfertigten Anspruch wird der Pflegebedürftige in eine der drei Pflegestufen eingestuft. Auch die meisten privaten Pflegekassen beauftragen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Klie 2005).

Im Rahmen der Leistungserbringung gilt der Grundsatz, dass der häuslichen Pflege (sei es formell oder informell) der Vorzug gegenüber der institutionellen Pflege zu geben ist. Damit soll erreicht werden, dass pflegebedürftige Personen so lange wie möglich in ihrem sozialen Umfeld bleiben können (vgl. §3 SGB XI).

Die verfügbaren Leistungen werden anhand von Rahmenverträgen festgelegt, welche die Landesverbände der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen abschließen. Diese Rahmenverträge regeln abgesehen davon auch beispielsweise die Festsetzung von örtlichen und regionalen Einzugsbereichen (vgl. §75 SGB XI).

Organisation

In Deutschland obliegt die Pflege vor allem den Ländern und den Pflegekassen. Folgende Aufgaben stehen im Verantwortungsbereich der beiden Akteure:

- Länder
Die Länder gewährleisten die quantitative Versorgung und die Effizienz der pflegerischen Infrastruktur (vgl. §9 SGB XI).
- Pflegekassen
Die Pflegekassen sind Kostenträger, stellen die Pflegebedürftigkeit fest, verhandeln die Preise für Leistungen der Anbieter und zeigen sich für die Qualitätskontrolle verantwortlich.

Kapazitätsplanung

Die Pflegeversicherung folgt dem Prinzip der Wettbewerbsneutralität und Marktöffnung. Sie sieht keine bedarfssteuernden Instrumente vor und lässt jeden Pflegeanbieter, welcher qualitätssichernde Leistungen erbringt, zum Markt der Pflegeleistungen zu. Privat-gemeinnützige und privat-private Anbieter werden bei der Zulassung zum Markt gegenüber öffentlichen Anbietern bevorzugt. Die Marktöffnung begrenzt die politische als auch die planerische Einflussnahme auf den Pflegesektor. Die Pflegeversicherung nimmt damit bewusst Überkapazitäten in Kauf und möchte damit den Wettbewerb zwischen den einzelnen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen fördern (Klie 2005).

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung ist im deutschen Pflegesystem im sogenannten Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) geregelt. Dieses verpflichtet stationäre Einrichtungen und mobile Dienste an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen teilzunehmen. Außerdem verpflichtet es stationäre Einrichtungen Qualitätsnachweise vorzulegen (Klie 2005).

Das Pflegequalitätssicherungsgesetz gewährt den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung umfassende Kontrollrechte gegenüber den Betreibern von stationären Einrichtungen und mobilen Diensten. Sie haben damit Zutrittsrechte zu Pflegeeinrichtungen und können anhand von Einzelprüfungen, Vergleichsprüfungen und Stichproben die Qualität der zu erbringenden Pflegeleistungen prüfen. Grundlage für die Qualitätsprüfungen sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung, welche gemäß §80 SGB XI von den Verbänden der Einrichtungsträger und den Verbänden der Kostenträger ausgehandelt werden (Klie 2005).

Durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz bestand im deutschen Pflegesystem de facto eine verpflichtende gesetzliche Qualitätssicherung. Da dieses Gesetz aber so gut wie nicht exekutiert wurde, fand Qualitätssicherung nicht statt. Die Pflegereform 2008 reagierte darauf mit dem Pflegeentwicklungsgesetz. Es soll eine stärkere Hinwendung zum Thema Qualität erwirken. Seither werden alle Pflegeanbieter (sowohl von Pflege zu Hause als auch von Pflegeheimen) jährlich auf ihre Qualität überprüft. Die Ergebnisse dieser Überprüfungen werden veröffentlicht (Klie 2005; Bundesministerium für Gesundheit 2008).

Integration und Koordination

Eine Integration/Leistungsverflechtung zwischen den einzelnen Sparten der Deutschen Sozialversicherung ist nicht wirklich gegeben. Vielmehr wird jede Sparte als eigene abgeschlossene „Einheit“ gesehen. Aufgrund dessen liegt ein Fokus der Pflegereform 2008

auf einer besseren Vernetzung, Integration und Koordination der einzelnen Sparten. Folgende Initiativen sind im Pflegebereich angedacht:

- Die Einführung von Pflegestützpunkten durch die Pflege- und Krankenkassen, welche die Beratung hinsichtlich verfügbaren Geld- und Sachleistungen, medizinischer Unterstützung und Sozialhilfeagenden unter einem Dach bündeln. Die Voraussetzung für die Schaffung derartiger Pflegestützpunkte ist die Zustimmung des jeweiligen Bundeslandes.
- Die Einführung von Case-Managern; seit 1. Jänner 2009 hat jede pflegebedürftige Person einen Rechtsanspruch auf einen Case-Manager, welcher sie in Pflegeangelegenheiten unterstützt (z.B. Vermittlung von Pflegediensten, Beratung von Betroffenen und Angehörigen über Leistungen).
- Ein verbessertes Entlassungsmanagement soll einen nahtlosen Übergang vom stationären Krankenhausaufenthalt in die ambulante Pflege, in ein Pflegeheim oder in ein Rehabilitationsprogramm gewährleisten.
- Erweiterung des XI. Sozialgesetzbuches um einen Paragraphen der „integrierten Versorgung“. Nach diesem Paragraphen können die Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen Verträge zur integrierten Versorgung schließen (Schulz 2010b).

2.2. Pflegesettings

Im Jahr 2007 waren 70,36 Millionen Personen in der sozialen Pflegeversicherung versichert und 9,25 Millionen Personen in der privaten Pflegeversicherung versichert. Das ist ein Versicherungsgrad von 97 Prozent der Bevölkerung.

2,25 Millionen Personen waren pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), davon 32 Prozent Männer und 68 Prozent Frauen. 83 Prozent der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, 35 Prozent 85 Jahre und älter.

Von den 2,25 Millionen Pflegebedürftigen wurden 1.033.000 (46 Prozent) informell zu Hause, 504.000 (22 Prozent) formell zu Hause und 709.000 (32 Prozent) in Pflegeheimen gepflegt. Gegenüber 1999 ist die Anzahl der in Heimen Versorgten um 24 Prozent, der durch ambulante Dienste Betreuten um 21 Prozent und der informell Gepflegten um 0,6 Prozent gestiegen.

2.2.1. Stationäre Pflege

Angebot und Organisation der stationären Pflege

Im Jahr 2007 gab es 11.029 zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime in Deutschland. Bei der Anzahl der Pflegeheime ist im Zeitraum von 1999 bis 2007 ein Anstieg von rund 25 Prozent zu verzeichnen, vgl. Tabelle 2. Die Heime standen fast ausschließlich unter privater Trägerschaft. Der Anteil der privat-gemeinnützigen Heime lag bei 55 Prozent, jener der privat-privaten Heime lag bei 39 Prozent im Jahr 2007. Lediglich 6 Prozent der Heime wurden 2007 öffentlich betrieben. Die Anzahl der Heime unter privater Trägerschaft ist im Zeitraum von 1999 bis 2007 um rund 28 Prozent gestiegen. Die Anzahl der Heime unter öffentlicher Trägerschaft ist im gleichen Zeitraum um rund 15 Prozent gesunken. Hier spiegelt sich sehr deutlich die gesetzliche Regelung wider, dass private gegenüber öffentlichen Anbietern bevorzugt werden, vgl. Tabelle 2.

In den meisten Heimen (93 Prozent) wurden schwerpunktmäßig ältere Menschen betreut. Bei 2 Prozent der Heime standen vor allem behinderte Menschen, bei 3 Prozent der Heime psychisch Kranke und bei 1 Prozent der Heime überwiegend Schwerkranke oder Sterbende im Mittelpunkt der Versorgung.

Die überwiegende Mehrzahl der Heime bot vollstationäre Dauerpflege an. Das Angebot der anderen Heime setzt sich entweder aus Kurzzeitpflege und/oder Tages- sowie Nachtpflege zusammen.

Tabelle 2: Anzahl an Pflegeheimen

	1999	2001	2003	2005	2007
Öffentlich	750	749	728	702	635
Privat-gemeinnützig	5.017	5.130	5.405	5.748	6.072
Privat-privat	3.092	3.286	3.610	3.974	4.322
Gesamt	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008.

Im Durchschnitt betreute ein Pflegeheim 64 Pflegebedürftige im Jahr 2007. Die privat-privaten Träger betrieben hierbei die kleinsten Einrichtungen mit durchschnittlich 54 Pflegebedürftigen. Die privat-gemeinnützigen Heime betreuten hingegen durchschnittlich 71 und die öffentlichen Heime im Durchschnitt 77 Pflegebedürftige (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Durchschnittliche Anzahl der betreuten Personen in einem Heim

	1999	2001	2003	2005	2007
Öffentlich	96,2	94,2	90,0	88,8	85,4
Privat-gemeinnützig	81,1	81,0	79,9	78,1	77,3
Privat-privat	53,9	57,2	59,8	61,9	63,7
Gesamt	72,9	73,6	73,2	72,6	72,5

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Bei einer Betrachtung der Pflegeheimplätze ist das Bild ähnlich. Die Anzahl an verfügbaren Pflegeplätzen stieg zwischen 1999 und 2007 ebenfalls um rund 25 Prozent. Primär stellen auch hier die privaten Träger die Pflegeplätze zur Verfügung. Von den 799.059 entfielen 59 Prozent auf die privat-gemeinnützigen Anbieter und 34 Prozent auf die privat-privaten Anbieter. Seit 1999 haben vor allen die privat-privaten Träger ihre Kapazitäten deutlich erhöht. Sie verzeichnen einen Kapazitätsanstieg von 65 Prozent (vgl. Tabelle 4).

Von den 799.059 Pflegeplätzen waren 765.736 (96 Prozent) als vollstationäre Dauerpflegeplätze ausgestaltet. Die meisten Dauerpflegeplätze waren auf 1-Bett-Zimmer (426.842) bzw. 2-Bett-Zimmer (328.921) aufgeteilt. Lediglich 9.973 Pflegeplätze waren auf 3- und mehr-Bett-Zimmer aufgeteilt. Im Jahr 2007 waren die vollstationären Pflegeplätze durchschnittlich zu 87,6 Prozent ausgelastet.

Tabelle 4: Anzahl an Pflegeplätzen

	1999	2001	2003	2005	2007
Öffentlich	72.114	70.542	65.551	62.326	54.228
Privat-gemeinnützig	406.705	415.725	431.743	448.888	469.574
Privat-privat	166.637	188.025	215.901	245.972	275.257
Gesamt	645.456	674.292	713.195	757.186	799.059

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008.

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Bei der Inanspruchnahme von stationärer und teilstationärer Pflege übernimmt die Pflegekasse die lediglich pflegerischen Aufwendungen. In Abhängigkeit der Pflegestufe beträgt die monatliche Aufwandsentschädigung seitens der Pflegekassen im Jahr 2010 1.023 Euro für Pflegestufe I, 1.279 Euro für Pflegestufe II, 1.510 für Pflegestufe III und 1.825 Euro in besonderen Härtefällen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung haben die

pflegebedürftigen Personen grundsätzlich selbst zu tragen. Diese betragen im Jahr 2007 durchschnittlich 580 Euro. Reichen die privaten Mittel hierfür nicht aus, haben die pflegebedürftigen Personen die Möglichkeit, um eine einkommensabhängige Sozialhilfe anzusuchen (Schulz 2010b).

Probleme

In vielen europäischen Ländern gibt es mitunter lange Wartezeiten auf einen Pflegeheimplatz. Da in Deutschland das Prinzip der Wettbewerbsneutralität und Marktöffnung vorherrscht, welches Überkapazitäten mit sich bringt, existiert ein derartiges Problem nicht. Wie oben erwähnt, waren die Pflegeheime im Jahr 2007 durchschnittlich zu 88 Prozent ausgelastet.

2.2.2. Teilstationäre Pflege

Angebot und Organisation der teilstationären Pflege

Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 21.610 Tagespflegeplätze und 434 Nachtpflegeplätze. Bei den Tagesplätzen übersteigt die Nachfrage das Angebot. Im Durchschnitt waren sie zu 108 Prozent ausgelastet.

Die Nachfrage nach Nachtpflegeplätzen dürfte so gut wie nicht gegeben sein. Einerseits ist das Angebot an Nachtpflegeplätzen mit 434 bei 2,25 Millionen Pflegebedürftigen äußerst gering und andererseits waren die zur Verfügung stehenden Plätze lediglich zu 8 Prozent ausgelastet.

2.2.3. (Formelle) Ambulante Pflege

Angebot und Organisation der ambulanten Pflege

Im Jahr 2007 existierten in Deutschland 11.529 zugelassene ambulante Pflegedienste. Ihre Anzahl stieg im Zeitraum zwischen 1999 und 2007 um 7 Prozent. Damit fällt der Anstieg in diesem Bereich deutlich geringer aus als im Bereich der Pflegeheime (vgl.

Tabelle 5).

Fast alle Pflegedienste wurden von privaten Trägern betrieben. 6.903 befanden sich unter privat-privater Trägerschaft, 4.435 unter privat-gemeinnütziger Trägerschaft und 2 Prozent unter öffentlicher Trägerschaft. Im Betrachtungszeitraum 1999-2007 stieg die Anzahl an privat-privaten Pflegediensten deutlich an, während die Anzahl bei den privat-gemeinnützigen und öffentlichen Pflegediensten rückläufig war (vgl. Tabelle 5).

97 Prozent der Pflegedienste boten neben der Heimhilfe auch Hauskrankenpflege an.

Tabelle 5: Anzahl an ambulanten Pflegediensten

	1999	2001	2003	2005	2007
Öffentlich	213	204	183	193	191
Privat-gemeinnützig	5.103	4.897	4.587	4.4457	4.435
Privat-privat	5.504	5.493	5.849	6.327	6.903
Gesamt	10.820	10.594	10.619	10.977	11.529

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008.

Durchschnittlich betreute ein Pflegedienst 44 Pflegebedürftige. Die privat-privaten Dienste versorgten im Durchschnitt 33 Pflegebedürftige, die privat-gemeinnützigen 60 Pflegebedürftige und die öffentlichen 52 Pflegebedürftige. Prinzipiell geht seit 1999 die Tendenz hin zu größeren Pflegedienststeinheiten. Das spiegelt sich in der gesunkenen Anzahl an öffentlichen und privat-gemeinnützigen Pflegediensten bei gleichzeitig gestiegener Anzahl an betreuten Personen wider (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Durchschnittliche Anzahl betreuter Personen pro ambulantem Pflegedienst

	1999	2001	2003	2005	2007
Öffentlich	36,8	42,0	42,7	45,1	52,1
Privat-gemeinnützig	50,9	53,4	56,2	5,8	59,8
Privat-privat	26,9	30,0	31,6	32,1	33,2
Gesamt	38,4	41,0	42,4	43,0	43,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Im Jahr 2007 wurden 504.232 Personen von ambulanten Pflegediensten versorgt. Gegenüber 1999 hat die Bedeutung der Versorgung der ambulanten Dienste zugenommen: Die Zahl der Versorgten stieg um 21 Prozent. Am stärksten haben hierbei die privat-privaten Pflegedienste ihre Kapazitäten erhöht (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Anzahl an betreuten Personen

	1999	2001	2003	2005	2007
Öffentlich	7.837	8.567	7.808	8.698	9.948
Privat-gemeinnützig	259.648	261.365	257.564	259.703	265.296
Privat-privat	147.804	164.747	184.754	203.142	228.988
Gesamt	415.289	434.679	450.126	471.543	504.232

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008.

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Bei der Inanspruchnahme von formaler ambulanter Pflege richtet sich die Höhe der Sachleistungen ebenfalls nach der Pflegestufe. Im Jahr 2010 erhalten pflegebedürftige Personen der Stufe I Sachleistungen in der Höhe von 440 Euro, der Stufe II Sachleistungen in der Höhe von 1.040 Euro und der Stufe III Sachleistungen in der Höhe von 1.510 Euro. In besonderen Härtefällen beträgt die Höhe der Sachleistungen 1.918 Euro (Schulz 2010b). Zu beachten ist, dass der Wert der Sachleistungen für formale ambulante Pflege besonders in Stufe I, und in geringem Maße auch in Stufe II, niedriger als die Aufwandsentschädigung für stationäre Pflege der jeweils selben Stufe ist. Dies stellt – entgegen den meisten anderen internationalen Finanzierungsmodellen – einen systeminhärenten Anreiz für die Pflegebedürftigen dar, stationäre Pflege gegenüber ambulanter zu bevorzugen, und zwar insbesondere bei relativ niedrigem Pflegebedarf. Man könnte zwar argumentieren, dass die kostspieligere stationäre Versorgung höhere öffentliche Zahlungen rechtfertigt, aus Sicht der Gepflegten und ihrer Angehörigen dürfte diese Überlegung aber sekundär sein (Schulz 2010b).

Wenn die pflegebedürftigen Personen die ihnen zustehenden Sachleistungen nur teilweise in Anspruch nehmen, erhalten sie daneben ein anteiliges Pflegegeld.

2.2.4. Informelle Pflege

Wie viel informelle Pflege?

Die exakte Anzahl an Personen, welche in Deutschland informell gepflegt werden, ist nicht bekannt. 1.033.286 pflegebedürftige Personen erhielten im Jahr 2007 ausschließlich Pflegegeld (62 Prozent der Stufe I, 30 Prozent der Stufe II, 8 Prozent der Stufe III), was bedeutet, dass sie in der Regel zu Hause ausschließlich informell durch Angehörige gepflegt wurden. Davon waren 40 Prozent männlich und 60 Prozent weiblich und rund 75 Prozent 65 Jahre oder älter. Es ist davon auszugehen, dass die Gesamtzahl an informell gepflegten

Personen jedoch deutlich höher ist, unter anderem durch die Mindestanforderung für Stufe I (Schulz 2010b).

Welche Unterstützung gibt es für informelle Pflege?

Die pflegebedürftigen Personen erhalten in Abhängigkeit vom Grad ihrer Pflegebedürftigkeit ein monatliches Pflegegeld. Dieses soll ihnen ermöglichen die pflegebedingten erhöhten Ausgaben zu finanzieren und pflegenden Angehörigen eine Aufwandsentschädigung zu zahlen. Im Jahr 2010 beträgt das Pflegegeld der Stufe I 225 Euro, der Stufe II 430 Euro und der Stufe III 685 Euro. Zudem erhalten die pflegebedürftigen Personen pro Jahr 1.510 Euro, was zur Finanzierung von professioneller Betreuung während der Urlaubszeiten der Pflegeperson dient. Auch hier ist zu beachten, dass das im Vergleich zum öffentlichen Finanzierungsbeitrag niedrige Pflegegeld je Stufe einen Anreiz darstellen kann, formelle Pflege zu bevorzugen (Schulz 2010b).

Die informellen Pflegepersonen sind während ihrer pflegerischen Tätigkeit automatisch pensions- und unfallversichert, wenn sie eine Mindestzahl von Pflegestunden erreichen. Im Zuge der Pflegereform wurde auch eine sogenannte „Pflegekarenz“ eingeführt. Sie ermöglicht berufstätigen Personen eine Pflegekarenz von maximal 6 Monaten in Anspruch zu nehmen. Währenddessen erhalten die Personen keine Gehaltfortzahlung, sind aber weiterhin sozialversichert, wenn sie mindestens 14 Stunden pro Woche Pflege leisten. Außerdem stehen den Pflegepersonen unentgeltliche Schulungen zur Verfügung wo sie den Umgang mit pflegebedürftigen Personen lernen (Schulz 2010b).

2.2.5. Alternative Betreuungsformen

Alternative Betreuungsformen zielen mitunter darauf ab, pflegebedürftige Personen in ihrem Wunsch nach einer selbstbestimmten Lebensführung zu unterstützen; in diese Richtung weist auch die besondere Unterstützung neuer Pflegesettings in Deutschland.

Wohngruppen, Senioren WGs

Seit der Pflegereform 2008 besteht die Möglichkeit, dass pflegebedürftige Personen am gleichen Wohnsitz ihre Sachleistungsansprüche poolen und gemeinsam Leistungen wie Basispflege und Haushaltshilfe beantragen. Aus dem Poolen der Ansprüche verspricht man sich das Ausschöpfen von Effizienzreserven. Die dadurch gewonnene Zeit sollen ambulante Dienste ausschließlich für Leistungen im Interesse der gepflegten Pool-Teilnehmer verwenden. Derzeit sind diese Wohngruppen allerdings noch nicht weit verbreitet (Bundesministerium für Gesundheit 2008).

2.3. Probleme, Reformen und Lösungen

2.3.1. Probleme

Zu den immer wieder thematisierten Problemen im deutschen Pflegewesen zählten/zählen drei große Bereiche:

- 1) Strukturelle Probleme in der Leistungserbringung:
 - Mangelnde Qualität in der Leistungserbringung
 - Zu langsame fortschreitende Etablierung von alternativen Betreuungsformen
 - Fehlende Integration zwischen Gesundheits- und Pflegewesen

- 2) Probleme aufgrund fehlender Mittel:
 - Reale Kürzung der Sachleistungsbezüge und des Pflegegelds bedingt durch eine fehlende Valorisierung
 - Personalengpässe in Pflegeheimen
 - Der enge Begriff der Pflegebedürftigkeit führt in der Regel dazu, dass demenzkranke Personen nicht als pflegebedürftig erscheinen und daher keinen Anspruch auf Sachleistungen oder Pflegegeld haben

- 3) Stagnierende Einkünfte der sozialen Pflegekassen bedingen steigende Defizite von diesen

Nicht zuletzt deswegen kam es 2008 zu einer Reform im Pflegewesen.

2.3.2. Reformen

Im Jahr 2008 wurde in Deutschland eine umfassende Pflegereform verabschiedet. Zu den wichtigsten Reformpunkten zählen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2008):

- Schrittweise Erhöhung der meisten Leistungen bis 2012, ab 2015 eine Leistungsdynamisierung im Drei-Jahres-Rhythmus
- Steigerung des Betreuungsbetrags für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (wie etwa demenzkranke oder psychisch kranke Menschen) von bisher bis zu 460 Euro jährlich auf bis zu 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 Euro (erhöhter Betrag)
- Heime können für Menschen, welche besondere Betreuung brauchen, Betreuungsassistenten einstellen.
- Rechtsanspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)

- Errichtung von Pflegestützpunkten durch die Pflege- und Krankenkassen, wenn die einzelnen Bundesländer sich für den Aufbau von Pflegestützpunkten entscheiden.
- Pflegende Angehörige erhalten einen Anspruch auf eine Pflegekarenz von bis zu sechs Monaten bzw. die Möglichkeit einer kurzfristigen Freistellung für bis zu zehn Tage, wenn ein Angehöriger unerwartet pflegebedürftig wird.
- Zusätzliche Förderung von niedrighschwelligen Angeboten (zum Beispiel Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung von pflegenden Angehörigen), ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfegruppen im Pflegebereich
- Jährliche und grundsätzlich unangemeldete Kontrolle von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die Qualitätsberichte werden in verständlicher Form veröffentlicht.

Eine Evaluation der Pflegereform 2008 existiert derzeit noch nicht.

3. Frankreich

3.1. Organisation der Leistungserbringung

Charakteristika des französischen Pflegesystems

Das französische Pflegesystem kann als eine Mischung des Bismarck'schen Versicherungssystems und des über Staatseinnahmen finanzierten Beveridge-Systems charakterisiert werden, wobei die Eigenschaften des letzteren überwiegen. Das Hauptinstrument in der Steuerung des Pflegesystems ist die persönliche Beihilfe zum selbständigen Leben, APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Je nach Pflegebedürftigkeit werden die Empfänger der APA in sechs verschiedene Stufen eingeteilt, wobei Stufe 1 einer vollkommenen Abhängigkeit entspricht und Stufe 6 einer vollkommenen Unabhängigkeit. Alle Personen bis Stufe 4 haben ein gesetzliches Anrecht auf staatliche Unterstützung, wobei die Höhe vom Einkommen des Empfängers abhängig ist. Diese Unterstützung ist an ein bestimmtes Pflegepaket zweckgebunden. Die korrekte Nutzung wird überprüft. Durchschnittlich bezieht eine zu Hause gepflegte Person APA in Höhe von 490 Euro und stationär gepflegte Personen 410 Euro (Prévot 2009, zitiert nach Joel et al. 2010).

Im Jahr 2009 bezogen insgesamt 1.117.000 Personen APA, davon 88.000 Personen der Stufe 1, 314.000 der Stufe 2, 217.000 der Stufe 3 und 498.000 der Stufe 4. 61 Prozent der APA-Empfänger wurden zu Hause und 39 Prozent in Heimen gepflegt/betreut (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: APA Empfänger 2009

	Zu Hause		Heim		Gesamt	
	in 1000	In %	in 1000	In %	in 1000	In %
Stufe 1	18	2,6	70	16,2	88	7,9
Stufe 2	125	18,2	189	43,9	314	28,1
Stufe 3	149	21,7	68	15,8	217	19,4
Stufe 4	394	57,4	104	24,1	498	44,6
Gesamt	686	100	431	100	1117	100

Quelle: Debou und Lo (2009).

In Frankreich hatten im Jahr 2007 rund 3 Millionen Personen, was über 20 Prozent der über 60 jährigen Personen in Frankreich entspricht, eine zusätzliche private Pflegeversicherung abgeschlossen. Damit gilt Frankreich noch vor den USA als einer der wichtigsten Märkte für eine private Absicherung des Pflegerisikos (Le Bihan und Martin 2010). Ein Grund für den relativen hohen Anteil an privaten Pflegeversicherungen sind die breiten Debatten in den

Medien über die Risiken des Alters und die mangelnden Leistungen des staatlichen Absicherungssystems (Wild 2010).

Frankreich ist ein traditionell sehr zentralisiertes Land, in welchem der Präsident und das Parlament mit weitreichenden Rechten befugt sind. Es ist in 26 Regionen unterteilt, welche sich wiederum in insgesamt 100 Départements gliedern. Im Bereich der Pflege beschließt die Zentralregierung die prinzipielle Gesetzgebung und die Philosophie des Systems. Seit den 1980er Jahren gibt es allerdings einen Trend hin zur Dezentralisierung, welcher sich auch im Pflegesektor niederschlägt. Mittlerweile übernehmen die Départements die wichtigsten Aufgaben dezentral in ihrem Gebiet. Sie nehmen an der Finanzierung, Kapazitätenplanung, der Regulierung, der Organisation und der Qualitätsüberwachung teil.

Organisation und Kapazitätsplanung

Die Organisation des Pflegesektors geschieht auf mehreren Ebenen und ist relativ komplex. Das Parlament und die Zentralregierung geben in Mehrjahresplänen die prinzipielle Richtung der gesamten Pflege (Quantität und Qualität) vor. Zudem beschließt das Parlament Ausgabenzielvorgaben des gesamten Gesundheits- und Sozialbereichs, welche sie der Sozialversicherung übermittelt. Diese bestimmt hieraus eine Zielvorgabe für die Ausgaben für Pflege von alten Menschen. Eine Pflegekasse (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) verteilt dieses Budget schließlich an die einzelnen Generalräte (conseils généraux). Diese Generalräte nehmen seit der zweiten französischen Dezentralisierungswelle im Jahr 2004 eine Schlüsselposition in der Organisation der Pflege ein. Sie erstellen 5-Jahres-Pläne, welche den aktuellen und zukünftigen Pflegebedarf analysieren und zusammenhängend damit das aktuelle und zukünftige Angebot an Pflegedienstleistungen in ihrem Département festlegen. Auch die Planung und Durchsetzung von integrierter Versorgung, sowie die Evaluierung vorangegangener Projekte geschieht in diesen Plänen. Ein weiteres Gremium auf Départementebene stellen die Vertretungen des Gesundheits- und Sozialamts in den Départements (DDASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) dar. Diese sind mit den Generalräten und den Pflegeheimen in die Kapazitätsplanung, Preisfestsetzung und Qualitätsüberprüfung der Heime eingebunden. Auch bei der Kapazitätsplanung des Angebotes von mobilen Diensten und der Evaluierung der Qualität derselben spielen sie eine große Rolle. Die Verantwortung der Regionen und Gemeinden ist hingegen relativ gering. Auf regionaler Ebene wird alle drei Jahre eine Evaluation des Bedarfs mit dem Ziel Versorgungsunterschiede zwischen den Regionen auszumerzen getätigt. Die Gemeinden können hauptsächlich Einfluss auf das Angebot von Heimhilfe-Dienstleistungen nehmen (Joel et al. 2010).

Qualitätssicherung

Es existiert keine verpflichtende Qualitätssicherung im französischen Pflegewesen. Im stationären Bereich konnte mit dem Conventionnement Tripartite (= vertragliche

Übereinkunft zwischen drei Parteien) ein wichtiger erster Schritt gemacht werden. Diese Übereinkünfte finden zwischen den drei wichtigsten Akteuren in diesem Sektor statt: Den Conseils Generaux, dem DDASS und den Pflegeheimen. Pflegeheime, die an dem Conventionnement Tripartite teilnehmen, verpflichten sich die Pflegeleistungen nach fix festgesetzten Qualitätsstandards zu erbringen. Die Übereinkunft kann daher auch als eine Art Qualitätssiegel gesehen werden (Joel et al. 2010).

Integration und Koordination

Auch in Frankreich existiert eine Schnittstellenproblematik einerseits zwischen einzelnen Pflegesettings und andererseits zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesystem. Als Antwort hierauf wurden zwei nennenswerte Initiativen gestartet. Um das Nahtstellenmanagement innerhalb des Pflegesystems zu verbessern, wurden sogenannte CLICs (Centre local d'Information et de Coordination) eingerichtet. Ihre Aufgaben bestehen darin, Pflegebedürftigen und ihren Familien generelle Informationen über das Pflegesystem bereitzustellen und sie bei konkreten Fragestellungen zu unterstützen. Um das Nahtstellenmanagement zwischen dem Gesundheits- und Pflegewesen zu optimieren, wurden sogenannte RSGs (Reseaux de Santé Gérontologique) installiert. Auch ihr Aufgabenbereich liegt hauptsächlich in der Bereitstellung und Vermittlung von Information. Im Konkreten sollen sie Pflegebedürftigen und ihren Familien aufzeigen, welche Pflege- und Betreuungsformen ihnen nach der Krankenhausentlassung zur Verfügung stehen. Dadurch soll eine reibungslose und durchgehende Unterstützung zwischen Krankenhäusern und Pflegedienstleistungen (in Heimen oder zu Hause) garantiert werden (vgl. Joel et al. 2010). Auch wenn diese beiden Einrichtungen noch nicht die gesamte Problematik lösen können, sind sie dennoch ein Schritt in die richtige Richtung und können auch als der Beginn eines Case Managements in Frankreich gesehen werden (Blanchard und Colvez 2008).

3.2. Pflegesettings

Im Jahr 2009 erhielten in Frankreich 1,12 Millionen Personen eine Form der Pflege, wobei über 60 Prozent der Empfänger zu Hause lebten (Debou und Lo 2009).

Grundsätzlich existieren in Frankreich formelle und informelle Pflege als Komplemente nebeneinander, wobei die informelle Pflege eine unverzichtbare Säule im französischen Pflegewesen darstellt. Ohne sie würde das System nicht funktionieren.

3.2.1. Stationäre Pflege

Angebot und Organisation der stationären Pflege

Stationäre Pflege wird auch in Frankreich hauptsächlich in Alten- und Pflegeheimen geleistet. Für besonders schwierige Fälle existieren in manchen Krankenhäusern spezielle Einheiten, welche für Altenpflege ausgestattet sind.

Im Jahr 2007 existierten 684.159 Plätze/Betten in 10.305 stationären Einrichtungen. Von den stationären Einrichtungen standen 60 Prozent unter öffentlicher, 26 Prozent unter privat-gemeinnütziger und 14 Prozent unter privat-privater Trägerschaft. Die Anzahl der privat-privaten Heime ist diejenige welche am schnellsten wächst. Der Auslastungsgrad der stationären Einrichtungen lag bei rund 97 Prozent (vgl. Joel et al. 2010).

Wie in den meisten europäischen Ländern ist auch in Frankreich die relative Anzahl an Plätzen/Betten in Heimen im Sinken begriffen. Im Jahr 1996 existierten 166 Betten pro 1.000 über 75 Jährige, im Jahr 2003 waren es noch 140 Betten und im Jahr 2008 nur noch 127 Betten (Joel et al. 2010).

In den letzten zehn Jahren wurden speziell für Demenzpatienten stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtungen geschaffen, welche auf deren spezifische Bedürfnisse ausgerichtet sind. Diese Einrichtungen, Cantou genannt, sollten ein Schritt weg von allgemeinen Pflegeheimen hin zu einer spezialisierten Einrichtung sein. In einem Umfeld, welches eher an normale Wohnungen erinnern soll, leben die Demenzpatienten in kleinen Einheiten zusammen. Colvez et al. (2002) zeigten, dass diese Art der Einrichtungen neben den positiven Aspekten für die Demenzpatienten sich auch sehr positiv auf die Angehörigen auswirkt.

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Grundsätzlich finanzieren sich die Alten- und Pflegeheime in Frankreich aus drei Quellen, zu denen die pflegebedürftigen Personen private Zuzahlungen zu leisten haben (Joel et al. 2009):

- Einnahmen für medizinische Pflege
- Einnahmen für Unterkunft und Verpflegung
- Einnahmen für den sozialen Aspekt der Pflege

Die **Kosten für die medizinische Pflege** werden von den Krankenkassen übernommen. Die Pflegebedürftigen müssen Zuzahlungen leisten, welche sich nach den Regelungen des Gesundheitssystems richten.

Die **Kosten der Unterkunft und Verpflegung** sind prinzipiell von den Bewohnern komplett selbst zu tragen. Diese Kosten schwanken zwischen den Heimen und liegen zwischen 33 und 80 Euro pro Tag. Prinzipiell können diese Kosten von den Heimen frei festgelegt werden, haben sie allerdings das Conventionnement Tripartite unterzeichnet, sind sie an die Preisregulierung gebunden. Sollten die Einkünfte der Heimbewohner nicht ausreichen, um die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst zu tragen, existieren staatliche Unterstützungen.

Bei den **Kosten für die sozialen Aspekte der Pflege** wie beispielsweise Unterstützung bei der Körperpflege wird ebenfalls ein Großteil durch die Bewohner gezahlt. Sie werden hierbei zwar von der APA unterstützt, Schätzungen zeigen allerdings, dass diese Unterstützung bei weitem nicht für die Bezahlung der gesamten Kosten ausreicht. Tabelle 9 gibt einen Einblick in die Höhe der Zuzahlungen für die persönliche Pflege. Diese betragen im Durchschnitt knapp über 150 Euro im Monat. Die Zuzahlung variiert je nach Höhe des verfügbaren Einkommens und der Schwere der Pflegebedürftigkeit stark. Bei einem Einkommen von unter 682 Euro pro Monat ist der Empfänger von Zuzahlungen befreit, bei einem Einkommen von über 2.720 Euro pro Monat muss er jedoch 90 Prozent seines Pflegepaketes aus eigenen Mitteln zahlen.

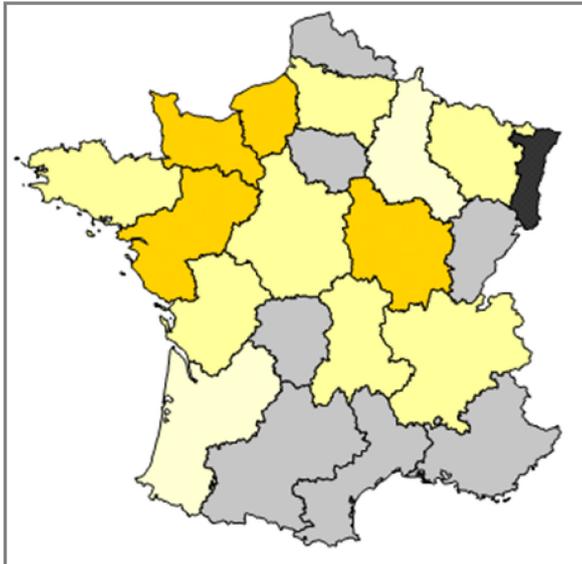
Tabelle 9: Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen

	Ausgaben pro gepflegter Person im Pflegeheim (in Euro)	Staatliche Ausgaben pro Empfänger (in Euro)	Durchschnittliche Zuzahlungen (in Euro)
GIR1 und 2	543	383	159
GIR3 und 4	338	192	146
Gesamt	461	307	154

Quelle: Le Bihan und Martin (2010)

Probleme

In der stationären Pflege in Frankreich gibt es immer wieder Berichte über Wartezeiten auf einen Platz in einem Alten- oder Pflegeheim. Aufgrund der schlechten Datenlage ist es jedoch nicht möglich diese zu quantifizieren. Zudem gibt es mitunter große regionale Unterschiede in der Versorgung mit Alten- und Pflegeheimen. Abbildung 25 stellt diese grafisch dar. Diese regionalen Unterschiede lassen sich unter anderem durch unterschiedliche gesellschaftliche Bedingungen – im Süden ist die informelle Pflege durch Angehörige traditionell wichtiger und weiter verbreitet – erklären.

Abbildung 25: Angebot an Pflege- und Altenheimplätzen pro Person 75+ (2006)

Legende: Gelb: Überdurchschnittliche Anzahl an Plätze, Grau: Unterdurchschnittliche Anzahl Plätze.

Quelle: Ernst und Young 2008

Ein weiteres Problem stellen die privaten Zuzahlungen in der stationären Pflege dar, welche mitunter eine nicht unbeträchtliche Höhe annehmen können. Diesbezügliche Schätzungen zeigen, dass die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt Kosten von 2.500 Euro pro Monat verursacht. Die APA Zuwendungen betragen (ebenfalls im Durchschnitt) jedoch nur 500 Euro pro Monat. Bei einer durchschnittlichen Pension von 1.200 Euro pro Monat bedeutet dies für sehr viele Menschen, dass sie ihre Ersparnisse für die Pflege aufbrauchen und teilweise gar darüber hinaus in Schulden geraten können. Le Bihan und Martin (2010) erwarten, dass sich dieser Trend aufgrund des demographischen Wandels noch verschärfen wird.

3.2.2. Teilstationäre Pflege

Angebot und Organisation der teilstationären Pflege

Über die teilstationäre Pflege in Frankreich lassen sich nur wenige Informationen finden. Laut Prevot et al. (2007) existierten am 31. Dezember 2003 knapp 6.000 Tagespflegeplätze und 1.100 Nachtpflegeplätze. Im Vergleich zu den über 670.000 Plätzen im stationären Setting spielt der teilstationäre Bereich also nur eine sehr geringe Rolle.

3.2.3. (Formelle) Ambulante Pflege

Insgesamt erhielten im Jahr 2007 662.000 Personen Betreuung und Hilfe aus dem Bereich der Heimhilfe und 71.000 Personen aus dem Bereich der Hauskrankenpflege.

Angebot und Organisation der ambulanten Pflege

Der Bereich der Heimhilfe umfasst im Allgemeinen alle Dienstleistungen, welche nicht direkt medizinische Pflege beinhalten, aber dennoch vielen Menschen erst die Möglichkeit geben, trotz Einschränkungen weiterhin zu Hause zu leben. Hierzu gehören Essen auf Rädern und Haushaltsführung, aber auch die persönliche Pflege. Im Jahr 2002 existierten 6.251 Anbieter von solchen Dienstleistungen. Diese waren zum Großteil (75 Prozent) privat-gemeinnützige Anbieter. Weitere 20 Prozent waren öffentliche und nur 5 Prozent privat-private Anbieter (Joel et al. 2010).

Auch die Hauskrankenpflege wird von privat-gemeinnützigen Anbietern dominiert. Beinahe zwei Drittel der knapp über 2.000 Anbieter von Hauskrankenpflege sind diesen zuzuordnen. Über 30 Prozent entfallen auf öffentliche Anbieter. Daneben gibt es noch weitere 68.000 unabhängig arbeitende Krankenschwestern und -pfleger, welche ebenfalls im Bereich der Hauskrankenpflege arbeiten. Die Finanzierung dieser Angebote wird über die Sozialversicherung abgewickelt.

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Auch in der ambulanten Pflege existieren relativ hohe private Zuzahlungen. Wie auch schon in der stationären Pflege reicht die APA nicht aus, um die anfallenden Kosten in der ambulanten Pflege zu decken. Aufgrund dessen haben sehen sich die pflegebedürftigen Personen oftmals mit hohen Zuzahlungen konfrontiert.

Tabelle 10 zeigt, dass im Durchschnitt 75 Prozent aller APA Empfänger private Zuzahlungen tätigen müssen. Die durchschnittliche private Zuzahlung beträgt 119 Euro pro Monat. Die Höhe der durchschnittlichen Zuzahlungen ist nur als Richtwert zu verstehen, da erhebliche Schwankungen je nach Höhe des Einkommens und der Schwere der Pflegebedürftigkeit existieren (Le Bihan und Martin 2010).

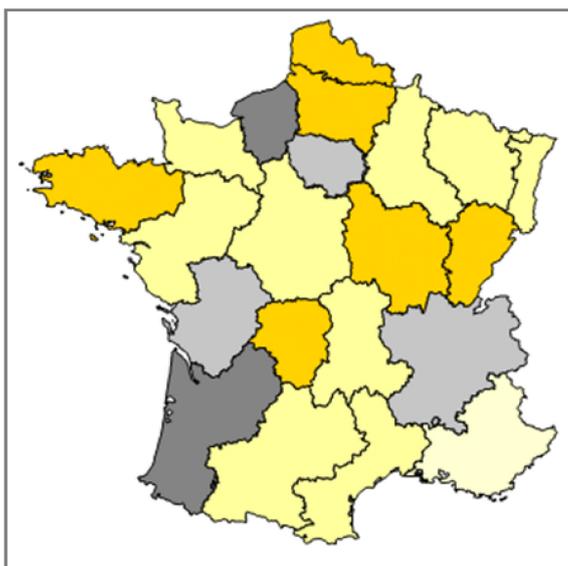
Tabelle 10: Finanzierung der ambulanten Pflege

	Ausgaben pro gepflegter Person zu Hause (in Euro)	Anteil des Staates (in %)	Staatliche Ausgaben pro Empfänger (in Euro)	Durchschn. Zuzahlungen (in Euro)	Anteil der APA Empfänger, welcher Zuzahlungen tätigen muss (in %)	Durchschn. Zuzahlungen pro zuzahlungspflichtigem Empfänger (in Euro)
GIR1	1.009	83	830	179	70	257
GIR2	785	76	634	151	74	204
GIR3	585	75	481	104	74	141
GIR4	348	67	288	59	76	78
Gesamt	494	71	406	88	75	119

Quelle: Le Bihan und Martin (2010)

Probleme

Ähnlich wie beim stationären Angebot, lassen sich auch im ambulanten Bereich signifikante regionale Ungleichheiten bezüglich des Angebots erkennen (siehe Abbildung 26). Das führt in einzelnen Regionen zu einer Unterversorgung und in anderen zu einer Überversorgung mit ambulanter Pflege.

Abbildung 26: ambulantes Pflegeangebot

Legende: Gelb: Überdurchschnittliche Anzahl an Plätzen, Grau: Unterdurchschnittliche Anzahl Plätze.

Quelle: Ernst und Young (2008)

3.2.4. Informelle Pflege

Wie viel informelle Pflege?

Wie in den meisten europäischen Ländern gibt es auch in Frankreich nur sehr wenige verlässliche Daten über die Anzahl der informell gepflegten Personen sowie die Anzahl der informell pflegenden Personen. Die letzten verfügbaren Zahlen stammen vom Jahr 1999 und sind somit bereits über zehn Jahre alt. Der Vollständigkeit halber seien sie hier dennoch angeführt, zumal sich an den prinzipiellen Tatsachen wenig verändert haben dürfte. Es existierten 3,23 Millionen pflegebedürftige über 60-jährige Personen in Frankreich im Jahre 1999. Hiervon wurden 50 Prozent ausschließlich informell gepflegt. Weitere 29 Prozent erhielten sowohl informelle als auch formelle Pflege. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der Anteil der professionellen Hilfe eindeutig mit dem Alter des zu Pflegenden bzw. dessen Pflegebedürftigkeit ansteigt. Dies ist allerdings nicht gleichbedeutend damit, dass die Angehörigen und Freunde des Pflegebedürftigen ihre Tätigkeiten einstellen, vielmehr steigt dadurch hauptsächlich der Anteil der Personen an, welche sowohl formelle als auch informelle Pflege erhalten (Dutheil 2001).

Welche Unterstützung gibt es für informelle Pflege?

Über das System der APA ist es dem Pflegebedürftigen möglich seine informellen Pfleger anzustellen und zu bezahlen. Da dies tatsächlich einer formalen Anstellung gleich kommt, werden ebenso Sozialversicherungszahlungen getätigt. Dies stellt eine finanzielle Erleichterung für die betroffenen Pfleger dar. Daneben existieren noch weitere Maßnahmen, so können informelle Pfleger einen Pflegeunterricht erhalten oder Urlaubspflege beantragen.

3.2.5. Alternative Betreuungsformen

Pflegefamilie

Eine alternative Betreuungsform, welche sich vor allem in Frankreich durchsetzen konnte, ist die bezahlte Betreuung in Gastfamilien. Im Jahr 2006 betreuten 9.200 Familien pflegebedürftige Personen, wobei ca. 6.200 der betreuten Personen in den Bereich der Altenpflege zu zählen sind. Für diese Betreuungsform sprechen vor allem zwei Gründe: Die pflegebedürftigen Personen erhalten eine soziale Anbindung an ein familiäres Netzwerk. Dieser aus Sicht der Pflegeempfänger sehr positive Aspekt wird begleitet von den im Vergleich zu einem Heimaufenthalt deutlich geringeren Kosten. Ein Bericht für die Nationalversammlung (Rosso-Debord 2008) beziffert die Durchschnittskosten pro Monat im Alten- und Pflegeheim mit 2.500 Euro, in Gastfamilien mit 1.500 Euro. Allerdings beschreibt der Bericht auch Probleme dieser Betreuungsform, welche jedoch juristischer Natur sind und durch eine Neugestaltung umgangen werden könnten.

3.3. Probleme, Reformen und Lösungen

Joel et al (2010) identifizieren vier Hauptprobleme des französischen Pflegesystems:

- Sehr hohe private Zuzahlungen
- Qualität: es existieren nur optionale Qualitätsvereinbarungen für Alten- und Pflegeheime
- Schlechte/mangelnde Koordination zwischen den einzelnen involvierten staatlichen Ebenen
- Intransparenz in der Finanzierung

Die letzten beiden Probleme entstehen direkt aus der Komplexität des französischen Systems. Finanzierungsströme sind nur schwer nachvollziehbar.

Die Qualitätssicherung ist noch nicht zufriedenstellend gelöst. Die Qualität in der Heimhilfe und Heimpflege wird nicht evaluiert. Es gibt also keine Informationen darüber. Alten- und Pflegeheimkönnen an einem Programm (Conventionnement Tripartite) teilnehmen und somit eine Art Qualitätssiegel erhalten. Allerdings ist dies nur freiwillig und somit nicht für alle Heime verpflichtend.

Zuzahlungsverpflichtungen können zu einer hohen Belastung für Familien werden. Vor allem Personen mit sehr hohem Pflegebedarf sind davon betroffen.

Aktuelle Reformbemühungen beinhalten die Schaffung einer weiteren Instanz auf regionaler Ebene, den regionalen Gesundheitsagenturen (ARS), welche 2010 errichtet wurden. Während das Hauptaugenmerk dieser Agenturen eher auf der Gesundheitspflege in Spitälern liegt, besitzen sie auch Kompetenzen in der allgemeinen Organisation der Pflegeerbringung. So sollen sie die Koordination zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesektor verbessern.

4. Niederlande

4.1. Organisation der Leistungserbringung

Charakteristika des niederländischen Pflegesystems

Das Pflegesystem der Niederlande hat den Ruf eines sehr gut ausgebauten und etablierten Systems. Ein spezielles Charakteristikum des Systems ist, dass fast ausschließlich privat-gemeinnützige Träger Anbieter von Pflegeleistungen sind. Diese agieren auf einem (stark) regulierten Markt.

In den Niederlanden herrscht die allgemeine Meinung vor, dass der Staat die Verantwortung für pflegebedürftige Menschen tragen sollte, während in den zentral- und südeuropäischen Ländern die Verantwortung eher bei den betroffenen Individuen und Familien verortet ist.

Das Herzstück des niederländischen Pflegesystems ist die allgemeine Pflegeversicherung AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Sie ist Teil des niederländischen Krankenversicherungssystems ZFW (Ziekenfondswet) und im eigentlichen Sinn keine eigenständige Versicherung. Deshalb ist die regelmäßige Bezeichnung als eine solche in der Literatur etwas irreführend. Sie umfasst ein weites Feld an Leistungen, welche sich nicht nur auf ältere pflegebedürftige Personen, sondern auch auf von chronischen Krankheiten betroffene hilfebedürftige Personen beziehen (Mot 2010).

In den Niederlanden besteht eine allgemeine Versicherungspflicht, die sowohl für das ZFW als auch für die AWBZ gilt. Die Leistungsberechtigung erstreckt sich dabei auf alle Personen mit Wohnsitz in den Niederlanden. Wenn das Einkommen die festgesetzte Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, besteht keine Möglichkeit, sich im Rahmen des AWBZ zu versichern. Das trifft rund ein Drittel der Bevölkerung, welche sich dann privat versichern muss (Rothgang und Engelke 2009; Mot 2010).

Abgesehen vom AWBZ existieren noch zwei weitere Gesetzesinstrumente, welche im niederländischen Pflegewesen zum Tragen kommen (Rothgang und Engelke 2009; Mot 2010):

- *ZVW (Zorgverzekeringswet)*: Das Pflegeversicherungsgesetz deckt medizinische Dienstleistungen ab.
- *WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)*: Das Gesetz über soziale Unterstützungsmaßnahmen regelt Belange betreffend Heimhilfe, Essen auf Rädern und ähnliche Dienstleistungen. Diese Belange wurden bis 2006 auch im AWBZ geregelt.

Tabelle 11 fasst die Zuständigkeiten im niederländischen Pflegewesen zusammen und lässt das Problem einer fragmentierten Pflegeversorgung erahnen, welches sich in vielen Ländern ähnlich darstellt.

Tabelle 11: Pflegebezogene Services

	AWBZ	WMO	ZVW
Langzeitpflege	Betreuung, persönliche Pflege, Pflege, Behandlung, Heimaufenthalt	Heimhilfe	medizinische Gerätschaften
Soziale Dienstleistungen im Pflegekontext		Essen auf Rädern, Wohnungsanpassung, Transport	
Langzeitpflege- unabhängig	Rehabilitation, zeitlich eingeschränkte Pflege	soziale Dienstleistungen	Gesundheitspflege

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Organisation

Die Organisation und Finanzierung des Pflegewesens in den Niederlanden zeichnet sich durch einen sehr hohen Grad an Zentralisierung aus. Gesetze, Verordnungen sowie das Pflegebudget werden auf zentraler Ebene beschlossen.

Zu den wichtigsten Akteuren im niederländischen Pflegewesen zählen (Skuban 2004):

- Zentralstaatlicher Krankenversicherungsrat (College voor zorgverzekeringen – CVZ): Er ist für die Kostenträgerschaft zuständig.
- Aufsichtsrat für die Krankenversicherung (CTU): Er kontrolliert den zentralstaatlichen Krankenversicherungsrat.
- Krankenversicherungskassen (Ziekenfondsen): Sie sind für die Sicherstellung der Pflege verantwortlich. Als administrative Ebene des Pflegesystems schließen sie Verträge mit den Leistungserbringern ab.

- Finanzämter: Sie heben die Beiträge des AWBZ ein und leiten diese an den Krankenversicherungsrat weiter, von wo aus die Gelder an die Krankenversicherungen und Leistungsanbieter weitergeleitet werden.
- Staatlich zugelassene Leistungsanbieter: Sie erbringen die konkreten Pflegeleistungen.

Kapazitätsplanung

Seit 2009 ist es den einzelnen Anbietern von Pflegedienstleistungen erlaubt selbst Kapazitätsplanungen durchzuführen, die staatliche Planung wurde abgeschafft. Das bedeutet beispielsweise, dass jedes Heim nunmehr selbstständig über die Anzahl an Betten und ähnliche Entscheidungen, sofern sie die staatlichen Vorgaben erfüllen, bestimmen kann (Mot 2010).

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung liegt prinzipiell im Aufgabenbereich eines jeden Anbieters. Da auf dem Qualitätsaspekt eines der Hauptaugenmerke des niederländischen Pflegewesens liegt, gibt es ziemlich strikte Qualitätsvorgaben von staatlicher Seite. Hierzu sind hauptsächlich zwei Gesetze zu nennen (Mot2010):

- Gesetz zur Qualität in Pflegeinstitutionen (Kwaliteitswet zorginstellingen): Es bezieht sich spezifisch auf den Pflegesektor und betrifft somit alle Anbieter von Pflegedienstleistungen. Dieses Gesetz gibt zwar Zielvorgaben dafür, was unter guter Qualität zu verstehen ist, überlässt es jedoch den Pflegeanbietern, auf welchem Weg sie diese erfüllen. In den Qualitätsbegriff fließen unter anderem auch Effizienzaspekte ein.
- Gesetz über die Berufe im Gesundheitsbereich (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg): Es betrifft mehr den Gesundheits- als den Pflegebereich. Mit der Überwachung der Einhaltung dieser Qualitätsvorgaben ist der Inspektor für das Gesundheitswesen (inspectie voor de gezondheidszorg) betraut.

Die Überprüfung der Qualitätsstandards wird von einer nationalen Agentur durchgeführt. Auch müssen die Pflegeanbieter jährlich Statistiken zu bestimmten Performanceindikatoren einreichen, welche dann gesammelt veröffentlicht werden (Nies 2010).

Wie in vielen andern Ländern auch, ist jedoch in den Niederlanden eine Diskussion zur Verbesserung der Qualität in der Pflege im Gange, auf welche später noch genauer eingegangen wird.

Integration und Koordination

Das Problem der fragmentierten Versorgung im niederländischen Pflegesystem ist in den letzten Jahren vermehrt diskutiert worden. Die Bereitstellung und Finanzierung der Pflege erfolgt durch unterschiedliche Institutionen mit unterschiedlichem Regelwerk, was pflegebedürftigen Personen den Zugang zu Leistungen deutlich erschwert. Als Antwort auf dieses Problem hat das Konzept der integrierten Versorgung, welches international in den letzten Jahren sehr an Bedeutung gewonnen hat, in den Niederlanden große Aufmerksamkeit erfahren.

Mot (2010) berichtet über mögliche Probleme im Zuge der Umsetzung des Konzepts der integrierten Versorgung. Die Koordinierung der drei quasi eigenständigen Systeme (AWBZ, WMO, ZVW) erscheint schwierig, weil jedes der Systeme seine eigenen Regeln und Bedingungen an die pflegebedürftigen Personen stellt.

4.2. Pflegesettings

In den Niederlanden spielt die stationäre Pflege eine im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sehr große Rolle. Aber auch hier zeichnet sich der internationale Trend des Weggehens von der Institutionalisierung ab. Immer mehr Menschen werden solange wie möglich in ihren eigenen Wänden gepflegt. Dieser Trend hat zwei Hauptursachen: Erstens, Pflege zu Hause ist im Allgemeinen deutlich billiger als Pflege in einem Heim. Zweitens zeigen Umfragen, dass alte Menschen es klar bevorzugen, solange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben (vgl. Eurobarometer). Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeangebote in den Niederlanden gegeben werden.

4.2.1. Stationäre Pflege

Im Jahr 2006 erhielten rund 244.000 Personen stationäre Pflege. 95 Prozent (231.000 Personen) der Alten- und Pflegeheimbewohner waren 65 Jahre und älter. Hiervon waren 27 Prozent männlich und 73 Prozent weiblich. Fast 50 Prozent der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen wäre 85 Jahre und älter. Die durchschnittliche Verweildauer in Altersheimen betrug 43,1 Monate und in Pflegeheimen 13,8 Monate. Generell kann in Bezug auf die Verweildauer festgehalten werden, dass die Verweildauer in Altersheimen im Sinken und in Pflegeheimen im Steigen begriffen ist.

Angebot und Organisation der stationären Pflege

Die stationäre Pflege umfasst Alten- und Pflegeheime. Die intensivste Form der Pflege kann in Pflegeheimen geleistet werden, wobei die Unterscheidung zwischen diesen beiden Heimtypen in den letzten Jahren geringer geworden ist (Schäfer et al 2010). Mot (2010) berichtet nach De Klerk (2005), dass über 90 Prozent aller Pflegeheimbewohner täglich

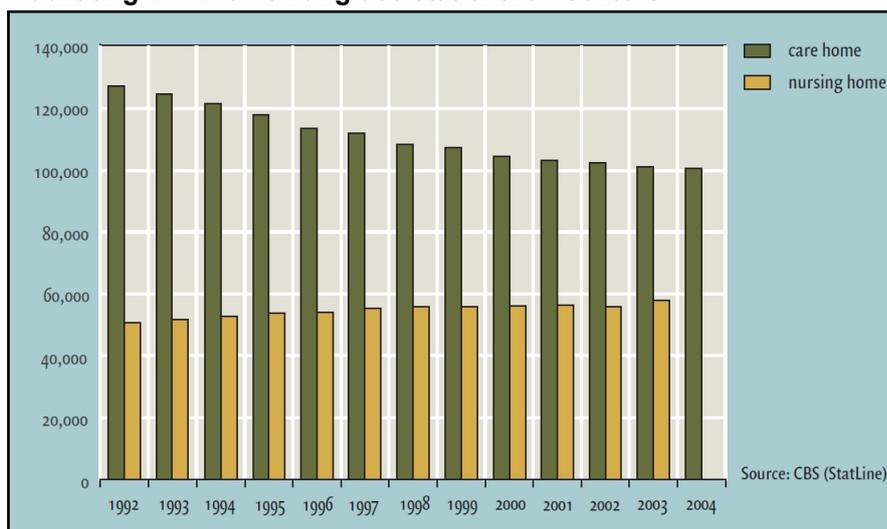
Pflege erhalten. Auch Altenheime stellen meist Betten für schwer pflegebedürftige Menschen zur Verfügung, allerdings liegt der Schwerpunkt nicht in dieser intensiven Form der Pflege.

Im Jahr 2007 gab es 1.625 Alten- und Pflegeheime mit 162.215 Betten in den Niederlanden. Alle Alten- und Pflegeheime standen unter privat-gemeinnütziger Trägerschaft, weil das die einzig zulässige Form der Trägerschaft ist. Seit den 1990er Jahren gibt es einen Trend hin zu größeren Heimen mit vielen Betten (Kümpers et al. 2005). Laut Kraus et al. (2010, forthcoming) waren niederländische Heime 2006 mit im Schnitt 100 Betten etwas größer als in vielen anderen europäischen Ländern. Österreichische Heime sind allerdings mit im Schnitt knapp 90 Betten von einer ähnlichen Größe. Das Angebot an verfügbaren Alten- und Pflegeheimplätzen ist in den letzten Jahren relativ stabil.

Für Demenzpatienten hingegen wird vermehrt auf kleine Heime gesetzt (Ministry of Health, Welfare and Sports 2007). Dennoch ist gerade die Versorgung für die immer größere Anzahl an Demenzpatienten noch verbesserungswürdig. Einerseits sind die Wartezeiten, welche allgemein für den stationären Sektor als sehr gering bezeichnet werden können, für spezielle Demenzpflegeplätze oft zu lange. Auch von Qualitätsproblemen wurde berichtet (Mot 2010).

Abbildung 27 zeigt die Entwicklung der Anzahl von Alten- und Pflegeheimbewohnern. Während der Bedarf an Altenheimplätzen („care home“) kontinuierlich gesunken ist, zeigt sich, dass jener für Pflegeheimplätze („nursing home“) im Steigen begriffen ist. Der Rückgang bei Altersheimen liegt im allgemeinen Trend hin zu einer Versorgung, bei welcher der Fokus auf teilstationärer und ambulanter Versorgung liegt.

Abbildung 27: Entwicklung des stationären Sektors



Quelle: Boer (2006)

Besonderheiten in der stationären Versorgung

Eine Besonderheit der niederländischen Pflegeheime ist die Existenz von speziell ausgebildeten Pflegeheimärzten. Diese von den Heimen angestellten Ärzte können sich direkt vor Ort um anfallende gesundheitliche Probleme der Bewohner kümmern. Hoek et al. (2003) analysierten die Auswirkungen dieses speziellen Angebotes und kamen zum Ergebnis, dass die Qualität der medizinischen Versorgung in den Heimen mit der Einsetzung dieser speziellen Ärzte deutlich ansteigt. Es gebe eine bessere Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten, Erkrankungen, und gesundheitliche Probleme könnten dadurch schneller und besser diagnostiziert und Krankenhausaufenthalte somit oft vermieden werden.

Eine weitere Besonderheit ist, dass Demenzpatienten vorwiegend in möglichst kleinen Einheiten gepflegt werden. Diese sind meistens an größere Pflegeheime angebunden, womit eine effizientere und somit kostengünstigere Organisation der Pflege gewährleistet werden kann. Mittlerweile existieren über 6300 Plätze in derartigen Einrichtungen, wobei der Bedarf weiterhin das Angebot übersteigt. Das Hauptcharakteristikum dieser Einrichtungen ist die relativ kleine Gruppe von Demenzkranken (6-8 Personen), welche wie in einer Art Wohngemeinschaft zusammenleben. Pflege wird zu 24 Stunden durch ausgebildete Personen gewährleistet (Hoof et al. 2009). Derartige Einrichtungen sollen auch zu einem Gewinn an Lebensqualität beitragen.

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Die Kostenbeteiligung von Heimbewohnern in den Niederlanden ist auf den ersten Blick etwas kompliziert ausgestaltet. In Abhängigkeit der individuellen Situation des Heimbewohners kommt einer von zwei Prozentsätzen zur Anwendung: Der niedrige Satz wird in den ersten 6 Monaten des Heimaufenthaltes sowie in einer Reihe von Spezialfällen (zum Beispiel wenn der Partner des Pflegeheimbewohners noch im privaten Umfeld wohnt) angewendet. In diesem Fall müssen die Heimbewohner je nach Einkommen monatlich zwischen 141,20 Euro und 741,20 Euro zuzahlen. Ansonsten kommt der höhere Satz mit einer monatlichen Zuzahlung von 1838,60 Euro, mindestens aber 8,5 Prozent ihres Einkommens, zur Anwendung. Auch dieser Betrag reduziert sich unter besonderen Umständen. Abzüglich der Kostenbeteiligung soll einer Einzelperson mindestens 275 Euro und einem Ehepaar mindestens 430 Euro Taschengeld verbleiben (Mot 2010).

Probleme

Die Qualität in der Leistungserbringung und die Wartezeit auf einen Heimplatz sehen sich immer wieder öffentlicher Kritik ausgesetzt.

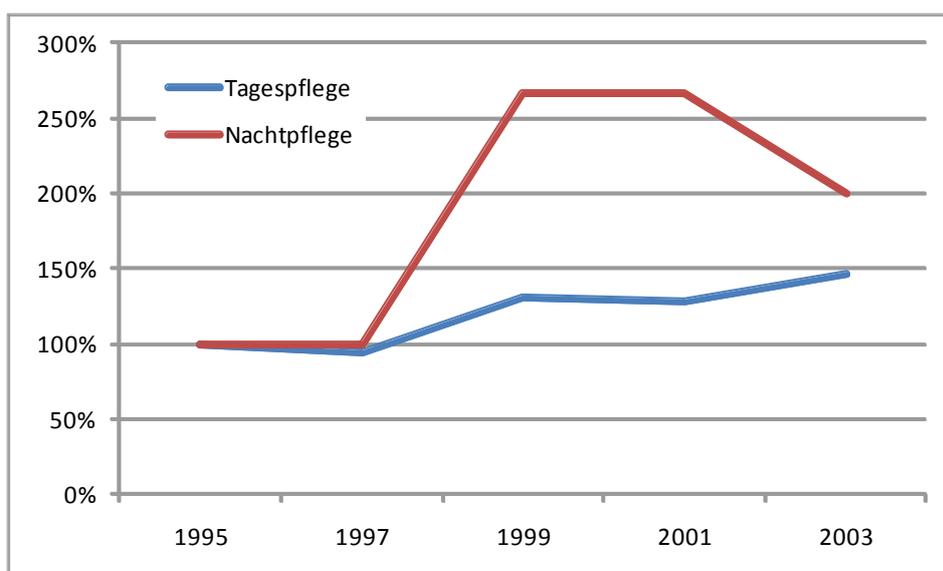
Einen Einblick in die bestehenden Qualitätsprobleme liefert der Dutch Health Care Performance Report 2008. Dieser berichtet, dass immer noch ein Viertel aller Heimbewohner unterernährt ist. Obgleich die Zahl im Sinken begriffen ist, erscheint sie besorgniserregend. Auch die Pfleger waren 2007 unzufriedener mit der Qualität der Pflegeheime als noch 2003. Dennoch scheinen die meisten Heimbewohner mit den gebotenen Leistungen zufrieden zu sein. Bei der Befragung bewerteten sie die Altersheime im Schnitt mit 7,8 von 10 Punkten und die Pflegeheime mit 7,4 von 10 Punkten.

Wartezeiten auf einen Heimplatz sind wie in vielen europäischen Ländern zwar ein Thema, konnten allerdings in den letzten Jahren drastisch reduziert werden. Dennoch warteten 2005 noch beinahe 35.000 pflegebedürftige Personen auf einen Heimplatz. Das Angebot von „Überbrückungspflege“ (transitional care) entschärft das Wartezeitenproblem etwas. Für spezielle Demenzplätze besteht jedoch nach wie vor ein größerer Nachholbedarf (Mot 2010).

4.2.2. Teilstationäre Pflege

Der teilstationäre Bereich umfasst in erster Linie Tageszentren und Nachtpflege. Dieser Bereich ist oftmals ein Teilbereich der stationären Pflege. Tages- und Nachtpflege wird hauptsächlich von Pflegeheimen als zusätzliches Angebot zur Verfügung gestellt. Abbildung 28 beschreibt die prozentuale Veränderung von Tages- und Nachtpflegepatienten zwischen 1995 und 2003. Es lässt sich ein Trend zum Ausbau dieser Angebote erkennen. Nachtpflege spielt jedoch immer noch eine vergleichsweise geringe Rolle mit lediglich 1.200 Plätzen im Jahre 2003.

Abbildung 28: Prozentuale Veränderung von Tages- und Nachtpflegepatienten in Alten- und Pflegeheimen



Quelle: CBS (StatLine) nach Boer (2006), IHS HealthEcon Darstellung 2010.

4.2.3. (Formelle) Ambulante Pflege

Angebot und Organisation der ambulanten Pflege

Im Jahr 2005 gab es 264 Pflegedienste in den Niederlanden. Wie in der stationären Pflege stehen keine Anbieter von ambulanten Pflegediensten unter öffentlicher Trägerschaft. Im Gegensatz zu den Alten- und Pflegeheimen, welche ausschließlich auf privat-gemeinnütziger Basis operieren dürfen, dürfen im Bereich der ambulanten Pflege die Leistungserbringer auch profitorientiert arbeiten. Wie viele der 264 Pflegedienste unter privat-gemeinnütziger bzw. privat-privater Trägerschaft stehen ist nicht eruierbar.

Im Jahr 2006 erbrachten die ambulanten Pflegedienste 87.064.000 Leistungsstunden an 492.000 Personen, welche 65 Jahre und älter waren. Hiervon entfielen 77.497.000 Leistungsstunden auf Heimhilfe und 9.567.000 Leistungsstunden auf Hauskrankenpflege.

Im Jahr 2006 nahmen betreuungs- und pflegebedürftige Personen in der Altersgruppe 65-70 durchschnittlich 122 Leistungsstunden in Anspruch. Die in Anspruch genommenen Leistungsstunden steigen kontinuierlich mit dem Alter an. In der Altersgruppe 95 und älter lag die durchschnittliche Inanspruchnahme bei 329 Leistungsstunden (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Durchschnittlich in Anspruch genommene ambulante Leistungsstunden nach Alter, 2006

	Männer	Frauen	Gesamt
65-70	105	130	122
70-75	114	139	132
75-80	124	154	146
80-85	141	176	167
85-90	168	212	201
90-95	205	268	253
95 und älter	262	347	329

Quelle: Mot 2010.

Die niederländische Regierung forciert seit längerem den Ausbau der ambulanten Pflege. Einerseits möchte sie damit pflegebedürftigen Personen ermöglichen so lange wie möglich im gewohnten Umfeld verbleiben zu können, was auch dem Willen der meisten Betroffenen entspricht. Andererseits möchte sie damit eine teilweise Verlagerung vom stationären in den ambulanten Pflegebereich erreichen, um Kosten einzusparen. Diese Initiative spiegelt sich

auch in den erbrachten Leistungsstunden wider. Im Zeitraum von 2004 bis 2007 sind die in Anspruch genommenen Leistungsstunden im Bereich der Heimhilfe um 9 Prozent gestiegen.

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Bis Ende 2006 wurde sowohl die Heimhilfe als auch die Hauskrankenpflege durch das AWBZ organisiert und finanziert. Anfang 2007 wurde die Heimhilfe jedoch ausgegliedert und wird seither über das WMO organisiert. Die Trennung von Heimhilfe und Hauskrankenpflege geschah, um das AWBZ zu entschlacken und die Kosten kontrollierbarer zu halten.

Im Falle von Pflegeleistungen (z.B. persönliche Betreuung, Hauskrankenpflege) im Rahmen des AWBZ als auch im Falle von Hilfeleistungen (z.B. Heimhilfe) im Rahmen des WMOs haben pflegebedürftige Personen die Möglichkeit, zwischen Geldleistungen („Personal-Budget“) und Sachleistungen zu wählen.

Pflegebedürftige Personen, welche Sachleistungen im Rahmen des AWBZs oder WMOs in Anspruch nehmen, haben eine private Zuzahlung von 12,60 Euro pro Leistungsstunde zu entrichten. Für die privaten Zuzahlungen gibt es eine einkommensabhängige monatliche Zuzahlungsobergrenze, welche von der Anzahl im Haushalt lebender Personen und dem Alter des Leistungsempfängers abhängt. Beispielsweise liegt die Zuzahlungsobergrenze einer über 65-jährigen alleinstehenden Person mit einem jährlichen Gesamteinkommen von 14.812 Euro bei 17,20 Euro pro Monat. Das ist weniger als eine Leistungsstunde kostet. Für eine vergleichbare Person mit einem jährlichen Gesamteinkommen von 40.000 Euro beträgt die monatliche Zuzahlungsobergrenze 307,83 Euro. Die privaten Zuzahlungen im WMO sind ähnlich geregelt, wobei die exakte Ausgestaltung auf Gemeindeebene festgelegt wird. Wird das Personal-Budget anstatt von Sachleistungen gewählt, erhält die pflegebedürftige Person Geld im Wert von 75 Prozent der Sachleistungen, welche sie ansonsten erhalten hätte. Die Begründung hierfür ist, dass die einzelne Person noch effizienter und somit kostengünstiger die benötigte Hilfe kaufen kann. Das Personal-Budget ist jedoch nicht an Pflegeleistungen zweckgebunden, sondern kann frei genutzt werden (Mot 2010).

Probleme

Im Allgemeinen sind die angebotenen Leistungen von guter Qualität. Laut dem Dutch Health Care Performance Report 2008 gaben die Empfänger von ambulanter Pflege im Durchschnitt 8 von 10 möglichen Punkten, wenn sie nach der Qualität der Pflege gefragt wurden. Ähnlich wie bei der stationären Pflege existieren auch im Bereich der ambulanten Pflege Wartelisten. Allerdings liegen 95 Prozent der Wartezeiten im offiziell akzeptablen Bereich (Mot 2010).

Durch die Einführung des WMO konnten Effizienzgewinne generiert werden. Zwischen den Anbietern von ambulanter Pflege entbrannte ein harter Konkurrenzkampf. Kritisiert wurde in

diesem Zusammenhang allerdings, dass die Anbieter von ambulanter Pflege diese oft zu Preisen unter ihren Kosten anbieten mussten. Um diese finanziellen Lücken wieder etwas auszugleichen, lässt sich ein Wandel im Anstellungsverhalten feststellen. Weniger Fixanstellungen steht eine gestiegene Anzahl von billigeren freien Dienstnehmern gegenüber. Das stellt für viele in den Niederlanden keine positive Entwicklung dar. Aus diesem Grund wurde zwar die Anstellung von freien Dienstnehmern im Pflegebereich verboten, das finanzielle Problem der Anbieter konnte so allerdings noch nicht gelöst werden (Mot 2010; Keuning und Boon 2009).

Für die Pflegebezieher fragmentierte sich die Versorgung durch die Aufteilung der Heimpflege und -hilfe weiter. War zuvor nur eine Organisation für beide Bereiche zuständig, müssen sie sich nun an zwei verschiedene Einrichtungen wenden.

4.2.4. Informelle Pflege

Wie viel informelle Pflege?

In den Niederlanden spielt die informelle Pflege eine etwas geringere Rolle als in den kontinental- und südeuropäischen Ländern, nicht zuletzt aufgrund eines gut ausgebauten formellen Pflegesystems. Im Jahr 2005 wurden 247.000 Personen informell gepflegt. Hiervon waren 157.000 älter als 65 Jahre.

Welche Unterstützung gibt es für informelle Pflege?

Informelle Pflege geschieht im Allgemeinen auf freiwilliger Basis. Es existieren keine finanziellen Unterstützungen für die Pflegenden. Die Pflegebedürftigen können allerdings mit ihrem „Personal-Budget“ informelle Pflege „kaufen“, also quasi ihre Angehörigen als Pfleger anstellen. Abgesehen hiervon besteht auch die Möglichkeit von Urlaub von der Pflege. Hier kommt der Staat für formelle Pflege in einem gewissen Zeitraum auf, bevor der informelle Pfleger wieder die Pflege übernimmt.

4.2.5. Alternative Betreuungsformen

Alternative Betreuungsformen haben in den Niederlanden eine lange Tradition. Bereits seit den 1970er Jahren existiert eine staatliche Förderung für das Konzept des betreuten Wohnens, welches mindestens zehn barrierefreie Wohnungen mit einem Versorgungs- und Betreuungstützpunkt in maximal 250 Meter Entfernung umfasst. Die Wohneinheiten bestehen aus zwei bis drei Zimmern zwischen 55 und 70 Quadratmetern (KFW 2009).

Ursprünglich war dieses Konzept hauptsächlich angedacht worden, um die Nachfrage nach den deutlich teureren stationären Plätzen in Alten- und Pflegeheimen zu senken. KFW(2009) schätzt, dass bereits 25 Prozent der über 75-Jährigen in Wohnungen dieser Art wohnen.

Anhand von vorausschauenden Bauordnungen wird versucht, dem prognostizierten steigenden Bedarf nach barrierefreien Wohnungen Rechnung zu tragen. 50 Prozent aller neuerrichteten Wohnungen müssen so gebaut werden, dass sie schnell und einfach an die Bedürfnisse von alten Menschen angepasst werden können.

Ein weiteres neuartiges Konzept im Bereich alternativer Betreuungsformen sind betreute Wohnzonen. Diese bauen auf der Idee des betreuten Wohnens auf, gehen allerdings noch einen Schritt weiter. Um eine Wohnzone zu werden, muss ein Gebäudekomplex oder gar ein Stadtviertel mehrere Anforderungen erfüllen. Hierunter fallen beispielsweise barrierefreie Gehwege zu Parkanlagen, Begegnungsstätten, Beratungs- und Informationsbüros für ältere Menschen. Allerdings wohnen nicht nur Betreuungsbedürftige/Pflegebedürftige in diesen Anlagen. Das Ziel ist vielmehr mehrere Generationen so zusammenzubringen und das Leben von älteren Menschen gezielt über einzelne Maßnahmen zu erleichtern (Schmidt und Burmeister o.J.).

4.3. Probleme, Reformen und Lösungen

Das niederländische Pflegewesen steht wie die meisten anderen europäischen Pflegesysteme vor großen Aufgaben und Problemen. Der demographische Wandel lässt die Anzahl der Pflegebedürftigen rasant wachsen, gesellschaftlicher Wandel führt zu einer geringeren Anzahl der potentiellen informellen Pfleger und dies alles in Zeiten knapper staatlicher Kassen. In den Niederlanden wurden in den letzten Jahren zahlreiche Reformen durchgeführt, um diesen Problemen entgegenzusteuern.

Im Allgemeinen würde man sagen, dass eine Steigerung der Qualität und eine Senkung der Kosten zwei Reformziele sind, die sich widersprechen. Und so ist es auch nicht verwunderlich, dass in den Niederlanden mal das Ziel der Einsparungen wichtiger scheint und dann wieder das Ziel der hohen Qualität. Mot (2010) gibt einen guten Überblick über die Reformen des AWBZ in den letzten zwanzig Jahren. So wurde in den 90er Jahren vermehrt auf kostensenkende Maßnahmen gesetzt, was letztlich wiederum zu hohen Wartezeiten führte. Da hohe Wartezeiten sehr unerwünscht und auch ein negatives Qualitätskriterium sind, wurden sie seit 2000 direkt bekämpft. Dies führte zusammen mit dem Modernisierungsgesetz des AWBZ des Jahres 2003 zu einem steilen Anstieg der Ausgaben. Das Modernisierungsgesetz sollte die Unterscheidung zwischen verschiedenen Pflegedienstleistern und -nachfragern schmälern. Das Personal-Budget wurde besser definiert und standardisiert. Seitdem werden informelle Pflegenden quasi formale Pfleger und treten in ein Anstellungsverhältnis. Alleine im Jahr 2003 stiegen daraufhin die Kosten um 10 Prozent. Um diesem Anstieg Herr zu werden, wurden unter anderem die Zuzahlungsbeiträge erhöht. Insgesamt lässt sich also ein Auf und Ab erkennen. Mal überwiegen Qualitätsüberlegungen in der öffentlichen Debatte. Die daraufhin verabschiedeten Gesetze führen zu Kostensteigerungen. Hierauf erfährt die Debatte um Kosten wieder Aufwind und führt zu Verschiebungen zu Ungunsten der Pflegebedürftigen. Die Probleme lassen sich also

wie in vielen Ländern auf die zukünftige Finanzierbarkeit und Qualitätsbedenken reduzieren und werfen somit die Fragen auf, wie ihnen Rechnung getragen werden kann. Mögliche Auswege beinhalten Reformen, welche höhere Anreize zur Effizienzsteigerung bieten, sowie eine genauere Abgrenzung der Anspruchsberechtigten.

5. Schweden

5.1. Organisation der Leistungserbringung

Charakteristika des schwedischen Pflegesystems

Das schwedische Pflegesystem gehört zu den skandinavischen Systemen, in welchen der Staat eine verhältnismäßig große Rolle spielt und die Verantwortung der Familien dadurch relativ gering ist. Das Pflegesystem wird großteils durch Steuern finanziert mit einem relativ geringen Anteil an privaten Zuzahlungen. Eines der Kerncharakteristika der skandinavischen Pflegesysteme insgesamt und des schwedischen im Speziellen ist die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern große Bedeutung des formellen Sektors.

Grundsätzlich hat jede pflegebedürftige Person mit Erstwohnsitz in Schweden ein Anrecht auf staatliche Pflegeleistungen. Die Pflegebedürftigkeit wird im Rahmen eines Assessments entweder von Ärzten oder von speziellen Gutachtern der Gemeinden festgestellt. Allerdings existieren keine standardisierten Richtlinien für den Assessmentprozess, vielmehr erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf individueller Basis.

Die Ausrichtung und Zielsetzung des schwedischen Pflegesystems wurde vom Parlament klar festgelegt. Demzufolge sollen ältere Personen

- ihr eigenes Leben aktiv gestalten können und Einfluss auf gesellschaftliche Prozesse nehmen können,
- in der Lage sein in Sicherheit zu altern und ihre Unabhängigkeit so weit wie möglich zu bewahren,
- mit Respekt behandelt werden,
- Zugriff auf gute Gesundheits- und Altenpflege haben.

Organisation und Kapazitätsplanung

Die Gesamtverantwortung für die Pflege ist beim Staat verortet. Dieser organisiert das System auf drei Ebenen: 1) Zentralregierung, 2) Landkreise und 3) Gemeinden. Die Hauptverantwortung im schwedischen Pflegesystem obliegt den Gemeinden. Sie zeichnen für die gesamte Organisation (inklusive Kapazitätsplanung), Leistungserbringung (stationär und ambulant) und Finanzierung verantwortlich und sind mit umfassenden Befugnissen ausgestattet. Die Gemeinden können beispielsweise zur Finanzierung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen eigene Steuern einheben und die Höhe der

Zuzahlungsverpflichtungen für die Pflegebedürftigen in dem von der Zentralregierung vorgegebenen Rahmen selbst festsetzen.

Die Landkreise sind die Hauptverantwortlichen im Gesundheitswesen, weshalb eine enge Kooperation zwischen den Bereichen notwendig ist, insbesondere im Bereich der integrierten Versorgung. Der Zentralregierung verbleibt lediglich die Rolle der prinzipiellen Gesetzgebung, der Vorgabe der grundlegenden Ziele und der Kontrolle.

Die heutige Aufgabenverteilung im schwedischen Pflegesystem ging aus einer grundlegenden Reform (Ädel-Reform) im Jahr 1992 hervor, welche weitgehende Verschiebungen in den Verantwortlichkeiten mit sich brachte. Bis dahin geschah die Organisation auf derselben Ebene wie die Gesundheitsversorgung (auf Landkreisebene). Dies führte zu einigen Problemen und 1992 schließlich zur Umstrukturierung.

Qualitätssicherung

In Schweden existieren zwei Gesetze mit Bezug zur Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. Eines, welches der gesamten Bevölkerung eine Kranken- und Langzeitpflege nach gleichen Bedingungen versichert. Das zweite Gesetz verpflichtet die Gemeinden, diese benötigte Pflege auch zur Verfügung zu stellen (Nies et al. 2010).

Auch wurden nationale Qualitätsregister geschaffen, in welchen die individuellen Patienten mit ihren Problemen, ihren Behandlungen und den Ergebnissen der Behandlung vermerkt sind (Nies et al. 2010).

Integration und Koordination

In Schweden existiert wie in den meisten Ländern noch Aufholbedarf im Bereich der integrierten Versorgung. Henriksen et al. (2003) beschreiben in ihrem Artikel viele Problemfelder der schwedischen Pflegeversorgung. Einige lassen sich direkt auf einen Mangel an Integration zurückführen. So führe ein Kommunikationsmangel zwischen einzelnen Pflegeinstanzen genauso zu Problemen wie auch die Unterscheidung zwischen Gesundheitsversorgung (Organisation auf regionaler Ebene) und Pflegeversorgung (Organisation auf lokaler Ebene). Dennoch lassen sich erste Schritte in Richtung besserer Koordinierung und „managed care“ erkennen. Bereits 1990 wurde ein Gesetz erlassen, welches die Notwendigkeit einer guten individuellen Planung der Pflege unterstrich. Dennoch zeigten Berechnungen der Regierung, dass lediglich zwei Drittel aller Pflegeempfänger auch tatsächlich einen niedergeschriebenen Pflegeplan erhalten hatten. Aus diesem Grund sind die Gemeinden und Regionen seit Jänner 2010 verpflichtet einen standardisierten Plan für jeden Pflegeempfänger zu erstellen. Dieser sollte eine Übersicht beinhalten, welche Institution für welche Behandlungen/Pflegeleistungen verantwortlich ist.

5.2. Pflegesettings

Im Jahr 2007 erhielten 248.932 Personen 65 Jahre und älter Pflege und Betreuung. Hiervon wurden 38 Prozent in Alters- oder Pflegeheimen und 62 Prozent zu Hause gepflegt. Abbildung 29 gibt einen Überblick, wie sich die Pflege in den einzelnen Settings seit Anfang der 90er Jahre entwickelt hat. Auffällig ist, dass sich die Empfängerzahl seit 1993 um gut 10 Prozent verringert hat, während der Bevölkerungsanteil über 65 Jahren um 19 Prozent stieg. Der Rückgang in den 90er Jahren ist hauptsächlich von der Verringerung an ambulanten Pflegeleistungen aufgrund eines strengeren Assessmentprozesses zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit seitens der schwedischen Behörden determiniert. Mit dem strengeren Assessmentprozess wollte man den stetig steigenden Kostendruck auf die Gemeinden etwas abfedern (Karlsson et al. 2010).

Erst ab 1997 sank auch die Zahl stationär gepflegter Personen. Seit 2001 scheint sich ein neuer Trend durchzusetzen, welcher wieder verstärkt auf ambulante Leistungen setzt und gleichzeitig einen Rückgang der stationär gepflegten Personen zur Folge hatte.

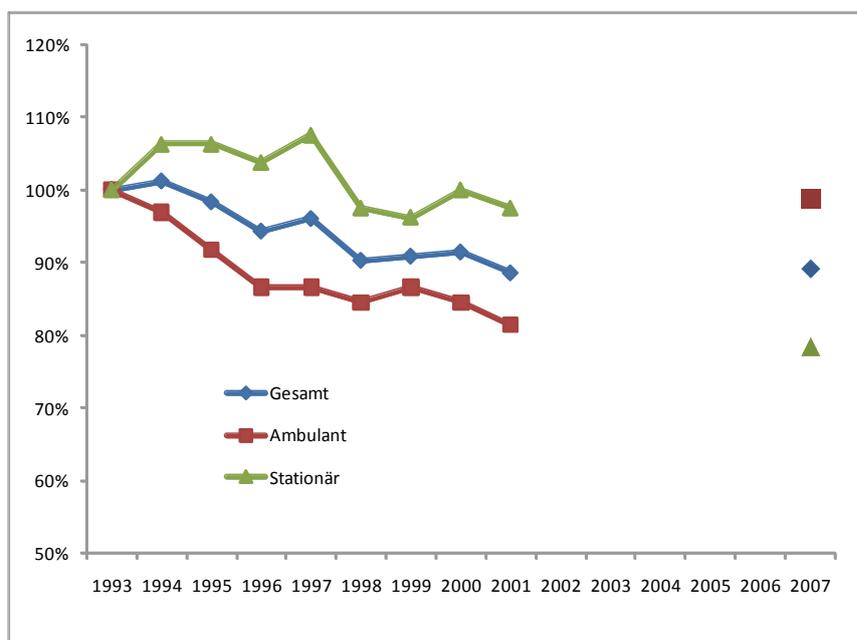


Abbildung 29: Entwicklung der Empfänger von Langzeitpflege 65+

Quelle: IHS HealthEcon Zusammenstellung 2010 nach Karlsson et al. 2010.

5.2.1. Stationäre Pflege

Im Jahr 2007 wurden 95.232 Personen stationär gepflegt. Das sind 38 Prozent aller Personen, welche 2007 formelle Pflege in Anspruch genommen haben, oder 6,2 Prozent aller Personen, welche 65 Jahre und älter sind. Die stationäre Pflege hat im Verlauf der Zeit in Schweden immer eine wichtige Rolle gespielt. Das Jahr 1975 kann als der Höhepunkt der

Institutionalisierung in Schweden gesehen werden. Seither lässt sich sowohl absolut als auch relativ ein Rückgang feststellen. Allein im Zeitraum zwischen 1997 und 2007 sank die Anzahl an stationär gepflegten Personen um 27 Prozent.

Angebot und Organisation der stationären Pflege

Die sinkende Zahl der stationären Patienten (wie oben erwähnt) spiegelt sich sowohl in der relativen als auch absoluten Anzahl der verfügbaren Langzeitpflegebetten wider. Im Jahr 1995 gab es 129.843 Betten in Alten- und Pflegeheimen, 2005 waren es nur mehr 109.106 Betten. Relativ betrachtet existierten im Jahr 1995 84,2 Betten pro 1.000 Einwohner, 2005 waren es lediglich 69,9 Betten (European Social Network o.J.).

Der Großteil der Alten- und Pflegeheime in Schweden steht unter öffentlicher Trägerschaft und wird von den Gemeinden bereitgestellt. Seit Beginn der 90er Jahre sind auch private Anbieter von Alten- und Pflegeheimen auf dem schwedischen Markt zugelassen. Davor waren die Gemeinden Monopolanbieter. Die Verfügbarkeit von privaten Anbietern ist regional sehr verschieden und quasi auf Ballungsräume und größere Städte beschränkt. Im Jahr 2007 befanden sich 86,5 Prozent aller Alten- und Pflegeheime unter öffentlicher Trägerschaft und 13,5 unter privater (privat-gemeinnützig und privat-privat) Trägerschaft. Die privaten Heime betreuten 2007 beinahe 14 Prozent aller stationär gepflegten Personen.

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Prinzipiell werden die Heime von den Gemeinden finanziert. Es sind jedoch auch private einkommensabhängige Zuzahlungen von den pflegebedürftigen Personen als weitere Einnahmequelle vorgesehen. Die Höhe dieser Zuzahlungen wird von den Gemeinden festgesetzt. Die Gemeinden sind hier allerdings an die Rahmengesetzgebung des Staates gebunden. Die Rahmengesetzgebung setzte ursprünglich lediglich fest, dass die Zuzahlungen ‚fair‘ gestaltet sein müssen und die Produktionskosten nicht übersteigen dürfen. Zudem musste gewährleistet sein, dass die Betroffenen noch Geld zur freien Verfügung behält. Diese Regelung stellte sich rasch als zu ungenau formuliert heraus und das Gesetz wurde 2002/2003 überarbeitet. Seither ist festgelegt, dass Singles mindestens 488 Euro pro Monat, gemeinsam lebenden Paaren 412 Euro pro Person und Monat quasi als Taschengeld frei zur Vergütung stehen müssen. Außerdem wurden Obergrenzen an monatlichen Zuzahlungen eingeführt. Diese betragen derzeit 173 Euro für Pflegeleistungen und 180 Euro für die Unterkunft (Karlsson et al. 2010).

Probleme

Auch in Schweden existieren Wartezeiten für Plätze in Pflegeheimen. Diese betragen laut Fukushima et al. (2010) im Jahr 2008 im Schnitt 57 Tage, was auf den ersten Blick nicht allzu dramatisch erscheint. Bei einer genaueren Analyse zeigen sich jedoch große regionale

Unterschiede bei den Wartezeiten. So gab es in machen Gemeinden gar keine Wartezeiten und in anderen Gemeinden wiederum kam es zu Wartezeiten von bis zu 170 Tagen. Aus diesem Grund scheint eine weitere Reduktion der Heimplätze zurzeit eher unwahrscheinlich (Fukushima et al. 2010)

5.2.2. Teilstationäre Pflege

Angebot und Organisation der teilstationären Pflege

Neben den Bereichen der stationären und der ambulanten Pflege hat sich in Schweden auch die teilstationäre Pflege etabliert. Im Prinzip stellt diese Art der Pflege eine Schnittstelle zwischen Pflege zu Hause und in einem Alten- und Pflegeheim dar.

Ein Ziel der teilstationären Pflege in Schweden ist es nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach Beendigung einer Akutpflege den älteren Menschen den Übergang zurück in die eigenen vier Wände zu erleichtern. Damit soll die Übergangswahrscheinlichkeit in ein Pflegeheim gesenkt werden. Zudem übernimmt die teilstationäre Pflege auch oft die Übergangsphase zwischen Pflege zu Hause und der Aufnahme in ein Heim, falls es zu Wartezeiten vor der Aufnahme in ein Heim kommt (Fukushima et al 2010).

5.2.3. (Formelle) Ambulante Pflege

In den letzten Jahren wurde die ambulante Pflege bewusst der teureren stationären Pflege vorgezogen, was sich auch in den Empfängerzahlen widerspiegelt. Im Zeitraum zwischen 2001 und 2007 ist die Anzahl der Empfänger von mobiler Pflege um 26 Prozent gestiegen, was politisch so gewollt ist (Karlsson et al. 2010).

Angebot und Organisation der stationären Pflege

Ähnlich wie in der stationären Pflege existierten bis Anfang der 90er Jahre kaum private Anbieter von Heimhilfe und Hauskrankenpflege. Seither wächst der Anteil der privaten Anbieter stetig. Analog zur stationären Pflege ist die Verfügbarkeit von privaten Anbietern regional sehr unterschiedlich und ebenso fast ausschließlich auf Ballungsräume und größere Städte beschränkt. Im Jahr 2006 wurden knapp über 10 Prozent der Personen, welche mobile Dienste in Anspruch nahmen, von privaten Anbietern gepflegt oder betreut (Karlsson et al. 2010).

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Die Zuzahlungsverpflichtungen zur ambulanten Pflege sind analog zu denen der stationären Pflege aufgebaut.

Probleme

Gelegentlich werden Probleme bei der ambulanten Pflege berichtet, vor allem im Bereich der Hauskrankenpflegeambulanten. Welche Leistungen genau in diesem Bereich erbracht werden sollen, ist noch nicht ausreichend klar festgelegt, was zu unterschiedlichen Angeboten in verschiedenen Regionen und teilweise auch zu Unterversorgungen führt. Außerdem fehlt es noch an klaren Regelungen, ob die Gemeinden oder die Regionen für dieses Angebot verantwortlich sind, da es zwischen der traditionellen Gesundheitsversorgung (Regionen) und der Pflege (Gemeinden) angesiedelt ist. Auch kann das Angebot nicht immer mit der in den letzten Jahren stark gestiegenen Nachfrage mithalten (Fukushima et al 2010).

5.2.4. Informelle Pflege

Wie viel informelle Pflege?

Es liegen keine genauen Schätzungen vor, wie viel Pflege in Schweden informell geleistet wird. Verschiedene Studien gehen davon aus, dass bis zu 70 Prozent der gesamt geleisteten Pflegestunden auf informeller Basis erfolgen (Sundström et al. 2002). Das schwedische System benötigt daher trotz des gut ausgebauten staatlichen Systems unbedingt auch die Unterstützung durch Pflege durch Angehörige.

Welche Unterstützung gibt es für informelle Pflege?

Es existieren diverse Unterstützungen für informelle Pfleger, wie zum Beispiel eine finanzielle Unterstützung als Ausgleich für verlorenes Einkommen. Hierfür ist allerdings eine Überprüfung des Bedarfs/Einkommens nötig, weshalb im Jahr 2006 lediglich 5.200 Personen eine derartige Unterstützung erhielten. Die Gemeinden können noch weitere Arten von finanziellen Unterstützungen (teilweise sind sie einkommensabhängig) den informellen Pflegern zur Verfügung stellen. Da die Gemeinden allerdings hierzu nicht verpflichtet sind, ist das Angebot an derartigen weiteren finanziellen Unterstützungen regional sehr unterschiedlich. Neben diesen Geldleistungen gibt es auch Sachleistungen für die informellen Pfleger. Diese reichen von „Urlaub von der Pflege“ über Bildungsmaßnahmen bis hin zum Angebot von „Wohlfühlaktivitäten“, wie Massagen und dem Besuch von Wellnesseinrichtungen (Fukushima et al 2010)

5.2.5. Alternative Betreuungsformen

Erst seit 2009 wird eine neue Unterkunftsart für ältere Personen vom Staat anerkannt und finanziell unterstützt. Diese wird „Sicheres Wohnen“ (Trygghetsboende) genannt und ist eine intermediäre Betreuungsform zwischen einem Pflegeheim und der eigenen Wohnung/dem eigenen Haus. Die speziell für die Bedürfnisse älterer Menschen ausgestatteten Häuser bieten

einzelne Wohnungen für die Bewohner an sowie von allen Bewohnern gemeinsam genutzte Räume. Pflegepersonal steht rund um die Uhr zur Verfügung. Die Bewohner sollen soweit wie möglich ihr normales Leben selbständig weiterführen und nur dort Unterstützung in Anspruch nehmen, wo sie sie benötigen. Durch diese Betreuungsform soll der Aufenthalt in den teureren Alten- und Pflegeheimen herausgezögert oder ganz vermieden werden (Fukushima et al. 2010).

5.3. Probleme, Reformen und Lösungen

Die Ädel-Reform wird insgesamt sehr positiv und nachhaltig bewertet. Zuvor waren einige Probleme offensichtlich geworden, welche eine Umstrukturierung nötig machten. Hauptsächlich sind Folgende zu nennen:

- Zersplitterte Zuständigkeiten in der Pflege. Es waren sowohl die Landkreise als auch die Gemeinden für den Pflegebereich verantwortlich. Die Landkreise zeigten sich für die stationäre Pflege und die Gemeinden für die ambulante Pflege verantwortlich.
- Pflegeheime waren in einem sehr schlechten Zustand
- Übermedikalisierung der Pflegebedürftigen
- Aufgrund eines Mangels an Alten- und Pflegeheimplätzen sowie an Übergangslösungen konnten Personen unmittelbar nach der erfolgten Behandlung nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden und blockierten („Bed blockers“) unnötig die Akutbetten von Krankenanstalten.

Diese Bereiche wurden durch die Reform angesprochen, und es konnten Verbesserungen erreicht werden. Die Verantwortung im Pflegebereich wurde bei den Gemeinden konzentriert. Es lag nun auch bei ihnen, Maßnahmen gegen die „Bed blockers“ zu ergreifen. Das ging nicht zuletzt mit einem strengeren Assessmentprozess zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einher. Während 1990 noch 15 Prozent der Akutbetten in Krankenanstalten mit „Bed blockers“ belegt waren, waren es 1999 nur mehr 6 Prozent. Die Standards in den Alten- und Pflegeheimen wurden ebenfalls verbessert (Ministry of Health and Social Affairs 2007; OECD 2005).

Neben den bereits genannten spezifischen Problemen der einzelnen Pflegesettings (Wartezeiten für stationäre Pflege, Probleme bei der Hauskrankenpflege) werden auch weitere Punkte für zukünftige Reformen in der Literatur genannt. So erwartet das Peer Review in Social Protection and Social Inclusion and Assessment in Social Inclusion (2009) in den kommenden Jahren eine Unterversorgung mit qualifiziertem Personal. Fukushima et al. (2010) kritisieren, dass zu wenig auf mögliche psychische Erkrankungen der gepflegten Personen Rücksicht genommen werde, obwohl ein Drittel aller älteren Menschen depressiv

seien. Szebehely (2008) wiederum zeigt, dass sich zwischen 1988 und 1999 die Nutzung von Pflegeangeboten zwischen gut und schlecht ausgebildeten Personen verschoben hat. Während 1988 noch ein ähnliches Bild für beide Gruppen erkenntlich war, zeigt sich, dass 1999, nach einer Verschärfung der Zulassungskriterien für öffentliche Pflege, die besser Gebildeten auf private Anbieter ausgewichen sind, während sich schlechter Gebildete vermehrt auf die Unterstützung durch Angehörige verlassen mussten.

6. Japan

6.1. Organisation der Leistungserbringung

Charakteristika des japanischen Pflegesystems

Aufgrund einer abnehmenden Geburtenrate und der zunehmenden Lebenserwartung ist die japanische Gesellschaft von einer rapiden Alterung betroffen. Im Jahr 1970 betrug der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung noch 7,06 Prozent, im Jahr 1990 waren es bereits 12,05 Prozent, und im Jahr 2000 löste Japan mit einem Anteil von 17 Prozent Schweden als das Land mit der ältesten Bevölkerung weltweit ab. Im Jahr 2050 wird laut Prognosen der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung bei 35 Prozent liegen (Wu 2004; Mitchell et al. 2008).

Die meisten europäischen Länder sehen die alternde Bevölkerung als Damoklesschwert über dem Pflegesystem schweben. Auf politischer Ebene überschattet daher oftmals die Frage der zukünftigen Finanzierbarkeit Überlegungen hinsichtlich der qualitativen Verbesserung von bestehenden Leistungsangeboten und der Entwicklung neuer Angebote. Im Japan hingegen ist das Denken über die alternde Bevölkerung im Bezug auf Pflegewesen deutlich positiver besetzt. Reformvorschläge zielen in erster Linie primär auf die Steigerung der Lebensqualität älterer Menschen im Allgemeinen und auf ein qualitativ gut funktionierendes Pflegesystem im Speziellen ab (Mitchell et al. 2008).

Das Herzstück des japanischen Pflegesystems ist eine Pflegeversicherung. Sie wurde im Jahr 2000 eingeführt. Damit ist Japan neben Deutschland, den Niederlanden und Israel eines von vier Ländern weltweit, welches über eine gesetzliche Pflegeversicherung verfügt (Janig et al. 2008).

Die Einführung der Pflegeversicherung brachte eine grundlegende Reform des japanischen Pflegesystems mit sich. Mit der Pflegeversicherung sollte erreicht werden, dass pflegebedürftige Personen die Pflegeleistungen, die sie erhalten wollen, aus einem breiten Angebot selbst wählen können, dass möglichst alle Pflegebereiche abgedeckt werden und dass die Zahl der unnötigen bzw. unnötig langen Spitalsaufenthalte sinkt. Die Pflegeversicherung basiert auf vier Prinzipien:

- Pflegebedürftige Personen sollen berechtigt sein – ungeachtet ihrer Familien- oder Einkommenssituation – Pflegeleistungen entsprechend ihrer Bedürfnisse und Wünsche in Anspruch zu nehmen.
- Das Sozialsystem und das Gesundheitssystem für ältere Menschen sollen integriert werden.

- Der private Sektor soll stärker in die Erbringung von Pflegeleistungen eingebunden werden. Öffentliche und private Organisationen sollen die Möglichkeit haben, zu den gleichen Bedingungen am Wettbewerb teilzunehmen.
- Die Einführung von „Care Management“, im Zuge dessen eine Vielzahl von Leistungen koordiniert angeboten werden soll und bessere Informationen über die vorhandenen Leistungen verfügbar gemacht werden sollen.

Im Rahmen der japanischen Pflegeversicherung werden verschiedene stationäre als auch ambulante Sachleistungen angeboten. Die Pflegeversicherung sieht aber keine Gewährung von Pflegegeld/Geldleistungen vor. Der Vorschlag, auch Geldleistungen als eine weitere Versicherungsleistung anzubieten, stieß bei der weiblichen Bevölkerung auf erheblichen Widerstand. Die japanischen Frauen befürchteten nämlich, dass Geldleistungen die informell pflegenden Personen (meist Frauen) zu diesen Aufgaben verpflichten (Matsumoto 2003).

Die von der Pflegeversicherung übernommene monatliche Aufwandsentschädigung variiert in Abhängigkeit der Pflegestufe und des Pflegesettings. Eine detaillierte Aufstellung darüber findet sich in Tabelle 13.

Tabelle 13: Pflegestufen in Japan

	Definition	Leistungen (in Euro)		
		Ambulant	Pflegeheim	Krankenhaus
Hilfsbedürftig	Weniger als 30 Minuten Hilfe pro Tag	368		
Pflegestufe 1	30-50 Minuten Hilfe pro Tag	993	1.431	2.145
Pflegestufe 2	50-70 Minuten Hilfe pro Tag	1.167	1.512	2.227
Pflegestufe 3	70-90 Minuten Hilfe pro Tag	1.603	1.591	2.310
Pflegestufe 4	90-110 Minuten Hilfe pro Tag	1.834	1.672	2.393
Pflegestufe 5	Mehr als 110 Minuten Hilfe pro Tag	2.147	1.751	2.476

Quelle: Janig et al. 2008

Die japanische Pflegeversicherung sichert nur den altersbedingten Pflegebedarf ab und unterscheidet zwischen zwei leistungsberechtigten Personengruppen:

- Personen zwischen 40 und 65 Jahren, welche aufgrund einer altersbedingten Krankheit (z.B. Schlaganfall) pflegebedürftig werden
- Personen über 65 Jahren

Behinderte pflegebedürftige Personen unter 65 Jahren sind von Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen (Matsumoto 2003).

Der Assessmentprozess in Japan zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und damit zum Leistungsanspruch ist ziemlich komplex. Er läuft in zwei Stufen ab. Zuerst wird ein Fragebogen mit 73 Fragen über die körperliche und geistige Situation ausgefüllt und per Computer analysiert. Die Durchführung des Fragebogens liegt in den Händen der Care Manager, welche nach erfolgter Beurteilung der Pflegebedürftigkeit die Entwicklung eines Pflegeplans und die Auswahl passender Leistungserbringer unterstützen. Auf Basis dessen stellt eine von der Gemeinde bestellte Beurteilungskommission die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe fest. Die pflegebedürftigen Personen werden nach dem Zeitaufwand für die Pflege einer der sechs Pflegestufen zugeordnet (Tatara und Okamoto 2009).

Die Pflegeversicherung wird je zur Hälfte aus Versicherungsbeiträgen und öffentlichen Zuschüssen finanziert. 31 Prozent stammen aus den Beiträgen der 40-65 Jährigen (0,9 Prozent des Einkommens, zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen), 19 Prozent aus den Beiträgen der über 65-Jährigen (Höhe ist abhängig von der jeweiligen Gemeinde), 25 Prozent vom Staat und jeweils 12,5 Prozent von den Präfekturen und Gemeinden (Tatara und Okamoto 2009).

Organisation

Das japanische Pflegewesen ist von einer großen Dezentralisierung geprägt. Die Regierung macht Rahmenvorgaben in Bezug auf Anzahl und Preise für Plätze in Pflegeheimen, Tageszentren, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Heimhilfe. Zudem spielt sie eine wichtige Rolle bei der Festlegung von Anspruchskriterien, über die bestimmt wird, wer Pflegeleistungen erhalten kann. Die Hauptverantwortung liegt jedoch in den Händen der Gemeinden. Deren Verantwortung umfasst (Mitchell et al. 2008):

- Pflegeplanentwicklung inklusive Budgetkalkulation für die benötigte Pflege vor Ort
- Festlegung der Höhe der zu bezahlenden Pflegebeiträge zur Pflegeversicherung der Bevölkerung 65 Jahre und älter

- Entwicklung adäquater Pflegestrukturen
- Beurteilung der Pflegebedürftigkeit
- Installation eines Care Management-Systems

Kapazitätsplanung

Im Rahmen der Pflegeversicherung sind alle Gemeinden dazu verpflichtet 5-Jahres Strategiepläne zu entwickeln. Diese Strategiepläne beinhalten auch Details zur Kapazitätsplanung (Tatara und Okamoto 2009).

6.2. Pflegesettings

6.2.1. Stationäre Pflege

Im Jahr 2002 erhielten 700.000 pflegebedürftige Personen stationäre Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung.

Angebot und Organisation der stationären Pflege

Im Jahr 2002 gab es rund 11.800 zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen. Darunter fallen 4.900 Pflegeheime, 2.900 Heime für Übergangspflege und 4.000 Krankenhäuser.

In Japan stehen die stationären Pflegeeinrichtungen entweder unter öffentlicher oder privat-gemeinnütziger Trägerschaft, privat-private Träger sind nicht zulässig. Es wird nämlich befürchtet, dass derartige Träger die Gewinnerzielung über die Leistungsqualität stellen und dadurch die Qualität in der Leistungserbringung sinkt. Ein Wettbewerb zwischen den öffentlichen und privat-gemeinnützigen Trägern ist hingegen explizit erwünscht. Dieser soll jedoch nicht über Preise (diese werden national festgesetzt), sondern über andere Kriterien wie etwa höhere/bessere Qualität ausgetragen werden (Mitchell et al. 2008).

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Die pflegebedürftigen Personen erhalten die stationären Leistungen als Sachleistungen und haben 10 Prozent der Kosten als Selbstbehalt zu tragen. Darüber hinaus müssen sie die Kosten für Kost und Logis zur Gänze übernehmen.

6.2.2. Teilstationäre Pflege

Angebot und Organisation der teilstationären Pflege

In den letzten Jahren entstanden in Japan zahlreiche kleinere multifunktionale Sozialzentren sogenannte Takuroujos. Diese funktionieren als Heime und Tageszentren und bieten Leistungen wie Heimhilfe, Kurzzeitpflege, Unterstützung beim Transport und Lieferung von Mahlzeiten an. Das genaue Leistungsangebot variiert je nach Takuroujo. Diese Zentren erfreuen sich aufgrund ihrer gemütlichen Atmosphäre zunehmender Beliebtheit. In der Folge wurden sie im April 2006 offiziell ins Leistungsangebot der Pflegeversicherung aufgenommen. Viele Takuroujos begannen auch als privat initiierte Tageszentren, die dann im Lauf der Zeit aufgrund steigender Nachfrage auch Kurzzeitpflege anboten (Ohara 2006).

6.2.3. Ambulante Pflege

Im Jahr 2002 erhielten 1.840.000 pflegebedürftige Personen Betreuung und Hilfe durch ambulante Dienste im Rahmen der Pflegeversicherung.

Angebot und Organisation der ambulanten Pflege

Im Jahr 2002 gab es 16.975 Anbieter von ambulanter Pflege. Die Anzahl an Leistungserbringern ist seit dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes stark gestiegen. Seit diesem Zeitpunkt ist es nämlich auch privat-privaten Trägern erlaubt, ambulante Pflege anzubieten (Mitchell et al. 2008). Durch die Marktöffnung für privat-private Anbieter erweist es sich als zunehmend schwieriger, das Qualitätsniveau in der Leistungserbringung zu halten (Raikhola und Kuroki 2009).

Im Jahr 2002 befanden sich 2 Prozent der Anbieter unter öffentlicher, 55 Prozent unter privat-gemeinnütziger und 43 Prozent unter privat-privater Trägerschaft.

Pflegebedürftige Personen können im Rahmen der Pflegeversicherung ambulante Leistungen frei wählen. Die unmittelbare Zusammenstellung kann entweder direkt von der gepflegten Person oder von einem Pflegemanager (üblicherweise ein Arzt, Krankenpfleger oder Sozialarbeiter) vorgenommen werden (Wu 2004).

Tabelle 14 zeigt wie eine solche Zusammenstellung beispielsweise aussehen könnte.

Tabelle 14: Beispiel für eine Zusammenstellung von Pflegeleistungen

	Morgen	Nachmittag	Nacht
Montag	Heimhilfe	Besuch durch Krankenpfleger	Kontrollbesuch
Dienstag	Heimhilfe		Kontrollbesuch
Mittwoch	Heimhilfe		Kontrollbesuch
Donnerstag	Heimhilfe		Kontrollbesuch
Freitag	Heimhilfe	Besuch durch Krankenpfleger	Kontrollbesuch
Samstag	Heimhilfe		Kontrollbesuch
Sonntag	Heimhilfe		Kontrollbesuch

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010 nach Ihara 2000.

Finanzierung aus Sicht der zu Pflegenden

Die pflegebedürftigen Personen erhalten die ambulanten Leistungen, wie in der stationären Pflege, in Form von Sachleistungen und haben 10 Prozent der Kosten als Selbstbehalt zu tragen. Außerdem haben die pflegebedürftigen Personen die Kostendifferenz zu tragen, wenn die Kosten für ambulante Leistungen die von der Pflegeversicherung in der jeweiligen Pflegestufe getragenen Kosten übersteigen.

6.2.4. Alternative Betreuungsformen

Neben den öffentlichen, privat-gemeinnützigen und privat-privaten Anbietern von Pflegeleistungen spielt in Japan auch der ehrenamtliche Sektor eine nicht unbedeutende Rolle in der Pflegeversorgung. In Japan wurde eine sogenannte „Pflegetätigkeit“ erfunden. Hierbei handelt es sich um eine nicht-monetäre Größe in Form von „Zeitkontingenten“, welche ehrenamtlichen Helfern gutgeschrieben werden. Im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit können diese Zeitkontingente eingelöst werden. Die Bedeutung der mittlerweile rund 400 Organisationen, welche auf dieser Basis arbeiten, gilt es vor allem in finanzschwächeren, ländlichen Gebieten nicht zu unterschätzen (Janig et al. 2008).

6.3. Probleme, Reformen und Lösungen

In den letzten zwei Jahrzehnten hat es im japanischen Pflegesystem einige Reformen gegeben, welche erwähnenswert erscheinen.

Der Hintergrund der Reformaktivitäten liegt in der Rolle, welche die japanischen Spitäler bei der Pflege in der Vergangenheit gespielt haben und immer noch spielen. Das japanische Pflegesystem war von einer Institutionalisierung in Spitälern gekennzeichnet, was vor allem auf die unterschiedliche Finanzierungsstruktur zwischen Spitälern einerseits und den Pflegeleistungen andererseits zurückzuführen ist. Die Finanzierung der Spitäler erfolgt über die Krankenversicherung. Die Pflegeleistungen werden hingegen über Steuereinnahmen finanziert und sahen sich ständig begrenzten Budgets gegenüber, was dazu führte, dass der Anspruch auf Leistungen oft an die soziale Bedürftigkeit geknüpft wurde. Daraus entwickelte sich eine gewisse Stigmatisierung von Angehörigen, die ältere Familienmitglieder in Sozialheimen unterbringen ließen. Gleichzeitig überstieg die Nachfrage nach Pflegeplätzen das Angebot. Die Pflege in Spitälern war gesellschaftlich positiver besetzt als die Pflege in Heimen. In der Folge wurden Japans Spitäler zunehmend als Quasi-Altenheime verwendet und sahen sich einem stark steigenden Bedarf gegenüber, dem sie auf die Dauer jedoch nicht gewachsen waren (Tatara und Okamoto 2009).

Um diesem Problem entgegen zu wirken, wurde 1989 der sogenannte „Gold Plan“ beschlossen. Er zielte auf eine Ambulantisierung der Pflege ab, indem lokal basierte Pflegeleistungen gestärkt und reorganisiert werden, um pflegebedürftigen Personen möglichst lange ein Leben in der Gemeinde außerhalb von stationären Einrichtungen zu ermöglichen. Im Zuge des Gold Plans wurden numerische Zielgrößen für den Ausbau Heimhilfe, Kurzzeitpflege und Tageszentren festgelegt. Der Plan war ursprünglich auf einen Zeitraum von zehn Jahren ausgelegt (1990-1999). Es zeichnete sich jedoch bald ab, dass die gesetzten Zielgrößen den tatsächlichen Bedarf nicht abdecken konnten. Im Jahr 1994 erfolgte eine Revidierung in Form des „Neuen Gold Planes“, und die Zielgrößen wurden erhöht (Raikhola und Kuroki 2009).

Quasi als Fortführung des Gold Plans wurde 1997 die Einführung einer Pflegeversicherung beschlossen, welche 2000 mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes in Kraft getreten ist und bis heute Bestand hat.

Im Jahr 2004 erfolgte eine Revision der Pflegeversicherung. Ziel dieser war es, präventive Maßnahmen stärker ins System zu integrieren. Gemeinden sollen für ältere Menschen, die in der näheren Zukunft pflegebedürftig werden könnten, spezielle Leistungen wie etwa Ernährungsberatung, Bewegungsprogramme oder Vorsorgeuntersuchungen anbieten. Es wird angenommen, dass etwa fünf Prozent der älteren Bevölkerung diese Leistungen nutzen (Raikhola und Kuroki 2009).

Seit ihrer Einführung ist die Pflegeversicherung mit ständig steigenden Ausgaben konfrontiert. Es gab in der Folge mehrere Versuche, dem Ausgabenwachstum entgegenzuwirken. So werden seit Oktober 2005 in der institutionellen Pflege Gebühren für Verpflegung und Unterkunft verrechnet (Mitchell et al. 2008). Im Jahr 2006 erfolgte eine Einschränkung des Kataloges der durch die Pflegeversicherung übernommenen Leistungen (Raikhola und Kuroki 2009).

Ein weiteres Ziel ist es, bis zum Jahr 2012 Spitalsbetten für die Langzeitpflege abzuschaffen (Mitchell et al. 2008).

7. Analyse¹⁶

Die Leistungserbringung war in den letzten ein bis eineinhalb Dekaden in einigen der untersuchten Länder von großen Veränderungen geprägt. Diese Veränderungen fußen einerseits auf Reformen aufgrund immer knapper werdender finanzieller Ressourcen, und andererseits in einer geänderten Wahrnehmung der Pflege (Stichwort: Qualität der Leistungserbringung). Die einzelnen Trends werden im Folgenden beschrieben und analysiert:

7.1. Trend: Regionalisierung

Hierbei handelt es sich weniger um einen Trend, sondern vielmehr um eine Gegebenheit. Die Kompetenz zur Leistungserbringung im Pflegewesen ist in einigen Ländern auf Gemeindeebene¹⁷ angesiedelt (z.B. Dänemark, Schweden) (Pavolini und Ranci 2008). Durch diese Regionalisierung verspricht man sich, auf die regionalen Gegebenheiten besser reagieren zu können und noch besser auf die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen eingehen zu können. Die Erfahrungen in den einzelnen Ländern zeigen allerdings, dass eine derartige Regionalisierung nur dann wirklich gut funktioniert, wenn es von höheren Instanzen konkrete Vorgaben zur Art und Weise der Leistungserbringung gibt. Zu vage Vorgaben führen oftmals nicht zum gewünschten Effekt, der mittels der Regionalisierung erreicht werden soll. In Dänemark etwa stellten sich die Rahmenvorgaben für die Durchführung der präventiven Hausbesuche als zu ungenau heraus. In der Folge variierte die Umsetzung zwischen den einzelnen Gemeinden erheblich. In Schweden war die Rahmengesetzgebung für die privaten Zuzahlungen in Pflegeheimen zu unpräzise formuliert, was zu einer Überarbeitung des Gesetzes führte.

7.2. Trend: Ambulantisierung

Ein klar erkennbarer Trend in der Pflege ist die sogenannte Ambulantisierung der Pflege (Pavolini und Ranci 2008). Länder wie z.B. Dänemark, Frankreich, Schweden sind dazu übergegangen, die pflegerische Leistungserbringung von den Pflegeheimen in das private Umfeld der pflegebedürftigen Personen zu verlagern. Diese Entwicklung kann auf zwei Gründe zurückgeführt werden:

- 1) Der zunehmende Kostendruck in der Pflege veranlasste viele Länder die Pflege vom „teureren“ stationären Setting in das „günstigere“ ambulante Setting zu verlagern.

¹⁶ Zur Komplementierung des Bildes aus der Literatur haben wir auch noch Expertengespräche/Experteninterviews mit Dr. Birgit Trukeschitz – Forschungsinstitut für Altersökonomie, WU-Wien, Mag. Johannes Wallner – Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, Mag. Monika Wild – Österreichisches Rotes Kreuz, welche in der Folge kurz als Experten bezeichnet werden, geführt.

¹⁷ In diesem Zusammenhang ist es wichtig festzuhalten, dass Gemeinden in Dänemark und Schweden von der Einwohnerzahl her nicht mit Gemeinden in Österreich verglichen werden können. Eine dänische oder schwedische Gemeinde entspricht in etwa einem österreichischen Bezirk.

- 2) Eine Pflege „in den eigenen vier Wänden“ entspricht viel mehr den Wünschen und Bedürfnissen der zu pflegenden Personen als eine Pflege im Pflegeheim. Die Entscheidungsträger und Leistungserbringer haben das Verlangen der pflegebedürftigen Personen, so lange wie möglich zu Hause gepflegt zu werden, erkannt und versuchen ihm so gut und weit wie möglich Rechnung zu tragen.

Der Trend der Ambulantisierung wurde uns in Experteninterviews auch für Österreich bestätigt. Dieser Trend wird sich – so die Experten – auch in Zukunft weiter fortsetzen. Auch die Bedarfs- und Entwicklungspläne in den einzelnen Bundesländern forcieren die Ambulantisierung, indem sie auf eine Verringerung bzw. einen kompletten Verzicht von Wohnplätzen abzielen.

Teilstationäre Betreuungsformen, wie z.B. Tagesstätten, sind ein Pflegesetting, welches im Rahmen der Ambulantisierung der Pflege verstärkt genutzt werden könnte. Im Rahmen unserer Länderrecherche und auch für Österreich zeigte sich allerdings, dass diese intermediäre Betreuungsform zwischen stationärer und ambulanter Pflege nur eine sehr untergeordnete bis gar keine Rolle spielt. In der Literatur sind jedoch keine Gründe für die geringe Nutzung dieser Betreuungsform angeführt.

Im Rahmen unserer Experteninterviews wurden in Bezug auf Österreich folgende Gründe genannt, weshalb teilstationäre Betreuungsformen bislang so wenig verbreitet sind:

- Teilstationäre Betreuungsformen sind oftmals an Pflegeheime angeschlossen. Diese unmittelbare Nähe zu einem Pflegeheim ist eine der größten Barrieren bei der Inanspruchnahme dieses intermediären Pflegesettings. Besucher von Tagesstätten fürchten den schnellen nahtlosen Übergang in ein Pflegeheim. Bei der Errichtung von Tagesstätten sollte man daher zukünftig darauf achten, dass diese nicht an ein Pflegeheim angeschlossen sind, sondern z.B. in einem Gemeindezentrum angesiedelt werden.
- Ein Ziel von Tagesstätten ist es auch, pflegende Angehörige zu entlasten. Idealerweise sollten pflegende Angehörige, welche noch im Berufsleben stehen, die pflegebedürftige Person untertags in einer Tagesstätte unterbringen können, um ihren Beruf nachgehen zu können. Im Umgang mit pflegebedürftigen Personen zeigt sich allerdings, dass es sich hierbei oftmals um eine Idealvorstellung handelt. Vor allem bei dementen Personen kommt es häufig vor, dass sie sich an einem oder mehreren Tagen in der Woche weigern die Tagesstätte zu besuchen, was es pflegenden Angehörigen unmöglich macht einer geregelten Berufstätigkeit nachzugehen. Infolgedessen geben pflegende Angehörige entweder ihren Beruf gänzlich auf, um sich zu Hause um die pflegebedürftige Person kümmern zu können, oder sie bringen die pflegebedürftige Person in einem Pflegeheim unter. Beide Optionen führen jedoch dazu, dass in weiterer Folge keine teilstationären Betreuungsformen mehr in Anspruch genommen werden.

- Der Kostenfaktor ist nicht zuletzt ein weiterer Grund für die geringe Verbreitung von teilstationären Betreuungseinrichtungen. Die Besucher von Tagesstätten haben ein breites Spektrum an Bedürfnissen (z.B. drei Mahlzeiten täglich, Ergo- und Physiotherapie, Gedächtnis- und Bewegungstraining, Werk- und Beschäftigungsgruppen, Musikgruppen). Um allen diesen Bedürfnissen gerecht zu werden, bedarf es einer sehr kostenintensiven Personalstruktur. Würde man aber nicht versuchen all diese Bedürfnisse der Besucher abzudecken, würde dieses Betreuungssetting noch weniger Akzeptanz finden. Das gestaltet mitunter den Betrieb eines Tageszentrums ähnlich teuer wie den Betrieb eines Pflegeheimes. Aufgrund des reduzierten Angebotes eines Tageszentrums im Vergleich zu einem Pflegeheim (z.B. fehlende Nachtbetreuung) können nur niedrigere und daher oftmals nicht kostendeckende Tagsätze von den Besuchern verlangt werden, was den Betrieb derartiger Einrichtungen nicht lukrativ erscheinen lässt.

Ein Ausweg daraus wäre, mehr zielgruppenorientierte Tagesstätten zu schaffen, wie z.B. Tagesstätten, welche sich ausschließlich auf Gedächtnis- und Bewegungstraining oder Werk- und Beschäftigungsgruppen konzentrieren. Für derartig spezialisierte Tagesstätten ist der Bedarf vor allem in ländlichen Gebieten nicht gegeben, zumal Tagesstätten relativ wohnortnah angesiedelt sein sollen. Zudem ist nicht klar, ob die Spezialisierung von Einrichtungen die Nachfrage nach teilstationären Betreuungsplätzen ankurbeln, oder den oben genannten gelegentlichen Widerstand der Betreuten gegen eine tägliche Benutzung erhöhen würde.

Nach Experteneinschätzungen wird das Segment der teilstationären Pflege auch zukünftig eine sehr kleines bleiben. Auch aus Länderberichten sind keine Ambitionen der Länder zu erkennen, den Ausbau dieses Sektors weiter zu forcieren. In den meisten Ländern nimmt dieses Setting, wie in Österreich, eine eher untergeordnete Stellung ein.

7.3. Trend: Öffnung des Pflegemarktes für private Anbieter

Ein weiterer klar erkennbarer Trend in der Pflege ist die Öffnung des Pflegemarktes für private-gemeinnützige und privat-private Leistungsanbieter. Diese Maßnahme verfolgt vor allem zwei Hauptziele:

- 1) Eine klarere Trennung der Funktionen Finanzierung und Leistungserbringung, indem auch private Anbieter auf dem Markt zugelassen werden, und eine Ankurbelung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Anbietern, um damit eine Effizienzsteigerung zu erreichen.
- 2) Die pflegebedürftigen Personen sollen die Möglichkeit haben, zwischen unterschiedlichen Anbietern auswählen zu können. Damit wird auch ihre Rolle im Pflegeprozess deutlich gestärkt.

Private Anbieter diffundierten mit unterschiedlicher Intensität in dem „Pflegemarkt“ in den einzelnen Ländern. In Deutschland etwa erfolgt die Leistungserbringung mittlerweile überwiegend durch private-gemeinnützige und privat-private Anbieter. Das mag aber auch darauf zurückzuführen sein, dass private-gemeinnützige und privat-private Träger einen gesetzlichen Vorzug gegenüber öffentlichen Trägern genießen. In Dänemark und Schweden hingegen dominieren nach wie vor die öffentlichen Anbieter. Eine Untersuchung in Dänemark zeigte, dass private Anbieter sehr selektiv bei ihrem Markteintritt sind und sich vor allem auf einkommensstarke Gemeinden konzentrieren. In Schweden sind private Anbieter fast ausschließlich in den Ballungsräumen zu finden.

Eine derartige Marktöffnung birgt natürlich auch Risiken, denen es mittels gesetzlicher Maßnahmen gegenzusteuern gilt. Der Einsatz von privaten Anbietern begünstigt die Entstehung eines „Schwarzmarktes“ in der Leistungserbringung sowie eine Leistungserbringung durch weniger/minder qualifizierte Pflegekräfte aufgrund des wettbewerblich bedingten Kostendrucks (Pavolini und Ranci 2008).

Insgesamt wird der Trend hin zu privaten Leistungsanbietern meist sehr positiv bewertet. In Deutschland ist die Qualität der Leistungserbringung durch die privaten Anbieter gestiegen (Pavolini und Ranci 2008). In Dänemark konnte durch die privaten Anbieter eine leichte Steigerung der Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen verzeichnet werden (Schultz 2010a). Allerdings werden aus Japan beim verstärkten Einsatz privat-privater Anbieter ambulanter Pflege Probleme mit dem Erhalt der Qualitätsstandards berichtet (Raikhola, Kuroki 2009). Ein Vergleich einer Gruppe privat-gemeinnütziger mit öffentlichen Pflegeheimen in Wien zeigte Effizienzvorteile der privat-gemeinnützigen Heime auf (vgl. Hofmarcher et al. 2005).

7.4. Trend: Qualität und Integration/Koordination

Die Qualität der Leistungserbringung ist in den letzten Jahren immer mehr in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gerückt. Eine Vielzahl an europäischen Ländern ist daher dazu übergegangen eine verpflichtende Qualitätssicherung in der Pflege gesetzlich zu verankern (Kraus et al. 2010). Die Ausgestaltung und der Vollzug variiert erheblich zwischen den einzelnen Ländern (vgl. Länderberichte). Insgesamt erscheint eine verpflichtende Qualitätssicherung sehr sinnvoll und wünschenswert. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu beachten, dass es nicht alleine bei der gesetzlichen Verankerung der Qualitätssicherung bleibt, sondern dass das Gesetz auch wirklich exekutiert wird.

Die Verbesserung der Koordination zwischen dem Pflege- und Gesundheitssystem ist ein weiterer Punkt in der Leistungserbringung, welcher in den letzten Jahren vermehrt öffentlich diskutiert wurde. Die Mehrzahl der europäischen Länder bemüht sich mittels Nahstellenmanagement um eine bessere Koordination des Pflegewesens mit dem Gesundheitswesen. Sie setzen hierzu vorwiegend die Konzepte des Case Managements

und des Entlassungsmanagements um. In Deutschland und Frankreich wurden außerdem Informationszentren geschaffen, in denen sich pflegebedürftige Personen sowie deren Angehörige umfassend über Geld- und Sachleistungen und die unterschiedlichen Pflegesettings informieren können. Insgesamt gesehen befinden sich die Integrationsbestrebungen in den meisten Ländern jedoch noch im Anfangsstadium (Kraus et al. 2010).

7.5. Trend: Alternative oder neue Betreuungsformen

In der Leistungserbringung ist ebenfalls ein Trend hin zu alternativen bzw. neuen Betreuungsformen zu beobachten. Diese Entwicklung steht in der überwiegenden Mehrheit der europäischen Länder noch am Beginn. Diese Art der Betreuung, wozu zum Beispiel betreutes Wohnen, Seniorenwohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser zählen, ist noch in keinem der hier untersuchten europäischen Länder wirklich institutionalisiert. Vielmehr gibt es in den einzelnen Ländern Pilotprojekte zu den einzelnen Arten der alternativen bzw. neuen Betreuungsformen. Als eines der größten Entwicklungshindernisse in Bezug auf die alternativen bzw. neuen Betreuungsformen wird immer wieder das noch in vielen Köpfen verankerte settingspezifische Denken im Pflegewesen genannt, d.h. stationäre Pflege ist gleichzusetzen mit Alters- oder Pflegeheimen, teilstationäre Pflege ist gleichzusetzen mit Tagesstätten, und ambulante Pflege ist gleichzusetzen mit ambulanten Diensten.

Die fehlende Institutionalisierung der alternativen bzw. neuen Betreuungsformen bedingt auch, dass

- 1) konkrete Bedarfsschätzungen für diese Art der Betreuung nicht existieren und
- 2) wissenschaftliche Studien, welche den Kosten-Nutzen oder die Kosten-Effektivität dieser Betreuungsformen evaluieren, in der Literatur fehlen.

Aufgrund dieser Defizite können im Rahmen dieser Studie im Hinblick auf Oberösterreich zu den zwei oben genannten Punkten keine Angaben gemacht werden.

Im Folgenden werden die gängigsten Formen alternativer bzw. neuer Betreuungsformen exemplarisch dargestellt.

- **Betreutes Wohnen**

Betreutes Wohnen ist ein Wohnkonzept, welches trotz einer gesundheitlichen Beeinträchtigung im Alter eine selbstständige Wohn- und Lebensweise ermöglichen soll. Das wird durch seniorengerecht gebaute und eingerichtete Wohnungen in Kombination mit einem ambulanten Betreuungsangebot durch ambulante Dienste erreicht. Da betreutes Wohnen keinen gesetzlichen Rahmenbedingungen unterliegt, besteht ein

großer Unterschied in der Organisationsform und in Art und Umfang der Hilfestellungen zwischen den einzelnen Anbietern. Diese Art der Betreuung stellt in der Regel kein Substitut für ein Pflegeheim dar. Bei einer dauerhaft ansteigenden Pflegebedürftigkeit der Bewohner ist daher eine Übersiedlung in ein solches zumeist unumgänglich.

Zielgruppe: Senioren, welche in vielen Lebensbereichen noch selbstständig sind und nur niederschwellige Betreuung benötigen. Durch das verfügbare Betreuungsangebot soll gewährleistet sein, dass sie bei Bedarf schnell die notwendige Hilfe erhalten können.

- **Haus- und Wohngemeinschaften**

Der Grundgedanke hinter diesem Konzept ist, im Alter und/oder nach dem Verlust des (Ehe-)Partners nicht alleine zu sein und Gleichgesinnte in der Nähe zu haben. Jedem Bewohner steht ein Zimmer innerhalb einer Wohnung zur Verfügung. Küche, Bad, WC und Wohnzimmer teilen sich die Bewohner. Bei Bedarf können ambulante Dienste entweder von allen Bewohnern gemeinsam oder aber auch nur von einzelnen Bewohnern in Anspruch genommen werden.

Zielgruppe: Senioren, welche nicht alleine leben möchten und gleichzeitig aber nicht die Selbstständigkeit einer eigenen Wohnung aufgeben möchten. Sie sollten prinzipiell noch in der Lage sein, sich selbst zu verpflegen.

- **Mehrgenerationenhäuser**

Ein Mehrgenerationenhaus ist ein Wohnkonzept, das speziell für das Wohnen mehrerer Generationen unter einem Dach konzipiert ist. Es gibt Raum für gemeinsame Aktivitäten, bietet Angebote für Kinderbetreuung und zur Betreuung älterer Menschen. Der Grundgedanke hinter diesem Konzept ist ein generationsverbundenes miteinander leben, wie sich das früher in der Großfamilie darstellte. Hierbei steht allerdings nicht nur das reine miteinander Leben im selben Haus, sondern vielmehr die gegenseitige Unterstützung und Hilfe im Mittelpunkt. Das soll idealtypisch so funktionieren, dass beispielsweise rüstige Senioren auf die Kinder einer benachbarten Familie aufpassen oder Jugendliche Pensionisten fallweise bei Haushaltstätigkeiten unterstützen.

Die Bewohner eines Mehrgenerationenhauses müssen sich in der Regel selbst versorgen. Sie leben quasi so weiter wie vor der Übersiedlung in ein solches Haus, außer, dass Nachbarschaftshilfe hier groß geschrieben wird. Diese Art der alternativen bzw. neuen Betreuungsform bietet keine Pflegedienstleistungen an, weshalb sie für Personen mit Pflegebedarf nicht geeignet ist.

Zielgruppe: Senioren, welche den Dialog zwischen den Generationen explizit suchen und ihre Erfahrungen weitergeben möchten.

III. Handlungsempfehlungen für Oberösterreich

1. Handlungsempfehlungen im Pflegewesen

In diesem Abschnitt werden Handlungsempfehlungen für die Leistungserbringung im oberösterreichischen Pflegesystem beschrieben. Sie leiten sich einerseits aus der Status-quo-Darstellung der Leistungserbringung in Oberösterreich und andererseits aus der Analyse der Länderberichte ab.

1.1. Weitere Forcierung der Ambulantisierung der Pflege

Der Trend zur Ambulantisierung der Pflege ist auch in Oberösterreich bereits klar zu erkennen und sollte auch in Zukunft weiter fortgesetzt werden. So verdoppelte sich die Anzahl der durch mobile Dienste (Mobile Betreuung und Hilfe sowie Hauskrankenpflege) betreuten Personen von 2001 bis 2008 nahezu, während die Anzahl der Heimbewohner im selben Zeitraum in etwa konstant blieb. Es ist davon auszugehen, dass es durch den stetigen Abbau an Wohnplätzen in Alten- und Pflegeheimen zu einer verstärkten Substitution im Bereich der mobilen Dienste gekommen ist. Die relative Besserausstattung Oberösterreichs mit Pflegeplätzen (inkl. Wohnplätze mit Pflege) lässt jedoch auch noch einen Spielraum hin zu einer weiteren Ambulantisierung der Pflege offen. Eine Möglichkeit, um die Ambulantisierung weiter bzw. stärker zu forcieren, könnte in der verstärkten Nutzung von alternativen bzw. neuen Betreuungsformen liegen. Sie könnten zu einer längeren Verweildauer der Personen im ambulanten Pflegesetting beitragen. Außerdem erscheint in diesem Zusammenhang die derzeit gängige Praxis¹⁸, pflegebedürftige Personen erst ab Pflegestufe 3 oder 4 in ein Pflegeheim aufzunehmen, als sehr sinnvoll, diese Schranke sollte daher keinesfalls herunter gesetzt werden.

1.2. Verbesserung des Mix zwischen öffentlichen und privat-gemeinnützigen/privat-privaten Anbietern

Oberösterreich sollte den Mix zwischen öffentlichen und privat-gemeinnützigen/privat-privaten Anbietern verbessern. Damit könnten die Vorteile einer Marktöffnung genutzt werden und den pflegebedürftigen Personen eine größere Entscheidungsfreiheit zwischen den unterschiedlichen Anbietern gewährt werden. Das trifft insbesondere auf den stationären Sektor zu, wo Oberösterreich im Vergleich zu Restösterreich noch deutlichen Aufholbedarf hat. In Oberösterreich befinden sich gegenwärtig 77 Prozent der Pflegeheime oder 82 Prozent der gesamten Pflegeplätze unter öffentlicher Trägerschaft. Die verbleibenden 23 Prozent der Pflegeheime oder 18 Prozent der gesamten Pflegeplätze stehen unter privat-gemeinnütziger oder privat-privater Trägerschaft. Im Vergleich mit Restösterreich bietet sich ein etwas anderes Bild: Hier befinden sich lediglich 42 Prozent der Heime oder 41 Prozent

¹⁸ Eine derartige Vorgehensweise findet sich auch in anderen Bundesländern wieder. Beispielsweise ist es in Wien gängige Praxis, pflegebedürftige Personen erst ab Pflegestufe 3, in Kärnten, Niederösterreich und Vorarlberg erst ab Pflegestufe 4 in ein Pflegeheim aufzunehmen.

der gesamten Pflegeplätze unter öffentlicher Trägerschaft. Die übrigen Heime bzw. Pflegeplätze werden von privat-gemeinnützigen oder privat-privaten Trägern betrieben.

1.3. Ausbau der Qualitätssicherung

Die derzeit gesetzlich verankerte Qualitätssicherung in Oberösterreich bezieht sich lediglich auf Mindeststandards in der Strukturqualität; Prozess- und Ergebnisqualität werden außen vor gelassen. Qualitätsmanagement (QM)-Systeme könnten hier einen geeigneten Rahmen bieten, um Qualität der internen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu evaluieren. Bisher basiert der Einsatz solcher QM-Systeme lediglich auf freiwilliger Basis. Aufgrund dessen sollte der Einsatz von QM-Systemen in Oberösterreich gesetzlich verankert und damit obligat gemacht werden. Oberösterreich könnte mit solch einer Maßnahme eine österreichweite Vorreiterrolle in der Qualitätssicherung der Pflege einnehmen.

Abgesehen von dieser internen Qualitätsevaluation wäre auch eine regelmäßige externe Qualitätsdarstellung mehr als erstrebenswert. Hierzu könnte das „Nationale Qualitätszertifikat“ flächendeckend auf alle oberösterreichischen Pflegeheime angewandt werden.

Zudem wäre die Veröffentlichung von standardisierten bundeslandeseinheitlichen Qualitätsberichten über Pflegeanbieter (stationär als auch mobil) sehr wünschenswert. Eine derartige Maßnahme könnte zu einer verbesserten Information der pflegebedürftigen Person über die Leistungen und Qualität der Anbieter beitragen.

Bei Qualitätssicherungsmaßnahmen gilt natürlich zu beachten, dass das Maß des Sinnvollen nicht überschritten wird. Es müsste hier ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nutzen und den Kosten angestrebt werden.

1.4. Integration und Koordination

Case Management und Entlassungsmanagement sind wichtige Maßnahmen, um die Koordination zwischen dem Pflege- und Gesundheitsbereich zu fördern und zu verbessern. Sie tragen zudem zu einer Steigerung der Versorgungsqualität bei (vgl. Cypionka et al. 2008). Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse bietet die Leistungen von Case Managern bereits flächendeckend an. Insofern kann hier von Seiten Oberösterreichs kein unmittelbarer Handlungsbedarf geortet werden. Eine Evaluation, wie viel Verbesserung die Implementierung des Entlassungsmanagements gebracht hat, bzw. ob nach wie vor (inhaltliche) blinde Flecken bestehen, steht unseres Wissens aus.

Mit den Sozialberatungsstellen verfügt Oberösterreich bereits über Informationsstellen, in denen sich u.a. pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen umfassend über Pflegeagenden informieren können. Deshalb kann auch hier kein akuter Handlungsbedarf seitens Oberösterreichs festgestellt werden.

1.5. Bedarfsfeststellung von alternativen oder neuen Betreuungsformen

Alternative bzw. neue Betreuungsformen werden in Zukunft im Pflegewesen zunehmend an Bedeutung gewinnen und könnten – wie oben erwähnt – den Prozess der Ambulantisierung der Pflege weiter fördern.

In der Literatur und auch unter Experten ist es unumstritten, dass es einen Markt/Bedarf für alternative bzw. neue Betreuungsformen gibt. Derzeit existiert aber noch keine exakte Quantifizierung des Bedarfs. Die Voraussetzung für ein bedarfsgerechtes Angebot von alternativen bzw. neuen Betreuungsformen in Oberösterreich ist eine genaue Analyse des Marktes/Bedarfs. Diese Analyse könnte mit Hilfe einer oberösterreichweiten Befragung erfolgen und sollte ihren Fokus unter anderem auf folgende Punkte legen:

- Wie groß ist der Bedarf an alternativen bzw. neuen Betreuungsformen?
- Welche Art der alternativen bzw. neuen Betreuungsformen präferieren die Senioren bzw. pflegebedürftigen Personen?

Bei beiden Fragen kommt der Definition der passenden Zielgruppen und einer Abschätzung ihrer zukünftigen Entwicklung Bedeutung zu. Auf Basis einer derartigen Bedarfs- und Präferenzfeststellung könnte dann mit der zielgerichteten Entwicklung und flächendeckenden Implementierung von alternativen bzw. neuen Betreuungsformen in Oberösterreich begonnen werden.

1.6. Flächendeckender Einsatz von Heimärzten

Die medizinische Versorgung in den oberösterreichischen Pflegeheimen erfolgt primär durch niedergelassene Ärzte per Visite und gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege auf ärztliche Anordnung. Die Zahl der visitierenden niedergelassenen Hausärzte in den Pflegeheimen bewegt sich zwischen 3 und 25. Sie ist im städtischen Raum besonders hoch. Dadurch werden die Pflegeheime mit einer Vielzahl an Behandlungskonzepten und Gewohnheiten der visitierenden Ärzte konfrontiert was die Koordination der Visiten sehr zeitaufwendig gestaltet (Mayr und Lehner 2008). Ein anderes in diesem Zusammenhang immer wieder von Experten thematisiertes Problem ist die schwere Erreichbarkeit an Tagesrandzeiten und am Wochenende von niedergelassenen Ärzten bei Akut- und Notfällen.

Durch den Einsatz von fixangestellten Heimärzten könnte die kontinuierliche ärztliche Betreuung sichergestellt und damit die Qualität der Betreuung in den oberösterreichischen Pflegeheimen gesteigert werden. Zudem könnte die Anzahl an Einweisungen in Krankenhäuser reduziert werden, weil durch die kontinuierliche Präsenz eines Arztes gesundheitliche Verschlechterungen frühzeitig erkannt und behandelt werden können und

spezielle Behandlungsbedarfe, welche derzeit noch einen Transfer ins Krankenhaus erfordern, vor Ort abdeckt werden können (Fasching 2007; Mayr und Lehner 2008).

Die Bedeutung von Heimärzten wird in Zukunft deutlich steigen, weil sich in den Pflegeheimen der Fallmix hin zu immer schwerer pflegebedürftigen Personen verlagert. Das bedingt, dass die (permanente) Anwesenheit eines Arztes zur Betreuung der Heimbewohner immer wichtiger werden wird.

Bei einem Heimarzt sollte es sich um einen Arzt der Allgemeinmedizin und/oder Facharzt für Innere Medizin mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Geriatrie und der Betreuung chronisch Kranker handeln. Er sollte in seiner Tätigkeit als medizinischer Case Manager agieren und dabei die medizinische Betreuung, die rehabilitativen Maßnahmen und die medizinische Pflege koordinieren (Fasching 2007).

Die durch den Einsatz solcher Heimärzte zusätzlich anfallenden Kosten könnten zwischen dem Pflege- und Gesundheitssystem aufgeteilt werden, weil beide Systeme hiervon profitieren. Eine derartige Aufteilung schlägt auch Fasching (2007) vor.

In den Niederlanden ist ein derartiges Heimarztmodell bereits erfolgreich umgesetzt worden. Es wurde damit ein Anstieg der medizinischen Versorgungsqualität, eine verbesserte Kommunikation zwischen Heimbewohnern und Ärzten sowie eine schnellere und bessere Diagnostik von Erkrankungen und gesundheitlichen Problemen erreicht (Hoeck et al. 2003).

2. Handlungsempfehlungen außerhalb des Pflegewesens

2.1. Forcierung von Public Health Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Pflegebedürftigkeit¹⁹

Die Forcierung und Ausweitung von Public Health Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention könnte zum Teil zu einer Vermeidung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit beitragen. Hierzu kann auf drei Ebenen angesetzt werden:

1) Ebene des Individuums:

Auf dieser Ebene geht es vor allem darum, gesundheitsfördernde Aufgaben in die direkte Pflege zu integrieren, z.B. durch aktivierende Pflege und Patientenedukation. Der Erhalt der Selbstständigkeit und der Gesundheit von pflegebedürftigen Personen soll durch Schulungen, Anleitungen, Beratung, Information und Aufklärung gezielt gefördert werden. Derartige Maßnahmen sollten in allen Settings der Pflege ergriffen und umgesetzt werden. Im Zuge dessen sollten neue Initiativen im Bereich „Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege“ gesetzt werden.

2) Ebene der Familie/Gemeinde

Eine Maßnahme auf dieser Ebene könnte z.B. die Installation des Konzepts der „familienzentrierten Pflege sein“. Dabei arbeiten Pflegekräfte mit der ganzen Familie, d.h. im Konkreten, es werden Familiengespräche mit allen beteiligten Familienmitgliedern geführt. Ziel einer solchen Maßnahme ist, dass die Familie als Gesamtes mit dieser Lebenssituation besser zurecht kommt, ihre Ressourcen identifiziert und das Pflegearrangement gemeinsam gestaltet. Ein weiterer Aspekt dieser Maßnahme ist auch die Gesundheitsförderung aller Familienmitglieder.

Eine weitere Maßnahme auf dieser Ebene könnte die Einsetzung einer „Public Health Nurse“ auf Gemeindeebene sein. Sie könnte z.B. mit der Durchführung von präventiven Hausbesuchen betraut werden. Das Ziel von derartigen Hausbesuchen ist, Personen solange wie möglich zu einem autonomen, unabhängigen und selbstbestimmten Leben zu verhelfen, indem ein möglicher Hilfebedarf frühzeitig erkannt wird. Derartige präventive Hausbesuche existieren z.B. in Dänemark (vgl. Länderbericht).

3) Ebene der Bevölkerung insgesamt

Auf dieser Ebene geht es darum, Gesundheitsförderungsprojekte und -programme sowie Präventivkonzepte zu erarbeiten. Das Ziel von derartigen Maßnahmen ist, die

¹⁹ Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen wurden im Rahmen des Experteninterviews mit Mag. Monika Wild diskutiert und spezifiziert.

Selbsthilfefähigkeit, Sensibilisierung und Information der Bevölkerung im Bereich der Pflege zu stärken. Damit soll die Kompetenz der Bevölkerung im Umgang mit Krankheitsbildern wie z.B. Demenz gefördert werden.

2.2. Vereinbarkeit von informeller Pflege und Arbeitsmarkt

Angesichts demographischer Entwicklung und öffentlicher Budgetsituation wird es unvermeidbar sein, dass auch zukünftig der Löwenanteil der betreuungsbedürftigen Personen informell versorgt werden wird. Derzeit wird ein großer Teil dieser informellen Betreuungsarbeit innerhalb desselben Haushaltes durch den Ehepartner/die Ehepartnerin geleistet, und viele der pflegenden (Schwieger-) Kinder sind derzeit selbst bereits Pensionisten. Es ist damit zu rechnen, dass sich der Anteil pensionierter pflegender (Schwieger-)Kinder zugunsten von erwerbstätigen verschieben wird, zum einen da das Durchschnittsalter werdender Eltern sich nach oben verschoben hat, und zum anderen durch allfällige Erfolge in den Bemühungen, das faktische Pensionsantrittsalter anzuheben.

Zusammengenommen führen diese Entwicklungen zur Einschätzung, dass der Vereinbarkeit von informeller Pflege und beruflicher Tätigkeit erhöhte Bedeutung zukommen wird. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der individuellen Pflege- und Betreuungsbedürfnisse sowie der unterschiedlichen Möglichkeiten je nach beruflicher Situation ist davon auszugehen, dass ein Bündel von Maßnahmen vonnöten sein wird. Hierzu können beispielsweise gehören: Unterstützung von Telearbeit für informell Pflegenden, flexible, i.S.v. durch den Arbeitnehmer gestaltbare Arbeitszeiten, Recht auf kurzfristige Pflegefreistellung bei akut eintretendem Pflegebedarf, Förderung ausgewählter Anwendungen von Telemonitoring der Pflegebedürftigen. Da Evaluierungen von Maßnahmen – auch international – noch rar sind, ist eine Abschätzung des Effektes oder der erzielbaren Kosten-Nutzen-Relationen derzeit jedoch noch nicht möglich.

2.3. Adaption der Bauordnung bei Wohnbau

Der Bedarf an seniorengerechten, also barrierefreien, Wohnungen wird in Zukunft steigen. Mit Hilfe einer vorausschauenden Bauordnung könnte dieser Entwicklung Rechnung getragen werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang etwa eine Adaptierung der Baubauordnung dahingehend, dass 50 Prozent aller neu errichteten Wohnungen barrierefrei sein müssen oder rasch und einfach dahingehend adaptiert werden können.

Oberösterreich hat dem Bautechnikgesetz (Oö. BauTG) schon Rechnung getragen. Laut § 27 (3) sind bei (allen neu zu errichtenden) Wohngebäuden, ausgenommen Kleinhausbauten,

1. die einzelnen Wohnungen so zu planen und auszuführen, dass sie gegebenenfalls mit minimalem Aufwand für die Benützung durch behinderte Menschen ausgestaltet werden können (anpassbarer Wohnbau);

2. die außerhalb der einzelnen Wohnungen gelegenen, für die Benützung durch alle Bewohner vorgesehenen Gebäudeteile, wie Zu- und Eingänge, Gänge, Korridore, Aufzüge, Tiefgaragen und dgl., barrierefrei zu planen und auszuführen; die Verpflichtung zur Errichtung eines Personenaufzuges besteht nur im Rahmen des § 25 Abs. 1.

IV. Literaturverzeichnis:

Oberösterreich

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) (2010), Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008, Wien.

Land Oberösterreich, Arbeitsgemeinschaft der Alten- und Pflegeheime Oberösterreichs: Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich: Stand: Juli 2008.

Land Oberösterreich, Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales: Sozialbericht 2009, August 2009.

Landeskorrespondenz Medieninfo: Information zur Pressekonferenz mit Sozial-Landesrat Josef Ackerl zum Thema „Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen“, 12. Dezember 2007.

Land Oberösterreich Altenbetreuung und –pflege:
http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-B2E21300%20C15129E6/ooe/hs.xsl/524_DEU_HTML.htm

Dänemark

Colmorten, Clausen, Bengtsson (2003), Providing integrated health and social care for older persons in Denmark, Report, Procare project.

Council of Europe (2008), European Social Charter, 28th report of the implementation of the European Social Charter by the Government of Denmark, Copenhagen.

Hansen (2002), Häusliche Versorgung für Hilfebedürftige und Schwerkranke in Dänemark. In: Schaeffer und Ewers (Eds.), *Ambulant vor stationär - Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker* (S. 118-128). Verlag Hans Huber.

Hendriksen, Vass (2005), Preventive home visits to elderly people in Denmark, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Vol. 38, Suppl. 1, S. i31-i33.

Kröger (2005), The interplay between formal and informal care for older people: The state of the Nordic research, Presentation of the 7th ESA conference, Torun.

Kronborg, Vass, Lauridsen, Avlund (2006), Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly, Economic evaluation alongside randomized controlled study, *European Journal of Health Economics*, Vol. 7, No. 4, S. 238-246.

Leeson (2004), National Background Report for Denmark, Report, Eurofamcare project.

Merlis (2000), Caring For The Frail Elderly: An International Review, *Health Affairs*, Vol. 19, No. 3, S. 141-149.

Mühlberger, Knittler, Guger (2008a), Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, März 2008.

Nannestad (2009), Unproductive immigrants: A socially optimal policy for rational egalitarians, *European Journal of Political Economy*, Vol. 25, S. 562–566.

NSR (2008), National Strategy Report 2008-2010. Denmark.

OECD (2008), OECD Economic Surveys, Denmark, Volume 2008/2.

Schulz (2009): Questionnaire Denmark, ANCIEN project.

Schulz (2010a), The long-term care system in Denmark, Report, ANCIEN project.

Skuban (2004), Pflegesicherung in Europa, Sozialpolitik im Binnenmarkt, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

Strandberg-Larsen, Nielsen, Vallgård, Krasnik, Vrangbæk (2007), Denmark, Health System Review, *Health Systems in Transition*, Vol. 9, No. 6.

Stuart, Weinrich (2001), Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons From Denmark, *The Gerontologist*, Vol. 41, No. 4, S. 474-480.

Stuck, Egger, Hammer, Minder, Beck (2002), Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 287, No. 8, S. 1022-1028.

Deutschland

Bundesministerium für Gesundheit (2008), Das bringt die Pflegereform 2008, 14. März 2008.

Klie (2005), Pflegeversicherung, 7. Auflage, Vincentz Network, Hannover.

Schulz (2010b), The long-term care system in Germany, Report, ANCIEN project.

Sozialgesetzbuch (SGB) (2009), Elftes Buch (XI), Soziale Pflegeversicherung, Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 30.7.2009 I 2495.

Statistisches Bundesamt (2008), Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse.

Frankreich

Blanchard, Colvez (2008), Reforming Long-term Care Policy in France: Private–Public Complementarities, *Social Policy & Administration*, Vol. 44, No. 4, S. 392–410.

Colvez, Joel, Ponton-Sanchez, Royer (2002), Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers Comparisons of five different care programs in the European Union, *Health Policy*, Vol. 60, S. 219–233.

Debou, Lo (2009), L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009, *Études et Résultats*, No. 710.

Dutheil (2001), Les aides et les aidants des personnes âgées, *Études et Résultats*, No. 142.

Ernst, Young (2008), Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes.

Joel, Dufour-Kippelen, Duchêne, Marmier (2010), Questionnaire France, ANCIEN project.

Joel, Dufour-Kippelen, Duchêne, Marmier (2010), Long term care in France, Report, ANCIEN project.

Le Bihan, Martin (2010), Reforming Long-term Care Policy in France: Private-Public Complementarities, *Social Policy & Administration*, Vol. 44, No. 4, S. 392-410.

Prevot, Tugorès, Bertrand (2007), Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, Document de travail.

Rosso-Debord (2008), Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, Rapport.

Wild (2010), Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, WIP-Diskussionspapier 2/10, WIP Wissenschaftliches Institut der PKV

Niederlande

Boer (ed.) (2006), Report on the Elderly 2006, Changes in the lives and living situation of elderly persons in the Netherlands.

Hoof, Kort, Waarde (2009), Housing and care for older adults with dementia: a European perspective, *Journal of Housing and the Built Environment*, Vol. 24, No. 3, S. 369-390.

Keuning, Boon (2009), Care-providing institutions in the red after introduction Wmo, *Web Magazine CBS Statline*, <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2840-wm.htm>, letzter Zugriff: 25. 10. 2010.

KFW Bankengruppe (2009), Altersgerechtes Wohnen, *Wirtschaftsobserver Online*, Nr. 45.

Kraus, Riedel (2010), Formal care in Europe, Report, ANCIEN project, forthcoming.

Kümpers, Mu, Maarse, Raak (2005), A Comparative Study of Dementia Care in England and the Netherlands Using Neo-Institutionalist Perspectives, *Qualitative Health Research*, Vol. 15, S. 1199-1230.

Ministry of Health, Welfare and Sports (2007), Care for the elderly: Concerning the quality of life. Letter.

Mot (2010), The Dutch system of long-term care, Report, ANCIEN project.

Nies, Leichsenring, Veen, Rodrigues, Gobet, Holdsworth, Mak , Durrett, Repetti, Naiditch, Hammar, Mikkola, Finne-Soveri, Hujanen, Carretero, Cordero, Ferrando, Emilsson, Ljunggren, Santo, Ceruzzi, Turk (2010), Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care, European Overview Paper, Interlinks Project.

Rothgang, Engelke (2009), Langzeitpflege – wie finanziell tragfähige, nachhaltige Langzeitpflege organisiert werden kann angesichts der Einschränkungen kollektiver und individueller Abkommen und Verantwortlichkeiten, Peer Review zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung 2008, Synthesebericht.

Schäfer, Kroneman, Boerma, Berg, Westert, Devillé, Ginneken (2010), The Netherlands, Health System Review, Health Systems in Transition, Vol. 12, No. 1.

Schmidt, Burmeister (o.J.), Älter werden in Europa, Herausforderungen für Seniorendienstleistungen in den Niederlanden, LEG Arbeitsmarkt- und Strukturentwicklung GmbH.

Skuban (2004), Pflegesicherung in Europa, Sozialpolitik im Binnenmarkt, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

Westert, Berg, Koolman, Verkleij (2008), Dutch Health Care Performance Report 2008.

Schweden

European Social Network (o. J.), Long-term Care for Older People, Statistical Background 3, Care Settings and Types of Support.

Fukushima, Adami, Palme (2010), The Swedish Long-term Care System, Report, ANCIEN project.

Karlsson, Iversen, Oien (2010), Scandinavian long-term care financing, Working paper, University of Oslo.

Ministry of Health and Social Affairs (2007), Care of the elderly in Sweden, Fact Sheet, No. 18.

Nies, Leichsenring, Veen, Rodrigues, Gobet, Holdsworth, Mak, Durrett, Repetti, Naiditch, Hammar, Mikkola, Finne-Soveri, Hujanen, Carretero, Cordero, Ferrando, Emilsson, Ljunggren, Santo, Ceruzzi, Turk (2010): Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care, European Overview Paper, Interlinks Project.

OECD (2005), Long-term Care for Older People, The OECD Health Project.

Peer Review in Social Protection and Social Inclusion and Assessment in Social Inclusion (2009), Comment Paper – Sweden, Long-term care: How to organise affordable, sustainable long-term care given the constraints of collective versus individual arrangements and responsibilities.

Sundström, Johansson, Hassing (2002), The shifting balance of long-term care in Sweden *Gerontologist*, Vol. 42, No. 3, S. 350-355.

Szebehely (2008), The elderly are growing in number – but fewer are receiving elder care, In: Östlund, Towards healthy aging in Sweden, Swedish Council for Working Life and Social Research (FAS), Stockholm.

Japan

Australian School of Business Research Paper No. 2008 ECON 01.

Ihara (2000), Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and the Long-Term Care Insurance Program.

Janig, Stitzel, Buchner (2008), Pflegeversicherungen im Vergleich: Deutschland und Japan, *Soziale Sicherheit*, Vol. 61, No. 11, S. 548-555.

Matsumoto (2003), Erfahrungen mit der japanischen Pflegeversicherung, Vortrag bei der GVG, Informationsdienst Köln.

Mitchel, Piggot, Shimizutani (2008), Developments in Long-Term Care Insurance in Japan.

Ohara (2006), New Trials of the Elderly Living in Japan, community-based care facilities, Paper presented at the ENHR conference "Housing in an expanding Europe: theory, policy, participation and implementation", Ljubljana, Slovenia.

Raikhola, Kuroki (2009), Aging and Elderly Care Practice in Japan: Main Issues, Policy and Program Perspective; What Lessons can be Learned from Japanese Experiences? *Dhaulagiri Journal of Sociology and Anthropology*, Vol. 3, S. 41-82.

Tatara, Okamoto (2009), Japan, Health System Review, *Health Systems in Transition*, Vol. 11, No. 5.

Wu (2004), *The Care of the Elderly in Japan*, RoutledgeCurzon, Abingdon.

Analyse und Handlungsempfehlungen

Cypionka, Kraus, Röhrling (2008), Case Management in Österreich und Europa - Gesundheitsökonomische Evaluation: politische Implikationen und nutzentheoretischer Outcome, Health System Watch, I / Frühjahr 2008, Institute for Advanced Studies, Vienna.

Fasching (2007), Der Heimarzt – Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen, Ethik in der Medizin, Vol. 19, S. 313-319.

Hoeck, Ribbe, Hertogh, Vleuten (2003), The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol. 18, Iss. 3, S. 244-249.

Hofmarcher, Riedel, Sirlinger (2005), Pflegeheime in Wien – ihre Finanzierungs- und Leistungsstruktur, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien.

Kraus, Riedel, Mot, Willeme, Röhrling, Cypionka (2010), A typology of systems of Long-Term Care in Europe – Results of Work Package 1 of the ANCIEN Project, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien.

Mayr, Lehner (2008), Stationäre Versorgung älterer Menschen in Oberösterreich, Versorgungsnetzwerke und –prozesse, Kurzbericht, FH OÖ Forschungs und Entwicklungs GmbH, Fakultät für Gesundheit und Soziales

Pavolini, Ranci (2008), Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries, Journal of European Social Policy, Vol. 18, No. 3, S. 246-259.

Raikhola, Kuroki (2009), Aging and Elderly Care Practice in Japan: Main Issues, Policy and Program Perspective; What Lessons can be Learned from Japanese Experiences? Dhavalagiri Journal of Sociology and Anthropology, Vol. 3, S. 41-82.

Schulz (2010a), The long-term care system in Denmark, Report, ANCIEN project.

B. Finanzierung

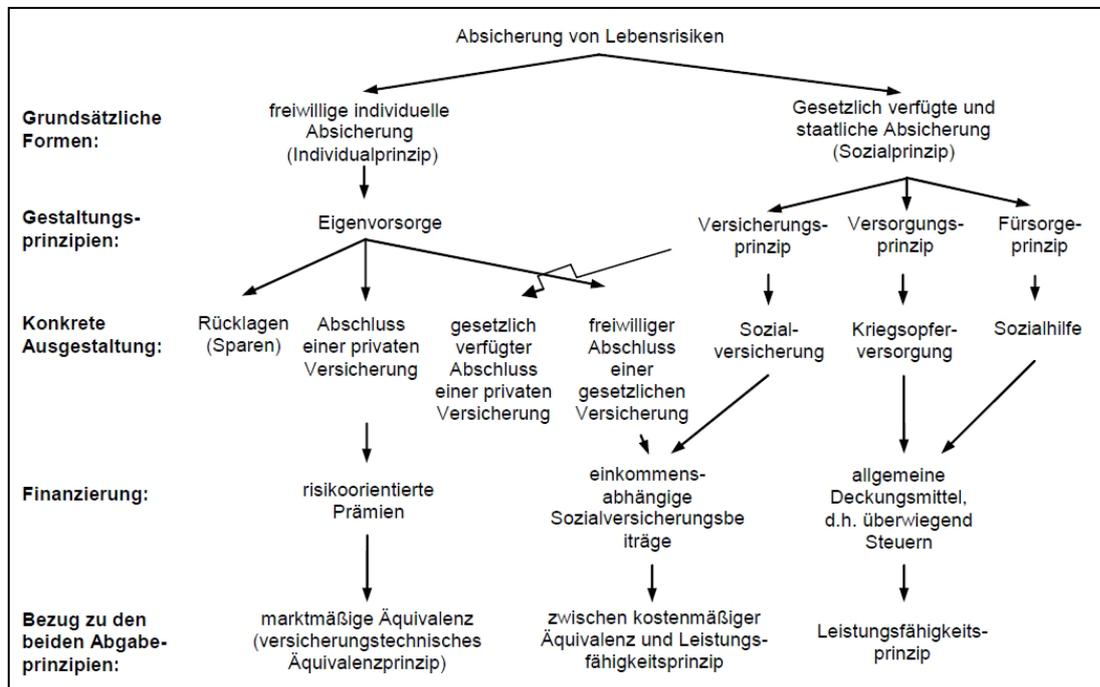
1. Theoretische Grundlagen zur Pflegefinanzierung

Der folgende Abschnitt wird der Frage nachgehen, wie die Finanzierung der Pflege in Oberösterreich zukünftig sichergestellt werden kann. Wir gehen dabei zunächst auf die Grundlagen der Finanzierung sozialer Sicherung ein, um dann die international verwendeten Pflegefinanzierungssysteme zu betrachten. Der darauffolgende Abschnitt wird sich dann mit der Frage beschäftigen, welcher zukünftige Finanzierungsbedarf überhaupt besteht. Danach stellen wir Überlegungen an, welche Möglichkeiten bestehen, die Finanzierungslücke zu schließen.

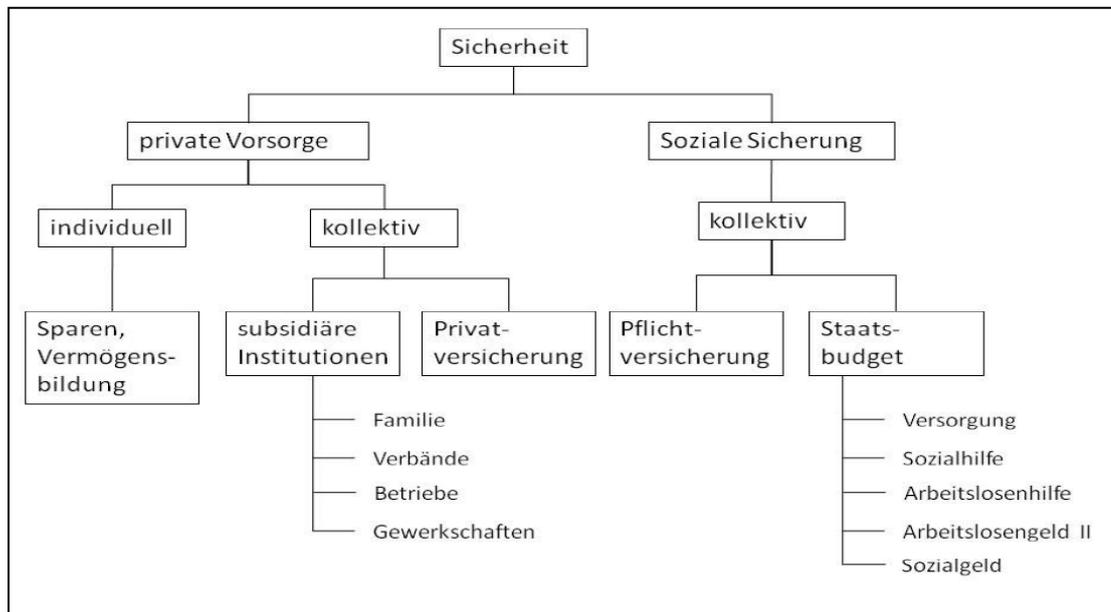
1.1. Grundlegendes zur Finanzierung sozialer Sicherungssysteme

Aus finanzwissenschaftlicher und sozialpolitischer Sicht gibt es eine klare Konzeption der Absicherung gegen Lebensrisiken.

Abbildung 30: Absicherung von Lebensrisiken



Quelle: Zimmermann/Henke/Broer 2009.

Abbildung 31: Absicherung von Lebensrisiken

Quelle: Ribhegge 2004.

Der Einzelne kann hier zunächst privat durch Sparen und Vermögensbildung Vorsorge treffen. Der Nachteil ist, dass zum einen die Ansparmöglichkeiten mit dem Einkommen sehr unterschiedlich verteilt sind, und zum anderen das aufgebaute Vermögen vor Lebensende aufgebraucht sein kann.

Über kollektive Vorsorge kann das Risiko gestreut bzw. durch das Gesetz der großen Zahl absicherbar werden. Hier sind neben familiären Strukturen oder betrieblichen Vorsorgemöglichkeiten vor allem Privatversicherungen zu nennen. Allerdings werden private Versicherer das Versicherungsäquivalenzprinzip anwenden, also solche Prämien verlangen, die dem individuellen Risiko entsprechen. In Ländern mit libertärem gesellschaftsphilosophischem Hintergrund wie den USA sind diese im privaten Bereich liegenden Sicherungsformen auch gängige Praxis, wobei sich hier mit der Ära Obama zumindest in den USA einiges bewegen dürfte.

Im mehr egalitär denkenden Europa haben sich hingegen Formen der staatlichen oder staatlich gelenkten Absicherung etabliert. Der Grund dafür ist, dass sozial Benachteiligte weder große Vermögen aufbauen können, noch risikoabhängige Prämien aus ihrem Einkommen bestreiten können. Lebensrisiken sind im Allgemeinen bei solchen Personen höher, die Einkommen niedriger, sodass risikoabhängige Prämien einen beträchtlichen Teil des Einkommens aufbrauchen würden.

Der Staat kann bei seinen Absicherungsbemühungen unterschiedliche Wege beschreiten. Die gelindeste Form des Staatseingriffs ist die Verpflichtung für die Bürger, sich in

irgendeiner Form privat zu versichern. Dieser Eingriff ist mit meritorischen Argumenten und Zielen der Finanzierungsgerechtigkeit zu begründen. Zum einen wird nämlich ein Individuum den zukünftigen Bedarf, z.B. an Pflege, für sich als zu gering einschätzen bzw. wird ihm der Konsum im Jetzt zu wichtig erscheinen. Zum anderen besteht ein Anreizproblem, indem jeder Einzelne sich darauf verlassen wird, dass in Zukunft sich schon irgendwer (der Staat) um ihn kümmern werde. Die Kosten dafür wird aber bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit diese Person wohl nicht mehr selbst bezahlen können. In der Regel werden bei einer solchen Lösung sehr enge regulatorische Rahmenbedingungen für die Versicherer gezogen und das Versicherungsäquivalenzprinzip aufgehoben. Die Prämien sind dann meist sozial gestützte Kopfpauschalen.

Die zweite Möglichkeit ist, ein gesetzliches Versicherungssystem zu institutionalisieren, in welchem sich die Bürger versichern müssen. Im klassischen Sozialversicherungssystem sind die Träger dabei Arbeitnehmer und Arbeitgeber, welche auch die wesentlichen Finanzierungsanteile beisteuern. Die Prämien sind dabei in der Regel einkommensabhängig, berücksichtigen also auf der Aufkommenseite die Leistungsfähigkeit des Einzelnen, während sie sich bei der Gewährung von Leistungen ausschließlich nach dem Bedarf richten. Dennoch besteht ein direkter Konnex zwischen der Prämienzahlung und der Anspruchsberechtigung.

Dieser Konnex geht schließlich verloren, wenn die Sicherungsleistung aus nicht dedizierten Steuermitteln gespeist wird. Dabei wird unterschieden zwischen dem Versorgungsprinzip und dem Fürsorgeprinzip. Nach dem Versorgungsprinzip löst der Eintritt bestimmter Umstände vordefinierte Leistungen des Staates aus. Das Fürsorgeprinzip gilt für Notlagen und beinhaltet Einkommens- und Vermögensprüfungen sowie die Leistungsbemessung nach individuellem Bedarf.

Diese Formen der sozialen Sicherung werden wir später noch genauer betrachten, wenn es darum geht zu beurteilen, wie der zukünftige Pflegebedarf am besten gedeckt werden kann.

1.2. Finanzierungssysteme in der Langzeitpflege

Beschränken wir nun den Blick auf die Finanzierung der Langzeitpflege, so haben sich internationale Klassifikationen etabliert, auf die wir im Folgenden eingehen. In der Literatur werden fünf Systemgruppen unterschieden (vgl. Fernandez et al. 2009; Wittenberg et al. 2002):

- 1) der Staat hält sich aus der Finanzierung vollständig heraus; die Finanzierung erfolgt demnach zur Gänze privat
- 2) der Staat subventioniert private Versicherungsprämien

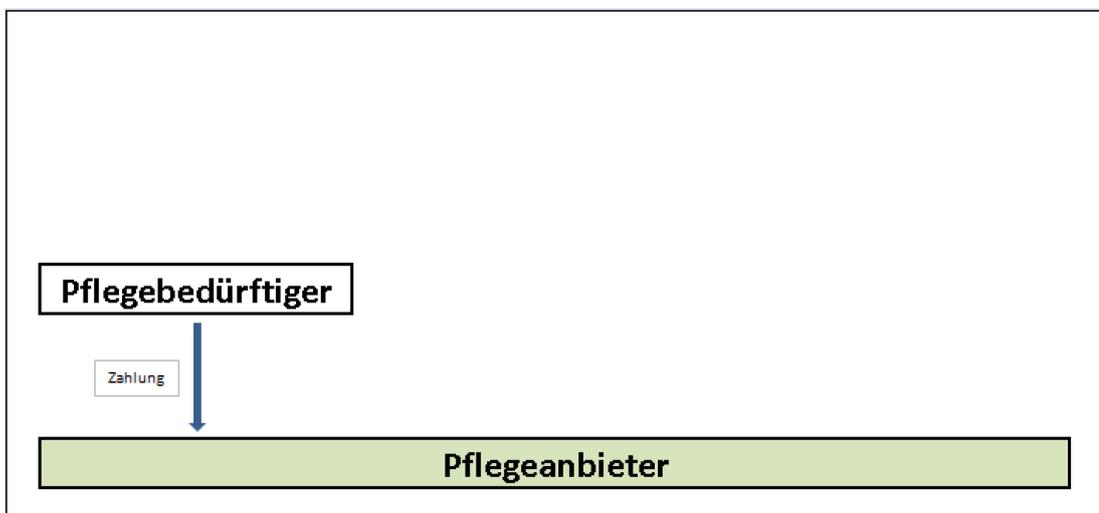
- 3) der Staat stellt lediglich ein Sicherungsnetz für die Ärmsten und Bedürftigsten bereit
- 4) der Staat bietet ein universell-progressives Finanzierungssystem
- 5) der Staat organisiert ein universelles Finanzierungssystem

1.2.1. Rein private Finanzierung

Im Rahmen eines rein privat finanzierten Pflegesystems hält sich der Staat vollständig aus der Finanzierung der Langzeitpflege heraus. Die pflegebedürftigen Personen müssen zur Gänze selbst für die Finanzierung ihrer Pflege aufkommen. Hierzu stehen ihnen zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

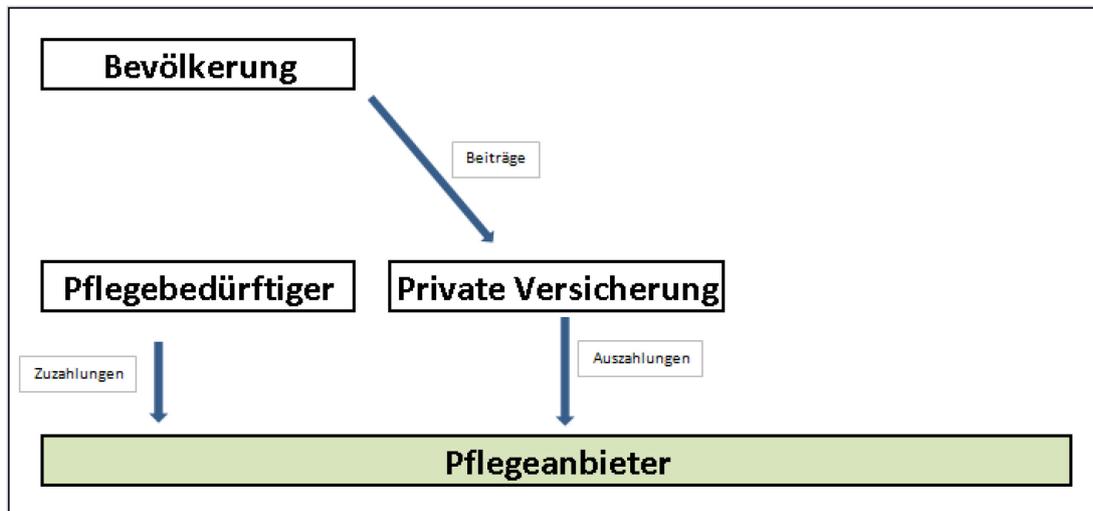
- 1) die pflegebedürftigen Personen bestreiten die anfallenden Pflegekosten vollständig aus ihren (Pensions-)Einkommen und Vermögen (vgl. Abbildung 32)

Abbildung 32: Finanzierungsmodell – Deckung der Kosten durch Einkommen und Vermögen



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

- 2) eine private Versicherung, welche die pflegebedürftigen Personen bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit abgeschlossen haben, übernimmt die anfallenden Pflegekosten (vgl. Abbildung 33).

Abbildung 33: Finanzierungsmodell – Deckung der Kosten durch eine private Versicherung

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Die Finanzierung der anfallenden Pflegekosten aus Einkommen und Vermögen ohne zwischengeschaltete Versicherung würde insofern als gerechtfertigt erscheinen, als nur jene Personen zur Finanzierung der Pflegeleistungen herangezogen werden, welche sie auch tatsächlich in Anspruch nehmen. Eine Person kann a priori nicht wissen, ob sie jemals pflegebedürftig sein wird oder nicht, es besteht also ein Risiko. Aufgrund dessen wird sie, ein Einkommen in einer gewissen Höhe vorausgesetzt, über den Lebenszeitraum eine gewisse Menge an Vermögen ansparen, um für den möglichen Eintritt einer Pflegebedürftigkeit vorzusorgen. Während manche Personen dieses Vermögen aufgrund des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit verbrauchen werden, werden andere Personen es umsonst ansparen und damit diese Ressource während ihres Lebens nicht nutzen bzw. nur vererben. Nicht zuletzt aufgrund dieser Tatsache sprechen in der Realität verschiedene Gründe für ein kollektives Teilen des Risikos in der Bevölkerung, im Fall der rein privaten Finanzierung der anfallenden Pflegekosten also für ein privates Versicherungssystem. Dadurch würde sich auch die (monatlich) notwendige Ansparleistung²⁰ einer jeden einzelnen Person (deutlich) verringern. Aber auch bei Abfederung der rein privat finanzierten Pflegevorsorge über eine Versicherung bleibt ein wichtiger Kritikpunkt aufrecht: Eine Vielzahl an Personen würde aufgrund eines zu geringen Einkommens/Vermögens, aber auch aufgrund ungenügender Information über Eintrittswahrscheinlichkeit und Kosten der Pflegebedürftigkeit, keine private Versicherung abschließen (meritorisches Argument). Damit würden diese Personen dann im Bedarfsfall ihre notwendige Pflege nicht finanzieren können. Ein weiteres Argument, welches gegen eine reine private Versicherung spricht, ist folgendes: In einer privaten Versicherung wird das persönliche Risiko versichert. Da Frauen ein höheres Risiko haben, pflegebedürftig

²⁰ Im Falle einer privaten Versicherung ist unter den monatlichen Ansparleistungen die monatlich zu zahlende Versicherungsprämie zu verstehen.

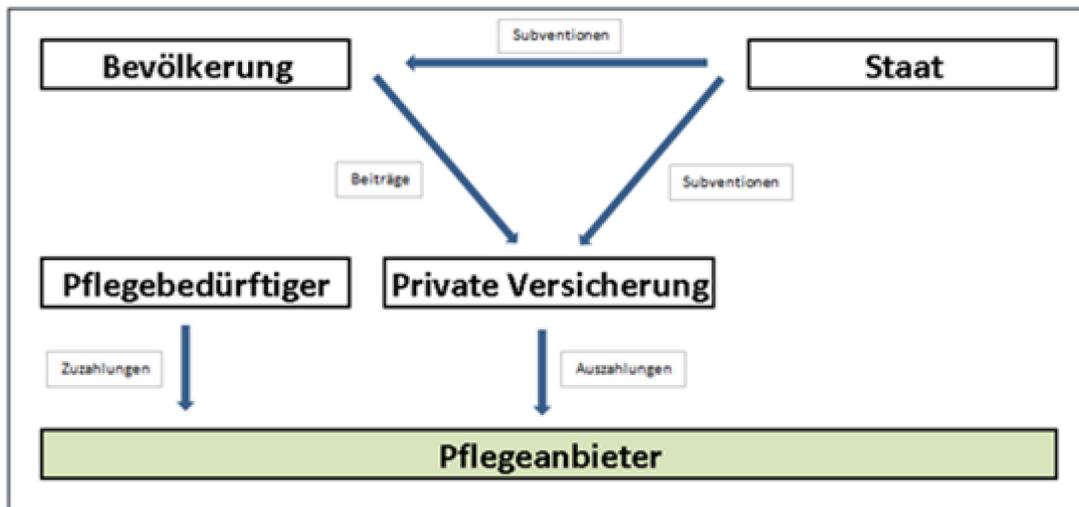
zu werden, als Männer, müssten sie demnach auch eine höhere Prämie bezahlen und dies bei bekanntermaßen geringeren Durchschnittseinkommen. Schließlich muss bei einer nicht verpflichtenden privaten Versicherung auch vom Problem der adversen Selektion ausgegangen werden: Es würden sich letztlich hauptsächlich jene Personen versichern, welche ein höheres bzw. hohes Risiko haben, pflegebedürftig zu werden. Sie nutzen ihren Informationsvorteil den Versicherungen gegenüber aus, was letztlich zu einem Anstieg der Prämien führen würde, welche die „guten Risiken“ abschrecken. Zudem ist der Anreiz, eine private Pflegeversicherung abzuschließen, gering. Das Individuum wird sich eher darauf verlassen, dass bei eintretender Pflegebedürftigkeit aus sozialen Gründen der Staat einspringen wird. Dementsprechend gering sind derzeit auch die Abschlüsse einer privaten Pflegeversicherung in Österreich.

Gesamt gesehen gibt es also starke Argumente dafür, dass sich der Staat an der Finanzierung der Pflege beteiligt.

1.2.2. Staatliche Subvention zu privaten Versicherungsprämien

Eine staatliche Subvention zu privaten Versicherungsprämien könnte Abhilfe bei einigen der oben genannten Probleme schaffen (vgl. Abbildung 34). Sie würde die privaten Versicherungen für mehr Menschen leistbar machen und damit die Anzahl der Versicherten steigern.

Alternativ könnte die Mitgliedschaft in einer privaten Versicherung auch verpflichtend gemacht werden. Dadurch würde das Problem der adversen Selektion und der aus Informationsdefiziten zu geringen Bereitschaft, sich zu versichern beseitigt und damit gleichzeitig auch die Höhe der Versicherungsprämie gesenkt werden. Eine verpflichtende private Versicherung hätte für die Bevölkerung andere Auswirkungen als eine Sozialversicherung: Private Versicherungen schätzen die persönlichen Risiken ab, weshalb die Beiträge für Männer weiterhin niedriger wären als für Frauen. Außerdem sind bei privaten Versicherungen die Beiträge einkommensunabhängig, weshalb reichere Personen durch eine private Versicherung eher bevorzugt werden als durch eine Sozialversicherung. In der Regel gibt es außerdem Leistungsobergrenzen, sodass es vorkommen kann, dass bei Erschöpfung der maximalen Versicherungssumme Leistungen wieder privat zu tragen sind.

Abbildung 34: Finanzierungsmodell – staatliche Subvention zu privaten Versicherungen

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

1.2.3. Sicherungsnetz

Einige der Probleme, welche bei den rein privat finanzierten Pflegesystemen beschrieben wurden, würden sich durch eine Art staatliches Sicherungsnetz verhindern lassen. Im Rahmen eines staatlichen Sicherungsnetzes werden jenen pflegebedürftigen Personen Pflegeleistungen zur Verfügung gestellt, welche sich diese nicht selbst finanzieren können. Die Anspruchsberechtigung für eine derartige staatliche Unterstützung kann unterschiedlich restriktiv ausgelegt werden. Neben der Überprüfung der Einkommens- und teilweise auch Vermögenssituation der pflegebedürftigen Personen wird in der Regel auch der tatsächliche Pflegebedarf überprüft. Werden diese Regelungen sehr eng ausgelegt, kann es dazu kommen, dass nur eine sehr geringe Anzahl an Personen staatlich finanzierte Pflegeleistungen erhält. Zudem wird die staatliche Unterstützung oft nur für die Kernaspekte der Pflege gewährleistet. Bei der Anwendung eines derartigen Finanzierungssystems kann es daher zu einer Dreiteilung der Bevölkerung kommen, wie dies in den USA zu beobachten ist:

- Personen mit geringem Einkommen/Vermögen, welchen die Kern-Pflegeleistungen zur Verfügung gestellt werden
- Personen mit mittlerem Einkommen/Vermögen, welche keine staatliche Unterstützung erhalten, aber dennoch nicht ausreichend Einkommen/Vermögen besitzen, um sich im benötigten Ausmaß Pflegeleistungen zu finanzieren

- Personen mit hohem Einkommen/Vermögen, welche die benötigten Pflegeleistungen entweder vollständig durch Einkommen und Vermögen oder durch eine private Versicherung finanzieren

In den USA wird dieses System vor allem von Personen mit mittlerem Einkommen/Vermögen als unausgewogen angesehen. Für sie besteht ein starker Anreiz ihr Vermögen möglichst schnell aufzubrechen (z.B. durch Verschenken an die Nachkommen), um in den Genuss der staatlichen Förderung zu gelangen. Brown und Finkelstein (2007) sowie Cutler (1996) diskutieren diese Thematik eingehend anhand des US-amerikanischen Beispiels.

Außerdem birgt die Ausgestaltung des Systems in den USA die Gefahr der Unterversorgung, weil manche Personen aus dem Raster der Unterstützung fallen. Die rigorose Auslegung der Pflegebedürftigkeit und der finanziellen Bedürftigkeit bringt zudem hohe Transaktionskosten im System mit sich. Auch auf gesellschaftlicher Ebene kann dieses System zu Nachteilen führen: Da lediglich Personen mit sehr geringem Einkommen ein Anrecht auf staatliche Unterstützung haben, wird diese auch als soziales Stigma gesehen und somit womöglich auch von Personen, welche eigentlich ein Anrecht auf selbige hätten, abgelehnt.

Insgesamt betrachtet tendiert ein Finanzierungssystem auf Basis eines Sicherungsnetzes eher zu einer Unterversorgung der Bevölkerung, weil viele Personen aus dem System ausgeschlossen werden.

1.2.4. Universelles System

In einem universellen Finanzierungssystem hat jede pflegebedürftige Person ein Anrecht auf staatliche Pflegeleistungen (Geld- und/oder Sachleistungen). Es stellt damit das genaue Gegenteil zum Sicherungsnetz dar. Die Zugangsberechtigung zum System ist hier lediglich mit dem Pflegebedarf, welcher oft nicht einmal explizit definiert ist, und nicht mit der finanziellen Situation des potentiellen Empfängers verknüpft. In diesem Zusammenhang darf jedoch nicht vergessen werden, dass die Kosten des universellen Systems für den Staat weit über denen eines Sicherheitsnetzes liegen.

In universellen Systemen findet ein hoher Grad an Umverteilung von nicht-pflegebedürftigen hin zu pflegebedürftigen Personen statt. Auf der Aufkommenseite kann es ebenfalls zu Umverteilungseffekten kommen, welche sich nach der Steuerstruktur richten. Wir werden darauf später noch ausführlicher eingehen.

Zum besseren Verständnis sei hier noch darauf hingewiesen, dass universelle Systeme auch private Zuzahlungen beinhalten können. Es ist also nicht unbedingt so, dass in universellen Systemen der Staat für sämtliche Ausgaben aufkommen muss. Sollten jedoch Zuzahlungsverpflichtungen bestehen, sind diese im Allgemeinen eher gering gehalten.

1.2.5. Progressiv-universelles System

Das progressiv-universelle Finanzierungssystem versucht die Vorzüge der beiden Systeme – Sicherungsnetz und universelles System – miteinander zu verbinden und damit zu einem fairen und für den Staat kostensparenderen System zu gelangen. Vom universellen System übernimmt es den Anspruch, dass jeder Pflegebedürftige das Anrecht auf staatliche Pflegeleistungen (Geld- und/oder Sachleistungen) hat. Allerdings ist die Höhe bzw. das Ausmaß der Unterstützung hier nicht mehr lediglich vom Pflegebedarf, sondern auch vom Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Personen abhängig. Es erhält zwar jede pflegebedürftige Person eine Unterstützung, diese sinkt jedoch mit steigendem Einkommen/Vermögen.

1.2.6. Zusammenfassung

Tabelle 15 fasst die Kerncharakteristika der oben diskutierten Finanzierungssysteme zusammen. Es zeigt sich, dass ein rein privates Finanzierungsmodell genauso wie ein Modell, welches lediglich auf einem Sicherungsnetz beruht, mit sehr hohen Kosten für die pflegebedürftigen Personen verbunden ist. Diese beiden Modelle machen für eine breite Masse der Bevölkerung Pflege zu einem nur schwer bis gar nicht finanzierbaren Gut, was letztlich zu einer Unterversorgung in der Bevölkerung führen kann. Ein progressiv-universelles oder universelles Finanzierungssystem hingegen geht mit deutlich geringeren bis gar keinen Kosten für die pflegebedürftige Person einher und federt damit auch eine mögliche Tendenz zur Unterversorgung ab.

Aus staatlicher Sicht könnte ein rein privates oder ein auf einem Sicherungsnetz basierendes Finanzierungsmodell bevorzugt werden, weil solche geringere Kosten für den Staat bedingen. Aber nicht zuletzt aufgrund der egalitären Tradition in Europa wären sie wahrscheinlich politisch nicht umsetzbar. Hier zeigt sich, dass die Entscheidung für ein Modell sehr stark von den gesellschaftlichen Gegebenheiten und Einstellungen eines jeweiligen Landes determiniert ist. Während in den skandinavischen aber auch den übrigen europäischen Ländern alles andere als ein universelles oder universell-progressives Modell nicht die Zustimmung der Bevölkerung finden würde, besteht in den USA aufgrund der libertären wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Tradition eher der Konsens in Richtung eines Sicherungsnetzes.

Tabelle 15: Überblick über Finanzierungssysteme

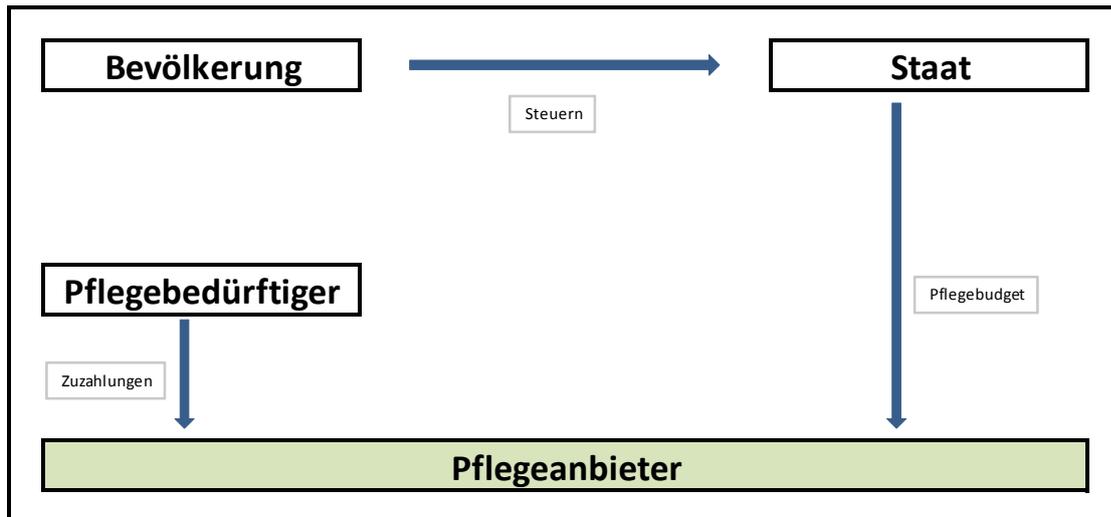
	Rein private Finanzierung	Private Finanzierung mit staatlicher Unterstützung	Sicherungsnetz	Universell-progressives System	Universelles System
Kosten für pflegebedürftige Personen	sehr hoch	hoch	für die meisten sehr hoch	nach Einkommen / Vermögen gestaffelt	keine / sehr gering
Kosten für den Staat	keine	sehr gering	gering	mittel	hoch
Versorgung der Bevölkerung	Tendenz zur Unterversorgung	Tendenz zur Unterversorgung	Tendenz zur Unterversorgung		Tendenz zur Überversorgung
Umverteilung	keine	gering	von reich zu arm und in sehr geringem Maße von gesund zu pflegebedürftig	von reich zu arm und von gesund zu pflegebedürftig	von gesund zu pflegebedürftig und evtl. auch von reich zu arm

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

1.3. Steuerbasiertes vs. versicherungsbasiertes Finanzierungssystem

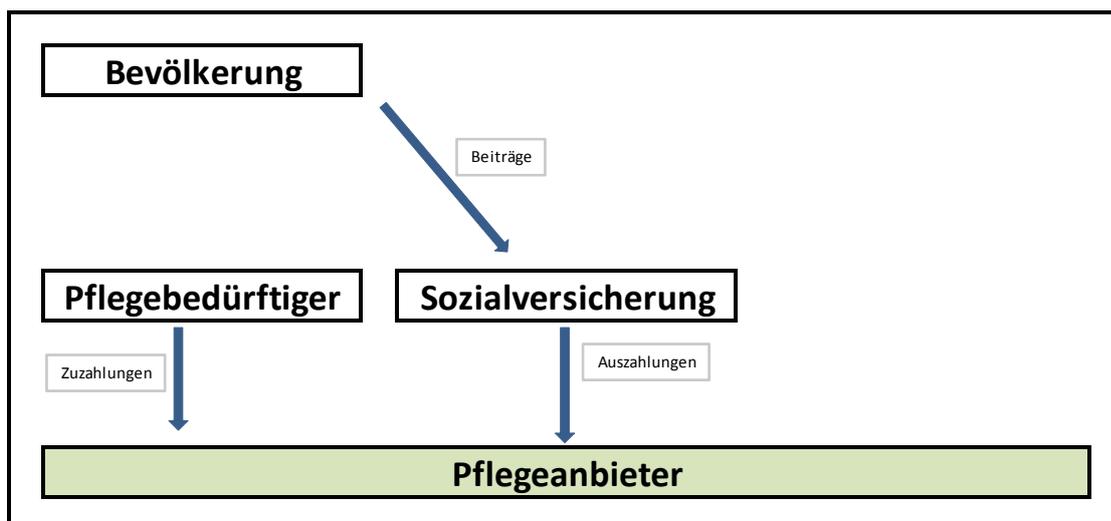
Dieser Abschnitt thematisiert die Mittelherkunft bei den universellen und universell-progressiven Finanzierungssystemen. Diese können entweder aus dem allgemeinen Steueraufkommen des Staates (vgl. Abbildung 35) oder aus einer existierenden (Pflege-) Sozialversicherung (vgl. Abbildung 36) stammen.

Abbildung 35: Finanzierungsmodell – Steueraufkommen



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Abbildung 36: Finanzierungsmodell - Sozialversicherung



Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

1.3.1. Steueraufkommen

Die Finanzierung der Pflege mittels allgemeinen Steueraufkommens ist die bei weitem gebräuchlichere Variante. Ein steuerfinanziertes System bietet im Gegensatz zu einem Sozialversicherungssystem wesentlich mehr Freiheiten in der weiteren Ausgestaltung des Finanzierungssystems. Die politischen Entscheidungsträger haben die Möglichkeit, entweder ein universelles, ein universell-progressives oder ein auf einem Sicherungsnetz basierendes Finanzierungssystem anzubieten. Ein auf einer Sozialversicherung basierendes Finanzierungssystem hat hingegen immer einen universellen Charakter.

In einem steuerfinanzierten Pflegesystem ist es im Vergleich zu einem sozialversicherungsfinanzierten Pflegesystem nicht notwendig, fixe Kriterien für die Pflegebedürftigkeit zu definieren. Hier besteht die Möglichkeit, den Begriff der Pflegebedürftigkeit wesentlich flexibler zu interpretieren, weil das Bezahlen von definierten Versicherungsbeiträgen zu definierten Leistungsansprüchen führt, das Bezahlen von diversen, in der Regel nicht zweckgebundenen Steuern hingegen nicht. Die flexiblere Auslegung muss nicht unbedingt nur zur Einschränkung der Unterstützung führen. Sie kann auch dazu beitragen, dass besondere persönliche Gegebenheiten, welche von einer exakten Definition nicht umfassend berührt werden, deutlicher in die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit mit einfließen.

Außerdem kann in einem steuerfinanzierten System zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit und des Anrechts auf staatliche Unterstützung beispielsweise auch die finanzielle und/oder die familiäre Situation herangezogen werden. Damit ist das System aber nicht mehr vollständig universell. Durch die Überprüfung des Vermögens soll vor allem eine Umverteilung von Reich hin zu Arm erreicht werden. Dies wurde bereits bei der Beschreibung des universell-progressiven Systems sowie des Sicherungsnetzes diskutiert. Durch die Überprüfung der Familienverhältnisse soll ermittelt werden, ob es theoretisch Personen innerhalb in der Familie gibt, wie z.B. Ehepartner oder Kinder, welche für die pflegebedürftige Person sorgen könnten. Davon könnte dann eine staatliche Unterstützung abhängig gemacht werden.

Je nach Ausgestaltung des Steuersystems kann ein aus Steuern finanziertes Pflegesystem auch aufkommensseitig mehr oder weniger zur Umverteilung von Reich hin zu Arm beitragen.

1.3.2. Sozialversicherung

Unter einer Sozialversicherung ist eine verpflichtende, vom Staat koordinierte Versicherung zu verstehen. Sie soll die Versicherten im Fall einer Pflegebedürftigkeit vor den entstehenden oftmals extrem hohen Kosten schützen. Jede versicherte Person, welche nach den festgelegten Kriterien pflegebedürftig ist, hat demnach ein Anrecht auf Unterstützung durch die Versicherung. Dieser Anspruch ist vermögensunabhängig und das

Finanzierungssystem somit universell. Auch wenn solche Versicherungen prinzipiell so gestaltbar wären, dass sie zur Gänze für alle anfallenden Pflegekosten aufkommen könnte, zeigt sich, dass beispielsweise in Deutschland weiterhin Zuzahlungen für Pflegeleistungen im stationären Sektor existieren.

Ein weiteres Charakteristikum sozialversicherungsbasierter Finanzierungssysteme ist, dass die Pflegebedürftigkeit anhand von klaren, expliziten Richtlinien festgelegt ist. Hierzu macht der Gesetzgeber strikte Vorgaben, welche persönlichen Einschränkungen als Pflegebedürftigkeit angesehen werden und welche nicht. Diese Transparenz kann sowohl als Stärke als auch als Schwäche gesehen werden. Jeder Versicherte kann bereits im Voraus einschätzen, ob er aufgrund seiner persönlichen Einschränkung anspruchsberechtigt ist und eine Unterstützung durch die Versicherung einfordern kann. Auf der anderen Seite geht diese Transparenz jedoch auch zu Lasten der Flexibilität. Es kann dadurch nicht auf individuelle Bedürfnisse des Versicherten eingegangen werden, solange diese nicht von den Pflegebedürftigkeitskriterien erfasst sind.

Für politische Entscheidungsträger hat ein Sozialversicherungssystem einen weiteren Vorteil: Die Abgaben an eine Sozialversicherung sind zweckgebunden und somit für jeden Bürger klar verständlich und nachvollziehbar. Zweckgebundene Abgaben genießen in der Regel eine höhere Akzeptanz in der Bevölkerung als beispielsweise zweckungebundene Steuern, welche nicht so klar in Bezug zu einer speziellen Sache gebracht werden können, und dementsprechend auch nicht so leicht für andere Zwecke eingesetzt werden können.

1.3.3. Zusammenfassung

Es zeigt sich, dass auch die Wahl der Finanzierung mitunter große Auswirkungen auf die Ausgestaltung des Pflegesystems haben kann. Vor allem Sozialversicherungssysteme sind an einige Grundbedingungen geknüpft, während steuerfinanzierte Systeme im Allgemeinen flexibler sind. Tabelle 16 stellt nochmals anhand zweier Kernpunkte die Unterschiede dar.

Tabelle 16: Steuerfinanziertes vs. sozialversicherungsfinanziertes Pflegesystem

	Steuern	Sozialversicherung
Berücksichtigung von Einkommen/Vermögen	möglich	nicht möglich
Pflegebedürftigkeitskriterien	flexibel, weniger transparent	strikt, transparent
Anspruch auf Leistungen	selten verbrieftter Anspruch	in der Regel verbrieftter Anspruch
Bezieherkreis	universell	Versicherte

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

1.4. Bemessungsgrundlage für private Zuzahlungen

Dieser Abschnitt diskutiert, was als die geeignete Bemessungsgrundlage für private Zuzahlungen herangezogen werden kann, sowie die damit verbundenen Anreizwirkungen. In den meisten europäischen Ländern existieren mehr oder weniger hohe private Zuzahlungsverpflichtungen für Pflegeleistungen. Die Höhe der Zuzahlungen korreliert, wie bereits oben erwähnt, mit der Art des Finanzierungssystems. In universellen Systemen spielen private Zuzahlungen in der Regel nur eine untergeordnete Rolle, in Systemen, welche lediglich ein Sicherungsnetz bereitstellen, stellen private Zahlungen hingegen die Hauptfinanzierungsquelle bzw. alleinige Finanzierungsquelle dar.

Um die Höhe der privaten Zuzahlung zu bestimmen, wird das Einkommen/Vermögen der pflegebedürftigen Person bzw. das Haushaltseinkommen einer Prüfung unterzogen. Dieser Prüfung können zwei unterschiedliche Bemessungsgrundlagen zugrunde gelegt werden:

- Es wird lediglich das laufende Einkommen (also im Allgemeinen Pension + (falls vorhanden) Pflegegeld) berücksichtigt
- Es wird das laufende Einkommen und das sonstige Vermögen berücksichtigt

Beide Möglichkeiten erscheinen unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit als suboptimal. Bei der ersten Möglichkeit, in welcher lediglich das laufende Einkommen überprüft wird, wird nur ein Teil dessen beurteilt, was zum tatsächlichen Wohlstand einer Person gehört. Etwaige Ersparnisse, Immobilien und ähnliche Vermögensgegenstände werden nicht bedacht. Dies führt letztlich dazu, dass die Höhe der Zuzahlungen teilweise nur sehr bedingt der tatsächlichen Zahlungsfähigkeit entspricht. Bei der zweiten Möglichkeit wird auch das Vermögen einer Person berücksichtigt. Aber auch das erscheint nicht optimal: Es stellt Personen, welche ihr gesamtes Leben sparsam gelebt und ein Vermögen aufgebaut haben, deutlich schlechter als Personen, welche nicht so sparsam waren. Daher besteht bei dieser Art der Prüfung des Einkommens und Vermögens ein starker Anreiz für die potentiell pflegebedürftigen Personen, ihr Vermögen noch vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit bzw. der Prüfung auszugeben und/oder an ihre Nachkommen zu verschenken.

Des weiteren erscheint der Tatbestand, ob das Eigenheim der pflegebedürftigen Person in die Vermögensbemessung miteinbezogen werden soll, als problematisch. Das eigene Haus/die eigene Wohnung stellt für die meisten Personen einen sehr emotionalen Wertgegenstand dar. Ein möglicher Verlust dieses Hauses/dieser Wohnung aufgrund von Pflegebedürftigkeit wird von den meisten Personen als große (psychische) Belastung empfunden, stellt also einen überproportionalen Nutzenverlust dar.

Die zur Prüfung des Einkommens und Vermögens herangezogene Bemessungsgrundlage könnte in Abhängigkeit des Pflegesettings variieren. So könnte beispielsweise das

Eigenheim nur bei der stationären Pflege in die Vermögensprüfung miteinbezogen werden und bei der ambulanten Pflege außen vor gelassen werden, da dieses im letzteren Fall ja in gewissem Maße einen Beitrag dazu leistet, die Pflegekosten geringer zu halten. Allerdings sollte man sich hierbei auch der dadurch entstehenden Anreizwirkungen bewusst sein. Für die pflegebedürftigen Personen würde damit ein großer Anreiz bestehen, stationäre Pflege so lange wie möglich zu vermeiden, was in vielen Ländern ohnehin beabsichtigt wird. Der Staat hingegen würde den Anreiz haben, pflegebedürftige Personen bei für ihn ansonsten ähnlich teuren Behandlungsalternativen möglichst früh einer stationären Pflege zuzuführen. Das könnte letztlich dazu führen, dass pflegebedürftige Personen weder die benötigte noch die kosteneffizienteste Form der Pflege erhalten.

1.5. Conclusio

Das allgemeingültig „beste“ Finanzierungssystem für die Langzeitpflege existiert nicht. Eine Vielzahl an Einflüssen determiniert die Ausgestaltung eines Finanzierungssystems. Die unterschiedlichen geschichtlichen und gesellschaftlichen Voraussetzungen und Werthaltungen der einzelnen Länder spiegeln sich beispielsweise darin wider. Nichtsdestotrotz sollte in jedem System auf Faktoren wie Effizienz, Anreizwirkung und Verteilungsgerechtigkeit geachtet werden. Während Effizienz und Anreizwirkungen länderunabhängig gleich sind, wird Verteilungsgerechtigkeit durchaus kulturell und gesellschaftlich unterschiedlich aufgefasst.

Das Finanzierungssystem kann zu einer größeren Effizienz im gesamten Pflegewesen beitragen, indem es die Anreizwirkungen, welche es setzt, gezielt in gewünschter Richtung einsetzt. Eine schlecht abgestimmte Finanzierung der einzelnen Pflegesettings sowie ein fehlendes Nahtstellenmanagement und die damit einhergehende unklare Aufgabenverteilung zwischen dem Pflege- und dem Gesundheitsbereich setzen negative Anreize indem sie dazu beitragen, dass pflegebedürftige Personen nicht der benötigten und kosteneffizientesten Form der Pflege zugeführt werden.

Einer der wichtigsten Punkte in Zusammenhang mit einer optimalen Ausgestaltung des Pflegewesens ist die „optimale“ Verteilung der Verantwortung zwischen dem Staat und den Individuen. Letztlich sollten sich alle Bevölkerungsgruppen in einem solchen Maß eingebunden fühlen, dass sie das Finanzierungssystem als gerecht betrachten. Diesbezügliche Präferenzen sind letztlich stark von gesellschaftlichen Voraussetzungen geprägt. Weiters sollte für die Bevölkerung klar verständlich sein, wofür ihre Zahlungen genutzt werden. Hier ist ein Sozialversicherungssystem im Vorteil, da die Abgaben in klarem Verhältnis zum Pflegesystem stehen. Dies ist bei Steuern in der Regel nicht der Fall, obwohl auch diese zweckgebunden eingehoben und so in dieselbe Richtung schlagend werden könnten. Auch die Ausgestaltung der Zuzahlungen ist sehr wichtig. Sie sollten immer verständlich und transparent sein, um für fair gehalten zu werden. Im Idealfall sollten die

genannten Punkte dazu beitragen, dass das vorherrschende Finanzierungssystem auf breite Akzeptanz in der Bevölkerung stößt.

2. Finanzierung der Langzeitpflege in Oberösterreich

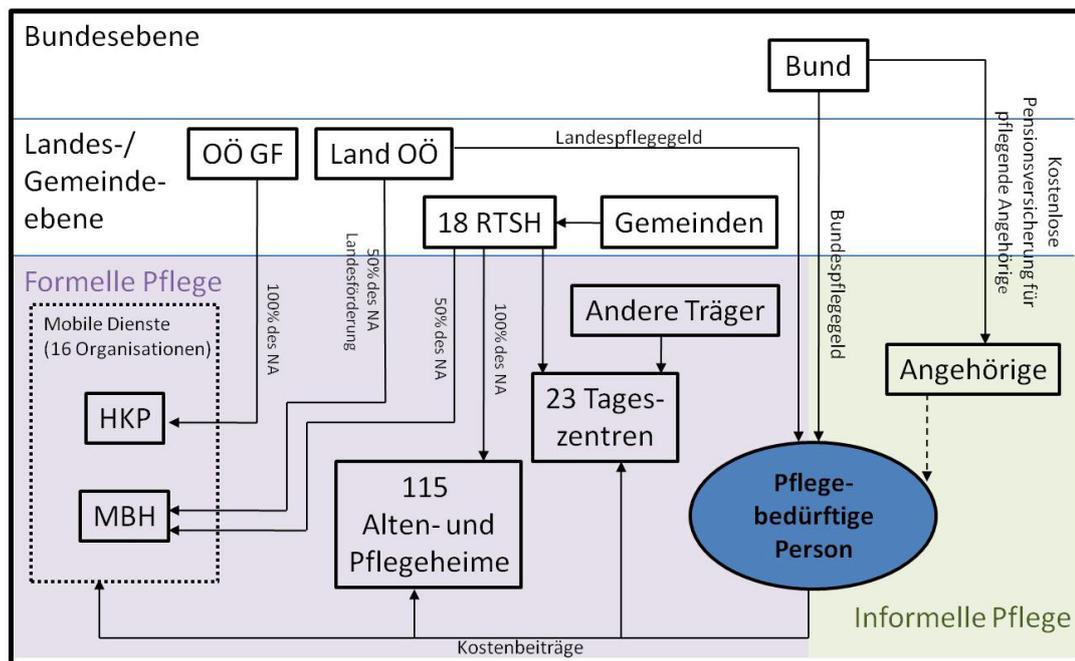
Die gesamten Aufwendungen der Pflegesettings Mobile Dienste bzw. Alten- und Pflegeheime werden in Oberösterreich zu einem sehr unterschiedlichen Ausmaß von Kostenbeiträgen der pflegebedürftigen Personen gedeckt. Im Bereich der Mobilen Dienste (Mobilen Betreuung und Hilfe sowie der Hauskrankenpflege) beträgt der Kostenbeitrag je nach Höhe der Bemessungsgrundlage²¹ im Vergleich zum Ausgleichszulage-Richtsatz für Alleinstehende (bzw. für Ehepaare) nach dem ASVG zwischen 0,82 und 30,61 Euro pro Stunde. Darüber hinaus zahlen Pflegegeldbezieher zusätzlich noch einen Kostenbeitrag von 4,13 Euro pro Stunde (Oö. Sozialhilfeverordnung 1998). Insgesamt wurden im Jahre 2008 rund 17 Prozent der gesamten Aufwendungen der Mobilen Dienste über Einnahmen durch Kostenbeiträge der zu pflegenden Personen lukriert.

Im stationären Bereich sind die Kostenbeiträge der zu pflegenden Heimbewohner in der Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung aus dem Jahre 1996 (LGB 123/1996) geregelt. Die Heimbewohner müssen sowohl den Heimplatz als auch die Grundversorgung bezahlen. Hinzu kommt der sogenannte „Pflegezuschlag“, der auf Basis der Einstufung des Heimbewohners nach den Pflegegeldgesetzen des Bundes und der Länder erfolgt. Der Pflegezuschlag beträgt in den Pflegestufen 1 und 2 höchstens jenen Geldbetrag der jeweiligen Stufe abzüglich des nach den Pflegegeldgesetzen zustehenden Taschengelds (20 bzw. zehn Prozent des Betrags der Stufe 3) und in den Pflegestufen 3 bis 7 80 Prozent des Betrags der jeweiligen Stufe, zuzüglich allfälliger Ausgleichszahlungen nach den Pflegegeldgesetzen. Der Pflegezuschlag ist auch für die Zeit vorübergehender Abwesenheit zu entrichten, außer das Pflegegeld ruht während dieser Zeit. Bei einer Verrechnung pro Tag beträgt der Pflegezuschlag ein Dreißigstel des Monatsbetrags. Der Heimträger ist berechtigt, den höchstmöglichen Pflegezuschlag vorzuschreiben, beispielsweise wenn der zu Pflegenden nicht der Verpflichtung zur Offenlegung aller pflegerelevanten Fakten und deren Änderung nachkommt.

In der Regel ist es den pflegebedürftigen Personen nicht möglich über Einkommen und Vermögen für die stationäre Pflege in ihrer Gesamtheit aufzukommen, sodass die öffentliche Hand einspringen muss. Sogenannte Teilzahler sind dazu verpflichtet, 80 Prozent des Einkommens und das gesamte Pflegegeld, bis auf 10 Prozent der Stufe 3, an das Heim abzuführen. In Summe wurden im Jahre 2009 etwa 57 Prozent der Aufwendungen in den Alten- und Pflegeheimen Oberösterreichs über Einnahmen durch Kostenbeiträge gedeckt, also deutlich mehr als im ambulanten Bereich.

²¹ Die Bemessungsgrundlage wird ermittelt, indem vom Einkommen der pflegebedürftigen Person u.a. nachgewiesene Mieten, Zahlungen an unterhaltspflichtige Personen, nachgewiesene Kosten für erforderliche anerkannte Therapien betreuter Minderjähriger, Kosten für einen in einem Alten- und Pflegeheim wohnenden Ehegatten sowie sonstige Unterhaltsleistungen, soweit diese aus diesem Einkommen bestritten werden, abgezogen werden.

Abbildung 37: Finanzierung der Langzeitpflege in Oberösterreich



Abkürzungen: MBH (Mobile Betreuung und Hilfe), HKP (Hauskrankenpflege), OÖ GF (Oberösterreichischer Gesundheitsfonds), RTSH (Regionale Träger Sozialer Hilfe: 15 Sozialhilfeverbände und 3 Statutarstädte), NA (Nettoaufwand: Gesamtkosten minus Einnahmen)

Anmerkungen: 16 Organisationen Mobiler Dienste: 13 Anbieterorganisationen und 3 Organisationen der RTSH; Andere Träger: Volkshilfe, Hilfswerk, Rotes Kreuz; Kostenlose Pensionsversicherung für pflegende Angehörige: Seit 1.8. 2009; Finanzierung von Errichtungskosten nicht dargestellt; Finanzierung Land OÖ und Gemeinden über den Finanzausgleich und eigene/sonstige Einnahmen; Finanzierung des OÖ GF nicht dargestellt – siehe Geschäftsbericht Oö. Gesundheitsfonds.

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Die Finanzierung der primären Anbieter formeller Pflege seitens der öffentlichen Hand erfolgt in Oberösterreich auf höchst unterschiedliche Art und Weise, vgl. Abbildung 37. So wird im Bereich der Mobilien Dienste der Nettoaufwand²² der Mobilien Betreuung und Hilfe zu 50 Prozent über die Regionalen Träger Sozialer Hilfe (RTSH)²³ und zu 50 Prozent durch eine Förderung der Landes Oberösterreich getragen, während der Abgang der Hauskrankenpflege zu 100 Prozent vom Oberösterreichischen Gesundheitsfonds gedeckt wird. Die RTSH sind im Bereich der Mobilien Dienste für die Planung des Leistungsangebots für ihre Region sowie für die Erbringung und Abrechnung der Leistungen zuständig. Insgesamt sind im Bereich der Mobilien Dienste in Oberösterreich 16 Organisationen mit der Betreuung von pflegebedürftigen Personen betraut, 13 davon sind Anbieterorganisationen und drei sind Organisationen der RTSH mit eigenem Personal (Oö. Landesrechnungshof 2010).

²² Gesamte Aufwendungen minus Einnahmen durch Kostenbeiträge der zu pflegenden Personen

²³ In Oberösterreich gibt es 18 Regionale Träger Sozialer Hilfe (RTSH): 15 Sozialhilfeverbände und 3 Statutarstädte (Linz, Wels, Steyr)

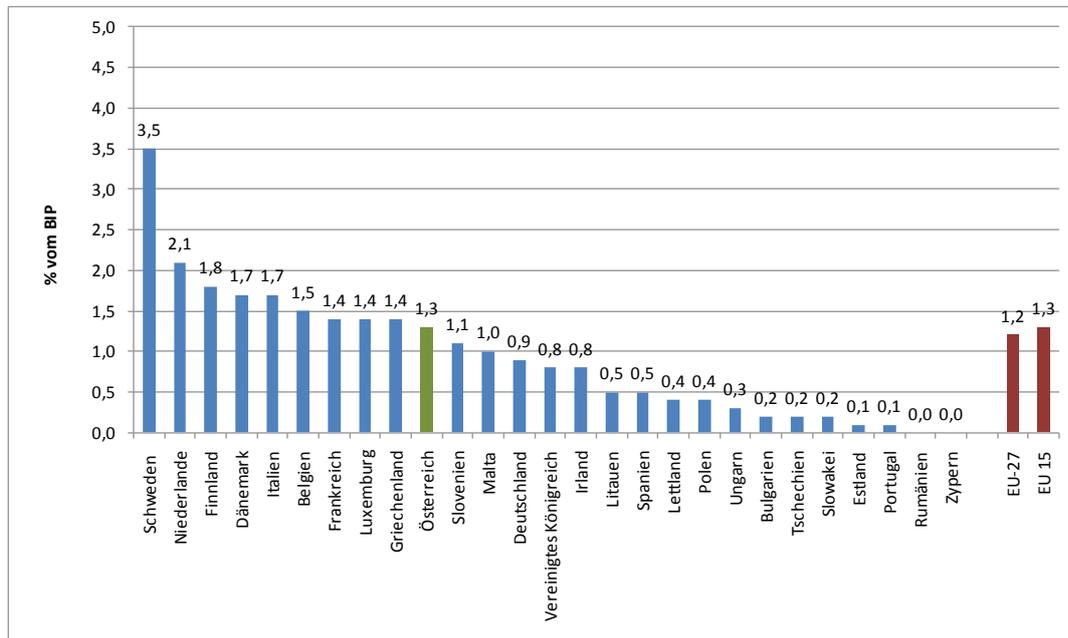
Im Bereich der stationären Pflege tragen die RTSH die alleinige Finanzierungsverantwortung des Nettoaufwandes. Bei der Finanzierung des laufenden Betriebs in Alten- und Pflegeheimen ist eine direkte Zuwendung des Landes also nicht vorgesehen, eine Beteiligung erfolgt ausschließlich bei den Errichtungskosten. Auch im Bereich der Tageszentren finanziert das Land Oberösterreich gegenwertig nicht mit; die öffentliche Finanzierung erfolgt im teilstationären Bereich ebenfalls über die RTSH und durch andere Träger (Volkshilfe, Hilfswerk, Rotes Kreuz). Wie in Abbildung 37 ersichtlich spielen die RTSH bei der Organisation und der Finanzierung der formellen Pflege in Oberösterreich eine zentrale Rolle. Die Finanzierung der RTSH erfolgt primär durch die verbandsangehörigen Gemeinden, sodass insbesondere diese zukünftig – bei gegenwärtiger Finanzierungsstruktur – von der steigenden Finanzierungslast im Bereich der Sachleistungen betroffen sein werden.

3. Finanzierung der Langzeitpflege im internationalen Vergleich

3.1. International eingesetzte Finanzierungssysteme

Während im vorangegangenen Kapitel die theoretischen Grundlagen verschiedener Finanzierungsmodelle besprochen wurden, dient dieser Abschnitt der Analyse der in der „tatsächlichen Welt“ vorkommenden Systeme mit besonderem Hinblick auf deren theoretischen Unterbau.

Ein Vergleich der öffentlichen Ausgaben für Pflege zeigt deutliche Unterschiede in den Ländern der EU. Nach Berechnungen des Ageing Report 2009 geben die Länder zwischen 0,0 Prozent und 3,5 Prozent ihres Bruttoinlandprodukts für ihre Pflegesysteme aus. Auch wenn die einzelnen Zahlen mit Vorsicht zu genießen sind – die verschiedenen Länder grenzen ihre Pflegesysteme unterschiedlich ab – lassen sich einige Grundmuster erkennen. So geben die Länder Osteuropas im Durchschnitt deutlich geringere Anteile aus als Länder West- und Mitteleuropas. Die skandinavischen Länder und die Niederlande stehen bei den öffentlichen Ausgaben an der Spitze. Dies ist aufgrund der allgemein sehr stark ausgebauten sozialen Sicherungssysteme in diesen Ländern wenig überraschend. Österreich befindet sich nach diesen Berechnungen genau im Durchschnitt der EU-15 Länder. Im Bezug auf die von uns näher betrachteten Länder fällt weiters auf, dass Deutschland mit nur 0,9 Prozent des BIPs vergleichsweise geringe Ausgaben hat. Warum sich diese Ausgaben derart unterscheiden, kann von vielen Faktoren abhängen: Welche Rolle spielt informelle Pflege? Welche Rolle spielt stationäre Pflege im Vergleich zur ambulanten Pflege? Welche Rolle spielen private Zuzahlungsverpflichtungen? Möchte der Staat ein möglichst universelles System anbieten oder nicht? Welche Qualitätsmaßgaben existieren? Auch wenn diese Liste an Fragen sicher weitergeführt werden könnte, soll sie hier lediglich verdeutlichen, dass eine Bewertung eines Pflegesystems auf Grund dieser Kennziffer zu kurz greifen wird.

Abbildung 38: Öffentliche Ausgaben in Prozent des BIPs

Quelle: European Commission 2008.

Steuer- vs. Versicherungsfinanzierung bzw. Beveridge- vs. Bismarck-Modell

Grundsätzlich lassen sich im Sozial- und Wohlfahrtsbereich zwei Grundtypen von Finanzierungsmodellen unterscheiden: 1) das Beveridge-Modell, hier erfolgt die Finanzierung überwiegend über Steuern, und 2) das Bismarck-Modell, hier basiert die Finanzierung in der Regel auf einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen. Einige Länder haben auch Mischformen entwickelt, welche sich nur noch schwer in diese Typisierung einordnen lassen. Ein rein auf einer privaten Pflegeversicherung basierendes Finanzierungsmodell existiert derzeit in keinem europäischen Land. Selbst freiwillige private Pflegeversicherungen spielen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Tabelle 18).

Einzelne Länder verwenden nicht unbedingt das gleiche Finanzierungsmodell in den beiden Bereichen Pflege und Gesundheit (Kraus et al. 2010). Es zeigt sich jedoch, dass Länder, welche zur Finanzierung des Gesundheitswesens ein Beveridge-System verwenden, dieses auch zur Finanzierung des Pflegewesens heranziehen, wie das z.B. in Dänemark und Schweden der Fall ist. Frankreich und die Niederlande finanzieren den Pflegebereich stärker mit Steuern als den Gesundheitsbereich. Allein Deutschland setzt sowohl im Pflege- als auch Gesundheitswesen auf ein Versicherungsmodell. Österreich fällt hier ein wenig aus dem Rahmen: Während die Finanzierung im Gesundheitsbereich hauptsächlich auf einer Krankenversicherung basiert, ist der Pflegebereich rein steuerfinanziert. Abschließend kann festgehalten werden, dass in allen analysierten Ländern Steuermittel eine mehr oder weniger große Rolle in der Pflegefinanzierung spielen (vgl. Tabelle 17 und Tabelle 18).

Finanzierungsquellen und ihre Bedeutung

Die letzten drei Spalten von Tabelle 17 spiegeln die Bedeutung der einzelnen Finanzierungsquellen wider. Aufgrund der komplexen und zugleich auch lückenhaften Datenlage ist es nicht möglich, genauere und dennoch vergleichbare Zahlen für alle Länder des Samples aufzustellen.

In Dänemark stammt der überwiegende Finanzierungsanteil im Pflegewesen aus kommunalen Steuern. Die maximale Höhe der kommunalen Steuer wird jedes Jahr zwischen Regierung, Regionalrat und Gemeinderat ausverhandelt. Die einzelnen Gemeinden können die Höhe ihrer Steuern und das damit einhergehende Leistungsangebot selbst bestimmen. Die Gesamtbelastung einer steuerzahlenden Person darf allerdings nicht mehr als 59 Prozent des Einkommens ausmachen, wobei in Dänemark die Einkommensteuer auf alle, inklusive vermögensbezogener, Einkommensarten zu entrichten ist (Mühlberger et al. 2008a). In Schweden ist ebenfalls die kommunale Einkommenssteuer die wichtigste Steuereinnahme zur Finanzierung des Pflegewesens. Sie besitzt oberhalb eines Freibetrages einen einheitlichen Steuersatz (flat tax) von 20,74 Prozent. Obwohl die Gemeinden bezüglich der Festsetzung ihrer Steuersätze eine gewisse Steuerautonomie (Einkommenssteuer kann zwischen 18 und 24 Prozent variiert werden) besitzen, war das durchschnittliche Steuerniveau in den letzten 15 Jahren äußerst stabil. Im Gegensatz zu Dänemark, ist in Schweden die kommunale Einkommenssteuer nur auf das Erwerbseinkommen zu entrichten (Karlsson et al. 2010).

In Deutschland liegt der aktuelle Beitragssatz zur Pflegeversicherung bei 1,95 Prozent vom Lohn bzw. Gehalt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer übernehmen jeweils die Hälfte des Anteils, also je 0,975 Prozent. Die Bemessungsgrundlage für die zu entrichtenden Beiträge stellt das Erwerbseinkommen dar. Pensionisten finanzieren sich ihren Beitrag zu Gänze selbst. Kinderlose Personen, welche mindestens 23 Jahre alt und nach dem 31. Dezember 1939 geboren sind, zahlen außerdem einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozent. In Japan wird die Pflegeversicherung je zur Hälfte aus Versicherungsbeiträgen und öffentlichen Zuschüssen finanziert. Es handelt sich hierbei quasi auch um eine Mischfinanzierung zwischen Beveridge- und Bismarck-Modell. Die Beitragseinnahmen stammen zu 31 Prozent aus den Beiträgen der 40-65 Jährigen (0,9 Prozent des Einkommens, zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen) und zu 19 Prozent aus den Beiträgen der über 65-Jährigen (Höhe ist abhängig von der jeweiligen Gemeinde). Die Steuereinnahmen kommen zu 25 Prozent vom Staat und jeweils zu 12,5 Prozent von den Präfekturen und Gemeinden (Tatara und Okamoto 2009).

In den Niederlanden erfolgt die Finanzierung über eine Mischung aus Steuern und Beiträgen. Das AWBZ wird zu 70 Prozent aus Sozialversicherungsbeiträgen, zu 22 Prozent aus Steuern und zu 8 Prozent aus privaten Zuzahlungen von pflegebedürftigen Personen finanziert. Die Bemessungsgrundlage für die Sozialversicherungsbeiträge erstreckt sich auf

das gesamte Einkommen aus Erwerbstätigkeit und Vermögen. Eine Besonderheit des ABWZ ist, dass die Arbeitgeberseite keine Beiträge für das AWBZ zu entrichten hat. Die Finanzierung des WMO erfolgt zum größten Teil aus Steuern (Mot 2010).

Der Anteil der privaten Zuzahlungen zur Gesamtfinanzierung der Pflege liegt in vier von sechs Ländern unseres Samples unter 20 Prozent. In Österreich und Frankreich liegt der private Finanzierungsanteil über 20 Prozent. Aufgrund der unzureichenden Datenlage ist es nicht möglich, exaktere Zahlen für diesen Vergleich heranzuziehen.

Eine genaue Darstellung der einzelnen Finanzierungsquellen findet sich in Tabelle 18 wieder. Sie liefert einen detaillierten Überblick, welche Leistungen aus welcher Quelle finanziert werden.

Anspruch und Zielsetzung an das Pflegesystem

Fernandez et al. (2009) folgend, hat jedes der von uns betrachteten Länder einen relativ universellen Anspruch an sein Pflegesystem: Jede pflegebedürftige Person sollte durch staatliche Unterstützung/Leistungen mehr oder weniger gestützt werden. Allerdings existieren auch hier große Unterschiede, insbesondere in Hinblick auf die Einbeziehung „progressiver“ Elemente in das Finanzierungssystem. Bei der konkreten Ausgestaltung des Systems stellt sich die Frage, ob es einkommens- und vermögensblind ist oder die Höhe der Unterstützungen/Leistungen von diesen Faktoren abhängig macht. Wie im Theorieteil beschrieben, gehen Sozialversicherungssysteme mit einem universellen Anspruch einher. Insofern haben Deutschland und Japan, die zwei Länder mit dezidierten Pflegeversicherungen, Pflegesysteme mit einem universellen Charakter. Ein solches bedingt nicht zwingend das Fehlen von privaten Zuzahlungsverpflichtungen. Solche existieren trotzdem in beiden Ländern. Der Kernpunkt eines universellen Systems ist vielmehr, dass weder die Höhe der staatlichen Zuwendungen, noch die der privaten Zuzahlungsverpflichtungen vom Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Person abhängen.

Dänemark und Schweden können bei reiner Steuerfinanzierung ebenfalls als universelle Systeme gesehen werden, welche auf progressive Elemente mehr oder weniger verzichten. In Dänemark wird den pflegebedürftigen Personen stationäre und ambulante Pflege im Grunde genommen kostenlos und unabhängig vom Einkommen zur Verfügung gestellt. Lediglich in Pflegeheimen fallen private Zuzahlungen für Kost und Logis an. In Schweden existieren zwar private Zuzahlungen auch für Pflegeleistungen, allerdings sind diese sehr gering: Es existiert eine Zuzahlungsobergrenze von 173 Euro im Monat; zudem muss einer allein lebenden Person ein Taschengeld in der Höhe von 488 Euro pro Monat und einer in einer Partnerschaft lebenden Person ein Taschengeld in der Höhe von 412 Euro pro Monat verbleiben. Der Einfluss dieser Einkommensüberprüfung ist aufgrund der geringen Zuzahlungsverpflichtung als verhältnismäßig gering einzustufen.

Frankreich und die Niederlande haben eine gemischte Finanzierung: Beide Länder nutzen sowohl Steuermittel als auch Beitragszahlungen zum Sozialversicherungssystem zur Finanzierung ihrer Pflegesysteme. In Frankreich wird die Pflege im engeren Sinn, wie z.B. Dekubitusprophylaxe, über das Gesundheitssystem, also über Beitragszahlungen, finanziert. Die Pflege im weiteren Sinn, wie z.B. Körperpflege, wird hingegen über Steuern finanziert. In den Niederlanden dominiert bei der Finanzierung die Versicherungskomponente gegenüber der Steuerkomponente. Leistungen aus dem Wirkungsbereich des ABWZs (z.B. persönliche Pflege, Heimaufenthalte) werden über die Sozialversicherung, Leistungen aus dem Wirkungsbereich des WMO (z.B. Heimhilfe, Essen auf Rädern) hingegen aus Steuermitteln finanziert. Beide Länder können aufgrund dieser Zersplitterung der Finanzierung nur bedingt als Vorbild für Österreich gesehen werden, da eine solche uneinheitliche Regelung innerhalb des Pflegesystems nicht wünschenswert erscheint (vgl. Wittenberg et al. 2002).

Das französische Pflegesystem kann von der Zielrichtung her als ein klares progressiv-universelles System gesehen werden: Beim Eintritt einer Pflegebedürftigkeit haben zwar alle Franzosen einen Anspruch auf staatliche Unterstützungen/Leistungen (APA). Die Höhe dieser Unterstützungen/Leistungen ist allerdings nicht nur vom Pflegebedarf, sondern auch vom Einkommen der betroffenen Personen abhängig.

Österreich und die Niederlande können nicht klar einem rein universellen oder einem progressiv-universellen System zugerechnet werden. Beide Länder bieten prinzipiell universelle Systeme an, setzen jedoch in unterschiedlichen Ausmaßen auch auf progressive Elemente. Diese progressiven Elemente finden sich hauptsächlich bei der Ausgestaltung der privaten Zuzahlungsverpflichtungen wieder. In beiden Ländern ist die Höhe der Zuzahlungen durch das Einkommen/Vermögen der betroffenen Personen determiniert.

Tabelle 17: Finanzierung

Länder	Hauptfinanzierungsmodell	Anspruch und Zielsetzung	öffentliche Ausgaben in % des BIP	Finanzierungsquellen		
				aus Sozialversicherung	aus Steuern	aus privaten Zuzahlungen
Österreich	Steuern	universell mit progressiven Elementen	1,30	0-20%	61-80%	21-40%
Dänemark	Steuern	universell	1,70	0-20%	81-100%	0-20%
Deutschland	Versicherung	universell	0,90	81-100%	0-20%	0-20%
Frankreich	Steuern + Versicherung	progressiv-universell	1,40	41-60%	21-40%	21-40%
Japan	Steuern + Versicherung	universell	n. a.	na	na	na
Niederlande	Steuern + Versicherung	universell mit progressiven Elementen	2,10	61-80%	0-20%	0-20%
Schweden	Steuern	universell	3,50	0-20%	81-100%	0-20%

Quellen: IHS HealthEcon Zusammenstellung 2010, ANCIEN database.

Tabelle 18: Finanzierungsquellen

	Öffentliche Finanzierungsquellen	Private Finanzierungsquellen		
		Private Pflegeversicherung	Zahlungsverpflichtungen für stationäre Leistungen	Zahlungsverpflichtungen für ambulante Leistungen
Österreich	<p>Steuerfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegegeld - Unterstützungen für Leistungsempfänger - Beiträge für Leistungserbringer - Unterstützungen für stationäre Einrichtungen seitens des Landesgesundheitsfonds - Sozialhilfeunterstützung für pflegebedürftige Personen mit geringem Einkommen - Steuerliche Absetzbarkeit von pflegebezogenen Ausgaben <p>Beitragsfinanziert: -----</p>	Möglichkeit einer freiwilligen privaten Versicherung; 0,5 Prozent der Bevölkerung verfügen über eine derartige Versicherung	Pflegegeld und Pension muss für Pflege aufgewendet werden (20 Prozent der Pension und bis zu 10 Prozent des Pflegegeldes verbleiben als Taschengeld bei der betreuten Person)	Fixbetrag pro Pflegestunde abhängig vom Einkommen des Empfängers. Es existieren unterschiedliche Beträge in den einzelnen Ländern
Dänemark	<p>Steuerfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sämtliche Pflegeleistungen und Unterstützungsleistungen <p>Beitragsfinanziert: -----</p>	Möglichkeit einer freiwilligen privaten Versicherung existiert nicht	Kosten für Unterkunft und Verpflegung	keine

<p>Deutschland</p>	<p>Steuerfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützungen für Leistungsempfänger - Beiträge für Leistungserbringer - Sozialhilfeunterstützung für pflegebedürftige Personen mit geringem Einkommen - Steuerliche Absetzbarkeit von pflegebezogenen Ausgaben <p>Beitragsfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeversicherung mit ihren inkludierten Leistungen 	<p>Private Versicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verpflichtend für jene Personen, welche durch opting-out nicht im Rahmen der staatlichen Pflegeversicherung versichert sind - Freiwillig für die restlichen Personen <p>11 Prozent der Bevölkerung verfügen über eine private Versicherung</p>	<p>Kosten für Unterkunft und Verpflegung; Kosten für Pflege, sofern die eigenen Mittel aus Einkommen und Pflegegeld ausreichen</p>	<p>keine</p>
<p>Frankreich</p>	<p>Steuerfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeleistungen (teilweise) - Sozialhilfeunterstützung für pflegebedürftige Personen mit geringem Einkommen - Steuerliche Absetzbarkeit von pflegebezogenen Ausgaben <p>Beitragsfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeleistungen (teilweise) 	<p>Möglichkeit einer freiwilligen privaten Versicherung; 3 Prozent der Bevölkerung verfügen über eine derartige Versicherung</p>	<p>Kosten für Unterkunft und Verpflegung; Kosten für ADL-Pflege, sofern die eigenen Mittel aus Einkommen und APA ausreichen</p>	<p>Kosten für ADL-Pflege, sofern die eigenen Mittel aus Einkommen und APA ausreichen</p>

<p>Japan</p>	<p>Steuerfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 Prozent des Budgets der Pflegeversicherung mit ihren inkludierten Leistungen <p>Beitragsfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 Prozent des Budgets der Pflegeversicherung mit ihren inkludierten Leistungen 	<p>Möglichkeit einer freiwilligen privaten Versicherung; sie deckt die Ausgaben für zusätzliche Leistungen, welche nicht Teil der gesetzlichen Versicherung sind, ab</p>	<p>10 Prozent der Pflegekosten, außer der Bezieher fällt unter eine Armutsgrenze</p>	<p>prinzipiell 10 Prozent der Gesamtkosten; außerdem die Differenz von Kosten - Pflegeversicherungsanzahlung</p>
<p>Niederlande</p>	<p>Steuerfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 22 Prozent des Budgets des AWBZ mit seinen inkludierten Leistungen - WMO mit seinen inkludierten Leistungen <p>Beitragsfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 70 des Budgets des AWBZ mit seinen inkludierten Leistungen 	<p>Möglichkeit einer freiwilligen privaten Versicherung existiert nicht</p>	<p>in den ersten 6 Monaten: einkommensabhängiger Fixbetrag; danach: monatlicher Fixbetrag (ein "Taschengeld" von 8.5 Prozent des Einkommens muss bei den pflegebedürftigen Personen verbleiben</p>	<p>Fixbetrag pro Pflegestunde (gedeckt, Taschengeld)</p>
<p>Schweden</p>	<p>Steuerfinanziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeleistungen <p>Beitragsfinanziert:</p> <p>-----</p>		<p>regional unterschiedlich, allerdings existieren abhängig vom Einkommen gesetzliche Obergrenzen</p>	<p>regional unterschiedlich, allerdings existieren abhängig vom Einkommen gesetzliche Obergrenzen</p>

Anmerkung: eine detaillierte Darstellung der privaten Zuzahlungsverpflichtungen findet sich in den einzelnen Länderberichten im Kapitel „Leistungserbringung“ wieder.
 Quelle: Spalte 1 und 2 IHS HealthEcon erweiterte Darstellung 2010 nach Fernandez et al. 2009, Spalte 3 und 4 IHS HealthEcon Darstellung 2010.

3.2. Exkurs: Deutsche Pflegeversicherung

Seit 1995 traten in Deutschland sukzessive die Bestimmungen der neu eingeführten Pflegeversicherung in Kraft. Seither decken die soziale und die verpflichtende private Pflegeversicherung praktisch die gesamte Bevölkerung ab, es besteht also – etwa im Gegensatz zu Japan – keine Einschränkung auf die ältere Bevölkerung. Die individuelle Zugehörigkeit zu sozialer oder privater Pflegeversicherung läuft parallel zur Zugehörigkeit in der Krankenversicherung. Auch die Finanzierung der Pflegeversicherung ist weitgehend analog zur Krankenversicherung organisiert: Bei unselbständig Beschäftigten teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer den gesetzlich vorgeschriebenen Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (1996-2008: 1,7 Prozent) hälftig, Beiträge für Arbeitslose übernimmt die Arbeitslosenversicherung, und Rentner müssen seit 2004 allein den gesamten Beitragssatz tragen. Es besteht eine jährlich angepasste Höchstbeitragsgrenze; es werden Brutto-lohn bzw. -rente, aber keine anderen Einkunftsarten wie Einkommen aus Besitz und Vermögen zur Beitragsbemessung herangezogen. Seit 2004 müssen Personen, die nie Eltern waren, ab einem Alter von 23 Jahren einen um 0,25 Prozentpunkte höheren Beitrag leisten. Im Zuge der Reform 2008 wurde der allgemeine Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte angehoben.

Zusammenfassend gesagt sind die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung somit einkommensabhängig, aber risikoneutral ausgestaltet. Das Gegenteil gilt für die private Pflegeversicherung, die einkommensneutrale, aber risikoabhängige Beiträge verlangt, wobei eine Grenze eingezogen wurde, um eine für Ältere prohibitive Prämien-gestaltung zu vermeiden.

Der finanzielle Erfolg der sozialen Pflegeversicherung

Der finanzielle Erfolg der sozialen Pflegeversicherung war wechselhaft. In den ersten vier Jahren ab Einführung wurden – sukzessive abnehmende – Einnahmenüberschüsse erzielt. Von 1999 bis einschließlich 2005 bilanzierte die soziale Pflegeversicherung zunehmend negativ, und hätte dies auch im Jahr 2006 getan, wären nicht durch einen buchhalterischen Trick 13 Monatseinnahmen diesem Jahr zugerechnet worden (Rothgang 2010). Im folgenden Jahr wurde dementsprechend wieder ein negatives Ergebnis verzeichnet, das aber seit dem Reformjahr 2008 von positiven Abschlüssen abgelöst wurde (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Rothgang (2010) sieht die Ursachen für negative Abschlüsse auf der Einnahmenseite, und weniger auf der **Ausgabenseite**: Die strikten Definitionen für Pflegebedürftigkeit verhinderten ein zu hohes Wachstum bei der Anzahl der Bezieher, die nominell fixierte und erstmals im Zuge der Reform 2008 angepasste Höhe der Benefits beschränkte die Entwicklung der pro-Kopf-Ausgaben. Zudem ist der Anteil der Bezieher in Pflegestufe 1 zu Lasten der Bezieher in den beiden höheren Pflegestufen gestiegen. Die Hauptursache für

den eher moderaten Ausgabenanstieg war somit die demographisch bedingt steigende Zahl älterer Menschen. Durch die konstante Höhe der Leistungsansprüche nahm man jedoch einen Wertverlust der Leistungen in Kauf, der für viele mit einem sukzessiven Anstieg der privaten Zuzahlungen verbunden war/ist. Damit konnte die Abhängigkeit vieler Pflegebedürftiger von Sozialhilfe in weit geringerem Ausmaß abgebaut werden, als man sich bei Einführung der Pflegeversicherung erhofft hatte. Zudem wurde der angewandte enge Begriff der Pflegebedürftigkeit bald kritisiert, vor allem weil er für Demenzpatienten nur die notwendige Hilfe bei ADLs, nicht aber die notwendige Aufsicht berücksichtigte.²⁴

Das Hauptproblem für die negativen Abschlüsse lag aber bei den **Einnahmen**. So stiegen die durchschnittlichen jährlichen Einnahmen im Zeitraum 1997 bis 2004 nominell um 0,8 Prozent, glichen also nicht einmal die allgemeine Inflation aus. Es kam praktisch nur in Zusammenhang mit konkreten Maßnahmen zu spürbarem Einnahmenwachstum, wie dem Zusatzbeitrag für Kinderlose seit Dezember 2004, dem Verrechnungstrick 2006 und der Erhöhung des Beitragssatzes im Zuge der Reform 2008, der aber von der Einführung zusätzlicher bzw. ausgeweiteter Leistungen begleitet war. Rothgang (2010) führt eine Reihe von Gründen für das enttäuschende Einnahmenwachstum an: Da der Beitragssatz auf Arbeitseinkommen und davon abgeleitete Einkommen wie Pensionen und Arbeitslosenunterstützung bezogen ist, nicht aber auf Einkommen aus Besitz und Vermögen, ist auch das Beitragswachstum systematisch geringer als jenes des BIP. Das niedrige Wachstum dieser Einkommen in den letzten Jahren war für alle Sparten der Sozialversicherung schmerzhaft, so auch für die Pflegeversicherung. Selbst diese unzureichend wachsende Beitragsgrundlage wird jedoch nicht voll ausgeschöpft: Mini-Jobs und Midi-Jobs sind beitragsbefreit, und angesichts der zunehmenden Umwandlung von regulären in Midi-Jobs dürfen hier weitere Beitragsausfälle erwartet werden. Die rigorose Begrenzung der Pflegeausgaben führte vorübergehend zu einer vergleichsweise günstigen finanziellen Position der Pflegekassen, sodass der Beitragssatz für Arbeitslose zur Pflegeversicherung herabgesetzt wurde, um die Budgets der Arbeitslosenversicherung zu schonen.

Was kann man aus dem deutschen Beispiel lernen?

Rothgang (2010) zieht einige Lehren aus der bisherigen Entwicklung der deutschen Pflegeversicherung:

- Das Ziel, die Abhängigkeit von Sozialhilfe bei Pflegebedürftigen mit einer normalen Erwerbslaufbahn zu verhindern, wurde nur teilweise erreicht. Noch immer beziehen rund 30 Prozent der Bewohner von Pflegeheimen Sozialhilfe, obwohl sich auch ihre Anzahl stark verringert hat. Einschlägige Ausgaben der Kommunen und Länder konnten um ebenfalls rund 30 Prozent verringert werden.

²⁴ Die Reform 2008 beinhaltet eine Anpassung des Bedarfsbegriffs zugunsten der Demenzpatienten.

- Beiträge sollten auf das gesamte Einkommen bezogen werden um zu vermeiden, dass Verschiebungen der funktionalen Einkommensverteilung Einnahmenengpässe bewirken. Mühlberger et al. (2008b) weisen darauf hin, dass eine Verbreiterung der Einnahmenbasis in der Regel gleichbedeutend mit einer Ausweitung des Versichertenkreises ist. In Zeiten unsteter Familien- und Erwerbsbiographien die einen ausreichenden Versicherungsschutz für Teile der Bevölkerung oft erschweren, könnte eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage deren soziale Absicherung erleichtern.

Heinicke und Thomsen (2010, S. 26) kritisieren an der Reform 2008, dass sie nicht in Richtung der von vielen geforderten Verbreiterung der Einnahmenbasis gegangen ist, sondern lediglich den Status quo verlängert hat. Damit erwarten sie die baldige Wiederaufnahme dieses Reformthemas oder weitere Anhebungen des Beitragssatzes.

- Wie immer bei Finanzierung im Umlageverfahren, führt ein Anstieg des älteren Bevölkerungsanteils zu steigenden Beitragssätzen, wenn das Leistungsniveau beibehalten werden soll: Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozent im Zuge der Reform 2008 führte zu zusätzlichen Beiträgen von 2,6 Mrd. Euro, von denen rund eine Mrd. Euro für die Ausweitung des Leistungsspektrums verbraucht wird. Die Beitragssatzanhebung sollte die Finanzierung bis 2014 sichern, selbst diesen kurzen Zeitraum hält Rothgang (2010) aber für optimistisch, da die Kalkulation weder die Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch das bereits 2007 bestehende Defizit berücksichtigte und auch die Konsequenzen der Finanzkrise nicht voraussehen konnte.

Die vorliegenden Projektionsrechnungen über die zukünftigen Ausgaben der Pflegeversicherung berücksichtigen die Änderungen durch die Reform 2008 noch nicht. Sie führen je nach getroffenen Annahmen für das Jahr 2030 zu einem Beitragssatz von 2,6 - 4,0 Prozent und unterstellen ein weiteres Wachstum auf bis zu sieben Prozent bis zum demographisch bedingten Höhepunkt der Belastung durch Pflegeausgaben, der für die Mitte der 2050er Jahre berechnet wird. (vgl. z.B. die zusammenfassende Darstellung in Heinicke und Thomsen 2010)

- Gedeckelte Benefits sind legitim, wenn die Anpassung – vorzugsweise anhand makroökonomischer Variablen wie Inflation oder Lohnwachstum – gewährleistet ist. In Deutschland ist nun eine Überprüfung des Anpassungsbedarfes im 3-Jahresabstand vorgesehen, wobei Anpassungen weder Inflation noch Lohnsteigerungen übersteigen dürfen, und nur abhängig von der gesamtwirtschaftlichen Situation überhaupt durchzuführen sind. Damit kann bestenfalls das Niveau der Leistungen gehalten werden, aber der reale Kaufkraftverlust der Leistungen aus dem Zeitraum 1996-2008 keineswegs wettgemacht werden.

- Schnittstellen zum Gesundheitssystem müssen organisiert sein, was auch ein Wettbewerbssystem der Pflegeversicherung einschließt, falls die Krankenkassen im Wettbewerb stehen.

Nicht bei Rothgang (2010) thematisiert wird die Frage der Generationengerechtigkeit im Falle der Einführung einer Pflegeversicherung: Ist sie, wie die deutsche, im Umlageverfahren organisiert, bevorzugt sie die erste Generation der Pflegebedürftigen, die Leistungen beziehen ohne je eingezahlt zu haben, und die Leistungen für spätere Generationen werden von den jeweils jüngeren Generationen finanziert. Im Kapitaldeckungsverfahren hingegen sind die ersten Generationen doppelte Zahler, da sie neben der Versorgung ihrer Elterngeneration noch einen Kapitalstock für die eigene Versorgung aufbauen müssen, dessen Entwicklung wiederum – wie die aktuelle Finanzkrise eindrucksvoll gezeigt hat – nicht ohne weiteres voraussehen ist. Soll der aufgebaute Kapitalstock zur Vorsorge für geburtenstarke Jahrgänge dienen, kommt erschwerend hinzu, dass bei Eintritt ins Pensionsalter auch ein großes Angebot auf den Markt kommt, was die Ertragsaussichten mindert.

Aus österreichischer Perspektive halten wir fest:

- Die deutsche Pflegeversicherung leidet trotz großer Ausgabendisziplin unter Finanznot. Noch stärker als in Österreich wurden die Beträge in den einzelnen Pflegegeldstufen weit unter der Inflation angepasst, der reale Wert des Pflegegeldes nahm somit stark ab. Dennoch musste der Beitragssatz bereits angepasst werden.
- Der Beitragssatz von 1,7 Prozent (1996-2008) reichte nicht aus, um das Ziel zu erreichen, dass Pflegeheimbewohner ihre Heimplätze weitgehend unabhängig von Sozialhilfe finanzieren können: Rund 30 Prozent der Bewohner müssen sich nach wie vor so kofinanzieren lassen.
- Praktisch alle Analysten der deutschen Pflegeversicherung halten eine Verbreiterung der Einnahmenbasis für notwendig; trotzdem ist es im Zuge der Reform 2008 nicht gelungen diese zu erreichen. Eine Finanzierung aus nicht zweckgebundenen Steuern ist per definitionem bereits breiter angelegt und belastet damit auch nicht ausschließlich den Faktor Arbeit sowie davon abgeleitete Einkommen. Damit führt das im Vergleich zur Gesamtwirtschaft niedrigere Wachstum der Lohnsumme auch nicht automatisch zu einem strukturell niedrigeren Wachstum der Einnahmen.
- Der Vorteil der Pflegeversicherung, über ein abgegrenztes Budget zu verfügen, war im deutschen Beispiel nicht ausreichend, um in guten Zeiten Reserven anlegen zu können: Es kam zu Umverteilungen der Überschüsse zugunsten anderer Sozialversicherungsbereiche über geänderte Regeln bei der Beitragsgestaltung der

Arbeitslosen; dieses Vorgehen ist auch der österreichischen Krankenversicherung nicht unbekannt.

- Die deutsche Pflegeversicherung ist nur universell, da sie über die Anknüpfung an die Krankenversicherung mit einer Versicherungspflicht für jedermann verbunden ist. Dies ist in der österreichischen Krankenversicherung nicht der Fall, da die Versicherungspflicht hier nur an den Erwerbsstatus anknüpft und somit unversicherte Personen vorprogrammiert sind, solange diese sich nicht freiwillig versichern.
- Die deutsche Pflegeversicherung erlaubt – wie die niederländische – die Wahl zwischen Geld- und Sachleistungen, setzt aber Geldleistungen niedriger als Sachleistungen an²⁵, und zwar mit einem noch ausgeprägteren Unterschied als in den Niederlanden. Trotz der Zielsetzung, häusliche Pflege im Allgemeinen und informelle Pflege im Besonderen zu stärken, bietet die Ausgestaltung der entsprechenden Geld- und Sachleistungen jedoch Anreize, die in die gegenteilige Richtung laufen. Rothgang (2010) berichtet dementsprechend auch von einem stetigen Trend zu formaler Pflege im häuslichen Bereich und zu stationärer Pflege innerhalb des formalen Bereiches. Die Strategie, Geldleistungen für informelle Pflege aus budgetären Gründen niedriger anzusetzen als entsprechende Sachleistungen, kann demnach zum gegenteiligen als dem gewollten Effekt führen.

²⁵ Dies gilt nur für die beiden unteren Pflegestufen, dort liegt die Höhe der Geldleistungen aber bei rund der Hälfte der entsprechenden Sachleistung. Außerdem fallen die Leistungen für stationäre Pflege wiederum höher aus als jene für ambulante Pflege.

4. Literatur

Brown, Finkelstein (2007), Why is the Market for Long-Term Care Insurance So Small?, *Journal of Public Economics*, Vol. 91, S. 1967-1991.

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/2010).

Cutler (1996), Why don't markets insure long-term care risk?, Harvard University and National Bureau of Economic Research.

European Commission (2008), The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060), Office for Official Publications of the European Communities.

Fernandez, Forder, Trukeschitz, Rokosova, McDaid (2009), How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?, World Health Organization.

Heinicke, Thomsen (2010), The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives, ZEW Discussion Paper No. 10-12.

Karlsson, Iversen, Oien (2010), Scandinavian long-term care financing, Working paper, University of Oslo.

Kraus, Riedel, Mot, Willeme, Röhring, Czypionka (2010), A typology of systems of Long-Term Care in Europe – Results of Work Package 1 of the ANCIEN Project, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien.

Mot (2010), The Dutch system of long-term care, Report, ANCIEN project.

Mühlberger, Knittler, Guger (2008a), Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, März 2008.

Mühlberger, Knittler, Schratzenstaller (2008b), Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge, WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Juni 2008.

Oberösterreichischer Landesrechnungshof: Initiativprüfung Mobile Dienste in OÖ, Linz, März 2010.

Ribhegge (2004), Sozialpolitik, Vahlen.

Rothgang (2010), Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model, *Social Policy & Administration*, Vol. 44, No. 4, S. 436-460.

Tatara, Okamoto (2009), Japan, *Health System Review, Health Systems in Transition*, Vol. 11, No. 5.

Verordnung der Oö. Landesregierung über die Leistungen sozialer Hilfe, den Einsatz der eigenen Mittel sowie den Kostenbeitrag (Oö. Sozialhilfeverordnung 1998).

Verordnung der Oö. Landesregierung vom 11. März 1996 über die Errichtung, den Betrieb sowie über die zur Sicherung einer fachgerechten Sozialhilfe in Alten- und Pflegeheimen erforderlichen sonstigen Voraussetzungen. (Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung 1996).

Wittenberg, Sandhu, Knapp (2002), Funding long-term care: the public and private options, In: Mossialos, Dixon, Figueras, Kutzin (eds.) *Funding health care: options for Europe*. European observatory on health care systems. Open University Press, Buckingham, UK, S. 226-249.

Zimmermann, Henke, Broer (2009), *Finanzwissenschaft*, Vahlen.

C. Zukünftiger Finanzierungsbedarf in Österreich

1. Vorbemerkung

Um Überlegungen zur zukünftigen Finanzierung der Pflege anzustellen, muss zunächst der zukünftige Finanzierungsbedarf genauer betrachtet werden. Ein eigenes Prognosemodell zu erstellen war nicht der Fokus des Forschungsauftrags. Wir werden aber den zukünftigen Finanzierungsbedarf mit Hilfe einer eigenen Abschätzung/Projektion basierend auf oberösterreichischen Zahlen quantifizieren und diesen in Bezug zu einer bereits vorhandenen Studie stellen. Die österreichische Ebene ist dabei wichtig, da momentan angedachte Lösungen auf einen österreichweiten Pflegefonds hinauslaufen.

2. Entwicklung des Nettoaufwandes in der Pflege, Oberösterreich, 2001-2009

Für das Bundesland Oberösterreich stehen im überwiegenden Bereich der Sachleistungen (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste (mobile Betreuung und Hilfe sowie Hauskrankenpflege)) Zeitreihen in hoher Qualität zur Verfügung²⁶. Für die Zeitperiode 2001-2009 ist es sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor möglich, einen (Netto-) Ausgabenbezug je Heimbewohner bzw. je betreute Person herzustellen. Insgesamt wuchs der Nettoaufwand im Bereich der Alten- und Pflegeheime im Beobachtungszeitraum nominell um jahresdurchschnittlich 9,9 Prozent bzw. zu Preisen 2009 um 8,0 Prozent, vgl. Tabelle 19. Mit einem durchschnittlichen Wachstum pro Jahr von nominell 11,1 Prozent (bzw. zu Preisen 2009 um 9,2 Prozent) stieg der Nettoaufwand bei den mobilen Diensten in einem noch höheren Ausmaß. Der Nettoaufwand in beiden Bereichen zusammen erhöhte sich im Zeitraum 2001-2009 um rund 90 Prozent oder 8,3 Prozent jahresdurchschnittlich (zu Preisen 2009).

²⁶ Die Daten wurden uns dankenswerterweise vom Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales zur Verfügung gestellt.

Tabelle 19: Kennzahlenentwicklung im stationären und ambulanten Bereich der Pflege, Oberösterreich

	Nettoaufwand Alten- und Pflegeheime, in Euro zu Preisen 2009	WTR in %	Nettoaufwand Mobile Dienste, in Euro zu Preisen 2009	WTR in %	Gesamt, in Euro zu Preisen 2009	WTR in %	Bewohner (Alten- und Pflegeheime)	WTR in %	Inanspruch- nahmen (Mobile Dienste)	WTR in %
2001	66.653.304		24.761.194		91.414.498		11.219		14.615	
2002	69.928.406	4,9	26.498.466	7,0	96.426.872	5,5	11.176	-0,4	15.886	8,7
2003	76.502.909	9,4	29.278.092	10,5	105.781.001	9,7	11.270	0,8	16.852	6,1
2004	83.729.369	9,4	32.393.289	10,6	116.122.658	9,8	11.342	0,6	18.669	10,8
2005	90.678.777	8,3	34.083.122	5,2	124.761.900	7,4	11.197	-1,3	20.604	10,4
2006	103.047.341	13,6	34.617.292	1,6	137.664.632	10,3	11.285	0,8	23.387	13,5
2007	108.851.146	5,6	41.042.147	18,6	149.893.293	8,9	11.286	0,0	25.992	11,1
2008	117.016.107	7,5	45.259.634	10,3	162.275.741	8,3	11.355	0,6	27.113	4,3
2009	123.088.106	5,2	49.928.648	10,3	173.016.754	6,6	11.584	2,0	28.282	4,3
JDWR in %	8,0		9,2		8,3		0,4		8,6	
Index 2001=100	185		202		189		103		194	

Anmerkung: Nettoaufwand und Inanspruchnahmen Mobile Dienste für das Jahr 2009 geschätzt (Fortschreibung mit Wachstumsrate des Vorjahrs)

Quellen: Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales; IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Es war sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich möglich, einen Mengen- und Struktureffekt sowie einen gemischten Effekt zu identifizieren. Durch die Verwendung der realen Zeitreihen wurde ein Preiseffekt im Vorfeld eliminiert. Somit können Ausweitungen der Menge/des Volumens an Pflegebedarf und die Pflegeintensität getrennt betrachtet werden. Der absolute reale Anstieg des Nettoaufwandes im **Bereich der stationären Pflege** von rund 56 Millionen Euro im Zeitraum 2001-2009 ist primär (zu 93 Prozent) einem Struktureffekt zuzuschreiben, vgl. Abbildung 39. Dies bedeutet, dass im Bereich der Alten- und Pflegeheime eine deutliche Verschiebung der zu pflegenden Personen hin zu höheren Pflegestufen stattgefunden hat, vgl. Abbildung 13. Damit einhergehend stellte sich die Mengen- und Strukturveränderung im Bereich des Pflegepersonals, also die Aufstockung und Qualifizierung des Pflegepersonals, als massiver Kostentreiber dar, vgl. Abbildung 14.

Abbildung 39: Mengen- und Struktureffekt sowie gemischter Effekt

	Zuwachs 2001-2009, in Euro, real zu Preisen 2009	Mengen- effekt	Struktur- effekt	Gemischter Effekt
Alten- und Pflegeheime	56.434.802	2.168.505	52.556.422	1.709.876
in %	100,0	3,8	93,1	3,0
Mobile Dienste	25.167.454	23.155.650	1.039.606	972.197
in %	100,0	92,0	4,1	3,9
Gesamt	81.602.256	25.324.155	53.596.028	2.682.073
in %	100,0	31,0	65,7	3,3

Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Im **Bereich der ambulanten Pflegeversorgung** betrug das absolute reale Wachstum des Nettoaufwandes zwischen 2001 und 2009 etwa 25 Millionen Euro. Anders als im stationären Bereich ist dieser Anstieg vorwiegend einem Mengeneffekt zuzurechnen. Dieser zeigt sich zu knapp über 90 Prozent für die Nettoaufwandssteigerung verantwortlich; so gab es im Jahre 2009 fast doppelt so viele Inanspruchnahmen in Zuge der mobilen Betreuung und Hilfe oder Hauskrankenpflege, als es noch im Jahre 2001 waren. Der Prozess der Ambulantisierung in der Pflege hat in Oberösterreich schon eingesetzt, wird sich aber zukünftig noch weiter fortsetzen, sodass weiter mit einem Anstieg der Inanspruchnahmen zu rechnen ist. Einerseits sollen pflegebedürftige Personen in den niedrigen Pflegestufen richtigerweise vermehrt „ambulant vor stationär“ Betreuung finden, und andererseits werden durch den zu erwartenden Rückgang der informellen Pflege (aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen und steigender Erwerbstätigkeit von Frauen, die in der informellen Pflege eine dominierende Rolle spielen) auch zusehends Personen mit geringerem Pflegeaufwand einer formellen ambulanten Pflege zugeführt werden müssen. Im Vergleich zum stationären Setting ist im ambulanten Bereich somit, ceteris paribus, weiter mit einem ausgeprägten Mengenwachstum zu rechnen. Ein Struktureffekt zeichnet in Vergangenheit nur zu einem

geringen Ausmaß für die Steigerung des Nettoaufwandes verantwortlich (zu rund vier Prozent).

Vorausschätzungen des Nettoaufwandes in der Pflege, Oberösterreich bis 2020

Im Folgenden werden fünf Szenarios für die Entwicklung des Nettoaufwandes im Bereich der Sachleistungen (stationäre und ambulante Pflege) bis 2020 präsentiert:

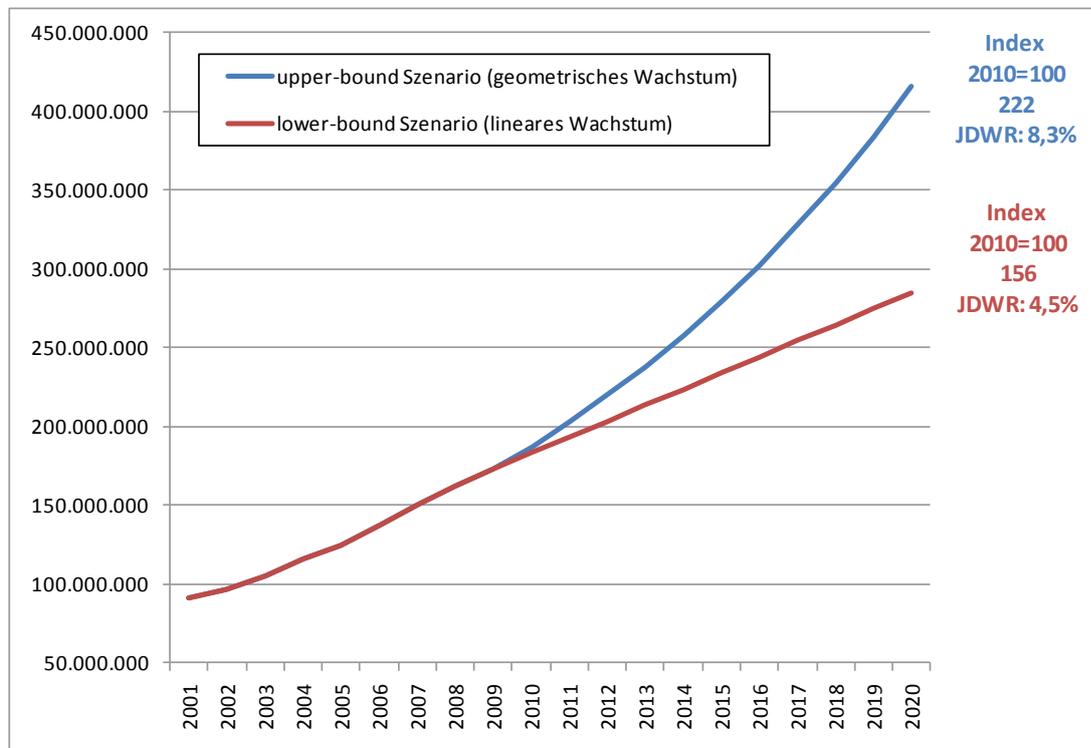
- Szenario 1: upper-bound Szenario
- Szenario 2: Szenario der Umstellung
- Szenario 3: Szenario der verstärkten Ambulantisierung
- Szenario 4: Szenario der gesamthaften Effizienzsteigerung
- Szenario 5: lower-bound Szenario

In allen Szenarios wird die Entwicklung in der Vergangenheit als Ausgangspunkt für die zukünftige Entwicklung herangezogen.

Im **upper-bound Szenario (S1)** gehen wir davon aus, dass sich das jahresdurchschnittliche (geometrische) Wachstum des realen Nettowaufwandes 2001-2009 im Bereich der stationären und ambulanten Pflege auch in Zukunft fortsetzen wird (8,3 Prozent pro Jahr). Es liegt diesem Szenario also die Annahme zugrunde, dass einerseits keine weiteren Politikmaßnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung unternommen werden und sich keine außergewöhnliche Beschleunigung des Wachstums zeigen wird. Insgesamt steigt der Nettoaufwand real zwischen 2010 und 2020 in diesem Szenario um etwa 122 Prozent.

Das **lower-bound Szenario (S5)** geht von einem lediglich linearen Wachstum in der Zukunft aus, jedes Jahr wächst somit der Nettoaufwand um denselben Betrag (um ein Achtel des realen Zuwachses der Zeitperiode 2001-2009). Dieses Szenario stellt ein eher unwahrscheinliches Szenario da, da es abnehmende jährliche Wachstumsraten des Nettoaufwandes impliziert, wovon in (naher) Zukunft jedoch aufgrund der demographischen Entwicklung sowie der zunehmenden Formalisierung in der Pflege eher nicht auszugehen ist. Es unterstellt im Grunde, dass die Wachstumsrate anders als in der Vergangenheit durch Politikmaßnahmen²⁷ jährlich reduziert werden kann.

²⁷ Zu den möglichen Politikmaßnahmen siehe die Vorschläge im Kapitel zur Leistungserbringung.

Abbildung 40: Upper-bound und lower-bound Szenario, Nettoaufwand stationärer und ambulanter Bereich, in Euro, zu Preisen 2009

Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

In den übrigen drei Szenarien verändern wir differenziert die Struktur- und die Mengenkompente des Wachstums – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich – um konkrete mögliche Zukunftsentwicklungen zu simulieren. Dazu wird die bisher beobachtete Wachstumsrate aufgrund der bekannten Daten zur Mengenentwicklung und der Entwicklung der Pflegestufen in den Settings in einen reinen Struktur- und einen reinen Mengeneffekt zerlegt²⁸ und die entsprechenden Wachstumsraten berechnet. Durch Veränderung dieser unterschiedlichen Wachstumsraten werden nun die folgenden Szenarios determiniert. Die gesamten Wachstumsraten zerfallen wie in Tabelle 20 dargestellt.

²⁸ Der gemischte Effekt entfällt, wenn entweder der Mengen- oder der Struktureffekt gleich Null ist.

Tabelle 20: Zerlegung der Wachstumsraten 2001-2009

		2001-2009
Stationärer Bereich	Nur strukturbedingtes Wachstum	1,075
	Nur Mengenwachstum	1,004
	Gesamtwachstum	1,080
Ambulanter Bereich	Nur strukturbedingtes Wachstum	1,005
	Nur Mengenwachstum	1,086
	Gesamtwachstum	1,092

Quelle: IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Das **Szenario der Umstellung (S2)** geht im stationären Bereich von einer reduzierten realen jahresdurchschnittlichen Nettoaufwandswachstumsrate im Vergleich zur Vergangenheit aus (6,5 Prozent);²⁹ im ambulanten Bereich wird das gleiche jahresdurchschnittliche reale Wachstum wie in der Vergangenheit angenommen. Es bildet also ab, dass sich ceteris paribus der Ambulantisierungsprozess fortsetzt und sich dann eine stabile Klientenstruktur im stationären Bereich einstellt. Das Wachstum im stationären Bereich wird dann nur mehr durch ein moderates Mengenwachstum bestimmt, das im Wesentlichen den Annahmen im Struktur- und Entwicklungsplan 2006 entspricht.

Das **Szenario der verstärkten Ambulantisierung (S3)** trifft die Annahme, dass im Bereich der Alten- und Pflegeheime ein stark reduziertes jahresdurchschnittliches Wachstum stattfindet (4,1 Prozent);³⁰ im Gegensatz dazu wächst der ambulante Bereich jahresdurchschnittlich stärker als in der Vergangenheit.³¹ Dieses Szenario nimmt also an, dass sich die Strukturveränderung im stationären Bereich nur verlangsamt, während der ambulante Bereich durch demographische Entwicklung, Formalisierung der Pflege und die Verschiebung aus dem stationären Bereich in der Struktur verändern wird, während die Menge/das Volumen an Klienten wie bisher anwächst.

Das **Szenario der gesamthaften Effizienzsteigerung (S4)** unterscheidet sich im zuvor genannten *Szenario der verstärkten Ambulantisierung* nur dahingehend, dass im ambulanten Bereich kein erhöhtes Wachstum im Vergleich zur Vergangenheit unterstellt,

²⁹ Strukturbedingtes Wachstum bis 2015 wie in der Vergangenheit, dann jährlich reduziert um zwei Prozentpunkte, ab 2018 konstantes jährliches Wachstum von 1,7 Prozent; erhöhtes Mengenwachstum laut Bedarfs- und Entwicklungsplan 2006 Entwicklung der Normplätze 2010-2015.

³⁰ Strukturbedingtes Wachstum fällt jahresdurchschnittlich auf $\sqrt[3]{1,075}=1,041$; Mengenwachstum wie in der Vergangenheit

³¹ Erhöhtes strukturbedingtes Wachstum ($1,005^3=1,016$), gleiches Mengenwachstum wie in der Vergangenheit.

sondern vom Wachstum in der Vergangenheit ausgegangen wird. Es wird also unterstellt, dass der stationäre Bereich durch einen Gewinn an Effizienz das strukturbedingte Kostenwachstum zum Teil kompensieren kann, ohne dass der ambulante Bereich dadurch belastet wird.

Sämtliche zu den Szenarios gehörigen jahresdurchschnittlichen Wachstumsraten sind in Tabelle 21 dargestellt.

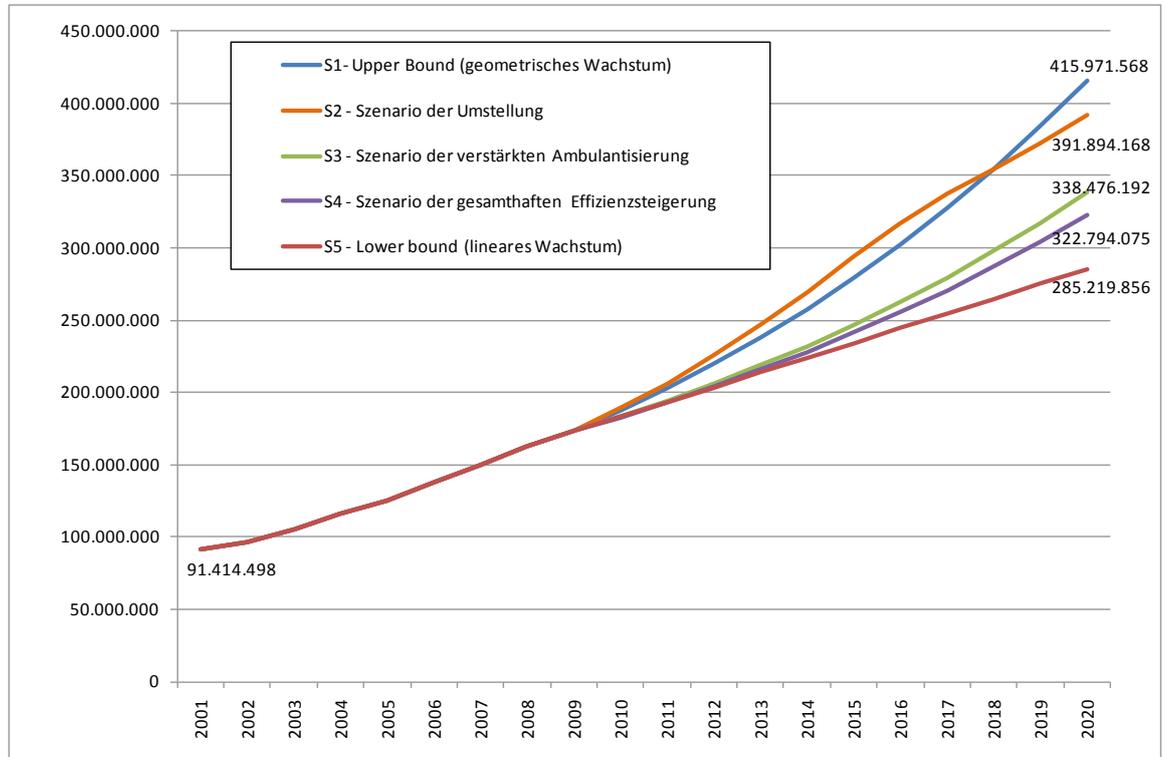
Tabelle 21: Jahresdurchschnittliche Wachstumsraten

		2001-2009	2010-2020		
			S2	S3	S4
Stationärer Bereich	Nur strukturbedingtes Wachstum	1,075	1,054	1,037	1,037
	Nur Mengenwachstum	1,004	1,016	1,004	1,004
	Gesamtwachstum	1,080	1,069	1,041	1,041
Ambulanter Bereich	Nur strukturbedingtes Wachstum	1,005	1,005	1,016	1,005
	Nur Mengenwachstum	1,086	1,086	1,086	1,086
	Gesamtwachstum	1,092	1,092	1,103	1,092
Beide Bereiche zusammen		1,083	1,076	1,063	1,059

Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Durch die Anwendung der zuvor beschriebenen Fortschreibungen mit den oben dargestellten Wachstumsraten ergeben sich die folgenden Vorausschätzungen, vgl. Abbildung 41. Je nach Szenario steigen die gesamten Nettoaufwendungen zwischen 2010 und 2020 zwischen 56 und 122 Prozent. In absoluten Zahlen bedeutet das Folgendes: Im Szenario 1 steigt der Nettoaufwand bis zum Jahr 2020 auf rund 416 Millionen Euro, im Szenario 2 auf rund 392 Millionen, in Szenario 3 auf rund 338 Millionen Euro, im Szenario 4 auf rund 323 Millionen Euro und im Szenario 5 auf 285 Millionen Euro.

Abbildung 41: Vorausschätzung des Nettoaufwandes in Oberösterreich (stationärer und ambulanter Bereich), in Euro, zu Preisen 2009



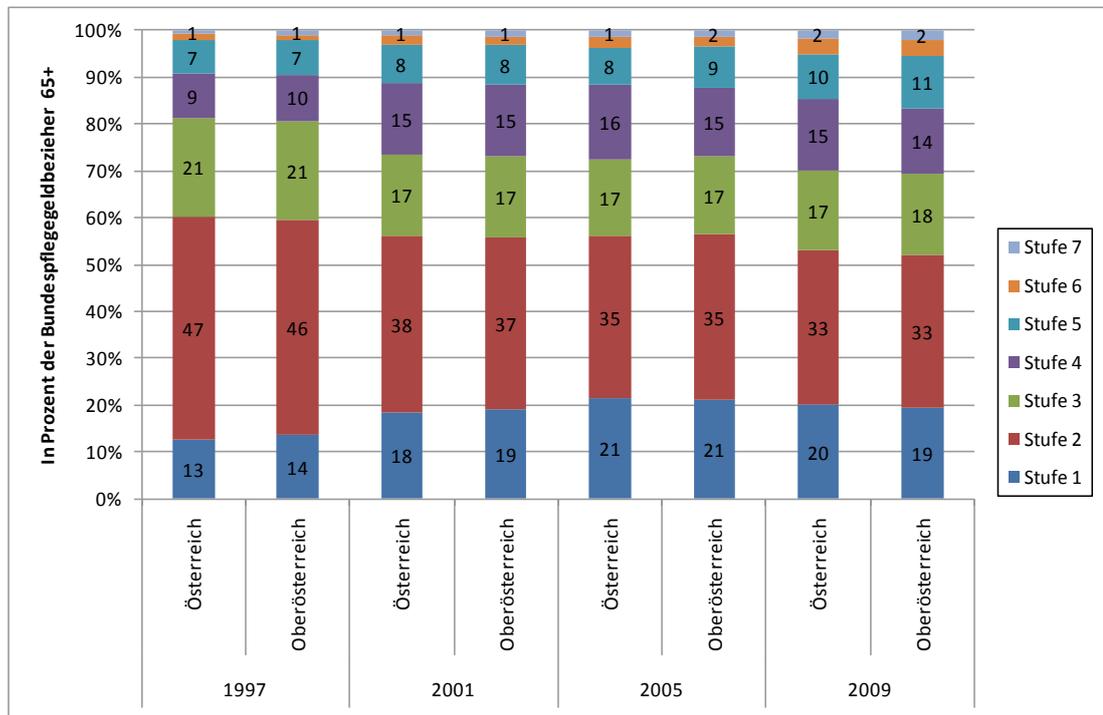
Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

3. Zukünftiger Finanzierungsbedarf auf österreichischer Ebene

Da die Finanzierung des Pflegebedarfs zum Teil bundesweiter Vereinbarungen bedarf, ist es sinnvoll, auch den gesamtösterreichischen Bedarf abzuschätzen. Wir verwenden dabei Oberösterreich als Proxy für Gesamtösterreich. Der Vorteil besteht darin, dass wir im Gegensatz zur Verwendung gesamtösterreichischer Daten sehr präzise und einheitliche Zahlen vorliegen haben. Das gesamtösterreichische Aggregat der Pflegeausgaben leidet an einer Reihe von gravierenden Problemen. Unter anderem sind Aufwendungen für den Behindertenbereich nicht abgrenzbar, oder die Datenmeldungen für einzelne Jahren umfassen länderweise nicht immer das idente Aggregat. Dadurch erklären sich die nicht nachvollziehbaren extremen Schwankungen der Wachstumsraten der österreichweiten Zahlen (siehe Tabelle 24).

Um Aussagen für ganz Österreich treffen zu können, war aber natürlich zu prüfen, ob die Verhältnisse in Oberösterreich sich annähernd auf ganz Österreich übertragen lassen. Oberösterreich kann prinzipiell gut als Beispiel für einen Schluss auf Gesamtösterreich herangezogen werden. Im Bereich der Demographie ist festzustellen, dass sich der Altersquotient in Oberösterreich und Gesamtösterreich gegenwärtig (2009) auf ähnlich hohem Niveau befindet (28 über 65-Jährige auf 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren) und auch die Entwicklung seit 2001 (+ 14 Prozent) bzw. die zukünftige Entwicklung bis 2020 (Oberösterreich +13 Prozent, Österreich +12 Prozent) eine ähnliche darstellt. Auch die Lebenserwartungen bei Geburt waren 2009 in Oberösterreich auf ähnlich hohem Niveau wie in Gesamtösterreich (Männer: Oberösterreich 77,7 Jahre, Österreich 77,4 Jahre; Frauen: Oberösterreich: 83,0 Jahre, Österreich: 82,9 Jahre). Das zukünftige Wachstum bis 2020 wird auch hier in ähnlicher Weise prognostiziert. Ebenfalls im Bereich der Aufteilung der Bundespflegegeldbezieher auf die einzelnen Pflegestufen weist Oberösterreich – auch über die Zeit – ein ähnliches Bild auf wie das gesamte Bundesgebiet, vgl. Abbildung 42.

Abbildung 42: Bundespflegegeldbezieher



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Die genannten Gründe rechtfertigen, dass die Wachstumsraten von Oberösterreich für die Projektionen auf das gesamte Bundesgebiet angewendet werden. Als Ausgangsniveau wurde für das Jahr 2008 eine Schätzung des gesamtösterreichischen Nettoaufwandes im Altenbereich (Alten- und Pflegeheime sowie Mobile Dienste) durchgeführt. Der Nettoaufwand im stationären Bereich kann mit 974 Millionen und im ambulanten Bereich mit 296 Millionen Euro beziffert werden. Insgesamt ergibt sich somit ein Ausgabenniveau für 2008 von rund 1.270 Millionen Euro. Unter Anwendung der Wachstumsraten von Oberösterreich auf Österreich ergibt bis 2020 ein Mehraufwand je nach Szenario von mindestens rund 800 Millionen Euro bis zu 1.800 Millionen Euro, vgl. Tabelle 22.

Tabelle 22: Ergebnisse der Vorausschätzung für Österreich

Sachleistungen (exkl. teilstationäre Leistungen, nur Altenbereich) real, in Mio. Euro, zu Preisen 2009					
	Upper-bound-Szenario	Lower-bound-Szenario	Szenario der Umstellung	Szenario der verstärkten Ambulantisierung	Szenario der gesamthaften Effizienzsteigerung
2010	1.467	1.434	1.480	1.434	1.430
2015	2.186	1.834	2.302	1.931	1.889
2020	3.257	2.233	3.068	2.650	2.527
JDWR 2010-2020	8,3	4,5	7,6	6,3	5,9
Index 2010=100	222	156	207	185	177
Mehraufwand	1.790	799	1.588	1.216	1.097

Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Zum zukünftigen Finanzierungsbedarf in der Pflege gibt es auch eine rezente Untersuchung, die wir im Folgenden näher betrachten wollen: Das WIFO erstellte im Jahr 2008 eine Abschätzung des zukünftigen Pflegebedarfs (Mühlberger et al. 2008a). Generell ist festzustellen, dass das WIFO im Vergleich zu unseren Schätzungen nicht nur den Altenbereich in der stationären Pflege, sondern auch teilweise den Behindertenbereich sowie den teilstationären Bereich erfasst hat. Der Behindertenbereich ist jedoch in den Daten nur sehr uneinheitlich abgedeckt. In einigen Bundesländern wurde er berücksichtigt, in anderen nicht. Dies stellt auch insofern ein Problem dar, als wichtige Einflüsse auf das Wachstum im Altenbereich anders beurteilt werden müssen als im Behindertenbereich.

In der WIFO-Studie werden verschiedene Szenarien berechnet, die in Abbildung 43 zusammengefasst sind. Aus den Szenarien C2.2 bis C2.5 wurden unterschiedliche Gesamtszenarien berechnet: ein Lower-bound-Szenario (ergibt sich aus den Lower-bound-Werten der einzelnen Szenarien), ein Upper-bound-Szenario (ergibt sich aus den Upper-bound-Werten der einzelnen Szenarien) und ein Mittelszenario.

Abbildung 43: WIFO-Annahmen für die Szenarien

Szenarien	Gesundheit	Arbeitsmarkt-beteiligung	Kosteneffekte
<i>Demografischer Effekt</i> (C.2.2)	Konstant	Konstant	Konstant
<i>Kompression der Morbidität</i> (C.2.3.)	Bessere Gesundheit	Konstant	Konstant
<i>Erhöhte Nachfrage nach formeller Pflege</i> (C.2.4.)	Konstant	Steigende Arbeitsmarkt-beteiligung von Frauen	Konstant
<i>Kostensteigerung der Sachleistungen</i> (C.2.5.)	Konstant	Konstant	Steigend
<i>Gesamtszenarien</i> (C.2.6.)	Bessere Gesundheit	Steigende Arbeitsmarkt-beteiligung von Frauen	Steigend

Quelle: Mühlberger et al. 2008a.

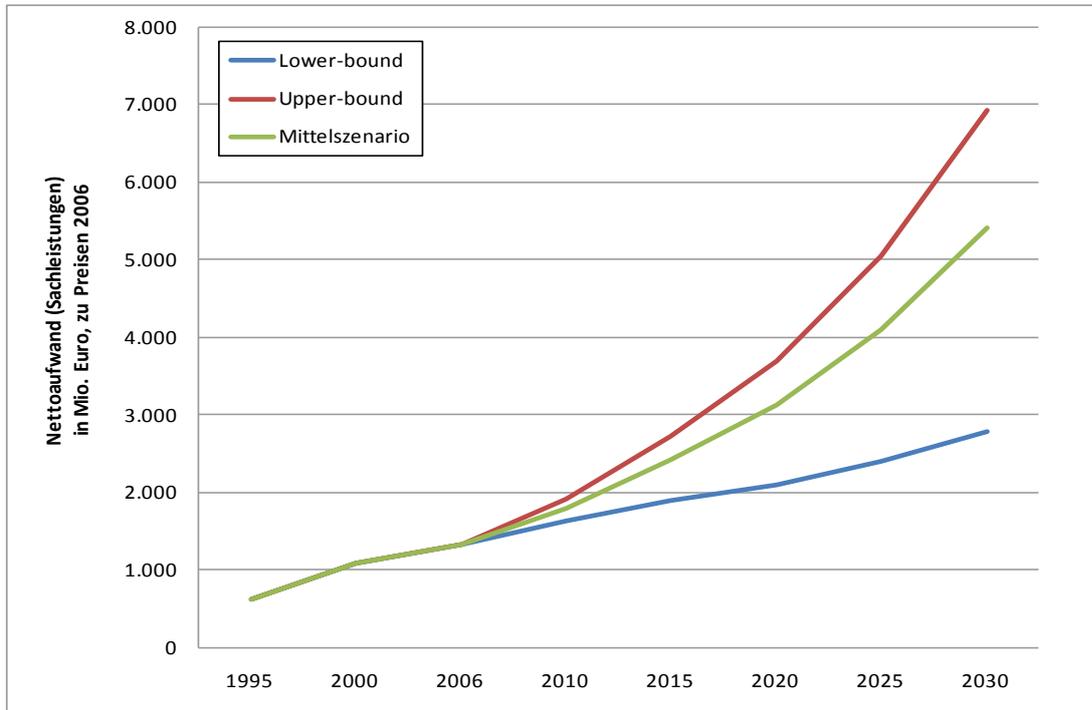
Die Prognosewerte des WIFO implizieren im Bereich der Sachleistungen folgendes absolute Wachstum bzw. folgende jahresdurchschnittliche Wachstumsraten (Tabelle 23 und Abbildung 44).

Tabelle 23: Sachleistungen (in Mio. Euro, zu Preisen 2006), jahresdurchschnittliche Wachstumsraten, WIFO-Szenarien

Jahr	Lower-bound	JWR	Upper-bound	JWR	Mittel-szenario	JWR
1995	626		626		626	
2000	1.093	11,8	1.093	11,8	1.093	11,8
2006	1.332	3,4	1.332	3,4	1.332	3,4
2010	1.642	5,4	1.909	9,4	1.807	7,9
2015	1.889	2,8	2.718	7,3	2.428	6,1
2020	2.097	2,1	3.689	6,3	3.134	5,2
2025	2.395	2,7	5.048	6,5	4.101	5,5
2030	2.786	3,1	6.937	6,6	5.410	5,7

JWR: Jahresdurchschnittliche Wachstumsrate

Quelle: Mühlberger et al. 2008a; IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Abbildung 44: Sachleistungen (in Mio. Euro, zu Preisen 2006) WIFO-Szenarien

Quelle: Mühlberger et al. 2008a; IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Es fällt dabei auf, dass das Lower-bound-Szenario nicht nur deutlich von den beiden anderen Szenarien abweicht, sondern auch ein nicht einmal lineares Kostenwachstum unterstellt. Ein nur lineares Kostenwachstum würde bereits eine sinkende Wachstumsrate des Nettoaufwands implizieren.

Folgend sind die nominellen Wachstumsraten einzelner Größen dargestellt, die das WIFO in seinem Bericht zusammengetragen hat.

Tabelle 24: Jährliche Wachstumsraten verschiedener Komponenten des Pflegeaufwands, nominell in Mio. Euro

Jahr	Bundespflegegeld	WTR	Stationäre Dienste (Nettoaufwand)	WTR	Ambulante Dienste (Nettoaufwand)	WTR	Sachleistungen (Nettoaufwand)	WTR
1994	1.341		376		123		499	
1995	1.379	2,9	426	13,3	128	3,7	554	10,9
1996	1.322	-4,2	560	31,6	139	8,7	699	26,3
1997	1.266	-4,2	619	10,4	129	-7,2	748	6,9
1998	1.300	2,6	695	12,3	147	13,9	842	12,6
1999	1.356	4,3	771	11,1	165	11,9	936	11,2
2000	1.398	3,1	794	2,9	197	19,9	991	5,9
2001	1.427	2,1	809	1,9	180	-8,9	989	-0,2
2002	1.433	0,4	869	7,5	181	0,7	1.050	6,2
2003	1.471	2,6	858	-1,3	187	3,4	1.045	-0,5
2004	1.489	1,3	1.027	19,7	200	6,5	1.226	17,3
2005	1.566	5,2	1.094	6,6	213	7,0	1.308	6,6
2006	1.621	3,5	1.006	-8,1	237	11,1	1.243	-5,0
JWR 94-05		1,4		10,2		5,1		9,1
JWR 94-06		1,6		8,5		5,6		7,9

WTR: jährliche Wachstumsrate, JWR: jahresdurchschnittliche Wachstumsrate

Quelle: Mühlberger et al. 2008a; IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Auffallend ist zunächst, dass die Datenqualität äußerst schlecht ist. Die jährlichen Wachstumsraten der empirischen Größen schwanken z.B. im stationären Bereich zwischen -8,1 und +31,6 Prozent. Es dürfte also massive Strukturbrüche und Erfassungsunterschiede in den einzelnen Jahren geben, worauf die Autoren auch hinweisen. Dies dürfte auch ein Grund dafür gewesen sein, dass in der Methodik keine Schätzung aus historischen Daten gewählt wurde. Hier steht uns mit den oberösterreichischen Zahlen zumindest für ein Bundesland ein weitaus solideres Datenmaterial zur Verfügung.

Ungeachtet dieser Unzulänglichkeiten lässt sich eine untere Grenze der Wachstumsraten aus diesen Zahlen erahnen. Das Wachstum der gesamten Sachleistungen betrug im Beobachtungszeitraum durchschnittlich 7,9 Prozent pro Jahr, was bei einer durchschnittlichen Inflation von zwei Prozent pro Jahr fast sechs Prozent reale Wachstumsrate bedeutet. Die realen Wachstumsraten zu Preisen 2006 aus unseren Zahlen für Oberösterreich, die eine konsistente Zeitreihe darstellen, sind 1994-2006 im Bereich der Alten- und Pflegeheime mit 14,1 Prozent bzw. im Bereich der Mobilien Dienste mit 9,7 Prozent wesentlich höher. Aus diesen Überlegungen heraus kommen wir zu dem Schluss, dass das Lower-bound-Szenario keine realistische Prognose darstellt und daher nicht für die Planung von Politikmaßnahmen herangezogen werden sollte.

4. Lösungsansätze

Im Folgenden sollen die Lösungsansätze zur Finanzierung des zukünftigen Pflegebedarfs diskutiert werden. Wir gehen dabei stufenweise vor und sehen folgende Möglichkeiten:

- I. Erhöhung der Effizienz und Kostendämpfung in der Leistungserbringung
- II. Umschichtung aus anderen Budgetmitteln
- III. Neue Finanzierungsquellen: Private Finanzierung
- IV. Neue Finanzierungsquellen: Öffentliche Finanzierung

4.1. Erhöhung der Effizienz und Kostendämpfung in der Leistungserbringung

Erhöhung der technischen Effizienz

Bevor über die Möglichkeit neue Mittel zu generieren diskutiert wird, sollte sichergestellt werden, dass die vorhandenen Mittel effizient eingesetzt werden. Unabdingbar muss daher zunächst einmal danach getrachtet werden, die Kosten der Leistungserbringung zu dämpfen, ohne an Qualität zu verlieren. Leider liegen bisher kaum Studien zur Effizienz von Pflegeheimen vor. Es ist aber dringend zu empfehlen, speziell in der stationären Leistungserbringung nach Effizienzpotenzialen zu suchen. Da die Leistungserbringung in diesem Bereich nicht in einem wettbewerblichen System stattfindet, ist es umso wichtiger, durch Benchmarking best-practice-Beispiele zu identifizieren.

Zur Überprüfung der technischen und der Skaleneffizienz stehen der Wissenschaft mehrere Instrumente zur Verfügung. Aufgrund der im Gesundheitswesen nicht vorhandenen Marktpreise wird sehr oft die Data Envelopment Analysis (DEA) angewandt. Sie kann auch reale Input- und Outputkategorien verwenden und basiert auf einem mathematischen Optimierungsverfahren. Eine Anwendung auf Pflegeheime wäre theoretisch auch gut durchführbar und könnte wichtige Erkenntnisse über den stationären Pflegesektor Österreichs und im Speziellen Oberösterreichs liefern. Mit Hilfe einer DEA ließen sich sowohl eine „optimale“ Heimgröße ermitteln (welche aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen an Heime als Anhaltspunkt, nicht absolut, zu interpretieren wäre) als auch Gruppen von Heimen (z.B. öffentliche vs. private gemeinnützige/privat-private) vergleichen. Allerdings stellt die DEA hohe Anforderungen an die Datenlage und Datenqualität, welche wir zum derzeitigen Zeitpunkt besonders in Hinblick auf eine gesamtösterreichische Anwendung noch nicht erfüllt sehen.

Erhöhung der allokativen Effizienz

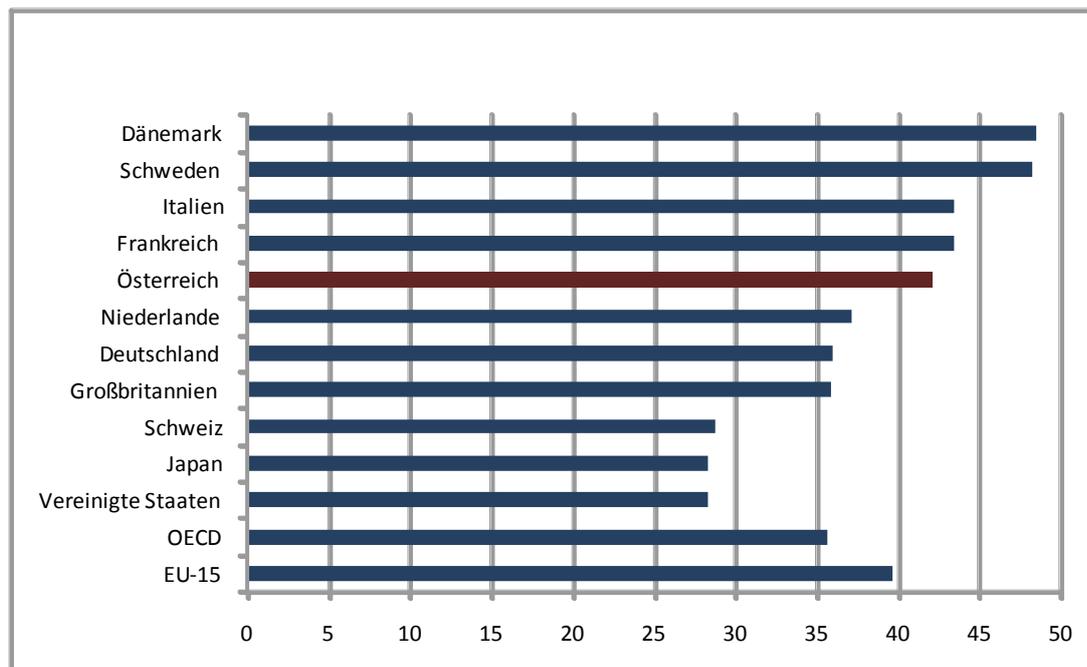
Ebenso wie bei der Leistungserbringung innerhalb eines Settings muss überlegt werden, welche kostengünstigeren Möglichkeiten es eventuell in anderen Settings gibt. Anders

gesagt: Findet Pflege vom Kosten-Nutzen Standpunkt aus betrachtet im richtigen Setting statt. Im Kapitel zur Leistungserbringung sind mehrere Ansätze für eine Optimierung der Settings genannt. Aber auch eine vermehrte Verfügbarkeit von Übergangspflegeplätzen³² und die damit verbundene stärkere Nutzung dieser Art der Pflege wäre eine Möglichkeit, die allokativen Effizienz zu verbessern. Außerdem muss auch intertemporal danach getrachtet werden, Pflegebedürftigkeit möglichst lange hintanzuhalten.

4.2. Umschichtung aus anderen Budgetmitteln

Letztlich entspricht der steigende Pflegebedarf auch einer Veränderung der Präferenzen der Bevölkerung. Dies muss auch bei der Bereitstellung öffentlicher Güter bedacht werden. Eine Änderung der Präferenzen kann aber nicht automatisch mit einer Ausweitung der Staatstätigkeit beantwortet werden, indem bisherige Mittelallokationen unangetastet bleiben und andere Felder der Staatstätigkeit einfach ausgeweitet werden. Im internationalen Vergleich besitzt Österreich bereits eine sehr hohe Staatsquote (vgl. Abbildung 45).

Abbildung 45: Abgabenquoten im internationalen Vergleich, 2007



Quelle: OECD 2009a.

Eine hohe Abgabenbelastung aber hat wirtschaftlich negative Folgen für Wachstum und Beschäftigung, sodass langfristig wiederum die Fähigkeit zur Finanzierung von Staatsaufgaben verringert wird.

³² Unter Übergangspflege versteht man jene Pflege, welche Personen erhalten, die vom Krankenhaus kommend die Pflege eines Heimes als Überbrückung in Anspruch nehmen, bis die Möglichkeit der Pflege zu Hause besteht bzw. um ihnen wieder ein selbstständiges Leben zu Hause (mit oder ohne Betreuung) zu ermöglichen. Die Übergangspflege ist eine rehabilitative Pflege und Betreuung.

Bevor also die ohnehin beträchtliche Staatsquote weiter ausgedehnt wird, müssen Möglichkeiten eruiert werden, wie die öffentlichen Mittel entsprechend der geänderten Bedürfnisse neu alloziert werden. Dies kann einerseits durch Effizienzgewinne in anderen Bereichen der öffentlichen Leistungserbringung geschehen, insbesondere im Bereich der Verwaltung, in der nicht nur der Rechnungshof große Einsparungspotenziale erkennt. Diese Fehlallokation müsste korrigiert werden, um Mittel freizumachen für die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung wie die Pflege. Andererseits muss auch überlegt werden, welche Staatsaufgaben nicht mehr in demselben Ausmaß wie bisher erbracht werden bzw. einer alternden Bevölkerung neu angepasst werden müssen, z.B. im Bereich der Transfers.

4.3. Neue Finanzierungsquellen: Private Finanzierung

Erst wenn all diese Möglichkeiten erschöpft sind, sollte ein eventuell verbleibender Betrag aus neuen Finanzierungsquellen erschlossen werden. Dabei können wir zunächst noch unterscheiden zwischen einer Ausweitung des privaten Anteils und der Ausweitung der öffentlichen Finanzierung. In Hinblick auf den privaten Anteil in der Pflegesicherung ist festzustellen, dass derzeit vor allem das laufende Einkommen der Pflegebedürftigen und etwaig vorhandenes eigenes Vermögen herangezogen wird (siehe auch Hofmarcher et al. 2008).

Die Selbstbehalte richten sich also in erster Linie nach dem laufenden Einkommen und damit scheinbar nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Allerdings ist dies nur eine Querschnittsbetrachtung. Sie unterscheidet also nicht nach dem Verdienst während der gesamten Lebensspanne. Wer also kein Vermögen aufbaut oder dieses wieder ausgibt, muss keinen entsprechenden Beitrag leisten, obwohl er über das Leben hinweg betrachtet wohlhabend war. Häufig werden auch Vermögenswerte vorsorglich an Verwandte weitergegeben. Das Nachvollziehen solcher Vermögensübertragungen ist aber administrativ aufwändig und war in der Vergangenheit nicht bundesweit einheitlich geregelt, weshalb Regresse zu einem guten Teil abgeschafft wurden.

Legt man Ziele der gerechten Finanzierung an die Pflegefinanzierung an, so muss man daher konstatieren, dass im Lebenszyklus betrachtet nur unzureichend Finanzierungsgerechtigkeit hergestellt wird. Mit anderen Worten, wer sein Leben lang spart und Vermögen aufbaut, wird voll belastet, wer dieses Vermögen frühzeitig weitergibt, aufbraucht oder sich gar nicht darum bemüht, Vermögen aufzubauen, trägt eine viel geringere Finanzierungslast.

Um dies auszugleichen, gibt es **drei Ansatzpunkte**:

Erstens, eine **bundesweit einheitliche Neugestaltung von Einkommens- und Vermögensregressen** kann sowohl zur Finanzierung der zukünftigen Pflegekosten beitragen als auch die Finanzierungsgerechtigkeit verbessern. Die bundesweit einheitliche

Gestaltung soll dazu beitragen, die in der Vergangenheit oft beklagte Ungleichbehandlung auszuschalten und damit die Akzeptanz der Maßnahme erhöhen. Allerdings zeigte sich in der Vergangenheit, dass es schwierig war, die Vermögensübertragungen auch administrativ unaufwändig nachzuvollziehen.

Zweitens, erscheint es gerechtfertigt, die **privaten Zuzahlungen im ambulanten Bereich anzuheben**. Diese sind im Vergleich zum stationären Bereich sehr niedrig. Erhöhte Zuzahlungen würden damit auch ein Signal für mehr Eigenverantwortung setzen.

Drittens, die Einführung einer **verpflichtenden Pflegevorsorge**. Zwar entspricht eine solche Versicherungspflicht nicht einem liberalen Menschenbild, es gibt aber gute Gründe, die in diesem Fall eine Ausnahme rechtfertigen. Pflegebedarf und die damit verbundenen Kosten fallen in der Regel im allerletzten Lebensabschnitt an. Im Zweifelsfall wird sich daher ein Individuum darauf verlassen, schon auf Kosten der Allgemeinheit gepflegt zu werden und freiwillig keine Pflegeversicherung abschließen. Es wäre auch politisch nicht durchsetzbar, glaubhaft zu machen, dass im Falle fehlender privater Vorsorge einfach keine Pflege zu gewähren ist. Insofern wird der Einzelne auch nicht bereit sein, selbst mit einer privaten Versicherung unter Verzicht auf eigenen laufenden Konsum den Staat und damit die Allgemeinheit seiner eigenen Pflegekosten zu entheben.

Weitere Vorteile einer Verpflichtung zur privaten Vorsorge sind folgende:

- Das Bewusstsein des Einzelnen für das Problem der Pflegefinanzierung wird geschärft
- Die private Vorsorgeprämie ist vergleichsweise gering
- Die zukünftigen öffentlichen Kassen werden entlastet und müssen die wachsenden Pflegekosten nicht alleine bestreiten
- Von einer Vorsorgepflicht für alle gehen keine negativen Arbeitsmarkt- und Wachstumseffekte aus
- Die Entrichtungsbereitschaft ist höher als bei Finanzierung über allgemeine Steuern

Zur Ausgestaltung kommt sowohl ein Kapitaldeckungsverfahren als auch ein Umlageverfahren in Frage. Im Umlageverfahren realisiert sich eine Entlastung der öffentlichen Haushalte aber natürlich erst viel später. Zudem muss der jüngere Teil der Bevölkerung dann sowohl seine eigene Pflege als auch die der momentan Pflegebedürftigen bestreiten.

Das langsam erwachende Bewusstsein der Bevölkerung für diese Problematik kann für eine Einführung genutzt werden. Auch wenn die private Vorsorge nicht zur Deckung des

unmittelbaren Pflegefinanzierungsbedarfs herangezogen wird, sollte in absehbarer Zeit die private Säule etabliert werden.

Im Folgenden werden die ersten Ansatzpunkte Regresse und private Zuzahlungen genauer betrachtet.

4.3.1. Private Zuzahlungen

Pflegebedürftige Personen haben bei einer Leistungsanspruchnahme im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich private Zuzahlungen zu leisten. In der nun folgenden Diskussion beziehen wir uns auf die beiden Kernbereiche der Leistungserbringung: stationär und ambulant.

Höhe der privaten Zuzahlungen

- **Stationärer Bereich**

Die privaten Zuzahlungen im stationären Bereich befinden sich bereits auf sehr hohem Niveau. Teilzahler³³ sind dazu verpflichtet, 80 Prozent des Einkommens und das gesamte Pflegegeld, bis auf 10 Prozent der Stufe 3, an das Heim abzuführen. Den Bewohnern verbleiben 20 Prozent des Einkommens, 44,29 Euro aus dem Pflegegeld sowie die 13. und 14. Auszahlung der Pension für die Finanzierung von Dingen des täglichen Lebens wie z.B. Friseur, Tageszeitungen aber auch Rezeptgebühr.

- **Ambulanter Bereich**

Die privaten Zuzahlungen im ambulanten Bereich befinden sich hingegen auf einem niedrigen Niveau.

Die privaten Zuzahlungen im Bereich der mobilen Betreuung und Hilfe sowie im Bereich der Hauskrankenpflege stellen sich in Oberösterreich für das Jahr 2008 wie folgt dar:

- Der Vollkostensatz pro Fachsozialbetreuer-Stunde betrug 40,91 Euro, und die hierzu durchschnittlich geleisteten privaten Zuzahlungen machten 7,21 Euro aus. Das kam einem Kostendeckungsbeitrag von 18 Prozent gleich.
- Der Vollkostensatz pro Heimhelfer-Stunde betrug 31,09 Euro und die hierzu durchschnittlich geleisteten privaten Zuzahlungen lagen bei 6,05 Euro, was einer Kostendeckung von 19 Prozent entsprach.

³³ Unter Teilzahlern sind Bewohner eines Pflegeheims zu verstehen, bei denen das Einkommen und Vermögen zur Finanzierung des Heimplatzes nicht ausreicht. In diesem Fall begleicht die Sozialhilfe den offenen Betrag. Zwischen 70 und 80 Prozent der Bewohner haben einen Teilzahler-Status.

- Der Vollkostensatz pro Hauskrankenpfleger-Stunde betrug 57,63 Euro. Die durchschnittlichen privaten Zuzahlungen lagen bei 7,02 Euro pro Stunde, damit wurde eine Ausgabendeckung durch private Zuzahlungen von rund 12 Prozent erreicht.

Wie in Tabelle 25 darstellt, hatten im Jahr 2008 84,5 Prozent der betreuten Personen einen Pflege- und Betreuungsaufwand von bis zu 15 Stunden im Monat. Das geht mit einer durchschnittlichen privaten Zuzahlung von bis zu 99 Euro einher. Bei 12,1 Prozent der betreuten Personen betrug der Pflege- und Betreuungsaufwand zwischen 15 und 30 Stunden, was zu privaten Zuzahlungen in der Höhe von 99 bis 199 Euro führt.

Ähnlich gelagert ist die Situation in Bereich der Hauskrankenpflege. Hier schlug sich der Pflegeaufwand bei 94,6 Prozent der betreuten Personen mit bis zu 15 Stunden nieder, was mit privaten Zuzahlungen in der Höhe von bis zu 105 Euro einhergeht.

Tabelle 25: Durchschnittliche private Zuzahlungen pro Monat im Bereich der mobilen Betreuung und Hilfe und der Hauskrankenpflege im Jahr 2008

	Mobile Betreuung und Hilfe	Durchschnittliche private Zuzahlung pro Monat in Euro	Hauskran- kenpflege	Durchschnittliche private Zuzahlung pro Monat in Euro
Betreute Personen	10.292		5.108	
in%	100		100	
bis zu 15 Stunden	8.702	bis zu 99	4.834	bis zu 105
in %	84,5		94,6	
von 15 bis 30 Stunden	1.244	von 99 bis zu 199	246	von 105 bis zu 211
in %	12,1		4,8	
von 30 bis 50 Stunden	277	von 199 bis zu 332	18	von 211 bis zu 351
in %	2,7		0,4	
von 50 bis 80 Stunden	59	von 332 bis zu 530	10	von 351 bis zu 562
in %	0,6		0,2	
über 80 Stunden	10	über 530	0	über 562
in %	0,1		0	

Anmerkungen: Die durchschnittlichen privaten Zuzahlungen betragen pro Stunde „mobile Hilfe und Betreuung“ 6,63 Euro und pro Stunde „Hauskrankenpflege“ 7,02 Euro.

Quelle: Oö. Sozialbericht 2009, Amt der Oö. Landesregierung 2010 (telefonische Auskunft AR Andreas Hackl), IHS HealthEcon Berechnungen 2010.

Handlungsempfehlungen

- **Stationärer Bereich**

Im stationären Bereich herrscht bereits ein hohes Niveau an privaten Zuzahlungen vor. Insofern orten wir keinen Bedarf einer Adaption der privaten Zuzahlungsmodalitäten für Oberösterreich oder Gesamtösterreich.

Ein Ansatzpunkt in diesem Zusammenhang wäre die strikte Geltendmachung von Vermögensregressen und Regressen von Ehepartnern innerhalb des gesetzlichen Rahmens. Einer Studie des IHS zufolge, hängt die Geltendmachung der Regresse derzeit mitunter auch von der Motivation der Beschäftigten in der Verwaltung ab. Wenn ein/e unterhaltspflichtige/r Angehörige/r zu einem Kostenersatz vom Land/Sozialfond/Sozialhilfeverband aufgefordert wird, darauf jedoch nicht reagiert, hängt es sehr stark vom Engagement der/s jeweiligen Verwaltungsbeschäftigten ab, ob die Unterhaltspflicht geltend gemacht wird oder nicht (vgl. Hofmacher et al. 2008).

Zudem lässt die Auslegung des gesetzlichen Rahmens bei der Geltendmachung der Regresse einen ziemlich (großen) sozialpolitischen Spielraum offen. Dieser wird „zu großzügig“ ausgelegt, was (zu oft) mit einem Verzicht von Regressen einhergeht (vgl. Hofmacher et al. 2008).

- **Ambulanter Bereich**

Im ambulanten Bereich bewegen sich die privaten Zuzahlungen hingegen auf einem niedrigen Niveau. Der überwiegende Anteil der Personen (84,5 Prozent), welche in Oberösterreich mobile Hilfe und Betreuung in Anspruch nehmen, leistet private Zuzahlungen in der Höhe von durchschnittlich max. 99 Euro pro Monat. Insofern könnten die privaten Zuzahlungen im oberösterreichischen Pflegesystem auf ein höheres Niveau angehoben werden. Auch in Hinblick darauf, dass der ambulante Bereich bereits forciert wird und auch in Zukunft weiter ausgebaut werden soll. Über eine Anhebung der privaten Zuzahlungen auf ein deutlich höheres Niveau wird in Oberösterreich derzeit diskutiert.

4.3.2. Regresse für Ehepartner und Kinder

Derzeit regressverpflichtete Personen

Mit 01. Jänner 2009 fiel im letzten Bundesland die Regressverpflichtung für drittverpflichtete Kinder bzw. Enkelkinder. In Kärnten, Niederösterreich und der Steiermark wird zudem auch auf Regresse von Ehepartnern verzichtet. Eine genaue Darstellung der derzeitigen Regressregelungen findet sich in Tabelle 26 wieder.

Das IHS schätzte die Einnahmen aus Regressen von Drittverpflichteten mit rund 120 Mio. Euro für das Jahr 2008. Damals bestanden allerdings noch in allen Bundesländern Regressverpflichtungen für Ehepartner und im Burgenland, in Kärnten, in Niederösterreich, in der Steiermark, in Tirol und Vorarlberg zudem auch noch Regressverpflichtungen für Kinder. In Vorarlberg erstreckte sich die Regresspflicht sogar bis hin zu den Enkelkindern (vgl. Hofmarcher et al. 2008).

Die Regresse von drittverpflichteten Kindern waren vom Volumen her (deutlich) ergiebiger als Regresse von Ehepartnern (vgl. Hofmarcher et al. 2008).

Die gänzliche Streichung der Regressverpflichtung für drittverpflichtete Kinder und die teilweise Streichung für Ehepartner hatte nicht nur direkte sondern auch indirekte monetäre Effekte. Nach Abschaffung der Regresse konnte in einzelnen Bundesländern (z.B. Niederösterreich) ein verstärkter Zuzug in Pflegeheime beobachtet werden, was die Pflegekosten insgesamt steigen ließ und lässt.

Handlungsempfehlungen

Österreichweite Wiedereinführung der Regresse für drittverpflichtete Kinder sowie Wiedereinführung bzw. Beibehaltung der Regresse für Ehepartner nach einheitlichen Kriterien. Diese Maßnahme soll wie bereits besprochen dazu dienen, die Finanzierungsgerechtigkeit zu erhöhen, indem stärker das Lebenseinkommen auch in Form von verschenktem oder vererbtem Vermögen als Grundlage genommen wird.

Bei einer Wiedereinführung ist dabei Folgendes zu beachten³⁴: In den meisten Bundesländern existierten detaillierte Richtlinien zur Heranziehung der unterhaltspflichtigen Angehörigen, diese waren jedoch zumeist nicht öffentlich zugänglich. Es bestand grundsätzlich keine Unterhaltspflicht für Angehörige, wenn der Kostenersatz zu einem „sozialen Härtefall“ führte (siehe Sozialhilfegesetze der einzelnen Bundesländer). Die genaue Definition eines solchen sozialen Härtefalls fand sich jedoch nur in Form von nicht veröffentlichten Richtlinien wieder. Eine derartige Unbestimmtheit der Beschränkung der Unterhaltspflicht führte zu erheblichen Unsicherheiten der betroffenen Personen. Es fehlte an öffentlich zugänglichen, klaren, transparenten und nachvollziehbaren Regelungen der Ersatzpflicht für unterhaltspflichtige Angehörige (vgl. Hofmarcher et al. 2008). Insofern ist bei der Wiedereinführung der Regresse sicherzustellen, dass derartige Regelungen geschaffen werden.

Ein weiterer Kritikpunkt war die Art und Weise, wie die Berechnung der Regresshöhe erfolgte. Für die Ermittlung der Kostenbeiträge der unterhaltspflichtigen Personen wurde

³⁴ Die im Folgenden angeführten Kritikpunkte treffen im Wesentlichen auch auf die noch in sechs Bundesländern bestehenden Ehepartnerregresse zu.

zuerst deren Einkommen ermittelt. Danach wurden abzugsfähige Posten (laufende Aufwendungen für das tägliche Leben) zum Ansatz gebracht. Das verbleibende Einkommen stellte die Bemessungsgrundlage dar, welche die Basis für die Ermittlung der Kostenbeiträge bildet. Die abzugsfähigen Posten unterschieden sich innerhalb der Bundesländer, was allerdings unbegründet erschien (vgl. Hofmarcher et al. 2008).

Bei der Wiedereinführung der Regressverpflichtung gilt es, eine bundesweit einheitliche, klare und transparente Bemessungsgrundlage für die Ermittlung der Kostenbeiträge heranzuziehen. Eine Möglichkeit wäre, das Nettoeinkommen der unterhaltspflichtigen Person als Bemessungsgrundlage einzusetzen. Das empfahl bereits der Rechnungshof in einem Gutachten für Kärnten (vgl. Rechnungshof, Wirkungsbereich Kärnten 2008).

Tabelle 26: Regressregelungen in den einzelnen Bundesländern

	<i>Burgenland</i>	<i>Kärnten</i>	<i>Nieder- österreich</i>	<i>Ober- österreich</i>	<i>Salzburg</i>	<i>Steiermark</i>	<i>Tirol</i>	<i>Vorarlberg</i>	<i>Wien</i>
Ersatzpflicht des Ehepartners ¹⁾	10 bis 25%	keine	keine	33 bis 40%	33 bis 40%	keine	33%	40%	30%
Ersatzpflicht der Kinder	keine	keine	keine	keine	keine	keine	keine	keine	keine
Ersatzpflicht der Enkelkinder	keine	keine	keine	keine	keine	keine	keine	keine	keine

Anmerkungen: 1) Prozentsätze beziehen sich auf eine gesetzlich definierte Bemessungsgrundlage, welche im Wesentlichen dem Einkommen entspricht. Von der Gesamtheit aller Einkünfte sind Lebensunterhaltskosten abzugsfähig. Die genaue Bestimmung der Bemessungsgrundlage ist uneinheitlich zwischen den Bundesländern.

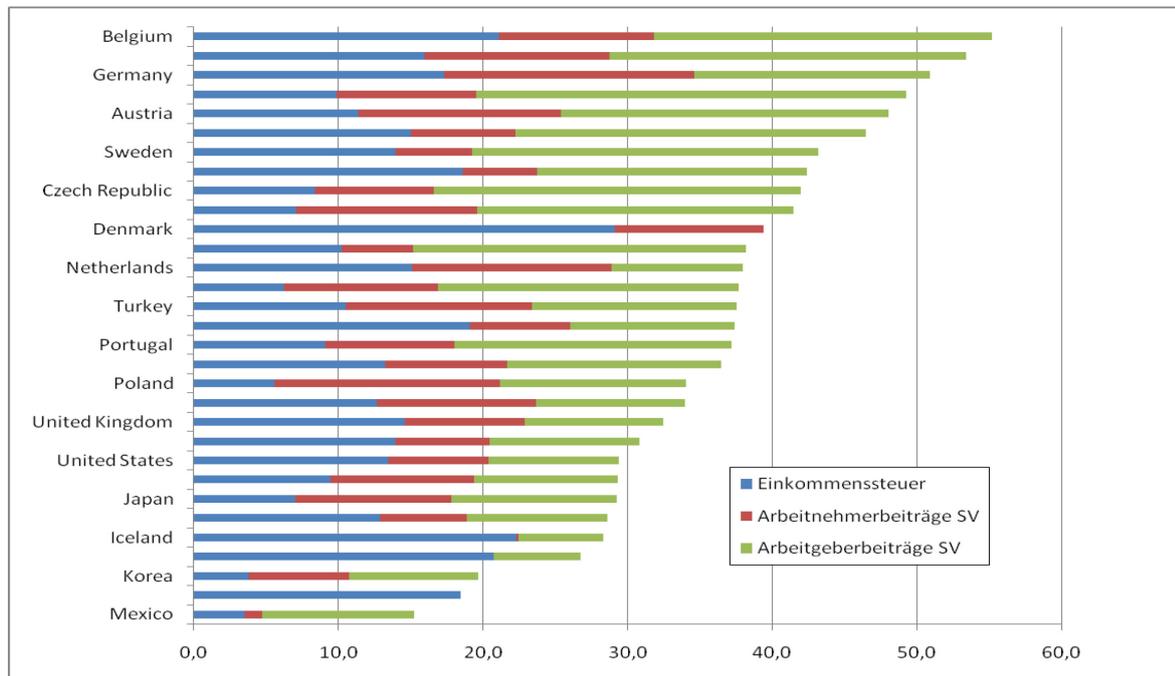
Quelle: Hofmarcher et al. 2008.

4.4. Neue Finanzierungsquellen: Öffentliche Finanzierung

Aufgrund der bereits erwähnten hohen Abgabenbelastung in Österreich sollte eine Ausweitung bisheriger öffentlicher Finanzierungsquellen nicht im Vordergrund stehen. Ist dies trotz aller Bedenken unvermeidlich, so muss in Hinblick auf die wirtschaftliche Entwicklung in Österreich mit großem Bedacht vorgegangen werden. Jede Steuer hat neben den erwünschten Aufkommenseffekten unterschiedliche Effekte in Hinblick auf Verhaltenssteuerung, Wirtschaftswachstum und Verteilung. Österreich bedient sich daher wie andere Staaten zur Generierung der öffentlichen Budgets eines breiten Portfolios an Steuern. Ziel ist es, das angestrebte Steuervolumen mit möglichst geringer Zusatzlast aufzubringen und verteilungspolitische Aspekte zu berücksichtigen. Dabei ist zu bedenken, dass mit steigender Belastung durch eine Steuer der Ertragszuwachs zurückgeht (Laffer-Kurven-Zusammenhang) und die Zusatzlast (also der unvermeidbare Wohlfahrtsverlust durch die Besteuerung) überproportional zunimmt. Zudem wirken sich verschiedene Steuern auch unterschiedlich auf die langfristigen Wachstumsperspektiven aus. Im Folgenden werden wir die möglichen Lösungsvorschläge für die Finanzierung der Pflege im Einzelnen diskutieren.

Pflegeversicherung nach Sozialversicherungsprinzip

Für die Pflegeversicherung im Rahmen der Sozialversicherung spricht wenig. In der Regel ist die Entrichtungsbereitschaft der Bevölkerung durch die Zweckbindung höher. Allerdings ist die Steuerbasis im Gegensatz zur Umsatzsteuer enger, sofern nicht allgemein eine Verbreiterung der Sozialversicherungspflicht angedacht wird. Zudem besteht in Österreich keine Tradition bzgl. einer Pflegesozialversicherung, und die derzeitigen Sozialversicherungsträger sind nur mittelbar in die Verteilung des Bundespflegegelds eingebunden. Auch große Fühlungsvorteile durch die stärkere Verbindung zum Gesundheitswesen sind kaum zu erwarten. Vor allem aber sollte die bereits jetzt sehr starke Belastung des Faktors Arbeit nicht noch weiter ausgedehnt werden, da insbesondere negative Wachstumsimpulse davon ausgehen. Österreich liegt hier im internationalen Spitzenfeld (vgl. Abbildung 46) und sollte den Trend zur Ausweitung der Lohnnebenkosten eher umkehren.

Abbildung 46: Tax Wedge im Vergleich, 2009

Quelle: OECD 2009b und Corrigendum 2010, IHS HealthEcon Darstellung 2010.

Pflegebeitrag auf Pensionseinkommen

Ein Pflegebeitrag der Pensionisten kann zur Finanzierung des zusätzlichen Aufwandes herangezogen werden. Mehrere Argumente können dafür ins Treffen geführt werden:

- Der Pflegebedarf stieg in den letzten Jahren stärker als vor einigen Jahrzehnten gedacht. Insofern mussten die jetzigen Pensionisten vergleichsweise wenig in ihrer aktiven Zeit beitragen, um die damaligen Pflegebedürftigen zu erhalten.
- Pensionsreformen werden in Österreich nur sehr zögerlich durchgeführt. Auch das stellt die derzeitigen Pensionisten besser. Die derzeit Jungen werden mit deutlich weniger großzügigen Pensionsregelungen rechnen müssen.
- Die Belastung der Pensionisten im Sinne der Sozialbeiträge ist sehr gering, da für sie Arbeitslosen-, Unfall- und Pensionsversicherung wegfallen und nur noch der etwas höhere Krankenversicherungsbeitrag entrichtet werden muss. Die Sozialversicherungsbeiträge einer aktiven Person belaufen sich auf rund 17 Prozent, die eines Pensionisten auf rund 5 Prozent.
- Die Pensionisten stellen jene Gruppe dar, die von der umfassenden Pflegeversorgung am ehesten profitieren.

- Das Wachstum der Anzahl von Pflegebeziehern und Finanziers (Pensionisten) verläuft annähernd parallel.
- Letztlich sind auch kaum Arbeitsmarkteffekte mit einem solchen Beitrag verbunden.

Es gibt auch zwei Nachteile dieser Lösung. Zum einen ist die Steuerbasis natürlich geringer als bei der Belastung aller Einkommen, also der verpflichtenden Pflegevorsorge. Außerdem wird der Pflegebeitrag zum Teil ein „Nullsummenspiel“ sein. Denn zum einen werden Mindestpensionen wieder um denselben Betrag angehoben werden müssen, da ja die Mindestpension de facto als notwendiges Mindesteinkommen gilt. Zum anderen wird der Beitrag bei jenen Pflegebedürftigen, die stationär betreut werden, weitgehend aufkommensneutral sein, da diese durch Zahlung ihrer Pension an die Pflegeeinrichtung deren Nettoaufwand mindern. Verringert der Pflegebeitrag die Pension, so steigt in fast gleichem Ausmaß der Nettoaufwand.³⁵

Anhebung der Umsatzsteuer

Eine Anhebung der Umsatzsteuer wäre eine weitere Möglichkeit, den Finanzierungsbedarf zu decken. Ihre Vorteile liegen in einer Besteuerung aller verwendeten Einkommen ungeachtet der Einkommensart, und damit auch importierter Güter (Sozialversicherungsbeiträge belasten im Wesentlichen nur die Leistungserstellung im Inland). Daraus ergeben sich auch weniger wachstumshemmende Effekte, während die Verteilungswirkung, im Lebenszyklus betrachtet, weitgehend neutral ist.

Eine Anhebung der Umsatzsteuer geht aber mit einem sofortigen Preisanstieg einher, der politisch evtl. schwieriger zu erklären ist. Außerdem müssen Vorzieheffekte berücksichtigt werden.

Anhebung von anderen indirekten Steuern

Als stabile und das Wachstum nicht so stark belastende Steuern erweisen sich auch die Mineralöl- und Tabaksteuer. Sie erzeugen auch eine „double dividend“, da sie mit einem erwünschten Steuerungseffekt verbunden sind, indem sie den Verbrauch fossiler Brennstoffe bzw. das Tabakrauchen verteuern. Allerdings werden diese Steuern bereits mit dem Jahr 2011 weiter angehoben. Zudem ist die Steuerbasis gering: Die Tabaksteuer erbrachte im Jahr 2008 rund 1,4 Mrd. Euro Einnahmen, die Mineralölsteuer rund 3,9 Mrd. Euro.

³⁵ Fast deshalb, weil zwanzig Prozent der Pension beim Pflegebedürftigen verbleiben.

5. Literatur

Corrigenda (2010) zu OECD (2009), Taxing Wages 2008-2009, Special Feature: non-tax compulsory payments as an additional burden on labour income, page 15, Data and the ranking position of Austria have changed in Table 0.2.

Hofmarcher, Kraus, Bittschi (2008), Pflegeversorgung in Österreich, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien.

Land Oberösterreich, Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales: Sozialbericht 2009, August 2009.

Land Oberösterreich, Amt der Oö. Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales (Datenübermittlung August 2010).

Mühlberger, Knittler, Guger (2008a), Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, März 2008.

OECD (2009a), Revenue Statistics 2009.

OECD (2009b), Taxing Wages 2008-2009, Special Feature: non-tax compulsory payments as an additional burden on labour income.

Rechnungshof, Wirkungsbereich Kärnten (2008), Altenbetreuung im Bereich der Sozialhilfe. Kärnten 2008/1.

Autoren: Markus Kraus, Thomas Czypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling, Andreas Goltz

Titel: Zukunft der Langzeitpflege in Oberösterreich: Neue Modelle der Finanzierung und Leistungserbringung

Projektbericht

© 2011 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 •
<http://www.ihs.ac.at>
