

MISSOC-SEKRETARIAT

MISSOC-ANALYSE 2009

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT



***Für die Europäische Kommission
GD Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit***

Vertrag Nr. VC/2008/0967

August 2009

MISSOC-ANALYSE 2009

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

INHALTSVERZEICHNIS

I. Einleitung	3
I.A. Thematische Eingrenzung.....	3
I.B. Organisations- und Politikmodelle	4
I.C. Beschreibung der Modalitäten von Langzeitpflegesystemen	5
I.D. Übergangslösungen	7
II. Zugang zu Pflege	9
II.A. Grundsätzliche Klassifizierung: Sozialversicherung versus Sozialhilfe	9
II.B. Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen	13
II.C. Modalitäten	14
III. Qualität	16
III.A. Elemente der Wahlfreiheit.....	16
III.B. Qualitätssicherung	19
IV. Pflegekoordination	29
IV.A. Evaluierung der Bedürftigkeit.....	29
IV.B. Leistungspaket	31
IV.C. Leistungsgewährung	33
IV.D. Case oder Care Management	34

Haftungsausschluss:

Der Inhalt dieser Veröffentlichung spiegelt nicht unbedingt die Meinung oder Haltung der Europäischen Kommission wider.

MISSOC-Analyse 2009 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

I. Einleitung

Die Europäische Kommission und das MISSOC-Sekretariat sind übereingekommen, im Jahr 2009 eine Analyse in Form eines Berichts zum Thema Pflegebedürftigkeit mit den drei Schwerpunkten Wahlfreiheit, Qualität und Integrierte Pflege/Pflegekoordination zu erstellen.

Der Bericht soll einen Überblick über die derzeitige und zukünftige politische Debatte zum Thema Pflegebedürftigkeit auf Gemeinschaftsebene geben. Ziel des Berichts ist außerdem die Sicherung des Zugangs zu Pflege sowie die Qualität und die Nachhaltigkeit der nationalen Modelle zur Pflegebedürftigkeit.

Die MISSOC-Analyse, die sich auf die Informationen der MISSOC-Tabellen stützt, zeigt, wie die regelmäßige Überarbeitung der Gesetzgebung im Bereich der sozialen Sicherung zu einer verbesserten Nutzung auf politischer Ebene beitragen kann. Die Analyse basiert auf dem Konzept der Langzeitpflege zoals in den Tabellen beschrieben und berücksichtigt als solches nicht die Europäisch rechtlich Qualifikation dieser Leistung, wie durch den Europäischen Gerichtshof ausgelegt. Im Zusammenhang mit dem analytischen Bericht sei ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Tabellen keine Daten zu den Themen Qualität und Care Management enthalten, weshalb für diese Themenbereiche auf die nationalen Strategieberichte zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung zurückgegriffen wurde. Der Berichtsentwurf wurde von Experten des MISSOC-Sekretariats [derzeit beauftragt durch die Firma Bernard Brunhes International (BBI)] in enger Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und den nationalen Korrespondenten der jeweiligen teilnehmenden Länder erstellt. Die alleinige Verantwortung für den Bericht trägt das Sekretariat. Prof. Yves Jorens (Wissenschaftlicher Mentor des MISSOC-Sekretariats) ist federführend und mit Unterstützung von Prof. J. Hajdu für die Entwicklung des Dokuments verantwortlich.

I.A. Thematische Eingrenzung

Die ILO-Konvention Nr. 102¹ – das Grundsatzdokument für die Definition und Spezifizierung von Sozialleistungen – weist eine Typologie „klassischer“ sozialer Risiken auf (medizinische Versorgung, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter, Arbeitsunfälle, Unterhaltsverpflichtungen gegenüber Kindern, Mutterschaft, Invalidität, Wegfall des Unterhalts für Witwen und Kinder durch Todesfall des Ernährers). In einer sich ständig verändernden Gesellschaft, die demografischen Veränderungen unterliegt, entstehen jedoch neue soziale Risiken wie „Bedürftigkeit“ und der Bedarf an „Langzeitpflege/ Pflegebedürftigkeit“ (nachfolgend „LTC“).

¹ ILO-Konvention C102 über Mindeststandards der sozialen Sicherheit.

Der verbesserte Gesundheitszustand der europäischen Bevölkerung zeichnet sich durch eine zunehmend höhere Lebenserwartung und steigende Lebenserwartung in Gesundheit aus². Nach Angaben der Europäischen Kommission stellen ein hoher Schutz gegen die Risiken Krankheit und Bedürftigkeit unerlässliche Werte dar, die angesichts der Gegebenheiten der modernen Welt, insbesondere im Hinblick auf den Faktor demografische Alterung, angepasst und bewahrt werden müssen.³

Die Fachliteratur liefert eine Beschreibung und Analyse der damit einhergehenden neuen Phänomene⁴. Die OECD definiert Pflegebedürftigkeit als ein querschnittliches Politikthema, unter dem eine Vielzahl von Diensten für Personen erfasst sind, die bei allgemeinen Aktivitäten des täglichen Lebens über einen langen Zeitraum auf Unterstützung angewiesen sind („...a cross-cutting policy issue that brings together a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living over an extended period of time“⁵). Der Begriff „allgemeine Aktivitäten des täglichen Lebens“ meint Verrichtungen der Selbstfürsorge, die jeden Tag ausgeführt werden. Dazu gehören Baden/Waschen, Anziehen, Essen, aus dem Bett oder Sessel aufstehen, zu Bett gehen, Hinsetzen, Fortbewegung, Benutzen der Toilette, Kontrolle über Blase und Darm. Im Allgemeinen wird zwischen drei Personengruppen unterschieden: (1) Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, (2) Menschen, die aufgrund ihres Alters gebrechlich sind und (3) besondere Personengruppen, die auf Hilfe bei der Verrichtung ihrer alltäglichen Aktivitäten angewiesen sind. Diese besonderen Risiken gehen als unvermeidbare Begleiterscheinung mit den weiteren (eher klassischen) sozialen Risiken wie Alter, Krankheit und Invalidität einher.

I.B. Organisations- und Politikmodelle

Die Prinzipien, auf denen die Entwicklung, Organisation und das institutionelle Rahmenwerk für Pflegebedürftigkeit basieren, müssen überarbeitet und zu neuen politischen Initiativen ausgearbeitet werden. Und obwohl dieser Ansatz in der klassischen Gesetzgebung zur sozialen Sicherung unüblich ist, wird es notwendig sein, das Pflegesystem eingehend auf seine finanzielle Belastbarkeit und verwaltungstechnische Struktur zu prüfen.

Allgemein ist man nicht der Auffassung, dass durch das System alle Bereiche abgedeckt sein sollten. Das Solidaritätsprinzip bzw. das Prinzip der risikogerechten Finanzierung veranschaulicht die Fähigkeit der Bürger, das System finanziell mit zu tragen. Dieses Prinzip basiert auf progressiver Finanzierung durch Steuereinnahmen und einkommensabhängigen Sozialbeiträgen bzw. wird im Falle von Versicherungen über Prämienausgleich, Risk-Pooling,

² EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Gemeinsamer Bericht über Sozialschutz und soziale Eingliederung 2008*, Brüssel, Europäische Kommission, 2008, ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm, 80 (nachfolgend: EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Gemeinsamer Bericht 2008*).

³ *Ebd.*

⁴ N. KERSCHEN, J. HAJDU, G. IGL, M. JOËL, K. KNIPSCHER und I. TOMES, „Long-term care for older persons“, *Bulletin luxembourgeois des questions sociales* 2005, 25 ff, ec.europa.eu/employment_social/spsi/studies_on_health_care_en.htm (nachfolgend: N. KERSCHEN u.a., *Long-term care for older persons*)

⁵ Zitiert aus EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Gemeinsamer Bericht 2008*, 81.

Verbot der Risikoselektion und angemessenen Risikostrukturausgleich zwischen Versicherungsträgern und Regionen⁶ gesteuert.

Daher muss im Wesentlichen zunächst die Frage beantwortet werden, ob das Langzeitpflegesystem entweder innerhalb eines Bismarck-orientierten Staates (das durch ein Sozialversicherungssystem finanziert und von privatrechtlichen Organisationen kontrolliert wird) umgesetzt werden kann und/oder innerhalb eines Beveridge-orientierten Systems (das durch Steuerabgaben finanziert wird und eine größere Infrastruktur in Bezug auf öffentliches Eigentum und Kontrolle durch die Behörden hat)⁷. Hier stellt sich die Frage nach der Verantwortlichkeit und den Bestimmungen der Finanzierung durch die öffentliche Hand.

I.C. Beschreibung der Modalitäten von Langzeitpflegesystemen

Mit der Frage nach dem Umfang, der Auswahl und den Aussichten für ein Langzeitpflegesystem und dessen zukünftige Organisation sind verschiedene rechtliche und politische Fragen verbunden. Die Erarbeitung dieser Themen kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen.

I.C.1 Eine Frage der Wahl? Status der Pflegebedürftigen. Eine Vielzahl an Versorgungsleistungen

Eine grundlegende Frage im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit lautet, ob den betroffenen Personen Wahlfreiheit oder Mitspracherechte bezüglich Zugang zu und Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen gewährt werden sollte. In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass bei den besonderen sozialen Risiken, die durch die Pflegebedürftigkeit abgedeckt sind, Spielraum für ein gewisses Maß an Wahlfreiheit besteht. Es wird angenommen, dass größere Flexibilität bei der Frage, wie Pflege in Anspruch genommen werden kann, die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Patienten und die ihrer nicht-gewerbsmäßigen pflegenden Angehörigen fördert. Durch die größere Wahlfreiheit innerhalb des Systems wird nicht nur die Rolle des Patienten bzw. Konsumenten gestärkt, sondern auch darauf verwiesen, dass die Anbieter von Pflegedienstleistungen den individuellen Wünschen der Betroffenen größere Bedeutung beimessen sollten, anstatt sich lediglich daran zu orientieren, welche Leistungen sie anbieten könnten.

⁶ EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Review on preliminary national policy statements on health care and long-term care. Memorandum of the Social Protection Committee*, Brüssel, Europäische Kommission, 2005, 7, ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/spc_ltc_2005_en.pdf

⁷ DRIEST, "Long-term care in Europe. An introduction", in J. HASSINK en M. VAN DIJK (eds.), *Farming for health*, Utrecht, Netherlands Institute of Care and Welfare, 2006, (101) 102, library.wur.nl/frontis/farming_for_health/08_driest.pdf.

1.C.2. Institutionelle Pflege versus bedarfsorientierte häusliche Pflege/Pflege in der Gemeinschaft

Ein anderer Themenkomplex geht der Frage nach, wo und wie Pflegedienstleistungen in Anspruch genommen werden. Institutionelle Pflege umfasst auch die akute und nicht-akute Pflege in Krankenhäusern (Pflegeheimen), während es bei häuslicher Pflege bzw. Pflege in der Gemeinschaft darum geht, den Nutzer/Patienten innerhalb seiner gewohnten Umgebung zu pflegen⁸. Grundsätzlich sind alle Länder bemüht, den Anteil an bedarfsorientierter häuslicher Pflege und Pflegedienstleistungen in der Gemeinschaft zu erhöhen und wenden sich somit von der institutionellen Pflege ab. Dennoch bedeutet dies nicht die Abschaffung der institutionellen Pflege⁹. Angaben der Europäischen Kommission zufolge wird die häusliche Pflege bzw. die Pflege in der Gemeinschaft gegenüber der institutionellen Pflege lediglich bevorzugt. Ziel ist es, den Betroffenen so lange wie möglich ein Leben im eigenen Zuhause zu ermöglichen und nur bei Bedarf institutionelle Pflegedienstleistungen anzubieten. Damit werden individuelle Wahlfreiheit und Vorlieben der Patienten gestärkt: Die meisten Betroffenen wünschen sich, so lange wie möglich Zuhause zu wohnen, in der Nähe ihrer Familie und Freunde. Diese Form der Pflege gilt als kostengünstige oder kostenneutrale Alternative zu institutioneller Pflege¹⁰.

1.C.3. Private und/oder öffentliche Langzeitpflegeorganisationen

Die älteste Form der sozialen Sicherung sind die familiären Strukturen der Absicherung. Seit dem 16. Jahrhundert und zunehmend im 19. und 20. Jahrhundert spielt die öffentliche Hand eine immer größere Rolle. Seit dem Zweiten Weltkrieg haben viele Wohlfahrtsstaaten die Hauptrolle bei der Pflege bedürftiger Personen, besonders pflegebedürftiger älterer Menschen übernommen.¹¹ Diese Tatsache zeigt, dass der informellen Pflege und der Pflege durch private Anbieter immer mehr Bedeutung zukommen wird und verweist auf die ergänzende Rolle, die der öffentliche Sektor spielen wird.

⁸ In den MISSOC-Tabellen wird nicht-gewerbsmäßige bzw. informelle Pflege als Pflege durch Ehegatten oder –partner, andere Mitglieder des Haushalts oder Verwandte, Freunde, Nachbarn und andere Personen definiert, die im Regelfall aber nicht zwingend eine persönliche Beziehung zu der Person haben, die sie pflegen. Pflegedienstleistungen können aber auch von professionellem Pflegedienstpersonal privater Anbieter oder Angestellten des öffentlichen Sektors ausgeführt werden. Dazu gehören auch Pflegedienstleistungen in Institutionen und häusliche Pflege durch ausgebildete und nicht ausgebildete Pfleger, die als angestellte Kräfte für bestimmte Organisationen oder Institutionen arbeiten. Häusliche Pflege meint den Bereich der Pflegebedürftigkeit, der Betroffene in ihrem eigenen Zuhause pflegt, während sich die stationäre Pflege auf Pflegedienstleistungen bezieht, die die Betroffenen in den Einrichtungen in Anspruch nehmen, in denen sie auch wohnen.

⁹ EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Langzeitpflege in der Europäischen Union (Long-term care in the European Union)*, Brüssel, Europäische Kommission, 2008, 13, ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf (nachfolgend: EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Langzeitpflege in der Europäischen Union*).

¹⁰ EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Gemeinsamer Bericht 2008*, siehe Supra, Fußnote 3, 84.

¹¹ N. KERSCHEN u.a., *Long-term care for older persons*, siehe Supra, Fußnote Nr. 2, 41.

I.C.4. Das Thema Qualität

Die Qualität von Pflegedienstleistungen für Betroffene schwankt sowohl innerhalb eines Landes, als auch zwischen einzelnen Ländern sehr stark. Es besteht die begründete Befürchtung, dass es zukünftig zu einem Qualitätsdefizit kommen wird. Aus diesem Grund sind in den letzten Jahren vermehrt Initiativen auf den Weg gebracht worden, die zur Verbesserung der Qualität beitragen sollen und mit deren Hilfe die Qualitätssteigerung überwacht werden kann.

I.C.5. Finanzierung – Finanzielle Nachhaltigkeit

Je nach den rechtlichen und sozialrechtlichen Bestimmungen zur Leistungserbringung kann die Situation der Finanzierung der Pflegesysteme innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich aussehen. In einigen Ländern bestehen umfangreiche öffentliche Programme, die über Sozialversicherungssysteme finanziert werden, während andere Staaten die soziale Sicherung über das Steuersystem oder einkommensabhängige Modelle finanzieren. Andere Länder wiederum wenden ein gemischtes Finanzierungsmodell an und kombinieren die Einnahmen aus der Sozialversicherung mit Steuereinnahmen, wobei die Erbringung und der Einkauf von Pflegedienstleistungen über verschiedene Haushalte und Institutionen abgewickelt werden. Darüber hinaus wird zunehmend anerkannt, dass die Pflegebedürftigkeit einer soliden finanziellen Grundlage bedarf, für die die Verfügbarkeit dringend benötigter Mittel sichergestellt sein muss¹².

I.D. Übergangslösungen

Angesichts der oben genannten Fragen und Themenschwerpunkte lässt sich die Beschreibung und Analyse der Langzeitpflegemodelle innerhalb der Europäischen Union anhand folgender Merkmale darstellen:

(1) Zugang zu Pflege: Durch welchen Bereich (Gesundheitsfürsorge, Krankheit, Invalidität, Pflegebedürftigkeit) ist das Risiko der Bedürftigkeit abgedeckt? Wird das Risiko von der Sozialversicherung oder von der Sozialhilfe getragen? Unter welchen Bedingungen besteht ein Anrecht auf Leistungen? Wartezeiten, Bedürftigkeits- bzw. Einkommensprüfungen, Alter, Mindestmaß an Bedürftigkeit, Dauer der Leistungen? Gibt es Nutzungsgebühren für Sachleistungen? Wie hoch sind die Geldleistungen? Variieren die Leistungen je nach Grad der Bedürftigkeit?

(2) Qualität: Gibt es Elemente der Wahlfreiheit in den nationalen Modellen? Wahlfreiheit beinhaltet die Wahl des Anbieters von Pflegedienstleistungen, die Art der Pflege (formell oder informell), die Wahl zwischen Sach- oder Geldleistungen, personalisierte Budgets, Maßnahmen und Zuwendungen/Leistungen für das Pflegepersonal. Besteht ein Qualitätssicherungssystem?

¹² EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Langzeitpflege in der Europäischen Union*, siehe Supra, Fußnote Nr. 6, 24.

(3) Pflegekoordination: Einschätzung der Bedürftigkeit (Gutachter, Indikatoren, Kategorien, Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfürsorge und Sozialdiensten); Leistungspaket (welche Art der Leistung wird erbracht?); Leistungserbringer (wer erbringt die Leistung?)

II. Zugang zu Pflege

II.A. Grundsätzliche Klassifizierung: Sozialversicherung versus Sozialhilfe

II.A.1. Eingrenzung des sozialen Risikos and Abdeckung des Risikos durch die Mitgliedstaaten

Tabelle 1: Definition der Pflegebedürftigkeit

DEFINITION DES SOZIALEN RISIKOS / LANGZEITPFLEGE-DIENSTLEISTUNG	DEFINITIONEN	VERGLEICH MIT OECD-DEFINITION	MITGLIEDSTAATEN
Ja	Allgemeine Definition	Definition des Mitgliedstaates ist deckungsgleich oder ausführlicher (differenzierter und detaillierter) als Definition der OECD	BE, CZ, LV, LU, PT, ES, DE
		Definition des Mitgliedstaates ist weniger ausführlich (weniger differenziert und detailliert) als Definition der OECD	CY, DK, EE, FI, IS, LT, NL, SI, SE, AT
	Verschiedene Beschreibungen, je nach Modell / Pflegedienstleistung	FR, IE, IT, PL, CH, LI	
Nein			BG, GR, HU, MT, NO, RO, SK, UK

Die OECD hat Pflegebedürftigkeit wie folgt definiert: ein querschnittliches Politikthema, unter dem eine Vielzahl von Diensten für Personen erfasst sind, die bei allgemeinen Aktivitäten des täglichen Lebens über einen langen Zeitraum auf Unterstützung angewiesen sind („*a cross-cutting policy issue that brings together a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living over an extended period of time*“¹³). Unter den Begriff der Pflegebedürftigkeit fallen auch folgende Aspekte: Rehabilitation, grundlegende medizinische Leistungen, häusliche Pflege, soziale Fürsorge, Wohnungswesen und Leistungen wie Transport, Mahlzeiten, Berufsbezogene Aktivitäten und Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit. Dazu gehört auch die Hilfestellung bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Allgemein wird bei diesen Leistungen zwischen drei Personengruppen unterschieden: (1) Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, (2) Menschen, die aufgrund ihres Alters gebrechlich sind und (3) besondere

¹³ Zitiert aus EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Gemeinsamer Bericht 2008*, siehe Supra, Fußnote 3, 81.

Personengruppen, die auf Hilfe bei der Verrichtung der täglichen Aktivitäten angewiesen sind.

Diese Definition wird – unter anderen – oft als Referenzdefinition herangezogen, um die *sozialen Risiken*, die mit der Pflegebedürftigkeit einhergehen, zu beschreiben. Entscheidend für diese Art der Definition ist die (Un-)fähigkeit, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) selbst zu verrichten zu können.

Wie aus Tabelle 1 (oben) hervorgeht, bestehen im Hinblick auf den Umfang und die Merkmale der Pflegebedürftigkeit große Unterschiede. Nachfolgend einige Beispiele:

- Einige Mitgliedstaaten haben keine rechtsverbindliche (einheitliche) Definition für soziale Risiken aufgestellt, die durch das nationale Pflegesystem abgedeckt sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es keine Unterscheidungen gibt: Das soziale Risiko ist möglicherweise implizit durch andere Themenbereiche definiert. In Bulgarien (BG) verfügt beispielsweise nicht über eine Definition von sozialem Risiko, dennoch sind die sozialen Risiken indirekt durch die Kategorisierung der Beeinträchtigung (Behinderung) wie eingeschränkte Erwerbsfähigkeit etc. definiert.
- In einigen Mitgliedstaaten wird für eine Definition der soziale Risiken auf ähnliche Definitionen innerhalb der Bereiche der nationalen Sozialversicherungssysteme und/oder Sozialhilfemodelle verwiesen.
- Die Mehrheit der Mitgliedstaaten verwendet jedoch eine spezifische Definition, um das soziale Risiko einzugrenzen. Einige der Mitgliedstaaten greifen dabei auf eine Definition zurück, die mit der Definition der OECD übereinstimmt und auf dem Gedanken der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) beruht. Spanien (ES) definiert das Risiko beispielsweise wie folgt: Situation einer Person, die aufgrund von Alter, Krankheit oder Unvermögen, einhergehend mit körperlichem, geistigem oder intellektuellem oder Sinnesverlust der Selbstständigkeit, auf Unterstützung durch andere Personen bei der Verrichtung täglicher Aktivitäten angewiesen ist oder im Falle von geistiger Behinderung oder Krankheit andere Formen zur Unterstützung ihrer persönlichen Selbstständigkeit benötigen (“...*the situation of a person who, on account of age, disease or incapacity, and linked to lack or loss of physical, mental, intellectual or sensorial autonomy, requires assistance from (an)other person(s) or considerable help to carry out essential daily activities or, in the case of persons with a mental disability or illness, other forms of support for their personal autonomy*”). Wieder andere Mitgliedstaaten verwenden eher abstrakte und/oder Minimumdefinitionen. Ein gutes Beispiel hierfür ist Zypern (CY): Bedarf an Pflege aufgrund von geistigem oder körperlichen Unvermögen oder sozialer Notlage („...*need of care due to mental or physical incapacity or social distress*”).

II.A.2. Gesetzliche Organisationen. Soziale Sicherheit (Sozialversicherung) und/oder Sozialhilfe?

Tabelle 2: Gesetzliche Organisationen

GESETZLICHE ORGANISATION	KLASSIFIZIERUNG	MITGLIEDSTAATEN
Universelles Pflegesystem und/oder einheitliche Gesetzgebung für alle Bürger	Sozialversicherung	BE (Flandern), LU, NL, SE
	Sozialhilfe	CY, DK, EE, ES, UK
	Kombination von Sozialversicherung und Sozialhilfe	/
Differenzierter Ansatz (Nicht-Integriertes Pflegesystem)	Sozialversicherung	CZ, CH, AT, LI
	Sozialhilfe	HU, LV, MT, RO
	Kombination von Sozialversicherung und Sozialhilfe	BG, FI, FR, GR, IS, IE, IT, LT, NO, PL, PT, SK, SI, DE

Um die vorherrschenden Ansichten zu Pflegebedürftigkeit und das dazugehörige Modell eines Mitgliedstaates zu verstehen, ist es notwendig, die staatlichen Organisationen (öffentlich-rechtliche Einrichtungen) und die Gesetzgebungsverfahren näher zu betrachten. Oftmals gibt der rechtliche Rahmen Hinweise darauf, ob ein Mitgliedstaat einen integrierten oder deduktiven Ansatz in Bezug auf die jeweiligen sozialen Risiken verfolgt. Andererseits kann die Tatsache, dass viele bruchstückhafte Bestimmungen vorhanden sind, auf historische Ursachen zurückgeführt werden.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die vorliegende Analyse bei der Klassifizierung der Langzeitpflegesysteme der einzelnen Mitgliedstaaten einen universellen (integrierten) Ansatz befürwortet. Dies bedeutet, dass sowohl die Sozialversicherungssysteme, als auch die Sozialhilfemodelle berücksichtigt werden, um die Schlüsselfaktoren der nationalen Systeme (Zugang, Qualität und Koordination der Pflege) zu vergleichen. Die Erbringung der Leistungen wird im Hinblick auf die Frage bewertet, ob die Einwohner des jeweiligen Landes ein subjektives Recht auf Langzeitpflege haben oder nicht. Es ist daher wichtig, die Langzeitpflege in ihrer Gesamtheit zu betrachten, einschließlich aller möglichen Modelle und Leistungen, mit denen dem Risiko der Bedürftigkeit und der Inanspruchnahme von Hilfe bei den Alltagsaktivitäten begegnet wird und ungeachtet der Tatsache, ob der Anspruchsberechtigte bestimmte (einkommens- oder beitragsabhängige oder andere) Bedingungen vorweisen muss.

Unabhängig davon, ob die Organisation oder Einrichtung nach einem integrierten oder deduktiven System geführt wird, kann die Pflegebedürftigkeit Bestandteil der Sozialversicherung und/oder eines Sozialhilfemodells sein. Beide Konzepte sind als Theorien ausgelegt, basierend auf Rechtslehren, und können daher nicht immer klar von einander abgegrenzt werden bzw. stehen manchmal sogar im Widerspruch zueinander. Dennoch ist die Unterscheidung zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe für die Klassifizierung der Pflegebedürftigkeit sehr hilfreich.

Einerseits lassen sich Sozialversicherungsmodelle als Systeme definieren, in denen von Arbeitnehmern oder deren Arbeitgebern Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden, um den Anspruch der Arbeitnehmer, anderer beitragspflichtiger Personen oder deren Angehöriger und Hinterbliebenen auf Sozialversicherungsleistungen für den derzeitigen oder einen zukünftigen Zeitraum zu gewährleisten. Andererseits sind Sozialhilfesysteme Modelle, die für die gesamte Bevölkerung eines Landes oder große Teile der Bevölkerung gelten und die durch den Staat eingeführt, kontrolliert und mit Hilfe von Steuern finanziert werden.

In den meisten der Mitgliedstaaten wird ein differenzierter Ansatz verfolgt, bei dem die Versorgungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit über verschiedene Bereiche verteilt sind und sowohl Bestandteil der Sozialversicherungssysteme, als auch der Sozialhilfemodelle sind. Angesichts dieser Tatsache ist es sinnvoll, die Analyse zu Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung von Sozialversicherungssystemen und Sozialhilfemodellen durchzuführen.

Nur wenige Mitgliedstaaten haben ein „reines“ universell-orientiertes System, das sich entweder ganz auf die Sozialversicherung oder vollkommen auf ein Sozialhilfemodell stützt.

Einige der Mitgliedstaaten weisen charakteristische Merkmale des einen oder anderen Bereichs auf und eignen sich daher als Beispiele für die o.g. Klassifizierung:

- Zypern (CY) hat ein zentralistisch organisiertes, universelles Pflegesystem, das auf der Idee der Sozialhilfe basiert. Finanziert wird das System durch den Staatshaushalt. Die Leistungen sind einkommensabhängig bzw. unterliegen einer Bedürftigkeitsprüfung, das bedeutet, das System kommt für diejenigen auf, deren Einkommen¹⁴ nicht ausreicht, um den Bedarf an Pflegedienstleistungen zu decken. Dies beinhaltet beispielsweise auch, dass der Leistungsempfänger einen Teil seiner Sozialversicherungsrente als Kostenbeitrag für die stationäre Pflege abgeben muss. Darüber hinaus werden die Ein- und Ausgaben des persönlichen Budgets (Zuwendungen), das dem Leistungsempfänger zur Verfügung steht, durch einen (staatlichen) Sozialarbeiter beaufsichtigt.
- Dasselbe gilt im Allgemeinen für Lettland (LV), obwohl in diesem Mitgliedstaat keine einheitliche Gesetzgebung zu diesem Punkt vorliegt: Die rechtlichen Bestimmungen bestehen aus Koordinierungsmaßnahmen für verschiedene soziale Modelle, von denen ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und Kinder profitieren.
- In Belgien (BE) existiert ein komplexes System, in dem nur die Bevölkerung von Flandern (aufgrund eines einzelnen Gesetzes) einen universellen Anspruch auf Pflegedienstleistungen hat. Insgesamt orientiert sich das System eher am Sozialversicherungssystem, was sich in der Tatsache widerspiegelt, dass alle Leistungsempfänger Beiträge zu einer so genannten 'zorgkas' entrichten (entspricht

¹⁴ Im Zusammenhang mit dieser Analyse wird der Begriff "einkommensabhängig" allgemein definiert und beinhaltet Gehalt, Vermögen, Grundbesitz (Immobilien) und alle anderen Arten von Einkommen. In den meisten der teilnehmenden Mitgliedstaaten wurde Einkommen jedoch lediglich als Summe aus Gehalt, Unterstützungsleistungen, Zuschüsse/Begünstigungen und Renten definiert.

einer Sozialversicherungskasse) und Leistungen somit nicht abhängig von einer Bedürftigkeitsprüfung sind.

- Ein eindrucksvolles Beispiel für den kombinierten Ansatz von Sozialversicherungssystem und Sozialhilfemodell liefert Litauen (LT): Es existiert keine spezifische Gesetzgebung zum Thema Pflege und Pflegebedürftigkeit wird als Bestandteil verschiedener Systeme gewährleistet: Einerseits als Teil der Sozialleistungen, andererseits anhand der Faktoren Invalidität und Krankheit (Gesundheitswesen und Sozialschutz). Die Systeme werden sowohl durch Beiträge zum Sozialversicherungssystem, als auch durch den Staatshaushalt finanziert. Anders als Zuwendungen und Beihilfen zur institutionellen Pflege, die einer Bedürftigkeitsprüfung unterliegen, sind Geldleistungen nicht abhängig von Bedürftigkeit oder Einkommen.

II.B. Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen

Das Thema Pflegebedürftigkeit wirft einige Fragen auf. Sollten die Leistungen in Form von stationärer oder ambulanter Pflege erbracht werden? Handelt es sich um kollektive oder individualisierte Leistungen? Sollen die Leistungen auf den Bedarf des Leistungsempfängers zugeschnitten sein? Sind die Leistungen in Form von Dienstleistungen oder als Geldzuwendung zu erbringen, mit denen der Anspruchsberechtigte die selbst gewählten Dienstleistungen finanzieren kann? Ausführlich diskutiert wird auch die Frage, welche Form der Pflege den Patienten zustehen und wie diese bestmöglich organisiert sein sollte. Ist die Sozialfürsorge oder das Gesundheitswesen zuständig? Sind Leistungen als Sach- oder Geldleistungen zu gewähren? Da es sich um keine einfache Debatte handelt ist es schwierig, vorauszusagen, ob die Tendenz zu mehr Integration besteht und wie sich beide Ansätze zueinander verhalten.

In allen Mitgliedstaaten existieren unterschiedliche Bedingungen, unter denen Sach- und/oder Geldleistungen gewährt werden. Zu diesen Bedingungen gehören Wartezeiten oder Fristenregelungen, Bedürftigkeitsprüfungen, Altersgrenzen, Mindestmaß an Bedürftigkeit oder die (begrenzte oder unbegrenzte) Dauer der Leistungen.

In den meisten Ländern, mit Ausnahme von Österreich, Belgien, Deutschland, Island, Vereinigtes Königreich, Italien, Irland und Griechenland existieren keine Wartezeiten oder Fristenregelungen als Voraussetzungen für den Leistungsbezug.

Bedürftigkeitsprüfungen sind ein wichtiges Element in Ländern wie Österreich, Belgien, Vereinigtes Königreich, Zypern, Ungarn, Litauen, Slowakei und Polen, in denen Sozialhilfe anstelle von Sozialversicherungsleistungen gewährt werden. In diesen Ländern wird fast immer eine Bedürftigkeitsprüfung durchgeführt und Leistungen nur für die Personen gewährt, die mit ihrem Einkommen und Vermögen unter eine Mindestgrenze fallen. Die auf Bedürftigkeitsprüfungen basierenden Modelle werden durch Steuereinnahmen finanziert. Bulgarien, Griechenland, Island, Lettland, Litauen, die Niederlande, Norwegen, Schweden, die Schweiz und Deutschland wenden die Bedürftigkeitsprüfungen nicht an, sondern stützen sich auf ihre Rückstellungen, die durch die Sozialversicherungssysteme finanziert werden.

Darüber hinaus gelten in den meisten Ländern Altersbestimmungen, eine Ausnahme bilden Zypern, die Tschechische Republik, Dänemark, Finnland, Deutschland, Island, Italien, Lettland, Litauen, die Niederlande, Schweden, Spanien und Norwegen.

Auch muss in den meisten Ländern ein Mindestmaß an Bedürftigkeit nachgewiesen sein, um Leistungen zu beziehen. Dies gilt für alle Länder außer Estland, Griechenland, die Niederlande, Norwegen und Portugal.

Die Dauer der Leistungen ist in den meisten Ländern unbegrenzt, so zum Beispiel in Portugal, Norwegen, den Niederlanden, Polen, Griechenland, Deutschland, Estland, Dänemark, Bulgarien, Zypern, Italien, Tschechische Republik und Spanien.

II.C. Modalitäten

Der Zugang zu Pflegebedürftigkeit kann durch verschiedene Faktoren wie Gebühren für Sachleistungen, Höhe der Geldleistungen und variierende Geldleistungen gemäß dem Grad der Bedürftigkeit erschwert werden. Insbesondere Gebühren stellen einkommensschwache Gruppen, die für einen Teil der Kosten selbst aufkommen müssen, vor große Probleme. Oftmals werden bestimmte Elemente der medizinischen oder sozialen Fürsorge nicht von den standardisierten Versicherungspaketen abgedeckt. Dies wiederum führt häufig zu Zuzahlungen, die der Patient aus eigener Tasche zu leisten hat, wie zum Beispiel Selbstbeteiligungen¹⁵ (üblich in Zypern, Estland und Irland). Zu den Maßnahmen, mit denen die individuellen Direktkosten für Pflege gemindert werden sollen, gehören der Ausschluss von Selbstbeteiligungsregelungen und einkommensabhängige Selbstbeteiligungen, zusätzliche finanzielle Hilfeleistungen für Bedürftige, Menschen mit Behinderungen und chronisch kranke Patienten, staatliche Versorgung mit Langzeitpflegedienstleistungen für einkommensschwache Haushalte auf Grundlage eines Sozialhilfemodells (z.B. in Frankreich, den Niederlanden, Belgien, Ungarn und Deutschland), flächendeckende Standardisierung von Selbstbeteiligungen und staatlichen Subventionen zur Nutzung privater Pflegedienstleistungen.

Mit Ausnahme von Lettland haben fast alle Mitgliedsstaaten Systeme, in denen Geldleistungen vergeben werden. Die Höhe der Geldleistungen wird durch verschiedene Indikatoren und Schemata bestimmt. Am gebräuchlichsten sind feste Regelsätze, die in den jeweiligen Gesetzen und Vorschriften ausdrücklich aufgeführt sind (z.B. in Deutschland, Griechenland, Irland, Litauen, Portugal, Rumänien, Spanien, Slowenien, der Schweiz und im Vereinigten Königreich). Andere Mitgliedstaaten zahlen Geldleistungen als Summe aus, die in Prozentsätzen berechnet wird, der sich zum Beispiel an den Rentenzahlungen des Leistungsempfängers orientiert (Bulgarien und Griechenland). Eine weitere Methode besteht darin, die Höhe der Leistung gemessen am entsprechenden Bedarf und/oder der Art der

¹⁵ Der Leistungsempfänger trägt einen Teil (Prozentsatz) der Kosten pro Sachposten oder Dienstleistung; siehe www.euro.who.int/HEN/Syntheses/hcfunding/20040704_4 (Konsultation 22 Juni 2009).

Dienstleistung auszuführen (Zypern, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Polen und Slowakei).

Die große Mehrheit der Mitgliedstaaten (mit Ausnahme von Griechenland) fordert von den Leistungsempfängern einen Beitragssatz ein. Dieser Beitragssatz ist entweder als Kostenbestandteil im nationalen Sozialversicherungssystem enthalten oder als gesonderter Beitragssatz erhoben. Ist Letzteres der Fall, beschränken die meisten Länder den individuellen Beitragssatz auf einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens (Lettland) oder berücksichtigen zumindest den finanziellen Hintergrund der Leistungsempfänger (z.B. Slowenien, Spanien, Vereinigtes Königreich).

Lediglich eine Minderheit der Mitgliedstaaten erhebt Steuern auf die Leistungen (in einigen Ausnahmefällen tun dies Malta, Slowenien, Spanien und das Vereinigte Königreich).

Fast alle Mitgliedstaaten orientieren sich bei der Bemessung der Leistungen am Grad der Bedürftigkeit.

III. Qualität

III.A. Elemente der Wahlfreiheit

III.A.1. Anpassung an sich kontinuierlich entwickelnde Bedürfnisse und zunehmende Einbindung der Patienten durch Stärkung der Wahlfreiheit

In der heutigen Zeit ist die Rolle des Nutzers/Patienten oftmals stark eingeschränkt. Es ist daher sehr wichtig, nicht nur die Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen, sondern auch die Erwartungen der Patienten, einschließlich des Wunsches nach Wahlfreiheit, zu beachten. Infolgedessen sind viele Mitgliedstaaten bemüht, ihre Systeme entgegenkommender und flexibler zu gestalten und so auf selbständige Kunden reagieren zu können. Dies kann dadurch gewährleistet werden, den Patienten größere Freiheit bei der Wahl ihrer Pflegedienstleister und/oder Versicherer einzuräumen, durch stärkere Einbindung der Patienten in die Organisation der Pflege und den Entscheidungsprozess (z.B. Patienten-Vertretung in Ausschüssen und Behörden) und durch mehr Kontrolle über das Einkommen, beispielsweise durch die selbstbestimmte Verwendung von Zuwendungen oder personalisierten Patienten-Budgets. Dies wiederum erfordert mehr Transparenz und den besseren Zugang zu Informationen für Patienten. Dadurch wäre gewährleistet, dass Entscheidungen aufgrund von Wissen und Beratung getroffen und die Rechte des Patienten gestärkt werden.¹⁶

In den letzten Jahren ist die Akzeptanz gegenüber der Rolle, die nicht-gewerbsmäßige Pflegerinnen und Pfleger spielen, zunehmend gestiegen. Es besteht Einigkeit darüber, dass ihre Rolle als Erbringer von Langzeitpflegedienstleistungen gestärkt werden muss. Dies wiederum ist verbunden mit dem Interesse und der Debatte um Regelungen, durch die die Wahlfreiheit und die Flexibilität in der Pflegebedürftigkeit gestärkt werden.

Für den Wandel, der in dieser Hinsicht stattgefunden hat, gibt es verschiedene Gründe: Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass größere Flexibilität beim Bezug von Pflegedienstleistungen die persönliche Selbstbestimmung der Nutzer und ihrer nicht-gewerbsmäßigen Pfleger fördert. Darüber hinaus deckt sich dieser Ansatz mit den allgemeinen Bemühungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Bedürftigen Personen soll mehr Entscheidungsbefugnis bei der Frage zugestanden werden, wie und in welcher Form sie Pflegedienstleistungen einkaufen, die ihren Bedürfnissen gerecht werden. Der Ansatz fördert die eigenständige Lebensführung bedürftiger Personen und vermeidet kostspielige Institutionalisierung. Und nicht zuletzt soll der Ansatz dazu beitragen, auf dem Sektor der formellen Pflege für ein vielfältigeres Angebot an Pflegedienstleistern zu sorgen und neue und qualitativ hochwertige Arbeitsplätze zu schaffen.

Grundsätzlich wird die unbezahlte und nicht anerkannte Arbeit in der Familie zwar die wichtigste Form der Pflege für Bedürftige bleiben, es wurden aber zusätzlich verschiedene Anreize geschaffen, damit die nicht-gewerbsmäßigen Pfleger sich in Zukunft dazu

¹⁶ EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Review on preliminary national policy statements on health care and long-term care. Memorandum des Ausschusses für Sozialschutz*, Brüssel, Europäische Kommission, 2005, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/spc_ltc_2005_en.pdf

entscheiden, ihre Familienangehörigen in ihrer häuslichen Umgebung zu pflegen. Damit gehen Situationen einher, in denen die bedürftige Person, die auf Pflege durch ihre Angehörigen angewiesen ist, als Arbeitgeber mit Entscheidungsbefugnis über Einstellung und Entlassung von Pflegepersonen fungiert und die die Erbringung der Pflegedienstleistung durch das von ihm beauftragte Pflegepersonal zeitlich plant und beaufsichtigt.

Die Maßnahmen, die zu diesem Zweck ergriffen wurden, unterscheiden sich deutlich voneinander. Einige Länder bieten keinen speziellen Schutz (dazu gehören Ungarn, Italien, die Niederlande, Litauen, Portugal und Belgien). Das bedeutet jedoch nicht, dass die Einwohner dieser Mitgliedstaaten gar keinen Schutz genießen. Hier wurden im Rahmen des Arbeitsrechts Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie getroffen, die es Arbeitnehmern ermöglichen, Sonderurlaub für die Pflege ihrer kranken und/oder bedürftigen Angehörigen in Anspruch zu nehmen. In einigen Ländern bleibt der Sonderurlaub unbezahlt, während in anderen Staaten eine Einkommensbeihilfe gewährt wird.

Eine weitere Gruppe von Ländern stellt separate Leistungen in Form von Geldleistungen bereit, durch die das fehlende Einkommen des pflegenden Familienangehörigen ausgeglichen wird (Vereinigtes Königreich, Estland [hier wird die Leistung an die bedürftige und nicht an die pflegende Person ausgezahlt], Malta, Polen, Schweiz, Bulgarien, Finnland, Slowakei, Norwegen (Summe nach Ermessensbefugnis des Nutzers)). Wieder andere Mitgliedstaaten rechnen die Zeiträume, in denen Pflege geleistet wird, als Betreuungszeit auf die Rente an (Deutschland, Spanien, Tschechische Republik), berücksichtigen diese Zeiträume bei der Berechnung dieser Leistungen (Schweiz) oder belohnen die pflegenden Personen mit attraktiven Altersrenten (Griechenland) oder gewähren eine Zulage auf die Basisrente (Island).

Eine letzte Gruppe von Ländern berücksichtigt, dass die pflegenden Angehörigen mit einem Arbeitsvertrag angestellt sind und erfasst diese Personen über das Sozialversicherungssystem (Frankreich, Bulgarien, Slowenien).

Die häusliche Pflege kann auf unterschiedliche Art und Weise erbracht werden. Einige Nutzer entscheiden sich für eine formelle Form der häuslichen Pflege, die durch eine Agentur oder Einrichtung organisiert wird, wie in den Niederlanden, Norwegen und Schweden. Andere Länder, wie Österreich oder Deutschland, fördern auf indirekte Art die informelle Pflege durch Zuwendungen an die bedürftigen Personen, die mit dieser Form der finanziellen Unterstützung ihre nicht-gewerbsmäßigen Pfleger bezahlen können.

Für die betroffenen Personen, die auf häusliche Pflege angewiesen sind, wurde eine Vielzahl von Programmen auf Basis von Geldleistungen eingereicht, die den Patienten und ihren Familien individuellere Gestaltungsmöglichkeiten bei der Organisation der Pflege ermöglicht. Die auf Geldleistungen basierenden Programme sehen auch personalisierte Budgets und verbraucherorientierte Beschäftigung von Pflegepersonal sowie direkte Zuwendungen für den Patienten vor, bei denen dem Patienten allerdings freie Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden, wie die Zuwendungen für Pflegeleistungen verwendet werden. Bestandteil der Programme sind auch direkte Zahlungen an nicht-gewerbsmäßige

Pflegekräfte in Form von Einkommensbeihilfen. Bei all diesen Maßnahmen spielt es keine Rolle, für welche Zwecke die Gelder vom Patienten verwendet werden. Die größere Wahlfreiheit soll den betroffenen Personen ermöglichen, zwischen verschiedenen Angeboten an Pflegedienstleistungen nach eigenem Ermessen zu wählen.

Mit Hilfe der personalisierten Budgets und verbraucherorientierten Beschäftigungsmöglichkeiten können Nutzer von Pflegedienstleistungen eine persönliche Pflegekraft ihrer Wahl beschäftigen. Dabei steht es den betroffenen Personen frei, eine Pflegekraft aus dem Bereich der formalen Pflege oder eine nicht-gewerbsmäßige Person zu beschäftigen (zum Beispiel eine/n Freund/in oder Verwandte). Schweden hat kürzlich ein System eingeführt, das es den Patienten ermöglicht, frei zwischen privaten Dienstleistern für häusliche Pflege und Pflegemöglichkeiten in Einrichtungen zu wählen. Um die Wahlfreiheit zu gewährleisten, muss sichergestellt sein, dass der Patient Zugang zu ausreichend Informationen über die Auswahl an Dienstleistern und angebotenen Dienstleistungen hat. Die Patienten haben die Möglichkeit, über ein virtuelles Konto mit Hilfe ihres personalisierten Budgets Pflegedienstleistungen einzukaufen, Pflegekräfte einzustellen oder für persönliche Dienstleistungen zu bezahlen, die ihren speziellen Bedürfnissen entsprechen.¹⁷ In Deutschland führte die Pflegereform ebenfalls zu einer besseren Ausrichtung auf die individuelle Bedarfslage (u.a. eine aktuelle Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der im ambulanten und stationären Bereich zugelassenen Leistungsanbieter) und einer Vernetzung und Verzahnung von wohnortnahen Leistungsangeboten. Die Pflegereform sieht hierzu – neben weiteren Maßnahmen – vor allem die flächendeckende Schaffung von Pflegestützpunkten vor, die im Sinne des Care-Managements arbeiten.

Die Tatsache, dass in einigen Ländern die Wahlfreiheit gefördert wird, bedeutet jedoch nicht, dass dort keinerlei Beschränkungen existieren. In vielen Ländern sind der „Wahlfreiheit“ feste Grenzen gesetzt und der Grad der Wahlfreiheit variiert in den einzelnen Systemen sehr: Von der Möglichkeit, Dienstleistungen nur in einem bestimmten Umfang oder nur von bestimmten Anbietern einzukaufen über Systeme, in denen Buchhaltungsführung und (nachträgliche) Bewilligung der eingekauften Leistung erforderlich sind bis hin zu Modellen, in denen bis zu einer bestimmten Summe keinerlei Buchführung erforderlich ist. In den Niederlanden darf das Budget beispielsweise nur für bestimmte funktionelle Formen der Pflege wie Krankenpflege, allgemeine Pflege und Beratung verwendet werden, nicht aber für Behandlungen oder die Unterbringung in einer Einrichtung. In Zypern arbeiten die Anspruchsberechtigten mit ihrem zuständigen Sozialarbeiter ihren persönlichen Pflegeplan aus (z.B. Art der Pflege, Häufigkeit), der sich am individuellen Pflegebedarf für Sach- und/oder Geldleistungen des Einzelnen orientiert.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über Versorgungsbereiche und Wahlmöglichkeiten der Pflege (siehe IV.B. Leistungspaket: Welche (Form der) Leistung wird bereitgestellt?)

¹⁷ EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Langzeitpflege in der Europäischen Union*, 22, [http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long term care en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf)

III. B. Qualitätssicherung

Die Qualität der Langzeitpflegedienstleistungen ist bereits heute ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit, das in Zukunft an Bedeutung zunehmen wird. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Qualität der Langzeitpflegedienstleistungen in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausfällt, von mangelhaftem Wohnungswesen über schlechte soziale Beziehungen und fehlende Privatsphäre in Pflegeheimen bis hin zu Mängeln bei den Dienstleistungen wie fehlerhafte Behandlung bei chronischen Schmerzen, Depressionen, Wundliegen, unsachgemäße Verwendung von Chemikalien oder Haltesystemen. Hinzu kommt, dass in die Pflegebedürftigkeit, anders als im Gesundheitswesen, auch Personen ohne Qualifikation und ungeschulte Laien involviert sind.

Die Bewertung der Qualität der Pflegebedürftigkeit ist ein komplexes Themengebiet, insbesondere wenn die Pflege im informellen Sektor und nicht in Pflegeeinrichtungen erbracht wird.

Die hier aufgeführten Probleme und Herausforderungen sind ein Grund dafür, warum einige Länder darum bemüht sind, die geltenden Bestimmungen zu ändern oder eine neue Gesetzgebung zu entwickeln. Damit soll die Qualität der Pflegebedürftigkeit an die Erwartungen angepasst und die öffentlichen Ausgaben für Pflege erhöht werden. Außerdem sollen Initiativen für eine bessere Steuerung der Langzeitpflegedienstleistungen auf den Weg gebracht werden, darunter Initiativen zur Qualitätssicherung und Ergebniskontrolle.¹⁸ Es ist zu hoffen, dass dies die Anbieter motiviert, in die Verbesserung der Pflege zu investieren, unter der Voraussetzung, dass sowohl Verbraucher als auch Entscheidungsträger bei der Auswahl eines Anbieters die öffentlich zugänglichen Informationen über die Leistung und Qualität der Pflege nutzen.

Die Qualitätsbestimmungen für Pflegebedürftigkeit haben sich weiterentwickelt. Während sich die Bestimmungen anfangs stark an Faktoren wie Mindestanforderungen für Strukturen und Prozesse der Pflege, Personalschlüssel und Gebäudesicherheit orientierten, steht heute die Entwicklung von Maßnahmen zu Ergebniskontrolle, kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, Schutz von Patientenrechten, Privatsphäre und Teilhabe im Vordergrund. In dieser Hinsicht ist die Einrichtung von Kontrollen durch Aufsichtsorgane wichtig, die unabhängig von Anbietern und Nachfrageseite agieren.

Fest steht, dass der Mangel an Personal in Zukunft die Qualität der Pflegebedürftigkeit erheblich mindern könnte. Daher werden die Verantwortlichen der politischen Systeme gezwungen sein, der Verbesserung der Zahlungs- und Arbeitsbedingungen und der Infrastruktur mehr Beachtung zu schenken, um in Zukunft mehr qualifiziertes Personal anzuwerben.¹⁹

¹⁸ OECD, *Long Term Care for Older People*, Paris, OECD, 2005, 12-13, www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf

¹⁹ OECD, *Long Term Care for Older People*, Paris, OECD, 2005, 13, www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf

Die Methoden und Instrumente, mit denen derzeit Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung eingeführt werden, sind vielfältig, lassen sich aber grob in drei Bereiche unterteilen: (a) Bewertungsmechanismen, (b) Zulassungs- und Akkreditierungssysteme und (c) Qualitätskontrolle und Qualitätsmanagement-Prozesse.

Qualitätsstandards für die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Pflegedienstleistungen sowie Qualitätsüberwachungssysteme in Verbindung mit Maßnahmen zur Qualitätsakkreditierung sind nur einige der Instrumente, die den europäischen Mitgliedstaaten zur Verfügung stehen, um langfristig die hohe Qualität der Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten. Ein weiteres Instrument zur Qualitätsverbesserung sind die klinischen Richtlinien aus der evidenzbasierten Medizin. Auch patientenorientierte Modelle der Pflege einschließlich maßgeschneiderter Dienstleistungen, die den Patienten stärker in den Entscheidungsprozess einbinden, tragen zur Qualitätsverbesserung bei. Um zu vermeiden, dass die Qualität der Pflegebedürftigkeit in unterschiedlichen Regionen stark variiert und damit die Bedürfnisse der Patienten nicht willkürlich durch regionale oder lokale Behörden festgelegt wird, verwenden viele Länder einheitliche Mechanismen zur Qualitätssicherung.²⁰ Und obwohl sich die Länder darin einig sind, dass Qualität ein wichtiger Aspekt der Pflegebedürftigkeit ist, bleibt es aufgrund eines fehlenden europäischen Rahmenwerks für Qualität der Initiative der Mitgliedstaaten überlassen, wie das Thema Qualität vollständig integriert wird.

III.B.1. Bewertung und Evaluation

Die Bewertung und Evaluation von Eingriffen im Bereich Gesundheit (Dienstleistungen und Medikamente) ist entscheidend, um darüber Aussagen zu treffen, ob die Eingriffe medizinisch gerechtfertigt, sicher und erfolgreich sind und ob es kostengünstigere Alternativen gibt. In dieser Hinsicht dient die Evaluation nicht nur der Qualitätsverbesserung, sondern trägt auch zur finanziellen Tragfähigkeit bei.

Viele Mitgliedstaaten (darunter Belgien, Frankreich, Ungarn, Deutschland, Luxemburg und Malta) haben diesbezüglich unabhängige Behörden zur Evaluation (oder zur Beschaffung von für die Evaluation relevanten Informationen) eingerichtet, die Medikamente und technische Eingriffe auf Sicherheitsaspekte, Kosteneffizienz und evidenzbasierte Pflegeaspekte untersuchen. Einige Länder (wie Deutschland oder Schweden) arbeiten mit dem Europäischen Health Assessment Network zusammen. Aus den Ergebnissen der Bewertungs- und Evaluierungsprozesse entstehen wiederum Richtlinien und Empfehlungen. Wertvolle Informationen, die durch ein verbessertes Überwachungssystem gewonnen werden, führen zu besseren evidenzbasierten Politiken.²¹ Im Jahr 1999 wurde in Frankreich durch eine Reform der Tarifpolitik für ältere Menschen und Pflegeheime ein systematischer Selbstbewertungsprozess eingeführt, der vom Anbieter der Pflegedienstleistung durchgeführt wird und das Ziel hat, einen partizipativen Prozess der kontinuierlichen

²⁰ EUROPEÄISCHE KOMMISSION, *Langzeitpflege in der Europäischen Union*, 7, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/brochure_ltc_080924_en.pdf

²¹ EUROPEÄISCHE KOMMISSION, *Review on preliminary national policy statements on health care and long-term care. Memorandum des Ausschusses für Sozialschutz*, Brüssel, Europäische Kommission, 2005, 16-18, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/spc_ltc_2005_en.pdf

Verbesserung auf den einzurichten. Das daraus entstandene Instrument zur Selbsteinschätzung (ANGELIQUE) enthält mehr als 100 Betrachtungseinheiten und kann durch eine externe Evaluierung ergänzt werden. Diese ersetzt jedoch nicht die üblichen Inspektionen, die schwerpunktmäßig auf die Rechte der Patienten abzielen. Mit Hilfe des Instruments lassen sich die Stärken und Schwächen in sechs Schlüsselbereichen ermitteln (ethische Regeln, besonders im Hinblick auf die Rechte und Freiheiten der Patienten/Heimbewohner; Zufriedenheit mit der Befriedigung impliziter und expliziter Bedürfnisse, insbesondere bei pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen; Verbessertes Management der Einrichtung, besonders im Hinblick auf die finanzielle Tragfähigkeit; Verbesserung des Personal-Managements; Verbesserung des Image der stationären Pflege, basierend auf verbesserter Qualität und besserem Management der Kosten, die durch Misswirtschaft entstehen).²² In der Tschechischen Republik hat zum Beispiel die unabhängige Akkreditierungsbehörde "United Accreditation Commission of the Czech Republic" (SAK CR) die Qualität der Gesundheitsfürsorge in Krankenhäusern ausgewertet.²³ In Zypern wurde auf Grundlage nationaler Studien eine neue Rechtsgrundlage entwickelt, um häusliche Pflege durch Freiwilligen-Organisationen und private Anbieter zu organisieren, Modelle und Standards zu definieren und Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der Pflegebedürftigkeit abzugeben.²⁴

III.B.2. Zulassung und Akkreditierung

Da sich im Zuge der Privatisierung neue private Serviceanbieter und/oder neue Formen der Pflegedienstleistungen etabliert haben, wurden in einigen Ländern spezifische Zulassungs- und Akkreditierungsmechanismen entwickelt (Tschechische Republik, Deutschland, Frankreich, Italien und Vereinigtes Königreich).

Generell wird zwischen der Akkreditierung von Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen, professionellem Pflegepersonal und Anbietern einerseits und den verschiedenen Pflegedienstleistungen andererseits unterschieden. Die Qualitätssicherung ist systematisch und schwerpunktmäßig auf die Überprüfung der Finanzen, die Verpflichtung zur Erstellung von Organisationsprinzipien und die Berichterstattung ausgerichtet. Im Vereinigten Königreich ist eine gesonderte Zulassung und Akkreditierung notwendig; dort müssen sich alle Pflegedienstleister registrieren lassen, was mit einer Inspektion zur Erfüllung gewisser Qualitätsstandards einhergeht. Es findet jedoch keine formelle Akkreditierung durch Dritte statt. Durch die Privatisierung wurden im Vereinigten Königreich neue Qualitätsstandards wie die Key Lines of Regulatory Assessment (KLORA) eingeführt, da die bestehenden Regelungen zu Zulassung und Inspektionen als nicht ausreichend für Alten- und Pflegeheime erachtet wurden.

²² M. HUBER, M. MAUCHER und B. SAK, *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*, Wien/Brüssel, European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC, 2008, 301-305, www.euro.centre.org/data/1216816977_32580.pdf

²³ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Tschechische Republik, 53-55, 59-60, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/czech_en.pdf

²⁴ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Zypern, 93-94, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/cyprus_en.pdf

In Frankreich, Italien und in der Tschechischen Republik werden Subventionen und Rückerstattungen an zugelassene und öffentliche kontrollierte Pflegeanbieter und individuelle Pfleger nur dann vergeben, wenn bestimmte Qualitätskriterien eingehalten wurden.

In Italien wurden im Rahmen des Pflegegesetzes von 2002 Standards für die Zulassung und Akkreditierung entwickelt, um kontinuierliche Verbesserungsprozesse im Bereich Gesundheits- und Sozialfürsorge zu fördern und gerechten Zugang zu Pflege und angemessene Pflegedienstleistungen zu gewährleisten. Während Pflegedienstleister mit einer Zulassung ihre Dienste selbständig der Öffentlichkeit anbieten dürfen, können akkreditierte Anbieter durch öffentliche Stellen, insbesondere durch die nationale Gesundheitsbehörde, per vertraglicher Vereinbarung mit Pflegedienstleistungen betraut werden und Rückerstattungen für ihre Dienste beantragen.²⁵

In der Tschechischen Republik wurden die Standards der unabhängigen Akkreditierungsbehörde SAK CR (United Accreditation Commission) durch die "International Society for Quality in Healthcare" (ISQua) akkreditiert. In der Tschechischen Republik existiert jedoch kein nationales Akkreditierungssystem zur Einhaltung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards. Die Schaffung eines solchen Systems wird als oberste Priorität angesehen, um die Evaluierung von Qualitätsergebnissen und den reibungslosen Arbeitsablauf im Rahmen der europäischen Koordination im Gesundheitswesen zu gewährleisten.²⁶ In Spanien wurde mit dem Gesetz 39/2006 die Akkreditierung von Zentren, Dienstleistungen und nicht-gewerbsmäßigem Pflegepersonal eingeführt, die sich im Bereich Pflege für die persönliche Selbstbestimmung der Bedürftigen einsetzen und so das Recht auf qualitativ hochwertige Dienstleistungen garantieren. Die Akkreditierung der Zentren, Dienstleistungen und nicht-gewerbsmäßigem Pflegepersonal, die Pflege für bedürftige Personen anbieten, ist gemäß Gesetz verpflichtend, wenn diese Personen Geldleistungen für die Erbringung der Pflegedienstleistung erhalten.²⁷

Im Rahmen der nationalen und EU-Wettbewerbsbedingungen müssen die Mitgliedstaaten alle Anbieter von Pflegedienstleistungen (öffentliche, private, gemeinnützige, kommerzielle, internationale, nationale und lokale Anbieter) gleich behandeln; das bedeutet identische Zulassungs- und Akkreditierungsmechanismen auf regionaler oder nationaler Ebene. Grundsätzlich liegt den Akkreditierungsprozessen ein Qualitätsmanagement-Ansatz zugrunde. Folglich müssen für die Akkreditierung strukturelle Qualitätskriterien, Ziele, Verfahrensordnungen und erwartete Ergebnisse von der Organisation festgelegt werden. Es ist daher wichtig, dass das Management Personen mit besonderen Fähigkeiten aufweist (wie Qualitätsmanager und Akkreditierungsverantwortliche), um als Ansprechpartner für das Personal und andere Interessengruppen zu fungieren. Das bedeutet, dass Anbieter von

²⁵ M. HUBER, M. MAUCHER und B. SAK, *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*, Wien/Brüssel, European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC, 2008, 301-305, www.euro.centre.org/data/1216816977_32580.pdf

²⁶ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Tschechische Republik, 53-55, 59-60, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/czech_en.pdf

²⁷ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Spanien, 83-85, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/spain_en.pdf

Pflegedienstleistungen in die fachliche Ausbildung und Beratung investieren, wie zum Beispiel in der Tschechischen Republik oder in Deutschland.

III.B.3. Methoden der Qualitätsbestimmung und Entwicklung

A. Qualitätskontrolle

Qualitätskontrolle wird eingesetzt, um sicherzustellen, dass alle Aktivitäten für die Erstellung, Entwicklung und Einführung eines Produkts oder einer Dienstleistung in Bezug auf das System und die Leistung effektiv und effizient sind. Die Qualität der Produkte und Dienstleistungen kann durch Inspektionen, Qualitätssicherung und die Festsetzung von Mindeststandards kontrolliert werden. Die am weitesten verbreiteten Instrumente zur Qualitätskontrolle sind die interne und externe Kontrolle, Selbstkontrolle und Checklisten.

In Belgien wird die Qualität einer Einrichtung mit Hilfe von Genehmigungsnormen kontrolliert und die Anbieter von Pflegeleistungen/das Pflegepersonal wird fachlich ausgebildet. In Wallonien wird derzeit an einem Qualitätsreferenzsystem gearbeitet, das sich gesondert mit der Situation in Tageseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen befasst. Darüber hinaus wurden Gesundheits- und Wohlfahrtseinrichtungen von der flämischen Regierung dazu angewiesen, interne Politiken und Verfahren auf Grundlage eines Qualitätshandbuchs für verantwortungsvolle Pflege und verbraucherorientierte Dienstleistungen zu entwickeln.²⁸

In Bulgarien wird die Qualitätsverbesserung der Pflegebedürftigkeit durch den Wiederaufbau und die Weiterentwicklung der bestehenden Dienste erreicht. Außerdem wird in neue Dienstleistungen investiert, Strukturen und Kapazitäten des ausgebildeten Personals werden optimiert und die Kriterien und Standards für die Erbringung von sozialen Leistungen werden wirksamer kontrolliert und eingehalten.²⁹

a) Überwachungssysteme

Überwachungssysteme, mit denen das Personal und die Aktivitäten in Krankenhäusern überprüft werden, müssen hohe Qualitätsstandards gewährleisten, dazu beitragen, das Informationsangebot zu Pflegedienstleistungen zu verbessern oder Feedback für die verschiedenen Akteure der Pflegebedürftigkeit liefern. Die Entwicklung verbesserter Überwachungssysteme ist daher entscheidend für die Optimierung von Qualitätsmessungen und deren Kontrolle.

²⁸ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Belgien, 67, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/belgium_en.pdf

²⁹ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung 2008-2010, Bulgarien, 73-75, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/bulgaria_en.pdf

b) Inspektion

Die Inspektion struktureller Qualitätskriterien durch öffentliche Behörden ist die traditionellste und bis heute gebräuchlichste Methode für die Kontrolle der Sozialdienste. Dazu gehören Kriterien wie die Quadratmeterzahl pro Kind, Qualität von Schlaf-, Essens- und Spielplätzen, Hygienemaßnahmen in Küchen und Badezimmern oder Kriterien für die Qualität des Essens. In Zypern ist mit dem „Gesetz zu Einrichtungen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen“ (Homes for the Elderly and Disabled Law) die obligatorische Registrierung und Inspektion von Einrichtungen vorgeschrieben, um die Einhaltung der vorgeschriebenen Sicherheits- und Hygienestandards für die Gebäude und Sanitäreinrichtungen sicherzustellen und die Qualifikation des Personals zu garantieren. Andererseits wird durch das „Gesetz zu Pflegeeinrichtungen für Erwachsene“ (Centres for Adults Law) vorgegeben, dass sich die Einrichtungen zur Tagespflege und zur häuslichen Pflege registrieren und einer Inspektion unterziehen müssen, um sicherzustellen, dass die Standards zu Pflegeeinrichtungen für Erwachsene eingehalten werden³⁰. In Malta werden staatliche- und Langzeitpflegeeinrichtungen ähnlich wie im Privatsektor regelmäßig überprüft und müssen sich einer Inspektion durch die ministerielle Abteilung für Standards des Gesundheitswesens („Department of Health Care Services Standards“) unterziehen. Hintergrund dieser Qualitätsverbesserungsmaßnahmen ist die Absicht, die staatlichen Einrichtungen für ältere Menschen in Pflegeheime umzuwandeln.³¹

Im Vereinigten Königreich wurden diesbezüglich Sonderbehörden eingerichtet: Die unabhängige Kommission „Commission for Social Care Inspection“ (CSCI) ist zuständig für die Vorschriften sämtlicher Pflegeeinrichtungen, für private und gemeinnützige Gesundheitsfürsorge und für eine Reihe von Diensten der Sozialfürsorge gemäß den nationalen Mindestanforderungen; der Rat „General Social Care Council“ (GSCC) ist zuständig für die Schaffung professioneller Ausbildungsstandards des Pflegepersonals; das Institut „Social Care Institute for Excellence“ (SCIE) fungiert als Wissensdatenbank und fördert bewährte Praktiken in der Sozialfürsorge und das Ausbildungsinstitut „Training Organisation for Personal Social Services“ (TOPSS, später umbenannt in „Skills for Care“) ist zuständig für die Verbesserung der Qualität und Quantität der praktischen Ausbildungsmöglichkeiten für Studenten der Sozialarbeit.³²

Durch die Reform der Pflegeversicherung 2008 wurde in Deutschland die Häufigkeit von Qualitätsprüfungen im ambulanten und stationären Bereich erhöht, so dass ab dem Jahr 2011 alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen einmal im Jahr geprüft werden. Alle Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Der Schwerpunkt der Prüfungen durch den

³⁰ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Zypern, 93-94, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/cyprus_en.pdf

³¹ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Malta, 66-67, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/malta_en.pdf

³² M. HUBER, M. MAUCHER und B. SAK, *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*, Wien/Brüssel, European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC, 2008, 301-305, www.euro.centre.org/data/1216816977_32580.pdf; J. MALLEY, „Improving the quality of long-term care services in England“, *Euro Observer* 2007, 7-8. Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Vereinigtes Königreich, 83-85, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/uk_en.pdf

Medizinischen Dienst der Krankenversicherung liegt auf dem Pflegezustand der Pflegebedürftigen und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Mit der Reform wird mehr Transparenz geschaffen, so dass gute Pflege leichter zu erkennen sein wird. Die Ergebnisse der Prüfberichte sind nach bestimmten Kriterien verständlich und verbraucherfreundlich zu veröffentlichen (im Internet, aber auch an anderer geeigneter Stelle wie z.B. im sog. Pflegestützpunkt; eine Bewertungssystematik in Form von Schulnoten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ wurde vereinbart) um den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Orientierung über die Qualität der angebotenen Leistungen zu vereinfachen.

c) Qualitätsstandards

Im Bereich der Pflegebedürftigkeit ist es wichtig, dass die Qualitätsstandards für Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Infrastruktur, dem Personal und der Art der Erbringung definiert und verbessert werden. Als Folge lassen sich institutionelle oder geografische Schwankungen bei der Qualität der Dienstleistungen verringern. Dadurch wird sachgemäße Langzeitpflege garantiert. In der Tschechischen Republik sind die nationalen Qualitätsstandards im Gesetz „Social Services Act 2006“ definiert und ihre Einhaltung wird durch Inspektionen der Sozialdienste überwacht³³. In Lettland gibt es ebenfalls festgelegte Qualitätsstandards und der Verantwortungsbereich von Gesundheitspersonal, Patienten und Leistungsempfängern wurde vergrößert. Dies geschah mit der Absicht, die Qualität in der Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten und Pflegeleistungen, einschließlich der vorbeugenden Pflege, an die veränderten Bedürfnisse der Gesellschaft und des einzelnen Patienten anzupassen.³⁴ In Deutschland wurde im Pflege und Weiterentwicklungsgesetz von 2008 bestimmt, dass zukünftige Expertenstandards in der Pflege auf gesetzlicher Grundlage in der Verantwortung der Vereinbarungspartner der Pflegeselbstverwaltung wissenschaftlich erarbeitet werden, welche den professionell Pflegenden Unterstützung, Sicherheit und praktische Expertise im Pflegealltag bietet. Bereits im Jahr 2005 wurde die „Charta der Rechte der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen“ beschlossen, welche die Rolle und die Rechtsstellung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen stärkt und interne „Qualitätsprinzipien“ beinhaltet.

d) Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung ist innerhalb der sozialen Dienste von begrenzter Bedeutung, da sie darauf abzielt, Fehler zu entdecken und Forderungen umzusetzen. Aktives Qualitätsmanagement hingegen würde darauf abzielen, die Qualität der Dienstleistungen zu planen, steuern und zu überwachen, um Fehler und ungewollte Folgen bestimmter Handlungen zu vermeiden. In vielen Mitgliedstaaten ist das Instrument der Qualitätssicherung daher noch nicht flächendeckend in die Praxis umgesetzt worden.

³³ M. HUBER, M. MAUCHER und B. SAK, *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*, Wien/Brüssel, European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC, 2008, 301-305, www.euro.centre.org/data/1216816977_32580.pdf

³⁴ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Lettland, 74-75, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/latvia_en.pdf

In Deutschland sind u.a. einrichtungsinterne Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zwingende Voraussetzungen für alle Pflegeeinrichtungen, um einen Zulassungsvertrag von den Pflegekassen zu erhalten. In Österreich wurde das Pilotprojekt „Qualitätssicherung im Pflegebedürftigkeits -Sektor“ und das Folgeprojekt „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ ins Leben gerufen. Im Rahmen dieser Projekte besuchte amtlich beauftragtes Personal mit dem nötigen Fachwissen in häuslicher Pflege und Kompetenzen im Bereich Beratung die Bewohner von Pflegeeinrichtungen, sammelten anhand eines standardisierten Fragebogens Daten zu konkreten Fallbeispielen in der Pflegesituation und leisteten Unterstützung für die pflegenden Angehörigen der bedürftigen Personen. Dieser Ansatz der Qualitätssicherung wurde zu einer Standarddienstleistung in ganz Österreich ausgebaut und im institutionalisierten und vergrößerten Rahmen angeboten.³⁵ In Polen besteht das wichtigste Instrument der Qualitätssicherung aus den strukturellen nationalen Qualitätsstandards (zum Beispiel das Feueralarmsystem, Rolltreppen, ausgebildetes Personal). Die stationären Pflegeeinrichtungen, die diesen Standards nicht entsprechen, müssen einen Plan zur Qualitätsverbesserung aufstellen.³⁶ In Litauen hat der Gesundheitsminister das Programm „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen 2005-2010“ (Healthcare Quality Assurance Programme for 2005-2010) verabschiedet, um eine hohe Gesundheits- und Lebensqualität der Bevölkerung zu garantieren, einen systematischen Ansatz zu mehr Qualität im Gesundheitswesen zu fördern, zu sichern und kontinuierlich zu verbessern und um die Aktivitäten in diesem Bereich besser zu koordinieren.³⁷

e) Selbstkontrolle

Die Selbstkontrolle von Fachpersonal ist ein Selbstverwaltungsmodell, das es dem Staat ermöglicht, Kontrolle über die Praktiken in den Berufen und Dienstleistungen des Landes auszuüben. Andere Mechanismen der Qualitätssicherung können diesem Grundsatzmodell bei der Weiterentwicklung der sozialen Dienste hinzugefügt werden. Darüber hinaus werden evidenzbasierte professionelle Ansätze entwickelt, um das Qualitätsrahmenwerk grundsätzlich zu verbessern.

B. Qualitätsmanagement und Exzellenzmodelle

Ziel des Qualitätsmanagements ist es, durch einen Entwicklungsprozess die Qualität der Produkte und Dienstleistungen sicherzustellen, während die Exzellenzmodelle darauf abzielen, die Qualität kontinuierlich zu verbessern. Sowohl beim Qualitätsmanagement als auch bei den Exzellenzmodellen wird als Bewertungsinstrument internes Qualitätsmanagement und die Zertifizierung durch Dritte angewendet. Zusätzlich werden im Zusammenhang mit Exzellenzmodellen jedoch noch andere Instrumente verwendet,

³⁵ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Österreich, 63-64, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/austria_en.pdf

³⁶ M. HUBER, M. MAUCHER und B. SAK, *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*, Wien/Brüssel, European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC, 2008, 301-305, www.euro.centre.org/data/1216816977_32580.pdf

³⁷ Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Litauen, 77-78, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/lithuania_en.pdf

darunter Sozial-Audits und Benchmarking. Als Beispiele für Qualitätsmanagement sind zu nennen: Internationale Organisation für Normung (EN ISO 9000ff.), Practical Quality Assurance System for Small Organisations (PQASSO) (Vereinigtes Königreich) und das sektorspezifische HKZ (Niederlande), KTQ, MuQ, QUOFHI (Deutschland). In den Niederlanden wurden vor kurzem durch die nationale Gesetzgebung die Standards und Verfahren für Qualitätskriterien in Pflegeeinrichtungen definiert. Diese basieren auf Qualitätsmanagement-Ansätzen und stellen die Verbraucherperspektive in den Vordergrund. Darüber hinaus gibt es Politikinitiativen zur Qualitätsverbesserung in der Pflegebedürftigkeit, die den strategischen Schwerpunkt auf Betreuungs- und Ausbildungsangebote für professionelles Pflegepersonal legen („*Zorg voor beter*“). Damit sollen in bestimmten Gegenden die Bereiche Pflege und Wohnungswesen ineinander integriert werden und mit Hilfe bestimmter Verfahren und Technologien die Effizienz von Interventionen in der Pflege verbessert werden.³⁸

Beispiele für Exzellenzmodelle sind das Total Quality Management (TQM), die European Foundation for Quality Management (EFQM) und das sektorspezifische Qualitätsmanagement für die Altenarbeit E-Qalin (Österreich, Deutschland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Slowenien und Tschechische Republik).

a) Zertifizierung durch Dritte

Zertifizierung durch Dritte ist ein Bewertungsinstrument mit dessen Hilfe Wettbewerbsvorteile in quasi-existierenden Märkten genutzt und ausgebaut werden können. Das Instrument wird auf freiwilliger Basis eingesetzt, bisher ist die Verwendung jedoch noch nicht sehr verbreitet. Zertifizierung durch Dritte stützt sich auf „klassische“ Qualitätsmanagementsysteme wie das EFQM-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) oder die Normen der Internationalen Organisation für Normung (ISO 9000 Serie). Da die Zertifizierung ursprünglich für die Bereiche Produktion und Handel entwickelt wurde, musste das Modell zunächst an die Rahmenbedingungen der Sozialdienste angepasst werden.

b) Weitere sektorspezifische Instrumente

Auch die Anbieter von Pflegedienstleistungen entwickeln auf europäischer Ebene untereinander Qualitätskriterien, Indikatoren und Normen und rufen sektorspezifische Initiativen ins Leben, mit denen auf lokaler, nationaler und europäischer Ebene Benchmarkings durchgeführt werden. Ansätze, die auf Qualitätsmanagement, Exzellenzmodellen und Benchmarking basieren, fassen langsam Fuß in Europa. In einigen Ländern (z.B. in den Niederlanden und Deutschland) werden Konzepte wie Qualitätsmanagement, ergebnisorientierte Ansätze und Transparenz gegenüber den Interessenvertretern bereits in staatlichen Behörden, im gemeinnützigen Sektor und in Finanz- und Aufsichtsbehörden angewendet. Dennoch befinden sich sowohl die Behörden

³⁸ M. HUBER, M. MAUCHER und B. SAK, *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*, Wien/Brüssel, European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC, 2008, 301-305, www.euro.centre.org/data/1216816977_32580.pdf

als auch die Anbieter von Pflegedienstleistungen bei der Definition und Analyse der Qualitätskriterien der Sozialdienste noch in der Erprobungsphase.

In Deutschland müssen zugelassene Pflegeeinrichtungen interne Qualitätsmanagementsysteme entwickeln, um die Qualität im institutionellen Rahmen sicherzustellen, gleichzeitig werden externe Kontrollen gemäß den national einheitlichen Prüfungsrichtlinien entwickelt und durchgeführt. Es sind die Anbieter hauptsächlich verantwortlich für die Qualitätssicherung (internes Qualitätsmanagement/Strukturen und Prozesse), während die Pflegekassen die Qualität der Pflegeleistungen sicherzustellen haben, die in den Einrichtungen erbracht werden (durchzuführende Leistungen/Ergebnisse) und ggf. Mängelbeseitigung oder soogar Sanktionen verhängen können.³⁹

³⁹ EUROPÄISCHE KOMMISSION, Langzeitpflege in der Europäischen Union, 22-23, http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf; Strategiebericht Sozialschutz und soziale Eingliederung, 2008-2010, Deutschland, 105, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/germany_en.pdf

IV. Pflegekoordination

Die Koordination der Pflege ist ein wesentliches Element, um einen hohen Qualitätsstandard der erbrachten Pflegeleistung, effizienten Einsatz der Ressourcen und auf die Bedürfnisse des Patienten/Nutzers zugeschnittene Behandlungen zu garantieren. Menschen, die auf Pflegebedürftigkeit angewiesen sind, brauchen eine Vielzahl von Dienstleistungen, über die individuell zu entscheiden ist. Anders als im medizinischen Bereich, wo anhand einer Diagnose und bewährter medizinischer Praktiken darüber entschieden wird, wie man den Bedürfnissen gerecht werden kann, ist es im sozialen Bereich nicht immer möglich, den Pflegebedarf allein anhand einer Diagnose der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Andere Faktoren wie die Ausstattung und Lage der Einrichtung, die Bereitschaft der Familienangehörigen, sie bei der Pflege zu unterstützen und die finanzielle Situation der Patienten haben ebenfalls Einfluss auf den Bedarf an Pflege. Die Pflege, die diesen Patienten zuteil wird, sollte immer mehrdimensional sein und viele verschiedene professionelle Bereiche der Pflegedienstleistungen abdecken. Folglich ist es für die Pflegekoordination wichtig, politische Strategien zur Verfügung zu haben, die einen patientenorientierten Ansatz in der Pflege ermöglichen und mit denen innerhalb der einzelnen Einrichtung, in der gesamten Pflegesituation und langfristig Kohärenz hergestellt werden kann. Die Dienstleistungen sollten daher besser an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Außerdem muss sichergestellt sein, dass der Nutzer in akuten Situationen adäquate Pflegeleistungen erhält und langfristig die Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Patienten unter kostengünstigen Bedingungen (im eigenen Zuhause) im Vordergrund steht.

Um mögliche Beeinträchtigungen in der Pflege zu antizipieren und Hindernisse zu überwinden, ist es notwendig, dass die Koordination auf nationale, regionale und lokale Behörden und Dienste ausgeweitet wird. Schwierigkeiten können sich allerdings dadurch ergeben, dass für die Finanzierung verschiedener Dienstleistungen auf unterschiedliche Budgets zurückgegriffen wird. Auch die Organisation der Leistungserbringung und die vielen unterschiedlichen Träger im Gesundheitswesen und der Sozialfürsorge können Probleme bereiten. Pflegekoordination ist dann erfolgreich, wenn die medizinischen, pflegerischen und sozialen Dienste so aufeinander abgestimmt sind, dass sie den spezifischen Bedürfnissen der individuellen Nutzer/Patienten entsprechen. Um dies zu erreichen sind zwei Faktoren von Bedeutung: Die koordinierte Erbringung von Dienstleistungen und besseres Management von Transfers des Pflegeumfeldes (eigenes Zuhause, Krankenhaus und Pflegeheim). In verschiedenen Ländern wird derzeit auf nationaler Ebene eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um zwischen den verschiedenen Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens effizienter zusammenzuarbeiten.

IV.A. Evaluierung der Bedürftigkeit

In einer Vielzahl von Ländern sind die Zuständigkeitsgrenzen zwischen Gesundheits- und sozialen Diensten verschwommen. Historisch betrachtet wurden Gesundheits- und Sozialfürsorge jedoch von jeher durch unterschiedliche Institutionen organisiert und die Leistungen von unterschiedlichem Fachpersonal erbracht, wobei sich in beiden Bereichen

spezialisierte Dienste herausgebildet haben. In den meisten europäischen Ländern verursacht diese Trennung zwischen Gesundheits- und sozialen Diensten Probleme wenn es darum geht, Pflegedienstleistungspakete für die Betroffenen zu koordinieren. Aus Sicht der Pflegebedürftigkeit auf europäischer Ebene besteht die Notwendigkeit, gesetzliche und regulatorische Klarheit zu schaffen und ein Regelwerk aufzustellen, mit dem die Hindernisse, die eine Trennung der beiden Systeme mit sich bringt, überwunden werden können. Seit kurzem werden in einigen Ländern Maßnahmen zur Integration von Gesundheits- und Sozialfürsorge umgesetzt.

In fast allen Mitgliedstaaten existieren Systeme, mit dem der Bedarf an Pflegebedürftigkeit, den ein Antragsteller einfordert, überprüft und bewertet wird. Die einzige Ausnahme scheint in dieser Hinsicht Norwegen zu bilden, wo keine formelle Kontrolle und Evaluierung des Bedarfs stattfindet. Die Evaluierung des Bedarfs wird durch medizinisches Fachpersonal wie Ärzte, Krankenpfleger und Sozialarbeiter vorgenommen. Einige der Mitgliedstaaten haben diese Aufgaben an Institutionen übertragen und zu diesem Zweck staatliche Einrichtungen gegründet (z.B. die Niederlande und Bulgarien). Andere Länder (Tschechische Republik, Polen, Spanien) haben ein Zulassungssystem eingeführt.

Die Indikatoren, die für die Bewilligung von Pflegebedürftigkeit erfüllt sein müssen, stützen sich auf die folgende (verkürzte) Definition von Pflegebedürftigkeit: „...die Fähigkeit einer Person, Aktivitäten des täglichen Lebens verrichten zu können“. Viele der Mitgliedstaaten (darunter Frankreich, Deutschland, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Spanien, Schweiz) legen jedoch zusätzliche (detailliertere) Indikatoren und Klassifizierungen zugrunde.

IV.B. Leistungspaket

Tabelle 3: Versorgungsbereich und Wahlmöglichkeiten (Leistungen)

INTERDISZIPLINÄRER ANSATZ (Sach- und/oder Geldleistungen?)	ORGANISATION (Wahlfreiheit bei Anbieter / Ausgaben / Leistungen)	MITGLIEDSTAATEN
Nur Sachleistungen	Nur staatlich	/
	Nur private Institutionen und/oder nicht-gewerbsmäßige Pflegekräfte	/
	Kombination öffentlicher und privater Institutionen und Pflegekräfte	DK, EE, FR, IS, LV
Nur Geldleistungen	Wahlfreiheit, wie die Zuwendungen ausgegeben werden dürfen	BE
	Keine Wahlfreiheit, wie die Zuwendungen ausgegeben werden dürfen	/
Kombination von Sach- und Geldleistungen	Möglichkeit, eine Leistung zu wählen und/oder zu kombinieren und/oder beide Leistungen zu ersetzen	CY, IE, LU, MT, NL, PL, RO, SK, SI, SE, CH, DE
	Keine Möglichkeit, eine Leistung zu wählen und/oder zu kombinieren und/oder beide Leistungen zu ersetzen	BG, CZ, FI, GR, HU, IT, LT, NO, PT, ES, UK, AT, LI

Um den materiellen und finanziellen Herausforderungen, die mit dem sozialen Risiko der Pflegebedürftigkeit verknüpft sind, begegnen zu können, müssen Mitgliedstaaten einen spezifischen Ansatz für die Erbringung von Leistung entwickeln. Das bedeutet zunächst, dass der Mitgliedstaat sich für eine Art der Leistung entscheidet (Sach- und/oder Geldleistung?).

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie der Mitgliedstaat die Leistung gegenüber der Person, die Anspruch auf Pflegebedürftigkeit hat, erbringt. Hat sich der Staat für die Erbringung von Sachleistungen entschieden, müssen entweder staatliche Dienste eingerichtet und organisiert werden (häusliche Pflege, [Teil-]Stationäre Pflege, andere Dienste) oder diese gesetzlichen Pflichten an private und/oder nicht-gewerbsmäßige Institutionen übertragen werden, die durch staatliche Haushaltsmittel finanziert werden. Von wesentlicher Bedeutung in dieser Hinsicht ist das Recht der Leistungsempfänger auf Hilfe in Form von Sachleistungen (materielle Dienstleistungen), die durch staatliche oder staatlich beauftragte Institutionen bereitgestellt werden. Es ist beachtlich, dass kein Mitgliedstaat sich ausschließlich für Sachleistungen entschieden hat, die *entweder* von staatlichen *oder* von privaten Institutionen erbracht werden. In den vier Ländern, in denen ausschließlich Sachleistungen vergeben werden (Dänemark, Estland, Island und Lettland),

werden die Leistungen in einer Kombination von öffentlichen und privaten Institutionen erbracht.

- Ein gutes Beispiel hierfür bietet Estland (EE): das universelle Pflegesystem sieht (ausschließlich) Sachleistungen vor. Im Rahmen des Sozialhilfeprogramms haben Leistungsempfänger Anspruch auf (1) häusliche Pflege (z.B. Putz- und Haushaltshilfe, Hilfe bei Einkäufen, Ausgabe von Medikamenten, andere Güter des täglichen Bedarfs und Brennholz oder Treibstoff, Informationsangebote und Unterstützung bei Verwaltungsaufgaben), (2) Teilstationäre Pflege (z.B. Tageseinrichtungen), (3) Stationäre Pflege (z.B. Pflegeheime, Altenheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen) und/oder (4) andere Leistungen (z.B. technische Geräte [einschl. Prothesen], die durch staatliche oder lokale Gesundheitsbehörden finanziert werden).

Am anderen Ende der Skala stehen Mitgliedstaaten mit Modellen, in denen ausschließlich Geldleistungen erbracht werden.

- Für dieses Vorgehen gibt es nur ein Beispiel und das ist Belgien (BE; Flämische Region). Das Programm (*zorgverzekering*) sieht eine Pauschalvergütung vor, über die der Leistungsempfänger frei verfügen kann. Die materielle Versorgung erfolgt durch private Pflegedienstleister oder der betroffenen Person nahe stehende Personen (nicht-gewerbsmäßiges Pflegepersonal).

In der Mehrzahl der Mitgliedstaaten existieren Modelle mit einer Kombination aus Geld- und Sachleistungen, was in den meisten Fällen auf einen differenzierten Ansatz im gesetzlichen Regelwerk zurückzuführen ist (siehe Tabelle 1, S.7 – Es besteht eine erkennbare Korrelation (86,67%) zwischen nicht-integrierten gesetzlichen Regelwerken⁴⁰ und der Erbringung von sowohl Geld- als auch Sachleistungen). Dass beide Formen der Leistung nebeneinander existieren, ist auf nicht-integrierte Systeme zurückzuführen und auch der Tatsache geschuldet, dass sich die Leistungen aus verschiedenen Bereichen der sozialen Sicherheit (Sozialversicherung) und/oder Sozialhilfe zusammensetzen. Dies kann sogar dazu führen, dass es nicht mehr möglich ist, zwischen Sach- und Geldleistung zu unterscheiden oder die eine durch die andere Leistung zu ersetzen.

- Deutlich wird dies am Pflegebedürftigkeits-Ansatz Norwegens (NO). Das Modell (das nur bruchstückhafte Gesetzesregelungen, hauptsächlich aus dem Gesundheitswesen aufweist) stützt sich schwerpunktmäßig auf Sachleistungen, die durch formelles Pflegepersonal (aus dem öffentlichen und privaten Sektor) und nicht-gewerbsmäßige Pflegepersonen (Ehegatten, Partner, Eltern) erbracht werden. Neben der Hilfe in Form von Sachleistungen gibt es (minimale) Geldleistungen wie die Grundbeihilfe und Betreuungsbeihilfe für Menschen mit Behinderungen. Anspruchsberechtigte Personen haben nicht die Möglichkeit, zwischen beiden Leistungsarten zu wählen

⁴⁰ Damit ist gemeint, dass das System eines Mitgliedstaats keine universelle/zentralistische Gesetzgebung hat, die sich ausschließlich auf das Langzeitpflegerisiko bezieht, sondern nur bruchstückhafte Regelungen aus verschiedenen Bereichen aufweist (Sozialversicherung und/oder Sozialhilfe).

und/oder miteinander zu kombinieren. Für die nicht-gewerbsmäßigen Pflegekräfte gewährt der Staat eine Zuwendung/Beihilfe, die durch die Gemeindeverwaltung ausgezahlt wird.

Doch nicht alle Mitgliedstaaten enthalten ihren Bürgern das Recht vor, mehrere Leistungen miteinander zu kombinieren und/oder die eine durch die andere Leistung zu ersetzen.

- In den Niederlanden (NL) gibt es ein universelles Pflegesystem (basierend auf der Sozialversicherung und dem Gesundheitswesen), in dem sowohl Sach- als auch Geldleistungen gewährt werden. Die Gesetzgebung sieht schwerpunktmäßig zwar Sachleistungen vor, räumt den Versicherten aber die Möglichkeit ein, sich gegen Sachleistungen und für ein personalisiertes Budget zu entscheiden, mit dem der Leistungsempfänger selbständig Pflegedienstleistungen einkaufen kann.
- In Deutschland (DE) kann der Pflegebedürftige frei zwischen Geld- und Sachleistungen wählen. Die Sachleistungen könne von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen oder Einzelpflegekräften, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, erbracht werden. Stellt der Pflegebedürftige seine Pflege selbst sicher, kann er ein Pflegegeld erhalten, um die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherzustellen. Eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen ist möglich.

IV.C. Leistungsgewährung

In allen Ländern erhalten Pflegebedürftige Hilfe bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens (zusammen mit einfacheren Pflegeleistungen). Die Dienstleistungen werden von formellen und informellen (nicht-gewerbsmäßigen) Pflegern erbracht. Alle Mitgliedstaaten außer Ungarn kennen sowohl die formelle als auch die informelle Pflege. In der Schweiz und in Deutschland ist die informelle Pflege bei medizinischer Behandlung jedoch ausgeschlossen.

In Bezug auf professionelle Anbieter ist in den meisten Mitgliedstaaten die Pflege durch folgende Organisationen erlaubt: (1) Staatliche Institutionen, (2) Privatsektor (teilweise vertraglich beauftragt durch die Stadt- oder Gemeindeverwaltungen) und/oder (3) Nichtstaatliche Organisationen. Eine Kombination aus allen drei Anbietern ist als Modell weit verbreitet. Einige wenige Mitgliedstaaten beschränken die Pflegeleistung auf die eine oder andere Form der Pflege (in Italien werden Pflegedienstleistungen, neben der Pflege durch Angehörige, allein durch den Staat erbracht).

In einigen Ländern wird Pflegebedürftigkeit zunehmend als ein Aspekt eines weiter gefassten „integrierten“ Ansatzes verstanden, der auch Präventiv-Maßnahmen, aktives Altern, Sozialhilfe, Förderung der Selbständigkeit, Gesundheitsfürsorge und die Versorgung sterbender alter Menschen (end-of-life care) einschließt. Um die Leistungen in integrierter Form erbringen zu können, wurden in einigen Ländern nationale Strategien und Prioritäten entwickelt. Pflegebedürftigkeit wird normalerweise auf regionaler Ebene vom Staat delegiert und ausgeführt (Deutschland, Spanien, Schweden, Vereinigtes Königreich). Durch

Rahmenverträge, die wie in Deutschland zwischen Versicherern und Anbietern geschlossen werden, können dieselben Ziele erreicht werden. Integration von Langzeitpflegedienstleistungen kann entweder durch einzelne zentrale Stellen oder lokale Bewertungsteams stattfinden (Deutschland, Niederlande, Vereinigtes Königreich) oder durch Dezentralisierung und Integration auf regional und lokaler Ebene (Spanien, Schweden, Vereinigtes Königreich). Viele Länder befinden sich in der Umstrukturierungsphase auf integrierte Pflegebedürftigkeit (Ungarn, Lettland, Malta, Polen) oder haben diesen Prozess bereits abgeschlossen (Belgien, Deutschland, Spanien, Finnland).

In den Niederlanden wird im Bereich Pflegebedürftigkeit die Notwendigkeit diskutiert, die Dienstleistungen zu integrieren und der Frage nachgegangen, wie man den zunehmend komplexen Anforderungen an die Pflege, die die Betroffenen benötigen, begegnen kann. Eine Möglichkeit der integrierten Pflege besteht darin, Dienste gemeinsam zu erbringen oder Organisationen zusammenzulegen. Die Integration der Pflegedienstleistungen hat bereits zu einer Welle von Fusionen zwischen einzelnen Anbietern häuslicher Pflege, zwischen Anbietern häuslicher Pflege und Anbietern institutioneller Einrichtungen (Patienten- und Pflegeheime) und zwischen einzelnen Anbietern institutioneller Einrichtungen geführt.

In Portugal hat in der Pflegebedürftigkeit eine weit reichende Reform stattgefunden. Integrierte Pflege wird durch eine Vielzahl interdisziplinärer Dienste garantiert: Genesungseinrichtungen, Zentren zur mittelfristigen Rehabilitation, Einrichtungen für Langzeitunterbringung, Palliativmedizinische Zentren, Tageseinrichtungen und Einrichtungen zur Förderung der funktionalen Selbständigkeit, Entlastungsmanagement-Teams, Krankenhaus-Teams zur Unterstützung in der Palliativpflege, Teams für die integrierte kontinuierliche Pflege und Community-Teams zur Unterstützung in der Palliativpflege. Das so geschaffene Netzwerk gewährleistet Kontinuität zwischen Pflege im Gemeinwesen, akute Pflege von Patienten in Krankenhäusern und sozialer Hilfestellung. Dadurch kommt es zu einer Ergänzung der Grundversorgung in der Pflege und in der spezialisierten Krankenhauspflege. Durch die erreichte Flexibilität kann das System an die unterschiedlichen Anforderungen innerhalb eines Landes angepasst werden.⁴¹ Ein ähnliches Konzept zur integrierten Versorgung gibt es auch in Deutschland.

IV.D. Case oder Care Management

Case oder Care Management ist ein umfassender und systematischer Prozess zur Bewertung, Planung, Organisation, Koordination und Überwachung von Langzeitpflegediensten über einen langen Zeitraum, in einer bestimmten Einrichtung und innerhalb einer bestimmten Branche bzw. Disziplin. Die angewendeten Methoden orientieren sich hauptsächlich an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Patienten. In einigen europäischen Ländern ist das Prinzip des Case oder Care Management hinreichend bekannt, so zum Beispiel in den Niederlanden, im Vereinigten Königreich, Deutschland, Österreich,

⁴¹ EUROPÄISCHE KOMMISSION, *Langzeitpflege in der Europäischen Union*, http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf

Italien, Frankreich und den Skandinavischen Ländern.⁴² Es wird als Mechanismus betrachtet, Teile eines Dienstleistungssystems miteinander zu verbinden und koordinieren, um ein möglichst umfassendes Modell zu schaffen, mit dem man den individuellen Pflege-Bedürfnissen der Patienten gerecht werden kann.

Aktivitäten des Case oder Care Management werden von einem individuellen Case oder Care Manager oder von einem Team aus Fachkräften des Gesundheitswesens oder der Sozialdienste ausgeführt. Case oder Care Management wird oft im organisatorischen Umfeld angewendet (z.B. in unabhängigen lokalen oder regionalen Einheiten, die formell oder informell für die „Vermittlung“ von Langzeitpflegedienstleistungen zuständig sind; bei Versicherungsträgern oder anderen Leistungsträgern; in Einrichtungen verschiedener Anbieter wie Organisationen für häusliche Pflege, in Kliniken oder Krankenhäusern oder in Einrichtungen des betreuten Wohnens).

Case oder Care Management kann als Konzept allein funktionieren, lässt sich aber auch mit verwaltungstechnischen und Aktivitäten des Kundenmanagement kombinieren, zum Beispiel wenn es Bestandteil einer Behandlungskette ist („chain of care“).⁴³ Die Pflegekoordination ist eine wesentliche Voraussetzung für ein hohes Maß an Qualität und eine effiziente Nutzung der Ressourcen bei der Erbringung von Langzeitpflegeleistungen innerhalb einer Einrichtung oder Gemeinschaft. Pflegekoordination garantiert adäquate Kontinuität der Pflege unabhängig von der Organisation und davon, auf welcher Ebene die Langzeitpflegeleistung erbracht wird (lokal, regional, national). Oftmals kommt den Anbietern von Pflegeleistungen die Rolle zu, die individuellen Bedürfnisse zu ermitteln und auf dieser Grundlage einen ganzheitlichen Ansatz zu erstellen, durch den ein koordiniertes, auf den Bedarf zugeschnittenes und patientenorientiertes Pflegekontinuum garantiert ist. Es gibt den berechtigten Einwand, dass es kein Modell für ein Pflegekontinuum geben kann, da jeder Patient individualisierte Versorgung benötigt, die auf seine Bedürfnisse zugeschnitten ist. Pflegekoordination ist ein entscheidender Faktor, um dem einzelnen Patienten ein Pflegekontinuum zu bieten; es ist daher das Ziel der Pflegekoordination, einheitliche und koordinierte Pflegedienstleistungen zu erbringen.⁴⁴

Case oder Care Management hat drei Ziele: Verbesserung der Nutzungsmöglichkeiten von Unterstützungs- und Dienstleistungsangeboten für Kunden, Entwicklung von sozialen Netzwerken und Diensten zur Förderung des Wohlbefindens des Kunden und Förderung der Effizienz und Effektivität der Pflegedienstleistung.⁴⁵ Bei diesem Ansatz geht es darum, Dienstleistungen für bestimmte Zielgruppen zu bieten. Es ist aber kein Mechanismus, um alle Formen von Pflegeleistungen für Personen zu erbringen, die Unterstützung bei Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen.⁴⁶ Case oder Care Management ist so ausgelegt, dass es nicht nur auf der individuellen Kundenebene Auswirkungen zeigt, sondern auch auf Systemebene. Dies geschieht durch eine Vielzahl von unzähligen kleinen

⁴² K. LEICHSENRING, „Developing integrated health and social care services for older persons in Europe“, *International Journal of Integrated Care* 2004, 6-7.

⁴³ The role of informal support in long-term care, *Joshua Wiener*

⁴⁴ The OECD Health Project, Long-term Care for Older People, OECD 2005

⁴⁵ *Vorwort David Challis: Achieving coordinated and integrated care among LTC services: the role of care management* 145

⁴⁶ *Vorwort David Challis: Achieving coordinated and integrated care among LTC services: the role of care management* 147

Entscheidungen zu Pflegeleistungen auf individueller Ebene, die in der Masse Druck ausüben und das Muster für die Erbringung von Leistungen verändern. Ein implizites Ziel dieses Ansatzes ist es, dass diese Muster für die Leistungserbringung im Hinblick auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten an Bedeutung zunehmen.

Case oder Care Management wird in verschiedenen Umgebungen eingesetzt, darunter Fachabteilungen und Einheiten für soziale Dienste, Krankenhäuser, interdisziplinäre geriatrische und psychiatrische Teams, primäre Gesundheitsversorgung, unabhängige Behörden und unabhängige Akteure. Die Einsatzmöglichkeiten unterscheiden sich von Land zu Land. Wenn Case oder Care Management wirksam eingesetzt werden soll, ist es wichtig, eine adäquate Umgebung zu identifizieren, um es dort für Patienten mit unterschiedlichen Bedürfnissen einzusetzen.

Es gibt Fälle, da erweckt Case oder Care Management den Eindruck, der Schwerpunkt der Kernaufgaben liege bei der Verwaltung (einschließlich der Vermittlung und Zuweisung der einzelnen Dienstleistungen) anstatt bei der Integration dieser Aufgaben in die Bereiche Betreuung und Beratung/Seelsorge (wofür Personal mit sozialer Kompetenz benötigt wird). Bei einem anderen Ansatz des Case oder Care Managements wird davon ausgegangen, dass das Personal unterschiedliche Berufe für unterschiedliche Kunden ausübt, für die eine Gruppe von Kunden fungiert der Mitarbeiter als Sozialarbeiter, für andere als Care Manager.

Um dem Kunden durchgehend Kontinuität in den Verantwortungsbereichen während aller Phasen seiner „Karriere“ in einer Einrichtung zuzusichern, könnten Case oder Care Manager für die kontinuierliche Überwachung und Nachprüfung verantwortlich gemacht werden, die einsetzt, sobald ein Kunde in eine Einrichtung eintritt.

In vielen Ländern sind das Gesundheitswesen und die Sozialfürsorge getrennte Institutionen. Dies macht den Transfer von Patienten von einem System in das andere nicht einfacher und erschwert außerdem eine kontinuierliche und ganzheitliche Patienten-Nachsorge. Dies hat wiederum negative Auswirkungen auf den Zugang zu Pflege und die Qualität. Es wird davon ausgegangen, dass bessere Pflegekoordination positive Auswirkungen auf die Qualität der Pflegedienstleistung und die finanzielle Tragfähigkeit hat, da übermäßiger Gebrauch und unnötige Pflegeleistungen vermieden werden, insbesondere Dopplungen im Verfahren.⁴⁷

In den Mitgliedstaaten ist eine Vielzahl von Initiativen auf den Weg gebracht worden, um das Konzept der Pflegekoordination zu fördern. In vielen Mitgliedstaaten wurde erkannt, dass es besonders wichtig ist, dass sich Patienten bei ihrem Allgemein- bzw. Hausarzt registrieren lassen, der als erste Schnittstelle für den Zugang zu den Diensten des Systems fungiert. Der Hausarzt übernimmt die Präventiv- und Heilbehandlung und agiert als professioneller Berater, wenn es um Überweisungen zu anderen (adäquaten) Pflegedienstleistungen geht. Der Hausarzt entscheidet über die Zahl der Anlaufstellen, an denen ein Patient vorstellig werden muss und in welcher Reihenfolge dies erfolgt. Durch dieses System der Überweisung durch den Allgemeinarzt werden Pflegeleistungen in der folgerichtigen Reihenfolge in Anspruch genommen.

⁴⁷ Ausschuss für das Statistische Programm (ASP) Health care & LTC review, final, 30 Nov. 2005 15

In Belgien wurde bereits eine patientenorientierte Form der Pflege etabliert. Für Langzeitpatienten gibt es eine Vielzahl an Alternativen, doch aus Mangel an Information oder Koordination wird nicht immer von den am besten geeigneten Formen der Pflege Gebrauch gemacht. Aus diesem Grund gibt es die staatlich anerkannten Dienstleistungszentren ISD („Integrated Service for Care at Home“/„Service Intégré de Soins à Domicile“), die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Diensten und für Personen organisieren, die auf komplexe Formen der Pflege angewiesen sind. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht es, den Grad der Selbständigkeit des Patienten im Kontext der häuslichen Pflege zu bewerten, einen Pflegeplan zu entwickeln und dessen Einhaltung zu überprüfen und die verschiedenen Aufgaben der unterschiedlichen Dienstleister aufzulisten. In der Region Wallonien gibt es außerdem Koordinationszentren für häusliche Pflege und Dienstleistungen, deren Aufgabe es ist, eine im Wortsinn bestmögliche Form der Gesundheitsfürsorge und Pflege zu gewährleisten, so dass bedürftige Personen weiterhin in ihren eigenen vier Wänden wohnen können (Haushaltshilfe, Familie, soziale Dienste etc.).

Mit der Einführung der sog. Pflegestützpunkte in Deutschland entsteht ein Rechtsanspruch der pflegebedürftigen Personen auf eine individuelle, umfassende Pflegeberatung, der auf das Case-Management ausgerichtet ist. In den Pflegestützpunkten werden den Rat und Hilfe suchenden Betroffenen die einschlägigen Sozialleistungen erläutert und vermittelt sowie die Inanspruchnahme begleitet.

In Modellregionen in Österreich erhalten Leistungsempfänger von Pflegebedürftigkeit gemäß Bundesgesetz zusammen mit dem Bescheid über die Bewilligung von Pflegeleistungen (bzw. zusammen mit der Eingangsbestätigung des Antrags) einen Gutschein für eine kostenlose Beratung durch eine ausgebildete Pflegekraft. Die in den Regionen registrierten Einwohner werden im Rahmen eines Hausbesuchs über das Angebot an sozialen Diensten und Langzeitpflegeleistungen informiert. Außerdem erhalten die Antragssteller von Pflegedienstleistungen (Haushaltshilfe, Essen auf Rädern etc.) und ihre Angehörigen im Rahmen eines Case-Managements eine umfassende Beratung in einer Beratungseinrichtung für häusliche Pflege. Im August 2006 wurde zudem eine Internetplattform für pflegende Angehörige eingerichtet, um die betroffenen Personen in ihrem Alltag ausreichend mit Informationen zu versorgen. Pflegende Angehörige erhalten Informationen zu Langzeitpflegedienstleistungen, Sozialgesetzgebung und Arbeitsrecht für Pfleger, mobilen sozialen Diensten, technischen Geräten zur Unterstützung bei der Pflege, Therapieformen in der häuslichen Umgebung, Kursangeboten und Selbsthilfegruppen, finanziellen Zuwendungen und zu weiterführender Pflege in Einrichtungen. Sie erhalten außerdem regelmäßig Informationen zu Entlastungsangeboten wie Erholungsurlaube für pflegende Angehörige, temporäre Pflege und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten⁴⁸.

In Lettland werden die Mitarbeiter der sozialen Dienste in den lokalen Verwaltungen von den Hausärzten über die Pflegefälle in Kenntnis gesetzt. Auf dieser Grundlage und unter Berücksichtigung aller weiteren Dokumente, die über die Bedürftigkeit Auskunft geben,

⁴⁸ http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/austria_en.pdf

bewerten sie den Bedarf an sozialen Diensten. Wird Bedarf festgestellt, findet ein Teammeeting von verschiedenen Fachleuten statt und zusammen mit Fachpersonal des Gesundheitswesens wird entschieden, ob und wie oft Dienstleistungen gewährt werden, um bestmögliche Ergebnisse zu erreichen.