

Pflegebedürftigkeit : Einführung

Die Pflegebedürftigkeit ist seit Dezember 2001¹ eines der Themen der offenen Methode der Koordinierung (OMC), die vom Europäischen Rat und den Staaten der Europäischen Union unter Mithilfe der Kommission entwickelt wurde². Die von den einzelnen Staaten in diesem Zusammenhang erstellten Länderberichte befassen sich mit der Analyse der Politik, Strategien und zukünftigen Entwicklungen innerhalb eines größeren wirtschaftlichen Rahmens. Sie beschreiben zudem die Herausforderungen, mit denen sich die einzelnen Systeme der Sozialen Sicherung konfrontiert sehen, die laufenden Reformen und die mittelfristigen politischen Ziele. Auch das Gesundheitswesen im Allgemeinen wird in den OMC-Berichten behandelt. Bei der Erstellung der Berichte finden die Richtlinien des Europarates bezüglich eines universellen Zugangs zu den Gesundheitsdiensten, einer hohen Qualität der Dienste und der nachhaltigen Finanzierbarkeit der Systeme Anwendung. In einem zusätzlichen Bericht für die Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung und soziale Angelegenheiten³, wird untersucht, wie sich die verschiedenen Hypothesen zu Demographie, Pflegebedürftigkeit und Erwerbsunfähigkeit, formeller und informeller Pflege sowie den Kosten für die Pflege auf die zukünftigen Ausgaben bei Pflegebedürftigkeit auswirken können. Dieser Bericht befasst sich mit den Ländern Deutschland, Spanien, Italien und dem Vereinigten Königreich.

Dieses MISSOC-Info verfolgt ein anderes Ziel. Wie andere MISSOC-Infos⁴ auch, enthält diese Ausgabe die von den Mitgliedsstaaten des MISSOC-Netzwerkes erstellten Berichte, die einen

¹ Publikationen auf der Eu-Ebene : Professor Josef Pacolet : „Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit im Alter in den 15 Mitgliedsstaaten der EU und Norwegen“, zusammenfassender Bericht, Europäische Kommission, Beschäftigung und soziale Angelegenheiten, Thema: Soziale Sicherheit und soziale Integration (1998). Im Bericht wurde geprüft, ob die deutsche Lösung eines Sozialversicherungssystems als Beispiel dienen könne und welche Auswirkungen dies auf den Rest der 15 EU-Mitgliedstaaten haben würde. European Policy Committee, “Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances”. Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen der Europäischen Kommission: Brüssel 2001; Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, “Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern”, KOM (2001) 723 endgültig.

² Artikel 2 des Vertrages stellt fest: “The Community shall have as its task, by establishing a common market and an economic and monetary union and by implementing common policies ... to promote throughout the Community ...a high level of employment and of social protection ...” Die Mitteilung der Kommission: eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes” (KOM(99)347 endgültig) macht daher die Garantie einer umfassenden und nachhaltigen Gesundheitsversorgung zu einer der vier Prioritäten der europäischen Zusammenarbeit im Bereich der sozialen Sicherung. In seiner abschließenden Erklärung vom 29. November 1999 bestätigte der Rat die in der Bekanntmachung genannten Ziele und forderte die Entwicklung der europäischen Zusammenarbeit in diesem Bereich, in dem die Gesundheitssysteme und die Verfahren zur Finanzierung der Systeme in den Zuständigkeitsbereich der nationalen Regierungen fallen.

³ A. Comas-Herrera und R. Wittenberg, “European study of long-term care expenditure”, Bericht an die Europäische Kommission, Generaldirektion für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten, Berichtsnummer VS/2001/0272, PSSRU Diskussionspapier 1840, Februar 2003

⁴ MISSOC-Infos werden unter http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc.de.htm veröffentlicht.

umfassenden Überblick über die Gesetze bezogen auf Pflegebedürftigkeit in den 29 Mitgliedsstaaten des MISSOC-Netzwerks im März 2006 geben. Obgleich die Berichte zeigen, dass die Pflegebedürftigkeit in den meisten Ländern ein politisches Thema ist, wird deutlich, dass eine Intervention des Gesetzgebers nicht in allen Ländern als notwendig betrachtet wird.

Im Folgenden werden wir uns kurz mit der demographischen Entwicklung in Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit befassen. Danach wird Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Gesetzgebung inklusive der schwierigen Aufgabe, Pflegebedürftigkeit zu definieren, diskutiert, um anschließend wichtige Gesichtspunkte der Pflegebedürftigkeit, wie die Organisation der Leistungen, die Leistungserbringung und die Qualitätssicherung in den verschiedenen Ländern zu beschreiben. Schließlich wird ein Überblick über den aktuellen Stand der Diskussion gegeben.

Demographische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit

Die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter. Pflegebedürftigkeit kann dabei viele verschiedene Dinge umfassen, kann jedoch auch als ein Zustand beschrieben werden, der chronisch ist oder gesundheitliche Einschränkungen zur Folge hat, die eine Pflege oder ständige Betreuung erforderlich machen.

In den nächsten 20 Jahren wird der Anteil der Bevölkerung über 80 Jahre in einigen Ländern erheblich steigen. Europaweit ist mit einem Anstieg um nahezu 60 % zu rechnen, wie Abbildung 1 zeigt.

Selbst wenn diese Vorausschätzung für die nächsten 20 Jahre nur sehr grob sein kann, so zeigt sie dennoch einen Trend, der schwerwiegende Auswirkungen auf die Alterssicherung, die Gesundheitsversorgung und auf die Versorgung von Pflegebedürftigen haben wird. Zum einen ist hier die direkte Versorgung zu nennen: Konkret wird der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften ebenso wie an Haushaltshilfen stark steigen, und es stellt sich insbesondere in den Ländern mit sehr großen Wachstumsraten der älteren Bevölkerung (beispielsweise in Zypern wird sich diese Altersgruppe mehr als verdoppeln) die Frage, wie Versorgung mit diesen Leistungen sicher gestellt werden kann.

⁵ Vgl. OECD, Studie über "Long-term care for older people" als einem der Elemente des Gesundheitsprojekts, OECD, Paris, 2005.

Abbildung 1:

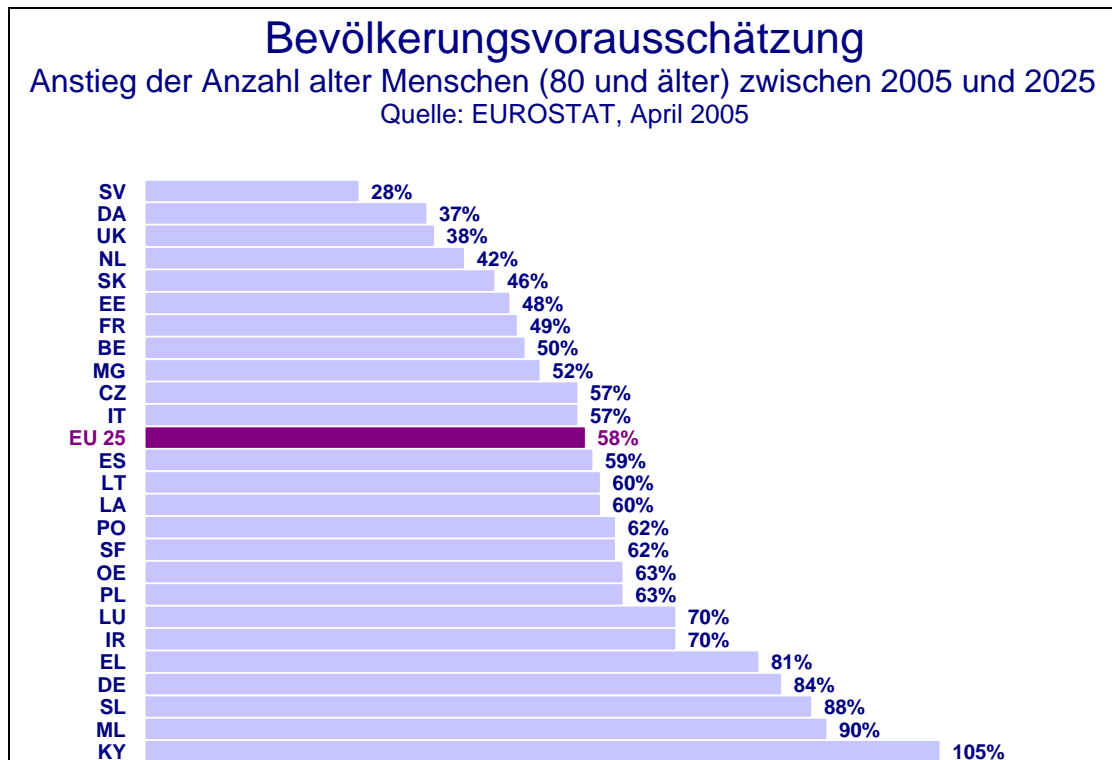


Abbildung 2:

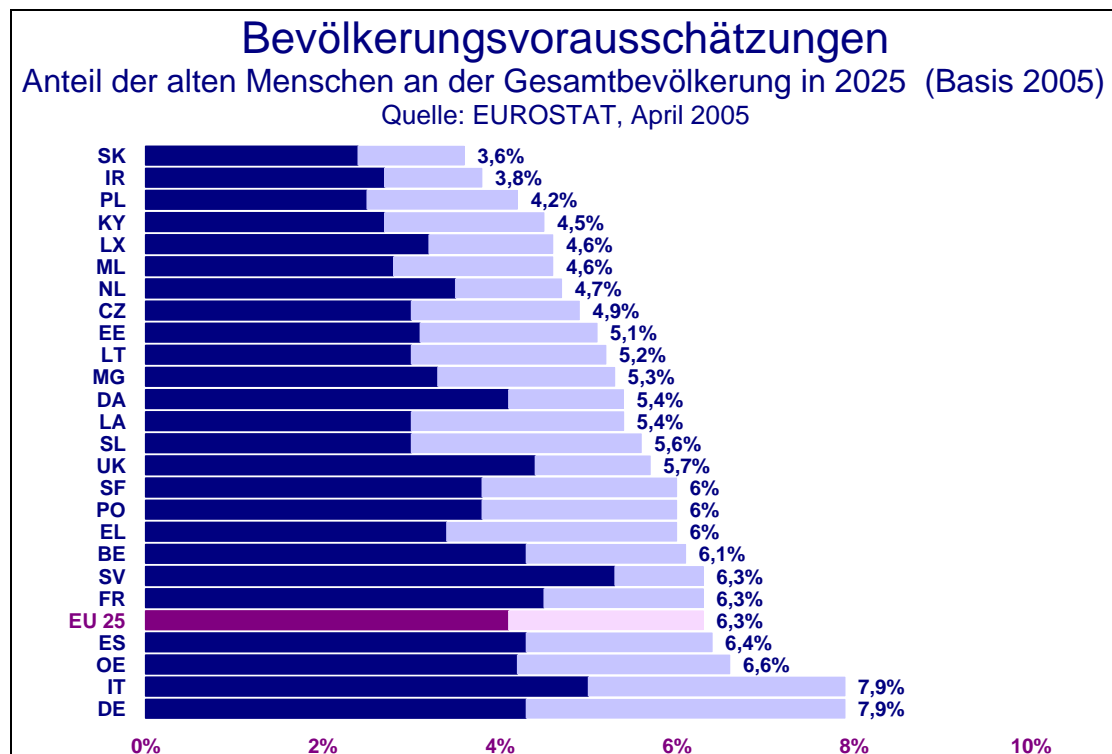


Abbildung 2 zeigt das zahlenmäßige Verhältnis der alten Menschen (80 Jahre und älter) zur Gesamtbevölkerung in den Jahren 2005 und 2025. In der Europäischen Union liegt der durchschnittliche Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2005 bei etwa 4% und wird im Jahr 2025 etwa 6% betragen. Einige Länder werden hiervon weniger stark betroffen sein, wie die Slowakei, Irland und Polen, wo der Anteil im Jahr 2025 bei etwa 4% liegen wird. Andere Länder werden dagegen stärker betroffen sein, wie Deutschland oder Italien, wo der Anteil der alten Menschen im Jahr 2025 bei etwa 8% liegen wird. Diesbezüglich stellt sich die Frage nach einer langfristigen Sicherung der Finanzierung von sozialen Sicherungssystemen und damit auch der finanziellen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit als Bereich der Gesetzgebung

Die einzelnen Länder haben bei ihrem Umgang mit den sozialen Folgen der Pflegebedürftigkeit verschiedene Ansätze gewählt. Nur wenige Staaten haben sich dafür entschieden, besondere Gesetze für den Bereich Pflegebedürftigkeit zu verabschieden. Einige dieser Länder setzen auf das System der Sozialversicherung, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer angehören, um die Pflegebedürftigkeit abzudecken (z. B. Deutschland, Luxemburg, Österreich, Spanien).

Andere Länder (wie Frankreich und die tschechische Republik) haben sich dafür entschieden, den Bereich Pflegebedürftigkeit in das nationale Sozialhilfeprogramm einzugliedern, die sich jedoch deutlich von den klassischen Sozialhilfesystemen unterscheiden. Frankreich hat Kostenbeteiligungsmechanismen basierend auf dem Modell der Krankenversicherung implementiert und hat ein spezielles finanzielles System eingerichtet⁶. Dies wird voraussichtlich auch auf die Niederlande zuzutreffen, wenn einige Dienstleistungen aus dem Bereich, für den das Allgemeine Gesetz über außergewöhnliche Krankheitskosten gilt, an die örtlichen Sozialhilfeorgane übertragen wird. Die flämische Gemeinde in Belgien hat mit Hinweis auf ihre Zuständigkeit im Bereich der Sozialhilfe eine pauschalierte Pflichtversicherung eingeführt, die überwiegend durch individuelle Beiträge finanziert wird.

Weitere Länder haben keine spezielle Initiative für den Bereich der Pflegebedürftigkeit ergriffen: Hier wurden, wie beispielsweise in Ungarn, Gesetzesinitiativen innerhalb der bestehenden Regelungen in den Bereichen Gesundheit bzw. Sozialhilfe ergriffen oder das Gesundheitswesen ist durchgehend dezentralisiert organisiert und die örtlichen Behörden sind hierfür zuständig, wie beispielsweise in den nordischen Ländern. Zudem sind jene Länder zu nennen, in denen die langfristige Pflege von Betroffenen immer noch überwiegend als Aufgabe der Familie betrachtet wird.

In den Staaten, in denen die Mechanismen für Menschen mit Behinderungen erweitert oder ergänzt wurden, wurden die Ziele der Maßnahmen angepasst. Ziel der Politik für Menschen mit Behinderungen ist die soziale Integration durch Arbeit oder, wenn dies unmöglich ist, durch andere Aktivitäten.

⁶ MISSOC-Info Nr. 2/2005 zu Nutzergebühren, Länderbericht Frankreich, siehe http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/missoc_info_en.htm#02/2005

Gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit: Eine schwierige Aufgabe

In fast allen Ländern bedeutet Pflegebedürftigkeit die „Notwendigkeit für eine Unterstützung durch eine andere Person, einschließlich medizinischer und allgemeiner Unterstützung“. Mit anderen Worten ist Pflegebedürftigkeit dann gegeben, wenn körperliche Einschränkungen vorhanden sind und die eigenständige Versorgung des Betroffenen aufgrund eingeschränkter Selbständigkeit gefährdet ist. Eine genauere Betrachtung der zur Beschreibung des Phänomens verwendeten Terminologie zeigt, dass die Wortwahl in Gesetzen, politischen Zielformulierungen und Statistiken sich von Land zu Land stark unterscheidet. Begriffe wie „chronische Erkrankung“, „Behinderung“, „Pflegebedürftigkeit“ oder „langfristige Pflege“ werden verwendet, um das Problem zu beschreiben. Die Leistungsempfänger sind „alte Menschen mit Behinderungen“, „gebrechliche alte Menschen“, „pflegebedürftige Personen“, „Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“ oder „Menschen mit Behinderungen“. Kerschen et al. weisen auch auf die Verwendung des Begriffs „pflegebedürftig“ (in need of nursing care) oder der Beschreibung von Personen, die „ihre Unabhängigkeit verloren haben“ (lost his independence) in der englischsprachigen Welt hin⁷.

Sofern Altersgrenzen gelten, liegen diese zwischen 60 und 65 Jahren. Einige Definitionen beziehen sich auf Elemente der Ursachen für die Pflegebedürftigkeit. Dies gilt besonders in Ländern, in denen eine enge Verbindung zu den (örtlichen) Gesundheitsdiensten und zu Vorbeugemaßnahmen besteht. Alle Definitionen enthalten eine Beschreibung der verschiedenen Bedarfsebenen und einer bestimmten Dauer des Bedarfs.

In einigen Gesetzgebungen gibt es keine besondere Bezeichnung für Personen, die langfristige Pflege benötigen. Pflegebedürftigkeit scheint demnach nicht in allen untersuchten Ländern als ein besonderes soziales Risiko betrachtet zu werden. Dies kann darauf hinweisen, dass das soziale Problem der Betreuung dieser Personen nicht als solches aufgefasst wird, weil die Anzahl der Betroffenen nicht ausreichend groß ist, oder es kann darauf hinweisen, dass andere politische Prioritäten gesetzt werden. Es könnte auch bedeuten, dass das hieraus erwachsende soziale Problem durch bereits bestehende Mechanismen gelöst wird und keine Notwendigkeit für eine gesetzgeberische Aktivität besteht. In manchen Ländern wird beispielsweise nicht weiter zwischen Menschen mit Behinderungen und älteren pflegebedürftigen Menschen unterschieden.

Europäische Institutionen verwenden die Begriffe „Pflegebedürftigkeit“⁸ oder „Gesundheit und Pflege älterer Menschen“⁹. Gefolgt von Beschreibungen wie „die größere Sterblichkeit älterer Menschen (oft aufgrund einer Kombination verschiedener Krankheiten und die ernstzunehmendere und chronischere Natur altersbedingter Erkrankungen, die zu einer Abhängig-

⁷ N. Kerschen (Koordinator), J. Hajdu, G. Igl, M.-E. Joel, K. Knipscheer, I. Tomes, Long-Term Care For Older People. Bericht für die Europäische Konferenz zur langfristigen Pflege alter Menschen, organisiert von der luxemburgischen Präsidentschaft gemeinsam mit dem Ausschuss für Sozialschutz der Europäischen Union, Luxemburg, 12. und 13. Mai 2005.

⁸ Vgl. COM (2001) 723 final op cit supra p. 1 -

⁹ Vgl. § 43 of the Göteborg European Council called on the Council, June 2001.

keit von anderen Personen führen können“¹⁰ und „langfristige Pflege ist die Unterstützung von Personen, die nicht mehr selbständig leben können und daher in ihrem täglichen Leben von der Hilfe anderer abhängig sind“¹¹ oder sogar „der Begriff „Pflegebedürftigkeit“ umfasst in seiner allgemeinen Bedeutung sowohl die Aspekte der gesundheitlichen Pflege als auch allgemeine soziale Aspekte“¹². Laut dem gemeinsamen Bericht der Kommission und des Rates zur Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und Pflege älterer Menschen¹³ vom 10. März 2003 besteht die langfristige Pflege aus der Unterstützung von Personen, die nicht in der Lage sind, unabhängig zu leben und daher in ihrem alltäglichen Leben von der Unterstützung anderer abhängig sind.

Der Europäische Gerichtshof wurde ebenfalls mit den nationalen Regelungen zur Pflegebedürftigkeit konfrontiert, insbesondere den Schwierigkeiten beim „Export“ erworbener Ansprüche auf langfristige Pflegeleistungen im Rahmen der Verordnung 1408/71 zur Koordinierung der grundlegenden sozialen Sicherungssysteme.

Im *Molenaar*-Urteil (C-160/96)¹⁴ stufte der EuGH diejenige der beiden Leistungen der deutschen Pflegeversicherung als „Krankengeld“ ein, auf die die Verordnung 1408/71 Anwendung findet, da nach deutschem Gesetz alle Personen, die gegen Krankheit versichert sind, zur Pflegeversicherung beitragen müssen. In seinem Urteil von März 2001 erklärte der EuGH im Fall *Jauch* (C-215/99)¹⁵, dass das österreichische Bundespflegegeld als Leistung bei Krankheit in Form einer traditionellen Geldleistung zu betrachten sei, die nicht in Anhang IIa aufgenommen werden kann und daher exportiert werden muss. Das österreichische Pflegegeld für pflegebedürftige Menschen, das *Bundespflegegeld*, ist eine beitragsunabhängige Leistung, die in Anhang IIa der Verordnung 1408/71 aufgeführt wurde und die an Rentenempfänger, die Pflege benötigen, gezahlt wird. Das Fehlen einer Definition kann historisch begründet werden. Als die Verordnung verabschiedet wurde, wurde die Pflegebedürftigkeit noch nicht als soziales Risiko betrachtet. Es wird jedoch auch deutlich, dass der EuGH Schwierigkeiten hat, diese neue Leistung zu benennen. Es ist daher interessant zu sehen, dass in der neuen Verordnung 883/2004 die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nicht in die Liste der in Artikel 3

¹⁰ Vgl. Kommunikation der Kommission zur „Zukunft der Gesundheitsversorgung und Pflege alter Menschen: Sicherstellung des Zugangs, der Qualität und der nachhaltigen Finanzierbarkeit“¹⁰, vom 5. Dezember 2001 S. 4 und 5.

¹¹ Vgl. Kommunikation der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, „Proposal for a Joint Report Health care and care for the elderly: Supporting national strategies for ensuring a high level of social protection“ COM(2002) 774 final, Brüssel, 3. Januar, 2003.

¹² Vgl. „Review of Preliminary National Policy Statements on Health Care and Long-term Care“ Memorandum of the Social Protection Committee SPC Health care & LTC review, final, 30 Nov. 2005 S. 7 Fußnote 2.

¹³ Nr 7166/03, SOC 116, ECOFIN 77, SAN 41 S. 13

¹⁴ EuGH 5. März 1998 Fall C-160/96: Manfred Molenaar, Barbara Fath-Molenaar v. Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg Punkt 19 bezieht sich auf die deutsche Gesetzgebung „Pflegeversicherungsleistungen sollen die Unabhängigkeit besonders in finanzieller Hinsicht von Personen fördern, die Pflege bedürfen. Das eingeführte System zielt darauf ab, Vorbeugung und Rehabilitation vor der Pflege und häusliche Pflege vor der Pflege im Krankenhaus zu fördern“.

¹⁵ EuGH 8. März 2001 Fall C-215/99 : Friedrich Jauch v Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter.

behandelten Themen aufgenommen wurden, sondern im Rahmen der Leistungen bei Krankheit behandelt werden: Artikel 34 nennt „Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit“, ohne jedoch eine Definition der Pflegebedürftigkeit anzubieten. Diese „unvollständige Anerkennung“ der Pflegebedürftigkeit zeigt zumindest, dass die Frage auf europäischer Ebene besonders im Hinblick auf die Natur der Leistungen und den Status hinsichtlich der Koordinierung der Gesetzgebungen (Export der Leistungen, Regelungen zur Akkumulierung etc.) sehr kontrovers diskutiert wird.

Fragen bezogen auf Pflegebedürftigkeit

Menschen, die bei der Ausübung täglicher Verrichtungen Schwierigkeiten haben, sind gezwungen, eine Lösung für ihre Probleme zu finden. Während einige Betroffene Selbsthilfestrategien entwickeln und technische Hilfsmittel einsetzen, wenden sich andere an Familienmitglieder oder Freunde und wieder andere an professionelle Dienstleister Zuhause oder in Einrichtungen (staatliche/ kommunale, freigemeinnützige oder private Dienstleister). Auch eine Kombination dieser Strategien ist möglich. Die Organisation und die Finanzierung der Systeme sind daher ebenso wichtig wie die Leistungen für die pflegebedürftigen Personen und ihre Pflegepersonen.

Organisation der Hilfen

Der Bereich Pflegebedürftigkeit gehört (häufig) zum „konventionellen“ Gesundheitssystem, jedoch auch zum medizinisch-sozialen Sektor, da durch die langfristige Pflege sowohl medizinische als auch persönliche Bedürfnisse gedeckt werden. Das Angebot möglicher Dienstleistungen kann sehr groß sein. Den Betroffenen müssen medizinische Dienstleistungen, die ebenfalls unterschiedlich definiert werden können, angeboten werden. Die häusliche Pflege besteht aus Dienstleistungen im eigenen Heim der Betroffenen und kann qualifizierte Pflege, Sprachtherapie, Physiotherapie oder Beschäftigungstherapie oder häusliche medizinische Dienstleistungen umfassen. Die Gesundheitsversorgung kann aber auch in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern erfolgen.

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zeichnen sich neben technischen Hilfen insbesondere durch persönliche Hilfen aus. Ziel ist es, die Folgen einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung zu minimieren oder auszugleichen oder einen Beitrag zur Rehabilitation zu leisten, also Betroffene durch unterstützende Dienstleistungen bei solchen Aktivitäten wie dem Ankleiden, Baden und dem Toilettengang zu helfen. Es kann sich hierbei um eine direkte Unterstützung handeln oder um die Anwesenheit einer anderen Person, die bei Bedarf eingreifen kann. Diese Art der Pflege kann beispielsweise als persönliche häusliche Pflege geleistet werden. Eine weitere mögliche Dienstleistung ist die Tagespflege von Erwachsenen, die im eigenen Heim leben, aber während des Tages, wenn sonst anwesende Familienmitglieder nicht Zuhause sind, betreut werden müssen.

Eine weitere Pflegeebene ist die stationäre Pflege im Krankenhaus, wenn keine medizinische Notwendigkeit für einen Krankenhausaufenthalt besteht, der Betroffene jedoch auf einen Platz im Pflegeheim wartet oder erst Vorbereitungen für die Pflege im eigenen Heim getro-

fen werden müssen. Die Vertretungspflege umfasst des Weiteren Dienstleistungen, durch die Familienmitgliedern mit Pflegeaufgaben eine kurze Ruhepause oder ein längerer Urlaub von ihren Verpflichtungen ermöglicht werden soll.

Zum Bereich der Pflege gehören auch verschiedene andere soziale Dienstleistungen oder Freizeitangebote, die in Gruppen angeboten werden.

Einige dieser Dienstleistungen standen natürlich bereits zur Verfügung, bevor das Konzept der Pflegebedürftigkeit näher beschrieben wurde, während andere Dienstleistungen neu sind. Die medizinischen Angebote werden beispielsweise an die sich ändernden Bedürfnisse der älteren Bevölkerung in Bezug auf eine langfristige Pflege angepasst. Andere Dienstleistungen mussten speziell zu diesem Zweck eingeführt werden. Einige Dienstleistungen entwickelten sich spontan aufgrund der Nachfrage. Die meisten Dienstleistungen, besonders jene für Menschen, die die auf dem freien Markt angebotenen Dienstleistungen nicht bezahlen können, mussten durch den Gesetzgeber entwickelt und eingeführt werden (manchmal in Form einer Neustrukturierung bestehender Einrichtungen). Nach und nach bildet sich ein sehr spezifischer (z.T. subventionierter) Dienstleistungsmarkt mit bestimmten Anbietern und bestimmten Organisationsformen heraus.

Pflege wird in den Ländern je nach Ausprägung des Systems auf nationaler, regionaler oder kommunaler Ebene oder auf verschiedenen dieser Ebenen organisiert. In jenen Ländern mit einer stark ausgeprägten kommunalen Versorgungsstruktur, wie beispielsweise in den nordischen Ländern, haben die Kommunen die Organisationshoheit über den gesamten Pflegebereich. Des Weiteren beschreibt z.B. Estland die Dezentralisierung als eines der Hauptziele bei der Reformierung des Wohlfahrtssystems. Die häusliche Pflege in Form von Sachleistungen ist zudem in vielen Ländern ebenfalls kommunal organisiert, wobei auch insbesondere die nordischen Länder zu nennen sind. In den Ländern mit einer eigenen Versicherungsstruktur für die Pflegebedürftigkeit erfolgt die Organisation dagegen regional je nach den Gebietszuständigkeiten der Versicherungsträger wie bspw. in Deutschland. Demgegenüber ist beispielsweise in Malta das System vornehmlich auf nationaler Ebene angesiedelt.

Die häusliche Pflege kann von Familienmitgliedern oder anderen nahestehenden Personen, von gewinnorientierten oder nicht-gewinnorientierten Unternehmen oder von der Gemeinde selbst bereitgestellt werden, wobei in den Ländern unterschiedliche Konzepte zu finden sind: So steht es beispielsweise den Gemeinden in Finnland frei, die jeweilige Organisationsform zu wählen und in der Regel erbringen hier, wie auch in Estland und Norwegen, die Gemeinden selbst die Pflegeleistungen. In den meisten anderen Ländern wird die ambulante professionelle Hilfe dagegen von privaten Serviceanbietern erbracht, die entweder von den Pflegebedürftigen selbst oder von den zuständigen Institutionen beauftragt werden.

Dennoch sollte nicht unterschätzt werden, welche Rolle die Betroffenen selbst und ihre Familien spielen: Ein großer Teil der langfristigen Pflege wird auch in den Ländern, in denen die Leistungen stark subventioniert werden oder teilweise direkt durch die Sozialversicherung bezahlt werden, von den Familien übernommen. Der Staat unterstützt also die „informelle Pflege“ durch unterschiedliche Maßnahmen: Steueranreize (z. B. Belgien, Griechenland, Spa-

nien oder Ungarn), Anerkennung der informellen Pflege durch den Erwerb von Rentenanprüchen (z. B. Estland, Deutschland, Litauen, Luxemburg, Ungarn oder Österreich) oder Vertretungspflege (z. B. Finnland, Vereinigtes Königreich).

Das neue niederländische Gesetz über gesellschaftliche Unterstützungsmaßnahmen (*Wet Maatschappelijke Ondersteuning*), das von den Kommunen umgesetzt werden wird, wurde explizit mit dem Gedanken formuliert, dass die Bürger zunächst versuchen müssen, Unterstützung in ihrem eigenen sozialen Umfeld zu finden. Nur wenn dies unmöglich ist, erbringt die Kommune die Dienstleistungen.

Ebenso haben in Finnland nach dem neuen Gesetz zur Unterstützung der informellen Pflege (Act on Support for Informal Care), das Anfang 2006 in Kraft getreten ist, alten Menschen (80 Jahre und älter) das Recht, mit der Kommune eine gemeinsame Einschätzung des Hilfebedarfs zu erstellen. Auf der Basis dieser Einschätzung erstellen der Betroffene und die Kommune gemeinsam einen Hilfeplan, in welchem die einzelnen Leistungen sowie die Dienstleistungserbringer festgelegt werden.

Finanzierung der Leistungen

Die Frage der Finanzierung wird auf politischer Ebene diskutiert. Die Mehrzahl der Staaten, die Maßnahmen im Bereich der sozialen Sicherung eingeführt haben, führten komplexe Anpassungen an der vorhandenen Gesetzgebung und den Finanzierungsprinzipien aus. Obgleich die von den Staaten gewählten Lösungen sehr unterschiedlich ausfallen, belasten die u. U. sehr hohen Kosten die Diskussion um das „richtige“ Gleichgewicht in der Aufgabenverteilung zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor. Die meisten Länder haben sich daher dafür entschieden, den pflegebedürftigen Personen Leistungen bis zu einer bestimmten Obergrenze zu bieten. Alle Staaten teilen das Merkmal einer fragmentierten Finanzierung.

Zudem sind zum Teil alternative Finanzierungsmöglichkeiten eingeführt worden. Ein Spar- oder Investitionsplan kann bei der Bezahlung von Dienstleistungen bei Pflegebedürftigkeit helfen. Dasselbe gilt für den durch den Verkauf eines Eigenheims erzielten Gewinn bei Umzug in eine preiswertere Wohnung. Einige Länder haben die Möglichkeit einer Reverse Mortgage („umgekehrte Hypothek“) eingeführt, eines Darlehens, das auf Grundlage des Wertes des Eigenheims gewährt wird. Auch eine Lebensversicherung kann die Möglichkeit eines Darlehens oder der Bargeldentnahme enthalten. Manche Betroffene entscheiden sich für private Pflegedienste, während andere von ihrem Partner oder ihren Kindern betreut werden.

In dieser Ausgabe des MISSOC-Infos wird nur am Rande auf diese individuellen Lösungen eingegangen, da solche Lösungen nicht nur bei Pflegebedürftigkeit sondern auch bei anderen Risiken zum Einsatz kommen. Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass diese Lösungen im Allgemeinen einen großen Stellenwert haben. Häufig werden diese Ansätze von der Gesetzgebung der einzelnen Länder durch großzügige Steuerfreibeträge oder progressive Senkung der Steuer oder der Sozialbeiträge gefördert.

Die Einkommensabhängigkeit der Leistungen folgt entsprechend den jeweiligen Regelungen der Systeme, die zum Tragen kommen: Leistungen der Versicherungs- und Versorgungs-

systeme sind in der Regel einkommensunabhängig und Leistungen der Fürsorgesysteme einkommensabhängig. Generell kann festgehalten werden, dass die Geldleistungen in den meisten Ländern einkommensabhängig gezahlt werden. Ausnahmen sind hier Deutschland, Luxemburg oder Österreich, wo Geldleistungen in Form pauschalierter Beträge, die in Stufen je nach dem Pflegebedarf variieren.

In Dänemark werden des Weiteren die Leistungen dann einkommensunabhängig erbracht, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich von Dauer sein wird. Bei vorübergehendem Pflegebedarf ist die Leistung dagegen einkommensabhängig.

Vielfältigkeit der Leistungen

In den Berichten wird eine sehr große Bandbreite verschiedener Leistungen beschrieben, die in dieser Zusammenfassung nicht vollständig wiedergegeben werden kann. Wir werden uns deshalb auf einige Beispiele und bemerkenswerte Trends beschränken.

Die zur Verfügung stehenden Leistungen sind allgemein definiert, werden aber so weit als möglich individualisiert. Sie werden nicht nur durch den Grad der Behinderung des Betroffenen, sondern auch durch den Ort, die persönlichen Lebensumstände, das Umfeld und zu guter Letzt die verfügbaren Dienstleistungen bestimmt. Diese verschiedenen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit können im eigenen Heim, in der Gemeinde, in betreuten Wohneinrichtungen und in Pflegeheimen erbracht werden. Sie können durch öffentliche, private oder eine Kombination privater und öffentlicher Dienstleister angeboten werden.

Ein diesbezüglich wichtiger Grundsatz ist der Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege, der in nahezu allen nationalen Berichten unterstrichen wird. Insbesondere jene Länder, die bislang eine deutliche Institutionalisierung der Pflege verzeichnen, versuchen die ambulante Leistungserbringung zu forcieren. So haben bspw. Litauen oder die Tschechische Republik entweder jüngst gesetzlich die Ambulantisierung der Leistungen gestärkt oder zeigen hier einen deutlichen Trend auf. Zur Erreichung dieses Ziels wurde in Litauen die Verantwortung für die institutionelle Pflege von der staatlichen Ebene auf die lokale Ebene, übertragen, sodass nun sowohl die institutionelle als auch die ambulante Pflege auf der gleichen Ebene organisiert werden. Griechenland hat in den letzten fünf Jahren u.a. mit einem Projekt „Assistance at home“ die ambulante Versorgung gestärkt.

Um die Souveränität der betroffenen Personen zu stärken, wird bspw. in den Niederlanden eine nachfrageorientierte Struktur implementiert, sodass nun der Bedarf der Betroffenen entscheidend ist für die zu erhaltenen Leistungen und nicht das bestehende Angebot. In die gleiche Richtung weist in Finnland das Prinzip, Voucher für benötigte Leistungen zu vergeben, womit die Leistungsbezieher die Leistungsanbieter – sofern sie von den Gemeinden anerkannt sind – selbst auswählen können.

Ambulante Leistungen können generell in Form von Sachleistungen oder in Form von Geldleistungen in Anspruch genommen werden. Die Geldleistungen werden entweder an die Pflegepersonen gezahlt, wie beispielsweise in der Tschechischen Republik, in Estland und in Irland, oder sich die Pflegebedürftigen für Geldleistungen entscheiden können, um die Pflegeperson (in einigen Ländern gilt dies ausschließlich für nichtprofessionelle Pflegekräfte)

zu bezahlen (z.B. Zypern, Deutschland, Luxemburg, Slowakei). In Lettland und im Vereinigten Königreich sind schließlich beide Zahlungsweisen möglich, hier können die Geldleistungen entweder an die Pflegeperson oder an die/ den zu Pflegenden bezahlt werden. In Österreich werden an pflegebedürftige Menschen ausschließlich Geldleistungen gewährt, mit welchen sie die Pflege ihrer Wahl organisieren und finanzieren können und in Ungarn werden die Leistungen direkt an die Pflegenden gezahlt.

In den Ländern gibt es eine große Vielfalt an Leistungen; welche Leistungen aber die betroffenen Personen jeweils benötigen, muss in irgendeiner Form festgelegt werden, wobei verschiedene Vorgehensweisen beschrieben wurden: Z.B. in Norwegen sind die „Care Manager“ Arbeitnehmer des kommunalen Systems für häusliche Pflegedienste, die im Rahmen dieses Systems den Hilfebedarf der betroffenen Menschen ermitteln. In den Niederlanden klärt eine unabhängige Organisation (CIZ), ob eine Person einen Leistungsanspruch hat und ggf. auf welche Leistungen, ähnlich unabhängig arbeitet bspw. in Deutschland der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen, der die Pflegebedürftigkeit feststellt und eine Empfehlung an die Versicherung gibt. In Spanien wurde schließlich am 21. April 2006 auf nationaler Ebene ein System vorgestellt, nach dem der Hilfebedarf anhand einer einheitlichen Skala festgelegt wird. Sofern diese Vorgehensweise gesetzlich verankert wird – was vorgesehen ist – wird die einheitliche Skala für das ganze Land gelten. Die autonomen Regionen sowie die Kommunen werden in die Entwicklung dieses neuen Systems einbezogen.

Qualitätskontrolle

Die Qualität von Einrichtungen und Dienstleistern wird in den meisten Ländern entweder per Gesetz oder per Verordnung auf nationaler Ebene geregelt oder eine gesetzliche Regelung ist in naher Zukunft geplant, wie z.B. in Tschechien oder in Litauen. Ausnahmen hiervon sind bspw. Dänemark und Finnland, wo auf Grund der kommunalen Zuständigkeit keine gesetzlichen Regelungen auf nationaler Ebene bestehen. Allerdings gibt Finnland auf nationaler Ebene Empfehlungen heraus.

Bspw. Frankreich setzt mit seinen Qualitätsstandards für Einrichtungen weniger auf strukturelle Merkmale, sondern deutlich auf den Prozess: Hier besteht die Pflicht, die Aktivitäten und die Qualität der Leistungen zu evaluieren und seit 2005 müssen die Einrichtungen alle sieben Jahre extern evaluiert werden. In Malta wurde dagegen eine Abteilung zur Überwachung von Standards in der Pflege neu gegründet. Die Fortentwicklung von Qualitätsstandards wird des Weiteren bspw. in Deutschland, in Liechtenstein oder in Österreich durch Modell- oder Pilotprojekte auf der nationalen Ebene aktiv gefördert. Die in Österreich ursprünglich als Pilotprojekt eingeführte Maßnahme der Qualitätssicherung wurde bereits institutionalisiert.

Die Qualität von Einrichtungen und Dienstleistungen kann entweder zentral von den entsprechenden Ministerien bzw. ihren Fachabteilungen oder dezentral auf regionaler oder lokaler Ebene kontrolliert werden. Die Niederlande sind hier einen Schritt weiter gegangen und haben unabhängige Institutionen, die an die Krankenversicherungen angebunden sind,

gegründet, welche für das Controlling und die Supervision zuständig sind, und damit eine Gesamtperspektive über den Verlauf und die Qualität des Einzelnen haben.

Der Schutz der betroffenen Menschen, sowohl durch gesetzliche Regelungen als auch durch Gründung und Einbeziehung von entsprechenden Organisationen für ältere Menschen stand in den letzten Jahren in zahlreichen Ländern auf der Agenda.

Stand der Diskussion

Einige Länder versuchen verstärkt, alternative Lösungen durch die private Versicherungswirtschaft zu fördern. Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Gebührenfestlegung für Pflegeversicherungen sehr schwierig ist und dringend ein genau definierter Prozess für die Zeichnung von Versicherungsrisiken erforderlich ist. Zum einen ist der Versicherungsmarkt noch immer zu klein und die angebotenen Leistungen sind zu gering, um einen guten Versicherungsschutz bieten zu können. Zum anderen ist die Festlegung der Beiträge sehr schwierig, da die zukünftigen Kosten einer langfristigen Pflege letztendlich nicht bekannt sind. Die Versicherungsunternehmen lösen dieses Problem für sich, indem sie einen großen Teil des Risikos auf die Versicherungsnehmer abwälzen, um die finanziellen Risiken für sich selbst zu beschränken. Eine Strategie ist der Ausschluss von Personen mit hohem Risiko auf Grundlage medizinischer Kriterien oder Altersbeschränkungen. Zudem werden sehr enge Kriterien bezüglich des Ausmaßes des Versicherungsschutzes angewendet, der in der Regel nur bei großem Pflegebedarf gilt, und es werden Wartezeiten bei bestehenden gesundheitlichen Problemen wirksam. Wegen der langfristigen Unsicherheit setzen die meisten Versicherungen eine Obergrenze für den Pflegebedarf fest und die Leistungen bestehen oft aus nominellen Jahresrenten, die nicht an einen Anstieg des Verbraucherpreisindex angepasst werden.

Neben Fragen der langfristigen Finanzierung von Sozial- und Pflegeleistungen, stehen auch die Leistungssysteme an sich auf der Agenda, die Restrukturierungen, Rationalisierungen und Qualitätsverbesserungen umfassen: Bspw. Luxemburg hat das bestehende Versicherungssystem rationalisiert, in Lettland, Slowenien und der Slowakei sind umfassende Restrukturierungsmaßnahmen geplant, die einem einfacheren Zugang zu Leistungen und der Rationalisierung des Systems dienen. Bspw. in Slowenien ist hier eine Zusammenfassung des gesamten Bereichs Pflege in einem Gesetz geplant. Andere Länder, wie bspw. Portugal oder Frankreich beschreiben Programme bzw. Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege. Zu den geplanten qualitätsverbessernden Maßnahmen gehören ebenfalls eine Verkürzung der Wartezeiten und eine Flexibilisierung bei der Wahl der Leistungsanbieter (z.B. Dänemark), eine Diversifizierung des Angebots und eine stärkere Ambulantisierung (z.B. Finnland, Vereinigtes Königreich) sowie eine Stärkung der Integration (z.B. Schweden, Vereinigtes Königreich).

Schließlich berichten Liechtenstein und Zypern von der Planung ganzheitlicher Zukunftskonzepte für die Politik für alte Menschen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Systeme zur Pflegebedürftigkeit inklusive ihrer Finanzierung in den Ländern von unterschiedlichen Zweigen der sozialen Sicherung auf verschiedenen politischen Ebenen organisiert sind und zwischen den Ländern

sehr große Unterschiede in den Systemen bestehen. Aufgrund der demographischen Entwicklung sollten die Systeme langfristig tragfähig finanziert werden. Diesem Aspekt wird ebenfalls in unterschiedlicher Weise angegangen.

Bibliographie

A. A. Comas-Herrera und R. Wittenberg, "European study of long-term care expenditure", Bericht an die Europäische Kommission, Generaldirektion für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten, Projektnummer VS/2001/0272, PSSRU Diskussionspapier 1840, Februar 2003

Jacobzone S. *et al.* : " *The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing*", Labour Market and Social Policy Occasional Paper No 37, OECD, Paris 1999.

A. Österle, *Equity choices and long-term care policies in Europe : allocating resources and burdens in Austria, Italy, the Netherlands, and the United Kingdom*", Aldershot, Hampshire, England ; Burlington, Ashgate, 2001.

Heike Engel

Francis Kessler