



Europäische
Kommission



Peer Review zu
Sozialschutz und
sozialer Eingliederung

Würde im Alter – Reformprioritäten im Pflegedienstleistungsbereich

SYNTHESEBERICHT

Schweden, 25.-27. September 2013

Diese Veröffentlichung wird unterstützt durch das Programm der EU für Beschäftigung und Soziale Solidarität – PROGRESS (2007-2013).

Dieses Programm wird von der Europäischen Kommission verwaltet. Es wurde eingerichtet, um die Umsetzung der Zielvorgaben der Europäischen Union in den Bereichen Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit zu unterstützen, und soll dadurch die entsprechenden Ziele der Strategie Europa 2020 verwirklichen helfen.

Dieses auf sieben Jahre angelegte Programm richtet sich an alle maßgeblichen Akteure in den 27 Mitgliedstaaten, der EFTA, dem EWR sowie den Beitritts- und Kandidatenländern, die an der Gestaltung geeigneter und effektiver Rechtsvorschriften und Strategien im Bereich Beschäftigung und Soziales mitwirken können.

Weitere Informationen unter: <http://ec.europa.eu/progress>

Würde im Alter – Reformprioritäten im Pflegedienstleistungsbereich

MONIKA RIEDEL
INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN, WIEN

SYNTHESEBERICHT

Europäische Kommission

Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration
Manuskript fertiggestellt im Dezember 2013

Veröffentlichung erstellt im Auftrag der Europäischen Kommission von



© Umschlagbild: Europäische Union

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Weitere Informationen zu den Peer Reviews finden Sie unter:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=de>.

*Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre
Fragen zur Europäischen Union zu finden*

Gebührenfreie einheitliche Telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(* Sie erhalten die bereitgestellten Informationen kostenlos, und in den meisten Fällen entstehen auch keine Gesprächsgebühren (außer bei bestimmten Telefonanbietern sowie für Gespräche aus Telefonzellen oder Hotels).

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu>).

Katalogisierungsdaten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2014

ISBN 978-92-79-35329-1

ISSN 1977-8023

doi: 10.2767/56049

© Europäische Union, 2014

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2014

Inhalt

Zusammenfassung	5
A. Politikkontext auf europäischer Ebene	7
B. Vorgestellte bewährte Verfahren im Gastgeberland	10
C. Politikinstrumente und Erfahrungen in den Peer-Ländern/Beiträge europäischer Interessenvertretungen	12
D. Zentrale Diskussionspunkte des Seminars	25
E. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse	29
F. Beitrag der Peer Review zu Europa 2020	31
Literatur	34





Zusammenfassung

Diese Peer Review beschäftigt sich mit Schwedens Reformkonzept auf dem Gebiet der Altenpflege. Würde und die personenzentrierte Abstimmung des Dienstleistungsangebots stehen dabei ebenso im Vordergrund wie Effizienz Aspekte. Dem Seminar gingen Vor-Ort-Besuche voraus, bei denen Beispiele für Robotertechnik und Konzepte für „altersgerechtes Wohnen“, die einen möglichst langen Verbleib im eigenen Wohnumfeld gestatten sollen, in Augenschein genommen wurden. Diese Peer Review fand am 26.-27. September 2013 in Stockholm in den Räumlichkeiten des schwedischen Ministeriums für Gesundheit und soziale Angelegenheiten statt. Neben VertreterInnen mehrerer Ämter, Institute und Organisationen aus dem Gastgeberland nahmen insgesamt zehn Peer-Länder teil: Belgien, Bulgarien, Deutschland, Kroatien, Litauen, die Niederlande, Rumänien, Slowenien, die Tschechische Republik und Zypern. Ferner waren VertreterInnen der AGE Platform Europe und des Europäischen Sozialnetzwerks (ESN), die thematische Expertin Monika Riedel vom Institut für Höhere Studien (Wien) sowie die Europäische Kommission (GD Beschäftigung, Soziales und Integration) beteiligt. Inhaltlich knüpfte diese Veranstaltung an eine frühere Peer Review aus dem Jahr 2011 in Stockholm an, die der Schließung der Versorgungslücke in der Altenpflege gewidmet war.¹

Das erörterte schwedische Instrumentarium vereint unterschiedliche Elemente. Die zugrunde liegenden Politikprioritäten lassen sich folgendermaßen gliedern:

- Selbstbefähigung und personenzentrierte Ausrichtung;
- Integrierte Versorgung;
- Transparenz für die Öffentlichkeit;
- Messung der Systemleistung.

Die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten unter öffentlichen und privaten Pflegeangeboten sowie der Betreuung zu Hause – z. T. begünstigt durch den Einsatz von Assistenztechnologien – untermauert die personenzentrierte Politik. Die Einrichtung von Datenbanken zur Steigerung der Pflegequalität sowie der Versorgungseffizienz und -transparenz bildet einen weiteren wichtigen Baustein. Der Qualität und Koordination der Pflege gilt ein großes Augenmerk, ebenso wie der Prävention und Rehabilitation.

Die verschiedenen Beiträge zu dieser Peer Review und die Vorträge während des Seminars zogen weitreichende Diskussionen nach sich.

Eine übereinstimmende Feststellung lautete, dass mehr Aufmerksamkeit darauf gerichtet werden muss, **präventiv** an die Zunahme der Pflegebedürfnisse heranzugehen. Dies setzt allerdings die Mitwirkung der gesamten Gesellschaft voraus und kann vom Gesundheits- und Pflegesektor nicht allein bewältigt werden. Wenn nicht Pflege, sondern Prävention, Aktivierung und Rehabilitation zum Leitmotiv werden sollen, wird zusätzliche Aus- und Weiterbildung vonnöten sein. In der Erfahrung mehrerer Staaten erweist sich die Verlagerung von Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen Gesundheits- und Sozialfürsorgebereich als

¹ „Wege aus dem Dilemma – auf der Suche nach Möglichkeiten, mit einem steigenden Versorgungsbedarf und beschränkten Mitteln umzugehen.“ Stockholm, 20-21. Oktober 2011.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=de&newsId=1423&furtherNews=yes>



überaus schwierig, was teilweise auf unterschiedliche Philosophien und Kulturen in beiden Sektoren, häufig aber auch auf separate Regulierungen und Finanzierungen zurückzuführen ist.

Wenn die Betreuung wieder verstärkt im eigenen Wohnumfeld stattfinden soll, erfordert dies die Unterstützung der Familien und sozialen Netzwerke der Betroffenen. Insofern gilt es, die Unterstützungsmechanismen für **informelle Pflegepersonen** zu optimieren. Politikverantwortliche müssen Möglichkeiten in Erwägung ziehen, SeniorInnen die Rolle potentieller Pfleger zu übertragen – und sie nicht nur als Pflegebedürftige zu betrachten.

Die **Datenschutzthematik** wurde in der Diskussion mehrfach angesprochen. Die umfangreiche Erfassung von PatientInnendaten, nicht zuletzt mit der Bündelung mehrerer Datenquellen und einer langfristigen Datenspeicherung, ruft vermutlich Vorbehalte hervor und stößt öffentliche Debatten an. Die Erfahrungswerte im Zusammenhang mit den schwedischen Qualitätsregistern zeigen, dass sich eine umso höhere Beteiligung und Akzeptanz erreichen lassen, wenn die Register einen sichtbaren Nutzen nicht nur für die Governance, sondern eben auch für Fachkräfte und PatientInnen bringen. In Schweden werden Qualitätsverbesserungen als Ziel vielfach der Kosteneindämmung vorangestellt.

In der Diskussion um **Assistenztechnologien** wurde vor allem ins Treffen geführt, dass viele der notwendigen Erfindungen bereits existieren, wenn auch oft für andere Zwecke als die Langzeitpflege. Dennoch gilt es nach wie vor, für die Langzeitpflege sinnvolle Technologien zu orten und für diesen Bereich anzupassen (z. B. hinsichtlich Sicherheit); sie müssen zudem vereinfacht und kostengünstiger werden. Im Hinblick auf die Bestimmung und Anpassung nützlicher Technologien ist es wesentlich, den BenutzerInnenkreis einzubinden (Pflegebedürftige, Angehörige, formelle Pflegekräfte und PatientInnenverbände) und die Zusammenarbeit zwischen diesen Anspruchsgruppen und Dienstleistungsinstanzen (Wohnungsbau, Informations- und Kommunikationstechnologien - IKT u. ä.) zu fördern.



A. Politikkontext auf europäischer Ebene

Europa 2020, die EU-Wachstumsstrategie für dieses Jahrzehnt, verfolgt das Ziel einer **intelligenten, nachhaltigen und integrativen Wirtschaft** für die Union. Mit dem spezifischen Ziel einer verstärkten individuellen Abstimmung von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen für die ältere Bevölkerung und der Förderung der sozialen Innovation auf diesem Gebiet sowie der sozialen Eingliederung von SeniorInnen steht diese Peer Review in engem Zusammenhang mit der Strategie Europa 2020. Die entsprechenden Maßnahmen kommen der Kostenwirksamkeit der Gesundheits- und Pflegesysteme zugute und tragen insofern zur Eindämmung der einschlägigen Staatsausgaben bei.

Im Rahmen der Strategie Europa 2020 hat die Europäische Kommission die Möglichkeit, länderspezifische Empfehlungen auszusprechen. Erst unlängst ergingen an eine kleine Anzahl von Mitgliedstaaten derartige Empfehlungen bezüglich der Finanzierbarkeit der Langzeitpflege. Die Empfehlungen leiten sich aus den Erkenntnissen und Prognosen im sog. **Ageing Report**² ab, einer gemeinsamen Veröffentlichung der Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen (ECFIN) und der Arbeitsgruppe „Alterung“ des Ausschusses für Wirtschaftspolitik (Europäische Kommission, 2012a).

Der **Ausschuss für Sozialschutz** hat eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe zu Fragen der demografischen Alterung (SPC-WG-AGE) ins Leben gerufen. Ihr Hauptaugenmerk gilt seit mehreren Jahren der Dimension der Langzeitpflege, vom Zugang über die Qualität bis hin zur Leistbarkeit – also der Gewährleistung einer hochwertigen und leistbaren Pflegeversorgung in finanziell nachhaltigen Systemen. In einem ersten Schritt wurde ein internes Arbeitsdokument der Dienststellen der Kommission ausgearbeitet, das eine übersichtliche Ausgangsbewertung des Forschungs- und Wissensstandes auf dem Gebiet der Langzeitpflege beinhaltet (Europäische Kommission, 2013b). Auf der Grundlage der Erkenntnisse in diesem Dokument wird dem Ausschuss für Sozialschutz Anfang 2014 ein neuer Bericht vorgelegt, der auch an das 2013 veröffentlichte Sozialinvestitionspaket anknüpft.

Gleichzeitig beschäftigt sich die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher (DG SANCO) mit Problemstellungen rund um Fachkräfte des Gesundheitssektors, wobei parallel zwei Ziele vorangebracht werden sollen: Ein Arbeitsmarktziel (mehr Beschäftigte in diesem Wachstumssektor) und die Sicherung des notwendigen Humankapitals für die Versorgung mit hochwertigen Dienstleistungen vor dem Hintergrund veränderter demografischer Voraussetzungen (Europäische Kommission, 2012b). Die **Fachkräfte der Langzeitpflege** werden hier wahrscheinlich bereits in naher Zukunft zu einem Schwerpunktbereich.

Im Februar 2013 verabschiedete die Kommission ein **Sozialinvestitionspaket** (SIP), bestehend aus einer Mitteilung und mehreren Arbeitsunterlagen, darunter eines zur Langzeitpflege (Europäische Kommission, 2013a, 2013b). Der Beitrag zur Langzeitpflege erfasst die bestehenden Herausforderungen sowie die Unterschiede zwischen den Pflegesystemen in den Mitgliedstaaten, und liefert einen Überblick über die EU-Politiken auf diesem Gebiet. Der Beitrag stellt ferner fest, dass mehr Ressourcen erforderlich sind, um der steigenden Nachfrage beizukommen, und unterstreicht die Bedeutung von Rehabilitation und

² http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm



Prävention, der Schaffung besserer Voraussetzungen für eine eigenständige Lebensführung und der Effizienzsteigerung in der Pflegeversorgung.

Im Mittelpunkt des SIP steht die Erfordernis, dass **soziale Schutzsysteme** in kritischen Momenten des Lebens **den Bedürfnissen der Menschen gerecht werden** und dass **vereinfachte und zielgenauere Sozialpolitiken** entwickelt werden. Darüber hinaus enthält das SIP jedoch auch Leitlinien für die Mitgliedstaaten für eine effizientere und wirksamere Sozialpolitik, ausgehend von den beträchtlichen aktuellen Herausforderungen. Auf europäischer Ebene werden beispielsweise die Entwicklung und Umsetzung der notwendigen Datenbanken und Techniken unterstützt, um bewährte Verfahren zu ermitteln und auszubauen. Auf diesem Gebiet arbeitet die Kommission mit anderen Organisationen wie der OECD zusammen. Es ist u. a. ein gemeinsames Projekt geplant, um ein Verfahren für eine zuverlässigere, international vergleichbare Abbildung verfügbarer und angemessener Schutzmechanismen vor den Langzeitpflegerisiken zu entwickeln. Mit Ergebnissen ist indes nicht vor Ende 2015 zu rechnen.

Im Rahmen des SIP werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, **neue Ansätze zu erproben**, z. B. im Zusammenhang mit Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), um auf die anstehenden Herausforderungen besser vorbereitet zu sein. Konzepte mit vielversprechenden Ergebnissen könnten in weiterer Folge ausgeweitet werden. Dies schließt an ältere europäische Initiativen zugunsten einer besseren Nutzung neuer Technologien für die spezifischen Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung an. Die Europäische Union hat eine Reihe von Initiativen auf den Weg gebracht, darunter die Europäische Innovationspartnerschaft im Bereich „Aktives und gesundes Altern“³ und das gemeinsame Programm „Umgebungsunterstütztes Leben“⁴, das unlängst für die Periode 2014-2020 verlängert wurde.

Ergänzend dazu hat die Kommission Finanzierungen für mehrere Forschungsprojekte zur Langzeitpflege bereitgestellt, zum Beispiel die beiden Großprojekte ANCIEN⁵ und INTERLINKS⁶, die 2012 bzw. 2011 ausgelaufen sind. Diese erarbeiteten u.a. Vergleichsmaterial zu den in den Mitgliedstaaten vorhandenen Langzeitpflegesystemen. Wie erwähnt, betreibt die Kommission auch eine Zusammenarbeit mit der OECD, um das Systemwissen in Pflegeangelegenheiten zu verbessern (OECD, 2011, 2013).

Der Ausschuss für Sozialschutz und der Beschäftigungsausschuss erarbeiteten im Rahmen des Europäischen Jahres für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen (2012) „Leitlinien für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen“. Darin sind folgende Politikfelder als maßgebliche Weichenstellungen für ein unabhängiges Leben im Alter genannt: Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung; angepasste Wohnungen und Dienste; zugängliche und bezahlbare Beförderung; altersfreundliche Umgebungen, Güter und Dienste; und Maximierung der Autonomie in der Langzeitpflege (Rat der Europäischen Union, 2012).

³ <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>

⁴ <http://www.aal-europe.eu/>

⁵ <http://www.ancien-longtermcare.eu/> . Ein Überblick findet sich auch bei Mot, Willemé (2012).

⁶ <http://interlinks.euro.centre.org/>



Die bei der Peer Review in Stockholm beleuchteten politischen Strategien decken sich weitgehend mit diesen Leitlinien und den Zielen der Strategie Europa 2020. Schweden hat dahingehend gehandelt, hochwertige Pflegedienstleistungen beizubehalten und gleichzeitig die finanzielle Tragfähigkeit des Systems zu unterstützen. Gelungen ist dies zum Teil durch Beschäftigungsmaßnahmen für sämtliche Altersgruppen. Rehabilitation, Assistenztechnologien und benutzerInnenzentrierte Planung sowie ein zunehmender Fokus auf Betreuung zu Hause und eine altersfreundliche Gesellschaft setzen gleichzeitig Impulse frei, die der Selbständigkeit älterer Menschen in Schweden zugute kommen. Untermauert wurde diese Strategie durch konsequente Bemühungen zur Schaffung von Datenbanken und Infrastrukturen, die für eine qualitative Aufwertung und den Ausbau von Qualitätsmessungen und öffentlicher Berichterstattung erforderlich sind. Ein Konzept dieser Reichweite kann die Lebenszufriedenheit älterer Menschen begünstigen, trägt potentiell aber auch zur Eindämmung der Sozialausgaben bei.



B. Vorgestellte bewährte Verfahren im Gastgeberland

Das erörterte schwedische Instrumentarium vereint unterschiedliche Elemente. Die zugrunde liegenden Politikprioritäten lassen sich folgendermaßen gliedern: Selbstbefähigung und personenzentrierte Ausrichtung, integrierte Versorgung, Transparenz für die Öffentlichkeit und Leistungsmessung des Systems.

Die gesetzliche Verankerung der Wahlfreiheit ist ein wichtiges Element für die aufgeklärte Mitwirkung der PatientInnen und das **personenzentrierte Vorgehen**. Ihr angestrebter Mehrwert besteht darin, PatientInnen eine verbürgte Wahlmöglichkeit zwischen Angebots- und Behandlungsalternativen zu eröffnen, sodass Ressourcen entsprechend der persönlichen Entscheidung zugeteilt werden. 179 der 274 schwedischen Kommunen haben sich bislang zur Einführung des Systems der Wahlfreiheit entschlossen. Parallel zur Stärkung der Wahlfreiheit wurde das private Dienstleistungsangebot belebt, um für einen breiteren Wettbewerb und eine Servicevielfalt mit erkennbarer Angebotsdifferenzierung zu sorgen. Dies bewirkte eine deutliche Zunahme von medizinischen Grundversorgungszentren. Da die meisten PatientInnen die häusliche der stationären Pflege (und soweit möglich, Behandlung) vorziehen, fördert Schweden die Deinstitutionalisierung der Pflege und besitzt EU-weit die niedrigste Zahl an Krankenhausbetten pro EinwohnerIn. Infolgedessen sind die Kommunen nun gefordert, notwendige Anpassungen des Wohnraums vorzunehmen, um eine hochwertige Pflegeversorgung zu Hause zu erlauben. Steuervergünstigungen für hauswirtschaftliche Dienstleistungen sollen finanzielle Hürden für die häusliche Betreuung abbauen. Ein weiteres Element des personenzentrierten Konzepts besteht darin, dass PatientInnen zunehmend in Forschungsprojekte einbezogen werden, um mehr Einblicke darin zu erhalten, was von der Zielgruppe tatsächlich gewünscht und als zweckmäßig erachtet wird.

10

Im Ländervergleich wurde beobachtet, dass Schwedens PatientInnen weniger oft die Ansicht vertreten, dass Ärztinnen und Ärzte über ihre Krankengeschichte ausreichend Bescheid wissen. Zudem berichten sie von weniger Unterstützung bei der Organisation ihrer Pflegebedürfnisse. Aus diesem Grund wurde mit neuen Gesetzesbestimmungen die geteilte Verantwortung für die Gesundheits- und Sozialfürsorgeplanung für die einzelnen PatientInnen verstärkt; heute ist einE Ärztin/Arzt dafür zuständig, die individuelle Pflegekoordination zu begleiten. Es werden neue Anreizprogramme zugunsten **integrierter Versorgung** und Koordination der Medikamentenbehandlung umgesetzt; dabei gelten die Grundsätze der Bezahlung nach Lieferung und der Belohnung für gute Leistungen (anstatt der Bestrafung für schlechte Ergebnisse).

Mehrere Initiativen im Zusammenhang mit der Informationserfassung und -verteilung sind mit dem schwedischen Konzept verknüpft bzw. unterstützen dieses. So wurden etwa landesweite klinische Leitlinien entworfen, die Gesundheits- und Sozialfürsorge verbinden und damit die gesamte Versorgungskette abdecken. In mehreren Regionen werden einheitliche PatientInnenberichte eingeführt, die eine Grundlage für die **integrierte medizinische Dokumentation** bilden sollen. Die Zahl der Qualitätsregister nimmt zu. Sie sind möglichst so angelegt, dass Behörden und AnbieterInnen in der Lage sind, PatientInnen besser zu betreuen, sodass diese in den Genuss einer besseren Pflege und Behandlung



kommen. Ein Beispiel ist das Register „Senior Alert“, das den gesamten Prozess der Gesundheitsbetreuung umspannt.

Das schwedische Konzept fußt auf der Überzeugung, dass **soziale Innovationen** und technische Weiterentwicklungen notwendig sind, um beim zukünftigen Pflegebedarf den Erfordernissen der Menschenwürde gerecht zu werden. Als wichtige Komponente dieser sozialen Innovationen gilt ein Umdenken, das der Vorbeugung und Rehabilitation – wo immer möglich – den Vorrang vor der Pflege einräumt. Das dänische Modell der Alltagsrehabilitation kann diesbezüglich als gutes Beispiel genannt werden. Untermauert wird dieser Umdenkprozess durch Programme zum Ausbau von Aus- und Weiterbildung von Fachkräften.

Das vordergründige Ziel dieser Innovationen ist zwar die Verbesserung der **Pflegequalität**, doch wird auch von einem Zusatznutzen auf der Ausgabenseite ausgegangen. Bisher gibt es zwar kaum Evaluierungen zu diesen Auswirkungen. Erste Ergebnisse aus ausgewählten Konzepten sind jedoch ermutigend.

C. Politikinstrumente und Erfahrungen in den Peer-Ländern/Beiträge europäischer Interessenvertretungen

Dieser Abschnitt beschreibt Politikinstrumente und Erfahrungen aus den Peer-Ländern. Daran schließen die zusammengefassten Stellungnahmen der Interessenvertretungen an, die auch thematisch relevante Meinungen aus anderen Staaten eingeholt haben⁷.

Belgien

Vor dem Hintergrund eines vergleichsweise hohen Pflegeanteils in Institutionen rief Belgien eine **nationale Strategie** ins Leben, um eine Verlagerung zur häuslichen Pflege zu begünstigen. In dem Wunsch, alternative Pflege-/Unterstützungsformen häuslicher Pflege zu entwickeln, wurden seit 2010 mehrere Projekte mit Dienstleistungstypen initiiert, die im belgischen Föderalsystem bis dahin nicht finanziert wurden (u. a. Fallmanagement, Beschäftigungstherapien, Nachtbetreuung, Tagesstätten). Die Kostenwirksamkeit und weitere Aspekte der nationalen Strategie werden derzeit evaluiert.

Im Zuge einer jüngst beschlossenen **Reform** werden einzelne Gesundheitsagenden von der Bundes- auf niedrigere Verwaltungsebenen verschoben. Im neuen System verbleibt allein die Finanzierung der Gesundheitsversorgung Bundessache (im Rahmen der Krankenversicherung), während untere Verwaltungsinstanzen für stationäre Altenhilfe, Sozialfürsorge zu Hause und die Pflegekoordination zuständig sein werden.

Aufgrund von **Engpässen bei bestimmten Fachkräften** rechnet Belgien mit einer allmählichen Aufgabenverschiebung von behandelnden ÄrztInnen zu Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und von diesen zu Hilfspflegepersonal. Teilweise ist diese Entwicklung bereits sichtbar.

In Belgien unterliegen Reformen umfangreichen Verhandlungen, zudem durchziehen das Pflegesystem Trennlinien nach Territorien und Berufsgruppen. Um die daraus resultierenden Probleme zu bewältigen, strebt Belgien nach einer Vereinfachung und Vereinheitlichung der Verhandlungsstrukturen, einer besseren Durchsetzung und Klärung der Rolle von Care Managern und der Schaffung von Synergien zwischen Gesundheits-/Krankenpflege und Sozialfürsorge.

Für die Mehrzahl der Anwendungen von **Technologie** in der Langzeitpflege gibt es keine nationale Politik, da es sich um eine Zuständigkeit der Regionen handelt. Es existieren jedoch regionale Pilotprojekte mit öffentlicher Finanzierung. Nennenswerte Ausnahmen sind BelRAI (Aktionsplan für ein einheitliches umfassendes Beurteilungsinstrument für stationäre GeriatriepatientInnen 2013-18) und der Ausbau von e-Health als Mittel der Informationsverteilung zwischen allen mit der Versorgung befassten Akteuren.

⁷ Die Ausführungen zu den einzelnen Staaten bzw. den Interessenvertretungen beruhen ausschließlich auf den für die Peer Review erstellten Beiträgen.



Die Verantwortung für das **Qualitätsmanagement** in der Langzeitpflege liegt sowohl bei Bundes- als auch untergeordneten Instanzen. Die aktuelle Leistungsevaluierung des Gesundheitswesens hat zum Ziel, die Leistung des gesamten Gesundheitssystems zu messen, einschließlich einiger Indikatoren zur Langzeitpflege. Das BelRAI-Projekt kann mit hoher Wahrscheinlichkeit für weitere Entwicklungen auf diesem Gebiet herangezogen werden. Die wichtigsten verfügbaren Datenbanken neben den BelRAI-Daten sind IMA (Datenbank zur Beanspruchung von aus der staatlichen Kranken- und Behindertenversicherung erstatteten Gesundheitsleistungen) und die nationalen Gesundheitserhebungen.

Bulgarien

In Bulgarien liegt die Zuständigkeit für Sozialdienstleistungen bei den Kommunen. Jüngste Reformen zielten auf eine Deinstitutionalisierung und den Ausbau kommunaler und ambulanter Dienstleistungen ab und bewirkten im Zeitraum 2008-12 eine Zunahme der gemeindenahen Versorgung um 90 %.

Bulgarien verabschiedete 2013 eine „Nationale Strategie zur Armutsminderung und Förderung der sozialen Eingliederung 2020“. Ein explizites Teilziel lautet, die Zahl der Armutsbetroffenen ab 65 Jahren bis 2020 um 52.000 zu reduzieren. 2012 leitete Bulgarien die Entwicklung einer **Nationalen Langzeitpflegestrategie** ein, die bis Ende 2013 im MinisterInnenrat beschlossen werden soll. Der Entwurf beinhaltet Maßnahmen zur Deinstitutionalisierung und zur Ausdehnung des Dienstleistungszugangs für Ältere und Menschen mit Behinderung. Folgende Vorkehrungen sind dafür vorgesehen: Schaffung eines angemessenen Netzwerks an gemeindenahen und häuslichen Dienstleistungen, um die Bedürfnisse Einzelner und spezifischer Zielgruppen zu erfüllen; qualitative Verbesserung von Langzeitpflegedienstleistungen; Entwicklung spezieller Maßnahmen für pflegende Angehörige; Einsetzung von Mechanismen für die Pflegefinanzierung und eine nachhaltige Aufstockung der Finanzressourcen für gemeindenahe und häusliche Dienstleistungen; Verbesserung der Koordinationsmechanismen zwischen Sozialfürsorge und Gesundheitswesen.

Die nicht-institutionelle häusliche Pflege – etwa durch persönliche Assistenzkräfte, SozialbetreuerInnen und Haushilfen – erweist sich als besonders wirksam und beliebt. In vielen Fällen wird einE AngehörigeR beschäftigt, die/der anderenfalls aufgrund der Vollzeit-Pflegeverantwortung keiner Erwerbsarbeit nachgehen könnte. Das nationale Programm „Assistenzkräfte für Menschen mit Behinderung“ lief 2003 an. 2012 fanden 4.325 davor arbeitslose Menschen eine Anstellung als persönliche Assistenzkräfte, überwiegend zur Unterstützung älterer Menschen. Um die **familiäre Pflege** weiter auszubauen, ist die landesweite Einführung eines „persönlichen Leistungskontos für personenbezogene Assistenz“ vorgesehen.

Seit 2010 findet auf regionaler und kommunaler Ebene die bedarfsabhängige **Planung** der Sozialdienstleistungen statt; daraus sind 28 regionale und 264 kommunale Strategien hervorgegangen.

Zur qualitativen Aufwertung der Sozialdienstleistungen bietet der Staat (über das Sozialhilfeamt) den Kommunen und Dienstleistungsinstanzen methodische Hilfestellungen (Verfahrensanleitung, Schulungen und Supervision, Ausbildungsmaßnahmen im

Sozialbereich). Kontrolle und Monitoring erfolgen durch die Aufsichtsstelle des Sozialhilfeamtes. Letzteres führt zudem ein **Register** der SozialdienstleistungsträgerInnen, das Amt für Menschen mit Behinderung ein weiteres zu den einschlägigen Körperschaften.

Die Mechanismen zur **Finanzierung** von Sozialdienstleistungen und Langzeitpflege wurden mehrfach umgestellt. Im Zusammenhang mit der finanziellen Dezentralisierung von Sozialdienstleistungen bestand eine wichtige Änderung in der Einführung einheitlicher Vorgaben für Betreuungsaufwendungen für KlientInnen. Damit sollen Kommunen ermutigt werden, die Erbringung von Sozialdienstleistungen mit externen AnbieterInnen zu verhandeln. Die Nationale Langzeitpflegestrategie nimmt auf die langfristige Finanzierbarkeit Bedacht. So werden Kommunen und private Versorgungsinstanzen ermutigt, mit eigenen Mitteln Dienstleistungen zu initiieren; bewilligte Finanzierungen sind dabei nicht an die/den AnbieterIn gebunden, sondern können von den Versorgten „mitgenommen“ werden („*money follows the person*“-Prinzip).

Kroatien

Die Grundlage der Langzeitpflege in Kroatien ist traditionell die Betreuung in öffentlichen stationären Einrichtungen. In den letzten Jahren haben indessen diverse „alternative“ Pflegeformen, vorwiegend durch private gewerbliche oder gemeinnützige Einrichtungen, an Bedeutung gewonnen. 2011 entfiel ein Anteil von 40 % der Gesamtkapazitäten auf die stationäre Pflege und 60 % auf alternative Pflegeangebote (Pflegefamilien für SeniorInnen, familienähnliche Unterkünfte, häusliche Pflegedienstleistungen usw.). Zusätzlich gibt es zwei umfangreiche vertraglich geregelte Hausbetreuungsprogramme für Ältere, die in erster Linie auf unterentwickelte Gebiete abzielen. Kroatien zeichnet sich überdies dadurch aus, dass die Altenpflege traditionell als Familienangelegenheit gilt. Es wurden die Grundsätze der Bedarfsprüfung und Zuzahlungen eingeführt.

Die vertraglichen Hauspflegeprogramme zielen zwar auf die ärmere Bevölkerung mit hoher Pflegebedürftigkeit und ohne familiäre Unterstützung ab, doch sind die Anspruchskriterien nicht geregelt, was zu Diskrepanzen in der Pflegeversorgung geführt hat. Nach dem Sozialleistungsgesetz muss **Wahlfreiheit** in der Dienstleistungsbeanspruchung gelten, und die NutzerInnen müssen aktiv in die Bedarfsbeurteilung und in Versorgungsentscheidungen einbezogen werden. Das Informations- und Kapazitätsdefizit sowie regionale Ungleichverhältnisse stellen jedoch häufige Hindernisse für die Verwirklichung dieser Grundsätze dar. Es gibt auch Fälle, in denen Pflegebedürftige, die eigentlich lieber zuhause betreut werden würden, aufgrund des mangelnden Dienstleistungsangebots um stationäre Pflege ansuchen. Jüngste Weichenstellungen gehen in die Richtung einer individuellen Abstimmung von Dienstleistungen und **personenzentrierter** Konzepte, allerdings sind noch weitere Verbesserungen erforderlich.

Der Einsatz von **Technologie** bei der Hilfe im Haushalt ist noch begrenzt. Es gibt einen Sozialnotdienst, der von drei Heimen und einer zivilgesellschaftlichen Organisation betrieben wird.

Bislang kommt nur das traditionelle Muster des **Qualitätsmonitorings** zum Zug, d. h. dass für eine Lizenzerteilung bestimmte Mindestvorkehrungen genügen. In Zusammenarbeit mit der Weltbank wurden in einem neueren Projekt „Qualitätsnormen für Sozialdienstleistungen



in der öffentlichen Wohlfahrt“ entwickelt, die breiter gefasst sind, bis jetzt aber in der Altenpflege noch nicht angewendet werden. Dies setzt vorab weitere Umstellungen voraus, um sowohl den besonderen Erfordernissen der Langzeitpflege (z. B. DemenzpatientInnen) als auch der Ergebnismessung und den spezifischen Anforderungen der Hauspflege in Gegenüberstellung zur Heimpflege besser Rechnung zu tragen.

Verfügbare Evaluierungen bestätigen, dass sich die Schaffung eines Hauspflegesektors **für mehrere Gruppen günstig ausgewirkt** hat: Die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen hat sich verbessert, sie sind weniger anfällig für soziale Ausgrenzung; andererseits sind Beschäftigungsmöglichkeiten entstanden, insbesondere für ansonsten nur schwer vermittelbare Personen (Jugendliche mit begrenzter Berufserfahrung; ältere und Langzeitarbeitslose). Evaluierungen attestieren der häuslichen Pflege zwar eine zufriedenstellende **Kosteneffizienz**, unterstreichen aber auch die Notwendigkeit einer besseren Abstimmung zwischen ambulanten Pflegedienstleistungen und Gesundheitssektor.

Zypern

Im Zuge des Programms mit der Troika (EU, IWF und EZB) hat sich die Regierung der Republik Zypern zur Eindämmung der Sozialausgaben bzw. zu deren Senkung in naher Zukunft verpflichtet. Zypern ist folglich gefordert, sein Sozialwesen umzugestalten und zugleich ein allgemeines Gesundheitssystem einzurichten. Derzeit sind Gesundheitswesen und Sozialfürsorge bei zwei verschiedenen Ministerien angesiedelt.

Nur bei Anspruch auf staatliche Fürsorge sind auch kostenlose Langzeitpflegeleistungen verfügbar. Anderenfalls wird erwartet, dass Betroffene für Pflege selbst aufkommen; sie können die beanspruchten Dienstleistungen frei wählen. Versorgungsberechtigte erhalten mitunter Geldzuweisungen, die die monatlichen Kosten für Anstalts- bzw. Hauspflege, das Gehalt einer Hauspflegeperson (bis zu EUR 393,58 bei Vollzeitpflege) inklusive Sozialbeiträge sowie ein Taschengeld (für BewohnerInnen öffentlicher Altenwohnheime und Gemeindeeinrichtungen) umfasst. Beihilfen schwanken je nach Bedürftigkeit und Art der erforderlichen Pflege (Höchstbetrag: EUR 240,-).

Der Staat übernimmt mitunter die (Teil-)Finanzierung für eine private Hauspflegekraft, z. B. eineN AngehörigeN oder Pflegepersonen von NROen. **Pflegende Angehörige** müssen ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, um für diese Mittel in Frage zu kommen. Daneben gibt es auch staatliche Hauspflegekräfte. 24-Stunden-Betreuung durch häusliche Pflegekräfte – zumeist mit Migrationshintergrund – stellt eine bedeutende Pflegevariante dar. Ein neues, vom Europäischen Sozialfonds kofinanziertes Projekt namens „Subventionierung von Sozialfürsorgedienstleistungen im Rahmen der Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben“ dient der Unterstützung arbeitsloser Frauen, die sich um eineN pflegebedürftigeN AngehörigeN kümmern.

Das zypriotische Konzept ist **patientInnenzentriert**, insofern als sich das Ausmaß von Hauspflege, Tagesbetreuung oder stationärer Betreuung nach den individuellen Bedürfnissen richtet, wobei eine Absprache zwischen AntragstellerInnen und Sozialamt stattfindet. Pflegebedürftige können Pflegeart und AnbieterInnen selbst aussuchen.

Der Einsatz von **Technologie** in der Hauspflege steckt in Zypern noch in den Kinderschuhen.

Im Gefolge der derzeitigen Sozialreformen dürfte die Langzeit-Sozialfürsorge eine neue Form annehmen und von der öffentlichen Wohlfahrt abgekoppelt werden. In aktuellen Plänen für die künftige stationäre Versorgung gibt es u. a. den Vorschlag, ein **Qualitätsüberwachungssystem** zu schaffen. Das Angebot an ambulanter Pflege ist bislang nicht geregelt, ein entsprechendes Gesetz aber in Vorbereitung. Darin sollen auch qualitative Mindestnormen und Qualifikationserfordernisse für Pflegekräfte enthalten sein. Derzeit gelten für die Qualitätsüberwachung in der stationären Betreuung sowie in Tageszentren gesetzlich definierte Mindeststandards, außerdem werden die Einrichtungen regelmäßigen Kontrollen unterzogen. Auf dem Gebiet der ambulanten Pflege beruht die Aufsicht auf regelmäßigen Besuchen durch MitarbeiterInnen des Sozialamts und einer engen Zusammenarbeit zwischen NROen und den örtlichen Behörden, die für die ambulanten Pflegeprogramme zuständig sind.

Tschechische Republik

In der Tschechischen Republik steht ein einheitliches Gesetz zur übergreifenden Regelung der Langzeitpflege im Gesundheits- und Sozialfürsorgesektor nach wie vor in Vorbereitung. Bislang gelten deshalb unterschiedliche Bestimmungen hinsichtlich Finanzierung, Zugänglichkeit und Qualitätsmessung.

Die Finanzierung der sozialen Hauspflegeangebote erfolgt hauptsächlich aus zwei Quellen, den Aufwendungen der NutzerInnen und staatlichen Zuschüssen, und in kleinerem Ausmaß aus Beiträgen von Stiftungen, Spenden, Geschäftsaktivitäten usw. Es gibt keine allgemein gültigen Rahmenbestimmungen für öffentliche Zuschüsse. Die NutzerInnen kommen für soziale Hauspflege entweder aus ihrem eigenen Einkommen (hauptsächlich Altersrente) oder mithilfe des Pflegegelds auf, welches in vier Stufen gewährt werden kann, monatlich von CZK 800 (ca. EUR 31,-) bis CZK 12.000 (ca. EUR 460,-) für erwachsene Pflegebedürftige.

Laut Sozialdienstleistungsgesetz erhalten die Betroffenen eine kostenlose Sozialberatung und können aus einer Bandbreite von Sozialdienstleistungen frei **wählen**. Das Gesetz räumt den Kommunen und Regionen ferner eine Mitgestaltungsmöglichkeit hinsichtlich Geltungsbereich, Art und Zugänglichkeit von Sozialdienstleistungen ein.

Die medizinische Hauspflege wird in vollem Umfang von der Krankenkasse getragen – für Versicherte und sofern eine entsprechende Verordnung durch die/den behandelnde/n AllgemeinmedizinerIn vorliegt. Neben der Pflege umfassen die Dienstleistungen auch Rehabilitation (Physiotherapie oder Ergotherapie) und relevante Fachdienstleistungen.

In der tschechischen häuslichen Pflege stehen nur wenige **technologische** Anwendungen in großflächigem Einsatz. Eine gewisse Bedeutung erlangt haben Systeme für die Notfallpflege, das größte unter ihnen ist AREION. Es bietet bzw. vermittelt Notfallpflege in verschiedenen medizinischen und sozialen Konstellationen. Seit kurzem gibt es ein neues Bündnis („Offene Allianz für Assistenztechnologien“) zwischen Unternehmen/Organisationen auf dem Gebiet der Assistenztechnologien und Universitäten wie der Tschechischen Technischen Universität. Das Ziel ist die Entwicklung klarer und kohärenter Strategien für die Bedürfnisse chronisch Kranker und von Menschen mit Behinderung, um ihnen einen möglichst langen Verbleib im eigenen Umfeld zu ermöglichen.



In der sozialen Hauspflege gelten die **Qualitätsstandards** für Sozialdienstleistungen, die vom Staat festgesetzt und kontrolliert werden. Versorgungsinstanzen benötigen für bestimmte Dienstleistungsarten eine Zulassung von der zuständigen Regionalbehörde. Es gibt Qualitätsstandards für Verfahren, Personal und technische Angelegenheiten. Die Qualitätsstandards haben offenbar den PatientInnenfokus der häuslichen Pflege verbessert.

Das größte **Problem** scheint im Fehlen einer integrierten landesweiten Pflegestrategie und einer einheitlichen Definition von Langzeitpflege zu liegen. Das Gefüge an institutionellen Arrangements ist nicht transparent; während einige Pflegeinstitutionen im Gesundheitssystem angesiedelt sind, liegen andere im Bereich der Sozialdienstleistungen.

Die aktuelle Wirtschaftskrise und die daraus resultierenden Haushaltskürzungen setzen die Langzeitpflege unter Druck. Trotz eines allgemeinen Rückgangs der Staatsausgaben zwischen 2009 und 2012 sind jene für die soziale Hauspflege leicht gestiegen. Die stationäre Pflege wird zur Gänze von den Krankenkassen gedeckt. Aufgrund des Defizits der größten gesetzlichen Krankenkasse wurden seit 2010 keine Verträge für neue Kapazitäten mehr abgeschlossen. Den folglich unveränderten stationären Pflegekapazitäten steht eine geringfügige Zunahme Pflegebedürftiger gegenüber. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass keineswegs alle Personen in stationären Einrichtungen als langzeitpflegebedürftig einzustufen sind.

Deutschland

Die im Januar 2013 in Kraft getretene Reform hatte zum Ziel, Wahlmöglichkeiten im Pflegebereich und die individuelle Ausrichtung auszubauen und mehr Anspruchsmöglichkeiten für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (hauptsächlich Demenzkranke) zu schaffen. Die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten betrifft neue nicht-medizinische häusliche Betreuungsleistungen als Sachleistungen und – ergänzend zur bisher bestehenden Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege – Zeitkontingente für pflegerische Leistungen durch Angehörige. Erstmals gibt es Zuschüsse der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) für Wohngruppen (ambulant betreute Wohngemeinschaften). Mit einem Gesamtbudget von EUR 30 Mio. sollen bis Dezember 2015 3.000 Wohngruppen entstehen, die mit max. EUR 2.500,- pro pflegebedürftiger Person gefördert werden.

Zur Begünstigung des **Technologieeinsatzes** in der häuslichen Pflege kann die SPV Zuschüsse für notwendige Umbaumaßnahmen (bis zu EUR 2.557,- pro Maßnahme) gewähren. Die Entwicklung und der Einsatz von IKT oder Systemen für umgebungsunterstütztes Leben sind in Deutschlands Pflegepolitik bislang nicht vorrangig. Das Interesse an diesen Lösungen nimmt jedoch zu, wie die breite Palette an Pilotprojekten verdeutlicht. Die Bundesregierung betreibt Forschungsförderung mit Schwerpunkt auf Mobilitäts-erhaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, beginnend mit der Erhebung der Präferenzen und Mobilitätsmuster älterer Menschen. Daneben gibt es eine Reihe von Pilotmechanismen für Online-Beratung, Internet-Plattformen und E-Learning-Möglichkeiten.

Zugelassene LangzeitpflegeanbieterInnen müssen über ein **Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsystem** verfügen und Fachstandards anwenden. Medizinische Dienste der gesetzlichen und privaten Krankenkassen führen die Begutachtung von Hauspflegedienstleistungen durch. Mindestens einmal jährlich finden Routinekontrollen

zur Ergebnisqualität statt, darüber hinaus sind Wiederholungskontrollen und Inspektionen nach Beschwerden möglich. Seit 2008 müssen die Kontrollergebnisse veröffentlicht werden, was zu heftigen Debatten über Transparenzkriterien geführt hat. Eine Messung der Ergebnisqualität mithilfe von Kennzahlen ist auf Bundesebene in Ausarbeitung, wird zunächst jedoch nur für Langzeitpflegeeinrichtungen gelten. Verfahren für die komplexeren Aufgaben der häuslichen Pflege sollen später entwickelt werden.

Pflegende Angehörige können verschiedene Unterstützungen erhalten, u. a. Rentenanwartschaften und die Übernahme von Rentenbeiträgen (vorbehaltlich bestimmter Kriterien). Seit 2012 muss innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung eine Beratung stattfinden, und die Versicherten erhalten eine Rehabilitationsempfehlung sowie eine Beurteilung ihres Pflegebedarfs. Die Rehabilitation für pflegende Angehörige wurde erleichtert.

Ende 2012 wurde vom Bund ein Pakt zur **Geriatricausbildung** verabschiedet, mit dem jährlich 10 % mehr Auszubildende für die Altenpflege gewonnen und Anreize für die Umschulung in der geriatrischen Krankenbetreuung geschaffen werden sollten.

Zur Sicherung der langfristigen **Finanzierbarkeit** wurden die Beitragssätze der SPV im Januar 2013 angehoben (1,95-2,05%, bzw. für kinderlose Personen 2,2-2,3%). Um die Inanspruchnahme privater Pflegeversicherungen zu fördern, werden Prämien seit 2013 unter bestimmten Voraussetzungen mit monatlich EUR 5,- unterstützt.

Litauen

18

Das litauische Langzeitpflegesystem ist noch von der Nachkriegszeit geprägt, als ausschließlich öffentliche Gesundheits- und Pflegedienstleistungen zugelassen waren und das Hauptaugenmerk nicht der ambulanten Betreuung, sondern der institutionellen Versorgung galt. Der Ausbau ambulanter Sozialdienstleistungen begann 1996, jedoch unter Ausschluss von Gesundheitsdienstleistungen. Laut geltendem Sozialdienstleistungsgesetz aus 2006 sollen Sozialdienstleistungen die Voraussetzungen schaffen, dass Betroffene zuhause leben und selbst zurechtkommen können, und die Koordination zwischen Beschäftigung, persönlicher Gesundheitsversorgung und Sonderbetreuungsmaßnahmen begünstigen.

Die Einstufung des Sozialdienstleistungsbedarfs erfolgt durch die Kommunen, abhängig vom Grad der physischen und sozialen Beeinträchtigung der Betroffenen. In allen Kommunen gibt es ein Angebot an ambulanten Sozialdienstleistungen, jedoch ist eine integrierte Sozial- und Gesundheitsbetreuung, allen voran in der häuslichen Krankenpflege, noch kaum gediehen. Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal von Ambulatorien und Polikliniken soll nach dem Dienst auch die häusliche Krankenpflege erbringen – ein nicht sehr wirksames System, in dem zahlreiche Betroffene auf häusliche Betreuung verzichten müssen.

2012 wurde das Entwicklungsprogramm für integrierte häusliche Pflege ins Leben gerufen. Ziel war es, die Zugänglichkeit zu sichern, den Aufbau von Teams aus verschiedenen Fachkräften voranzubringen und verschiedene integrierte häusliche Hilfsdienstleistungen für unterschiedliche Zielgruppen zu schaffen (u. a. junge und alte Menschen mit Behinderung)



sowie Angehörige). Im September 2013 lief ein großes Pilotprojekt an, bei dem mobile SpezialistInnenteams integrierte Hilfe erbringen.

Pflegebedürftige haben das Recht, die/den AnbieterIn selbst **auszusuchen**, und die Kommune muss für die entsprechende Finanzierung Sorge tragen. Die Betroffenen haben die Möglichkeit, anstatt der Sachleistung eine Geldzuwendung zu beziehen, mit der sie Hilfe bezahlen.

Jüngere Programme haben u. a. den Einsatz von **Technologie** zum Gegenstand, bspw. um für eine bessere Kommunikation zwischen Versorgungsinstanzen und Kommunen zu sorgen. Ein eigenes Online-Informationsportal für SeniorInnen wurde eingerichtet. Ältere BürgerInnen werden ermutigt, öffentlich zugängliche Computer (kostenlos in 90 % der öffentlichen Bibliotheken) und das Internet für Fragen zu Gesundheit, Beschäftigung und „E-Verwaltung“ zu nutzen.

Für die **Qualität** der Dienstleistungen sind Sozialfürsorgeeinrichtungen verantwortlich, während die Sozialdienstleistungsaufsicht (Ministerium für soziale Sicherheit und Arbeit) für Bewertung, Kontrolle und Aufsicht zuständig ist. Es werden Sozialfürsorgestandards für spezifische Zielgruppen, aber auch Einrichtungen erlassen. Einrichtungen werden mindestens alle fünf Jahre begutachtet und inspiziert. Das Amt sammelt die Daten der zugelassenen Sozialfürsorgeeinrichtungen in einer Datenbank.

Niederlande

Die Niederlande bereiten gegenwärtig eine umfassende **Reform** des Langzeitpflegesystems vor. Bislang wird die Langzeitpflege überwiegend von der Sozialversicherung getragen. Mit der Reform soll diese Zuständigkeit (ab 2015 einschließlich jener für häusliche Pflege) auf lokale Gebietskörperschaften verlagert werden. Einzelne Aufgaben wie die medizinische Hauskrankenpflege sollen zur Krankenversicherung wechseln, bei der Sozialversicherung verbleibt lediglich die Anstaltsfürsorge für Ältere und Menschen mit Behinderung. Im Zuge jüngerer Reformen wurde eine nach Pflegeintensität abgestufte Finanzierung eingeführt; PflegeanbieterInnen müssen einem Pflegeplan folgen, der den Wünschen der KlientInnen Rechnung trägt. Nach der Abschaffung der zentralen Kapazitätsplanung für Pflegeheime können AnbieterInnen ohne Genehmigung Kapazitäten aufstocken. Persönliche Pflegebudgets fanden als Alternative zu Sachleistungen einen derart regen Zuspruch, dass die Kosten empor schnellten; mittlerweile wurden Beschränkungen eingeführt, etwa durch die Umwandlung von Geldzuweisungen in Bezugsrechte.

Die Niederlande und Schweden tätigen im Vergleich zu den meisten anderen EU-Staaten höhere Aufwendungen für Langzeitpflege (gemessen am BIP). Zu den Reformzielen gehört u. a. die Deinstitutionalisierung: Kommunen sollen älteren Menschen einen längeren Verbleib im eigenen Zuhause ermöglichen, sodass gleichzeitig informelle Pflegekräfte eine stärkere Rolle einnehmen und die formelle Pflege – allen voran die stationäre Pflege – an Gewicht verliert.

Was die **Technologieanpassung** für zuhause betrifft, zeigen sich in den Niederlanden divergierende Erfahrungen: Die Innovationsbereitschaft ist im Gesundheitsbereich stärker

ausgeprägt als in der Langzeitpflege, wo der kulturelle Wandel offenbar ein gewichtigeres Thema darstellt.

Das Programm „Sichtbare Pflege“ (*zichtbare zorg*) begünstigte Transparenz und **Qualitätsbeurteilungen** (für die Altenpflege seit 2004/05). Nach mehrjährigen Entwicklungs-, Anpassungs- und Evaluierungsbemühungen wurde eine stark verkürzte Indikatorenliste beschlossen, die pflegebezogene Punkte und KlientInnenerfahrungen in sieben Bereichen umfasst: Physisches Wohlbefinden, Wohn- und Lebensbedingungen, Teilhabe, geistiges Wohlbefinden, ausreichendes und geschultes Personal, Qualität der Pflegeorganisation, Pflegequalität und Sicherheit. Ergebnismessungen sämtlicher Einrichtungen und sonstige Informationen, die der Wahlfreiheit der KlientInnen dienen, werden nunmehr jährlich veröffentlicht⁸. Das Anfang 2013 geschaffene Qualitätsinstitut soll qualitative Beurteilungen voranbringen und erleichtern, Richtlinien und professionelle Gesundheitsstandards ausarbeiten usw.

Rumänien

Der demografische Wandel infolge der steigenden Lebenserwartung und niedriger Geburtenraten dürfte sich in Rumänien insofern verschärfen, als viele junge Menschen sich zur Emigration entschließen. Die hohe relative Armut unter SeniorInnen konnte nahezu auf den Durchschnittswert der Allgemeinbevölkerung gesenkt werden, doch bleibt ihre Verbreitung unter älteren Frauen aller Wahrscheinlichkeit nach eine ungelöste Herausforderung. Rumänien zählt zu den Staaten, in denen SeniorInnen besonders häufig mit jüngeren Generationen zusammenleben, was im Fall von Pflegebedürftigkeit eine Unterstützung innerhalb des Haushalts wahrscheinlicher macht.

20

Ambulante Pflege gilt als Sozialdienstleistung und kann in einem integrierten Modell zusammen mit Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden. Die Organisation, Entwicklung und Verwaltung von sowie häufig auch die Versorgung mit ambulanten Pflegeleistungen erfolgt durch die Kommunen. Auf NROen entfallen 123 der 167 – und zumeist deutlich größere – Sozialdienstleistungszentren, weshalb sie im Vergleich zu den Kommunen eine noch größere Versorgungsrolle einnehmen, wenngleich nicht von allen dieser Zentren auch ambulante Pflege angeboten wird. Viele NROen agieren auf der Grundlage von Verträgen mit lokalen Gebietskörperschaften. NROen können Subventionen aus staatlichen und lokalen Budgets beziehen.

Die lokalen Gebietskörperschaften haben die Möglichkeit, für schwerstbeeinträchtigte Personen persönliche Assistenzkräfte einzustellen. Während ambulante Pflege unbegrenzt gewährt werden kann, trägt die nationale Krankenkasse die Kosten für ambulante Gesundheitsdienstleistungen von NROen und behandelnden ÄrztInnen – und zwar für höchstens 90 Tage im Jahr. Es gibt starke regionale Disparitäten hinsichtlich der Verfügbarkeit von ambulanten Pflegedienstleistungen, häufig können Pflegebedürfnisse nicht vollständig erfüllt werden. Trotz zunehmender Beschäftigtenzahlen in der Pflege leiden öffentliche und private Versorgungsinstanzen an Personalunterversorgung. Die Hauspflege verbucht einen ungewöhnlich hohen Anteil an freiwilligen Kräften, unter denen an die 80 % einen Fachkurs abgeschlossen haben.

⁸ Vgl. www.kiesbeter.nl.



Theoretisch können Personen mit attestierten Pflegebedürfnissen das Versorgungsangebot frei **wählen**, möglich ist dies jedoch nur in Gebieten mit entsprechenden Kapazitäten. Die Finanzierung der Dienstleistungen ist auf diese fokussiert und nicht auf die PatientInnen. Sehr wohl **patientInnenzentriert** ist indes die Ebene der Dienstleistungserbringung, insofern als jeder Fall einzeln erfasst wird.

Medizinisch-**technische** Geräte für die Hauspflege sind überaus elementar und Berichten zufolge verbesserungswürdig.

AnbieterInnen von ambulanter Pflege müssen eine Zulassung für Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen besitzen. Als Zulassungskriterien werden hauptsächlich Struktur- und Prozessmerkmale herangezogen, eine Überprüfung findet alle drei Jahre statt. Diese Verwaltungsdaten werden regelmäßig für **Qualitätsbeurteilungen** genutzt, allerdings gibt es nur wenig evidenzbasiertes Material von eingehenderen Analysen, etwa mittels Befragungen. Allgemein äußern Sozialdienstleistungsbeziehende eine hohe Zufriedenheit. Dies reflektiert aber nicht unbedingt nur die tatsächliche Qualität, sondern auch eine kulturelle Komponente.

Slowenien

In der Langzeitpflege Sloweniens spielt die stationäre Pflege aus historischen Gründen die Hauptrolle. Ambulante Pflege wurde erst in den ausgehenden 1980er-Jahren eingeführt und Ende der 1990er ausgeweitet. Die Zuständigkeit für die ambulante Pflege verteilt sich auf die öffentliche Krankenpflege und die Hilfe im Haushalt. Die öffentliche Krankenpflege ist im Gesundheitsministerium angesiedelt, wird vollständig von der Krankenkasse finanziert und von kommunalem Pflegepersonal erbracht. Aufgrund des gestiegenen Bedarfs an kurativer Pflege können die kommunalen Pflegekräfte immer weniger Zeit für Präventivaufgaben aufwenden, was die Notwendigkeit struktureller Veränderungen verdeutlicht. Die 211 Kommunen sind für die hauswirtschaftliche Betreuung zuständig und müssen folglich für die Organisation, Erbringung und Finanzierung (mind. 50 % der Kosten) der Dienstleistungen sorgen. Die häusliche Betreuung wird überwiegend von öffentlichen Stellen erbracht. An die 1,7 % der Bevölkerung ab 65 Jahren nutzen eine formale ambulante Betreuung. Dies liegt deutlich unter der nationalen Zielgröße von 3 % – und noch weiter entfernt von der unlängst beschlossenen Vorgabe von 3,5 % für den Zeitraum 2013-20. Hinsichtlich der verrechneten Kosten und des Dienstleistungsangebots gibt es Abweichungen zwischen den Kommunen, und in vielen Fällen besteht keine Auswahl zwischen mehreren AnbieterInnen.

Bei Anspruch auf Anstaltsfürsorge besteht die Möglichkeit, alternativ auf eine **häusliche Assistenzkraft** zurückzugreifen. Dabei handelt es sich zumeist um ein im selben Haushalt lebendes Familienmitglied, das bei den Alltagsverrichtungen behilflich ist. Die Finanzierung erfolgt aus öffentlichen und privaten Mitteln. Dieser Anspruch muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass in Slowenien im EU-Vergleich der höchste Bevölkerungsanteil stationäre Altenhilfe anderen Altenpflegeoptionen vorzieht (Europäische Kommission, 2007). In Slowenien existiert überdies ein besonderes **Pflegegeld**. Über den Betrag kann frei verfügt werden, er wird im Allgemeinen zur Kostendeckung für formale oder informelle Pflege einer/eines Betroffenen herangezogen.

Bei den **Assistenztechnologien** sind in Slowenien vor allem Hilferufsysteme weit entwickelt. Erstmals 1992 in der Hauptstadt im Einsatz, sind sie seit kurzem landesweit verbreitet. Das neue Hilferufsystem beruht auf einem zentralen Call Center und ist weitaus preiswerter als die bisherige Systemvielfalt. Von den neuen gesetzlichen Regelungen wird erwartet, dass diese Art von Dienstleistungen in den öffentlichen Sozialdienstleistungskatalog aufgenommen wird. Hinsichtlich häuslicher Telegesundheitsdienste gibt es einige Pilotprojekte, die bislang aber keinen Eingang in das öffentliche Hauspflegesystem gefunden haben. Am offenbar weitesten entwickelt ist das System der Televisite im Bluttransfusionszentrum: Es bietet Bluttransfusionseinrichtungen im ganzen Land einen Sofortzugang zu Fachleuten. Es gibt eine „intelligente Wohnung“ namens IRIS, untergebracht im Universitäts-Rehabilitationsinstitut. Neben der Funktion eines Forschungslabors erfüllt sie auch den Zweck, dass potentielle NutzerInnen Lösungen einem Praxistest unterziehen können. In mehreren Arbeitspapieren der Regierung wurden Ziele für den weiteren Ausbau des Technologieeinsatzes in der Langzeitpflege angeregt, Fortschritte und Ergebnisse lassen indes noch auf sich warten.

Wie in vielen Staaten gibt es auch in Slowenien eine nationale Strategie zur **Qualitätsmessung** im Gesundheitswesen, ein vergleichbares Instrument für das Qualitätsmanagement in der Langzeitpflege fehlt jedoch. In der neuen Entschließung zum Nationalen Sozialhilfeprogramm 2013-2020 ist indes vorgesehen, dass Versorgungsinstanzen von Sozialdienstleistungen ab zehn MitarbeiterInnen nach einem anerkannten Qualitätsmanagementsystem zertifiziert sein müssen. AnbieterInnen von ambulanter Betreuung werden sowohl fachlich als auch administrativ von einer Sonderkommission/Prüfstelle kontrolliert (mindestens alle drei Jahre). Angehörige anspruchsberechtigter Personen können überdies eine Qualitätsbeurteilung anfordern. Familiäre Assistenzkräfte müssen den Sozialhilfestellen jährlich einen Bericht vorlegen. Die Sozialhilfestellen müssen ihrerseits jährlich Informationen/Rückmeldungen von Pflegebedürftigen einholen. Die vom Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit erhobenen Monitoringdaten werden in erster Linie für administrative Zwecke und weniger zur Qualitätsverbesserung in der Grundversorgung verwendet. Die Daten werden mittels eines einheitlichen Erhebungsbogens von den Kommunen gesammelt und haben mehr Input- als Ergebnisfaktoren zum Inhalt. Die Messung der KlientInnenzufriedenheit ist nicht verpflichtend. VersorgerInnen, die dieses Element berücksichtigen, können ihre Ergebnisse kaum mit jenen anderer VersorgerInnen vergleichen, da keine Standardisierung vorgeschrieben ist.

Es gibt kein wirklich gesetzlich geregeltes systematisches Qualitätssicherungskonzept; hingegen werden in verschiedenen Bereichen unterschiedliche Aktivitäten entwickelt, die in Zukunft zu einem einheitlichen System gebündelt werden müssen. Es gibt eine Vielzahl privater und öffentlicher Initiativen zur Gewährleistung und Messung der Qualität von Pflegeprozessen und -ergebnissen.

Es sind neue Gesetzesinstrumente geplant, die eine bessere Dienstleistungsintegration, eine bessere Zugänglichkeit (z. B. Einführung von Pflegekoordinationsstellen für eine verstärkt



patientInnenzentrierte Pflege), eine systematische Unterstützung für nicht-professionelle Pfleger, mehr Prävention und mehr Rehabilitation bringen sollen.

AGE Platform Europe

Wie mehrere Mitglieder von AGE Platform Europe ins Treffen führten, zeigt die aktuelle Wirtschaftskrise bereits Auswirkungen auf den **Zugang** zu Pflegedienstleistungen: Die Hürden sind höher geworden, und ein immer größerer Anteil der Pflegearbeit wird wieder den Familien zugeschoben. Was die Pflegebedürfnisse angeht, ziehen die meisten älteren Menschen eine häusliche Pflege vor, weshalb lokale und regionale Gebietskörperschaften in einigen Fällen Initiativen zugunsten altersfreundlicher Umgebungen für diese Art der Pflege entwickelt haben. In vielen EU-Staaten existiert jedoch noch immer kein ganzheitliches Herangehen an Pflegedienstleistungen, was den Effekt mancher zielgerichteter, lokaler Politiken auf das gesamte Pflegesystem einschränkt.

Technologien und insbesondere IKT können ein eigenständigeres Leben begünstigen. Wie die Erfahrung zeigt, müssen sich ältere Menschen selbst mit Technologie vertraut machen, um den Nutzen für ihren Alltag zu erkennen. In der Leistbarkeit steckt vielfach ein Hindernis für den flächendeckenden Einsatz bestimmter durch Technologie ermöglichte Lösungen, die Akzeptanz durch SeniorInnen und ihre Angehörigen spielt ebenfalls eine Rolle. Geringe Akzeptanz hängt möglicherweise u. a. mit dem aktuellen IKT-Fokus auf Notfallpflege zusammen – was unweigerlich negative Assoziationen weckt.

In vielen Staaten herrscht nach wie vor ein Defizit an **Transparenz** und öffentlicher Aufklärung hinsichtlich der Pflegequalität, allen voran im Zusammenhang mit Pflegeergebnissen. AGE ruft überdies dazu auf, gegen **Misshandlung alter Menschen** aktiv zu werden.

23

Europäisches Sozialnetzwerk (ESN)

Unter Bezugnahme auf die komplexe Struktur der nationalen Pflegesysteme macht das ESN in seiner Stellungnahme auf die Rolle der Behörden für die Beauftragung und Planung der Sozialdienstleistungen aufmerksam. Die schottische Regierung bereitet etwa Regelungen zugunsten einer gemeinsamen Beauftragung zwischen Gesundheits- und Sozialsektor vor, um die kommunale Planung durch Einführung integrierter Budgets zu verbessern.

Integriertes Fallmanagement kann dazu verwendet werden, die Informationshürde bezüglich unterschiedlicher Pflegeoptionen zu überwinden. Dieses Fallmanagement muss prinzipiell in den Händen von Fachkräften liegen, die in der Lage sind, verschiedene Ressourcen zu bündeln. ESN unterstreicht den medizinischen und sozialen Aspekt der Prävention. Die enge Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitsdiensten, der Wohnraumversorgung und zivilgesellschaftlichen Organisationen ist im Stande, sozialer Ausgrenzung und Vereinsamung vorzubeugen.

Einige ESN-Mitglieder gingen auf das Fehlen von Daten und gesicherten Kenntnissen im Zusammenhang mit dem Einsatz von **Technologie** in der häuslichen Pflege ein. Evaluierungen von Telegesundheitsdiensten und medizinischer Fernversorgung in England und Schottland zeigen indessen einige vielversprechende Ergebnisse (Schottische



Regierung, 2012). Trotz ihres Potentials finden Technologien in vielen Staaten keine weite Verbreitung. Mehrere Hürden konnten ermittelt werden, u. a. unzureichende (Ko-) Finanzierungen und Kompatibilitätsprobleme, sobald unterschiedliche Verwaltungsebenen (z. B. kommunale Sozialdienste und staatliche Gesundheitsdienste) in Teleassistenzsystemen zusammenarbeiten sollen.

Im ESN-Netzwerk gesammelte Informationen bestätigten, dass überwiegend die traditionelleren Messungen zur Qualitätsüberwachung zum Zug kommen (v. a. Mindestnormen für AnbieterInnenzulassung, verpflichtende Berufsqualifikationen), während nur selten Register verfügbar sind. Auf dem Gebiet der häuslichen Pflege wird häufig nur die versorgende Organisation, nicht jedoch die Pflegedienstleistung selbst kontrolliert. In manchen Staaten werden Transparenz und die Meinung der NutzerInnen als Werkzeug genutzt und die Ergebnisse von Inspektionen oder NutzerInnenbefragungen öffentlich zugänglich gemacht. Es existieren zwar noch nicht viele Evaluierungsmechanismen, die die Qualität, Wirksamkeit und Effizienz umgesetzter Maßnahmen erfassen, doch die ESN-Stellungnahme bietet eine Auswahl von Initiativen aus mehreren europäischen Staaten bzw. Kommunen, die potentiell dem Ausgleich zwischen Qualität und Zugänglichkeit der Pflegedienstleistungen und der finanziellen Nachhaltigkeit zugute kommen.



D. Zentrale Diskussionspunkte des Seminars

Allgemeine Aspekte des schwedischen Konzepts

Dank ihrer Neuartigkeit stoßen **integrierte Leitlinien**, die sowohl Gesundheits- als auch Pflegedienstleistungen umspannen, auf großes Interesse unter den Peer-Ländern. Es wurde erläutert, dass solche Leitlinien nur für ausgewählte Krankheiten entwickelt werden, z. T. aufgrund des Mangels an faktengestützten bewährten Verfahrensweisen.

Mehrere Staaten bekundeten Interesse an der schwedischen Praxis von **flexibleren Grenzen zwischen Berufsbereichen**. Debatten und Vorbehalte einzelner Berufsgruppen gab es auch in Schweden, konnten aber überwunden werden. Die Verlagerung etwa bestimmter Aufgaben von den ÄrztInnen zu ausgebildeten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen erforderte einigen Erklärungsaufwand. Die Aufweichung der Grenzen zwischen Berufsgruppen und die Einführung sozialer Innovationen machen zusätzliche Aus-/Weiterbildung notwendig, zumindest in der Anfangsphase.

Die umfangreiche Erfassung von PatientInnendaten, nicht zuletzt mit der Bündelung mehrerer Datenquellen und einer langfristigen Datenspeicherung, ruft häufig **Datenschutzzeiwände** hervor. Im schwedischen Konzept sind Daten Eigentum der PatientInnen und nicht des Staates. So besteht beispielsweise die Möglichkeit, die Aufnahme persönlicher Daten in ein Register zu verweigern. Die schwedischen Erfahrungswerte zeigen, dass Register (hinsichtlich der Beteiligung) umso erfolgreicher sind, wenn sie nicht nur für die Governance, sondern auch für Fachkräfte und PatientInnen einen sichtbaren Nutzen bringen.

Die Diskussion bekräftigte Schwedens Credo, dass ein stärkeres Augenmerk auf **Prävention** gelegt werden muss. Es lässt sich allerdings nicht immer ganz einfach bestimmen, wo Prävention endet und Akutversorgung beginnt. Außerdem ist Prävention nicht nur im Vorfeld von (schwerer) Pflegebedürftigkeit von Belang, sondern auch für bereits hochgradig Pflegebedürftige, für die sich Präventivmaßnahmen ebenfalls positiv auswirken können.

Partnerschaft zwischen familiärer und formeller Pflege

Ein ausführlich debattierter Punkt betraf **länderspezifische Präferenzen** hinsichtlich der Pflegeoptionen: Wenn etwa – wie in Rumänien – ein Gutteil der Pflegearbeit innerhalb der Familie wahrgenommen wird, steht dies in engem Zusammenhang damit, dass es in Rumänien noch immer viele Mehrgenerationenhaushalte gibt. Die Betreuung durch Angehörige ist aufgrund der relativen Kosten von formeller und informeller Pflege auch häufiger bei hoher Arbeitslosigkeit. Mitunter ist eine scheinbare nationale Präferenz die Folge eines unzureichenden Ressourcenangebots. Auch in „reichen“ Ländern wie Deutschland sind manche Familien aufgrund von Leistungsobergrenzen gezwungen, auf familiäre Pflege auszuweichen. Parallel dazu ist in manchen (v. a. jüngeren) EU-Mitgliedstaaten eine Verschiebung der traditionellen Verteilung der Verantwortungen zu beobachten. Ein Beispiel sind Slowenien und Kroatien, wo Langzeitpflege in der Vergangenheit überwiegend in Heimen stattfand.

In Kroatien zeichnet sich ab, dass die Altenpflege für die Karriere von Frauen ein größeres Hindernis darstellt als die Kinderbetreuung, was die Notwendigkeit einer besonderen

Unterstützung für informelle Pflegepersonen verdeutlicht. In Schottland ist vorgesehen, dass ein bestimmter Teil der kommunalen Mittel für derartige Unterstützungsmechanismen aufgewendet werden, und es findet eine systematische Beurteilung des Hilfebedarfs informeller Pfleger*innen statt. In mehreren Staaten wurden Vorkehrungen für eine leichtere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege getroffen, u. a. durch eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten oder die Einführung von Geldzuwendungen, um mehr Möglichkeiten für die Inanspruchnahme bezahlter Betreuung zu schaffen. Untermuert werden derartige Politiken durch eine Erkenntnis aus der Tschechischen Republik, derzufolge der Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt zugunsten der informellen Altenpflege die teuerste Form von Langzeitpflege darstellt. Auf der anderen Seite gibt es Befürchtungen, dass Geldzuwendungen zu finanzieller Ausbeutung von Angehörigen führen können oder wenn schlecht konzipiert oder durchgeführt zu einer Belastung für den öffentlichen Haushalt werden.

Die Rolle Angehöriger im Pflegeprozess könnte sich verändern, wenn manche traditionelle Rollen der Familien zunehmend von sozialen Netzwerken übernommen werden. Insofern als nur ein Teil der älteren Bevölkerung von Pflegebedürftigkeit betroffen ist, wären viele SeniorInnen in der Lage, selbst pflegerisch oder in der Betreuung tätig zu sein; sie bilden folglich eine beachtliche zusätzliche Ressource. In Schottland gibt es positive Erfahrungen mit einer systematischen Kompetenzbewertung – anstatt einer Bedarfsbeurteilung – zum Zeitpunkt des Renteneintritts.⁹

Soziale Innovation

Es wurde übereinstimmend festgehalten, dass eine Schwerpunktverlagerung zugunsten der Aktivierung und Rehabilitation zusätzliche Ausbildungserfordernisse mit sich bringen wird. Nach dem Befund mehrerer Staaten erweist sich die Verschiebung von Aufgaben und Zuständigkeiten über die **„Trennlinie“ zwischen Gesundheits- und Sozialfürsorgesektor** als besonders schwieriges Unterfangen. Die notwendige Einbindung der Familien in Rehabilitation ist ein zusätzlicher Aspekt. In Rumänien, wo NROen eine maßgebliche Rolle für die Pflegeversorgung spielen, geht Innovation letztlich eher von diesen aus, während öffentliche Organe oft so durch die Bewältigung akuter Pflegebedürfnisse beansprucht sind, dass sie Innovationen hintanstellen.

Separate Finanzierungsmechanismen tragen ebenfalls dazu bei, dass die Grenze zwischen Gesundheits- und Sozialfürsorgewesen ins Gewicht fällt. Um ihr Potential voll zur Geltung zu bringen, müssten bislang getrennt geführte Datenbanken harmonisiert werden. Schweden liefert in dieser Hinsicht gute Beispiele, sowohl was die Datenerfassung als auch die Bereitstellung umfassender Leitlinien betrifft.

Die kritische Rolle des Entlassungsmanagements wurde hervorgehoben. In Belgien ist ein Werkzeug entwickelt worden, das die Bewertung stationärer Rehabilitationsbedürfnisse erleichtert („BelRAI“). WeDO (Wellbeing and Dignity of Older people), ein informelles

⁹ Vgl. dazu die Stellungnahme des Europäischen Sozialnetzwerkes ESN. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=de&newsId=1903&moreDocuments=yes&tableName=news>



Netzwerk zur Förderung der Pflegequalität in Europa¹⁰, bietet einen Überblick über weitere bewährte Praxisbeispiele aus ganz Europa.

Technologie

In der Diskussion wurde wiederholt bekräftigt, dass zahlreiche nützliche Technologien bereits entwickelt, vielfach aber ursprünglich nicht für die häusliche Altenpflege bestimmt sind und daher identifiziert und angepasst werden müssen. Ein Beispiel sind in Krankenhausumgebungen eingesetzte Technologien, die aber Ausbildungs- und Sicherheitsvorkehrungen voraussetzen, die in Privathaushalten oft nicht gegeben sind. Die Leistbarkeit stellt eine weitere Herausforderung dar. Nicht zuletzt sind rechtliche Aspekte zu klären – wer haftet etwa beim Zusammenbruch einer telemedizinischen Versorgung nach einem Stromausfall?

Um geeignete Technologien zu bestimmen, ist es unverzichtbar, die jeweiligen Zielgruppen einzubinden (PatientInnen, Angehörige, formelle Pflegefachkräfte und PatientInnenverbände). Es ist maßgeblich, die Zusammenarbeit zwischen diesen Anspruchsgruppen zu fördern. Eine positive Erfahrung gibt es beispielsweise mit bedarfsgerechten Tablet-PCs für niederländische Hauspflegekräfte: Diese konnten selbst mitgestalten, wie die Geräte optimal zur Qualität und Effizienz der Dienstleistungsversorgung beitragen (im Unterschied zu allein von externen Fachleuten konzipierten Assistenzlösungen).

Qualitätssicherung und -messung

Die vorgestellten schwedischen Qualitätsregister, allen voran das BPSD-Register (Verhaltensbezogene und psychologische Symptome bei Demenz)¹¹, erwiesen sich für die meisten Staaten als interessant. Im Diskussionsverlauf lieferten die schwedischen ExpertInnen eine Reihe von Klarstellungen:

- Die Mitwirkung medizinischer Fachleute für die jeweiligen Erkrankungen ist für einen erfolgreichen Ausbau von Registern unverzichtbar.
- Register dienen überwiegend der Datenaggregation, um Qualitätsindikatoren zu erhalten und Vergleiche im Zeitverlauf und zwischen Institutionen anzustellen. Es gibt öffentlich zugängliche Vergleichsberichte. Register, die von einzelnen PflegeanbieterInnen und PatientInnen genutzt werden können, stoßen auf gute Akzeptanz.
- Das BPSD-Register stützt sich auf Richtlinien. Klinische Behandlungspfade sind darin noch nicht enthalten, werden aber angedacht.
- Die Umsetzungsphase des BPSD-Registers erforderte einen personellen Mehraufwand. Der Zustand der PatientInnen verbesserte sich jedoch schrittweise in einem Ausmaß, sodass sich die Arbeitsbelastung des Personals insgesamt eingependelt hat.
- Allgemeinärztinnen und -ärzte müssen mit einer Reihe von Qualitätsregistern arbeiten. Das Pflegepersonal arbeitet lediglich mit dem BPSD-Register; es wird als Werkzeug zur Professionalisierung der Pflegearbeit wahrgenommen und soll Bemühungen und

¹⁰ Siehe auf: <http://www.wedo-partnership.eu/>

¹¹ Siehe auf: <http://www.bpsd.se/in-english/>



Ergebnisse des Pflegepersonals besser sichtbar machen. Insofern wird das Register vom Pflegepersonal gut aufgenommen.

- Das BPSD-Register trägt zur Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen bei und vermindert den Arzneimitteleinsatz spürbar.
- Für die Outcome-Messung kommen unterschiedliche Instrumente zum Zug, von internationalen Fragebogen (EQ-5D oder SF-36) bis hin zu krankheitsspezifischen Instrumenten. Bei den in Registern verwendeten Indikatoren handelt es sich hauptsächlich um quantitative Prozessindikatoren.
- Schweden ist überaus zurückhaltend damit, Budgetzuweisungen oder finanzielle Anreize an die aus den Registern abgeleiteten Ergebnisse zu knüpfen. Es bestünde die Gefahr, dass die Funktion der Register als Instrument der Qualitätsmessung und -verbesserung Schaden nimmt. Vereinzelte Elemente einer leistungsgebundenen Finanzierung wurden lediglich auf lokaler (und nicht landesweiter) Ebene eingeführt; und diese beziehen sich auf Zahlungen an die Kommunen/Stadtverwaltungen und nicht an Pflegepersonen oder Ärztinnen/Ärzte.

Bezüglich der verschiedenen Messmethoden und Qualitätssicherungsverfahren veröffentlichte die OECD in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission unlängst einen umfassenden Bericht (OECD, 2013). Gemeinsam mit der Europäischen Kommission wird die OECD auch in Zukunft die **Vergleichsmessung** der Pflegequalität weiter vorantreiben; die Ergebnisse des laufenden Projekts dürften 2015 vorliegen.

Schwierigkeiten hinsichtlich der Definition und Umsetzung geeigneter Qualitätssicherungsinstrumente und -prozesse treten in allen Peer-Ländern auf. Aus diesem Grund wurde im Zuge der Diskussion die Einrichtung eines europäischen **Netzwerks** nationaler Ämter angeregt, um die Bewertung von Nutzenpotentialen sozialer und technologischer Innovationen voranzubringen und gegenseitiges Lernen und den Wissenstransfer zu fördern.



E. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse

Im Vergleich zu anderen Staaten zeichnet sich Schweden durch eine breite (wenngleich nicht immer optimal koordinierte) **Datenverfügbarkeit** aus. Mehrere Gründe konnten dafür ermittelt werden:

- Solider Gesetzesrahmen für Datensammlungen;
- Intensive Einbindung von PatientInnen, anderen Interessenvertretungen und Berufsgruppen;
- PatientInnendaten sind Eigentum der PatientInnen, die auch die Möglichkeit haben, den Datenzugang zu unterbinden;
- Bestrebungen, die Daten zeitnah und in sinnvoller, nutzbarer Form verschiedenen Anspruchsgruppen, u. U. auch PatientInnen, zur Verfügung zu stellen.

Dieses vollständige Konzept hat dazu beigetragen, dass Widerstände gegen eine umfassende Datenerfassung und -speicherung sowie gegen den bürokratischen Mehraufwand für Ärztinnen/Ärzte und sonstiges Personal überwunden werden konnten.

Zwar liegen dazu noch keine Evaluierungen vor, doch scheint sich die **Wahlfreiheit** unter PatientInnen großer Beliebtheit zu erfreuen. Angebotsvielfalt ist jedoch potentiell mit Kosten verbunden, und nicht alle Staaten haben derzeit entsprechende Möglichkeiten.

Für eine bessere **Abstimmung von informeller und formeller Pflege** ist es notwendig zu überdenken, welche Bevölkerungsgruppen als potentielle Leister von informeller Pflege und Betreuung in Frage kommen. Die Betreuung innerhalb der älteren Generation wird sich potentiell ausweiten und wachsen, v. a. wenn zu diesem Zweck neue soziale Netzwerke genutzt werden können. Nichtsdestotrotz wird die informelle Pflege zunehmende Unterstützung erfordern. In diesem Zusammenhang können wirksame Unterstützungsformen mithilfe von Evaluierungen ausgelotet werden. Da Langzeitpflege im Allgemeinen von mehr Frauen als Männern beansprucht und erbracht wird, sind Auswirkungen in punkto Geschlechtergleichgewicht/Gleichstellung zu berücksichtigen.

Um das Potential von **Prävention und Rehabilitation** besser zu nutzen, bedarf es mehr Evaluierungen zu Ansätzen in verschiedenen Situationen. Eine Reihe von Mitgliedstaaten ist von denselben Schwierigkeiten betroffen: In vielen Fällen bestehen nach wie vor separate Finanzierungs- und Versorgungskompetenzen zwischen Gesundheitswesen und Sozialfürsorge; Abweichungen bestehen offenbar auch bei Denkweisen und Kulturen. Hierin liegt eine potentielle Hürde für den Übergang von einer Pflegekultur zu einer Kultur der Rehabilitation und Selbstbefähigung zu einem selbständigeren Leben; dies gilt auch dann, wenn bereits erste Pflegebedürfnisse vorliegen.

Mehrere schwedische ExpertInnen betonten, dass zwar bereits eine Fülle von **Technologien** verfügbar ist, diese jedoch (1) in punkto Einfachheit, Benutzungsfreundlichkeit und mitunter auch Sicherheit verbessert, (2) in ihrer Marktfähigkeit (Produktionskosten und letztlich Verkaufspreise) optimiert und (3) in manchen Fällen an den spezifischen Kontext der Langzeitpflege angepasst werden müssen. Ein verstärktes Augenmerk auf die Entwicklung (anstatt die Basisforschung) ist insofern möglicherweise lohnender.

Hinsichtlich der **Qualitätsmessung** weisen die Systeme der meisten Staaten noch einen großen Verbesserungsspielraum auf und stehen zumeist vor vergleichbaren Hürden. Auf Zusammenarbeit und gegenseitiges Lernen ausgerichteten Instrumenten, sowohl in den Staaten als auch länderübergreifend, kommt daher eine entscheidende Bedeutung zu. Die schwedische Erfahrung lässt u. a. die folgenden Schlussfolgerungen zu:

- „Traditionelle“ Muster der Pflegeversorgung müssen kritisch hinterfragt werden, nicht zuletzt hinsichtlich ihrer Relevanz und Gültigkeit für die Gegenwart, z. B. im Zusammenhang mit dem Arzneimitteleinsatz.
- Eine hohe Pflegequalität, bei der die Person im Mittelpunkt steht, ist nicht unbedingt mit mehr Kosten verbunden als minderwertige Pflegeoptionen.
- Es ist von wesentlicher Bedeutung, krankheitsspezifische Fachleute zur Ausgestaltung der jeweiligen Qualitätsmessungen hinzuzuziehen. Doch auch anderes Gesundheitspersonal wie die Pflegefachkräfte mit ihrem spezifischen Erfahrungsreichtum sind einzubinden.



F. Beitrag der Peer Review zu Europa 2020

Die Kombination der im Beitrag des Gastgeberlandes skizzierten Maßnahmen hat das Potential, einen positiven Beitrag zu allen fünf Kernzielen der Strategie Europa 2020 zu leisten.

Beschäftigung

Maßnahmen, die die Kombination von informeller Pflegearbeit und formaler Erwerbsarbeit vereinfachen, tragen unmittelbar zur Ausweitung der Gesamtarbeitszeit bei – und zwar in mehrfacher Hinsicht: durch den Abbau von Beschränkungen für die Aufnahme von Erwerbsarbeit, oder durch Möglichkeiten zur Ausdehnung der Erwerbsarbeit (z. B. von Teil- auf Vollzeit) u. ä. Wie etwa kroatische Delegierte berichteten, stellt derzeit die Pflege älterer Angehöriger noch ein größeres Hindernis für die weibliche Arbeitsmarktteilnahme dar als die Kinderbetreuung.

Unterstützungsmaßnahmen können mit der Schaffung von Arbeitsplätzen in sämtlichen Qualifikationsstufen einhergehen: Steuerbefreiungen für die Inanspruchnahme von hauswirtschaftlichen Diensten eröffnen potentiell mehr Arbeitsplatzchancen für Personen mit Qualifikationsschwächen; Qualifikationsmaßnahmen für Pflegepersonal können die Qualität der Pflege verbessern, eröffnen aber auch Berufschancen im Ausbildungsbereich und verwandten Tätigkeiten. Der Ausbau des Technologieeinsatzes und die Entwicklung optimierter Pflegeprozesse können neue Arbeitsplätze in Nebenbereichen des Gesundheits- und Pflegesektors erschließen (z. B. IKT und Sozialforschung). Daraus ergeben sich auch mehr Erwerbsmöglichkeiten für Menschen, die ursprünglich nicht an eine Tätigkeit im Umfeld der Pflege gedacht hätten.

FuE/Innovation

Wie die schwedischen ExpertInnen unterstrichen, sind Bemühungen vonnöten, vorhandene Lösungen kostengünstiger, einfacher und sicherer zu machen, anstatt sich lediglich auf die Entwicklung grundlegend neuer Lösungen zu konzentrieren. Ein Forschungsfokus auf die Weiterentwicklung bestehender Lösungen zu nützlichen und im Pflegekontext marktfähigen Produkten ist ein wesentlicher Baustein von FuE für den Pflegesektor. Dieser wiederum benötigt eine solide Zusammenarbeit zwischen sämtlichen AkteurlInnen im Pflegebereich, insbesondere auch die Einbeziehung von PatientInnen und den PraktikerInnen aus dem Pflegealltag.

Klimawandel/Energie

Diese Fragen wurden bei der Peer Review zwar kaum angesprochen, doch bleiben umfassende Umstellungen im Pflegewesen u. U. auch in dieser Hinsicht nicht folgenlos. Wird die Pflege in größerem Umfang in ein anderes Setting verschoben, so sind Auswirkungen auf Transport und Verkehr zu erwarten – und damit auf den Energieverbrauch. Bei einer Deinstitutionalisierung etwa kommt es wahrscheinlich zu einem vermehrten Fahraufkommen für das Hauspflegepersonal. Wenn PatientInnen bestimmte Pflegeaufgaben selbst bewältigen können, z. B. durch verbesserte Hilfstechnologien und Assistenzgeräte, dürfte

sich der Fahrt- und Energieaufwand verringern. Andererseits benötigt dann die Zunahme an elektronischen Geräten (sowie deren Herstellung) ebenfalls Energie.

Bildung

Gesundheit und Pflege zählen zu den wenigen Sektoren mit Wachstumspotential. Wie die schwedische Erfahrung verdeutlicht, geht der Umstieg von einer AnbieterInnen-fokussierten Altenpflege zu einem Pflegemodell, bei dem die Einzelperson und ihre Unabhängigkeit im Mittelpunkt stehen, mit zusätzlichem Bedarf an qualifiziertem Personal einher. Das schwedische Modell trägt daher zu besser/höher ausgebildeten Pflegekräften – z. B. einem höheren Anteil von Pflegekräften mit Hochschulabschluss –, und damit auch zum Bildungsziel von Europa 2020 bei.

Armut/soziale Ausgrenzung

Diese Peer Review beleuchtete den Aspekt der Würde bei Pflegebedarf und insbesondere bei Pflege und Betreuung im häuslichen Bereich der Betroffenen. Diese Frage ist von höchster Wichtigkeit, zumal zahlreiche ältere EU-Mitgliedstaaten derzeit danach streben, die (kostenaufwändige) Betreuung im Altenheim durch die (preiswertere) häusliche Pflege zu ersetzen. Die häusliche Pflege ist jedoch häufig mit einer höheren Nachfrage nach informeller Betreuung durch Angehörige verknüpft, was potentiell das vorhandene wie auch zukünftige Armutsrisiko der (überwiegend weiblichen) informellen Pflegenden verschärft. Die tschechischen TeilnehmerInnen berichteten von ihrer Erfahrung, dass Pflegemodelle mit Rückgriff auf informelle Pflegepersonen mit besonders hohen Kosten verbunden sind, wenn diese ihre Erwerbsarbeit aufgeben. Aus diesem Grund ist das professionelle Hauspflegepersonal gefordert, die Familien in ihrer individuellen Situation zu unterstützen; dies setzt jedoch möglicherweise eine Weiterbildung in besonderen Fertigkeiten voraus (z. B. fachübergreifende Zusammenarbeit, Kommunikation).

In einigen jüngeren EU-Mitgliedstaaten ist die professionelle häusliche Pflege und Betreuung jedoch aus historischen Gründen noch nicht sehr weit gediehen. Daher spielt für diese Mitgliedstaaten der Austausch von Wissen und Erfahrungswerten zu verschiedenen Verbesserungsmöglichkeiten von Qualität und Wirksamkeit der häuslichen Pflege (ohne die Beschäftigungsmöglichkeiten der betroffenen Familien zu behindern) eine ganz besondere Rolle. Es bedarf deshalb einer Kultur der Transparenz und des gegenseitigen Lernens, die sich ihrerseits auf eine hochwertige und zugängliche Informationsgrundlage stützen muss.

Es gibt mehrere weitere Handlungsachsen, um Abhängigkeit älterer Menschen abzuwenden bzw. zu lindern, zum Beispiel:

- Förderung generationenübergreifender Wohnprojekte, die auch älteren und gebrechlichen Menschen ein eigenständiges Wohnen ermöglichen.
- Unterweisung in IKT, um Betroffene in die Lage zu versetzen, Kontakte zu bewahren und damit soziale Ausgrenzung einzudämmen.
- Schaffung von mehr Möglichkeiten für Betroffene, vorhandene IT-basierte Unterstützungsmöglichkeiten zu nutzen.
- Bestimmten Bevölkerungsgruppen müssen dafür u. U. leichter bezahlbare IKT-Dienstleistungen geboten werden.



Allgemein ist die Gesellschaft gefordert, mehr Bewusstsein und Unvoreingenommenheit gegenüber altersbedingten Leiden zu entwickeln, sowie gegenüber ihrer manchmal leicht erreichbaren Bewältigung. Diesbezügliche Fortschritte dürfen nicht auf Gesundheits- und Sozialdienstleistungen beschränkt bleiben, sondern müssen die gesamte Gesellschaft einschließen.



Literatur

Rat der Europäischen Union (2012): „Erklärung des Rates über das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen (2012): Das weitere Vorgehen“; SOC 992, SAN 322.

Europäische Kommission (2007): Health and long-term care in the European Union, Special Eurobarometer 283 Wave 67/3; Europäische Kommission, Brüssel.

Europäische Kommission (2012a): The 2012 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060), European Economy 2/2012.

Europäische Kommission (2012b): Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce, SWD(2012) 93 final, Europäische Kommission, Brüssel.

Europäische Kommission (2013): Social Europe – Current challenges and the way forward. Annual Report of the Social Protection Committee (2012). Europäische Kommission, Brüssel.

Europäische Kommission (2013a): Sozialinvestitionen für Wachstum und sozialen Zusammenhalt – einschließlich Durchführung des Europäischen Sozialfonds 2014–2020. Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen; KOM(2013) 83 endg. Europäische Kommission, Brüssel.

Europäische Kommission (2013b): Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options, Commission Staff Working Document, SWD(2013) 41 final. Europäische Kommission, Brüssel.

Mot E. / Willemé P. (2012): Assessing Needs of Care in European Nations, ENEPRI Policy Brief 14, CEPS, Brüssel.

OECD (2011): Help wanted? Providing and Paying for Long-Term care, OECD Health Policy Studies, OECD-Veröffentlichung. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

OECD/Europäische Kommission (2013): A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD-Veröffentlichung. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.

Schottische Regierung (2012): A National Telehealth and Telecare Delivery Plan for Scotland to 2015. Driving Improvement, Integration and Innovation.



Europäische Kommission

Würde im Alter – Reformprioritäten im Pflegedienstleistungsbereich

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union
2014 — 34 S. — 17,6×25 cm

ISBN 978-92-79-35329-1

ISSN 1977-8023

doi: 10.2767/56049

Die elektronische Ausgabe dieser Veröffentlichung ist in Englisch, Französisch, Deutsch und Schwedisch erhältlich.

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- Einzelexemplar:
über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- Mehrere Exemplare/Poster/Karten:
bei den Vertretungen der Europäischen Union (http://ec.europa.eu/represent_de.htm),
bei den Delegationen in Ländern außerhalb der Europäischen Union (http://eeas.europa.eu/delegations/index_de.htm),
über den Dienst Europe Direct (http://europa.eu/europedirect/index_de.htm) oder unter der gebührenfreien Rufnummer 00 800 6 7 8 9 10 11 (*).

(* Sie erhalten die bereitgestellten Informationen kostenlos, und in den meisten Fällen entstehen auch keine Gesprächsgebühren (außer bei bestimmten Telefonanbietern sowie für Gespräche aus Telefonzellen oder Hotels).

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Kostenpflichtige Abonnements:

- über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/others/agents/index_de.htm).

Würde im Alter – Reformprioritäten im Pflegedienstleistungsbereich

Gastgeberland: **Schweden**

Peer-Länder: **Belgien - Bulgarien - Deutschland - Kroatien - Litauen - Niederlande - Rumänien - Slowenien - Tschechische Republik - Vereinigtes Königreich - Zypern**

Interessenvertreter: **AGE, ESN**

Die EU-Staaten stehen vor der gemeinsamen Herausforderung, die Qualität der Altenpflege aufrecht zu erhalten und zu verbessern, und gleichzeitig deren Zugänglichkeit und finanzielle Tragfähigkeit zu sichern. Im vergangenen September fand in Stockholm eine Peer Review (September 2013) statt, die die schwedische Pflegereform beleuchtete und Anlass für eine gemeinsame Sachdiskussion mit den Peer-Ländern bot.

In Schweden ist es gelungen, einen besonders hohen Pflegestandard beizubehalten. ExpertInnen aus Schweden und zehn weiteren EU-Staaten sowie VertreterInnen der Europäischen Kommission und der beteiligten Interessengruppen trafen in Stockholm zusammen, um sich mit den schwedischen Bemühungen für eine verstärkt personenzentrierte Pflege – ohne Beeinträchtigung der langfristigen finanziellen Nachhaltigkeit – auseinanderzusetzen.

