



Europäische Ministerkonferenz
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:
„GESUNDHEITSSYSTEME,
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“
Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

GESUNDHEITSSYSTEME UND POLITIKANALYSE

GRUNDSATZPAPIER

Wie lässt sich ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den verschiedenen Pflegesettings für ältere Menschen herstellen?

Peter C. Coyte, Nick Goodwin und
Audrey Laporte



Schlüssel Wörter:

HEALTH SERVICES FOR THE
AGED - organization and
administration

HEALTH CARE FACILITIES,
MANPOWER & SERVICES

DELIVERY OF HEALTH CARE -
trends

HEALTH POLICY

© Weltgesundheitsorganisation 2008 bzw.
Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen
Observatoriums für Gesundheitssysteme und
Gesundheitspolitik 2008

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros
für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für
Europa ein Online-Formular für Dokumentation/
Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/
Übersetzen aus
(<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der
Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf
Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen
Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die
Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme
seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des
rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer
Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-
/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer
Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten
bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den
möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse
bedeutet nicht, dass diese von der
Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder
gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden.
Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die
Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen
Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation
enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird
die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder
implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für
die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der
Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt
jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem
Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren,
Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten
sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der
erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Dieses Grundsatzpapier wurde
für die Europäische
Ministerkonferenz der WHO
zum Thema Gesundheits-
systeme (25. bis 27. Juni 2008,
Tallinn, Estland) verfasst. Es
erscheint in einer neuen
Reihe, die sich an politische
Entscheidungsträger und
Gesundheitssystemmanager
wendet.

In ihrem Rahmen sollen
zentrale Aussagen entwickelt
werden, welche die
Gestaltung von Politik auf der
Grundlage von Erkenntnissen
unterstützen. Die Herausgeber
beabsichtigen, die Reihe durch
kontinuierliche
Zusammenarbeit mit den
Autoren auszubauen und die
Berücksichtigung von
Grundsatzoptionen und
Umsetzungsfragen weiter zu
verbessern.

Inhalt

	Seite
Zentrale Aussagen	
Kurzfassung	
Grundsatzpapier	
Langzeitpflegebedarf älterer Menschen: Konsequenzen für die Politik	1
Grundsatzmaßnahmen zur Gewährleistung ausgewogener Dienstleistungen für ältere Menschen	7
Grundsatzmaßnahmen zur (Wieder-)Herstellung der ausgewogenen Leistungserbringung für ältere Menschen	13
Veränderungen an lokale Umstände anpassen	19
Literatur	23

Autoren

Peter C. Coyte, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Kanada

Nick Goodwin, King's Fund, Chair of the International Network of Integrated Care, London, Vereinigtes Königreich

Audrey Laporte, Department of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Kanada

Herausgeber

**WHO-Regionalbüro für
Europa und Europäisches
Observatorium für
Gesundheitssysteme
und Gesundheitspolitik**

Redakteur

Govin Permanand

Ko-Redaktion

Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Redaktionsassistentz

Kate Willows
Jonathan North

Die Autoren und Redakteure danken den Gutachtern für die Manuskriptdurchsicht und die vielen fachlich wertvollen Beiträge.

Zentrale Aussagen

Grundsatzpolitischer Kontext

- Angesichts der Zunahme der Zahl abhängiger älterer Menschen mit chronischen Langzeiterkrankungen rechnen alle europäischen Länder mit einem drastischen Anstieg der Kosten und der Inanspruchnahme formeller und informeller Pflege.
- Die wachsende zukünftige finanzielle Belastung durch die Pflege älterer Menschen erfordert die Optimierung des Ressourceneinsatzes sowie den Zuschnitt auf und die individuelle Anpassung der Pflegesettings an sowohl Personen als auch Gemeinschaften.
- Der prognostizierte Rückgang des Angebots an informeller Pflege wird Investitionen in die häusliche Selbstversorgung und die intensivere Unterstützung pflegender Angehöriger im häuslichen Umfeld erfordern.
- Die stärkere Inanspruchnahme und die höheren Kosten stationärer Pflege, die prognostiziert werden, können zum Teil durch Investitionen in formelle häusliche Pflege und Alternativen im häuslichen Umfeld abgefangen werden.

Grundsatzoptionen, Dividenden und Umsetzung

Eine intellektuelle Planungsplattform schaffen

- Grundsatzmaßnahmen, die Unabhängigkeit fördern und den gesundheitlichen Verfall von Menschen mit weit verbreiteten chronischen Krankheiten verhindern, können wirksam die Kosten eindämmen und die Gesundheit sowie das Wohlergehen fördern.
- Die Pflegeplanung erfordert ausgefeiltere Planungsprozesse mit einer Kombination von bevölkerungsbezogener Bedarfsermittlung, Ressourcenzuweisung und individuellem Zuschnitt der Pflege.
- Die Anspruchsvoraussetzungen sollten die individuellen Bedürfnisse berücksichtigen und an einen stärker integrierten und personalisierten Kreis von Pflegeanbietern gebunden werden.

Organisationsformen für die Leistungserbringung entwickeln

- Der individuelle Pflegebedarf sollte von einer einzigen koordinierten Entscheidungsstelle begutachtet werden und umfassend sowie fachübergreifend sein. Die Verbindung der individuellen Pflegebegutachtung mit allgemeineren (nationalen) Anspruchsvoraussetzungen ist vorteilhaft.

- Die individualisierte Pflegeplanung sollte den Diensten ermöglichen, den Bedarf besser zu decken, und kann vielleicht die Kostensteigerungen begrenzen. Informationsstellen zu am Ort verfügbaren Diensten ermöglichen älteren Menschen, Pflegepersonen und Anbietern häuslicher Pflege/pflegenden Angehörigen, Pflegepakete wirksam individuell zuzuschneiden.

Kundenorientierte Finanzierungsformen einführen

- Die individuelle Finanzierung kann die individualisierte Pflege ermöglichen, erfordert jedoch Unterstützungsstrukturen, die zur Optimierung zweckmäßiger Entscheidungen beitragen und die Unterstützung der Pflegepersonen ermöglichen.
- Die Rolle der informellen Pflege muss offiziell anerkannt und durch finanzielle Anreize und Unterstützungsprogramme für Pflegepersonen gefördert werden.

Anreize für informelle Pflege entwickeln

- An die Stelle von fragmentierter und zeitlich begrenzter Pflege im Bedarfsfall sollten Integration und Koordinierung über das gesamte Spektrum an Pflegeanbietern treten, und die Begutachtungsstelle sollte einen individualisierten Pflegepfad ausarbeiten. Dies kann durch Finanzierungs- und Auftragsvergabeprozesse gefördert werden, die Anreize zur Integration der Leistungserbringung eines Netzwerks von Pflegeanbietern schaffen.
-

Kurzfassung

Das optimale Verhältnis zwischen stationärer, häuslicher und gemeindenaher Pflege für ältere Erwachsene erfordert einen wirksamen Mix von Organisations-, Finanzierungs- und Durchführungsmechanismen für Zielgruppen. Dies gilt für die Kranken- und die Sozialpflege, und bei der Koordinierung der Pflege müssen die Pflegepräferenzen älterer Menschen sowie ihrer Familien und Freunde, aber auch die Grenzen der verfügbaren Ressourcen zur Unterstützung und Finanzierung der Leistungserbringung berücksichtigt werden.

Innerhalb Europas bestehen große Unterschiede der Pflegesettings für die Durchführung von Langzeitpflege für ältere Menschen und darin, wie sie definiert werden. Thema dieses Grundsatzpapiers ist das ausgewogene Verhältnis zwischen den drei Hauptkomponenten der Langzeitpflege: häusliche Pflege durch professionelle Pflegedienste, stationäre Pflege (im formellen und informellen Sektor) und Pflege durch Angehörige und Freunde (informelle Pflege).

Der dramatische Aufwärtstrend bei den Kosten und der Inanspruchnahme von Langzeitpflege, die prognostizierten Auswirkungen alternder Bevölkerungen sowie der Häufigkeit altersbedingter chronischer Erkrankungen und die Altenquotienten waren Auslöser für Vorschläge zur Neugestaltung der Finanzierung, Organisation und Leistung erschwinglicher, wirksamer und gerechter Kranken- und Sozialpflege für ältere Menschen.

Erkenntnisse aus Europa lassen vermuten, dass die Zahl abhängiger älterer Menschen, die Langzeitpflege benötigen, in den nächsten 50 Jahren beträchtlich steigen wird. Wenngleich die Behandlung und die Verhinderung chronischer Erkrankungen die Inanspruchnahme- und Abhängigkeitsraten senken könnten, wird die Kranken- und Sozialpflege dennoch stärker unter Druck geraten. Konsequenterweise können neben der Förderung gesunden Alterns mehrere grundsatzpolitische Schlussfolgerungen gezogen werden.

- Der prognostizierte Rückgang des Angebots an informeller Pflege für ältere Menschen wird in einer stärkeren Nachfrage nach professioneller häuslicher Pflege und Pflege in Einrichtungen resultieren. Dies unterstreicht die Bedeutung von Strategien für die Selbstversorgung und von häuslichen Dienstleistungen zur Unterstützung älterer Menschen.
- Der prognostizierte Anstieg der Zahl abhängiger älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen und der resultierende Bedarf an formeller Pflege werden eine Ausweitung der nichtstationären Versorgung wie häuslicher, ambulanter und entlastender Pflege dringend notwendig machen.
- Aufgrund von Ressourcenknappheit werden Effizienzaspekte wichtiger werden und eine bessere Anpassung der Leistungen an den Bedarf der Empfänger erfordern.

- An die Stelle fragmentierter und zeitlich begrenzter Pflege, wie sie in der Vergangenheit geleistet wurde, muss die über das gesamte Spektrum an Pflegeanbietern stärker integrierte und koordinierte Langzeitpflege treten.
- Entscheidungsträger müssen vorausplanen, um technologische Innovationen zu berücksichtigen, die zu Veränderungen von Pflegepfaden und -settings führen.
- Die Politik muss sich der ungewissen Nachfrage aufgrund von Morbiditäts- und Lebensführungstrends mit einem Einfluss auf zukünftige Muster der Inanspruchnahme von Langzeitpflege bewusst sein.

Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen stationärer Pflege und anderen, weniger intensiven Pflegeformen erfordert einen Kompromiss zwischen der Verbesserung der Lebensqualität und der potenziellen Effizienzverbesserung. Wenn ältere Personen wenig Pflege brauchen, verbessert die Erbringung der Pflege in ihrer eigenen Wohnung ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen wahrscheinlich mehr und zu niedrigeren Kosten als äquivalente stationäre Pflege. Überschreitet der Pflegebedarf der Betroffenen irgendwann eine höhere Schwelle, sprechen Effizienz- und Lebensqualitätsaspekte in Bezug auf sowohl die Pflegeempfänger als auch ihre Familie und Freunde wahrscheinlich eher für ein stationäres Setting. Die Höhe dieser Schwelle hängt von den kontextabhängigen Umständen der Pflegeempfänger, ihren Pflegepersonen und den verfügbaren Leistungsanbietern ab. Die angemessene Pflege wird also abhängig von den Merkmalen der zu versorgenden Bevölkerung und der Region, in der die Pflege geleistet werden soll, variieren. Wenn Gesellschaften ihre knappen Ressourcen bestmöglich nutzen wollen, sollten konsequenterweise die Pflegesettings auf die Optimierung der Leistungen zur Deckung des Bedarfs älterer Menschen zugeschnitten werden.

Grundsatzoptionen

Es zeichnet sich ein Konsens dahingehend ab, dass die integrierte gemeindenahere Versorgung von einer zu starken Betonung der akuten Versorgung (im Krankenhaus) oder der stationären Versorgung (im Pflegeheim) abrücken und zu einem Ansatz übergehen muss, der das Management und die Koordinierung sowohl des Bedarfs an Langzeitpflege als auch der Versorgung chronischer Erkrankungen bei älteren Menschen ermöglicht. Wir konzentrieren uns auf vier wichtige Grundsatzoptionen, die diese Wiederherstellung der Ausgewogenheit in Bezug auf die Erbringung von Pflege unterstützen.

- **Eine intellektuelle Planungsplattform schaffen.** Dies umfasst die Entwicklung und Einführung von Informationssystemen zur Überwachung von Leistungen, Evaluierungen und Planungen (das heißt, die Investitionen in die Steuerung des Systems sollten beträchtlich sein). Die Leistungs-

planung ist wenig standardisiert und uneinheitlich sowie häufig nicht ausgefeilt genug, und grundsatzpolitische Entscheidungen beruhen selten auf Erkenntnissen.

- **Es bedarf stärker integrierter Ansätze zur Ermittlung des Bedarfs an und des Anspruchs auf Langzeitpflege.** Die Finanzierungs- und Organisationsmechanismen, die über die Art des Anspruchs älterer Personen auf Langzeitpflege, das Setting für die Leistungserbringung und letztlich über die Qualität ihrer Erfahrungen entscheiden, sind gewöhnlich fragmentiert. Die beste Kombination solcher Mechanismen wurde bislang nicht ermittelt, aber die Argumente für stärker integrierte Modelle sind stichhaltig. Um zu einer Angebotspalette mit auf die individualisierten Bedürfnisse von sowohl Pflegeempfängern als auch Pflegepersonen zugeschnittenen Langzeitpflegealternativen zu gelangen, bedarf es eines stärker integrierten Ansatzes zur Beurteilung von Leistungsbedarf und Leistungsansprüchen, verknüpft mit einer stärker integrierten und personalisierten Auswahl an Leistungsanbietern.
- **Kundenspezifische Finanzierungsformen.** Diese können die Effizienz und die Wirksamkeit der Leistungen steigern. Eine diesbezügliche Option ist die individuelle Finanzierung, bei der älteren Menschen die Möglichkeit geboten werden kann, an Stelle formeller Pflege Geldleistungen oder ein persönliches Budget zu erhalten, sodass sie ihre eigene Sozialpflege auswählen, organisieren und vergüten können. Dazu kann vielleicht eine auf Erkenntnissen basierende Angebotspalette auf ihre besonderen Umstände zugeschnitten werden.
- **Es werden Anreize für informelle Pflege benötigt.** Weil die Gesellschaft über zu wenige Ressourcen verfügt, um sich auf formelle Pflegeleistungen beschränken zu können, müssen unbezahlte Pflegepersonen an der Unterstützung älterer Menschen beteiligt werden. Die Verfügbarkeit unbezahlter Pflege dürfte jedoch abnehmen. Finanzielle Zuwendungen an Pflegepersonen, entlastende Pflege, flexible Beschäftigungsformen und Sachleistungen wurden als mögliche Unterstützungsmechanismen vorgeschlagen.

Dieses Grundsatzpapier betont die lokalen Überlegungen und Anpassungen, die erforderlich sein können, um jede der genannten Grundsatzoptionen an die Umstände vor Ort anzupassen.

Grundsatzpapier

Langzeitpflegebedarf älterer Menschen: Konsequenzen für die Politik

Das optimale Verhältnis zwischen stationärer, häuslicher und gemeindenaher Pflege für ältere Erwachsene erfordert einen wirksamen Mix von Organisations-, Finanzierungs- und Durchführungsmechanismen für Zielgruppen. Dieses Grundsatzpapier behandelt mindestens drei Dimensionen der Pflege älterer Menschen: erstens Gesundheitsversorgung und Sozialpflege, zweitens innerhalb der Gesundheitsversorgung (das Verhältnis zwischen präventiver Versorgung, kurativer Versorgung und Gesunderhaltung) und drittens innerhalb der Sozialpflege (das Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege). In diesem Grundsatzpapier wird untersucht, wie ein ausgewogenes Verhältnis in Bezug auf die Pflege älterer Menschen herbeigeführt werden kann. Die unterschiedlichen Methoden, um Veränderungen des Pflegeangebots für ältere Menschen herbeizuführen, werden untersucht, und es wird erörtert, wie solche Modelle flexibel angepasst werden müssen, um lokalen Gegebenheiten Rechnung zu tragen.

Pflegesettings für ältere Menschen definieren

Innerhalb Europas bestehen große Unterschiede der Pflegesettings für die Durchführung von Langzeitpflege für ältere Menschen und darin, wie sie definiert werden. Im Allgemeinen gibt es jedoch drei Hauptvarianten.

Ältere Menschen erhalten informelle Pflege durch Selbstversorgung, Familienangehörige oder Freunde innerhalb der Wohnung. Im bei weitem größten Umfang ist die Pflege, die ältere Menschen erhalten, informell. Ein großer Teil davon entfällt auf grundlegende Sozialpflege wie Füttern, Waschen, Anziehen und emotionale Betreuung (1). Informelle Pflege wird nicht berufsmäßig und gewöhnlich ohne finanzielle Vergütung geleistet. Viele Länder haben jedoch anerkannt, dass Personen, die informelle Pflege leisten, maßgeschneiderte Unterstützung, Beratung und Aufklärung brauchen, damit sie ihre Pflegeaktivitäten wirksam durchführen können. Ein großer Teil von dem, was als vergütete häusliche Pflege definiert werden könnte, wird häufig sogar angeboten, um informelle Pflegeaktivitäten zu unterstützen, und nicht, um an die Stelle solcher Pflege zu treten.

Professionelle häusliche Pflege kann in vielerlei Form erfolgen, lässt sich im Allgemeinen jedoch aufteilen in: unmittelbar im häuslichen Umfeld geleistete Pflege (beispielsweise entlastende Pflege) und Pflege, die in einem Umfeld erbracht wird, das der Wohnumgebung ähnelt (beispielsweise Sicherungspflege und/oder ambulante Pflege in der Gemeinde). Häusliche Pflege wird überwiegend in der Wohnung eines Pflegeempfängers durch einen vergüteten (privaten oder öffentlichen) Anbieter von Gesundheitsversorgung oder Sozialpflege geleistet.

Sie dient gewöhnlich dazu, die Unabhängigkeit aufrechtzuerhalten und die Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verhindern (fortgesetzte Versorgung), kann jedoch Rehabilitationsdienstleistungen nach einem Krankenhausaufenthalt umfassen (Empfänger postakuter häuslicher Pflege einschließlich Personen, die bei Bedarf für einen begrenzten Zeitraum Pflege erhalten).

Stationäre Pflege ist gekennzeichnet durch kontinuierliche Langzeitpflege in einem Pflegeheim- oder Krankenhaussetting mit dem Ziel der Gesunderhaltung. Die Grenzen zwischen den verschiedenen traditionellen Settings stationärer und häuslicher Pflege sind fließend. Beispielsweise sind neue Form der Wohnorganisation wie Wohnanlagen mit integrierter Pflegestation im Vereinigten Königreich (2) in Wirklichkeit Mischformen, die die Aussage stützen, dass zwischen häuslichen und stationären Settings ein Kontinuum existiert.

Trends bei der Inanspruchnahme, den Kosten und den Settings der Pflege älterer Menschen

Der Altenquotient ist in so gut wie allen europäischen Ländern gestiegen (ein Gegenbeispiel war Irland). Für die 25 Länder der Europäischen Union vor dem 1. Januar 2007 zusammengenommen stieg der Altenquotient allein im letzten Jahrzehnt von 22,7 auf 25,3% und dürfte weiter steigen. Dieser Trend geht mit dem Umstand einher, dass die Kosten und die Inanspruchnahme von Langzeitpflege durch ältere Menschen in allen europäischen Ländern drastisch zugenommen haben und Prognosen zufolge zukünftig exponentiell zunehmen werden. Diese Trends haben Zweifel an der zukünftigen Erschwinglichkeit und der Tragfähigkeit bestehender Formen der Leistungserbringung laut werden lassen. Prognosen des Bedarfs an und der Kosten von Langzeitpflege und der Behandlung altersbedingter chronischer Krankheiten in der Zukunft bilden deshalb eine wichtige Grundlage für die anhaltende Debatte über die besten Formen der Finanzierung und Durchführung der Pflege älterer Menschen (3).

Internationale Unterschiede der Systeme und Definitionen von Langzeitpflege für ältere Menschen stellen wichtige Hürden für die Entwicklung und die Interpretation von Prognosen hinsichtlich der Inanspruchnahme und der Kosten der Langzeitpflege dar (4). Dies betrifft unter anderem die Definition von Langzeitpflege (einschließlich der Abgrenzung zur normalen Gesundheitsversorgung), die Leistungsarten und uneinheitliche Ansätze zur Begutachtung des Grads der Pflegebedürftigkeit und des Pflegeumfangs (5). Die Untersuchung der Trends bei der Inanspruchnahme von Kranken- und Sozialpflegeleistungen wird auch durch die unregelmäßige und uneinheitliche Datenerhebung und Berichterstattung erschwert. Daten zu Langzeitpflegeleistungen für ältere Menschen (insbesondere in Bezug auf gesellschaftliche Belange im Zusammenhang mit funktionaler Abhängigkeit) und Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit dem Ziel, älteren Menschen bei der Bewältigung

chronischer Langzeiterkrankungen zu helfen, werden von manchen Ländern zusammengefasst, von anderen dagegen getrennt.

Vergleichende Analysen der Langzeitpflegepolitik in Europa zeigen, dass die historische Entwicklung, die Finanzierungsmechanismen und der Umfang des Anspruchs auf Langzeitpflege für die Definition der Settings für die Leistungserbringung eine wichtige Rolle spielen (4–7). Die Gegenüberstellung solcher Pflegemuster und des prognostizierten demografischen Wandels sowie anderer Einflussfaktoren ermöglicht Schätzungen der Kosten und des Bedarfs in Bezug auf die Leistungserbringung in der Zukunft. Eine für die Europäische Kommission erstellte Studie zu den zukünftigen Ausgaben für Langzeitpflegeleistungen in Deutschland, Italien, Spanien und dem Vereinigten Königreich (4) prognostizierte eine drastische Zunahme der Inanspruchnahme und der Kosten der Langzeitpflege (Tabelle 1). Wenngleich die informelle Pflege als die wichtigste Unterstützungsquelle für abhängige ältere Menschen eingestuft wurde, muss der Studie zufolge in allen Ländern damit gerechnet werden, dass ihr Anteil an der Gesamtpflege abnehmen wird. Zu den Ursachen hierfür zählen ein rückläufiger Trend bei der Zahl älterer Menschen, die mit ihren Kindern zusammenwohnen, ein ansteigender Trend bei der Zahl allein lebender älterer Menschen und ein Rückgang des Pflegepotenzials von Frauen sowie steigende Beschäftigungsquoten von Frauen. Der Studie zufolge dürfte ein Rückgang des relativen Anteils der informellen Pflege einen höheren Bedarf an formeller Pflege mit einer damit einhergehenden Aufblähung der Langzeitpflegeausgaben erzeugen (4).

Forschungserkenntnisse lassen vermuten, dass mehr öffentliche Mittel für die häusliche Pflege und die Pflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen die Wahrscheinlichkeit senken, informelle Pflege von Angehörigen oder Freunden zu erhalten, die nicht mit dem Pflegeempfänger zusammenwohnen (8). Ähnliche Ergebnisse wurden aus Nordamerika berichtet, wo die informelle Pflege bei besserer Verfügbarkeit formeller Pflege zurückgehen kann, nicht jedoch dazu tendiert, ganz wegzufallen (9, 10). Pflegepersonen können aus Zuneigung und/oder Pflichtgefühl weiterhin persönliche Betreuung leisten. Die finanziellen Folgen der Substitution informeller Pflege durch formelle Pflege hängt von dem Setting ab, in dem formelle Pflege geleistet wird – beispielsweise soll ein besserer Zugang zu stationärer Pflege schwerwiegendere finanzielle Konsequenzen haben als eine verbreitetere Nutzung häuslicher Pflege (4).

Wie Studien belegen, wird in Europa zunehmend versucht, den Anstieg stationärer Pflege (Pflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen und Heimpflege) zu begrenzen und die häusliche Pflege beziehungsweise die Pflege im häuslichen Umfeld zu fördern (4–7, 11, 12). In den Blickpunkt des Interesses scheint auch zunehmend die Belastung informeller Pflegepersonen zu rücken, die prädiktiven Modellen zufolge so auf die Dauer nicht aufrechterhalten werden kann.

Tabelle 1. Prognostizierter prozentualer Anstieg der Zahlen älterer Menschen, der Leistungsempfänger und der Ausgaben zwischen 2000 und 2050 auf der Grundlage gemeinsamer Kernannahmen

	Deutschland	Italien	Spanien	Vereinigtes Königreich
Zahl der Personen ab 65 Jahre (Anstieg in %)	64	56	76	67
Zahl der Personen ab 85 Jahre (Anstieg in %)	168	168	194	152
Zahl der abhängigen Personen ^a (Anstieg in %)	121	107	102	87
Zahl der Empfänger von ausschließlich informeller Pflege (Anstieg in %)	119	109	100	72
Zahl der Empfänger von häuslicher Pflege (Anstieg in %)	119	119	99	92
Zahl der Empfänger von stationärer Pflege (Anstieg in %)	127	81	120	111
Gesamtausgaben (Anstieg in %)	437	378	509	392
Gesamtausgaben als Anteil am BIP (Anstieg in %)	168	138	149	112
Gesamtausgaben als Anteil am BIP von 2050	3,32	2,36	1,62	2,89

^a Abhängigkeit wird definiert in Bezug auf die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens und/oder instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen. BIP: Bruttoinlandsprodukt.

Quelle: Comas-Herrera und Wittenberg (4).

Ältere Menschen – insbesondere sehr alte Menschen – nehmen in beträchtlichem Umfang das Gesundheitssystem in Anspruch. Laut einer Studie zu acht Ländern in der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (13) entfällt zwischen einem Drittel und der Hälfte der Gesamtgesundheitsausgaben auf ältere Menschen. Anerkanntermaßen stellen (altersbedingte) chronische Krankheiten heute global die größte Krankheitslast in Bezug auf

die Kosten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dar, und ein Hauptfaktor hierfür sind die zunehmenden Zahlen älterer Menschen mit einer oder mehreren chronischen Langzeiterkrankungen (14). Dies schlägt sich unter anderem darin nieder, dass:

- ein wachsender Anteil an den Behandlungen und den Ausgaben mit der Pflege für ältere Menschen in Zusammenhang gebracht wird,
- ein wachsender Anteil an den Behandlungen und den Ausgaben mit der strukturierten Behandlung chronischer Langzeiterkrankungen in Zusammenhang gebracht wird, von denen die meisten altersbedingt sind, und
- die Inanspruchnahme stationärer Pflege (im Krankenhaus) sowie parallel dazu die Entwicklung von Zwischenlösungen oder häuslichen Alternativen einschließlich unterstützter Selbstversorgung zunehmen.

Die Trends bei der Krankenhauskapazität und der Krankenhausinanspruchnahme in Europa seit Anfang der 1990er Jahre belegen bei entsprechender Datenverfügbarkeit durchgängig die stärkere Inanspruchnahme von Einrichtungen, die Abnahme der Zahl der Krankenhausbetten und kürzere Aufenthaltszeiten (15). Gleichzeitig nimmt die Zahl der Krankenhausaufnahmen allgemein zu, und die ambulante Versorgung wird umfassend ausgeweitet. Ein großer Teil dieser Entwicklung ist zum einen dem Umstand geschuldet, dass die Krankenhausverwaltungen zunehmend zur Senkung der Kosten pro Patient gezwungen sind, zum anderen Veränderungen der Muster der Pflegeleistungen für ältere Menschen. Dazu zählt die gängige Praxis der früheren Entlassung in Pflegeheime oder die eigene Wohnung mit Hilfe gemeindenaher Kranken- und Sozialpflegedienste (15, 16).

Bei der Extrapolation bekannter Trends auf Regionen, die in den aktuellen Datenquellen nicht vertreten sind, sollte umsichtig vorgegangen werden. Neuere Arbeiten zur Deinstitutionalisierung und zum selbst bestimmten Leben in der Gemeinde bieten Erkenntnisse, die Licht auf die Probleme der Durchführung von Bemühungen werfen, in Mittel- und Osteuropa wieder ein ausgewogenes Verhältnis in Bezug auf die Pflege herzustellen. Diese haben auch damit zu tun, dass es oft schwierig ist, Langzeitpflegeeinrichtungen Mittel zu entziehen und umzuwidmen (17).

Eine der umfassendsten Analysen internationaler Trends und der Konsequenzen für die Pflege älterer Menschen wurde in England durchgeführt (18). In England entfallen auf ältere Menschen (ab 65 Jahre) fast zwei Drittel der Bettentage, und die Zunahmerate der Notfallaufnahmen war in älteren Altersgruppen am höchsten. Signifikant war, dass die Studie immer mehr Belege auf internationaler Ebene dafür fand, dass die Zahl der Krankenhausaufnahmen und die Aufenthaltsdauer durch eine Reihe von Sozialpflegeinterventionen wie die frühe Entlassung

von Personen aus dem Krankenhaus in die Gemeinde und die Erbringung kontinuierlicher häuslicher Pflege verringert werden könnten. Gute Ernährung, Hygiene, Unterstützung bei der Mobilität, Hilfe bei der Medikation und die Verringerung von Umweltgefahren wurden als Faktoren ermittelt, die den Einfluss von einigen der gängigen Ursachen der Krankenhauseinweisung abhängiger älterer Menschen begrenzen.

Aus dem Vorstehenden lassen sich mehrere grundsatzpolitische Schlussfolgerungen ziehen.

- Ein prognostizierter Rückgang des Angebots an informeller Pflege für ältere Menschen resultiert wahrscheinlich in mehr Aufnahmen in stationäre Altenpflegeeinrichtungen, Pflegeheime und die Krankenhauspflege mit beträchtlichen finanziellen Konsequenzen. Dies unterstreicht, wie wichtig es ist, Strategien für die unterstützte Selbstversorgung und häusliche Dienstleistungen zur Unterstützung älterer Menschen in der eigenen Wohnung oder im häuslichen Umfeld zu entwickeln.
- Der prognostizierte Anstieg der Zahlen abhängiger älterer Menschen mit chronischen Mehrfacherkrankungen bedeutet, dass die formellen Dienstleistungen substanziell ausgeweitet werden müssen. Die Entwicklung und Ausweitung von Dienstleistungen außerhalb von stationären Altenpflegeeinrichtungen wie häusliche Pflege und ambulante Pflege wird von Bedeutung sein.
- Die Effizienz bei der Erbringung von Pflege wird wichtig sein, um reale Steigerungen der Einzelkosten zu begrenzen. Dies kann eine bessere Abstimmung der Dienstleistungen an den Bedarf erfordern.
- An die Stelle fragmentierter und zeitlich begrenzter Pflege durch Einrichtungen muss die über das gesamte Spektrum an Pflegeanbietern stärker integrierte und koordinierte Langzeitpflege treten.
- Die Politik muss potenzielle Ungewissheit bezüglich der zukünftigen Nachfrage nach Langzeitpflege durch ältere Menschen und Menschen mit chronischen Leiden einplanen. Wenngleich der Trend in Bezug auf die Zunahme der Zahlen älterer Menschen zu einer höheren Nachfrage führen kann, können technologische Innovationen, Veränderungen des Lebensstils und die Kompression der Morbidität den Einfluss dieses Faktors vielleicht abschwächen.

Orientierungsprinzipien für die Festlegung der Pflegesettings für ältere Menschen

Der wichtigste Kompromiss, der bei der Bestimmung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen der Inanspruchnahme stationärer Pflege und anderer,

weniger intensiver Pflegeformen berücksichtigt werden muss, ist der zwischen der Verbesserung der Lebensqualität und potenziell höherer Effizienz. Die Erbringung häuslicher Pflege verlagert Kosten auf die Pflegeempfänger und ihre Pflegepersonen, verbessert jedoch tendenziell die Lebensqualität mehr als die stationäre Pflege, insbesondere wenn Personen weniger Pflege benötigen. Benötigen Personen mehr Pflege, verringert sich im Allgemeinen der Unterschied zwischen häuslicher und stationärer Pflege in Bezug auf die Lebensqualität. Obwohl die Kosten der Kranken- und Sozialpflege mit dem Bedarf der Empfänger zunehmen, steigen des Weiteren die relativen Kosten häuslicher Pflege tendenziell rascher als die stationärer Pflege (19). Wenn der Kostenunterschied zwischen häuslicher und stationärer Pflege größer ist als der Unterschied in Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität, wäre theoretisch die stationäre Pflege das bevorzugte Setting. Wird der Pflegebedarf von Personen größer, richten sich die Erwartungen deshalb zunehmend darauf, dass die stationäre Pflege das optimale Setting ist. Das Angebot der Pflegesettings auf die individuellen Umstände und die Bedürfnisse von Pflegeempfängern und ihren Pflegepersonen zuzuschneiden, stellt die beste Möglichkeit zur Nutzung der knappen Ressourcen der Gesellschaft dar.

Grundsatzmaßnahmen zur Gewährleistung ausgewogener Dienstleistungen für ältere Menschen

In Europa zeichnet sich ein Konsens über die Notwendigkeit einer radikalen Umgestaltung der Dienstleistungen in der Kranken- und Sozialpflege in Richtung auf integrierte gemeindenahere Pflege ab: eine Verlagerung von einer zu starken Betonung der akuten Versorgung (im Krankenhaus) oder der stationären Versorgung (im Pflegeheim) zu einem Ansatz, der das Management und die Koordinierung des Bedarfs an Langzeitpflege und Versorgung chronischer Erkrankungen bei älteren Menschen ermöglicht.

Eine intellektuelle Plattform als Orientierungshilfe für die Dienstleistungsplanung schaffen

Der vorherrschende Ansatz zur Langzeitpflegeplanung in der Sozialpflege bestand darin, ein Verhältnis zwischen der Zahl der Pflegebetten in Einrichtungen und der Zahl der Bewohner eines Gebiets über einer Altersschwelle festzulegen (beispielsweise 100 Langzeitpflegebetten pro 1.000 Einwohner über 75 Jahre) und daraus mechanisch eine Prognose des zukünftigen Bettenbedarfs abzuleiten (20). Diese Verhältnis- und Schwellenwerte werden jedoch selten geändert und nicht ständig aktualisiert, um zugrunde liegende Trends des Gesundheitsstatus, die relativen Kosten alternativer Settings für die Leistungserbringung, die Verfügbarkeit neuer Technologien, die sich wandelnde klinische und Pflegepraxis oder sogar Veränderungen der gesellschaftlichen Einstellungen

gegenüber dem angemessenen Pflegeort zu berücksichtigen. Prognosen bieten deshalb oft nur in begrenztem Maß kontinuierliche Orientierungshilfe für Bemühungen zur Planung der Langzeitpflege. Richtungweisend für die Nutzung ausgefeilterer Planungswerkzeuge war die Entwicklung prädiktiver Modellierungstechniken im Gesundheitswesen (18,21,22). Beispielsweise rückt in den Vereinigten Staaten von Amerika und einigen Teilen Europas die strukturierte Versorgung chronischer Erkrankungen immer mehr in den Vordergrund. Dabei werden gefährdete Personen und Gemeinden ermittelt sowie vorgelagerte Interventionen entwickelt, um zu verhindern, dass sich der Gesundheitszustand von Personen mit chronischen Erkrankungen verschlechtert, damit eine notwendige Einweisung in die stationäre Pflege vermieden wird (23).

Für die Aufgabe, Orientierungshilfe für die Dienstleistungsplanung zu geben, existiert eine Vielzahl von Ansätzen. Sie sind jedoch wenig standardisiert und uneinheitlich, was die verwendeten Methoden betrifft. Die in Planungsmodellen verwendeten Faktoren können am besten kategorisiert werden nach Bedarf (Faktoren, die die Pflegebedürftigkeit einer Person prädisponieren) oder nach Präferenzen (Faktoren mit einem Einfluss auf die Bereitschaft einer Person, Pflege in Anspruch nehmen zu wollen oder zu beantragen, auf die Art der Pflege und auf das Setting, in dem sie empfangen wird) (24). Bei einer Sichtung (25) wurden jedoch die bei der Planung der Architektur erforderlichen zentralen Konzepte ermittelt, was zu einem zusammengesetzten dreistufigen Planungsrahmen führt, der Pflegebegutachtung, Zuweisung und den individuellen Zuschnitt verbindet (Kasten 1).

Ein wichtiger abschließender Teil eines Gesamtrahmens besteht darin, Informationen über Trends bei der Inanspruchnahme von Langzeitpflege zu generieren, die eine weitere Verfeinerung lokaler Planungsstrategien ermöglichen (26,27). Nicht in allen Zuständigkeitsbereichen besteht Zugang zu Daten, mit denen solche Planungsmodelle erstellt werden können. Es müssen jedoch Anstrengungen unternommen werden, solchen Datenerhebungen Priorität zu geben, damit Planungen in Bezug auf die Langzeitpflege auf der Grundlage von Erkenntnissen durchgeführt werden können.

Stärker integrierte Ansätze zur Ermittlung des Bedarfs an und des Anspruchs auf Langzeitpflege

Es gibt drei wichtige Aspekte bei der Realisierung nationaler Langzeitpflegesysteme: Bereitstellung, Finanzierung und Bedarfsermittlung. Die Kombination dieser Aspekte entscheidet über die Art des Anspruchs älterer Personen auf Langzeitpflege, das Setting für die Leistungserbringung und letztlich über die Qualität ihrer Erfahrungen. Bislang wurde die effektivste Kombination dieser Aspekte nicht definitiv ermittelt. Aus den vorliegenden Erkenntnissen lässt sich jedoch ableiten, dass zukünftige Pflegemodelle einen stärker integrierten Ansatz zu

Kasten 1: Planungsrahmen für Langzeitkranken- und -sozialpflege

Stufe 1: Bevölkerungsbezogene Bedarfsermittlung

Die erste Stufe besteht darin, die Verteilung und die Determinanten des Bedarfs an Langzeitpflege für ältere Menschen zu ermitteln und Prognosen des zugrunde liegenden Bedarfs zu erstellen. Innerhalb der Grenzen der aktuell vorhandenen Kapazität in Bezug auf formelle und informelle Pflegeressourcen werden anschließend Dienstleistungen als ein Pflegepaket geplant. Daten aus der Verwaltung und aus Erhebungen können zur Erstellung eines prädiktiven Modells des Langzeitpflegebedarfs verwendet werden, das auf unterschiedliche Aggregationsebenen angewendet werden kann.

Stufe 2: Entwicklung einer Angebotspalette von Langzeitpflegealternativen

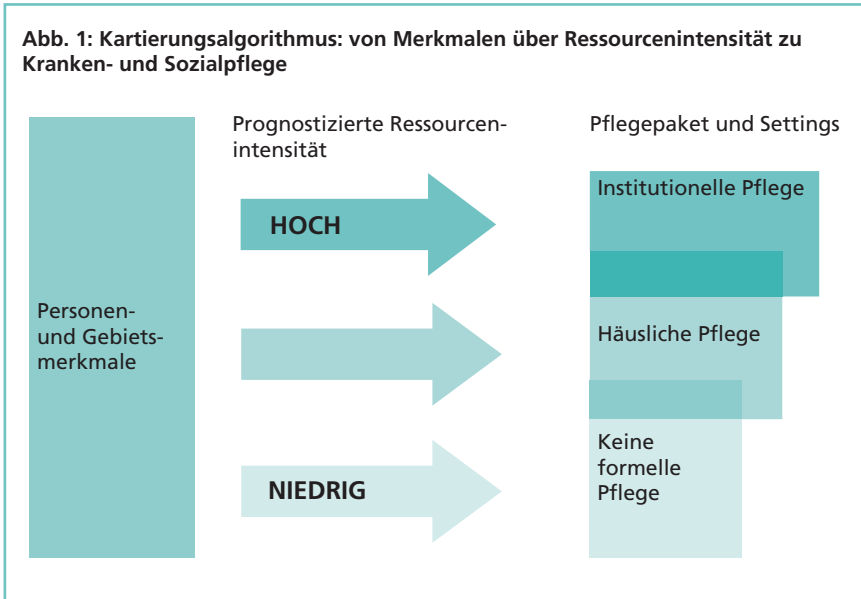
Die zweite Stufe umfasst die Entwicklung eines Kartieralgorithmus, der den ermittelten Bedarf der Bevölkerung mit zu Paketen geschnürten Langzeitpflegeleistungen und Settings verknüpft. Hierzu müssen Schwellen des ermittelten Bedarfs (sowohl Minimum als auch Maximum) für jedes Langzeitpflegesetting und die potenziellen Pflegepakete selbst festgelegt werden. Für die Festlegung von Prioritäten bezüglich dieser potenziellen Versorgungspakete wären Informationen zur Kostenwirksamkeit alternativer Pflegepakete für Zielgruppen wichtig. Das Ziel ist die Entwicklung einer Angebotspalette mit Paketen von Langzeitpflegealternativen und Settings, aus der gewählt werden kann. Es wird behauptet, dass die Verbesserung der Prognosen des ermittelten Bedarfs und ihre Verwendung in dem Algorithmus, der den ermittelten Bedarf einer Angebotspalette mit Langzeitpflegealternativen zuordnet (Abb. 1), älteren Menschen eine partizipativere Entscheidungsfindung über Dienstleistungen ermöglicht. Der ermittelte Bedarf älterer Menschen, für den hier stellvertretend ihre prognostizierte Ressourcenintensität steht, hängt von ihren Merkmalen (einschließlich der Ressourcen, von denen sie Pflege erhalten können) und ihren Wohngebieten ab. Die prognostizierte Ressourcenintensität führt zu einer Angebotspalette mit Langzeitpflegeleistungen und -settings, die über das Spektrum aus häuslicher Pflege, häuslichem Umfeld und stationärer Pflege zusammengestellt werden muss.

Stufe 3: Individueller Zuschnitt der Pflege

Eine Angebotspalette mit Langzeitpflegealternativen bildet die erste Komponente für den individuellen Zuschnitt von Pflege, bei der Leistungen und Settings an den ermittelten Bedarf älterer Menschen angepasst sind. Die zweite Komponente bietet Möglichkeiten zur Berücksichtigung der Entscheidungen und der Präferenzen von Pflegeempfängern sowie ihrer Angehörigen und Freunde bei der Festlegung, wo die Langzeitpflege letztlich erbracht und empfangen werden wird. Diese Entscheidung bezüglich des Orts, wo die Langzeitpflege empfangen wird, stellt eine eingeschränkte, aber auf Präferenzen basierende Reaktion dar, die maßgeschneiderte Langzeitpflegeleistungen und -settings für ältere Menschen zum Resultat hat.

Quelle: auf der Grundlage von Baranek (25).

Abb. 1: Kartierungsalgorithmus: von Merkmalen über Ressourcenintensität zu Kranken- und Sozialpflege



Leistungsbedarf und Leistungsansprüchen entwickeln und diesen mit einer stärker integrierten und personalisierten Auswahl an Leistungsanbietern aus einer Angebotspalette mit Langzeitpflegealternativen verknüpfen sollten.

Den Pflegebedarf und den Pflegeanspruch ermitteln

Wie der Bedarf eines einzelnen Kunden ermittelt wird, hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Chancengleichheit, die Effizienz und die Tragfähigkeit eines Systems. International bestehen große Unterschiede des Umfangs und der Definitionen des Anspruchs auf Pflege sowie der sich anschließenden Verfahren der Bedarfsermittlung und der Verfügbarkeit von Leistungen. Erkenntnisse aus Europa und darüber hinaus (4–7) weisen darauf hin, dass es keine einfache Lösung gibt und Regierungen mit Zielkonflikten rechnen müssen. Beispielsweise lässt sich mit Blick auf den Anspruch fragen, ob die staatlich finanzierte Unterstützung der Langzeitpflege allgemein oder nur für Personen mit niedrigem Einkommen oder Vermögen zugänglich sein sollte. Was ist das ausgewogene Verhältnis zwischen nationalen Anspruchsvoraussetzungen (die bestimmte Bedürfnisse vielleicht nicht berücksichtigen und, wenn sie unflexibel sind, die Kostenwirksamkeit beeinträchtigen können) und der individualisierten Bedarfsermittlung (die zu Chancenungleichheit führen kann)?

Sowohl nationale Anspruchsvoraussetzungen als auch bedarfsabhängige Ansprüche haben Vor- und Nachteile (6). Beispielsweise wurden Bedenken

in Bezug auf Chancenungleichheit in Bezug auf Diagnosen in Deutschland und Japan angemeldet, wo die nationalen Anspruchsvoraussetzungen den Bedarf von Patienten mit Demenz nicht angemessen erfassen. Nationale Anspruchsvoraussetzungen können auch diejenigen benachteiligen, die die Berechtigungsschwelle für einen bestimmten Grad der Pflegebedürftigkeit (wie er in Deutschland und Österreich ermittelt wird) gerade verfehlen. Deshalb bedarf es möglicherweise weiterer Mechanismen, um Ressourcen Personen mit geringem Bedarf zuzuführen, für die ein geringes Maß an zusätzlicher Unterstützung kostenwirksame Verbesserungen in Bezug auf verschiedene Ergebnisse bewirken könnte. Dies kann insbesondere für ältere Menschen gelten, die nicht immer eine einschränkende chronische Langzeiterkrankung haben müssen und bis zu einem gewissen Grad unabhängig bleiben können, auch wenn sie gebrechlich sind und Pflegeunterstützung benötigen (28).

Systeme auf der Grundlage nationaler Anspruchsvoraussetzungen müssen deshalb hinreichend flexibel sein und eine Reihe individueller Bedürfnisse berücksichtigen. In ähnlicher Weise kann es für Länder, die die individuelle Begutachtung des Pflegebedarfs (und der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen in Bezug auf die finanzielle Situation des Antragstellers) bevorzugen, nützlich sein, sie mit einigen allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen zu kombinieren, die geografische Unterschiede der Kosten und der Verfügbarkeit von Pflege berücksichtigen, und Begutachtungsprotokolle vorzuschreiben, um Belangen in Bezug auf Qualität und Chancengleichheit bei der Entscheidung über den Leistungsbedarf zu genügen.

Die Bedarfsermittlung als Voraussetzung für die Bereitstellung von Pflege

In den meisten Ländern ist eine Begutachtung des Pflegebedarfs die Voraussetzung für den Zugang zu Pflegeleistungen (und/oder zu dem Budget, mit dem sie finanziert werden). In Europa besteht seit einiger Zeit ein Trend zur integrierten Kranken- und Sozialpflegebegutachtung älterer Menschen. Dies ist die Konsequenz aus der Erkenntnis, dass der Bedarf älterer Menschen an Langzeitpflege die Grenzen des Leistungsspektrums von sowohl Kranken- als auch Sozialpflege überschreitet und eine einzige Begutachtung durch ein Fachteam für Kranken- oder Sozialpflege gewöhnlich einen Einfluss auf die Art der bewilligten Ressourcen hat (29).

In der PROCARE-Studie (7,29,30), in der integrierte Leistungen für ältere Menschen in neun europäischen Ländern untersucht wurden, wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass die individuelle Begutachtung eine entscheidende Voraussetzung für die wirksame Realisierung integrierter Langzeitpflege ist. Die Studie sprach sich für eine einzige koordinierte Entscheidungsstelle aus, für die Folgendes gelten sollte:

- Das Pflegeangebot sollte nicht die Grundlage der Bedarfsermittlung bilden. Primärer Gesichtspunkt sollte vielmehr die umfassende Begutachtung des Bedarfs jeder älteren Person sein (das Angebot sollte sich an der Nachfrage orientieren).
- Die Qualität der Bedarfsermittlung muss verbessert werden, um sicherzustellen, dass der Bedarf der Kunden gedeckt wird und dass die Chancengleichheit hinsichtlich Ansprüchen auf Pflege sowie des Zugangs dazu maximiert werden.
- Die Begutachtung sollte alle Lebensbereiche erfassen und zu diesem Zweck sowohl soziale als auch Gesundheitsaspekte berücksichtigen. Außerdem sollte sie umfassend und multidisziplinär sein.
- Fachliche Abgrenzungen, die den Informationsfluss behindern, müssen minimiert werden, um Doppelbegutachtungen zu verringern und die Entwicklung integrierter Pflegepakete zu ermöglichen. Objektivität und Unabhängigkeit müssen gewährleistet werden.
- Informationssysteme, die den Austausch von Daten über ältere Menschen zwischen Behörden erleichtern, sind wichtige Voraussetzungen für stärker integrierte Reaktionen auf den Bedarf.
- Weil ältere Menschen im Allgemeinen die Bedarfsermittlung nicht gut verstehen, brauchen sie Interessenvertreter, die ihre Rechte in Bezug auf Pflege schützen und geltend machen. Die Verfahren sollten für die Kunden verständlich sein.
- Die Gutachter müssen den Charakter und die Verfügbarkeit lokaler Einrichtungen kennen. Dies kann durch zentralisierte Informationsstellen (wie in Frankreich und den Niederlanden) unterstützt werden, die Personen helfen, die von ihnen benötigten Leistungen zu finden.

Der am ehesten vorzuziehende Ansatz besteht wahrscheinlich darin, einen einfachen und zweckmäßig organisierten multidisziplinären Begutachtungsprozess zu entwickeln. Dies ist jedoch eine komplexe und zeitaufwändige Aufgabe und konnte in Ländern, die dies angestrebt haben, häufig nicht realisiert werden (30). Das Ziel, zu gewährleisten, dass ältere Menschen die richtige Form der Pflege erhalten (oder erwerben), die ihrem Bedarf entspricht, unterstreicht auch die Notwendigkeit einer einzigen Zugangsstelle zu (unabhängiger) Beratung und Information. Die umfassende Bedarfsermittlung muss für die Kunden verständlich sowie verhandelbar und für die Fachkräfte handhabbar sein (29).

Grundsatzmaßnahmen zur (Wieder-)Herstellung der ausgewogenen Leistungserbringung für ältere Menschen

Dieser Abschnitt geht auf zwei Hauptoptionen für Veränderungen mit dem Ziel ausgewogener Leistungserbringung für ältere Menschen ein: Finanzierungsformen, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind und – angesichts der erwarteten Defizite an informeller Pflege – Anreize sowie Unterstützung, die das Angebot an informeller Pflege erweitern können.

Auf die Bedürfnisse der Kunden zugeschnittene Finanzierungsformen

Ein großes Dilemma, mit dem die Gesundheitssysteme konfrontiert sind, beruht auf der Fragmentierung der Finanzierung und der Erbringung der Leistungen. Bei den Krankenhäusern liegt der Schwerpunkt auf der stationären Akutversorgung, Anbieter von ambulanter häuslicher Pflege konzentrieren sich auf diese, Hausärzte auf die primäre Gesundheitsversorgung in ihrer Praxis und Anbieter von stationärer Pflege auf den Bedarf der Bewohner ihrer Heime. Die Einführung flexiblerer Finanzierungsformen und konkreter von Organisationsformen für das Pflegekontinuum ausgewiesener Pflegeempfänger eröffnet Chancen zur Verbesserung der Effizienz und der Wirksamkeit von Leistungen. Beispielsweise gibt die Finanzierung auf der Grundlage von Versorgungssepiden für Akutversorgungskrankenhäuser (beginnend mit der Aufnahme im Krankenhaus und endend nach der postakuten häuslichen Pflege) Krankenhäusern die Möglichkeit, den Aufenthalt im Krankenhaus zu verlängern oder ihn in Übereinstimmung mit den relativen Kosten und der relativen Wirksamkeit jedes Versorgungssettings weiter zu verkürzen. Die Beauftragung integrierter Versorgung über ein Spektrum von Leistungen und Settings gestattet vielleicht kostenwirksamere Leistungen als die derzeitigen segmentierten Finanzierungsformen. Dieser Ansatz wurde in Europa bereits mit uneinheitlichem Erfolg für bestimmte chronische Krankheiten erprobt („*care pathway commissioning*“). Die wichtigsten Beschränkungen sind beständige organisatorische und fachliche Trenngräben (31).

Die individuelle Finanzierung bietet älteren Menschen die Möglichkeit, an Stelle formeller Pflege Geldleistungen oder ein persönliches Budget zu erhalten, sodass sie ihre eigene Sozialpflege auswählen, organisieren und vergüten können. Solche Finanzierungsformen gelten oft als am kosteneffizientesten, weil sie eine unabhängige und selbstständige Lebensführung fördern. In der Europäischen Region besteht derzeit großes Interesse und eine große Vielfalt an solchen Finanzierungsformen. Beispielsweise wurden in einer für die OECD durchgeführten Studie (32,33) Unterschiede dahingehend festgestellt, inwieweit ältere Menschen Direktzahlungen oder persönliche Budgets wählen können, und auch die Bestimmungen für ihre anschließende Verwendung unterscheiden sich (Tabelle 2).

Tabelle 2: Gewährung von Direktzahlungen und persönlichen Budgets in ausgewählten europäischen Ländern

Land	Finanzierungsform	Beschäftigung von Angehörigen gestattet?	Prozentualer Anteil der Personen über 65 Jahre, die Finanzierung erhalten
Österreich	Geldleistungen	Ja	100
England	Gutschein oder Direktzahlung als Alternative zur Pflege durch die lokal zuständige Behörde für Kunden, die mit Unterstützung „selbstständig zurechtkommen“	Ja (aber nicht, wenn Pflegeperson und Pflegeempfänger in derselben Wohnung leben)	1
Deutschland	Möglichkeit von Geldleistungen oder Sachleistungen oder einer Kombination von beiden	Ja	80 (einschließlich der Personen mit einem kombinierten Pflegepaket)
Luxemburg	Möglichkeit von Geldleistungen für die ersten sieben Stunden pro Woche	Ja	91 (einschließlich der Personen mit einem kombinierten Pflegepaket)
Niederlande	Möglichkeit eines persönlichen Budgets bei Anspruch auf häusliche Langzeitpflege	Ja (aber nicht, wenn Pflegeperson und Pflegeempfänger in derselben Wohnung leben)	7
Norwegen	Persönliches Budget für Pflegeassistenzkräfte, wenn die zuständige lokale Behörde dies für besser beurteilt als die formelle Pflege	Ja	2
Schweden	Geldleistungen von der lokalen Behörde (wenn der Pflegeempfänger laut Begutachtung mindestens 17 Stunden Pflege pro Woche benötigt)	Ja	1

Quellen: Auf der Grundlage von Material in Lundsgaard (32) und Poole (33).

Die Erfahrungen mit Direktzahlungen in Europa haben zu keiner definitiven Antwort auf die Frage geführt, ob sie zu einer angemesseneren Pflege führen. Eine Sichtung von Geld-für-Pflege-Systemen in Frankreich, Italien, den Niederlanden, Österreich und dem Vereinigten Königreich ergab, dass kein System zu eindeutig zuzuordnenden Ergebnissen führte oder offensichtlich überlegen war. Alle hatten jedoch die zuvor unbezahlte informelle Pflege zu einer vergütungsberechtigten Dienstleistung gemacht und ermöglichten Mischformen von informeller und formeller Pflege mit geringer Regulierung (34). Ein Resultat des Ansatzes in Deutschland ist, dass manche ältere Menschen sich für Geldleistungen entschieden (die wertmäßig hinter den Sachleistungen zurückbleiben), weil sie lieber von Angehörigen und Freunden als von Fremden gepflegt werden wollen, und diese Form des Einkommens steuerbefreit ist (35). In den Niederlanden weitet sich das System des persönlichen Budgets rasch aus, weil es älteren Menschen ermöglicht, Wartelisten für manche Dienstleistungen zu umgehen (6).

Systeme mit Direktzahlungen bergen auch Gefahren. Zu den negativen Erfahrungen zählen die folgenden:

- Aufgrund unzureichender Regulierung wurde in Italien und Österreich das zusätzliche Einkommen nicht für Pflege, sondern für die allgemeinen Haushaltsaufwendungen ausgegeben (33).
- Empfänger, die sich für umfassende Geldleistungen entschieden, konnten anschließend trotz Pflegebedürftigkeit keinen Zugang zu formeller Pflege erhalten und/oder sich diese nicht leisten (36).
- Die notwendige Gewährleistung der Durchführung der Pflege führte zu mehr Kontrolle und höherer Kundenzufriedenheit, resultierte jedoch in Problemen in Bezug auf die erforderliche Unterstützung zur Bewältigung des späteren Verwaltungsaufwands für die Koordinierung der Pflege (6).

In Japan ergab die Debatte über Geldleistungen, dass der Ansatz ein Kosteneinsparungspotenzial hat (wenn die Zahlungen wie in Deutschland niedriger als die Kosten formeller Leistungen festgelegt werden), den Pflegebedürftigen größtmögliche Wahlfreiheit einräumt und die Rolle pflegender Angehöriger belohnt. Geldleistungen können jedoch auch die Nachfrage nach formellen Leistungen schwächen; sie belasten den Markt und verringern die Auswahl an Leistungsanbietern für diejenigen, die externe Hilfe in Anspruch nehmen wollen; sie würden die bestehenden (repressiven) Pflegemuster im informellen Sektor nicht verändern; und das System könnte letztlich mehr kosten, weil jeder Geldleistungen beantragen würde, während nur diejenigen, die wirklich Pflegeleistungen wünschten, um diese nachsuchen würden (37).

Für die Beurteilung der Nützlichkeit von Direktzahlungen als Politikoption in Europa lassen sich vier zentrale Fakten herausstellen.

- Dem Umstand, die Kontrolle zu haben, messen Menschen einen Wert bei, aber die administrative Belastung und die Risikobelastung tragen der Nutzer und seine Familie. Unterstützung ist notwendig, um die Erbringung der Pflegeleistungen zu erleichtern und in einem gewissen Umfang angemessene Pflegealternativen zu ermöglichen.
- Die Qualität der persönlichen Pflege, für die man bezahlt, ist ungewiss – es wird ein Anreiz geschaffen, potenziell benötigte formelle professionelle Pflege, die teuer ist, zu wenig in Anspruch zu nehmen. Informelle Pflegepersonen brauchen formelle Ausbildung, um Qualitätsstandards sicherzustellen.
- Die individuelle Finanzierung ist für das System nicht zwangsläufig kostenwirksam. Sie fördert die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Geldleistungen bei jenen, die ansonsten keine staatliche Unterstützung beantragt hätten, und Agenturen zur Vermittlung formeller Pflege bieten vielleicht kostenaufwändigere Leistungen für Pflegebedürftige an als Stellen des öffentlichen Sektors, die beispielsweise durch Blockbuchungen niedrigere Stundenpreise aushandeln können.
- Direktzahlungen bieten Entscheidungsfreiheit, aber viele Menschen entscheiden sich dafür, ihnen zur Verfügung stehende Mittel genauso für Zweckmäßiges oder den persönlichen Lebensstil wie für den persönlichen Pflegebedarf auszugeben (33).

Anreize für die kontinuierliche Erbringung informeller Pflege

Die Leistungen unbezahlter Pflegepersonen bilden einen wichtigen unterstützenden Beitrag zu einer unabhängigen und selbstständigen Lebensführung. Ihre Beteiligung an der Erbringung von Leistungen ist oft notwendig, um ein betreutes Altern am Wohnort („*ageing in place*“) zu ermöglichen. Solche Pflege zu leisten, ist jedoch häufig anstrengend und kann zu Erschöpfungszuständen sowie dem potenziellen vollständigen oder partiellen Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt führen. Dies gilt insbesondere, wenn umfangreiche Pflegeaufgaben bewältigt werden müssen (38). Eine entscheidende grundsatzpolitische Frage für die Zukunft lautet, ob es weiterhin genügend unbezahlte Pflegepersonen geben wird. Die nachstehend aufgeführten Trends in Bezug auf die Nachfrage nach und die Verfügbarkeit von informeller Pflege bestärken diese Befürchtungen hinsichtlich der Verfügbarkeit informeller Pflegepersonen in ausreichendem Umfang.

- Der zunehmende Anteil älterer Menschen bedeutet, dass die Zahl der verfügbaren jüngeren Pflegepersonen zurückgehen wird.

- Die Pflegepersonen selbst werden älter und werden mehr Unterstützung bei ihren Pflegeleistungen brauchen – und möglicherweise auch dabei, selbst Pflege zu erhalten.
- Die prognostizierte größere Intensität der Pflegeleistungen wird zu einer beträchtlichen Belastung des geistigen und körperlichen Wohlergehens unbezahlter Pflegepersonen führen (29). Diese gilt insbesondere für Personen, die Pflegebedürftige mit kognitiven Störungen wie bei Demenz versorgen (39).
- Mehr ältere Menschen werden allein statt im Familienverband leben. Dieser Faktor wird durch die größeren Entfernungen zwischen den Familienmitgliedern (und dem daraus resultierenden höheren finanziellen und zeitlichen Aufwand) sowie dem Anstieg der Fälle von Scheidungen und Trennungen verschärft (40–43).
- Wenngleich die meisten Pflegepersonen neben ihren Pflegeprioritäten weiterhin erwerbstätig sind (5,29) und die Notwendigkeit, Pflege zu leisten, die Entscheidung darüber einschränkt, ob sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen können oder nicht (8,44,45), besteht heute ein Trend zur einer höheren Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen und vor allem von Frauen (8,40,44). Dies gilt insbesondere, wenn Pflegepersonen nicht mit dem Pflegeempfänger zusammenwohnen (46).
- Die Kosten im Zusammenhang mit informeller Pflege in Systemen, in denen Ausgaben für Verbrauchsmaterial und Ausrüstung als Eigenleistung getragen werden müssen, erhöhen das Potenzial für Chancenungleichheit beim Zugang zu Pflege und für die Abhängigkeit der Qualität vom sozioökonomischen Status (47).

Die Gewährung des Anspruchs auf eine Reihe von Leistungen ist ein wichtiger zukünftiger Schritt zur Förderung und Aufrechterhaltung des Angebots an informellen Pflegekräften (Kasten 2). Manche Länder wie Deutschland, Japan und Österreich haben zu diesem Zweck Pflegeversicherungen eingeführt, die auf nationaler Ebene geltende Ansprüche auf Geldleistungen und Unterstützungsfunktionen für Pflegepersonen bieten (48). Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland wurde 1995 eingeführt. Ihre Befürworter priesen sie als die fünfte und letzte Säule des deutschen Systems der sozialen Sicherheit nach Kranken-, Arbeitslosen-, Renten- und Unfallversicherung. Die Beiträge sind auf einen bestimmten Prozentteil des sozialversicherungspflichtigen Einkommens festgelegt und werden bei abhängig Beschäftigten zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Die Versicherung deckt finanzielle Anreize, Ausbildung, Sozial- und Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen sowie die Pflege und die erforderliche bauliche Infrastruktur ab. Pflegeempfänger müssen den über die festgelegten Leistungen hinausgehenden Leistungsbedarf

Kasten 2: Verschiedene nationale und regionale Initiativen zur Förderung der informellen Pflege

Entlastende Pflege und Unterstützung für Pflegepersonen

In den Niederlanden erhalten unbezahlte Pflegepersonen Unterstützung in Form von entlastender häuslicher Pflege und Beratung (40). Zu den Hindernissen für die Inanspruchnahme dieser Leistungen zählen fehlende Informationen über ihre Verfügbarkeit und den Zugang zu ihnen (50,51). In Kalifornien wurden Ressourcenzentren für Pflegepersonen eingerichtet, in Australien ein Netz so genannter *Commonwealth Carelink Centres*, die als zentrale Zugangsstelle für vielfältige Unterstützungs- und Informationsleistungen für Pflegepersonen dienen sollen (40,52,53). Die Initiative *Caring about Carers* im Vereinigten Königreich bietet in ähnlicher Weise gestützte Unterstützung für Tageszentren und hilft bei der Organisation formeller häuslicher Pflege.

Geldleistungen oder Direktzahlungen

In Finnland werden Zahlungen geleistet, die vom Einkommen und von der Intensität der benötigten Pflege abhängig sind (54). In Australien können mit dem Pflegeempfänger zusammenwohnende Pflegepersonen nach Vermögensprüfung eine Zuwendung erhalten, und eine zusätzliche Zuwendung ist für mit dem Pflegeempfänger zusammenwohnende Pflegepersonen erhältlich, die Pflege in substanziellem Umfang leisten (42,43). Obwohl das System angeblich für die Betroffenen die Wahlmöglichkeiten erweitern und die Ressourcennutzung flexibler machen soll, hat es nach vorliegenden Erkenntnissen die Nachfrage nach entlastender Pflege so stark erhöht, dass sie das Angebot übersteigt (41). Mit dem Ende der 1990er Jahre eingeführten *National Respite for Carers Program* hat Australien die Bedeutung der entlastenden Pflege betont (42,43), und das Vereinigte Königreich verfügt mit der Initiative *Caring about Carers* über ähnliche Programme. Finanzielle Zuwendungen an Pflegepersonen, Direktzahlungen und geschützte Rechtsansprüche auf eine staatliche Rente für Pflegepersonen sind dort die wichtigsten Merkmale.

Sachleistungen

Viele Länder ermöglichen die Erbringung von Pflege, indem sie den Anspruch auf staatliche Leistungen schützen oder gewähren. In den Niederlanden beispielsweise können Pflegepersonen Rentenansprüche erwerben, wenn sie nicht bereits eine Rente beziehen, und sie können eine Unfallversicherung erhalten. Im Vereinigten Königreich gibt es geschützte Rechtsansprüche auf staatliche Renten (41,55).

Arbeitsrecht

Flexible Arbeitsbedingungen für Pflegepersonen einschließlich bezahlten Urlaubs, Teilzeitarbeit und der Möglichkeit, von Zuhause aus zu arbeiten, haben Pflegepersonen geholfen, Erwerbstätigkeit und Pflegeleistungen miteinander zu verbinden (53). Beispielsweise sollte in den Niederlanden das Gesetz über Arbeit und Pflege es Personen erleichtern, Pflege und Erwerbstätigkeit miteinander zu verbinden, indem es Freistellungen für Pflege vorsah.

selbst tragen; wenn die Kosten zu hoch sind, können diese jedoch von der öffentlichen Hand übernommen werden. In Japan erfolgte die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im April 2000. Ihre Finanzierung setzt sich derzeit aus Eigenleistungen (10%), nationalen und lokalen Steuern (45%) und Versicherungsprämien (45%) zusammen. Personen ab 65 Jahre zahlen einkommens- oder rentenabhängige Monatsbeiträge, die nach Zuständigkeitsbereich und Art der Leistungen variieren. Personen zwischen 40 und 64 Jahren zahlen über ihre Krankenversicherungsbeiträge Monatsbeiträge, die zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen werden (49). Die Anspruchsberechtigung beruht ausschließlich auf der Pflegebedürftigkeit, und die Leistungen des Systems umfassen die formelle Pflege in Einrichtungen und die entlastende häusliche Pflege. Im Gegensatz zum System in Deutschland kennt das japanische keine Geldleistungen.

Die Versicherungsregelungen in Deutschland sollen die Erbringung von Pflegeleistungen fördern. Es wird jedoch befürchtet, dass sie sich angesichts des steigenden Bevölkerungsanteils älterer Menschen als unzureichend erweisen werden, weil die Pflegeversicherung als ein umlagefinanziertes System konzipiert ist. Bei gleich bleibenden Leistungen könnte das System zahlungsunfähig werden, was dann nur durch niedrigere Leistungen, höhere Beiträge oder Kofinanzierung aus dem Steueraufkommen vermieden werden könnte. Angesichts steigender Kosten erwog die japanische Regierung mehrere Veränderungen wie Leistungskürzungen, Beitragserhöhungen oder die Erhöhung der Zahl der Beitragspflichtigen (56). Damit solche Systeme langfristig bestandsfähig sind, muss die Langzeitpflege vielleicht anders als im Umlageverfahren finanziert werden, eine größere Reichweite bekommen und flexibler werden.

Veränderungen an lokale Umstände anpassen

In Bezug auf den Pflegekontext bestehen große Unterschiede innerhalb Europas und substanzielle Unterschiede zwischen Personen innerhalb eines bestimmten Zuständigkeitsbereichs. Deshalb stellt das Anliegen, das derzeitige Niveau der Leistungserbringung aufrechtzuerhalten oder auch nur die Leistungen, Settings und Unterstützungsformen zu ändern und zu reformieren, eine große Herausforderung dar. Wenngleich es zahlreiche Optionen und Ansätze gibt, hat sich dieses Grundsatzpapier auf vier wichtige grundsatzpolitische Initiativen konzentriert, die verfolgt werden könnten, um die Gesundheit und das Wohlergehen älterer Menschen, ihrer Pflegepersonen und der Gesellschaft allgemein zu fördern.

Die Mechanismen zur Finanzierung, Organisation und Durchführung von Kranken- und Sozialpflege nehmen in unterschiedlichen Kontexten unterschiedliche Gestalt an und hängen wesentlich von vor Ort festgelegten

grundsatzpolitischen Zielen und Zielvorstellungen ab. Außerdem können die an einem Ort verwendeten Finanzierungs- und Organisationsformen im Allgemeinen nicht auf einen anderen übertragen werden, ohne an die dort herrschenden Umstände angepasst zu werden. Dies wirft zusätzliche Probleme auf.

Historisch implizierte der Generationenvertrag in den meisten europäischen Ländern, dass die aktuellen (jüngeren) Generationen heute Steuern oder Versicherungsbeiträge zahlen, um Leistungen für ältere Menschen zu finanzieren, und dass die nächste Generation dann in das System einzahlen würde, um die Leistungen zu finanzieren, die die aktuelle Generation nach dem Renteneintritt benötigt. Wichtiger als die Zunahme der Zahl älterer Menschen ist jedoch die sich verändernde Verteilung der Bevölkerung über die Altersgruppen. Veränderungen des Altenquotienten zeigen, dass die Zahl älterer Menschen im Verhältnis zur Zahl der Steuerzahler und/oder Beitragszahler zur Sozialversicherung zugenommen hat. Die finanzielle Belastung jüngerer Generationen durch die Kosten für die Pflege älterer Menschen könnte also so groß werden, dass der Generationenvertrag in Gefahr gerät.

Ein großer Teil der Gesundheitsversorgung wurde im Umlageverfahren finanziert, bei dem die aktuellen Ausgaben für ältere Menschen im Gesundheitssystem mit den aktuellen Einnahmen bestritten werden. Für die implizite Rendite der Beiträge, die junge Menschen zur Finanzierung der Leistungen der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsversorgung älterer Menschen zahlen, wurde davon ausgegangen, dass sie dem Bevölkerungswachstum entspricht, wobei angenommen wurde, dass die Bevölkerung mit einer konstanten Rate wächst und die Altersverteilung gleich bleibt. Die recht raschen Veränderungen der Altenquotienten in manchen Ländern mit hohem Einkommen haben es für die Regierungen schwieriger gemacht, die Erwartungen in Bezug auf Leistungsumfang und Qualität in der Zukunft zu erfüllen.

In den meisten Ländern gab es nicht wie in den Vereinigten Staaten einen anhaltenden Anstieg der Geburtenzahlen, weshalb ihnen das Ungleichgewicht zwischen Jüngeren und Älteren seit längerer Zeit zu schaffen macht. Deutschland verzeichnet wie Japan einen hohen Altenquotienten und hat die Pflegeversicherung als Mittel zur Finanzierung des aktuellen und des erwarteten höheren Bedarfs an Langzeitpflegeleistungen eingeführt. Wegen des Ungleichgewichts zwischen Jüngeren und Älteren reichen die heutigen Beiträge jedoch möglicherweise schon nicht zur Deckung der heutigen Inanspruchnahme aus. Deshalb werden umlagefinanzierte Systeme zukünftig vielleicht nicht mehr funktionieren. Die meisten Länder mit hohem Einkommen werden folglich beginnen müssen (wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß), die Bürger aufzufordern, für ihre eigenen zukünftigen Gesundheitsleistungen zu sparen, statt sich darauf zu verlassen, die nächste Generation belasten zu

können. Durch die Einführung gesetzlicher privater Rentenkassen hat Australien bereits aktive Schritte in diese Richtung unternommen. Dies könnte als Orientierungsmodell für die langfristige Tragfähigkeit der Langzeitpflege älterer Menschen dienen.

Indem integrierte Märkte wie die Europäische Union die grenzüberschreitende Migration von Arbeitnehmern erleichtern, werden sie auch potenzielle Auswirkungen auf die Bevölkerungsverteilung haben. Junge Menschen werden vielleicht zunehmend Länder mit hohen Sozialversicherungsbeiträgen verlassen und in solche mit niedrigeren Abgaben abwandern. Weil die aktuelle Arbeitnehmergeneration der Steuer- und Abgabenbelastung besser ausweichen kann als frühere Generationen, könnte es für Regierungen immer schwieriger werden, eine langfristige stabile Finanzierung von einer Generation zur nächsten sicherzustellen.

Die Veränderung der Bevölkerungsverteilung beeinflusst auch das zukünftige Angebot an Gesundheitsfachkräften und die Verfügbarkeit informeller Pflegekräfte. Der Übergang zu Direktzahlungen an Krankenpflegekunden ermöglicht ihnen die Vergütung informeller Pflegekräfte. Inwieweit Pflegesysteme jedoch auf einen bereitstehenden Bestand an solchen informellen Pflegekräften vertrauen können, wird sich von einem zum anderen Zuständigkeitsbereich unterscheiden, und das Angebot wird wahrscheinlich zurückgehen. Weil eine stärker dezentralisierte Form der Pflege (im Vergleich zu stationärer Pflege) noch arbeitsaufwändiger ist, könnte ein zukünftiger Fachkräftemangel den Übergang zu häuslicher und gemeindenaher Pflege ebenfalls verlangsamen.

Ein Ergebnis könnte sein, dass manche Zuständigkeitsbereiche stärker auf Zuwanderer angewiesen sein werden – mit der Konsequenz, dass ärmere Zuständigkeitsbereiche zu Nettoexporteuren solcher Fachkräfte werden dürften. Ein anderes Ergebnis könnte sein, dass bestimmte Zuständigkeitsbereiche in höherem Maß auf stationäre Pflege oder betreutes Wohnen setzen werden. Treibkräfte hierfür könnten zum Teil Fachkräftemangel, aber auch die durchschnittliche Qualität des häuslichen Umfelds sein. Betreutes Altern am Wohnort ist ein lobenswertes Ziel. Es ist jedoch abhängig von der materiellen Fähigkeit des Pflegeempfängers, in einer Wohnung zu leben, in der qualitativ hochwertige Pflege geleistet werden kann, und von der Fähigkeit der öffentlichen Hand, die für die häusliche und gemeindenahere Pflege erforderliche Infrastruktur zu finanzieren. Dies gilt insbesondere für Länder mit sich entwickelnder Marktwirtschaft wie in Osteuropa, wo die Fähigkeit zur Finanzierung, Planung und Bereitstellung wirksamer Langzeitpflegeleistungen es der Politik wahrscheinlich nicht gestatten wird, auf kurze bis mittlere Sicht den Empfehlungen für Veränderungen zu folgen, die sich aus diesem Grundsatzpapier ableiten lassen.

Unabhängig von den Umständen vor Ort ist der zukünftige Weg in gewisser Weise vorgezeichnet. Die Trends sind offensichtlich, und Regierungen müssen aufgefordert werden, jetzt zu handeln, um den Ressourcenmix, der ihnen in Form von qualifizierten Fachkräften, Infrastruktur und informellen Pflegenetzwerken zur Verfügung steht, optimal zu nutzen, um den raschen demografischen Wandel zu bewältigen und den Erwartungen ihrer Wähler gerecht zu werden.

Literatur

1. Goodwin N. National health systems: an overview. In: Heggenhougen K, Hrsg. *International encyclopedia of public health*. New York, Academic Press, im Druck.
2. Housing Learning and Improvement Network. *The extra care housing toolkit*. London, Care Services Improvement Partnership, Department of Health, 2006 (<http://www.icn.csip.org.uk/housing>, eingesehen am 10. April 2008).
3. The OECD Health Project. *Long-term care for older people*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Social Issues/Migration/Health, 2005:11; http://www.oecd.org/document/50/0,3343,en_2649_37407_35195570_1_1_1_37407,00.html, eingesehen am 10. April 2008).
4. Comas-Herrera A, Wittenberg R, Hrsg. *European study of long-term care expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. London, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics, 2003 (PSSRU Discussion Paper 1840; http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm, eingesehen am 10. April 2008).
5. Karlsson M et al. *An investigation into the equity, efficiency and sustainability of the long-term care systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States*. London, Cass Business School, City University, 2004 (http://www.cass.city.ac.uk/media/stories/resources/Full_report_-_LTC.pdf, eingesehen am 10. April 2008).
6. Glendinning C et al. *Funding long-term care for older people: lessons from other countries*. York, Joseph Rowntree Foundation, 2004.
7. Leichsenring K, Alaszewski A, Hrsg. *Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of the issues at stake*. Aldershot, Ashgate, 2004.
8. Viitanen TK. *Informal and formal care in Europe*. Bonn, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, 2007 (IZA Discussion Paper No. 2648; http://www.iza.org/index.html?lang=en&mainframe=http%3A/www.iza.org/en/webcontent/publications/papers/viewAbstract%3Fdp_id%3D2648&topSelect=publications&subSelect=papers, eingesehen am 10. April 2008).
9. Stabile M, Laporte A, Coyte PC. *Household responses to public home care programs*. *Journal of Health Economics*, 2006, 25:674–701.
10. Van Houtven CH, Norton EC. Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 2004, 23:1159–1180.

11. Li LW. Longitudinal changes in the amount of informal care among publicly paid home care recipients. *Gerontologist*, 2005, 45:465–473.
12. Brodsky J et al. Care of the frail elderly in developed and developing countries: the experience and the challenges. *Aging – Clinical and Experimental Research*, 2002, 14:279–286.
13. Anderson G, Hussey P. Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*, 2001, 20:219–232.
14. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2006 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/index.html, eingesehen am 10. April 2008).
15. McKee M, Healy J, Hrsg. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
16. Walker A, Maltby T. *Ageing Europe*. Buckingham, Open University Press, 1997.
17. Mansell J et al. *Übergang von Großeinrichtungen zu selbst bestimmtem Leben in der Gemeinde – Ergebnisse und Kosten: Bericht einer europäischen Studie*. Teil 1. Canterbury, Tizard Centre, University of Kent, 2007 (http://ec.europa.eu/employment_social/index/vol1_summary_final_de.pdf, eingesehen am 22. April 2008).
18. Wanless D. *Securing good care for older people: taking a long-term view*. London, King's Fund, 2006.
19. *Final report of the study on the comparative cost analysis of home care and residential care services*. Victoria, BC, Hollander Analytical Services, (<http://www.homecarestudy.com/reports/factsheets/NA101-01-Fact.html>, eingesehen am 10. April 2008).
20. *Minimum requirements for long-term care beds in homes for the aged and nursing homes*. Toronto, Hay Health Care Consulting Group, 1997.
21. Wittenberg R et al. *Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people*. Canterbury, Personal Social Services Research Unit, University of Kent, 1998.
22. Wittenberg R et al. Demand for long-term care for elderly people in England to 2031. *Health Statistics Quarterly*, 2001, 12:5–16.
23. Curry N et al. *Predictive risk project: literature review*. London, King's Fund, 2005.

24. Coyte PC, Laporte A, Stewart S. *Identifying the assumptions used by various jurisdictions to forecast demands for home and facility-based care for the elderly*. Toronto, University of Toronto, 2000 (www.hcerc.utoronto.ca/PDF/assmps.fulldoc.pdf, eingesehen am 10. April 2008).
25. Baranek P. *Long-term care: methodologies for forecasting needs and demands*. Toronto, Long Term Care Redevelopment Project, Ontario Ministry of Health and Long Term Care, 2002.
26. Coyte PC et al. *Forecasting facility and in-home long-term care for the elderly in Ontario: the impact of improving health and changing preference*. Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2002.
27. Coyte PC, Baranek P, Croxford R. *Forecasting long-term care needs for seniors in Ontario*. Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004.
28. Bergman H et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *Journals of Gerontology Services A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2007, 62:731–737.
29. Billings J, Leichsenring K, Hrsg. *Integrated health and social care services for older persons. Evidence from nine European countries*. Aldershot, Ashgate, 2005.
30. Gorter K, Ceruzzi F, Maratou-Alipranti L. Access to integrated care provision. In: Billings J, Leichsenring K, Hrsg. *Integrated health and social care services for older persons. Evidence from nine European countries*. Aldershot, Ashgate, 2005.
31. 6 P et al. *Managing networks of twenty-first century organizations*. London, Palgrave Macmillan, 2006.
32. Lundsgaard J. *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Paper No. 20).
33. Poole T. *Direct payments and older people. Background paper*. London, Wanless Social Care Review, King's Fund, 2006.
34. Ungerson C. Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on "cash for care" schemes. *Ageing & Society*, 2004, 24:189–212.
35. Wiener J, Tilly J, Evans Cuellar A. *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany*. Washington, DC, AARP Public Policy Institute, 2003.

36. Leece J. Taking the money. *Working with Older People*, 2004, 8:36–39.
37. Campbell J, Ikegami N. Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration*, 2003, 37:21–34.
38. Hutton S, Hirst M. *Informal care over time*. York, Social Policy Research Unit, University of York, 2001.
39. Nordberg G et al. The amount of informal and formal care among non-demented and demented elderly persons – results from a Swedish population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2005, 20:862–871.
40. Nitsche B, Scholten C, Visser G. *Ageing and informal care: the increasing pressure on family care and volunteer work*. Utrecht, (NIZW), 2004.
41. Timmermans JM. *Informal care. Help from and for informal carers*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2003.
42. Informal care. In: *Australia's welfare in 2003*. Canberra, Australian Institute for Health and Welfare, 2003 (<http://www.aihw.gov.au/publications/aus/aw03/aw03-c01.pdf>, eingesehen am 10. April 2008).
43. Ageing and aged care. In: *Australia's welfare in 2003*. Canberra, Australian Institute for Health and Welfare, 2003 (<http://www.aihw.gov.au/publications/aus/aw03/aw03-c01.pdf>, eingesehen am 10. April 2008).
44. Heitmueller A, Michaud P. *Informal care and employment in England: evidence from the British Household Panel Survey*. Bonn, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, 2006 (IZA Discussion Paper No. 2010).
45. Marin DC, Gomez PG, Lopez Nicolas A. *Informal care and labor force participation among middle-aged women in Spain*. Unveröffentlicht, 2005 (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1002906, eingesehen am 10. April 2008).
46. Leontaridi R, Bell D. *Informal care of the elderly in Scotland and the U.K.* Edinburgh, Scottish Executive Central Research Unit, 2001 (Health and Community Care Research Findings No. 8).
47. Andersson A et al. Costs of informal care for patients in advanced home care: a population-based study. *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care*, 2003, 19:656–663.
48. Wilbers J. *Long-term care insurance in Germany*. New York, International Longevity Center, 2000 (<http://www.ilcusa.org/media/pdfs/wilbers.pdf>, eingesehen am 10. April 2008).

49. *Long-term care insurance in Japan. Direction of health and welfare policies for the elderly over the next five years – Gold Plan 21*. Tokyo, General Affairs Division, Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2002 (<http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/index.html>, eingesehen am 10. April 2008).
50. de Boer A. *Kijk op informele zorg [Übersicht über die informelle Pflege]*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2005 (<http://www.scp.nl/English/publications/summaries/9037702015.shtml>, eingesehen am 10. April 2008).
51. Arksey H, Hepworth D, Qureshi H. *Carers' needs and the carers act: an evaluation of the process and outcomes of assessment*. York, Social Policy Research Unit, University of York, 2000.
52. Feinberg LF, Pilisuk TL. *Survey of fifteen states' care-giver support programs. Final report*. San Francisco, Family Care-giver Alliance, 1999.
53. Feinberg LF, Kelly KA. A well-deserved break: respite programs offered by California's statewide system of care-giver resource centers. *The Gerontologist*, 1995, 35:701–705.
54. Vaarama M, Voutilainen P, Manninen M. *Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002 [Support for informal care as a social service. Report on support for informal care and its variation, 1994–2002]*. Helsinki, Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit (Zusammenfassung in englischer Sprache: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/omaishoito/summary.htm>, eingesehen am 10. April 2008).
55. Pickard L. *Caring for older people and employment*. London, Audit Commission, 2004.
56. Saidel AM. *Japan's long-term care insurance system faces overhaul: straining to meet demand, lawmakers set to make changes*. Washington, DC, American Association of Retired Persons, 2004.

Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Kopenhagen Ø,
Dänemark
Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.
E-Mail: postmaster@euro.who.int
Website: www.euro.who.int

Diese Publikation ist Teil einer gemeinschaftlich von Health Evidence Network und Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik herausgegebenen Serie von Grundsatzpapieren. Die Serie richtet sich in erster Linie an pragmatisch orientierte politische Entscheidungsträger und behandelt Fragen wie: Ob oder warum ein Thema relevant ist, welche Konsequenzen bestimmte Strategien zu seiner Bewältigung erwarten lassen und wie sich die Strategien unter angemessener Berücksichtigung ihrer Durchführbarkeit zu tragfähigen Grundsatzoptionen kombinieren lassen.

Die Serie baut auf Berichten des Netzwerks und Hintergrundpapieren des Observatoriums auf und fußt auf einer rigorosen Durchsicht und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse sowie der Abschätzung ihrer Relevanz in einem Kontext der Europäischen Region. Die Grundsatzpapiere bezwecken nicht die Vorgabe eines Idealtyps oder einer empfehlenswerten Herangehensweise. Vielmehr sollen sie durch die Synthese zentraler Forschungserkenntnisse und die Deutung ihrer grundsätzlichen Relevanz über mögliche Handlungsoptionen informieren.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa ist für die politischen Entscheidungsträger in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Das HEN bietet durch seine evidenzbasierten Berichte, Hintergrundpapiere, Kurzfassungen und Notizen zeitgemäße Antworten auf Grundsatzfragen im Bereich Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme und seine Website ermöglicht den leichten Zugang zu den Erkenntnissen und Informationen aus einer Reihe von vernetzten Seiten, Datenbanken und Dokumenten.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** unterstützt und fördert durch seine umfassenden und gründlichen Analysen von Gesundheitssystemen in Europa eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik. Politische Entscheidungsträger, Akademiker und Praktikern aus einem breiten Spektrum analysieren hier gemeinschaftlich Entwicklungen in der Gesundheitsreform und nutzen dabei Erfahrungen aus der ganzen Region zur Erhellung der grundsätzlichen Fragen. Die Texte des Observatoriums sind auch auf seiner Website erhältlich (<http://www.euro.who.int/observatory>).