

Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege

Ansatzpunkte für Reformen

Inhalt

1 Einleitung	14
2 Methode und Fragestellungen	17
3 Analyserahmen für den internationalen Vergleich	18
3.1 Vorgegebene Ziele finanzwirtschaftlicher Staatstätigkeit	20
3.2 Abgeleitete Ziele finanzwirtschaftlicher Staatstätigkeit.....	23
3.3 Finanzierungsoptionen für Daseinsvorsorge/Pflege	25
4 Länderportraits – ein internationaler Überblick	29
4.1 Länderauswahl	29
4.2 Länderbeispiel Dänemark.....	34
4.2.1 Hintergrund	34
4.2.2 Kurzcharakteristika des Pflegesystems.....	35
4.2.3 Mittelaufbringung	36
4.2.4 Pooling der Mittel und Risikostrukturausgleich.....	38
4.2.5 Trends und jüngere Reformen.....	38
4.3 Länderbeispiel Deutschland	39
4.3.1 Hintergrund	39
4.3.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems.....	40
4.3.3 Mittelaufbringung.....	42
4.3.4 Pooling der Mittel und Risikostrukturausgleich.....	45
4.3.5 Trends und jüngere Reformen.....	45
4.4 Länderbeispiel Frankreich.....	47
4.4.1 Hintergrund	47
4.4.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems.....	49
4.4.3 Mittelaufbringung für Pflege.....	51
4.4.4 Pooling und Risikostrukturausgleich	54
4.4.5 Trends und jüngere Reformen.....	55
4.5 Länderbeispiel Niederlande	56
4.5.1 Hintergrund	56

4.5.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems.....	58
4.5.3 Mittelaufbringung für Pflege.....	59
4.5.4 Pooling und Risikostrukturausgleich.....	64
4.5.5 Trends und jüngere Reformen.....	66
4.6 Länderbeispiel Schweden.....	68
4.6.1 Hintergrund.....	68
4.6.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems.....	70
4.6.3 Mittelaufbringung.....	71
4.6.4 Pooling der Mittel und Risikostrukturausgleich.....	72
4.6.5 Trends und jüngere Reformen.....	73
4.7 Länderbeispiel Spanien.....	74
4.7.1 Hintergrund.....	74
4.7.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems.....	75
4.7.3 Mittelaufbringung für Pflege.....	77
4.7.4 Pooling und Risikostrukturausgleich.....	79
4.7.5 Trends und jüngere Reformen.....	80
5 Zusammenfassung internationaler Finanzierungssysteme und Interpretation für Österreich.....	83
5.1 Mittelaufbringung.....	83
5.1.1 Länderüberblick.....	83
5.1.2 Diskussion aus österreichischer Sicht.....	85
5.2 Pooling und Risikostrukturausgleich.....	88
5.2.1 Länderüberblick.....	88
5.2.2 Diskussion aus österreichischer Sicht.....	92
5.3 Fazit.....	96
6 Prävention von Pflegebedarf.....	98
6.1 Begriffsbestimmung Prävention.....	98
6.1.1 Definition von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.....	98
6.1.2 Einbettung der Prävention: (Soziale) Determinanten von Gesundheit und Krankheit.....	100

6.1.3	Konzepte und Strategien der Prävention	101
6.1.4	Gesundheitsbegriff und Präventionsziele im Alter	104
6.2	Präventionsmaßnahmen in Österreich	107
6.2.1	Öffentliche Ausgaben für allgemeine Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich	108
6.2.2	Exemplarische Darstellung von Präventionsmaßnahmen in Österreich.....	108
6.3	Schwerpunktsetzung für die weiteren Kapitel	110
7	Demenz	111
7.1	Fragestellung.....	112
7.2	Vorgehensweise	112
7.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien	113
7.2.2	Literatursuche.....	113
7.2.3	Literaturauswahl.....	114
7.3	Ergebnisse: Potentiell modifizierbare Risikofaktoren von Demenz	115
7.3.1	Gehörverlust	117
7.3.2	Bluthochdruck.....	119
7.3.3	Übergewicht	121
7.3.4	Rauchen.....	124
7.3.5	Depression	126
7.3.6	Körperliche Inaktivität.....	128
7.3.7	Soziale Isolation	132
7.3.8	Diabetes.....	134
8	Community Nurse	137
8.1	Begriff und Rolle der Community Nurse	138
8.2	Community Nurses in Dänemark.....	140
8.2.1	Ausbildung.....	141
8.2.2	Einbindung in das Versorgungssystem.....	142
8.2.3	Aufgaben und Einsatzgebiete	142
8.3	Community Nurses in den Niederlanden	144
8.3.1	Ausbildung.....	146

8.3.2 Einbindung in das Versorgungssystem.....	146
8.3.3 Aufgaben und Einsatzgebiet	147
8.4 Community Nurses in Schweden	150
8.4.1 Ausbildung.....	150
8.4.2 Einbindung in das Versorgungssystem.....	151
8.4.3 Aufgaben und Einsatzgebiete	152
9 Präventive Hausbesuche	153
9.1 Begriff der präventiven Hausbesuche	153
9.2 Ergebnisse von Präventiven Hausbesuchen.....	155
10 Zusammenfassung vorliegender Präventionserfahrungen und Interpretation für Österreich	159
10.1 Prävention im Alter.....	159
10.2 Demenz.....	160
10.3 Community Nurses und präventive Hausbesuche.....	161
10.4 Fazit.....	163
Tabellenverzeichnis.....	164
Abbildungsverzeichnis	165
Literaturverzeichnis	166
Abkürzungen	186
Anhang: Tabellen.....	188
Impressum	196

Executive Summary

Im Hinblick auf eine alternde Bevölkerung und den daraus resultierenden steigenden Pflegebedarf, ist die Sicherstellung der Finanzierung der Langzeitpflege wesentlich. Da andere vor allem westeuropäische Länder vor ähnlichen Herausforderungen stehen, lohnt ein Blick über Österreichs Grenzen, um Ansatzpunkte für eine Verbesserung des österreichischen Pflegesystems zu gewinnen. Große Bedeutung wurde in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren der Prävention von Pflegebedarf beigemessen. **Ziele der Studie** sind daher, die österreichische Pflegefinanzierung hinsichtlich Mittelaufbringung einem europäischen Vergleich zu unterziehen (Modul 1) sowie die Rolle der Prävention und vielversprechende Präventionsmaßnahmen und -strategien (Modul 2) näher zu beleuchten.

Modul 1: Finanzierung der Langzeitpflege im europäischen Vergleich

Der europäische Ländervergleich untersucht die Pflegefinanzierung in Dänemark, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Schweden und Spanien anhand ihrer Systemcharakteristika, ihrer Mittelaufbringung und ihrer jüngsten Reformen mit Fokus auf einer (nachhaltigen) Finanzierung. Die **Länderauswahl** basierte auf **drei Kriterien**: 1) Höhe der öffentlichen Pflegeausgaben, 2) Altersstruktur der Bevölkerung, und 3) Wohlfahrtsstaatsmodell.

Bei den Pflegeausgaben, gemessen in Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP), wurden jene Länder berücksichtigt, die ähnlich hohe oder höhere Ausgaben als Österreich haben. Die Niederlande, Schweden und Dänemark weisen im Ländervergleich die höchsten Ausgaben auf, während die französischen Ausgaben mit den österreichischen vergleichbar sind. Spanien stellt in Bezug auf die ausgewählten Länder eine Ausnahme dar, insofern als dass die öffentlichen Pflegeausgaben dort zu den niedrigsten in den EU-15 Ländern gehören.

Bezogen auf die Altersstruktur sind jene Länder von Interesse, deren Anteil der älteren Bevölkerung (80+) an der Gesamtbevölkerung höher ist als in Österreich (5,0%), unter anderem betrifft dies Spanien (6,1%), Deutschland (5,9%) und Frankreich (5,9%). Bezogen auf das „Wohlfahrtsstaatsmodell“ wurden nur Länder herangezogen, deren Wohlfahrtsstaatsmodelle wie das österreichische auf eine Absicherung der Gesamtbevölkerung abzielt, wobei die konkrete Form dieser Absicherung (über staatliche oder Versicherungssysteme) offengelassen wurde. Für den Ländervergleich wurden, in Einklang mit den anderen Indikatoren, Dänemark und Schweden für das skandinavische

(„sozialdemokratisches Wohlfahrtsstaatsmodell“), Deutschland, Frankreich und die Niederlande für das kontinentale („konservatives Wohlfahrtsstaatsmodell“) und Spanien für das mediterrane Wohlfahrtsstaatsmodell herangezogen.

Aus dem Ländervergleich lassen sich **drei Modelle zur Mittelaufbringung** ableiten: Erstens, **Finanzierung überwiegend durch Steuern**, wie in Dänemark, Schweden und Spanien üblich, wobei zweckgebundene Steuern unüblich sind und sich die Mittel aus lokalen oder regionalen sowie nationalen Steuern zusammensetzen. Zweitens **Finanzierung primär durch Sozialversicherungsbeiträge** wie in Deutschland, und drittens **Finanzierung durch einen Mix aus Steuer- und Sozialversicherungsmitteln**, wie in Frankreich und den Niederlanden.

Ebenfalls aus dem Ländervergleich erkennbar ist, dass die **Kompetenz für Mittelaufbringung und Leistungserbringung auf der gleichen geographischen oder institutionellen Ebene** verankert ist. Liegt die gemeinsame Kompetenz auf der geographischen Ebene, so hat die nationale, regionale bzw. lokale Ebene als die für die Leistungserbringung zuständige Ebene auch die Möglichkeit, die jeweiligen Steuersätze eigenständig festzusetzen, um somit eine adäquate Mittelaufbringung sicherzustellen. Dies ist gängige Praxis in Dänemark, Schweden und Spanien sowie in Frankreich im Bereich der Steuermittel für Betreuungsleistungen. Die gemeinsame Kompetenz für Mittelaufbringung und Leistungserbringung kann allerdings auch auf institutioneller Ebene, bei den Pflege- oder Krankenversicherungen, gebündelt sein und wird so in Deutschland, sowie in Frankreich und den Niederlanden im Bereich der Pflegeleistungen im engeren Sinne praktiziert. In beiden Ausgestaltungsformen der Mittelaufbringung ist ein **finanzieller Ausgleichsmechanismus, der demographische, sozioökonomische und morbiditätsbezogene Unterschiede berücksichtigt**, implementiert. In Dänemark, Schweden und Spanien sowie in Frankreich und den Niederlanden im Bereich der Steuermittel für Betreuungsleistungen erfolgt ein risikobezogener Ausgleich zwischen den unterschiedlichen geographischen Ebenen; in Deutschland sowie in Frankreich und den Niederlanden im Bereich der Sozialversicherungsmittel wird ein Risikostrukturausgleich zwischen Pflege- bzw. Krankenversicherungen durchgeführt.

Finanzierungsreformen wurden in fast allen untersuchten Ländern zwar häufig thematisiert, aber nur selten in Form grundlegender Änderungen der Mittelaufbringung durchgeführt. Als einzige Ausnahme sind hier die Niederlande zu nennen, die im Zuge der letzten Reform die umfassende eigenständige Pflegeversicherung beschränkt und eine verstärkte Steuerfinanzierung eingeführt haben. Außerdem kam es in Deutschland zu einer regelmäßigen Erhöhung und Adaptierung des Beitragssatzes sowie zur Einführung eines Pflegevorsorgefonds. Dieser Fonds soll bei der Verstärkung des demographischen Drucks ab 2035 zur Stabilisierung des Beitragssatzes herangezogen werden. **Reformen für eine nachhaltige Finanzierung** setzen eher am Pflegebedarf an, zum Beispiel durch eine bessere Integration von Gesundheits- und Pflegesektor oder durch eine Stärkung der Rolle von

Prävention in der Langzeitpflege bzw. vor Einsetzen des Pflegebedarfes. Auch wird in den meisten Ländern die Unterstützung formeller und informeller Pflegekräfte in den Fokus genommen, was in längerer Frist das Wachstum des Pflegebedarfs ein wenig abschwächen soll.

Implikationen für Österreich

Der europäische Vergleich zeigt, dass die österreichische Regelung der Mittelaufbringung mittels **Steuerfinanzierung ohne Zweckbindung** durchaus dem Mainstream entspricht, die **Finanzierung ohne Einbindung der Sozialversicherung bei einem kontinentalen Wohlfahrtsstaatsmodell** im Ländervergleich aber unüblich ist. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass in Ländern mit einem kontinentalen Wohlfahrtsstaatsmodell, zu denen Österreich zählt, die Finanzierung der Pflege unter Einbezug der Sozialversicherung in variierendem Ausmaß gängig ist. Wenn für Österreich eine Finanzierung der Pflege unter Einbezug der Sozialversicherung angedacht werden würde, müssten dabei zwei Punkte aus verfassungsrechtlicher bzw. finanzwissenschaftlicher Perspektive beachtet werden: Zum einen müsste gesetzlich verankert werden, welche konkreten Leistungen in die Zuständigkeit der Sozialversicherung übertragen werden, vor allem mit dem Hintergrund, dass derzeit die Kompetenz für Geldleistungen beim Bund liegt, jene für Sachleistungen bei den Ländern. Zum anderen sollte sich, mit Rücksicht auf Arbeitmarkteffekte, die Beitragsbasis für die Sozialversicherungsbeiträge an europäischen Vorbildern, wie Frankreich oder den Niederlanden, orientieren und dabei neben dem Arbeitseinkommen auch andere Einkommensarten einbeziehen (z.B. Kapitalerträge, Transfereinkommen).

Der Ländervergleich zeigt weiters, dass es in Österreich, im Vergleich zu den anderen betrachteten Ländern, eine **getrennte Kompetenz für die Mittelaufbringung und die Leistungserbringung bei Sachleistungen** gibt und der **Finanzausgleich die demographische Struktur, sozioökonomische Merkmale und die Morbidität nicht ausreichend berücksichtigt**. Ein Ansatzpunkt für Österreich wäre daher, die Mittelaufbringung und Leistungserbringung im Bereich der Sachleistungen aufeinander abzustimmen. So müsste die Leistungserbringung nach österreichweit einheitlichen Zielsetzungen gestaltet werden. Darüber hinaus sollte die finanzielle Lage der Länder über einen ausdifferenzierten Finanzausgleich so angepasst werden, dass die demographische Struktur, sozioökonomische Merkmale und die Morbidität angemessen berücksichtigt werden.

Modul 2: Rolle der Prävention in der Langzeitpflege

Der **Präventionsbegriff** umfasst eine große Bandbreite aus Aktivitäten und Maßnahmen, die zum Ziel haben, vorhersagbare unerwünschte oder unangenehme Zustände in der Zukunft durch Eingreifen in der Gegenwart zu vermeiden bzw. ihre Auftrittswahrscheinlichkeit oder ihr Ausmaß zu verringern. Die Gründe für Interventionsmaßnahmen ergeben sich dabei meist durch die Identifizierung von Risikofaktoren, die nachweislich bei der Entstehung oder dem Verlauf einer Krankheit oder eines unerwünschten Ereignisses (z.B. Sturz) im Spiel sind. Die **Begriffe „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“** stehen in einem sich gegenseitig ergänzenden, komplementären Verhältnis zueinander und streben beide auf individueller und auch auf kollektiver Ebene Gesundheitsgewinne an – zum einen durch das Eindämmen von Risiken für Krankheiten, zum anderen durch die Förderung von der Gesundheit zuträglichen Lebensbedingungen. Dabei spielen eine Reihe von Einflussfaktoren („Gesundheitsdeterminanten“) eine Rolle, die größtenteils durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beeinflusst und verändert werden können

Die verschiedenen **Präventionsmaßnahmen** können entlang einer Progressions- und Zeitachse differenziert werden. Im Idealfall soll so früh eingegriffen werden, dass sich aus den identifizierten Risikofaktoren noch keine erkennbaren (Krankheits-)Symptome gebildet haben bzw. dass das unerwünschte Ereignis noch nicht eingetreten ist („**Primärprävention**“). Der Begriff der Primärprävention ist dadurch oft nur schwer von dem der Gesundheitsförderung abzugrenzen, vor allem bei breit angelegten, unspezifischen Interventionen, wie etwa im Bereich der Ernährung oder der physischen Aktivität. Allerdings können Interventionen auch bei einer bereits manifestierten Krankheit im Erststadium bzw. nach Eintritt eines negativen Ereignisses als aussichtsreich gelten, wenn durch sie der weitere Krankheitsverlauf bzw. das wiederholte Eintreten eines solchen Ereignisses eingedämmt bzw. verhindert werden kann („**Sekundärprävention**“). Die „**Tertiärprävention**“ schließlich kommt dann zur Anwendung, wenn sich eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifestiert hat und zielt auf eine möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität ab.

Präventionsstrategien unterscheiden sich einerseits darin, bei wem sie ansetzen, das heißt ob sie bei der Gesamtbevölkerung ansetzen oder bestimmte Teil- oder Zielgruppen gezielt erreichen wollen, und andererseits bezüglich ihres strategischen Ansatzpunktes zum Erreichen der gewünschten Veränderungen. Somit wird sowohl **zwischen universellen und zielgruppenspezifischen Präventionsansätzen** unterschieden als auch zwischen **Verhaltens- und Verhältnisprävention**. Als besonders aussichtsreich gelten Präventionsmaßnahmen und -strategien, die speziell an der Zielgruppe der älteren Personen ansetzen (und nicht an der Gesamtbevölkerung), sich am Settingansatz orientieren und in

gleichem Ausmaß Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention berücksichtigen. Generell ist die **Evidenzlage** für spezifische Präventionsmaßnahmen aufgrund der methodischen Voraussetzungen sehr dünn, allen voran der verkürzte Zeithorizont sowie die fehlende Möglichkeit zur Verblindung der Maßnahmen und zur Bildung von randomisierten Gruppen.

Der **Erfolg einer präventiven Maßnahme** wird daran gemessen, in welchem Ausmaß der zu erwartende Krankheitsausbruch und/oder der Krankheitsverlauf zeitlich hinausgeschoben oder sogar verhindert werden konnte; zur Beurteilung der Kostenwirkung ist darüber hinaus das Durchführen einer ökonomischen Evaluation notwendig. Allerdings liegt sowohl international als auch für Österreich **kaum Evidenz über die Kosten-Effektivität und die finanzielle Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen** vor.

Ansatzpunkte der **Prävention im Alter** bilden zum einen **persönliche Faktoren** wie etwa Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten und soziale Teilhabe, und zum anderen **Umweltfaktoren**, zu denen die Gestaltung des Wohnraumes (Barrierefreiheit, Sturzprophylaxe) sowie die Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen im Sinne einer Infrastruktur (Gesundheitsversorgung, soziale Netzwerke) zählen. Während die persönlichen Faktoren durch spezifische Präventionsmaßnahmen adressiert werden und in den Bereich der Verhaltensprävention fallen, beziehen sich die Umweltfaktoren auf das Gebiet der Verhältnisprävention und setzen somit viel breiter an. **Spezifische Präventionsmaßnahmen** zielen auf die Förderung von körperlicher und kognitiver Aktivität (inkl. der Prävention von Demenz), auf ein angemessenes Ess- und Trinkverhalten im Sinne eines gesunden Lebensstils sowie auf die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe ab. Als aussichtsreiche **Settings für Prävention im Alter** gelten das kommunale Setting, Pflegeeinrichtungen, die Wohnumgebung (Häuser, Wohnungen) von älteren Personen sowie Primärversorgungseinheiten. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den sogenannten **präventiven Hausbesuchen** zu, die auf die Früherkennung von Risikofaktoren für Erkrankungen und Funktionseinbußen abzielen, um so unentdeckte körperliche, psychische und soziale Probleme rechtzeitig zu identifizieren und einen längeren Verbleib im Privathaushalt zu fördern. Im Speziellen versteht man unter einem (präventiven) Hausbesuchsprogramm ein eigens entwickeltes Angebot, im Zuge dessen ältere Personen in ihren Wohnräumen von Gesundheitsfachkräften aufgesucht und, idealerweise unterstützt durch ein geriatrisches Assessment, spezielle gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten gemeinsam geplant und umgesetzt werden („Aufsuchende Aktivierung“). Diese Maßnahme ist durch das Prinzip der Freiwilligkeit gekennzeichnet, weswegen im Zuge der Kontaktaufnahme (= Vereinbarung eines präventiven Hausbesuches) darauf geachtet wird, TeilnehmerInnen ungeachtet ihres Geschlechts, Gesundheitszustandes und ihrer sozialen Schicht anzusprechen. Darüber hinaus ist für den Erfolg dieser spezifischen Präventionsmaßnahme wichtig, dass das Personal dementsprechend qualifiziert ist und dass

die Vernetzung mit anderen Versorgungseinheiten (z.B. Befundaustausch) funktioniert. In vielen Ländern mit bereits implementierten Hausbesuchsprogrammen, z.B. im angelsächsischen Raum oder in Skandinavien, wird die Durchführung teilweise an sogenannte „Community Nurses“ delegiert, die als allgemeine Pflegefachkräfte in nicht-stationären Settings im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und von Public Health tätig sind. Die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen ist in der Literatur gut belegt, besonders auf Ebene der Gesundheit bzw. Gesundheitsindikatoren lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und dem Hausbesuchsprogramm finden.

Ein spezieller Fokus innerhalb der Prävention in der Langzeitpflege liegt auf der **Prävention von Demenz**. „Demenz“ ist ein Oberbegriff für Krankheitsbilder, die eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses sowie anderer kognitiver Fähigkeiten bedingen und die Aktivitäten des täglichen Lebens signifikant erschweren. In Österreich leiden derzeit zwischen 115.000 und 130.000 Personen an Demenz, bis 2050 wird sich diese Anzahl jedoch verdoppeln. Aus diesem Grund beschäftigt man sich in der Literatur intensiv mit den **Risikofaktoren von Demenz**, wobei zwischen potentiell veränderbaren und potentiell nicht veränderbaren Faktoren unterschieden wird. Zu den potentiell veränderbaren Risikofaktoren, bei deren Beseitigung 35% aller neuen Demenzfälle verhindert werden könnten, zählen 1) niedrige Bildung, 2) Bluthochdruck, 3) Übergewicht, 4) Gehörverlust, 5) Rauchen, 6) Depression, 7) körperliche Inaktivität, 8) soziale Isolation, und 9) Diabetes. Die Faktoren 2 bis 8 werden besonders in der mittleren (zwischen 45 und 65 Jahren) und der späten Lebensphase (65 Jahre und älter) relevant und bilden daher im Rahmen der Prävention von Pflegebedarf den Schwerpunkt. Potentiell nicht veränderbare Risikofaktoren hingegen betreffen das Alter, das Geschlecht und genetische Faktoren von Personen. Umfassende wissenschaftliche Evidenz belegt, dass diese Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken, erhöhen. **Präventionsmaßnahmen** setzen an der Beeinflussung der potentiell veränderbaren Risikofaktoren an und beinhalten, unter anderem, Lebensstilinterventionen im Bereich der Ernährung, Bewegung und sozialen Teilhabe, kognitive Interventionen, wie zum Beispiel Gedächtnistraining, verhaltensbezogene Interventionen, zu denen beispielsweise die Förderung der Compliance bei verordneten Therapien zählt, sowie medikamentöse Interventionen. Diese Präventionsmaßnahmen können dabei einzeln oder in Kombination zum Einsatz kommen, allerdings fehlt über weite Strecken die **wissenschaftliche Evidenz**, ob und welche (Kombination von) Präventionsmaßnahmen wirkungsvoll sind, um das Risiko einer Demenzerkrankung zu verringern. Dies bedeutet jedoch im Umkehrschluss nicht, dass Prävention von Demenz wirkungslos ist, sondern nur, dass zur Zeit der empirische Beweis nicht vorliegt. International laufen hierzu intensive Forschungen.

Implikationen für Österreich

Der Prävention von Pflegebedarf kommt in der Langzeitpflege große Bedeutung zu. Für Österreich ergeben sich einige Handlungsspielräume für die Integration der Prävention in den (Pflege-) Alltag, insbesondere im Bereich der **Primärversorgung**. Diese gilt als ein sehr aussichtsreiches Setting für Präventionsmaßnahmen im Alter, weswegen ein Ausbau und eine Stärkung der Primärversorgung weiter forciert werden sollte. Primärversorgungszentren würden auf diese Weise einerseits als erste, integrierte Anlaufstelle für ältere Personen dienen und andererseits als ein möglicher Ausgangspunkt für die Etablierung von Community Nurses fungieren. Den **Community Nurses** als erste Instanz würde somit auch die Rolle zufallen, den Informationsbedarf der älteren Bevölkerung bezüglich Pflegeangeboten zu decken und somit die gewünschte, sowie auch in der Demenzstrategie empfohlene, niederschwellige Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen zu sein. Zusätzlich sollten **präventive Hausbesuchsprogramme** sowie Maßnahmen, die eine **Steigerung der horizontalen Inanspruchnahme** von präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen zum Ziel haben (z.B. in Form von „Gesundheitsschecks“ für Tanz- oder Sportkurse oder „Gesundheitstagen“), implementiert werden. Für den „erfolgreichen“ Einsatz all dieser Maßnahmen ist jedoch viel Vorbereitung im Sinne einer Bewusstseinsbildung und Aufklärung notwendig, um die Inanspruchnahme in allen sozio-ökonomischen Schichten zu erhöhen.

Im Bereich der **Prävention von Demenz** gilt, aufgrund der fehlenden belastbaren Evidenz, dass jene Lebensstilfaktoren, die allgemein als gesundheitsförderlich angesehen werden, stärker mittels spezifischer Programme gefördert werden sollten, da diese auch eine potenziell „günstige Nebenwirkung“ für die Demenzprävention aufweisen.

1 Einleitung

Demografische Entwicklungen und die Notwendigkeit einer nachhaltigen Pflegefinanzierung

Der Anteil der älteren Personen an der Gesamtbevölkerung steigt, zusätzlich führen niedrige Geburtenzahlen verbunden mit einer steigenden Lebenserwartung dazu, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen wird. Diese Entwicklungen sind in Österreich ebenso wie in vielen anderen Ländern erkennbar und legen einen steigenden Bedarf an Pflegeleistungen für die ältere Bevölkerung nahe, selbst wenn sich die in der Vergangenheit beobachtete Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustands weiter fortsetzt. Daraus resultiert ein steigender Bedarf an finanziellen Mitteln zur Pflegefinanzierung, für die bereits Projektionsrechnungen von verschiedenen Institutionen vorliegen. So prognostiziert beispielsweise das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung, dass die Pflegeausgaben der österreichischen Bundesländer und Gemeinden, bezogen auf das Jahr 2015, bis zum Jahr 2030 um 91%, und bis zum Jahr 2050 um 360% steigen werden (Famira-Mühlberger et al. 2017). Die Projektionsrechnungen anderer Institutionen, dargestellt in Tabelle 1, kommen ebenfalls zur Einschätzung, dass der Finanzierungsbedarf für Pflege in Österreich erheblich ansteigen wird. Gleichzeitig wird in öffentlichen Diskussionen häufig beklagt, dass die öffentliche Finanzierung für Pflegeleistungen nicht ausreichend sei und Maßnahmen zu einer verbesserten Finanzierung notwendig seien.

Da auch andere Industrienationen vor ähnlichen Herausforderungen in Bezug auf den steigenden Pflegebedarf und seine Finanzierung stehen, ist es naheliegend, deren Systeme daraufhin zu untersuchen, ob sie Ansatzpunkte für eine Verbesserung der österreichischen Pflegesicherung bieten. Der vorliegende Bericht analysiert daher die Finanzierungssysteme für Langzeitpflege von ausgewählten europäischen Ländern in dieser Hinsicht.

Der Begriff **Finanzierung** kann im Allgemeinen mehr oder weniger umfassend verstanden werden, je nachdem, welche der drei Kernbereiche der Finanzierung – Mittelaufbringung, Mittelzusammenführung und Mittelverwendung – erfasst werden. Dieser Bericht konzentriert sich dabei auf die Komponente der Mittelaufbringung, geht aber auch auf die Mittelzusammenführung (Pooling) ein, da in diesen Bereich ebenfalls wesentliche finanzwissenschaftliche Überlegungen fallen, die eine nachhaltige Pflegefinanzierung betreffen.

Tabelle 1: Überblick über ausgewählte Projektionsrechnungen der öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege in Österreich

	Öffentl. Ausgaben 2030	Öffentl. Ausgaben 2050	Szenarien
Europäische Kommission (AWG) - 2018	2,3%	3,2%	AWG Reference
	2,2%	3,1%	Healthy Ageing
	2,9%	4,1%	Shift to Formal Care
Fiskalrat - 2017	1,68%	2,59%	FISK_AWG
	1,42%	1,81%	FISK_S1
	1,85%	3,02%	FISK_S2

Anmerkung: Die Tabelle weist jeweils das AWG-Referenz-Szenario sowie die Szenarien mit geringster und höchster Steigerung aus.

Quelle: European Commission (2018) & Grossmann & Schuster (2017).

Die **nachhaltige Sicherung der Langzeitpflege** ist von vielen Faktoren abhängig, insbesondere davon, welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt für welche Personen erbracht werden, wer diese Leistungen finanziert und wie die hierfür maßgeblichen Regelungen gestaltet sind. Wesentliche Elemente einer nachhaltigen Pflegesicherung liegen außerhalb der Finanzierungsthematik im eigentlichen Sinn: Je besser die Verzahnung zwischen Gesundheits- und Sozialsystem funktioniert, desto weniger kommt es zur Entstehung von Pflegebedürftigkeit. Besonders große Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der **Prävention von Pflegebedarf** zu. In vielen Ländern, einschließlich Österreich, wird das Eindämmen und Hinauszögern von Pflegebedarf als Option gesehen, das Wachstum des zukünftigen Bedarfs an Pflegeleistungen abzuschwächen und somit auch die Finanzierbarkeit der Pflege günstig zu beeinflussen.

Aus sprachökonomischen Gründen wird im vorliegenden Bericht der Ausdruck **Pflege** in umfassender Interpretation verwendet, d. h. mit Pflege sind Langzeitpflege einschließlich Langzeitbetreuung gemeint. Wird auf kurzzeitige Pflege und/oder Betreuung abgestellt, so wird dies im Rahmen dieses Berichtes explizit kenntlich gemacht. Ebenso werden die Bezeichnungen „Pflege im engeren Sinne“ oder „Pflege i.e.S.“ bzw. „Betreuung“ gebraucht, wenn ausschließlich der entsprechende Teilbereich der Langzeitpflege bzw. -betreuung gemeint ist.

Definition des Begriffes Pflege

Pflege = Pflege im engeren Sinn (Pflege i.e.S.) und Betreuung

- **Pflege im engeren Sinn** umfasst Pflegeleistungen im Sinne von ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens), wie z. B. Unterstützung bei der Bewegung, der Körperpflege, beim Essen und Trinken oder bei der Ausscheidung.
- **Betreuung** umfasst Betreuungsleistungen im Sinne von iADL (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens), wie z. B. Unterstützung beim Einkaufen, Kochen, Waschen oder bei der Führung des Haushalts.

Der **Aufbau des Berichtes** gliedert sich wie folgt: Nach einer kurzen Darstellung der Methodik und Fragestellungen (Kapitel 2), wird in Kapitel 3 der Hintergrund der Überlegungen dargestellt, unter denen im folgenden Kapitel 4 die Finanzierungssysteme ausgewählter Länder diskutiert werden. Kapitel 5 schließt den internationalen Vergleich der Finanzierungssysteme ab, indem die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und im österreichischen Kontext diskutiert werden.

Die nachfolgenden Kapitel widmen sich der Thematik der Prävention von Pflegebedarf: Nach einer Begriffsklärung und Beschreibung des Hintergrundes von Prävention im Alter (Kapitel 6) konzentrieren sich die folgenden drei Kapitel auf Schwerpunktthemen. Kapitel 7 befasst sich mit dem Thema Demenz und arbeitet die wissenschaftliche Literatur zu Risikofaktoren als Ansatzpunkte für Prävention heraus. Damit ergänzt dieses Kapitel die österreichischen Bemühungen im Rahmen der Demenzstrategie. Für Kapitel 8 wurde in der Schwerpunktsetzung ein anderer Blickwinkel gewählt und es wird die Rolle eines spezifischen pflege- und betreuungsrelevanten Berufsbildes, nämlich jenes der *Community Nurse*, in einigen Ländern vorgestellt. Kapitel 9 schließt daran an und beschäftigt sich mit der Präventionsmaßnahme der sogenannten präventiven Hausbesuche, welche oft im Aufgabenbereich der *Community Nurses* liegen. Kapitel 10 schließlich identifiziert Ansatzpunkte für die Pflegefinanzierung in Österreich im Rahmen der Prävention.

2 Methode und Fragestellungen

Ziel des Berichts und methodische Vorgangsweise

Im Hinblick auf eine alternde Bevölkerung und den daraus resultierenden steigenden Pflegebedarf ist, wie bereits angesprochen, die Sicherstellung der Finanzierung der Langzeitpflege wesentlich. Da andere europäische Länder vor ähnlichen Herausforderungen stehen, lohnt ein Blick über Österreichs Grenzen, um Ansatzpunkte für eine Verbesserung des österreichischen Pflegesystems zu gewinnen. Große Bedeutung wurde in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren der Prävention von Pflegebedarf beigemessen.

Ziele der Studie sind daher, die österreichische Pflegefinanzierung hinsichtlich der Mittelaufbringung einem europäischen Vergleich zu unterziehen (Modul 1) sowie die Rolle der Prävention und ausgewählter Präventionsmaßnahmen und -strategien näher zu beleuchten (Modul 2). Die dazugehörigen Fragestellungen lauten:

1. Wie stellt sich das österreichische Pflegesystem im Ländervergleich dar und gibt es Ansatzpunkte für Adaptionen?
2. Welche Rolle kommt der Prävention von Pflegebedarf zu und welche Präventionsmaßnahmen und -strategien gelten als besonders vielversprechend?

Um diese Forschungsfragen zu beantworten, wurde im Zuge der Berichterstellung eine umfangreiche Literaturanalyse durchgeführt, die zum Ziel hatte, einen Überblick über die Thematik zu erhalten und *Best Practice*-Modelle zu identifizieren. Dabei wurden *Peer Reviewed*-Artikel aus wissenschaftlichen Zeitschriften, Auszüge aus Fachbüchern und graue Literatur (z.B. Forschungsberichte, Positionspapiere) berücksichtigt. Mithilfe eines Analyserahmens wurden daraus schließlich Ableitungen für Österreich getroffen. Im Rahmen des Präventionsmoduls wurden dabei zusätzlich auch bereits in Österreich bestehende Strukturen miteinbezogen.

3 Analyserahmen für den internationalen Vergleich

Nachhaltige Finanzierung der Pflege in einem finanzwissenschaftlichen Kontext

Eine nachhaltige Pflegefinanzierung geht davon aus, dass langfristig die Ausgaben durch die Einnahmen gedeckt werden. Im Rahmen der Ausgabendeckung kommt vor allem der Finanzierungsform des Pflegesystems eine zentrale Rolle zu: Da aufgrund der alternden Bevölkerung und der gesellschaftlichen Veränderungen die Nachfrage nach formaler Pflege im Steigen begriffen ist und somit auch – wie bereits in Kapitel 1 angesprochen – eine Steigerung der öffentlichen Ausgaben für Pflege prognostiziert wird, erscheint im Hinblick auf die Nachhaltigkeit eine effiziente Finanzierung der Pflege unabdingbar. Wie diese Effizienz ausgestaltet sein soll, ergibt sich jedoch spezifisch durch die Prioritätensetzung innerhalb der staatlichen Ziele, durch den Umgang mit etwaigen Zielkonflikten und (dadurch in logischer Konsequenz) durch das jeweilige Wohlfahrtsmodell, welches den einzelnen Ländern zugrunde liegt. (Mosca et al. 2016; Fernández et al. 2009; Wendt et al. 2009)

Für die Analyse wird die nachhaltige Finanzierung der Pflege in den Kontext der **Ziele öffentlicher Finanzwirtschaft** gesetzt (Zimmermann et al. 2011). In diesem Zusammenhang ist die Einnahmenerzielung als abgeleitetes Ziel anzusehen, das nur deshalb entsteht, weil Finanzmittel für die Erfüllung fachspezifischer Ziele – wie die Bereitstellung von Pflegeleistungen – notwendig sind. Nicht jede Staatstätigkeit erfordert „hohe“ Einnahmen zu ihrer Durchführung, so benötigt beispielsweise das Erlassen einer gesetzlichen Vorgabe, welche Qualitätskriterien ein Pflegeheim erfüllen muss, kaum Budget vonseiten des Staates. Erst die Überprüfung, ob diese Kriterien eingehalten werden, bzw. die (Teil-) Finanzierung der Leistungserbringung in Pflegeheimen mit staatlichen Mitteln, finden als staatliche Tätigkeiten in den entsprechenden staatlichen Budgets ihren Niederschlag. Grundsätzlich stehen für die Finanzierung von Aufgaben der Daseinsvorsorge, zu denen die Pflege zählt, unterschiedliche Finanzierungsvarianten zur Verfügung: die individuelle Vorsorge durch die betroffenen privaten Haushalte selbst, die Vorsorge über freiwillig abzuschließende private oder verpflichtend abzuschließende soziale Versicherungen sowie die staatliche Vorsorge. Den Vor- und Nachteilen dieser Formen im Kontext der Pflege widmet sich Abschnitt 3.3.

Neben dem **fiskalischen Ziel** der Generierung von Einnahmen besteht als weiteres abgeleitetes Ziel jenes der **staatsinternen Effizienz**. Hierbei geht es nicht nur um die unter

Management-Gesichtspunkten effiziente Durchführung staatlicher Tätigkeiten. Auch die Frage, welche staatliche oder staatsnahe Organisation mit welchen Mitteln welche staatlichen Aufgaben erfüllen soll, ist hierbei zu beachten. Gerade die Pflege mit ihrer heterogenen Aufgabenstellung bewegt sich in einem Bereich, der medizinische, pflegerische, soziale und andere unterstützende Tätigkeiten umfasst. Die empirische Analyse in Kapitel 4 zeigt, dass dementsprechend auch international recht unterschiedliche Abgrenzungen für die Finanzierungs- und Regelungszuständigkeit einzelner Teilbereiche gefunden wurden. Selten ist nur eine staatliche Ebene in die Pflege eingebunden. Dementsprechend sind auch Zahlungsströme zwischen den beteiligten Gebietskörperschaften und den Parafisci¹ zu regeln (Stichwort Finanzausgleich²), zu deren Analyse in Abschnitt 3.2 dieses Kapitels grundsätzliche Überlegungen angestellt werden.

Die fachspezifisch vorgegebenen Ziele stehen teilweise in einem Zielkonflikt mit den übergeordneten Aufgaben des Staates, namentlich den Allokations-, Distributions- und Stabilisierungszielen. Das **Allokationsziel** bezeichnet im Allgemeinen den kosteneffizienten und bedarfsgerechten, also an den Präferenzen der Bevölkerung orientierten, Einsatz von Produktionsfaktoren zur Herstellung von Gütern und Dienstleistungen. Im Kontext der Pflege wird hier insbesondere auch gefragt, inwieweit Leistungen nicht durch private Haushalte, sondern durch staatliche Stellen finanziert oder auch erbracht werden sollen. Eine übliche Antwort bezüglich der generellen Notwendigkeit staatlicher Eingriffe ist, dass der Staat bei Marktversagen eingreifen soll, also dann, wenn der (unregulierte) Markt zu einem gesamtgesellschaftlich unerwünschten Ergebnis führt. **Distributionsziele** beschäftigen sich mit der Einflussnahme auf die Einkommensverteilung in der Bevölkerung; es könnte also im Kontext dieses Berichtes analysiert werden, wie die Finanzierung der Pflege die Einkommensverteilung zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen beeinflusst. Unter dem Aspekt der **Stabilisierung** schließlich wird im Allgemeinen untersucht, welchen Einfluss verschiedene Finanzierungsformen auf die Entwicklung von Angebot und Nachfrage ausüben. Besonders wichtig für Stabilisierungseffekte sind Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt, weil sich diese besonders intensiv auf Investitionen, auf das Bruttoinlandsprodukt und somit auf das Wirtschaftswachstum auswirken. Auf die einzelnen vorgegebenen Zielsetzungen geht Abschnitt 3.1 näher ein.

Die genannten vorgegebenen Ziele bestehen nicht unabhängig voneinander, sondern sind im Rahmen der einzelnen fachspezifischen Zielsetzungen miteinander verwoben und können in

¹ Parafisci bezeichnen juristische Personen mit eigenem Haushalt, die weder als originärer Staat noch als privat bezeichnet werden können, wie z. B. SozialversicherungsträgerInnen.

² Der Finanzausgleich regelt die Zuordnung der Aufgaben, Ausgaben und Einnahmen auf die unterschiedlichen Gebietskörperschaften, also im österreichischen Fall auf Bund, Länder und Gemeinden. Abschnitt 5.2.2 geht auf pflegerelevante Aspekte des österreichischen Finanzausgleichs ein.

einer Konflikt-Beziehung zueinanderstehen. Werden beispielsweise aus verteilungspolitischen Gründen Pflegeleistungen in hohem Ausmaß staatlich finanziert, erfordert dies hohe Steuereinnahmen, die sich wiederum in unerwünschter Weise auf Beschäftigung und Wirtschaftswachstum auswirken können. Daher sind diese Auswirkungen bei der Beurteilung von Finanzierungsoptionen ebenfalls zu bedenken. Gleichzeitig beeinflussen die verteilungspolitischen Präferenzen in einer Gesellschaft auch, wie sich die allokativen Entscheidungen in der Ressourcenaufteilung zwischen staatlicher und privater Leistungserbringung gestalten. Derartige Präferenzen ändern sich üblicherweise nicht besonders schnell, wirken sich auf mehrere (Sozial-) Politikbereiche aus und bestimmen maßgeblich mit, welchem Wohlfahrtsmodell ein Land angehört. Auch auf dieses Thema wird in Abschnitt 3.1 eingegangen.

Es ist nicht die Absicht dieses Berichtes, eine grundsätzliche Änderung des in Österreich etablierten Wohlfahrtsmodells zu diskutieren; die Pflege wäre als Thema hierzu auch nicht geeignet. Die Diskussion müsste weit umfassender und thematisch breiter (unter Einschluss der Themen Alterssicherung, Gesundheit, Arbeitslosigkeit, Armut usw.) geführt werden. Aus diesem Grund wird in diesem Bericht das Allokationsziel (im Sinne der Aufteilung der Leistungszuständigkeit zwischen privatem Markt und Staat) in den einzelnen Ländern lediglich deshalb diskutiert, um den Hintergrund und das Verständnis der Rolle des Staates im jeweiligen Land darzustellen. Dies erscheint uns zum Verständnis der jeweiligen Ländermodelle wesentlich.

3.1 Vorgegebene Ziele finanzwirtschaftlicher Staatstätigkeit

Gerade im Allokationsziel unterscheiden sich die in Europa etablierten **Wohlfahrtsmodelle**, unabhängig davon, ob man sich in der Diktion an die Klassifizierung in der Tradition von Esping-Andersen (1990) und darauf aufbauenden Arbeiten anschließt, oder ob stärker geografisch benannte Klassifizierungen bevorzugt werden. Gerade die Frage, welche der drei Aufgaben Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung von welchem der möglichen AkteurlInnen – Staat, nicht-staatliche Non-Profit Organisationen oder der private Sektor – in welchem Ausmaß übernommen werden, bestimmt maßgeblich das Wohlfahrtsmodell (Wendt et al. 2009).

Das skandinavische / **sozialdemokratische Modell** geht von hoher Verantwortung des Staates für die gesamte Bevölkerung und starker Kommodifizierung sozialer Leistungen aus, daraus folgen hohe Leistungsniveaus und ausgeprägte Umverteilungswirkungen zwischen den Einkommensgruppen. Leistungen wurden ursprünglich hauptsächlich von staatlichen Institutionen erbracht, inzwischen jedoch auch zunehmend von privaten Einrichtungen.

Demgegenüber sieht das **mediterrane Wohlfahrtsmodell** die primäre Verantwortung in der Familie und auf staatlicher Seite vor allem eine subsidiäre Rolle, wenn keine Familie (mehr) vorhanden ist, die die Versorgung übernehmen könnte oder der vorhandenen Familie die Mittel zur Versorgung fehlen. In mediterranen Wohlfahrtsstaaten sind Einkommensobergrenzen für Leistungsansprüche und eher niedrige Leistungsniveaus und -kapazitäten häufig. Eine mittlere Position nehmen die kontinentalen/ **konservativen Wohlfahrtsmodelle** Kontinentaleuropas ein. Ein wesentlicher Unterschied zu den beiden anderen Wohlfahrtsmodellen besteht darin, dass die Organisation der Vorsorge größtenteils zwar staatlich geregelt ist, aber an eigenständige Organisationen ausgelagert wurde. Damit kommt in diesen Ländern der Sozialversicherung eine große Rolle bei Aufgaben wie der Vorsorge für das Alter, der Arbeitslosigkeit oder bei Krankheit zu. Ein weiterer Unterschied besteht in dem Personenkreis, für den vorgesorgt wird. Da die Versicherungen konservativer Wohlfahrtsstaaten meist an Arbeitsverhältnisse anknüpfen, war der Kreis der versorgten Personen ursprünglich auf die Versicherten (die ja Beiträge zahlen) beschränkt, und wurde erst im Laufe der Jahre auf deren Angehörige, weitere Personen wie selbstständig Erwerbstätige oder die gesamte Bevölkerung ausgedehnt. Die Anerkennung von Langzeitpflege als eigenständigem Risiko, für das oft staatliche Vorsorge erforderlich ist oder werden kann, erfolgte in den konservativen Wohlfahrtsstaaten meist schon früher als in den mediterranen, und das Leistungsgefüge ist oft bereits umfangreicher in Art und besonders Niveau. Als vierte Form europäischer Wohlfahrtsstaaten wird häufig das anglosächsische/ **liberale Modell** genannt, in dem die Verantwortung bei der Einzelperson liegt und der Staat nur in Ausnahmefällen und in geringem Umfang unterstützend tätig wird (Vogliotti und Vattai 2014). Da dieses Modell typischerweise jenes Anspruchsniveau unterschreitet, das für Österreich angestrebt wird, werden in diesem Bericht libertäre Wohlfahrtsstaaten, wie beispielsweise England oder die Vereinigten Staaten von Amerika, ausgeklammert.

Im Kontext der Pflege ist die **umverteilende Wirkung** wiederum unter mehreren Aspekten interessant: Das Pflegerisiko steigt bekanntlich mit zunehmendem Alter, in der jüngeren Vergangenheit zusätzlich auch im Vergleich aufeinanderfolgender Generationen (beispielsweise weisen heute 70-Jährige ein geringeres Pflegerisiko auf als 70-Jährige vor 10 Jahren). Daher besteht ein grundsätzlicher Unterschied zwischen intergenerationeller und intragenerationeller Umverteilung. Intergenerationelle Umverteilung findet gleichzeitig zwischen unterschiedlich alten Personen statt, wie es etwa bei einer Umlagefinanzierung der Fall ist. Intragenerationelle Umverteilung findet statt, wenn zwischen Angehörigen derselben Generation umverteilt wird, entweder im Zeitablauf, wie beispielsweise bei der Kapitaldeckungsfinanzierung (Sparen in der Jugend für das eigene Alter), oder gleichzeitig zwischen Personen mit und jenen ohne Pflegebedarf.

Bezogen auf die Länderanalysen wird hinsichtlich Distributionszieles verglichen, ob die jeweiligen Regelungen im Vergleich zu den österreichischen Regelungen einzelne Bevölkerungsgruppen besserstellen. Ein Beispiel wären einkommensabhängige Zuzahlungen der betroffenen Haushalte: Die wesentlichste Leistung in Österreich, das Pflegegeld, ist unabhängig vom Einkommen und Tarife bzw. Zuzahlungen für Leistungen sind nur in einzelnen Bundesländern einkommensabhängig gestaltet. Daher wäre ein System mit generell einkommensabhängigen Zuzahlungen stärker umverteilend als das derzeitige österreichische. Analog sind Finanzierungssysteme für öffentliche Leistungen mit breiterer Abgabenbasis stärker umverteilend (inter- und intragenerational) als Systeme mit z. B. auf einzelne Einkommensarten eingeschränkter Abgabenbasis, und progressive Tarife stärker als eine Pauschalsteuer (engl.: *flat tax*). Eine weitere mögliche Dimension, auf die sich Umverteilung beziehen kann, ist das regional (un)einheitliche Leistungsniveau, insoweit es nicht durch Präferenzunterschiede, sondern unterschiedliche Einkommenshöhen nach Regionen verursacht wird.

Das Distributionsziel kann sich auf unterschiedliche Dimensionen (Alter, Generation, Einkommen, Pflegebedarf, Region...) beziehen, nach denen sich die Bevölkerungsgruppen unterscheiden, aber nicht für jedes Land sind systematische Unterschiede zur österreichischen Regelung nach jeder dieser Dimensionen identifizierbar. In den Länderanalysen wird daher auf jene Dimension eingegangen, nach der systematische Unterschiede feststellbar sind.

Bezogen auf das **Stabilisierungsziel** wird es als staatliche Aufgabe gesehen, den konjunkturellen Schwankungen entgegenzuwirken und günstige Rahmenbedingungen für langfristiges Wirtschaftswachstum zu schaffen.

Das allgemeine Steueraufkommen, in dem ja auch Steuern auf Gewinne und Vermögenzuwächse inkludiert sind, reagiert stärker auf die Konjunktur als Sozialversicherungsbeiträge, die allein auf Arbeitseinkommen und davon abgeleitete Einkommen (wie u. a. Pensionen) eingehoben werden (siehe Abschnitt 3.3). Eine soziale Pflegeversicherung nach dem Vorbild der Krankenversicherung hat demnach bezogen auf das Stabilisierungsziel Vorteile gegenüber einer Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen. Im allgemeinen Steueraufkommen sind aber auch indirekte Steuereinnahmen enthalten. Daher setzt Finanzierung aus dem allgemeinen Steueraufkommen in geringerem Maße direkt an der Lohn- und Gehaltsumme an, und verzerrt im Vergleich zu Sozialversicherungsbeiträgen dementsprechend weniger die Entscheidungen von Arbeitskräften und Unternehmen am Markt. In diesem Zusammenhang ist der sog. *Labor Wedge* (dt.: Lohnkeil) als wesentlicher Faktor zu nennen: Wie hoch ist die Differenz zwischen Bruttoeinkommen einschließlich Lohnnebenkosten und

Nettoeinkommen (nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen)?

Üblicherweise senkt ein steigender *Labor Wedge* sowohl das Angebot als auch die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt und führt in der Folge zu geringerer Beschäftigung und einem niedrigeren Nettoeinkommen für die Beschäftigten. In weiterer Folge wirkt diese reduzierte Beschäftigung dämpfend auf Konjunktur bzw. Wirtschaftswachstum.

3.2 Abgeleitete Ziele finanzwirtschaftlicher Staatstätigkeit

Abgeleitete Ziele lassen sich aus der Logik der öffentlichen Finanzwirtschaft selbst herleiten. Das **fiskalische Ziel** der Einnahmenerzielung, um eben die staatlichen Aufgaben finanzieren zu können, findet auf der Ausgabenseite seine Ergänzung in der sparsamen Mittelverwendung, um die für die Erfüllung der staatlichen Aufgaben nötigen Einnahmen niedrig halten zu können. In diesem Bereich überschneidet sich das fiskalische Ziel mit dem Ziel der **staatsinternen Effizienz**: Dabei geht es einerseits um die organisatorische Effizienz der einzelnen TrägerInnen der öffentlichen Finanzwirtschaft: Ein bekannter Aspekt ist hier der Grundsatz, dass bei Zuständigkeit für mehrere Aufgaben und gleichzeitig Einnahmen aus mehreren Quellen, **Zweckwidmungen** von Einnahmen zu vermeiden sind, wenn die Flexibilität in der Verwendung der staatlichen Einnahmen gewährleistet sein soll. Diese Flexibilität hat jedoch zwei Seiten: Im Sinne der allokativen Effizienz ist Zweckbindung, wie erwähnt, nachteilig aus Sicht der Planungsverantwortlichen für mehrere Aufgaben mit im Zeitablauf schwankendem Finanzierungsbedarf. Aus Sicht der Nutznießenden einer Aufgabe – also in unserem konkreten Fall der Personen mit Pflegebedarf – bedeutet dies jedoch, dass die Mittel für Pflege nicht mit Sicherheit zur Verfügung stehen. Zweckbindung spezifischer Mittel bedeutet in diesem Kontext also einen gewissen Schutz, insbesondere wenn diese Mittel in einem gesonderten Rechnungskreis verwaltet werden (Rothgang und Engelke 2009). Diese Zweckbindung ist aus Sicht der betroffenen Bevölkerung umso wichtiger, je härter die Konkurrenz bezüglich der Mittelverwendung ausfällt. Geht man beispielsweise von einem Modell aus, in dem die Mittel für Pflege und Gesundheit in einem gemeinsamen Budget zusammengeführt werden: Verfügen in diesem Modell die Berufsvertretungen der medizinischen Berufe über mehr Durchsetzungskraft als die Berufsvertretungen der Sozial- und Pflegeberufe, so könnte sich das ungünstig auf die für Pflege zur Verfügung gestellten Mittel auswirken.

Andererseits hängt die staatsinterne Effizienz davon ab, inwieweit Aufgaben und die damit zusammenhängenden Einnahmen und Ausgaben sinnvoll auf die Gebietskörperschaften aufgeteilt werden (Stichwort Finanzausgleich). Die ökonomische Analyse der **föderalen Aufgabenteilung** lässt sich ebenfalls anhand der vorgegebenen Ziele Allokation, Distribution und Stabilität durchführen, wobei der Allokation hier besondere Bedeutung zukommt.

Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass in größeren Staatsgebieten sehr wahrscheinlich regionale Unterschiede in den Präferenzen für öffentliche Leistungen vorliegen und eine landesweit einheitliche Leistungsgestaltung daher suboptimal wäre. Präferenzunterschiede können sowohl hinsichtlich Niveau als auch hinsichtlich Struktur und Ausgestaltung der Leistungen bestehen (Zimmermann et al. 2011). Nicht nur Präferenzen, auch andere Rahmenbedingungen mögen sich regional unterscheiden, und somit eine unterschiedliche Ausgestaltung der öffentlichen Infrastruktur bedingen. Hier sei beispielsweise an Transportmöglichkeiten und -bedingungen gedacht, die sich gerade in der österreichischen Landschaft sehr unterschiedlich gestalten und bezogen auf Pflege etwa in den mobilen Diensten zu unterschiedlichen Ausstattungsbedarfen in Tirol und Wien führen.

Werden Leistungen den regionalen Präferenzen entsprechend in unterschiedlichem Ausmaß angeboten, so empfiehlt es sich, die **fiskalische Äquivalenz** zu wahren. Das heißt, es sollte eine einheitliche regionale Abgrenzung für den Kreis der Zahlenden, der Nutzenden und der in den entsprechenden Wahlen Stimmberechtigten gefunden werden. Dies lässt sich an einem einfachen Beispiel veranschaulichen: Unter der Annahme, dass Pflegeheime ausschließlich der regionalen Bevölkerung zur Verfügung stehen, aber aus Bundesmitteln finanziert werden, wäre der Kreis der Zahlenden umfassender als jener der Nutzungsberechtigten. Wird die Leistungshöhe auf Regionalebene bestimmt, so bestehen bei den Regionalwahlen Anreize, stets für ein höheres Leistungsniveau zu votieren, da die Kosten für die regionale Versorgung teilweise auch von Personen außerhalb des Wahlkreises getragen werden. Somit würde aufgrund der sogenannten Fiskalillusion für eine höhere Leistungshöhe votiert werden, als die Bevölkerung zu finanzieren bereit ist. Tritt dieser Effekt in allen Regionen auf, so übertrifft auch landesweit das Leistungsniveau (und die damit verbundenen Ausgaben) jenes Niveau, für das die jeweilige Bevölkerung in Kenntnis der „wahren Kosten“ votieren würde. Die Wahrung der fiskalischen Äquivalenz hingegen trägt zu einer besseren Abstimmung zwischen den Präferenzen der gesamten Bevölkerung und dem dafür nötigen Steueraufkommen bei. Somit spricht die Berücksichtigung regionaler Präferenzen auch für dementsprechend kleinräumige Zuständigkeiten bezüglich der Mittelaufbringung.

Im vielen Belangen sind kleinräumige Zuständigkeiten allerdings aus anderen Gründen suboptimal. So bestehen in der Produktion der Leistungen und/oder ihrer Verwaltung **Größenvorteile**, was für die Verortung der Zuständigkeit auf zentralerer Ebene spricht. Dadurch können auch Risiken in einem größeren Kreis von abzusichernden Personen umverteilt werden, d. h. die zentralere Ebene verfügt in finanzieller Hinsicht über einen größeren „Pool“, um die Risiken auszugleichen. Dieser Umstand wird daher auch als **spezifischer Größenvorteil** angesehen. Welche Ebene im konkreten Fall theoretisch zuständig sein sollte, hängt von der Leistung ab: Leistungen mit hohen Kosten im Einzelfall, aber

geringer Prävalenz, sollten in der Regel auf höherer Ebene (also in großen Pools) verankert sein, häufige Leistungen mit niedrigeren Kosten im Einzelfall in lokaler Zuständigkeit. Mit diesen Größenvorteilen können beispielsweise Finanzierungssysteme argumentiert werden, in denen für die (kostenintensive) Spitalsversorgung die Länder- oder Regionalebene, für die pflegerische Versorgung aber die Kommunen zuständig sind.

In staatlichen Versorgungssystemen kommt daher der Aufgaben-, Einnahmen- und Ausgabenverteilung zwischen den Gebietskörperschaften und den Parafisci große Bedeutung zu, um eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die diesbezüglichen Regelungen im staatlichen Bereich können unter der Bezeichnung Finanzausgleich zusammengefasst werden. Die Finanzierung von Sozialversicherungssystemen erfolgt aber oft hauptsächlich in Rechnungskreisen, die von den staatlichen Finanzströmen strikt getrennt sind. Auch in diesen Systemen wird häufig ein System von Ausgleichszahlungen implementiert, das verwandte, aber nicht idente Funktionen erfüllen soll. Diese als Risikostrukturausgleich bezeichneten Systeme sollen Unterschiede in der Bedarfsstruktur der Versicherten ausgleichen, um für das Versicherungsmanagement Anreize für eine effiziente Versorgungsstruktur zu schaffen. Im Bereich der Krankenversicherungen wird diese Problematik insbesondere dann virulent, wenn Wahlmöglichkeiten bezüglich der Versicherung bestehen. Die „ideale“ Formel für den Risikostrukturausgleich würde bewirken, dass Versicherungen aus finanziellen Gründen ein Interesse daran hätten, für alle Versicherten einschließlich der schwer und chronisch Kranken die optimale Versorgung bereitzustellen. Ohne Risikostrukturausgleich ist es erfahrungsgemäß für das Versicherungsmanagement leichter, Risikoselektion zu betreiben (also vorzugsweise gesunde Personen zu versichern), als effiziente Versorgung bereitzustellen.

3.3 Finanzierungsoptionen für Daseinsvorsorge/Pflege

Grundsätzlich kann zwischen vier verschiedenen Finanzierungsoptionen im Bereich der Sozialleistungen, und somit auch der Pflege, unterschieden werden:

1. private Zahlungen aus dem Einkommen und dem Vermögen der Pflegebedürftigen bei Inanspruchnahme der Leistungen
2. (freiwillige oder verpflichtende) Privatversicherung mit risikoadjustierten Beiträgen (mit oder ohne öffentliche Zuschüsse/Transfers)
3. Sozialversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen
4. steuerbasiertes öffentliches System (mit oder ohne Bedarfsprüfung)

Private Zahlungen werden international weit verbreitet eingesetzt, treten in unterschiedlichen Formen auf, zum Beispiel als Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen, und haben unterschiedliche Wirkungen. Ein großer Vorteil von privaten Zuzahlungen ist, dass dadurch das öffentliche Budget entlastet wird. Zusätzlich können bei entsprechender Ausgestaltung Lenkungseffekte erzielt sowie *Moral-Hazard*³-Anreize verringert werden. Nachteilig ist diese Finanzierungsform jedoch vor allem im Hinblick auf die Erfüllung der öffentlichen Aufgaben, da private Zuzahlungen in Konflikt mit dem Distributionsziel stehen. Dies wird dadurch bedingt, dass die private Finanzierung von Pflegeleistungen in Widerspruch mit der horizontalen Gerechtigkeit steht, was bei medizinisch gerechtfertigten/notwendigen Leistungen besonders schwer wiegt. Aus diesem Grund eignen sich private Zahlungen auch nicht als Hauptfinanzierungsmechanismus von Pflegesystemen, allerdings können Selbstbehalte zu Zwecken der Steuerung eingesetzt werden. (Czypionka et al. 2016; Rothgang und Engelke 2009)

Freiwillige Privatversicherungen sind im europäischen Vergleich kaum zu finden, da ihrer Umsetzung zahlreiche Hindernisse entgegenstehen, besonders dann, wenn der Staat in letzter Instanz für unversicherte Personen unterstützend eingreift. Diese Problematik, und jene der kurzfristigen Einschätzung des Pflegerisikos, kann dadurch gelöst werden, indem Privatversicherungen verpflichtend eingeführt werden. In diesem Fall müssen jedoch öffentliche Gelder für die Finanzierung von Obergrenzen sowie für jene, die sich die Versicherungsbeiträge nicht leisten können, bereitgestellt werden, wodurch **verpflichtende Privatversicherungen** dem „klassischen“ Sozialversicherungssystem in der Theorie sehr nahekommen. Sowohl die freiwillige als auch die verpflichtende Privatversicherung sind im Normalfall vorfinanziert in dem Sinne, als dass erst nach einer gewissen Wartezeit ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht. (Costa-Font und Courbage 2012) Darüber hinaus bestehen nicht nur eine begrenzte Beitragsbasis sowie Schwierigkeiten in der Risikoeinschätzung, sondern auch ein Zielkonflikt mit dem Stabilitätsziel: Da im Konjunkturverlauf die Einkommen und die Arbeitslosigkeitsraten schwanken, fluktuiert auch die Zahlungsfähigkeit der Versicherten, was zu weitreichenden, ungewollten öffentlichen Eingriffen führen kann. Privatversicherungen eignen sich daher im besten Fall nur in Kombination mit einer Sozialversicherung für die weniger Wohlhabenden für die Finanzierung von Pflegesystemen. (Rodrigues 2015; Rothgang und Engelke 2009)

Ein weiterer Finanzierungsmechanismus ist das Konzept der **sozialen Pflegeversicherung**. Im Normalfall ist die Sozialversicherung im Pflegebereich umlagefinanziert und mit einkommensabhängigen Beiträgen gestaltet, wodurch sich eine Reihe von **Vorteilen**

³ Unter *Moral Hazard* (dt.: moralisches Risiko) versteht man ökonomische Fehlanreize, die Personen oder auch Unternehmen dazu bringen, sich verantwortungslos oder leichtsinnig zu verhalten, wodurch ein Risiko ausgelöst oder verstärkt wird.

gegenüber den anderen Finanzierungsoptionen ergibt: Erstens besteht eine hohe Anspruchstransparenz, was bedeutet, dass sich der Leistungsanspruch aus einem festgelegten Algorithmus ergibt und somit weder Ermessensfrage noch von verfügbaren Ressourcen abhängig ist. Dadurch gibt es zweitens auch vereinheitlichte Pflegeleistungen, was in weiterer Folge zur Vermeidung von geografischer Variation führt. Da die soziale Pflegeversicherung normalerweise über eigene Sozialbeiträge finanziert wird, ergibt sich außerdem eine zuverlässige und kalkulierbare Finanzierungsquelle, welche durch die Zweckbindung der Mittel auch im Konjunkturverlauf robust ist. Viertens wird durch die Finanzierung in Form von einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen sichergestellt, dass sich alle Versicherten eine Absicherung des Pflegerisikos leisten können. Fünftens bietet die soziale Pflegeversicherung durch die Umlagefinanzierung nicht nur eine intra-, sondern auch eine intergenerationelle Risikoumverteilung, wodurch es auch keine Wartezeit für die Inanspruchnahme von Leistungen gibt. Schließlich ist es auch möglich, Sozialbeiträge anzupassen, für den Fall, dass Veränderungen bei den Risiken und Kosten eintreten sollten, wodurch die Sozialversicherung als flexibel im Hinblick auf Unsicherheiten bei Langzeitpflegebedürfnissen gilt.

Sozialversicherungssysteme haben allerdings auch potenzielle **Nachteile**, welche sich vor allem aus der Ausgestaltung des Systems ergeben: So entstehen durch die Umlagefinanzierung implizite Schulden für zukünftige Generationen und es gibt wenig Raum, um auf individuelle Bedürfnisse einzugehen (mangelnde Leistungsflexibilität). Der größte Nachteil liegt jedoch in der Beitragsbemessungsgrundlage, welche durch die Kopplung an das Erwerbseinkommen und einen Höchstbeitrag begrenzt ist. Während ersteres im Hinblick auf das Stabilisierungsziel problematisch erscheint, da der rückläufige Anteil des Erwerbseinkommens am BIP zu negativen Arbeitsmarkteffekten führt, steht letzteres in Konflikt mit dem Distributionsziel, da eine Beitragsobergrenze zu vertikaler Ungleichheit führt. Darüber hinaus kommt es auch zu Zielkonflikten mit dem allokativen Ziel, da (hohe) Lohnnebenkosten, zu denen die Sozialversicherungsabgaben zählen, mit einer Substitution von Arbeit zu Kapital, und somit meist mit einer Verschiebung in den privaten Sektor, verbunden sind. Um die Probleme der sozialen Pflegeversicherung auszuhebeln, empfiehlt sich die Berechnung anhand einer breiteren Bemessungsgrundlage, beispielsweise durch die Miteinbeziehung von allen Einkommensarten, sowie der Aufbau eines zusätzlichen Rücklagenfonds, um die impliziten Schulden abzubauen⁴. (Rodrigues 2015; Rothgang und Engelke 2009; Schmähl 2008)

⁴ Auch diese Varianten müssen jedoch einige konzeptionelle Fragen beantworten: Ist es beispielsweise beabsichtigt, dass das Einbeziehen weiterer Einkommensarten die traditionell „hälftige“ Aufteilung der Beitragslast zwischen Beschäftigten und Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgebern stört? Im österreichischen Kontext

Abgesehen von Sozialversicherungssystemen, ist die **Pflegefinanzierung mittels Steuern** ein weit verbreitetes System im europäischen Vergleich. Dabei erfolgt die Finanzierung aus dem öffentlichen Haushalt (Zentral-, Regional- oder Lokalregierung), also aus vom Staat eingehobenen Steuermitteln. Diese Mittel können sich aus den Einnahmen von direkten und indirekten Steuern zusammensetzen, und international finden sich Systeme mit und solche ohne Bedarfsprüfung. Eine der größten **Stärken** von steuerbasierten öffentlichen Systemen ist die breite Steuerbasis, welche im Bereich von indirekten Steuern, wie beispielsweise der Umsatzsteuer, noch größer ist. Darüber hinaus gelten solche Systeme der Mittelaufbringung als fairer im Sinne der horizontalen Gerechtigkeit und als flexibler bzw. anpassungsfähiger in der Leistungserbringung. Schließlich gibt es auch keine Wartezeit für die Inanspruchnahme von Leistungen und Steuertarife gelten grundsätzlich auch als progressiver als beispielsweise Sozialversicherungsbeiträge, insbesondere bei direkten Steuern.

Mögliche **Nachteile** steuerfinanzierter Pflegesysteme betreffen einerseits die Anspruchstransparenz und andererseits die Zurechenbarkeit. Im Bereich der Anspruchsvoraussetzungen ergibt sich die Problematik, dass es keinen im Vorhinein festgelegten Algorithmus gibt, auf dem der Leistungsanspruch basiert, wodurch die Verfügbarkeit von Mitteln häufig über deren Zuteilung entscheidet. Das Problem der Zurechenbarkeit von geleisteten Zahlungen zu konkreten Pflegeleistungen ergibt sich hingegen aus dem Non-Affektationsprinzip von Steuern. Nach diesem ist eine Zweckbindung öffentlicher Einnahmen aufgrund der Gleichwertigkeit aller Staatsaufgaben unerwünscht, wodurch die Mittel jedoch in Konkurrenz mit anderen Verwendungszwecken stehen. Des Weiteren kann es in steuerbasierten öffentlichen Systemen zur Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen mit ähnlichem Versorgungsbedarf kommen, besonders dann, wenn regionalen/lokalen Gebietskörperschaften die Entscheidung über Anspruchsregelungen und die Verfügbarkeit von Dienstleistungen überlassen wird. Bei der Pflegefinanzierung mittels Steuern kommt es außerdem zu Zielkonflikten im Bereich des Stabilitätszieles, da die Steuereinnahmen, und somit auch die Leistungen, im Konjunkturverlauf stark schwanken, insbesondere Kapitaleinkünfte sind in Zeiten der Rezession stark rücklaufend. Leichte Zielkonflikte bestehen zudem mit dem Allokations- und Distributionsziel, wenn bestimmte Produktionsfaktoren zu stark besteuert werden bzw. wenn ein zu großes Ausmaß an regionaler/lokaler Variation vorliegt (horizontale Gerechtigkeit). (Czypionka et al. 2016; Rodrigues 2015; Rothgang und Engelke 2009)

wäre des Weiteren zu klären, ob Leistungen, die bislang allen Personen mit entsprechendem Bedarf zur Verfügung standen, allein aus Beiträgen von Versicherten gezahlt werden sollen.

4 Länderportraits – ein internationaler Überblick

Vergleich der Pflegesysteme und ihrer Finanzierung: Dänemark, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Schweden und Spanien

Im Folgenden werden die Pflegesysteme folgender Länder detailliert dargestellt, um aus deren Erfahrungen Schlüsse für Österreich ziehen zu können: **Dänemark, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Schweden und Spanien**. Jedes der Länderkapitel folgt einem einheitlichen Aufbau: In einem ersten Abschnitt (Hintergrund) werden allgemeine Informationen zusammengefasst, die für das Verständnis der landesspezifischen Situation sinnvoll erscheinen. Hierzu zählen etwa das im jeweiligen Land implementierte Wohlfahrtsmodell oder die Staatsform, wobei vor allem Zuständigkeiten und Finanzierungsbedingungen beleuchtet werden (Greer 2010). In einem nächsten Abschnitt folgt eine Kurzcharakteristik des jeweiligen Pflegesystems, anschließend wird die Mittelaufbringung für die Pflege dargestellt, wobei die Informationen nach Finanzierungsquellen gegliedert werden. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf die Mittelzusammenführung sowie auf allfällige Mechanismen zum finanziellen Ausgleich unterschiedlich hoher Pflegerisiken in einzelnen Bevölkerungsgruppen oder Regionen gelegt. In einem nächsten Schritt werden relevante Reformen der jüngeren Vergangenheit näher betrachtet, da die Gestaltung eines nachhaltigen Pflege(finanzierungs)systems als ein langfristiges Projekt anzusehen ist und Änderungen darin oft durch prognostizierte Entwicklungen oder (wie im Falle Frankreichs) durch beobachtete Schwächen⁵ angestoßen werden.

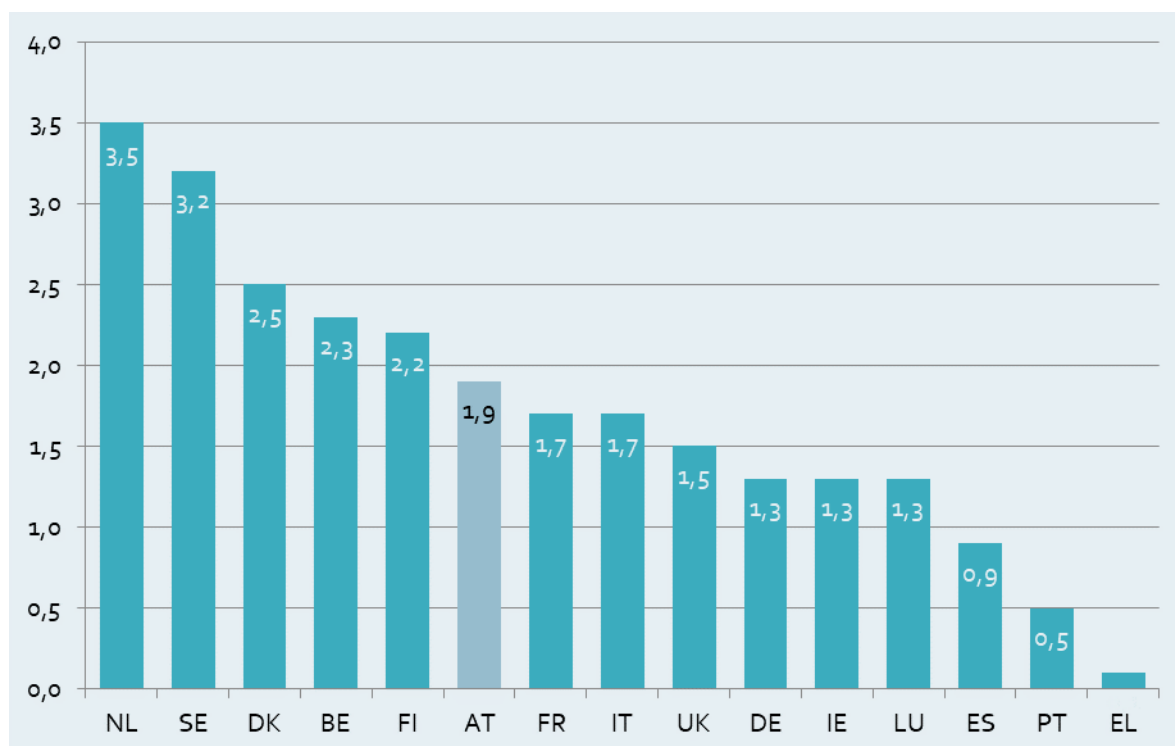
4.1 Länderauswahl

Die Länderauswahl erfolgt vor allem unter drei Gesichtspunkten: Erstens aufgrund der Höhe der Pflegeausgaben, zweitens auf Basis der Altersstruktur der Bevölkerung und drittens im Hinblick auf die unterschiedlichen Wohlfahrtsstaatsmodelle.

⁵ Die Hitzewelle im Sommer 2003 und die in diesem Zusammenhang beobachtete höhere Sterblichkeit wurde zum Anlass für Reformen genommen.

So wurden vorwiegend jene Länder gewählt, deren **Pflegeausgaben** ähnlich hoch wie oder höher als in Österreich sind. Die Überlegung hierbei ist, dass vor allem Länder analytisch betrachtet werden, in denen der Pflege bereits größere Aufmerksamkeit durch die Politik gewidmet wird, was sich u. a. auch in substanzielleren Ausgaben widerspiegelt. Abbildung 1 zeigt, dass vor allem in den skandinavischen Ländern der Anteil der Pflegeausgaben an der Wirtschaftsleistung (Bruttoinlandsprodukt; BIP) der Länder hoch ist, die höchsten Ausgaben jedoch in den Niederlanden verzeichnet werden. Die französischen Ausgaben sind nach dieser Quelle mit den österreichischen vergleichbar, die deutschen bereits deutlich niedriger. Spanien stellt in Bezug auf die ausgewählten Länder eine Ausnahme dar, insofern als dass die öffentlichen Pflegeausgaben dort zu den niedrigsten in den EU-15 Ländern gehören.

Abbildung 1: Öffentliche Ausgaben für Pflege in % des BIP, 2016 oder letztverfügbares Jahr



Definition: Öffentliche Ausgaben für Pflege und Betreuung (Sach- und Geldleistungen)

Quelle: European Commission (2018)

Die Abbildung soll die ungefähre Höhe der Pflegeausgaben in den jeweiligen Ländern illustrieren, ohne geringe Unterschiede zwischen einzelnen Ländern besonders stark zu thematisieren. Die Datenqualität und -vergleichbarkeit in Bezug auf Pflegeausgaben ist noch nicht gleich weit gediehen wie jene für Gesundheitsausgaben, und unterschiedliche Quellen verwenden nicht unbedingt gleiche Abgrenzungen. So würde ein „Länderranking“ unter

Verwendung der OECD-Daten von dem sich aus der Abbildung ergebenden Ranking abweichen, eben aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungen, vergleiche Tabelle 19 im Anhang. Die generelle Aussage von höheren Ausgaben in Skandinavien und den Niederlanden, mittleren Ausgaben in den meisten konservativen Wohlfahrtsstaaten, und niedrigeren Ausgaben in Spanien lässt sich aber aus beiden Datenquellen ablesen.

Des Weiteren ist davon auszugehen, dass in Ländern mit höherer Lebenserwartung bzw. mit einem **hohen Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung** bereits mehr Anstrengungen zur Implementierung eines finanziell nachhaltigen Pflegesystems unternommen wurden als bei relativ jüngerer Bevölkerung. Aus diesem Grund wird auch eine relativ ältere Bevölkerungsstruktur als Auswahlkriterium angesehen und es sind jene Länder ausgewählt, die eine ähnliche Bevölkerungsstruktur aufweisen. Tabelle 3 stellt die Bevölkerungsanteile in den EU-Ländern nach vier Altersgruppen für die Jahre 2016 und 2070 dar. Die für die Nachfrage nach Pflegeleistungen wichtigste Altersgruppe ist jene der „Über-80-Jährigen“, für welche in den nächsten 50 Jahren ein starkes Wachstum prognostiziert wird: Während im Jahr 2016 der EU27-Durchschnittswert bei 5,5% liegt, wird geschätzt, dass sich dieser Wert im Jahr 2070 bei 12,9% befinden wird. Dabei schwankt für das Jahr 2016 der Anteil der Über-80-Jährigen jedoch zwischen den unterschiedlichen Ländern im Bereich von 3,1% in Irland über durchschnittlich 4,6% in Skandinavien und den Niederlanden bzw. 5,9% in Frankreich und Deutschland bis hin zu 6,7% in Italien. Darüber hinaus setzt sich die Bevölkerung in den einzelnen Ländern unterschiedlich zusammen, was unter anderem Aufschluss über die **„Nachhaltigkeit“ der Bevölkerungsstruktur** gibt: Obwohl sowohl in Deutschland als auch in Frankreich 5,9% der Bevölkerung über 80 Jahre alt sind, ist in Frankreich die Gesamtbevölkerung bei weitem jünger als in Deutschland. Dies lässt sich beispielsweise am Anteil der unter 15-Jährigen (13,2% in Deutschland, 18,6% in Frankreich) festmachen. Frankreich weist damit für das Jahr 2016 den zweithöchsten Jugendanteil unter den untersuchten Ländern auf, übertroffen nur von Irland (22,2%). Unter Berücksichtigung, dass in Zukunft neben einer nachhaltigen Finanzierung vor allem auch Humankapital zur Sicherung der Pflege vonnöten sein wird, kann der französische Bevölkerungsaufbau somit als nachhaltiger angesehen werden als beispielsweise der deutsche. **Österreich** liegt mit einem Bevölkerungsanteil von 5,0% in der ältesten Bevölkerungsgruppe unter dem EU-weiten Durchschnitt, der österreichische Jugendanteil (14,3% unter 15-Jährige) wird allerdings nur von Deutschland (13,2%), Italien (13,6%), Bulgarien und Portugal (beide 14,0%) unterschritten. Aufgrund der niedrigen Geburtenraten und der somit alternden Bevölkerung werden daher große Steigerungen des Anteils der älteren Bevölkerung prognostiziert, in einigen Ländern werden diese Effekte durch die starke Abwanderung junger Erwachsener noch zusätzlich verstärkt. Generell wird geschätzt, dass der Anteil der ältesten Bevölkerungsgruppe an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2070 zwischen 10,1% in Schweden und 16,6% in Griechenland zu liegen kommen wird.

Schließlich werden im vorliegenden Bericht nur jene Länder genauer betrachtet, deren zugrunde liegendes **Wohlfahrtsstaatsmodell** mit den Grundsätzen des österreichischen Pflegesystems vergleichbar und vereinbar ist⁶. Dazu zählen das skandinavische („sozialdemokratische“) und das kontinentale („konservative“) Wohlfahrtsstaatsmodell. Exemplarisch werden daher Schweden und Dänemark für das sozialdemokratische sowie die Länder Frankreich, Deutschland und die Niederlande für das konservative Wohlfahrtsstaatsmodell ausgewählt. Eine Beschreibung der Ausgestaltung der jeweiligen Wohlfahrtsstaatsmodelle findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Ausgestaltung der Wohlfahrtsstaatsmodelle

Typ des Wohlfahrtsstaatsmodells	Hauptzielgruppe	Leistungsstufe	Finanzierungsquelle	Hauptakteur in Leistungserbringung	Zuordnung ausgewählter Länder
Sozialdemokratischer Wohlfahrtsstaat	Gesamtbevölkerung	Hoch	Großteils staatliche Beiträge (Steuern)	Staat	Dänemark, Schweden
Konservativer Wohlfahrtsstaat	Beschäftigte und ihre Familien	Mittelmäßig	Sozialversicherungsbeiträge, staatliche Beiträge (Steuern)	Familie und Staat	Deutschland, Frankreich, Niederlande, Österreich
Mediterraner Wohlfahrtsstaat	Lohnabhängige Beschäftigte	Niedrig	staatliche Beiträge (Steuern), teilweise auch Sozialversicherungsbeiträge	Familie	Spanien
Liberaler Wohlfahrtsstaat	Arme, Bedürftige, Beschäftigte mit geringem Einkommen	Niedrig	Sozialversicherungsbeiträge, staatliche Beiträge (Steuern)	Markt	

Quelle: IHS (2019) in Anlehnung an Vogliotti und Vattai (2014)

Zusätzlich wird Spanien in die Länderauswahl miteinbezogen. Diese Auswahl lässt sich dadurch begründen, dass Spanien bisher als einziges Land mit mediterranem Wohlfahrtsstaatsmodell bereits eine Reform durchgeführt hat, die zu einem Pflegesystem

⁶ Aus diesem Grund wurde beispielsweise das ansonsten bei Vergleichen populäre England als Vertreter eines liberalen Wohlfahrtsstaates aus der Betrachtung ausgeklammert. Ein lediglich als Sicherheitsnetz ausgestaltetes Pflegesystem wäre in einem Land wie Österreich mit den Präferenzen der Mehrheitsbevölkerung wohl nicht vereinbar.

führte, das als eigene Säule im Wohlfahrtsmodell klassifiziert werden kann (Costa-Font und Courbage 2012). Darüber hinaus war Spanien bekanntlich durch die Finanzkrise besonders intensiv betroffen, sodass die möglichen Konsequenzen von derartigen Krisen auf staatliche Systeme in einem Land mit ebenfalls relativ „alter“ Bevölkerungsstruktur plakativ aufgezeigt werden können.

Tabelle 3: Bevölkerung nach Altersgruppen, 2016 und 2070

2016	(0-14)	(15-64)	(65+)	(80+)	2070	(0-14)	(15-64)	(65+)	(80+)
BE	17,0%	64,6%	18,4%	5,5%	BE	15,9%	58,0%	26,2%	10,6%
BG	14,0%	65,4%	20,6%	4,7%	BG	14,0%	55,1%	30,9%	14,7%
CZ	15,5%	65,9%	18,6%	4,0%	CZ	14,7%	57,0%	28,3%	13,3%
DK	16,8%	64,3%	18,9%	4,3%	DK	15,5%	56,3%	28,3%	10,6%
DE	13,2%	65,7%	21,1%	5,9%	DE	13,9%	55,3%	30,9%	13,3%
EE	16,1%	64,7%	19,2%	5,2%	EE	14,7%	55,9%	29,4%	13,9%
IE	22,2%	64,4%	13,4%	3,1%	IE	17,0%	58,7%	24,2%	11,2%
EL	14,4%	64,2%	21,4%	6,6%	EL	12,3%	53,8%	33,9%	16,6%
ES	15,1%	66,0%	18,9%	6,1%	ES	16,3%	57,1%	26,6%	12,8%
FR	18,4%	62,6%	19,0%	5,9%	FR	17,1%	57,3%	25,6%	10,8%
HR	14,6%	66,0%	19,4%	4,9%	HR	13,2%	55,6%	31,2%	13,0%
IT	13,6%	64,3%	22,1%	6,7%	IT	12,6%	54,5%	32,9%	14,6%
CY	16,1%	68,7%	15,3%	3,4%	CY	11,4%	55,1%	33,6%	14,0%
LV	15,4%	64,9%	19,8%	5,1%	LV	15,4%	55,0%	29,6%	15,0%
LT	14,7%	66,1%	19,2%	5,4%	LT	14,7%	55,8%	29,6%	13,9%
LU	16,4%	69,3%	14,3%	4,0%	LU	14,9%	57,2%	27,9%	11,1%
HU	14,5%	67,1%	18,5%	4,3%	HU	14,9%	56,0%	29,1%	12,3%
MT	14,3%	66,4%	19,3%	4,2%	MT	14,5%	54,9%	30,6%	13,3%
NL	16,4%	65,3%	18,3%	4,5%	NL	15,7%	56,8%	27,5%	10,6%
AT	14,3%	67,2%	18,5%	5,0%	AT	13,8%	55,8%	30,4%	12,4%
PL	15,0%	68,7%	16,3%	4,2%	PL	13,1%	53,6%	33,3%	16,2%
PT	14,0%	65,1%	20,9%	6,0%	PT	11,9%	52,7%	35,4%	15,7%

2016	(0-14)	(15-64)	(65+)	(80+)	2070	(0-14)	(15-64)	(65+)	(80+)
RO	15,3%	67,1%	17,6%	4,3%	RO	15,5%	55,3%	29,2%	13,5%
SI	14,9%	66,4%	18,7%	5,0%	SI	14,9%	56,7%	28,5%	13,5%
SK	15,3%	70,0%	14,7%	3,2%	SK	14,2%	54,7%	31,1%	14,3%
FI	16,3%	63,0%	20,7%	5,2%	FI	14,7%	56,1%	29,2%	12,2%
SE	17,5%	62,7%	19,8%	5,1%	SE	17,2%	57,8%	25,0%	10,1%
UK	17,7%	64,4%	18,0%	4,8%	UK	15,9%	57,6%	26,5%	10,7%
NO	17,8%	65,7%	16,5%	4,2%	NO	15,7%	57,3%	27,0%	10,7%
EA	15,2%	64,8%	20,0%	5,9%	EA	14,9%	56,0%	29,0%	12,7%
EU*	15,5%	65,2%	19,3%	5,4%	EU*	15,0%	56,2%	28,8%	12,5%
EU27	15,2%	65,3%	19,5%	5,5%	EU27	14,9%	55,9%	29,2%	12,9%

Quelle: European Commission 2018

4.2 Länderbeispiel Dänemark

4.2.1 Hintergrund

Das dänische Pflegesystem fußt auf dem **sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaats-Modell**, das davon geprägt ist, dass es die Gesamtbevölkerung als Zielgruppe ansieht. Insofern werden dieselben Leistungen für alle sozialen Gruppen angeboten und bei Bedarf auch von allen genutzt, wodurch eine hohe Leistungstiefe entsteht. Der Staat versteht sich dabei als Hauptakteur in der Leistungserbringung (Vogliotti und Vattai 2014). Das dänische Pflegesystem gilt als das universellste der Welt und verfolgt zwei Leitprinzipien: 1) Steigerung der Lebensqualität von pflegebedürftigen Personen und 2) Steigerung der Fähigkeit, sich selbst zu versorgen (Kvist 2018).

Dänemark ist ein **dezentraler Einheitsstaat**, was bedeutet, dass nur der Zentralstaat über legislative Kompetenzen verfügt und die Durchführung von bestimmten Aufgaben an untergeordnete Verwaltungskörper delegiert (Fleiner-Gerster 1995). Die dänische Verfassung sieht folgende zwei untergeordnete Verwaltungsebenen vor: die regionale Ebene mit fünf Regionen und die kommunale Ebene mit 98 Kommunen.

Eine **für die Pflege besonders wichtige Verwaltungsebene** ist die **kommunale Ebene**. Die dänischen Kommunen verfügen, im europäischen Vergleich, über eine sehr große

Eigenständigkeit, welche in der dänischen Verfassung verankert ist (§82 Grundlov). Als kommunale Selbstverwaltungskörper zeichnen die dänischen Kommunen für eine Reihe von Aufgaben verantwortlich, wie z. B. Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen, Kindergärten und Schulwesen sowie öffentlicher Nahverkehr (Ministry for Economic Affairs and the Interior 2014). Im Bereich der Pflege sind die dänischen Kommunen für die Bereitstellung, Organisation und Finanzierung der Leistungserbringung von Pflege i.e.S. und Betreuung zuständig (Kvist 2018).

Die Budgets der **Kommunen** setzen sich aus einem Mix von lokalen Steuern, nicht-zweckgebundenen zentralstaatlichen Zuschüssen, Ausgleichsbeträgen anderer Kommunen sowie diversen kommunalen Nutzungsentgelten bzw. Servicegebühren zusammen. Die Kommunen verfügen über eine ausgedehnte Budgetautonomie und können im Rahmen dieser u. a. auch lokale Steuersätze, wie kommunale Einkommensteuer oder Grundsteuer, festsetzen. Rund 20% des Budgets der Kommunen werden für das Pflegewesen aufgewendet. (Ministry for Economic Affairs and the Interior 2014)

4.2.2 Kurzcharakteristika des Pflegesystems

Das dänische Pflegesystem ist davon geprägt, dass alle pflegebedürftigen Personen unabhängig von Alter, Einkommen und sozioökonomischem Status **Anspruch auf öffentlich (ko-)finanzierte Pflegeleistungen** haben. Dieser Umstand ist im *Bekendtgørelse af lov om social service* (dt. Verordnung zum Sozialgesetz) festgeschrieben. Die Verantwortung für die **Organisation und Finanzierung der Pflege** liegt somit größtenteils beim Staat und nicht bei den Einzelpersonen und ihren Familien. Dieser Umstand spiegelt sich auch darin wider, dass fast alle Pflegeleistungen von den pflegebedürftigen Personen ohne private Zahlungen in Anspruch genommen werden können. Das dänische Pflegesystem gilt daher als eines der umfassendsten weltweit. (Kvist 2018; Colombo et al. 2011)

Die **Feststellung, ob und welcher Pflegebedarf** vorliegt, erfolgt durch die Kommunen auf Basis einer **reinen Bedarfsprüfung** und orientiert sich demnach nicht an der finanziellen Situation der pflegebedürftigen Personen. Zur Bedarfsprüfung existiert kein national einheitliches Assessmentinstrument und dadurch auch kein einheitlich definiertes Mindestmaß an Pflegebedarf, welche Ansprüche auf Geld- und/oder Sachleistungen bei einem bestimmten Pflegebedarf bestehen. Dieser Mangel an Einheitlichkeit in den Ansprüchen bezieht sich auf beides, Leistungen der Pflege i.e.S. und Betreuungsleistungen. Vielmehr setzt jede Kommune ihre eigenen Kriterien fest, wer Anspruch auf Geld- und/oder Sachleistungen hat und wie dieser Anspruch ausgestaltet ist. Durch diese Vorgangsweise existieren große Unterschiede in den Anspruchsvoraussetzungen zwischen den einzelnen Kommunen. (Kvist 2018; Olejaz et al. 2012)

Auch im Zuge der **Leistungserbringung** gibt es keine klaren **nationalen Vorgaben**. Die dänische Zentralregierung setzt die allgemeinen Grundsätze für das Pflegesystem fest und die Kommunen sind für die genaue Ausgestaltung der Leistungserbringung zuständig. Dadurch kommt es zu einem großen Ausmaß an kommunaler Variabilität in der Leistungserbringung (Kvist 2018; Colombo et al. 2011). Im dänischen Pflegesystem gibt es **sowohl Geld- als auch Sachleistungen**, wobei ersteren nur eine sehr geringe Bedeutung zukommt, weswegen auf diese im Weiteren auch nicht näher eingegangen wird.

Die **Zuständigkeiten für Sachleistungen** liegen im dänischen Pflegesystem auf **kommunaler Ebene**. Den Kommunen kommt hierbei, wie bereits in Kapitel 4.2.1 kurz erwähnt, eine umfassende Zuständigkeit zu: Sie sind für die Bereitstellung und Organisation von Pflegeleistungen (stationäre, teilstationäre und ambulante Pflege) sowie für die Ausgestaltung der Ressourcenallokation verantwortlich. Bei der Bereitstellung von stationärer Pflege gibt es eine Besonderheit: Sobald pflegebedürftige Personen auf eine Warteliste für einen Pflegeheimplatz gesetzt werden, müssen die Kommunen einen solchen innerhalb von zwei Monaten bereitstellen. Wenn Ehepaare aufgrund einer notwendigen, stationären Pflege ihrer PartnerInnen nicht getrennt werden wollen, muss die Kommune beiden einen Platz in derselben stationären Einrichtung zur Verfügung stellen. Seit der Reform 2003 müssen die Kommunen die Pflegeleistungen nicht ausschließlich selbst erbringen, sondern können dabei auch private AnbieterInnen einbinden. (Colombo et al. 2011)

4.2.3 Mittelaufbringung

Im dänischen Pflegesystem liegt das Ausgabenniveau im Jahr 2015 bei 2,5% des BIP und damit deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 1,7%. Dabei entfallen 2,3% auf Leistungen der Pflege i.e.S. und 0,2% auf Betreuungsleistungen. (OECD 2017)

Die **Mittelaufbringung** für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen erfolgt **fast ausschließlich durch Steuern**. Im Konkreten werden rund 90% durch Steuern, die sich aus nationalen und lokalen Steuern zusammensetzen, und 10% durch private Haushalte finanziert.

4.2.3.1 Sozialversicherung

Die Sozialversicherung spielt bei der Mittelaufbringung in der Pflege keine Rolle, da die Pflegeleistungen ausschließlich durch Steuern und private Zuzahlungen finanziert werden.

4.2.3.2 Steuern

Es existieren **weder auf nationaler noch auf kommunaler Ebene zweckgebundene Steuern** für die Finanzierung der Pflege.

Der **nationale Steueranteil an der Finanzierung der Pflege** besteht aus Steuereinnahmen des Zentralstaates und setzen sich aus direkten Steuern (z. B. nationale Einkommensteuer, Grundsteuer) sowie indirekten Steuern (z. B. Mehrwertsteuer) zusammen. Die Zuweisung der nationalen Steuern an die einzelnen Kommunen erfolgt mittels nicht-zweckgebundenen zentralstaatlichen Zuschüssen, welche teilweise dem Risikostrukturausgleich dienen. (Ministry for Economic Affairs and the Interior 2014)

Die **Regelungskompetenz** für die Festsetzung der nationalen Steuersätze liegt bei der Zentralregierung. Die **Kompetenz für die Einhebung der nationalen Steuern** liegt bei der dänischen Steuerverwaltungsbehörde *Skatteforvaltningen*⁷. (Ministry for Economic Affairs and the Interior 2014)

Der **lokale Steueranteil an der Finanzierung der Pflege** besteht aus Steuereinnahmen der Kommunen und setzen sich aus der kommunalen Einkommensteuer (rund 85% des kommunalen Steueraufkommens) und aus diversen Grund- und Immobiliensteuern zusammen (Ministry for Economic Affairs and the Interior 2014). Wie bereits erwähnt, wird für Pflege rund ein Fünftel der kommunalen Budgets verausgabt.

Die **Regelungskompetenz** für die Festsetzung der lokalen Steuersätze liegt bei den Kommunalregierungen, warum die lokalen Steuersätze zwischen den einzelnen Kommunen variieren. Die kommunalen Einkommensteuersätze bewegten sich im Jahr 2014 zwischen 22,5% und 28%, der durchschnittliche kommunale Einkommensteuersatz lag bei 24,9%. Die Grundsteuersätze betragen im Jahr 2014 zwischen 16‰ und 34‰, der Durchschnitt lag bei 26,2‰. Die **Kompetenz für die Einhebung der lokalen Steuern** liegt, wie bei den nationalen Steuern, bei der dänischen Steuerverwaltungsbehörde *Skatteforvaltningen*. (Ministry for Economic Affairs and the Interior 2014)

⁷ Die Steuerverwaltungsbehörde ist eine dem Finanzministerium unterstellte Behörde, die sich wiederum aus sieben Untereinheiten zusammensetzt: der Schuldenbehörde, der Bewertungsbehörde, der Steuerbehörde, der Zollbehörde, der Kfz-Zulassungsbehörde, einer Behörde zur Digitalisierung der Verwaltung sowie der Administrations- und Servicebehörde. Somit deckt die Steuerverwaltungsbehörde ein breites Spektrum an Aufgaben im Bereich der öffentlichen Finanzverwaltung ab. Sie löste im Jahr 2018 im Rahmen einer Umstrukturierung die Vorgängerbehörde SKAT ab. (Skatteministeriet 2019)

4.2.3.3 Private Haushalte

Die privaten Haushalte beteiligen sich bei Inanspruchnahme ebenfalls an der Finanzierung der Pflege und zwar in Form von **privaten Zuzahlungen**. Der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte an den gesamten Pflegeausgaben liegt bei rund 10%. Damit tragen die privaten Haushalte nur einen geringen Teil zur Finanzierung der Pflege bei, was auch dem sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaats-Modell entspricht. (Olejczak et al. 2012)

Die Kommunalregierungen können die Höhe der privaten Zuzahlungen aufgrund ihrer Budgetautonomie selbst festsetzen (Ministry for Economic Affairs and the Interior 2014).

4.2.4 Pooling der Mittel und Risikostrukturausgleich

Das **Pooling der Mittel** erfolgt im dänischen Pflegesystem auf **kommunaler Ebene**. Dabei werden die Mittel aus nationalen und lokalen Steuern sowie von den privaten Haushalten bei den Kommunen zusammengeführt, welche für die Finanzierung der Leistungen der Pflege i.e.S. und der Betreuung verantwortlich sind. Zusätzlich zum Pooling findet auch ein **Risikostrukturausgleich** statt, wodurch die Kommunen erstens Ausgleichszahlungen vom Zentralstaat, um demografische (inkl. unterschiedlicher Altersprofile) und sozioökonomische Unterschiede sowie unterschiedlich hohe lokale Steuereinnahmen auszugleichen, erhalten. Zweitens sollen Ausgleichsbeträge von anderen Kommunen dazu beitragen, strukturelle Überschüsse bzw. Defizite zwischen den einzelnen Kommunen zu nivellieren. (Czypionka et al. 2015; Ministry for Economic Affairs and the Interior 2014)

4.2.5 Trends und jüngere Reformen

In den letzten Jahren ist im dänischen Pflegesystem vor allem eine **Entwicklung** deutlich zu erkennen: Ein klares **Abgehen von der stationären Pflege** hin zu einer ambulanten Pflege (Kvist 2018). Darüber hinaus hat die **Finanzkrise** und die damit verbundene Austeritätspolitik der Zentralregierung das Pflegesystem in Dänemark nicht unberührt gelassen. Im Zuge der Austeritätspolitik wurden von der Zentralregierung strengere Vorschriften hinsichtlich kommunaler Finanzen, welche von den Kommunen intensiver als erforderlich umgesetzt wurden, erlassen. Diese strikte Umsetzung bedeutete de facto Kürzungen in unterschiedlichen Bereichen. Im Pflegebereich spiegelte sich dieser Umstand dadurch wider, dass die erbrachten Sachleistungen trotz alternder Bevölkerung stark zurückgenommen wurden. Im Zeitraum zwischen 2010 bis 2018 stieg die Anzahl der Personen der Altersgruppe ab 65 Jahren um 24% und jene ab 80 Jahren um 13%. Trotzdem sank im Zeitraum zwischen 2010 bis 2016 die Anzahl der Personen, die stationäre Pflegeleistungen erhielten, um 3% sowie die Anzahl der Personen, die ambulante Betreuungsleistungen bezogen, um 12%. Kvist

(2018) hält in diesem Zusammenhang fest, dass das dänische Pflegesystem durch die Finanzkrise weniger universell geworden ist.

Hinsichtlich der nachhaltigen Finanzierung des Pflegesystem wurden in der letzten Dekade **keine expliziten Reformen** geplant oder durchgeführt.

4.3 Länderbeispiel Deutschland

4.3.1 Hintergrund

Dem deutschen Pflegesystem liegt das **konservative Wohlfahrtsstaats-Modell** zugrunde. Dieses Modell fußt auf dem Subsidiaritätsprinzip und Pflege liegt primär im Verantwortungsbereich der Familie. Der Staat greift nur dann ein, wenn die Familie die Erfordernisse bzw. Bedürfnisse ihrer zu pflegenden Angehörigen nicht mehr erfüllen kann (Vogliotti und Vattai 2014). Dieser Umstand spiegelt sich auch darin wider, dass die Pflegeversicherung explizit nicht darauf abzielt, sämtliche Kosten zu decken, sondern private Zuzahlungen vorsieht. Zur Abwendung sozialer Härtefälle stehen jedoch Mittel der Sozialhilfe zur Verfügung.

Deutschland ist ein **Bundesstaat** mit 16 Bundesländern, was bedeutet, dass der Bund und die Bundesländer gleichberechtigt und eigenständig nebeneinander existieren. Die Bundesländer sind laut dem Grundgesetz allzuständig, d. h. für sämtliche staatliche Aufgaben (inkl. gesamter legislativer Kompetenz) verantwortlich, sofern das Grundgesetz die Aufgaben nicht dem Bund zuweist. Die jeweiligen Aufgabenverteilungen können nur im gegenseitigen Einverständnis geändert werden. Zu den von den Bundesländern geregelten Aufgaben zählt auch die öffentliche Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur.

Dementsprechend sind die **Bundesländer die für die Pflege wesentlichste Verwaltungsebene**. Sie sind laut §9 SGB XI für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und pflegerisch wirtschaftlichen Versorgungsstruktur verantwortlich. Dieser Umstand bedingt, dass jedes Bundesland im Bereich der Pflege seine eigene Gesetzgebung entwickelt und damit den rechtlichen Rahmen festlegt (Dussap et al. 2018). Eine weitere für die **Pflege wesentliche Institution ist die Pflegeversicherung**, die analog zur Krankenversicherung in einer sozialen oder gesetzlichen und einer privaten Variante besteht. Diese zeichnet laut §12 SGB XI für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich und arbeitet mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen.

4.3.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems

Das deutsche Pflegesystem setzt stark auf die **familiäre Unterstützung** seitens der pflegebedürftigen Personen. Trotzdem werden Leistungen aus der Pflegeversicherung den pflegebedürftigen Personen bei Bedarf und Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen grundsätzlich einkommens- und vermögensunabhängig gewährt. Die Gesetzgebung verfolgt damit das Interesse „Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Hilfe angewiesen sind“ und eine Hilfestellung zu geben, um „ein möglichst selbstständiges, selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben zu führen“. **Die Verantwortung für die Organisation und Finanzierung der Pflege** wird laut §8 SGB XI als **eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen**. Hierzu wirken die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes⁸ eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Das **zentrale Element** im deutschen Pflegesystem ist die **Pflegeversicherung**⁹. Bei der Pflegeversicherung wird, wie bereits oben erwähnt, zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung unterschieden, welche sich an privat versicherte PatientInnen richtet. Diese wurde im Jahr 1995 eingeführt und ist seitdem in das deutsche Sozialversicherungssystem durch das Elfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) eingebunden. Laut §1 SGB XI sind in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist¹⁰, muss auch eine private Pflegeversicherung abschließen. Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um keine Vollversicherung. Die Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflege i.e.S. und/oder Betreuungsleistungen werden nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrag übernommen (Details dazu siehe Kapitel 4.3.3.3). Private Zuzahlungen erfolgen durch die pflegebedürftigen Personen und/oder durch unterhaltspflichtige Angehörige. Pflegekassen sind bei den Krankenkassen eingerichtet, letztere agieren auch als Trägerinnen der sozialen Pflegeversicherung. Daher gibt es ebenso viele Pflege- wie Krankenkassen. (Dussap et al. 2018)

⁸ Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der MDK übernimmt wichtige Aufgaben bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und in der Qualitätssicherung.

⁹ Da über die private Pflegeversicherung nur ein geringer Teil der Bevölkerung versichert ist, beziehen sich die folgenden Ausführungen, sofern nichts anderes angegeben ist, nur auf die soziale Pflegeversicherung.

¹⁰ Im Gegensatz zur österreichischen Situation ist die private Krankenversicherung in Deutschland nicht nur als Zusatzversicherung zur sozialen Versicherung ausgestaltet, sondern bildet für rund 10% der Bevölkerung die generelle Absicherung im Krankheitsfall.

Die **Feststellung, ob und welcher Pflegebedarf** vorliegt, erfolgt durch den Medizinischen Dienst der jeweiligen Krankenkasse im Auftrag der Pflegekasse. Der Medizinische Dienst agiert fachlich unabhängig und dessen GutachterInnen sind nur ihrem ärztlichen und pflegefachlichen Gewissen unterworfen. Zur Feststellung des Pflegebedarfs wird ein national einheitliches Assessmentinstrument laut §15 SGB XI, welches sich in sechs Module gliedert, verwendet. Dieses Assessmentinstrument unterscheidet fünf Pflegegrade, wobei Pflegegrad 1 für eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und Pflegegrad 5 für eine schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten steht.

Im Zuge der **Leistungserbringung** gibt es **national verbindliche Vorgaben** laut §71 und §72 SGB XI. Demzufolge dürfen Pflegekassen Pflege nur durch stationäre Pflegeeinrichtungen bzw. ambulante Pflegedienste gewähren, mit denen sie einen Versorgungsauftrag abgeschlossen haben. Im deutschen Pflegesystem existieren sowohl **Geld- als auch Sachleistungen**. Beide können wahlweise oder auch in Kombination zueinander in Anspruch genommen werden. Die durch den Pflegegrad bestimmte Summe bezieht sich auf den gesamten Leistungsanspruch: die kombinierte Inanspruchnahme von Geld- und Sachleistungen schmälert somit den Anspruch auf Geldleistungen.

Die **Leistungszuständigkeit für Geldleistungen** liegt bei den Pflegekassen. Das monatliche Pflegegeld richtet sich nach dem Pflegegrad, das laut §37 SGB XI 901,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5, 728,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, 545,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 und 316,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 beträgt. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben keinen Anspruch auf Pflegegeld, deren Anspruch beschränkt sich auf einen halbjährlichen Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst (Stand 2019).

Die **Leistungszuständigkeit für Sachleistungen** (sowohl für Pflege i.e.S. als auch Betreuung) liegt bei den Pflegekassen und den Bundesländern (siehe Kapitel 4.3.1).

Zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages schließen die Pflegekassen **Versorgungsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen** ab. Im Versorgungsvertrag werden Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen festgelegt, welche die Pflegeeinrichtung zu erbringen hat. Sofern die gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind, hat jede Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegekasse einen Anspruch auf Abschluss eines derartigen Versorgungsvertrages. Die Pflegekassen unterliegen demnach einem Kontrahierungszwang. Zwecks Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtungen geben die Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen in Auftrag. Diese Qualitätsprüfung wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (soziale Pflegeversicherung) bzw.

dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (private Pflegeversicherung) durchgeführt. Die Pflegekassen übernehmen die monatlichen Kosten für stationäre Pflege bis zu einem gesetzlich festgelegten Pauschalbetrag in Abhängigkeit des Pflegegrades (Details dazu, siehe Kapitel 4.3.3.3). Die Pflegekassen schließen zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages ebenso **Versorgungsverträge mit ambulanten Pflegediensten** ab. Im Versorgungsvertrag werden Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen festgelegt, welche der Pflegedienst zu erbringen hat. Zwecks Qualitätssicherung der Pflegedienste geben auch hier die Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen in Auftrag. Die Durchführung der Qualitätsprüfung obliegt gleichfalls dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Die Pflegekassen übernehmen die monatlichen Kosten für ambulante Pflege bis zu einer gesetzlich definierten Obergrenze je nach Pflegegrad (Details dazu siehe Kapitel 4.3.3.3). (Dussap et al. 2018)

Die **Bundesländer** überwachen den **Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen**. Sie kontrollieren, ob die Pflegekassen dafür Sorge tragen, dass die stationären Pflegeeinrichtungen und die ambulanten Pflegedienste eine bedarfsgerechte Versorgung, welche den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht, erbringen. (Dussap et al. 2018)

4.3.3 Mittelaufbringung

Im deutschen Pflegesystem liegt das Ausgabenniveau im Jahr 2015 bei 1,28% des BIP und somit unter dem OECD-Durchschnitt von 1,67%. Dabei entfallen 1,26% auf Leistungen der Pflege i.e.S. und 0,02% auf Betreuungsleistungen. (OECD 2017)

Die **Mittelaufbringung** für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen erfolgt **fast ausschließlich durch die Pflegeversicherung**. Im Konkreten werden rund 70% von der Pflegeversicherung, rund 9% durch nationale Steuern¹¹ und rund 20% von privaten Haushalten finanziert (Stand 2016). (Rothgang und Müller 2018)

4.3.3.1 Sozialversicherung

Die **soziale Pflegeversicherung** spielt bei der Mittelaufbringung für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen eine zentrale Rolle. Der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung an den gesamten Pflegeausgaben lag im Jahr 2016 bei 69,5%, wovon

¹¹ Der Steueranteil beinhaltet nur die Ausgaben der Sozialhilfe im Rahmen der Pflegefinanzierung. Aufgrund fehlender Daten sind die öffentlich (Bundesland bzw. Gemeinde) getragenen Investitionskosten in Pflegeheime nicht inkludiert.

67,1% auf die soziale Pflegeversicherung und 2,4% auf die private Pflegeversicherung entfielen. (Rothgang und Müller 2018)

Die soziale Pflegeversicherung wird überwiegend durch Beiträge aus Erwerbs- und Pensionseinkommen finanziert und deren Beitragssatz liegt bei 3,05% der beitragspflichtigen Einnahmen (Stand 2019). Der Beitragssatz auf Erwerbseinkommen wird jeweils zu 50% von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen getragen, der Beitragssatz auf Pensionseinkommen ist zu 100% von den PensionistInnen selbst zu tragen. Für kinderlose Personen nach dem vollendeten 23. Lebensjahr gilt ein um 0,25% erhöhter Beitragssatz, an dem sich die ArbeitgeberInnen nicht beteiligen. (Dussap et al. 2018)

Die **Regelungskompetenz** für die Festsetzung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung liegt bei der Bundesregierung, die **Kompetenz für die Einhebung der Beiträge** ist bei den Pflegekassen als Trägerinnen der Pflegeversicherung verortet.

4.3.3.2 Steuern

Steuern spielen bei der Mittelaufbringung für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen eine sehr untergeordnete Rolle. Der Finanzierungsanteil der Steuermittel an den gesamten Pflegegaben liegt im Jahr 2016 bei 9,0%. (Rothgang und Müller 2018)

Der geringe Finanzierungsanteil der Steuermittel ist darauf zurückzuführen, dass Steuern nicht direkt, sondern nur indirekt über den Umweg der Sozialhilfe zur Finanzierung der laufenden Pflegeausgaben herangezogen werden.

Die **Sozialhilfe**, die über nationale Steuern finanziert wird, trägt durch folgenden Umstand zur Finanzierung der Pflege bei: Die Höhe der Versicherungsleistungen ist nach dem SGB XI auf einen gesetzlich festgesetzten und vom Pflegegrad abhängigen Höchstbetrag begrenzt. Besteht ein darüberhinausgehender Bedarf an Pflege, ist dieser grundsätzlich von den pflegebedürftigen Personen oder ihren zum Unterhalt verpflichteten Angehörigen über private Zuzahlungen zu bestreiten. Bei finanzieller Bedürftigkeit können die Kosten für den zusätzlichen Bedarf an Pflege durch Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe übernommen werden (siehe auch Kapitel 4.3.3.3).

4.3.3.3 Private Haushalte

Private Haushalte bzw. private Personen beteiligen sich an der Finanzierung der Pflege unabhängig davon, ob sie bei der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind. Der Finanzierungsanteil der privaten Haushalte an den gesamten Pflegeausgaben in der

Form von **privaten Zuzahlungen** liegt im Jahr 2016 bei 19,9%. Davon entfallen 6,4% auf private Zuzahlungen in der stationären Pflege und 13,5% auf private Zuzahlungen in der ambulanten Pflege. (Rothgang und Müller 2018)

Bei **stationärer Pflege** ist zwischen drei Arten von Kosten zu unterscheiden: 1) Kosten der Leistungen für Pflege i.e.S. sowie der Betreuungsleistungen, 2) Kosten für Unterkunft und Verpflegung und 3) Investitionskosten.

Die Kostenübernahme durch die Pflegekassen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung ist wie folgt geregelt:

- Die Pflegekassen übernehmen einen Teil der monatlichen Kosten für Leistungen der Pflege i.e.S. sowie für Betreuungsleistungen mittels eines Pauschalbetrages, welcher vom Pflegegrad abhängig ist. Der Pauschalbetrag liegt laut § 43 SGB XI für Pflegegrad 5 bei 2.005,00 EUR, für Pflegegrad 4 bei 1.775,00 EUR, für Pflegegrad 3 bei 1.262,00 EUR und für Pflegegrad 2 bei 770,00 EUR.
- Pflegebedürftigen Personen oder ihre zum Unterhalt verpflichteten Angehörigen müssen den verbleibenden Teil der monatlichen Kosten über private Zuzahlungen bestreiten. Diese privaten Zuzahlungen belaufen sich im Jahr 2015 auf durchschnittlich 587,00 EUR pro Monat. (Rothgang und Müller 2018)
- Die Pflegekassen übernehmen keinerlei Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Diese Kosten sind grundsätzlich zur Gänze von den pflegebedürftigen Personen oder ihren zum Unterhalt verpflichteten Angehörigen zu bestreiten. Bei finanziellen Schwierigkeiten kann die Sozialhilfe unterstützend einspringen. (Dussap et al. 2018)
- Die Pflegekassen übernehmen ebenso keine monatlichen Investitionskosten. Diese Kosten sind, wenn sie nicht vom Bundesland oder der Gemeinde öffentlich gefördert werden, von den pflegebedürftigen Personen oder ihren zum Unterhalt verpflichteten Angehörigen zur Gänze über private Zuzahlungen zu bestreiten. Bei finanziellen Schwierigkeiten kann die Sozialhilfe unterstützend einspringen. (Dussap et al. 2018)

Bei **ambulanter Pflege** ist die Kostenübernahme durch die Pflegekassen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung wie folgt geregelt: Die Pflegekassen übernehmen die monatlichen Kosten der Leistungen für Pflege i.e.S. sowie der Betreuungsleistungen bis zu einer gesetzlich definierten Obergrenze, welche vom Pflegegrad abhängig ist. Die Obergrenze liegt laut §36 SGB XI für Pflegegrad 5 bei 1.995,00 EUR, für Pflegegrad 4 bei 1.612,00 EUR, für Pflegegrad 3 bei 1.298,00 EUR und für Pflegegrad 2 bei 689,00 EUR.

Auch bei ambulanter Pflege gilt: Wenn die monatlichen Kosten für die in Anspruch genommenen Leistungen (sowohl für Pflege i.e.S. als auch Betreuung) die Obergrenze

übersteigen, ist die Differenz von den pflegebedürftigen Personen oder ihren zum Unterhalt verpflichteten Angehörigen über private Zuzahlungen zu bestreiten.

4.3.4 Pooling der Mittel und Risikostrukturausgleich

Das **Pooling der Mittel** erfolgt im deutschen Pflegesystem **auf Ebene der einzelnen Pflegekassen**. Zusätzlich zum Pooling findet auch ein **Risikostrukturausgleich**, welcher im SGB XI „Finanzausgleich“ genannt wird, statt. Laut §66 SGB XI werden die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich statt. Das Bundesversicherungsamt führt den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch. Es hat Näheres zur Durchführung des Finanzausgleichs mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist für die Pflegekasse verbindlich.

Wenn auch als Finanzausgleich bezeichnet, erfüllt dieser Ausgleich durchaus eine (wenn auch etwas verwässerte) Form eines Risikostrukturausgleichs. Da der unabhängige Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in jedem Einzelfall die Höhe des Pflegebedarfs bzw. Pflegegrades bestimmt, haben die Pflegekassen hier keine Handhabe, Einfluss im Sinne von *dumping* oder *skimming*¹² zu betreiben (zumindest keine direkte). Ihre Ausgaben sind mit den Obergrenzen der somit jeweils unabhängig determinierten Pflegegrade begrenzt, also sind (anders als im Gesundheitswesen) keine exzessiven Kosten für einzelne Versicherte zu befürchten und die Risikostreuung ist weit einfacher und berechenbarer als im Gesundheitswesen. Da die Kassen die Leistungsverträge selbst mit den AnbieterInnenorganisationen verhandeln und in Deutschland keine Branchenkollektivverträge üblich sind, haben die Kassen hier prinzipiell die Möglichkeit und auch den Anreiz, effizient zu verhandeln. Gelingt ihnen dies, kommen sie selbst in den Genuss ihrer Verhandlungserfolge, da sie allein für die beschränkten Kosten der Pflege verantwortlich sind.

4.3.5 Trends und jüngere Reformen

Die deutsche Pflegeversicherung – das zentrale Element des deutschen Pflegesystems – hat seit ihrer Einführung im Jahr 1995 zahlreiche Reformen erfahren. Im Fokus der aktuellsten Reformen standen die Pflegestärkungsgesetze 1 bis 3.

¹² *Dumping* bezeichnet die Strategie, kostenintensive PatientInnen aus dem Vertrag zu drängen, *skimming* die Strategie, ihnen kostenintensive Leistungen vorzuenthalten.

Das **Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)** trat per 1. Jänner 2015 in Kraft. Gegenstand des Gesetzes ist erstens eine Erhöhung der Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung, ein Ausbau der Leistungen in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege und eine Verbesserung der Leistungen für Personen mit Demenz. Die Finanzierung dieser Gesetzesmaßnahme erfolgt durch eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung um 0,2% (Bundesministerium für Gesundheit 2017a). Gegenstand des Gesetzes ist zweitens die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds bei der Bundesbank (Details dazu siehe §§131–139 SGB XI). In diesem Pflegevorsorgefonds wird ein Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge pro Jahr über einen Zeitraum von 20 Jahren veranlagt. Ziel des Pflegevorsorgefonds ist es, eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung zu gewährleisten und die aufgrund der Babyboomer-Generation zu erwartenden Beitragssteigerungen in der Pflegeversicherung abzumildern. Die Mittel aus dem Pflegefonds sollen ab dem Jahr 2035 herangezogen werden, um den Beitragssatz zur Pflegeversicherung zu stabilisieren. Die Finanzierung dieser Gesetzesmaßnahme erfolgt durch eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung um 0,1% (Bundesministerium für Gesundheit 2017b).

Das **Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)** trat per 1. Jänner 2017 in Kraft. Gegenstand des Gesetzes ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sowie eines neuen Assessmentinstruments. Das Instrument wandelt die drei Pflegestufen, die seit Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen waren, in fünf Pflegegrade um. Die Finanzierung dieser Gesetzesmaßnahme erfolgt durch eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung um 0,2% (Bundesministerium für Gesundheit 2017c).

Das **Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III)** trat ebenfalls per 1. Jänner 2017 in Kraft. Gegenstand des Gesetzes ist einerseits die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, insbesondere in den Themenbereichen Sicherstellung der Versorgung, Beratung und Empfehlungen zu zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Pflegeversicherung. Damit sollte u. a. die Pflegeberatung für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige verbessert und gestärkt werden. Gegenstand des Gesetzes ist andererseits ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung von Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug (Bundesministerium für Gesundheit 2017d).

Unabhängig von aktuelleren Reformen in deren Fokus die Pflegestärkungsgesetze 1 bis 3 standen, ist im **Sinne der nachhaltigen Finanzierung der Pflege eine kontinuierliche Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung** zu beobachten. Im Folgenden wird diese kontinuierliche Anhebung im historischen Ablauf dargestellt:

- Am 01.01.1995 wurde die Pflegeversicherung mit einem von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen paritätisch getragenen Beitragssatz in der Höhe von 1,0% eingeführt. Ab dem 01.04.1995 bestand ein Anspruch auf ambulante Pflegeleistungen.
- Ab 01.07.1996 bestand auch ein Anspruch auf stationäre Pflegeleistungen, damit verbunden war auch eine Erhöhung des Beitragssatzes von 1,0% auf 1,7%.
- Zwischen 01.07.1996 und 01.07.2008 blieb der Beitragssatz (außer für kinderlose Personen und PensionistInnen) unverändert bei 1,7%. Die Beibehaltung des Beitragssatzes über diesen Zeitraum war nur deshalb möglich, weil auch die Höhe der Geld- und Sachleistungen über diesen Zeitraum nicht verändert wurden. Angesichts der Inflation sowie der gestiegenen Kosten für die Pflegesachleistungen war dies gleichbedeutend mit einem erheblichen Wertverfall der Leistungen.
- Ab 01.04.2004 müssen die PensionistInnen den Beitragssatz zur Gänze selbst tragen. Zuvor übernahm die Rentenversicherung die Hälfte des Beitragssatzes.
- Ab 01.01.2005 wurde für kinderlose Personen, die nach dem 31.12.1939 geboren wurden, ein Beitragszuschlag in der Höhe von 0,2 Prozentpunkten eingeführt.
- Am 01.08.2008 wurde der Beitragssatz im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes von 1,7% auf 1,95% erhöht. Damit sollten die im Pflegeweiterentwicklungsgesetz vorgehene Leistungsanhebung bzw. -ausweitung finanziert werden.
- Am 01.01.2013 wurde der Beitragssatz im Zuge des Pflegeneuausrichtungsgesetzes von 1,95% auf 2,05% angehoben. Damit sollten die im Pflegeneuausrichtungsgesetz beschlossenen weiteren Leistungsausweitungen und -dynamisierungen finanziert werden.
- Am 01.01.2015 wurde der Beitragssatz im Zuge des ersten Pflegestärkungsgesetzes von 2,05% auf 2,35% angehoben, weitere Details dazu finden sich oben.
- Am 01.01.2017 wurde der Beitragssatz im Zuge des zweiten Pflegestärkungsgesetzes von 2,35% auf 2,55% angehoben, weitere Details dazu finden sich oben.
- Am 01.01.2019 wurde der Beitragssatz im Zuge des dritten Pflegestärkungsgesetzes von 2,55% auf 3,05% angehoben, weitere Details dazu finden sich oben.

4.4 Länderbeispiel Frankreich

4.4.1 Hintergrund

Dem französischen Pflegesystem liegt das **konservative Wohlfahrtsstaats-Modell** zugrunde. Das Modell fußt somit auf dem Subsidiaritätsprinzip, demzufolge Pflege primär im Verantwortungsbereich der Familie liegt. Der Staat greift nur dann ein, wenn die Familie die Erfordernisse bzw. Bedürfnisse ihrer zu pflegenden Angehörigen nicht mehr erfüllen kann (Vogliotti und Vattai 2014). Im Gesundheits- und Pflegewesen spielt die soziale Kranken-

versicherung eine große Rolle; diese ist (wie in Österreich) als Pflichtversicherungssystem ausgestaltet.

Frankreich ist ein **dezentraler Einheitsstaat**, was bedeutet, dass die gesamte legislative Kompetenz beim Zentralstaat liegt, der die Durchführung der Aufgaben an die untergeordneten administrativen Körperschaften delegiert. Die französische Verfassung sieht drei untergeordnete Verwaltungsebenen vor: Regionen, *Départements* und Gemeinden. Jede hiervon verfügt über einen gewählten Generalrat, autonome Finanzen und – in gewissem Maße – auch fiskalische Selbstständigkeit.

Eine **für die Pflege besonders wesentliche Verwaltungsebene** ist die der 96 innereuropäischen und fünf außereuropäischen *Départements*. In mehreren Gesetzeswellen wurden den *Départements* zusätzliche Aufgaben im Bereich der Pflege zugeteilt (Seifert und Nieswand 2014). Seither sind die *Départements* zuständig für die Verteilung von finanziellen Hilfeleistungen, für die Organisation des Angebots an Dienstleistungen im Rahmen der ambulanten und der stationären Pflege, für die Koordinierung der Altenhilfeplanung, für Maßnahmen der sozialen Arbeit mit älteren Menschen und deren pflegenden Angehörigen sowie für Präventionsmaßnahmen im Bereich des Selbstständigkeitsverlusts von älteren Personen. Auf regionaler Ebene sind die sogenannten *Agences Régionales de Santé* (ARS ; dt.: regionale Gesundheitsagenturen) mit dem medizinischen Bereich der Pflege und als solche mit der Planung des medizinischen und sozialen Angebots sowie mit Zulassungen für die Eröffnung eines Pflegeheims oder ambulanter Pflegedienste betraut. Darüber hinaus trägt auch die nationale Ebene Verantwortung im Bereich der Pflege und legt, insbesondere im Rahmen der Pflegegesetze, den allgemeinen Organisationsrahmen des Systems sowie die grundlegenden Richtlinien fest, die anschließend auf *Département*-Ebene umgesetzt werden. Schließlich kommt auch den Gemeinden eine Rolle zu, indem sie häusliche Pflegedienste und Pflegeheime direkt verwalten sowie bei Bedarf finanzielle Notfallhilfeleistungen zuweisen können. (Dussap et al. 2018)

Generell werden die **Budgets der subnationalen Verwaltungsebenen** einschließlich *Départements* und Gemeinden im Wesentlichen aus eigenen Steuereinnahmen und zu 35% aus Zuschüssen des Zentralstaates gespeist. Besonders relevante Steuern auf Ebene der *Départements* sind die Unternehmens- und Wohnraumsteuern sowie Grundsteuern für sowohl erschlossenen als auch unerschlossenen Grund. Dabei liegt sowohl die Einnahmen- als auch die Regelungskompetenz auf Ebene der *Départements*. Diese sind überdies dazu verpflichtet, ihre laufenden Ausgaben vollständig aus eigenen Einnahmen (Steuern, Transfers und operative Einnahmen) zu bestreiten und dürfen lediglich für die Finanzierung von Investitionen Kredite aufnehmen (OECD 2007). Generell können staatliche Zuschüsse aus drei unterschiedlichen Gründen gewährt werden: (1) Bei der Delegation von Aufgaben von

zentraler auf niedrigerer Ebene muss laut Verfassung das Geld der Leistung folgen, daher generiert die Dezentralisierung von Aufgaben stets eine Ausweitung der Zuschüsse; (2) Sind aufgrund nationaler Vorgaben bei einzelnen Steuern oder Abgaben Ausnahmeregelungen zu implementieren, so muss auch hierfür ein Zuschuss von der zentralen an die dezentrale Ebene gewährt werden; (3) Basierend auf Indikatoren, welche die Kaufkraft auf Ebene der *Départements* abbilden, bestimmt der Zentralstaat jährlich das Ausmaß der Ausgleichszahlungen zwischen den subnationalen Gebietskörperschaften. Obwohl sämtliche Zuschüsse und Ausgleichszahlungen auf einer kalkulierten, zweckbezogenen Basis beruhen, sind die jeweiligen EmpfängerInnen in ihrer Verwendung frei, genießen also Autonomie in der Verwendung ihrer Budgets.

4.4.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems

Das französische Pflegesystem geht traditionell davon aus, dass die **Verantwortung für die Organisation und Finanzierung der Pflege bei den Einzelpersonen und ihren Familien** liegt. Allerdings hat sich diese Einstellung in den letzten Jahren ein wenig gewandelt, insofern als dass das System stärker in die öffentliche Gesundheits- und Pflegepolitik integriert wurde (Le Bihan 2018).

Das **zentrale Element** im französischen System zur Versorgung pflegebedürftiger Personen ist die sogenannte *Allocation personnalisée d'autonomie (APA)* (dt.: personenbezogene Pflegeleistung). Die APA finanziert Betreuungsleistungen für pflegebedürftige Personen über 60 Jahre, welche die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr eigenständig bewältigen können. Die Bereitstellung dieser Leistungen erfolgt für pflegebedürftige Personen in sowohl stationärer als auch in ambulanter Pflege und wird all jenen Personen gewährt, die dauerhaft in Frankreich leben. Die personenbezogene Pflegeleistung kann als Antwort auf die veränderten gesellschaftlichen Familienverhältnisse und die demografischen Herausforderungen Frankreichs angesehen werden und wirkt als solches der immer älter werdenden Bevölkerung entgegen. APA wird irreführender Weise öfter als französische Version des Pflegegeldes bezeichnet; ein gravierender Unterschied zum in Österreich gebräuchlichen Bild des Pflegegeldes ist aber, dass es sich hier um ein personalisiertes und zweckgebundenes Budget handelt und die betroffenen Personen direkt die Leistung bekommen, nicht aber einen Geldbetrag. (Dussap et al. 2018; Le Bihan 2018)

Das französische Pflegesystem baut hauptsächlich auf **Sachleistungen** auf, **Geldleistungen** spielen nur eine geringe Rolle. Demzufolge fließen im Jahr 2012 auch 90,3% der öffentlichen Ausgaben für Pflege in Sachleistungen und nur 9,7% in Geldleistungen. Damit liegt der Anteil der Geldleistungen nur halb so hoch wie im EU-Durchschnitt (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a). Darüber hinaus wird

bei der Unterstützung pflegender Angehöriger auf faktische Unterstützung und Information gesetzt. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass APA zwar zur Kompensation pflegender Angehöriger verwendet werden kann, hiervon aber nur selten Gebrauch gemacht wird. (Le Bihan 2018)

Zur **Feststellung, ob und welcher Pflegebedarf** vorliegt, wird mittels eines national einheitlichen Assessmentinstruments – *Grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources)* – auf Basis einer Bedarfsprüfung bestimmt. AGGIR als Katalog an Begutachtungsrichtlinien stellt die Fähigkeiten der älteren Personen bei der Durchführung von körperlichen, geistigen und alltäglichen Tätigkeiten fest und unterscheidet zwischen sechs Pflegestufen. Dabei steht GIR 1 für die schwerste Form der Pflegebedürftigkeit und GIR 6 für keine Pflegebedürftigkeit, GIR 1 bis 4 führen zu einem Anspruch auf APA in einkommensabhängiger Höhe¹³. Im Jahr betragen die maximalen APA-Ansprüche pro Monat in GIR 1 1.719,93 EUR, in GIR 2 1.381,04 EUR, in GIR 3 997,85 EUR und in GIR 4 665,60 EUR. Die Feststellung des Pflegebedarfs übernimmt ein soziomedizinisches Team, welches im Zuge der Einstufung einen individuellen Unterstützungsplan erstellt. APA soll dann die darin enthaltenen Leistungen teilfinanzieren. (Dussap et al. 2018)

Die **Zuständigkeiten für Sachleistungen**¹⁴ sind im französischen Pflegesystem folgendermaßen organisiert:

- **Pflege i.e.S.** liegt im Verantwortungsbereich der sozialen Krankenversicherung. Die soziale Krankenversicherung zeichnet für die Finanzierung sämtlicher Leistungen der Pflege i.e.S. sowohl im stationären Bereich (durch die Übernahme des Behandlungspflegetarifs in den Pflegeheimen) als auch im ambulanten Bereich verantwortlich. Für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflege i.e.S. fallen in keinem Setting private Zuzahlungen an.
- **Betreuung** liegt im Verantwortungsbereich der *Départements*. Hierzu betreiben diese zwei Programme, die im Altenpflege- und Behindertenbereich die Betroffenen bei der finanziellen Bewältigung ihres Betreuungsbedarfs unterstützen sollen, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (stationär oder ambulant). Diese Programme sind die bereits genannte APA und die sogenannte *Prestation de compensation du handicap* (Kompensationsleistung für Beeinträchtigungen bei Personen unter 60 Jahren), eingeführt im Jahr 2006. Gemäß Verfassung sind die *Départements* dafür zuständig,

¹³ Bis zu einer bestimmten monatlichen Einkommensgrenze (2018: 800,00 EUR) besteht der Anspruch der jeweiligen Stufe zu 100%, ab einem gewissen Einkommen (2018: 2.945,00 EUR) fällt der Anspruch auf 10%. (Le Bihan 2018)

¹⁴ Aufgrund der geringen Bedeutung der Geldleistungen im französischen Pflegesystem wird auf diese im Weiteren nicht näher eingegangen.

politische Zielsetzungen für ihr Gebiet festzulegen, APA zu finanzieren und zu organisieren sowie die Pflegedienste zu regeln. Die Gemeinden können darüberhinausgehende freiwillige Maßnahmen zur Unterstützung der älteren Bevölkerung einrichten. (Le Bihan 2018)

4.4.3 Mittelaufbringung für Pflege

Im französischen Pflegesystem liegt das Ausgabenniveau im Jahr 2015 bei 1,74% des BIP und ist somit mit dem OECD-Durchschnitt von 1,67% vergleichbar. Dabei entfallen 1,18% auf Leistungen der Pflege i.e.S. und 0,56% auf Betreuungsleistungen. (OECD 2017)

Die dem Finanzierungsaufwand folgende **Mittelaufbringung** für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen erfolgt durch einen **Mix aus Steuer- und Sozialversicherungsmitteln**. Die Mittelaufbringung im öffentlichen Bereich stellt sich im Konkreten wie folgt dar: 37% werden durch Steuern (8% nationale, 29% regionale Steuern) und 63% von der Sozialversicherung (inkl. CNSA, siehe unten) finanziert¹⁵.

Über die genaue Finanzierung der Pflege liegen nur bruchstückhafte Informationen vor: Nach LeBihan (2019) werden von öffentlicher Seite 12,1 Mrd. EUR für die Pflege i.e.S., 8,2 Mrd. EUR für Betreuungsleistungen und 3,3 Mrd. EUR für die Unterbringung in Pflegeheimen aufgewendet; weitere 6,3 Mrd. EUR werden von privaten Haushalten finanziert.

Die über APA verausgabten Mittel werden zu 70% von den *Départements* und zu 30% von der *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* (CNSA, dt.: Nationaler Solidaritätsfonds zur Förderung der Eigenständigkeit) aufgebracht. Der CNSA wurde 2004 als neue nationale Institution, die für die Implementierung von Politikmaßnahmen zugunsten der älteren Bevölkerung, aber auch behinderter Personen verantwortlich zeichnet, eingerichtet. Der Solidaritätsfonds wird aus mehreren Quellen finanziert: Aus Mitteln der sozialen Krankenversicherung (größter Anteil), aus der Abschaffung eines Feiertags, aus Steuern und aus dem sogenannten Solidaritätsfonds für Autonomie (CASA). Letzteren speist ein Steuersatz von 0,3% auf Alters- und Invaliditätspensionen. (Le Bihan 2018; Chevreul et al. 2015)

¹⁵ Wir danken Blanche Le Bihan, PhD, für die Übermittlung dieser Informationen.

4.4.3.1 Sozialversicherung

Die Sozialversicherung¹⁶ spielt bei der Finanzierung der Pflege eine wichtige Rolle und beteiligt sich zu 63% an der öffentlichen Mittelaufbringung.

Ähnlich wie in Österreich, ist in Frankreich ein berufsständisches Pflichtversicherungssystem etabliert, das die gesamte Bevölkerung abdeckt. Die **soziale Krankenversicherung** finanziert dabei aber nicht nur die Gesundheitsleistungen, sondern auch Pflegeleistungen i.e.S. im Altenpflege- und Behindertenbereich, einschließlich Pflegeabteilungen in Krankenhäusern und ambulante Pflege. Im Bereich der stationären Pflege – also auch in Pflegeheimen – tragen die Betroffenen ihre Unterbringungskosten selbst, ihre Betreuungskosten werden – je nach Einkommenssituation und erforderlichem Bedarf – über APA oder aus privaten Mitteln finanziert. (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016b)

Bezogen auf das Zusammenspiel von nationalen Regelungen und der Sozialversicherung fällt in Frankreich eine Besonderheit auf: Um die finanzielle Basis der Sozialversicherung zu verbreitern, wurde der ArbeitnehmerInnen-Beitrag schon in den 1990er Jahren, ausgehend von 6,8% , massiv gesenkt und betrug im Jahr 2013 0,75% . Stattdessen wurde eine Steuer auf das gesamte Einkommen, die sogenannte *Contribution Sociale Généralisée (CSG)*, eingeführt, von der wiederum feste Anteile zweckgebunden sind. Die Steuersätze sind je nach Einkommensart abgestuft: 7,5% (wovon 5,29 Prozentpunkte an die Krankenversicherung gehen) auf Arbeitseinkommen, 8,2% (5,95 Prozentpunkte) auf Kapitaleinkünfte, bis zu 12% auf Einkünfte aus dem Glücksspiel, 6,6% (4,35 Prozentpunkte) auf Pensionen und 6,2% (3,95 Prozentpunkte) auf Transfereinkommen wie Arbeitslosengeld, Wochengeld bei Mutterschaft oder Krankengeld. Da das Arbeitseinkommen bei rund der Hälfte der französischen Haushalte unter der allgemeinen Einkommensteuergrenze liegt, ist darüber hinaus bei diesen Haushalten die Sozialversicherungssteuer CSG auf 3,8% abgesenkt. Anders als in Österreich, ist nur ein Teil dieses (als Steuer ausgestalteten) Sozialversicherungsbeitrags von der Einkommensteuer abzugsfähig. Durch die abgestuften Sätze je Einkommensart kann CSG daher als progressiv angesehen werden. Rund 70% dieses Steueraufkommens floss 2012 an die soziale Krankenversicherung, in der Statistik werden die durch CSG finanzierten Ausgaben aus diesem Grund auch als sozialversicherungsfinanziert klassifiziert. (Chevreul et al. 2015; Chevreul und Berg Brigham 2013)

¹⁶ Der Begriff „Sozialversicherung“ ist im französischen Pflegesystem sehr umfassend definiert, da darin sowohl die Sozialversicherungsbeiträge selbst als auch die Sozialversicherungssteuer (CSG, siehe weiter unten im Text) enthalten sind. Diese Art der Klassifizierung ist jedoch für das französische System geläufig und basiert u. a. auf Böhm et al. (2013).

Die **Regelungskompetenz** für die Festsetzung der Beitragssätze zur sozialen Krankenversicherung sowie der Sozialversicherungssteuer liegt bei der Zentralregierung, die auch die **Einhebungskompetenz** innehat und entsprechende Beträge an die Sozialversicherung weiterleitet.

4.4.3.2 Steuern

Auch Steuern spielen bei der Mittelaufbringung für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen eine tragende Rolle. Während über das nationale Steueraufkommen 8% der öffentlichen Pflegeausgaben bestritten werden, entfallen 29% auf regionale Steuerbeiträge.

Die **nationale Ebene** hat Finanzierungsbedeutung als faktisches Einhebungsorgan für die Krankenversicherungsbeiträge, die formell ein Teil der Sozialversicherungssteuer sind, siehe Abschnitt 4.4.3.1.

Auf der **regionalen Ebene** kommt den *Départements* eine bedeutendere finanzielle Rolle als den ihnen übergeordneten Regionen zu. Die *Départements* administrieren dabei die APA und tragen auch den Großteil der Kosten, insofern als dass die regionalen Steuern in die Finanzierung der APA miteinfließen.

Die **Regelungskompetenz** für die Festsetzung der nationalen Steuersätze liegt bei der Zentralregierung, jene für die regionalen Steuersätze teilweise bei den regionalen Behörden (siehe Abschnitt 4.4.1). Die **Kompetenz für die Einhebung der Beiträge** ist demnach ebenfalls sowohl bei der Zentralregierung als auch bei den regionalen Behörden verortet.

4.4.3.3 Private Haushalte

Die privaten Haushalte beteiligen sich in einem nicht unbeträchtlichen Ausmaß an der Finanzierung der Pflege, vor allem an der Betreuung. Für Leistungen der Pflege i.e.S., welche von der sozialen Krankenversicherung finanziert werden, fallen keine private Zuzahlungen an. Für Betreuungsleistungen im Rahmen von APA, welche von den *Départements* finanziert werden, fallen **private Zuzahlungen** von etwa einem Viertel der Kosten an, wobei bei einem Einkommen von unter 800 EUR pro Monat die private Zuzahlung entfällt. Allerdings verbleiben die Kosten jener Leistungen, die nicht in den APA-Betreuungsplan fallen, zur Gänze bei den Pflegebedürftigen und deren Familien.

Somit belaufen sich bei **stationärer Pflege** die privaten Zuzahlungen im Durchschnitt auf 1.850 EUR pro Monat, diese fallen hauptsächlich für Unterbringung und Verpflegung an.¹⁷ Bei **ambulanter Pflege** belaufen sich die privaten Zuzahlungen für Betreuungsleistungen im Rahmen von APA auf durchschnittlich 94 EUR pro Monat. Der im Zuge des APA-Assessments berechnete Wert der gebührenden Leistungen beträgt durchschnittlich 482 EUR pro Monat, wovon rund 20% (= 94 EUR) als private Zuzahlung von den betroffenen Personen selbst zu bestreiten sind. (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a)

Im französischen Gesundheitswesen sind private Zuzahlungen traditionell weit verbreitet. Aus diesem Grund ist der Anteil privat zusatzversicherter Personen in Frankreich besonders hoch, da diese Versicherungen zu einem guten Teil die privaten Zuzahlungen abfangen. Insofern ist nicht verwunderlich, dass Frankreich im europäischen Vergleich einen besonders hohen Bevölkerungsanteil, der auch über eine private Versicherung für die Pflegekosten im Alter verfügt, aufweist. So hatten im Jahr 2012 bereits 18% der über 40-jährigen Bevölkerung eine private Pflegeversicherung abgeschlossen, ein weit höherer Wert, als man ihn in ansonsten vergleichbaren Ländern vorfindet.

4.4.4 Pooling und Risikostrukturausgleich

Im französischen Pflegesystem erfolgt das Pooling der Mittel nach drei verschiedenen Ebenen: Einerseits getrennt nach Leistungsbereichen, andererseits nach den einzelnen SozialversicherungsträgerInnen und schließlich auch nach geografischen Verwaltungseinheiten.

Das **Pooling nach Leistungsbereich** unterscheidet zwischen Pflegeleistungen i.e.S. und Betreuungsleistungen. Für die Pflegeleistungen i.e.S. besteht ein frankreichweiter Pool an Mitteln, aus dem die die Pflege i.e.S. gemeinsam mit den Gesundheitsleistungen finanziert wird. Hierbei werden die Sozialversicherungsbeiträge sowie die Mittel aus der Sozialversicherungssteuer bei den jeweiligen Krankenkassen zusammengeführt, wodurch sich auch ein **Pooling nach SozialversicherungsträgerInnen** ergibt. Für die Betreuungsleistungen hingegen sind die *Départements* die wichtigste Pooling-Ebene der Mittel. Im Zuge dessen werden die Mittel aus nationalen und regionalen Steuern sowie jene von den privaten Haushalten bei den einzelnen *Départements* getrennt zusammengeführt. Aus diesem Grund findet im Bereich der Betreuungsleistungen auch ein **Pooling nach geografischen Verwaltungseinheiten** statt.

¹⁷ Wir danken Blanche Le Bihan, PhD, für die Übermittlung dieser Informationen.

Zusätzlich zum Pooling findet auch ein Risikostrukturausgleich im Zuge des Finanzausgleichs statt. Dies ist jedoch nur für den Bereich der Betreuungsleistungen und somit für die geografische Pooling-Ebene notwendig, da im Bereich der Pflegeleistungen i.e.S. und somit auf Pooling-Ebene der SozialversicherungsträgerInnen durch die Krankenkassen bereits ein impliziter Risikostrukturausgleich¹⁸ vorgenommen wird. Der Finanzausgleich besteht im Wesentlichen aus zwei Stufen: In der ersten Stufe zahlen die *Départements* einen Teil der in ihrem Territorium eingehobenen Steuern an die Zentralregierung; in der zweiten Stufe bestimmen die Zentralregierung und deren Finanzausgleichsregeln, welche Beträge an die einzelnen Gebietskörperschaften zurückfließen. Die einzelnen *Départements* sind dabei – trotz zweckspezifischer Berechnung – nicht an bestimmte Verwendungszwecke für die empfangenen Gelder gebunden, wodurch auch die auf diesem Wege erhaltenen Mittel für die Pflege nicht-zweckgebunden sind. (Le Bihan 2018; Fischer und Thiessen 2011; Pru d’Homme 2006)

4.4.5 Trends und jüngere Reformen¹⁹

In der letzten Dekade wurde **keine explizite Reform** hinsichtlich einer nachhaltigen Finanzierung des Pflegesystems durchgeführt oder geplant. Dennoch wurden einige Anstrengungen unternommen, um der Problematik der älter werdenden Bevölkerung gerecht zu werden, wodurch implizit die nachhaltige Finanzierung des Pflegesystems thematisiert wurde. So beschloss im Jahr 2015 das Parlament das „Gesetz zur Anpassung der Gesellschaft an die Alterung“, welches 2016 in Kraft trat. Das entsprechende Gesetz zielt auf ein ganzheitliches Herangehen an die Altersthematik sowie auf eine inklusivere Gesellschaft ab und basiert auf drei Säulen:

1. Antizipation des Autonomieverlusts durch Prävention und Kampf gegen die Vereinsamung im Alter.
2. Gesellschaftliche Anpassung an den Alterungsprozess einschließlich der Adaptierung des Wohnraums, der Förderung von Übergangswohnungen und der Schaffung privater ehrenamtlicher Programme für SeniorInnen.

¹⁸ Dazu kommt, dass in Frankreich 88% der Bevölkerung bei der *Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS, dt.: Nationale Krankenkasse für ArbeitnehmerInnen) kranken- und somit pflegeversichert sind, wodurch diese die Mehrheit der Bevölkerung, und somit auch der Risiken, umfasst (Chevreul et al. 2015).

¹⁹ Dieser Abschnitt stützt sich auf Le Bihan (2019).

3. Verbesserung der Pflege und der Begleitung beim Verlust der Selbstständigkeit, im Zuge dessen die Reform des französischen Pflegegeldes APA im Zentrum steht.

Darüber hinaus sind für Ende 2019 weitere Gesetzesänderungen im Bereich der Pflege geplant. Als Vorbereitung dazu dient der sogenannte *Libault Report*, veröffentlicht im März 2019, welcher die Notwendigkeit öffentlicher Finanzierung in der Pflege und den Autonomieverlust von älteren Personen als ein soziales Risiko identifiziert. In Folge dessen schlägt der Bericht drei Aktionsfelder vor: **1) Reorganisation der bereits bestehenden finanziellen Unterstützungen** durch den Ersatz von APA durch einen neuen, dreiteiligen Typ von Pflegegeld für die häusliche Versorgung (menschliche und technische Unterstützung sowie Ersatzpflege zur Unterstützung pflegender Angehöriger) und durch die Zusammenführung der finanziellen Mittel aus den Gesundheits- und den Sozialbudgets bei der Bezahlung von Pflegeheimen; **2) Weiterentwicklung von Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege** durch die Renovierung von Pflegeheimen, die Erhöhung der Betreuungsrate²⁰ in Pflegeheimen, die Schaffung von 60.000 neuen Plätzen in Pflegeheimen, die Entwicklung von Alternativen zu Pflegeheim und Pflege zu Hause (stationäre Kurzzeitpflege und gemeinschaftliche Wohnformen) sowie durch die Schaffung von Indikatoren zur Qualitätsmessung der Leistungen in Pflegeheimen; **3) Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige** durch vereinfachte Abläufe und Informationszugänge, durch finanzielle Unterstützungen sowie Verbesserungen in ihrer Work-Life-Balance.

4.5 Länderbeispiel Niederlande

4.5.1 Hintergrund

Die Niederlande sind formell ein Königreich, die Exekutivmacht liegt aber bei Parlament und Regierung, wovon letztere meist auf einer Koalition beruht. Die Niederlande gliedern sich in zwölf Provinzen und weiter in 355 Gemeinden; auffallend ist die hohe Bevölkerungsdichte im geografisch kleinen Land. Die Einordnung der Niederlande in eine Systematik der **Wohlfahrtsstaat-Modelle** spiegelt die spezielle geografische Lage wider: Übereinstimmend mit dem kontinentalen Modell weisen die Niederlande eine lange Sozialversicherungstradition auf und nehmen für sich in Anspruch, als erstes Land über eine soziale Pflegeversicherung verfügt zu haben. Gleichzeitig war der Anspruch, dass primär die Familie für die Vorsorge bei Lebensrisiken zuständig sei, weniger ausgeprägt als in Ländern mit kontinentalem Wohlfahrtsstaat und stärker dem nordischen Modell angenähert. Nach

²⁰ Im Sinne der Beschäftigten je Pflegeheimbewohnerin oder -bewohner.

diesem hat primär der Staat die Individuen in der Bewältigung ihrer Lebensrisiken zu unterstützen. Die Rolle des niederländischen Staates wird aber anders als ursprünglich in skandinavischen Ländern nicht direkt in der Leistungserbringung gesehen, sondern in der Regulierung und Ordnung der Leistungserbringung sowie der Aufsicht über die Leistungserbringung. Im Gesundheitswesen wird dementsprechend die Organisationsform als *Managed Competition* beschrieben, also als Wettbewerbsmarkt innerhalb eines umfassend gestalteten staatlich organisierten Ordnungsrahmens. Die Aufsichts- und Regulierungsbehörden selbst sind in der Regel keine staatlichen Organe, sondern staatlich finanzierte unabhängige Einrichtungen, die in staatlichem Auftrag ihre Funktion wahrnehmen. (Kroneman et al. 2016)

Seit der großen Reform des niederländischen Pflegewesens und der darin enthaltenen Aufteilung der Kompetenzen und Zuständigkeiten (siehe den entsprechenden Abschnitt am Ende dieses Kapitels) ist nicht mehr klar auszumachen, welche Stelle die wesentlichste Rolle in Organisation und Erbringung der Pflege spielt. Entgegen dem internationalen Trend, der versucht zersplitterte Zuständigkeiten in einer organisatorischen Hand zusammenzuführen, wurde die umfassende Zuständigkeit unter der früheren Pflegeversicherung aufgelöst und auf vier Bereiche aufgeteilt. Im vorliegenden – vor allem mit der Vorsorge für die ältere Bevölkerung befassten – Bericht, beschränken wir uns auf drei Bereiche und klammern den vierten Bereich *Kinder und Jugend* aus: (1) Die neue Pflegeversicherung – geregelt durch das neue Pflegeversicherungsgesetz **WLZ** – ist ausschließlich zuständig für **schwere Pflege** im Sinne ständiger Betreuung und/oder Pflege i.e.S. (2) **(Nicht-schwere) Pflege i.e.S.** liegt seit der Reform im Verantwortungsbereich der Krankenversicherungen, geregelt durch das reformierte Krankenversicherungsgesetz **ZVW**; (3) **Betreuung**, die nicht unter schwere Pflege fällt, wurde bereits 2007 durch das neue Sozialhilfegesetz **WMO** aus dem alten Pflegegesetz herausgelöst und in die kommunale Verantwortung übertragen.

Die zueinander in Wettbewerb stehenden privaten Krankenversicherungen müssen alle Personen als Versicherte akzeptieren. Die Prämiensetzung erfolgt zu regional einheitlichen Sätzen (*community rating*) und Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherten werden durch ein elaboriertes System von Ausgleichszahlungen berücksichtigt. Diese erfolgen nicht direkt zwischen den einzelnen Krankenversicherungsgesellschaften, sondern die Krankenversicherungen zahlen ihre einkommensabhängigen Beitragseinnahmen in einen gemeinsamen Pool, der dann gemäß der Inanspruchnahme in der Vergangenheit risikoangepasste Pauschalen je versicherter Person an die Versicherungen auszahlt. Auf dieser Basis sind die Versicherungen voll verantwortlich für die Kosten der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen. Aufgrund dieser Konstellation von Merkmalen werden die Krankenversicherungen, obwohl rechtlich der Privatwirtschaft zuzurechnen, als Sozialversicherungen angesehen. (Kroneman et al. 2016)

4.5.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems

Die **Grundhaltung des niederländischen Pflegesystems** hat sich im Zuge der letzten Reform weiter jener im kontinentalen Wohlfahrtsstaat angenähert, betont also stärker die informelle Komponente der Versorgung. Seither gilt, dass die staatliche Verantwortung für die Organisation und Finanzierung der Pflege jene der zu pflegenden Person und ihres sozialen Umfelds nur bei Unzulänglichkeit ergänzt, wenn eben die Notwendigkeit für das, was als allgemein übliche Fürsorge zwischen FreundInnen und Familienmitgliedern betrachtet werden kann, überschritten wird. Diese Auffassung ist allerdings nicht gesetzlich definiert oder verankert. In der Praxis werden bei der Beurteilung des Pflegebedarfs die Möglichkeiten informeller Pflege im Einzelfall in Betracht gezogen, ohne diese informelle Pflege verpflichtend vorzuschreiben (Kelders und de Vaan 2018).

Ähnlich wie in skandinavischen Ländern spielen im niederländischen Pflegesystem seit langem **Sachleistungen** eine große Rolle, insbesondere stationäre Pflege wird im internationalen Vergleich überproportional häufig geleistet (Alders und Schut 2019). Den Anspruchsberechtigten steht die Auswahl zwischen Sach- und Geldleistungen frei, wenn sie im letzteren Fall die Pflege selbstständig organisieren und vertraglich regeln. Personengebundene Budgets (PGBs) stellen die wesentlichste **Geldleistung** dar. PGBs werden nicht ausbezahlt, sondern durch eine staatliche Stelle (nl.: *Sociale Verzekerings Bank SVB*) für die Pflegebedürftigen verwaltet. PGBs können für stationäre Pflege oder für häusliche Betreuung verwendet werden, in der Praxis werden sie aber bei stationärer Pflege nur selten gewählt (Kelders und de Vaan 2018; Maarse und Jeurissen 2016). Im Budget der Pflegeversicherung wurden für Geldleistungen im Jahr 2016 1,3 Mrd. EUR oder 6,5% der insgesamt 19,9 Mrd. EUR verausgabt (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a).

Die geteilten Zuständigkeiten seit der Reform betreffen auch die **Bedarfsfeststellung**. Das unabhängige Assessmentzentrum CIZ (nl.: *Centrum Indicatiestelling Zorg*) ist nicht mehr umfassend, sondern nur noch für „**schwere**“ Pflege, also im Geltungsbereich des neuen Pflegeversicherungsgesetzes WLZ (nl.: *Wet Langdurige Zorg*), zuständig. Es beurteilt den individuellen Pflegebedarf anhand bestimmter Standards und legt damit den Bedarf für bestimmte Pflegeprofile fest. Das Assessment stellt fest, ob der Pflegebedarf so umfassend ist, dass er den Transfer von kommunaler Zuständigkeit unter WMO in das WLZ-System erfordert, legt damit aber noch kein bestimmtes Pflegesetting (stationär oder häusliche Umgebung) fest. Das Pflegesetting beeinflusst aber die Zuzahlungshöhe. Das national einheitliche Assessment ist auch dafür ausschlaggebend, ob das Recht auf einen Heimplatz besteht: Seit 2013 dürfen nur Personen ab der vierten von insgesamt acht Pflegestufen neu in Pflegeheime aufgenommen werden. Diese Regelung führte zu einem Rückgang in der gesamten Pflegeheimkapazität um geschätzte 10.000 Wohnplätze (Alders und Schut 2019).

Damit hat die Reform die Latte für die Fallschwere und die damit einhergehenden Anforderungen an die Pflegeheime so hinaufgeschraubt, dass ein eigenes Budget von 2,1 Mrd. EUR für Qualitätsaufrüstung der Pflegeheime bereitgestellt wurde, um die gestiegenen Erfordernisse zu erfüllen (Kelders und de Vaan 2018). Die sonstige Bedarfsfeststellung liegt für **(nicht-schwere) Pflege i.e.S.** bei den Vertragseinrichtungen der Krankenversicherungen, welche die Pflegeleistungen erbringen, und bei **Betreuungsleistungen** im Bereich der zuständigen Kommune. Das heißt, dass letztendlich Bedienstete der Kommune darüber entscheiden, wer welche Betreuungsleistungen erhält. Da keine einheitlichen Regeln festgelegt sind, welche persönliche Situation zu welchem konkreten Leistungsanspruch führt, sind unterschiedliche Leistungsniveaus nach Wohnort vorprogrammiert (Alders und Schut 2019). Die Abgrenzung zwischen WLZ und kommunaler Zuständigkeit ist nicht immer ganz eindeutig, da sie sich nicht nach dem Ort der Leistungen richtet, sondern nach dem individuellen Leistungsbedarf. Für Kommunen besteht daher der Anreiz, Personen mit hohem Betreuungsbedarf in WLZ-Zuständigkeit zu transferieren, da WLZ auch bei häuslicher Betreuung zuständig ist, sofern 24/7 Bedarf gegeben ist.

In Übereinstimmung mit der gespaltenen Zuständigkeit für die Leistungserbringung wurde auch die Finanzierung der einzelnen Pflegebereiche getrennt. Die neue Pflegeversicherung wird durch ein eigenes Langzeitpflegegesetz (WLZ) in Verbindung mit dem angepassten Krankenversicherungsgesetz (ZVW) geregelt und verfügt über ein eigenständiges Budget. Da WLZ im Gegensatz zu dem vorangegangenen Pflegegesetz nur für **schwere Pflege** im Sinne einer 24/7 notwendigen Versorgung gedacht ist, sorgt das Gesetz auch für weit weniger Personen vor als sein Vorläufer, nimmt aber den größten Anteil der finanziellen Ressourcen für Pflege in Anspruch. Die Versorgung mit WLZ-Leistungen wird von Pflegebüros organisiert, die jeweils in der regional vorherrschenden Krankenversicherung verortet sind, aber selbstständig im Auftrag und auf Kosten von WLZ agieren. Die Finanzierung für **(nicht-schwere) Pflege i.e.S.** wurde gemeinsam mit der organisatorischen Zuständigkeit an die Krankenversicherungen übertragen. Die Finanzierung der **Betreuungsleistungen** unter WMO obliegt den Kommunen, solange kein Bedarf für schwere Pflege gegeben ist; sie erhalten hierfür Zuweisungen aus dem Budget des niederländischen Staates.

4.5.3 Mittelaufbringung für Pflege

Im niederländischen Pflegesystem lag das Ausgabeniveau im Jahr 2015 bei 3,67% des BIP und somit an der Spitze der Länder, für welche die OECD-Datenbank entsprechende Angaben ausweist. Dabei entfielen 2,38% auf Leistungen der Pflege i.e.S. und 1,29% auf Betreuungsleistungen. (OECD 2017)

Bezogen auf das Finanzierungsregime waren die Niederlande das erste Land mit einer umfassenden und verpflichtenden Sozialversicherung für das soziale Risiko der Langzeitpflege, die zudem ein sehr umfassendes Budget verwaltete. Die Ausgabenhöhe für Pflege entsprach in etwa zwei Dritteln der Ausgaben für Akutversorgung – ein nicht nur aus österreichischer Sicht bemerkenswertes Zahlenverhältnis. (Kroneman et al. 2016)

Im Folgenden wird erläutert, wie sich die Mittelaufbringung seit der Reform 2007–2015 und der damit einhergehenden Dreiteilung der Pflegeausgaben für die ältere Bevölkerung nunmehr gestaltet.

Rund 270.000 Personen nutzten im Jahr 2016 Pflegeleistungen nach dem WLZ-Gesetz, dessen Ausgaben sich auf 17,7 Mrd. EUR summierten. Rund 2,1 Millionen Personen nutzten Betreuungsleistungen, die unter das WMO-Gesetz fallen und im Jahr 2016 Ausgaben in Höhe von 4,8 Mrd. EUR verursachten.

4.5.3.1 Steuern

Wie die vorangegangene Pflegeversicherung, so firmiert auch das Pflegeversicherungsgesetz WLZ als (Gesetz für eine) nationale Pflegeversicherung. Als Trägerin der finanziellen Letztverantwortung wurde aber explizit die staatliche Ebene festgeschrieben, d. h. wenn die gesetzlich geregelten Beitragseinnahmen nicht ausreichen, um die Ausgaben zu finanzieren, gleicht der Staat die Differenz aus. Auch handelt es sich bei der Pflegeversicherung um eine einzelne Organisation mit landesweiter Bedeutung, anders als im wettbewerbsorientierten Krankenversicherungsbereich. Insofern könnte diese Versicherung auch als staatliche Einrichtung auf **zentraler Ebene** angesehen werden. In Übereinstimmung mit der Literatur (Kroneman et al. 2016) klassifizieren wir WLZ aber nach wie vor als Sozialversicherung und verweisen für weitere Erklärungen zur Pflegeversicherung auf Abschnitt 4.5.3.2. Die Preissetzung für Pflegeleistungen obliegt der NZa (nl.: *Nederlandse Zorgautoriteit*, eine unabhängige Regulierungsbehörde für das Gesundheitswesen), welche Preisobergrenzen festsetzt, die vertraglich in den Vereinbarungen zwischen den Regionalbüros und den Pflegeeinrichtungen unterschrieben werden dürfen. Auf zentraler Ebene ist auch die Letztverantwortung für die Pflegeversicherung angesiedelt, Finanzierungsbedarf ist gegebenenfalls aus den allgemeinen Steuermitteln zu decken.

Die **regionale Ebene** im Sinne des niederländischen Staates trägt **keine Finanzierungsverantwortung**. Allerdings liegen Verwaltungsaufgaben in Zusammenhang mit der Pflegeversicherung WLZ in Händen von 31²¹ regionalen Pflegebüros, deren regionale

²¹ Die Quellen über die Anzahl sind nicht einheitlich. Laut mehreren Literaturangaben gibt es 31 Pflegebüros, laut <https://www.zorgkaartnederland.nl/zorgkantoor> (4.4.2019) hingegen 36.

Zuständigkeit aber nicht mit der sonstigen politischen Einteilung übereinstimmt und deren Büros bereits unter dem alten Pflegeversicherungsgesetz existierten. Diese Pflegebüros sind in jener Krankenversicherung angesiedelt, welche die jeweilige Region dominiert²², werden als unabhängige Subsidiäre dieser Krankenversicherungen beschrieben und agieren unabhängig von diesen. Sie sollen sich zwar an die ihnen zugeteilten Budgets halten, haben aber keine Budgetverantwortung im eigentlichen Sinn. (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a)

Die Regionalbüros schließen lediglich die Verträge mit den AnbieterInnen, die dann direkt aus den öffentlichen Budgets bezahlt werden. Sie sind befugt, Preise zu verhandeln, soweit diese nicht die von der NZa festgesetzten Obergrenzen überschreiten. Das Setzen von Qualitätsstandards und die Kontrolle der verrechneten Leistungen auf Übereinstimmung mit den Standards liegen ebenfalls in ihrer Verantwortung (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016b). Somit tragen die Pflegebüros nur theoretisch die finanzielle Verantwortung, sehr wohl aber Verantwortung für die faktische Erbringung von Pflegeleistungen. In Kombination damit, dass die zentralstaatliche Ebene verpflichtet ist, allfällige Defizite des Pflegefonds auszugleichen, sind hier nur sehr abgeschwächte Anreize für die Budgetdisziplin verankert.

Die **Gemeinden** erhalten von der zentralstaatlichen Ebene im Wege über einen Gemeindefonds ein nicht-zweckgebundenes Budget für die Finanzierung ihrer Leistungen (im Pflegebereich Heimhilfe, Wohnungsadaptierungen und Sozialhilfe), geregelt durch das Sozialhilfegesetz (WMO) von 2015. Die Zusammensetzung der lokalen Bevölkerung wird bei den Zuweisungen berücksichtigt (Wouterse und Smid 2017). Zielsetzung des Gesetzes ist, dass Personen bei Unterstützungsbedarf stärker ihr individuelles soziales Netz aktivieren als vor der Reform. Dementsprechend erhalten sie erst dann formelle Betreuungsleistungen, wenn ihr soziales Netz nicht ausreicht, um ihren Bedarf ausreichend abzudecken.

Diese Neuregelung zielt klar auf Kostendämpfung ab und die Budgets der Kommunen sind nun um 11% gegenüber der Zeit vor der Reform gesenkt worden. Außerdem wurde das Budget für hauswirtschaftliche Hilfe um 32%²³ gesenkt, weil eben stärker auf informelle Unterstützung gebaut werden soll. Es wurde erwartet, dass Kommunen schon aus eigenen Budgetinteressen niedrigere Preise verhandeln als Regionalstellen, die nicht selbst das

²² Diese Konstruktion ist in den Niederlanden gängig, auch Preisverhandlungen mit den Krankenhäusern werden üblicherweise von der dominierenden Krankenversicherung der Region geführt und andere Krankenversicherungen schließen sich den verhandelten Tarifen dann an.

²³ Gemäß Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee (2016b) sowie Kelders und de Vaan (2018) betrug die Kürzung sogar 40%.

finanzielle Risiko tragen, und auch besser die konkreten Bedarfe in der von ihnen versorgten Bevölkerung einschätzen könnten. (Maarse und Jeurissen 2016)

Die **Regelungskompetenz ist** insofern **zwischen kommunaler und zentraler Ebene** geteilt, als dass der Zentralstaat einen Rahmen vorgibt, innerhalb dessen die Kommunen über einen gewissen Entscheidungs- bzw. Konkretisierungsspielraum verfügen. Während die konkrete Form, in der WMO-Leistungen erbracht werden, von den einzelnen Kommunen gewählt werden kann, spezifiziert das allgemeingültige Gesetz, um welche Art von Leistungen es sich handelt:

- **Allgemeine Leistungen** sind zugänglich für die gesamte Bevölkerung, wie Essen auf Rädern oder Tagesaktivitäten in Nachbarschaftszentren.
- **Angepasste Leistungen** sind genau auf Bedürfnisse und Möglichkeiten der Einzelpersonen abgestimmt, um sie in ihrer Alltagsbewältigung zu unterstützen (z. B. Wohnungsadaptierungen, hauswirtschaftliche Unterstützung) und ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (z. B. Transport) zu ermöglichen. Hier ist auch betreutes Wohnen miteingeschlossen.

Es besteht keine einheitliche Regelung, welche Bedürfnisse zu konkret welchen oder wie vielen Leistungen berechtigen, Regelungen sind hier auf die jeweilige Kommune beschränkt, was vermutlich zu gewissen regionalen Unterschieden führt. Diese wurden allerdings noch nicht untersucht (Kelders und de Vaan 2018). Die Beurteilungsbasis der zuerkannten Leistungen bildet ein Gespräch mit den Pflegebedürftigen. Kommunen dürfen (bis 2019 unterschiedliche) Zuzahlungen einheben, dürfen aber kein *Means Testing*²⁴ durchführen.

4.5.3.2 Sozialversicherung

Seit 2015 ist die umfassende Pflegeversicherung durch eine neue, ebenfalls landesweite **Pflegeversicherung** unter dem neuen Gesetz *WLZ* mit eingeschränktem Geltungsbereich ersetzt. Die neue Pflegeversicherung speist sich aus Beiträgen in Höhe von 9,65% der Einkommensteuer, mit einer Obergrenze von 33.589 EUR. Alle unter dem neuen Pflegeversicherungsgesetz *WLZ* eingehobenen Mittel werden in den Pflegefonds übermittelt, der vom niederländischen Gesundheitsinstitut²⁵ (nl.: *Zorginstituut Nederland*) verwaltet wird.

²⁴ Means Testing ist eine Feststellung, ob eine Person oder Familie Anspruch auf staatliche Unterstützung hat, je nachdem, ob die Person oder die Familie die Mittel besitzt, auf diese Hilfe zu verzichten.

²⁵ Die drei weiteren Aufgaben des Instituts sind das Management des Leistungskatalogs für Kranken- und Pflegeversicherung, die Förderung von Verbesserungen im Gesundheitssystem und die Beratung bezüglich Gesundheitsberufen und deren Ausbildungsmöglichkeiten (<https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/tasks-of-the-national-health-care-institute>, 04.04.2019).

Reichen diese Mittel nicht aus, ersetzt die niederländische Regierung den Fehlbetrag aus ihrem allgemeinen Budget (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a).

Die Begründung für die Verankerung dieser Zuständigkeit auf der zentralstaatlichen Ebene liegt darin, dass umfangreiche Risiken für sehr vulnerable Personen am besten vom Zentralstaat organisiert werden. Im Vergleich zum System vor der Reform verwaltet der Zentralstaat (bzw. in seinem Auftrag das Gesundheitsinstitut) damit nach wie vor den größten Teil der Ausgaben, betrifft aber nur noch etwas mehr als ein Drittel der Personen, die unter der alten Regelung Leistungen bezogen haben. (Maarse und Jeurissen 2016)

Zusammengefasst liegt die Regelungskompetenz für die Pflegeversicherung unter WLZ auf zentralstaatlicher Ebene.

Seit der Reform 2015 fallen Rehabilitation und Leistungen der *Community Nurses* in das verpflichtende Basis-Leistungspaket der **Krankenversicherungen**. Die Versicherungen müssen entsprechende Verträge abschließen, um derartige Angebote sicherzustellen, dürfen dabei aber selektiv kontrahieren.

Die **Regelungskompetenz** für diese Krankenversicherungen liegt auf nationaler Ebene und bedient sich in großem Umfang der Unterstützung durch unabhängige Stellen für Forschung, Monitoring, Lizenzierungen und ähnliche Aufgaben.

Die **Mittelaufbringung der Krankenversicherung** erfolgt über zwei Beitragsschienen. Im Rahmen der Versicherungspflicht muss jede Einwohnerin und jeder Einwohner einen Krankenversicherungsvertrag abschließen, die Prämien hierfür sind als regional einheitliche Kopfpauschalen zu zahlen. Zusätzlich werden über den Arbeitsplatz einkommensabhängige Zahlungen fällig. In der Krankenversicherung gibt es zwar verpflichtend *Deductibles* (feste Selbstbehalte bevor die Zuständigkeit der Krankenversicherung beginnt), die Leistungen der *Community Nurses* sind aber von diesen ausgenommen und somit selbstbehaltsbefreit. Der Transfer der Zuständigkeit für ambulante Pflege i.e.S. (*Community Nursing*) zu den Krankenversicherungen folgt der Überlegung, dass ihre Koordination mit Primärversorgung, Krankenhausversorgung und Rehabilitation in einer Hand – nämlich in jener der Versicherungen – liegen soll, um keine Anreize für Kostenverschiebungen zu bieten. Der Wettbewerbsdruck zwischen den Versicherungen, die das finanzielle Risiko für ihre Versicherten tragen, soll im Weiteren zu hoher Qualität der Leistungen bei niedrigen Preisen führen.

4.5.3.3 Private Haushalte

Der Bezug von Pflegeleistungen – einschließlich personengebundener Budgets (PGB), aber ohne Krankenversicherungsleistungen – unterliegt einer **privaten Zuzahlung**. Bei Leistungen nach dem neuen Sozialhilfegesetz (WMO) haben die Kommunen innerhalb einer national festgelegten Bandbreite Spielraum. Da die Zuzahlung die Kosten der Leistung nicht übersteigen darf, können Kommunen die Bereitstellung von Pflegeleistungen nicht als Geschäftsmodell verwenden. Bei WLZ-Leistungen, also Leistungen im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes, sind landesweit gültige, einkommensabhängige Zuzahlungen festgelegt. Ihre Höhe hängt von einer Reihe weiterer Faktoren ab: lebt die gepflegte Person zu Hause oder im Pflegeheim, ist sie jünger oder älter als 65 Jahre bzw. lebt sie allein oder in Ehe bzw. Partnerschaft. In beiden Fällen (WLZ und WMO) ist die zentrale Verwaltungsstelle CAK (nl.: *Centraal Administratie Kantoor*) mit der Berechnung und Einhebung der Zuzahlungen befasst. Die CAK ist eine unabhängige Einrichtung, die öffentliche Dienste für das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport anbietet. Die Höhe der Zuzahlungen hängt von Einkommen, Vermögen, Alter und Haushaltsgröße der Pflegebeziehenden sowie von der Art der Leistung ab. (Kelders und de Vaan 2018)

Weil Zuzahlungen generell einkommensbezogen gestaltet sind, sollten große Zahlungsschwierigkeiten für Haushalte aufgrund von Pflegeausgaben wenig wahrscheinlich sein. Allerdings können sich auch gerade bei stationärer Pflege diese Zuzahlungen so stark summieren, dass lediglich ein Kleingeldbeitrag und ein Taschengeld zur freien Verfügung bleiben. Aus gesamthafter Sicht tragen die privaten Zuzahlungen 10% (2015) zu den WLZ-Ausgaben bei. (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016b)

4.5.4 Pooling und Risikostrukturausgleich

Entsprechend dem dreigeteilten Pflegesektor sind auch das Pooling und der Risikostrukturausgleich in dreigeteilter Form – schwere Pflege, *Community Nursing* und Betreuungsleistungen im häuslichen Bereich – zu betrachten:

Der kostenintensivste Bereich, **schwere Pflege**, ist in mehrfacher Hinsicht mit dem größtmöglichen Risikopool ausgestattet: Er umfasst die gesamten Niederlande, ohne Differenzierung nach Region oder Versicherungszugehörigkeit. Er wird gespeist aus der Einkommensteuer, die bei jedem Einkommen und nicht nur bei Arbeitseinkommen anfällt. Diese Konstruktion macht einen Risikostrukturausgleich obsolet, zumal die einzelnen Regionalbüros über weiche Budgets verfügen.

Community Nursing ist integriert in die Krankenversicherung, ist geregelt im Krankenversicherungsgesetz ZVW und unterliegt somit auch dem Risikostrukturausgleich. Im Rahmen der Krankenversicherung wird der Pool für die Pflegeleistungen innerhalb jeder Versicherungsgesellschaft zusammengeführt mit dem Pool für die Finanzierung sämtlicher Gesundheitsleistungen (für Primärversorgung, Krankenhausversorgung und Rehabilitation), was einen Anreiz für eine effiziente Gesamtversorgung darstellt – also ein durchaus erwünschter Effekt.

Es ist aber zu beachten, dass dieser Anreiz de facto durch den Risikostrukturausgleich abgeschwächt wird. Dieser berücksichtigt basierend auf den Vorjahresausgaben sieben Stufen für die Ausgaben im Rahmen von *Community Nursing*, wovon die höchste mit 30.000 EUR pro Jahr für eine erwachsene Person limitiert ist. Erst wenn diese Summe überschritten wird, ergibt sich für die Krankenversicherung der Anreiz, Versicherte zu einem Wechsel in stationäre Pflege zu bewegen (Maarse und Jeurissen 2016). Pflegeausgaben von 30.000 EUR pro Jahr werden beispielsweise überschritten, wenn im Schnitt über 13 Stunden *Community Nursing* pro Woche anfallen. Dieser Anreiz widerspricht aber dem Reformziel, einen möglichst langen Verbleib zu Hause zu unterstützen. Wird diesem Anreiz gefolgt, sind auch Konsequenzen für öffentliche Budgets zu erwarten: es steigen aufgrund vermehrter Pflegeheimnutzung die öffentlichen Pflegeausgaben für WLZ, aber gleichzeitig werden die kommunalen Budgets entlastet, da die Kommunen für WLZ-Anspruchsberechtigte keine finanzielle Verantwortung haben. (Alders und Schut 2019).

Betreuungsleistungen im häuslichen Bereich werden von den Kommunen im Rahmen ihres Sozialhilfebudgets verantwortet; damit ist hier der Finanzierungspool, gemessen an der Bevölkerungszahl, am kleinsten. Die Bemessung des Sozialhilfebudgets erfolgt zwar angepasst an einige objektiv messbare Faktoren – wie Bevölkerungsanzahl, Anteil mit niedrigem Einkommen, Anteil der über 65-Jährigen und Anteil der Personen mit hohem Medikamentenverbrauch als Indikator für Morbidität –, aber erfolgt nicht konkret an den lokalen Betreuungsbedarf angepasst. Insofern ist der Mechanismus für den Risikostrukturausgleich von Betreuungsleistungen im häuslichen Bereich schwächer als jener der Krankenversicherungen.

Kommunen haben innerhalb einer vom Zentralstaat vorgegebenen Bandbreite die Möglichkeit, Zuzahlungen einzuheben. Somit bleibt ein gewisser Gestaltungsbereich offen, das ist insbesondere wichtig, da den Kommunen auch eigenverantwortlich die Bedarfsfeststellung obliegt.

4.5.5 Trends und jüngere Reformen

Konfrontiert mit den EU-weit höchsten Ausgaben für Pflege und weiteren prognostizierten Steigerungen in diesem Bereich entschloss sich die niederländische Politik, das System grundlegend zu reformieren. Im Zeitraum 2006–2015 wurde in mehreren Stufen eine große Reform des Pflegesektors durchgeführt, die bis dahin wesentlich durch die Pflegeversicherung bestimmt und durch das Pflegegesetz AWBZ (nl.: *Algemene wet Bijzondere Ziektekosten*) geregelt war. Um die große Reform zu verstehen, muss zuvor kurz auf die Entwicklung der Regelungen zur Pflege eingegangen werden. Die Pflege ist bereits seit 1968 im Gesetz AWBZ, das ursprünglich außergewöhnlich hohe bzw. kostspielige Versorgungsmaßnahmen abdecken sollte (also häufig bei chronischen Erkrankungen oder Behinderungen), festgeschrieben. Erst im Laufe der Zeit kam zunehmend die Pflege im Alter als Aufgabenbereich dazu.

Zur Entscheidung für eine umfassende Reform dürfte beigetragen haben, dass dem niederländischen System auch Fehlanreize nachgesagt wurden. So erfreuten sich **PGBs** in den Jahren kurz vor der Reform steigender Inanspruchnahme, rund ein Fünftel der Beziehenden von Pflegeleistungen entschieden sich für Geld- statt Sachleistungen. Gerade die Ausgaben für PGBs verzeichneten einen starken Anstieg in den Jahren vor der Reform und Befürchtungen wurden laut, dass diese PGBs in mehr als nur den ursprünglich beabsichtigten Fällen beansprucht wurden. Infolgedessen wurde 2012 der Kreis der potenziell Anspruchsberechtigten für PGBs drastisch eingeschränkt. (van Ginneken und Kroneman 2015)

Die Reform sollte eine bessere Koordination der medizinischen mit den sozialen Versorgungsleistungen bewirken und die Anreize für eine effiziente Leistungserbringung stärken, indem die Versicherungen und die Kommunen für die Leistungsbeschaffung verantwortlich gemacht wurden. Entgegen der in Österreich verfolgten Bestrebung – Zusammenführung der Finanzierungsquellen – wurden die niederländischen Leistungen nunmehr wie bereits beschrieben auf die drei unterschiedlichen Finanzierungsstränge schwere Pflege, *Community Nursing* und Betreuungsleistungen im häuslichen Bereich aufgeteilt. Alders und Schut (2019) identifizieren jedoch gravierende kontraproduktive Anreize in der Umsetzung:

- Die Aufteilung der Finanzierung auf drei Bereiche: Besonders für die voll finanzierungsverantwortlichen Kommunen bestehen Anreize, kostenintensive Personen in die Intensivversorgung via WLZ abzuschieben. Das liegt daran, dass ihre nationalen Zuwendungen zwar einige objektiv messbare Faktoren, aber eben nicht direkt den Pflegebedarf der Bevölkerung im Einzugsbereich berücksichtigen. Diese Finanzausgleichsregelung steht dem Interesse der Kommunen entgegen, beispielsweise

in Wohnungsadaptierungen oder bessere Infrastruktur für mobilitätseingeschränkte Personen zu investieren. Außerdem dürfen Kommunen Personen, die eine Begutachtung zwecks WLZ-Zuständigkeit ablehnen, mobile Pflegeleistungen verweigern.

- Die Bezahlungsform der *Third-Party*-EinkäuferInnen: Die Koordination von fünf Krankenversicherungsgruppen, von über 30 Regionalbüros und 380 kommunalen Pflegeservicestellen ist sehr anspruchsvoll, dennoch ist sie weder bei einer definierten Stelle verankert, noch wird sie als solche finanziell abgegolten. Da allfällige monetäre Vorteile erfolgreicher Koordination „irgendwo“ – aber nicht notwendigerweise bei der koordinierenden Stelle – anfallen, fehlen strukturierte Anreize für zielgerichtete Koordination. Erfolgreiche Koordination findet vor allem dort statt, wo sich altruistisch motivierte Einzelpersonen darum kümmern. Gerade bei den Regionalbüros, welche die kostenintensive WLZ-Versorgung verwalten, fehlen Effizienzanreize, da sie keine Budgetverantwortung tragen, und auch die Pflegeversicherung sieht sich nicht veranlasst, ihrerseits Budgetdruck wegen der staatlichen Defizitabdeckung weiterzugeben. Krankenversicherungen spüren den Budgetdruck zwar direkter, dieser ist durch eine aufwendige Berücksichtigung der Risikostruktur der Versicherten aber erheblich abgemildert. Demgegenüber unterliegen Kommunen mit ihren relativ festen Budgets einem stärkeren Budgetdruck. (Alders und Schut 2019)
- Das Design der verschiedenen Zuzahlungen für die Leistungsbeziehenden: Die bestehenden Unterschiede bei Zuzahlungen für Leistungen im Rahmen der Pflege- und Krankenversicherung können dazu führen, dass Versicherte eher die zuzahlungsgünstigere, als die adäquatere Leistungsform wählen. Alders und Schut (2019) empfehlen daher, die Zuständigkeit des neuen Pflegeversicherungsgesetzes WLZ auf die stationäre Pflege zu beschränken²⁶.

Die implementierten Fehlanreize, so befürchtet die Analyse, könnten zum Gegenteil der intendierten Reformeffekte führen. Erste Analysen deuten darauf hin, dass Kommunen die Budgetkürzungen an den Pflegesektor in Form von niedrigeren Tarifen weitergeben, Kürzungen der Leistungen werden weniger beobachtet (Kroneman et al. 2016). Unter der Annahme, dass Leistungen im Pflegebereich sehr häufig in Zeiteinheiten gemessen werden, würde dies direkt auf die Lohnhöhe im Pflegesektor durchschlagen, das ist – angesichts der bereits bestehenden Positionierung im Niedriglohn-Sektor bei gleichzeitigen Bemühungen, die Pflege zu professionalisieren – eine Entwicklung von fragwürdiger Qualität.

²⁶ Diesem Argument können wir allerdings nicht ganz folgen. Unseres Erachtens werden damit Kostenverschiebungen lediglich auf eine andere Ebene gehoben: Ist WLZ ausschließlich für stationäre Pflege zuständig, bedeutet das für die Krankenversicherung den Anreiz, kostenintensive Personen ins WLZ „abzuschieben“. Darin dürfte eine unter Effizienzgesichtspunkten arbeitende Krankenversicherung unter Umständen noch professioneller sein als der/die Einzelne mit Pflegebedarf.

Kritisch zu hinterfragen ist der Umstand, dass von 2015 auf 2016 (also in zeitlicher Übereinstimmung mit der Budgetkürzung) rund eine von vier Personen ihren Leistungsbezug beendete oder erst gar nicht Leistungen beantragte (Kelders und de Vaan 2018). Je nachdem, um wie dringend gebrauchte Leistungen oder informell ersetzte Leistungen es sich hier handelt, kann dies als Effizienzsteigerung der öffentlichen Mittel oder als bedenkliche Kürzung der Leistbarkeit notwendiger Pflege angesehen werden; eine diesbezügliche Evaluierung steht unseres Wissens noch aus. Andererseits beobachten Kelders und de Vaan (2018) auch eine explizite Reduktion geleisteter Stunden in einigen Kommunen. Die Autorinnen bezweifeln aber den langfristigen Kostendämpfungseffekt durch das Ausweichen auf informelle Pflege, u. a. da das niederländische Berufungsgericht in einem Urteil im Jänner 2017 auf die Grenzen der Zumutbarkeit informeller Pflege verwiesen und die Kommunen angewiesen hat, notwendige Pflegeleistungen zur Verfügung zu stellen.

Die Reform führte zu einigen Problemen: Durch die verschärften Zugangsbedingungen in Pflegeheimen wurde der Pflegebedarf je dort versorgter Person höher und komplexer und in vielen Heimen wurde durch ein durchgeführtes Qualitätsassessment unzureichende Ausbildung und Überforderung des Personals festgestellt. Die Budgetkürzung für die Kommunen und die daraus resultierenden Tarifsenkungen trieben einzelne Pflegeorganisationen in den oder nahe an den Konkurs, sodass die Kommunen über realistische Preise bei geforderten Qualitätsstandards nachdenken müssen – nicht zuletzt weil die Regierung im selben Jahr eine diesbezügliche Regelung verabschiedete (Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

4.6 Länderbeispiel Schweden

4.6.1 Hintergrund

Dem schwedischen Pflegesystem liegt das **sozialdemokratische Wohlfahrtsstaats-Modell** zugrunde (Vogliotti und Vattai 2014). Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass die Gesamtbevölkerung als Zielgruppe gilt, d. h. dass dieselben Leistungen für alle sozialen Gruppen angeboten und auch von allen genutzt werden können, wodurch sich eine hohe Leistungstiefe ergibt. Ein weiteres Kennzeichen dieses Wohlfahrtsmodells ist, dass der Staat der Hauptakteur in der Leistungserbringung ist (Peterson 2017; Vogliotti und Vattai 2014). Das Leitprinzip des schwedischen Pflegesystems lässt sich daher auch wie folgt beschreiben: Als Ziel gilt die Bereitstellung von öffentlich geförderten, allgemein verfügbaren Leistungen, welche von allen pflegebedürftigen Menschen, ungeachtet von finanziellen und familiären Ressourcen, in Anspruch genommen werden können (Schön und Heap 2018).

Schweden ist ein **dezentraler Einheitsstaat**, was bedeutet, dass dem Zentralstaat die gesamte legislative Kompetenz unterliegt und dieser die Durchführung von bestimmten Aufgaben an untergeordnete Körperschaften delegiert. Die schwedische Verfassung sieht dazu zwei untergeordnete Verwaltungsebenen vor, namentlich die regionale Ebene, welche aus 21 Provinzen besteht, sowie die kommunale Ebene mit 290 Gemeinden (Schön und Heap 2018).

Eine **für die Pflege besonders wesentliche Verwaltungsebene ist die kommunale Ebene**.

Den Gemeinden als Selbstverwaltungskörper kommt eine gewisse Autonomie zu, da diese nicht nur die Verantwortung für das Sozialwesen tragen, sondern auch über Einnahmekompetenz verfügen (Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012). Sowohl die Pflege i.e.S., als auch die Betreuung fallen in den Bereich des Sozialwesens und somit in die Handlungskompetenz der Gemeinden, welche die Pflegeleistungen organisieren und finanzieren, für die medizinische (Grund-)Versorgung im niedergelassenen und im Spitalsbereich sind jedoch die Regionen zuständig (Schön und Heap 2018; Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012). Darüber hinaus trägt auch die nationale Ebene Verantwortung im Bereich der Pflege und zwar vor allem durch die Gesetzgebung, aber auch im Sinne einer Aufsichts- und Beratungsfunktion sowie mittels finanzieller Anreize (Meagher und Szebehely 2013).

Die **Budgets der Gemeinden** werden aus einem Mix von lokalen Steuern und einem nicht-zweckgebundenen, zentralstaatlichen Zuschuss gespeist. Dabei besitzen die Gemeinden nicht nur Autonomie über ihre Budgets, sondern auch über die Festsetzung der Höhe des lokalen Einkommensteuersatzes (Szebehely und Jönsson 2018). Der staatliche Zuschuss setzt sich aus nationalen Einkommensteuern und indirekten Steuern zusammen, basiert auf formalisierten Verteilungsregeln und wird im Rahmen des Finanzausgleichs, welcher aus vier Komponenten - Einnahmenausgleich, Kostenausgleich, struktureller Zuschuss und Anpassungszuschuss/-zahlung - besteht, ausbezahlt. Ziel des Finanzausgleichs ist es, allen Gemeinden die gleiche finanzielle Basis zur Verfügung zu stellen, damit diese gleichwertige Leistungen für ihre BürgerInnen erbringen können, unabhängig vom lokalen Einkommensniveau und von strukturellen Faktoren wie der Beschäftigungssituation oder der Altersstruktur. Das schwedische Finanzausgleichssystem hat somit eine Art Risikostrukturausgleich inne, was im Hinblick auf die Bevölkerungsstruktur als besonders relevant erscheint, da Gemeinden mit einem vergleichsweise hohen Anteil an älteren Personen höhere Kosten im Bereich der Pflege zu tragen haben. (Czypionka et al. 2015; Anell et al. 2012)

4.6.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems

Das schwedische Pflegesystem geht davon aus, dass alle älteren Personen mit Erstwohnsitz in Schweden, unabhängig von Einkommen, Versicherungsstatus und sozioökonomischen Kriterien, **Anspruch auf öffentliche Dienste sowie auf Unterstützung im Alltag** haben (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016; OECD 2013; Kraus et al. 2011; Socialdepartementet 1982). Die **Verantwortung für die Organisation und Finanzierung der Pflege liegt somit größtenteils beim Staat** und nicht bei den Einzelpersonen und ihren Familien, auch wenn letzteren im Bereich der informellen Pflege eine immer größer werdende Rolle zukommt (Meagher und Szebehely 2013). Das schwedische Pflegesystem ist daher als universell einzustufen, gilt als sehr umfassend und verfolgt das explizite Ziel, älteren Personen ein „Altern in Würde“ zu ermöglichen (Schön und Heap 2018; Meagher und Szebehely 2013).

Die **Feststellung, ob und welcher Pflegebedarf** vorliegt, erfolgt durch die Gemeinden auf Basis einer **reinen Bedarfsprüfung** und orientiert sich dadurch nicht an der finanziellen Bedürftigkeit der pflegebedürftigen Personen (Schön und Heap 2018). Im Zuge der Bedarfsprüfung steht es den einzelnen Gemeinden laut dem „Gesetz über das Sozialwesen“ (sv.: *Socialtjänstlagen*) frei, zu definieren und zu entscheiden, wer Anspruch auf Pflegeleistungen hat und wie dieser Anspruch ausgestaltet ist (Szebehely und Trydegård 2012).

Im Zuge der **Leistungserbringung** gibt es **keine verbindliche nationale Vorgabe**, welche Leistungen in jedem Fall erbracht werden müssen, wodurch es zu einem großen Ausmaß an regionaler Variation kommt (Socialdepartementet 1982). Im schwedischen Pflegesystem gibt es **sowohl Geld- als auch Sachleistungen**, letzteren kommt mit 96,4% aller Pflegeleistungen (Stand: 2012) jedoch bei Weitem eine größere Bedeutung zu (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a).

Die **Leistungszuständigkeit für Geld- und Sachleistungen** liegt im schwedischen Pflegesystem auf **kommunaler Ebene**. Im Zuge der Bereitstellung von Pflegeleistungen können die Gemeinden seit der Reform im Jahr 2009 zwischen öffentlichen und privaten AnbieterInnen wählen (Schön und Heap 2018). **Sachleistungen** werden von der Gemeinde für Pflegebedürftige zur Verfügung gestellt und umfassen ambulante²⁷, teilstationäre und stationäre Pflege, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Fahrtendienste sowie Wohnraumanpassungen und den Hausnotruf (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a). Dabei liegt seit einigen Jahren durch eine „Zu Hause älter werden“-Politik ein besonderer Fokus auf der ambulanten Pflege,

²⁷ Die ambulante Pflege beinhaltet dabei sowohl Leistungen der Pflege i.e.S. als auch Betreuungsleistungen.

was zu einer Deinstitutionalisierung der Pflege geführt hat (Schön und Heap 2018).

Geldleistungen hingegen werden von der Gemeinde für pflegende Angehörige zur Verfügung gestellt. Generell gibt es zwei Arten von Geldleistungen: Während eine Art *Pflegegeld* (sv.: *hemvårdsbidrag*) in der Höhe von maximal 450 EUR pro Monat zusätzlich zu den Sachleistungen an die Pflegebedürftigen für die Pflege durch Familienmitglieder ausgezahlt wird, besteht durch den sogenannten *Pflegepersonenzuschuss* (sv.: *anhöriganställning*) die Möglichkeit, dass pflegende Angehörige unter 65 Jahren von den jeweiligen Gemeinden angestellt werden, um die Pflegearbeit zu verrichten (Schön und Heap 2018). Durch die regionale Variation existieren Geldleistungen jedoch nicht in jeder Gemeinde bzw. unterscheiden sich stark bezogen auf ihr Ausmaß, ihre Höhe und ihre Zugangsregelungen.

4.6.3 Mittelaufbringung

Das schwedische Pflegesystem gilt, gemessen am Anteil der Pflegeausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP), als eines der umfangreichsten im OECD-Vergleich und liegt hinter den Niederlanden an zweiter Stelle. Konkret lag das Ausgabenniveau im Jahr 2015 bei 3,2% des BIP und somit weit über dem OECD-Durchschnitt von 1,7%. Dabei entfiel der Großteil der Ausgaben, namentlich 2,7% (OECD: 1,3%), auf Leistungen der Pflege i.e.S., Betreuungsleistungen hingegen beliefen sich auf 0,5% des BIP (OECD: 0,4%). (OECD 2017)

Die aus dem hohen Finanzierungsaufwand folgende **Mittelaufbringung** für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen erfolgt **primär durch Steuern**. Die Mittelaufbringung stellt sich im Konkreten wie folgt dar: 95% werden durch Steuern, wovon 5% auf nationale und 90% auf lokale Steuern entfallen, bestritten, während die restlichen 5% durch private Haushalte finanziert werden (Stand: 2018). (Schön und Heap 2018)

4.6.3.1 Sozialversicherung

Die Sozialversicherung spielt bei der Mittelaufbringung in der Pflege keine Rolle, da die Pflegeleistungen ausschließlich durch Steuern und private Zuzahlungen finanziert werden.

4.6.3.2 Steuern

Steuern spielen bei der Mittelaufbringung für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen eine zentrale Rolle. Über das **lokale Steueraufkommen** werden 90% der Pflegeausgaben bestritten, zusätzliche 5% werden durch **nationale Steuern**, bestehend aus nationalen Einkommensteuern sowie indirekten Steuern, finanziert (Schön und Heap 2018). Der lokale Einkommensteuersatz liegt im Jahr 2019 durchschnittlich bei 32,19% des steuerpflichtigen Einkommens, schwankt dabei jedoch in den einzelnen Gemeinden zwischen

29,18% und 35,15% (Statistics Sweden 2018). Der nationale Anteil an den Pflegeausgaben wird mittels einer pauschalen (und somit nicht-zweckgebundenen) Zuweisung an die Gemeinden, angepasst an deren Größe, ausgezahlt (Anell et al. 2012). Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Gemeinden die lokalen Steuern für all ihre Verantwortlichkeiten einheben, die genaue Aufteilung des lokalen Budgets und die Prioritätensetzung innerhalb des Ausgabevolumens obliegt jeder Gemeinde selbst (Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012). Somit ist auch eine genaue Quantifizierung der Mittelaufbringung für die Pflegeleistungen nur begrenzt möglich.

Die **Regelungskompetenz** für die Festsetzung der nationalen Steuersätze liegt bei der Zentralregierung, jene für die lokalen Steuersätze bei den lokalen Behörden. Die **Kompetenz für die Einhebung der Beiträge** ist demnach ebenfalls sowohl bei der Zentralregierung als auch bei den lokalen Behörden verortet.

4.6.3.3 Private Haushalte

Die privaten Haushalte beteiligen sich ebenfalls an der Finanzierung der Pflege, wobei der private Finanzierungsteil an den gesamten Pflegeausgaben bei ungefähr 5% liegt. Die **privaten Zuzahlungen** orientieren sich am Einkommen der Pflegebedürftigen und werden an die Gemeinde gezahlt, unabhängig davon, ob die Pflegeleistungen von privaten oder öffentlichen AnbieterInnen bezogen werden (Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012). Dabei können die lokalen Behörden die Höhe der privaten Zuzahlung selbst festsetzen, dieser muss sich jedoch innerhalb der nationalen Vorgaben von max. 200 EUR pro Monat²⁸ bewegen (Erlandsson et al. 2013). Selbstbeteiligungen müssen sowohl im ambulanten, als auch im (teil-) stationären Bereich geleistet werden, in Pflegeheimen wird für Unterkunft und Verpflegung separat bezahlt (Peterson 2017).

4.6.4 Pooling der Mittel und Risikostrukturausgleich

Das **Pooling der Mittel** erfolgt im schwedischen Pflegesystem auf **kommunaler Ebene**. Dabei werden die Mittel aus nationalen und lokalen Steuern sowie von den privaten Haushalten bei den Gemeinden zusammengeführt, womit diese die gesamten Pflegeleistungen finanzieren. Zusätzlich zum Pooling findet auch ein **Risikostrukturausgleich** in Form von Ausgleichszahlungen von nationaler zu lokaler Ebene statt (siehe dazu auch Kapitel 4.6.1.).

²⁸ Einkommensschwache PensionistInnen sind von den privaten Zuzahlungen ausgeschlossen.

4.6.5 Trends und jüngere Reformen

In den letzten Jahren sind im schwedischen Pflegesystem vor allem **zwei Entwicklungen** zu beobachten: Erstens kam es zu einem Rückgang der öffentlich finanzierten ambulanten Pflege, was in Verbindung mit der bereits länger andauernden Deinstitutionalisierung der Pflege dazu geführt hat, dass nur noch **Personen mit den größten Pflegebedürfnissen umfangreiche Pflegeleistungen erhalten** (Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012). Folglich nimmt die informelle Pflege einen immer höher werdenden Stellenwert ein und es kommt zu einer Anhebung der Zugangsregelungen für Pflegeleistungen, was an den Grundpfeilern des Universalismus des schwedischen Pflegesystems rüttelt (Schön und Heap 2018; Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012). Zweitens wurde durch das Gesetz über das System der Wahlfreiheit im öffentlichen Sektor (sv.: *lagen om valfrihetssystem, LOV*) im Jahr 2009 der Markt für Pflegeleistungen für private AnbieterInnen geöffnet, was zu einer **Vermarktlichung der Leistungserbringung** führte (Schön und Heap 2018). Diese Entwicklung ist insbesondere von Bedeutung, da dadurch eine Dualisierung und somit eine Privatisierung der Pflege möglich wurde und auch zu beobachten ist (Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012).

Hinsichtlich einer nachhaltigen Finanzierung des Pflegesystems wurde in der letzten Dekade **keine explizite Reform** geplant oder durchgeführt. Dennoch gibt es immer wieder Bestrebungen von Nichtregierungsorganisationen, die vor allem auf die Problematik des zukünftig steigenden Pflegebedarfs durch die älter werdende Bevölkerung hinweisen. So wurde beispielsweise im April 2019 ein Bündnis zwischen der größten Gewerkschaft Schwedens (sv.: *Svenska Kommunalarbetsförbundet*) und der größten PensionistInnenvereinigung (sv.: *Pensionärernas riksorganisation, PRO*) gegründet, welches eine staatliche Evaluierung der Finanzierung des Pflegesystems fordert²⁹. Dabei wird insbesondere befürchtet, dass bereits im Jahr 2025 zu wenige finanzielle Mittel vorhanden sein werden, um die gleichen Leistungen wie momentan zu erbringen, was folglich entweder zu steigenden Selbstbeteiligungen oder zu einer stärkeren Steuerbelastung innerhalb der Gemeinden führen würde. Darüber hinaus wird in der angewandten Forschung (u. a. Peterson 2017; Szebehely und Trydegård 2012) zudem auf die Möglichkeit hingewiesen, dass zweckgebundene staatliche Zuschüsse die Problematik der kleiner werdenden Ressourcen im Pflegesystem zumindest teilweise lindern könnten, da die Gemeinden dadurch gezwungen wären, ihre Ausgaben-Prioritäten in Richtung der Langzeitpflege zu verschieben. Bemühungen dieser Art zeigen jedenfalls, dass eine nachhaltige Finanzierung des Pflegesystems sehr wohl auf der Agenda der politischen EntscheidungsträgerInnen Schwedens steht, und diese Bemühungen weisen den Weg für zukünftige Reformen.

²⁹ Wir danken Prof. Dr. Marta Szebehely für die Übermittlung dieser Informationen.

4.7 Länderbeispiel Spanien

4.7.1 Hintergrund

Dem spanischen Pflegesystem liegt das **mediterrane Wohlfahrtsstaats-Modell** zugrunde. In diesem Modell überwiegt die Auffassung, dass Pflege im Verantwortungsbereich von den Einzelpersonen und ihren Familien liegt. Der Staat springt lediglich in letzter Instanz ein, d. h. er spielt nur eine Nebenrolle und handelt gemäß dem Prinzip der „passiven Subsidiarität“. Die dominierende Rolle der Familie in der Pflege führt unter anderem dazu, dass Pflegeleistungen vorwiegend privat zu finanzieren sind und dass der Anteil öffentlicher Ausgaben im internationalen Vergleich (ES: 0,8% des BIP verglichen mit 1,7% im OECD-Durchschnitt) niedrig ausfällt (OECD 2017; Costa-Font und Courbage 2012).

Spanien ist ein **dezentraler Einheitsstaat**. Die heutige Struktur des Staates geht auf grundlegende Reformen nach dem Ende der faschistischen Ära zurück, als das Bestreben nach mehr regionaler Autonomie große Bedeutung erlangte. Seit den Reformen der 1970er Jahre liegt die Hauptverantwortung für Wohlfahrtspolitik bei den 17 autonomen Regionen und bei zwei autonomen Städten (Ceuta und Melilla)³⁰. Die Verfassung von 1978 teilt den Regionen innerhalb der nationalen Rahmengesetzgebung die vollen Kompetenzen in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Soziales zu, macht aber umfangreiche Unterschiede zwischen den Regionen. So erhielten Regionen mit stärkeren Autonomiebestrebungen – das Baskenland, Galizien und Katalonien – anfangs größere Autonomie als andere. Inzwischen wurden diese Unterschiede im Prinzip ausgeglichen und alle Regionen verfügen über die gleichen Kompetenzen, allerdings machen sie nach wie vor in unterschiedlicher Intensität Gebrauch davon. Auch bei der fiskalischen Autonomie bestehen weiterhin Unterschiede in den Kompetenzen beider Regionsgruppen. (Gallego und Subirats 2012)

Eine **für die Pflege besonders wichtige Verwaltungsebene ist jene der Regionen** (Greer 2010). Die Bedeutung der Regionen für das Pflegesystem ist durch das erste, im Jahr 2006 beschlossene, umfassende spanische Pflegegesetz (sp.: *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*; oder auch „Gesetz 39/2006“)³¹ nochmals gestiegen. Das Gesetz begründete SAAD, das nationale System für die Förderung der persönlichen Autonomie und Unterstützung für Personen mit speziellen Bedürfnissen, das für eine zentrale Pflegefinanzierung sorgen soll. SAAD überlässt die konkrete

³⁰ Aufgrund der leichteren Lesbarkeit werden im Folgenden die zwei autonomen Städte Ceuta und Melilla auch als „Regionen“ bezeichnet.

³¹ Gallego und Subirats (2012) heben hervor, dass durch dieses Gesetz einheitliche Standards im Bereich Pflege über alle Regionen hinweg geschaffen wurden, was im Gegensatz zu den noch immer regionsspezifischen Standards in allen anderen Untergruppen des Bereiches Soziales steht.

Ausgestaltung jedoch den autonomen Regionen, sieht aber generell eine Kostenbeteiligung der Familien vor. Die Regionen sind insbesondere für die Finanzierung der Pflege verantwortlich, die Leistungserbringung selbst erfolgt durch die Gemeinden. Darüber hinaus trägt auch die nationale Ebene Verantwortung im Bereich der Pflege und zwar durch die Gesetzgebung, durch den Umstand, dass auf nationaler Ebene festgelegt wird, wie die staatlichen Mittel für die Wohlfahrtspolitik auf die Regionen verteilt werden, und durch die Bereitstellung der Mittel für die Basisleistungen (Greer 2010).

Die **Budgets der Regionen**³² werden aus einem Mix von geteilten und eigenen Steuern sowie aus Zuweisungen im Zuge des Finanzausgleichs gespeist. Konkret setzt sich das regionale Budget zu 53% aus regionalen Steuern bzw. regionsspezifischen Einnahmen, zu 43% aus geteilten Einnahmen und indirekten Steuern sowie zu 4% aus Zuweisungen des Zentralstaates zusammen (Lago-Peñas et al. 2018). Im Bereich der Steuern auf Eigentum, Vermögensübertragung und Glücksspiel sowie jener auf Neuwagenzulassung, Stromverbrauch und Mineralöl im Einzelhandel haben die Regionen Regelungs- und Einnahmenkompetenz (Herrero-Alcalde und Tránchez-Martín 2017). Zusätzlich erhalten die Regionen Steuereinnahmen aus den geteilten Steuern: jeweils 50% der Einkommen- und Umsatzsteuer sowie 58% der Verbrauchssteuern auf Mineralöl, Alkohol und Tabak. Die den Regionen zugeteilten Anteile an den geteilten Steuern richten sich nach der Zahl der Personen mit anerkanntem Pflegebedarf, ihrem Pflegegrad und dem Ausmaß der benötigten Unterstützung (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a). Nach Zuteilung der Anteile an den geteilten Steuereinnahmen werden Ausgleichszahlungen durchgeführt. Über vier verschiedene Fonds werden Mittel umverteilt, mit dem Ziel, allen Regionen ein ähnliches Niveau öffentlicher Leistungen in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Soziales (einschließlich Pflege) zu ermöglichen. Mit diesen Zahlungen werden die ursprünglichen Regionsunterschiede größtenteils, aber nicht zur Gänze, ausgeglichen (Herrero-Alcalde und Tránchez-Martín 2017). Hinzu kommt, dass die Zentralregierung den Regionen keine harten Budgets vorgibt, sodass die Ausgaben mancher Regionen ihre Einnahmen überschreiten und sodass die Defizite aus dem Staatshaushalt in konjunkturell günstigen Zeiten – wie vor dem Einsetzen und auch noch zu Beginn der Finanzkrise – aufgefangen werden können (Greer 2010).

4.7.2 Kurzcharakteristik des Pflegesystems

Das spanische Pflegesystem geht davon aus, dass die **Verantwortung für die Organisation und Finanzierung der Pflege bei den Einzelpersonen und ihren Familien** liegt. Daran hat

³² Auf die Finanzierungsmodalitäten der separat geregelten Regionen (Baskenland, Galizien und Katalonien) wird hier nicht eingegangen, sondern wir konzentrieren uns auf die Finanzierungsmodalitäten jener Mehrheit der Regionen, die gleich geregelt sind.

auch das Gesetz 39/2006 nichts geändert. Das Pflegesystem wird prinzipiell als universell, also für die gesamte Bevölkerung zugänglich, eingestuft und der Zugang als subjektives Recht betrachtet (Costa-Font und Courbage 2012).

Die **Feststellung, ob und welcher Pflegebedarf** vorliegt, erfolgt auf Basis einer **reinen Bedarfsprüfung** durch die Regionen. Dazu wird ein national einheitliches Assessmentinstrument verwendet, welches nach drei Pflegegraden unterscheidet. Pflegegrad 3 steht dabei für die schwerste Form der Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad 1 für die leichteste. Vorübergehend wurde auch innerhalb der drei Pflegegrade nochmals zwischen einer leichten und einer schweren Form unterschieden, diese Untergliederung wurde im Zuge der Finanzkrise jedoch wieder abgeschafft (Lago-Peñas et al. 2018).

Im spanischen Pflegesystem ist insofern ein nationaler **Mindeststandard der Leistungserbringung** verankert, als dass die spanienweit einheitlichen Leistungen des Basispaketes (siehe unten) als solche verstanden werden können. Das spanische Pflegesystem kennt sowohl **Geld- als auch Sachleistungen**. Nach Intention des Gesetzes 39/2006 sollen Sachleistungen die Regel sein und Geldleistungen nur in Ausnahmen, wie etwa bei Kapazitätsengpässen, gewährt werden. Generell gilt, dass ein pflegegradabhängiges Budget, mit dem man Leistungen von lizenzierten privaten Firmen zukaufen kann, gewährt werden kann, wenn keine öffentlichen (Sach-)Leistungen erbracht werden können (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a). Bei Pflege zu Hause, die überwiegend durch Angehörige und unter pflegetauglichen Wohnbedingungen geleistet wird, kann ebenfalls eine Geldleistung gewährt werden; ebenso für die Bezahlung einer persönlichen Assistenzperson – diese Maßnahme wurde auch mit arbeitsmarktpolitischen Begründungen eingeführt.³³ In der Praxis werden immer mehr Geldleistungen gewährt, während den Sachleistungen zunehmend weniger Bedeutung eingeräumt wird (Waldhausen 2013). So konnten beispielsweise im Jahr 2008 Personen mit zuerkanntem Pflegegrad 3 entweder Sachleistungen im Wert von 609–812 EUR pro Monat oder Geldleistungen in der Höhe von 406–507 EUR pro Monat beziehen (Costa-Font und Courbage 2012). Dementsprechend wird auch rund ein Drittel der öffentlichen Pflegeausgaben für Geldleistungen ausgegeben (Stand: 2012) (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a).

Die **Zuständigkeiten für Sachleistungen** (sowohl für Pflege i.e.S. als auch für Betreuung) sind im spanischen Pflegesystem wie folgt geregelt: Mit Inkrafttreten des Gesetzes 39/2006 wurde ein zweigliedriges Pflegesystem eingerichtet. Dieses besteht 1) aus einem Basispaket an Leistungen und 2) aus einem regional variierenden Paket an Zusatzleistungen. Das

³³ Persönliche Auskunft von Maria Luz Pena-Longobardo, 22.07.2019.

Basispaket³⁴ ist national einheitlich, bezogen auf Leistungsart und Leistungsmenge, wodurch der Zentralstaat auch für seine Finanzierung verantwortlich ist; für die Leistungserbringung sind hingegen die Gemeinden zuständig. Das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Chancengleichheit bestimmt die Mindestleistungen, die Personen mit einem bestimmten zuerkannten Pflegebedarf in jedem Fall zustehen (Pena-Longobardo et al. 2016). Das Basispaket beinhaltet folgendes Leistungsspektrum: Unterstützung der persönlichen Unabhängigkeit und Verhinderung von Unterstützungsbedarf, Tele-Assistenz, ambulante Pflege (Haushaltshilfe, Pflege i.e.S.), Tageszentren und spezialisierte Tageszentren, sowie stationäre Einrichtungen (Pflegeheime für ältere Personen mit entsprechendem Bedarf sowie stationäre Aufenthalte für Personen mit speziellen Bedürfnissen, angepasst an die Bedürfnisse).³⁵

Die Ausgestaltung des Pakets an **Zusatzleistungen**³⁶ liegt im Ermessen der einzelnen Regionen, was bedeutet, dass diese ergänzende Leistungen zum Basispaket anbieten können, diese aber auch finanzieren müssen. Auch hier sind die Gemeinden für die Leistungserbringung zuständig. Die Möglichkeit der Regionen, ergänzende Leistungen anzubieten, führt zu großen Unterschieden im Leistungsniveau der unterschiedlichen Regionen (Costa-Font und Courbage 2012), und kurzgefasste Aussagen über die Art dieser ergänzenden Leistungen sind nicht möglich. Geldleistungen werden im Rahmen des Basispaketes gewährt, daher liegen die **Zuständigkeiten für Geldleistungen** ebenfalls auf der zentralen Ebene.

4.7.3 Mittelaufbringung für Pflege

Im spanischen Pflegesystem lag das Ausgabenniveau im Jahr 2015 bei 0,75% des BIP und somit weit unter dem OECD-Durchschnitt von 1,67%. Dabei entfielen 0,71% auf Leistungen der Pflege i.e.S. und 0,05% auf Betreuungsleistungen. (OECD 2017)

Die dem Finanzierungsaufwand folgende **Mittelaufbringung** für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen erfolgt **primär durch Steuern**. Für 2018 schätzte die staatliche Vereinigung der DirektorInnen und ManagerInnen der sozialen Dienste die Ausgaben von SAAD auf 8,252 Millionen EUR. Hiervon seien 5,219 Millionen EUR (63%) den Regionen, 1,330 Millionen EUR (16%) dem Zentralstaat und 1,703 Millionen EUR (21%) den privaten Haushalten zuzurechnen. Diese Verteilung stellt eine erhebliche Abweichung der

³⁴ Im Basispaket sind sowohl Leistungen aus dem Bereich der Pflege i.e.S. als auch Leistungen aus dem Bereich der Betreuung inkludiert.

³⁵ Persönliche Auskunft von Maria Luz Pena-Longobardo, 22.07.2019.

³⁶ Das Zusatzpaket kann sowohl Leistungen aus dem Bereich der Pflege i.e.S. als auch Betreuungsleistungen beinhalten.

ursprünglich beabsichtigten Drittelung (Staat, Region, private Haushalte) der Finanzierung vor. Für 2019 war eine Anhebung der zentralstaatlichen Finanzierungsmittel um 40% vorgesehen; dieses Budget wurde aber nicht durch das Parlament bestätigt, was schließlich zum Ende der Regierung und dem Ruf nach Neuwahlen führte.³⁷

4.7.3.1 Sozialversicherung

Durch den Übergang auf ein staatlich finanziertes Gesundheitssystem im Jahre 1986 hat die Sozialversicherung ihre Bedeutung für das spanische Gesundheits- und Pflegewesen größtenteils verloren. Daran hat auch das Pflegegesetz 39/2006 nichts geändert, sodass die Sozialversicherung keine Rolle für die Mittelaufbringung in der Pflege spielt.

4.7.3.2 Steuern

Steuern spielen bei der Mittelaufbringung für die öffentlich (ko-)finanzierten Pflegeleistungen eine zentrale Rolle. Dabei gibt es jedoch keinerlei zweckgebundene Steuern für die Finanzierung der Pflege.

Der **nationale Steueranteil** an den Pflegeausgaben beträgt wie erwähnt 16% (2018), wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen bestritten und dient im Wesentlichen zur Finanzierung des Basispaketes an Leistungen. Zusätzlich trägt der Zentralstaat auch mittels (nicht-zweckgebundenen) Zuweisungen an die einzelnen Regionen im Zuge des Finanzausgleichs zur Finanzierung der Pflege bei. Die **Regelungskompetenz** für die Festsetzung von nationalen Steuersätzen liegt bei der Zentralregierung, die **Kompetenz für die Einhebung der nationalen Steuern** ist ebenfalls bei der Zentralregierung verortet.

Der **regionale Anteil** an der Finanzierung der Pflegeausgaben beläuft sich auf 63% (2018) und wird zum Teil aus eigenen Einnahmen, zum Teil aus den nationalen Zuweisungen im Rahmen des Finanzausgleiches bestritten. Wie auch auf nationaler Ebene, wurden keinerlei Steuern für die Pflege zweckgewidmet. Die **Regelungskompetenz** für die eigenen (regionalen) Steuern liegt auf regionaler Ebene, zu diesen zählen die Erbschafts- und Spendensteuer, die Grundverkehrs- und Glücksspielsteuer sowie die Steuer auf Transportfahrzeuge (Lago-Peñas et al. 2018). Die **Einhebung der Steuern** erfolgt in der Regel (d. h. außer in Navarra und dem Baskenland) durch den Zentralstaat.³⁸

Die kommunale Ebene beteiligt sich nicht an der Finanzierung der Pflege, sondern führt die Pflegeleistungen mit den ihr von Region und Zentralstaat zugewiesenen Mitteln durch.

³⁷ Persönliche Auskunft von María Luz Peña-Longobardo, 22.07.2019.

³⁸ Persönliche Auskunft von María Luz Peña-Longobardo, 22.07.2019.

Welche konkreten Leistungen die Kommune anbietet, regeln Verträgen zwischen Region und Kommune; hierüber liegen (auch auf Spanisch) kaum Informationen vor. Dementsprechend heterogen gestaltet sich die Versorgungslandschaft.³⁹

4.7.3.3 Private Haushalte

Die privaten Haushalte beteiligen sich in einkommensabhängigem Ausmaß an der Finanzierung der Pflege. Kurz nach Inkrafttreten des Pflegegesetzes lag der **privat finanzierte Anteil** im Durchschnitt bei 30-35% , (Costa-Font und Courbage 2012), also ganz im Sinne der ursprünglichen Planung, und ist im Zuge der Finanzkrise jedoch auf 21%⁴⁰ (2018) gefallen.

Im Einzelfall kann der Finanzierungsanteil privater Haushalte auf bis zu 90% der Gesamtkosten steigen, insbesondere bei stationärer Pflege. Unter einem bestimmten Mindesteinkommen besteht – zumindest laut Gesetz – eine Garantie auf ambulante Pflegeleistungen (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a).

Zum Verständnis der spanischen Situation ist anzumerken, dass ältere SpanierInnen im europäischen Vergleich als „einkommensarm, aber immobilienreich“ gelten: Ihr Einkommen ist sehr niedrig, während ein sehr hoher Anteil – mit 74% einer der höchsten in Europa – im Eigenheim oder einer eigenen Wohnung lebt (Costa-Font und Courbage 2012). Diese Konstellation trägt dazu bei, dass Selbstbehalte finanziell „schmerzhaft“ sind und, aus diesem Grund, ein langer Verbleib im „billigen“ Eigenheim mit mobiler und familiärer Unterstützung weit attraktiver als der Transfer in ein mit Zuzahlungen behaftetes Pflegeheim erscheint.

4.7.4 Pooling und Risikostrukturausgleich

Im spanischen Pflegesystem wird **sowohl nach Leistungsbereichen als auch nach geografischer Ebene getrennt gepoolt**. Die Mittel für die Basisleistungen bilden einen gesamtspanischen Pool, während für Zusatzleistungen nach Regionen getrennte Pools bestehen. Aus diesem Grund findet im Bereich der Zusatzleistungen auch ein Pooling nach geografischen Gesichtspunkten statt.

³⁹ Persönliche Auskunft von Maria Luz Peña-Longobardo, 22.07.2019.

⁴⁰ Persönliche Auskunft von Maria Luz Peña-Longobardo, 22.07.2019.

Zusätzlich zum Pooling findet auch ein **Risikostrukturausgleich** in Form von Ausgleichszahlungen von der nationalen zur regionalen Ebene statt. Ziel dahinter ist, dass in jeder Region gleich hohe Mittel für sozialpolitische Maßnahmen verfügbar sein sollen und öffentliche Leistungen unabhängig von der Finanzkraft der jeweiligen Region bereitgestellt werden können (Lago-Peñas et al. 2018). Die Steuereinhebung obliegt dem Zentralstaat, der dann den Regionen ihren Anteil gemäß Faktoren wie Bevölkerungsstruktur, -dichte und geografischen Merkmalen (z. B. Insel) zuweist. Die konkrete Aufteilung des regionalen Budgets auf die einzelnen Aufgabenbereiche (Gesundheit, Bildung, Pflege...) obliegt der jeweiligen Region⁴¹. Da die Mittel nicht zweckgebunden sind, können die Regionen daher unterschiedliche Schwerpunkte setzen, und regionale Abweichungen in der Versorgungsstruktur sind trotz Ausgleichszahlungen deutlich zu sehen.

4.7.5 Trends und jüngere Reformen

In den letzten Jahren sind im spanischen Pflegesystem vor allem **zwei Entwicklungen** zu beobachten: Einerseits hatte die letzte Wirtschafts- und Finanzkrise massive Auswirkungen auf die öffentlichen Ausgaben das Pflegesystem betreffend und andererseits kam es dadurch in weiterer Folge immer wieder zu schwerwiegenden Kapazitätsengpässen. Konkret kam es durch die **Finanzkrise** 2008/09 zu Verschiebungen in der faktischen Ausgabenverteilung vom Staat in Richtung der privaten Haushalte. So verringerten sich die Einnahmen des spanischen Staates im Zeitraum 2007-2010 um 30%, wodurch auch die wohlfahrtsstaatlichen Ausgaben, einschließlich jenen der Pflege, massiv gekürzt wurden, während im gleichen Zeitraum die privaten Zuzahlungen anstiegen. Dabei sanken die jährlichen Ausgaben pro Person mit Pflegeleistungsbezug von 8.648 EUR (2009) auf 6.879 EUR (2013) und im Gegenzug stiegen die Zuzahlungen der privaten Haushalte von 961 EUR (2009) auf 1.614 EUR (Pena-Longobardo et al. 2016).

Darüber hinaus hat das spanische Pflegesystem mit **Kapazitätsengpässen bei der Leistungserbringung**, die durch die Finanzkrise nochmals verstärkt wurden, zu kämpfen: Im Juli 2016 hatten 1,2 Millionen Personen einen zuerkannten Pflegegrad, diese Pflegegrade verteilten sich auf die pflegebedürftigen Personen wie folgt: 366.764 Personen (30%) mit Pflegegrad 3, 454.751 Personen (37%) mit Pflegegrad 2 und 391.407 Personen (32%) mit Pflegegrad 1. Allerdings bezogen von diesen 1,2 Millionen Personen nur 837.321 Personen Sachleistungen, während die restlichen 375.601 Personen (31%) auf Wartelisten standen (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a). Hinzu kommt, dass obwohl viele Personen mit zuerkannten Ansprüchen verstarben, ohne je eine Leistung erhalten zu haben, sich die Wartelisten nur schleppend verkürzten. Die

⁴¹ Persönliche Auskunft von Maria Luz Peña-Longobardo, 22.07.2019.

sukzessive Einführung der aufgrund der Finanzkrise verschobenen Leistungsansprüche in den niedrigeren Pflegegraden führte immer wieder zu sprunghaften Verlängerungen der Wartelisten (Pena-Longobardo et al. 2016). Mit Stand 30. Juni 2019 hatten 1.340.150 Personen einen anerkannten Leistungsanspruch, wovon 1.083.219 Personen auch Leistungen bezogen. Somit bezogen aktuell 256.821 Personen (19%) mit anerkanntem Leistungsanspruch (noch) keine Pflegeleistungen⁴². Die demnach gesunkene Wartezeit auf die Gewährung von Pflegeleistungen ist vermutlich in Zusammenhang der jüngst positiven wirtschaftlichen Entwicklung zu sehen.

In der letzten Dekade wurde **keine explizite Reform** hinsichtlich einer nachhaltigen Finanzierung des Pflegesystems durchgeführt oder geplant, ein Pflegesystem im eigentlichen Sinne – SAAD - wurde ja erst durch das Pflegegesetz 39/2006 geschaffen, welches als Etablierung der Langzeitpflege als vierte Säule des spanischen Wohlfahrtsstaates angesehen werden kann (Pena-Longobardo et al. 2016). Die Regionen sind seit der Reform wesentlich in die Finanzierung der Pflege eingebunden, die Leistungserbringung erfolgt jedoch nach wie vor auf kommunaler Ebene. Da der Umfang von Geldleistungen leichter steuerbar ist als jener von Sachleistungen, implementieren viele Regionen häufig lediglich Geld- und keine Sachleistungen, was der eigentlichen Intention der Reform, nämlich die Sicherung eines universellen Zugangs zu professionellen Leistungen, entgegensteht. Während dies aus Sicht der betroffenen Haushalte durchaus gewünscht sein mag, führt der hohe Anteil an Geldleistungen aus staatlicher Sicht jedoch dazu, dass im Pflegesektor weniger Arbeitsplätze als gewünscht entstanden sind (Pena-Longobardo et al. 2016).

Zehn Jahre nach Einführung von SAAD bestehen immer noch große regionale Unterschiede bezogen auf die Umsetzung und Ausgestaltung der Reform. Einzelne Regionen haben das Gesetz vollständig umgesetzt, andere gar nicht. Darüber hinaus dürfte auch der Maßstab differieren, nach dem bestimmte Pflegegrade zuerkannt werden: Während im spanischen Durchschnitt 2,0% der Bevölkerung ein Pflegegrad zuerkannt wurde, variiert dieser Anteil je nach Region zwischen 2,7% in Andalusien bzw. Kantabrien und 1,4% in Navarra, 1,3% in Valencia bzw. 1,1% auf den Kanaren (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a). Auch das Ausmaß, in dem ambulante Pflege angeboten wird, schwankt sehr stark zwischen den Regionen, und die Zahl stationärer Pflegeplätze liegt je nach Region zwischen 0,57 und 2,44 je 100 Personen. Aufgrund der hartnäckigen regionalen Unterschiede wird versucht, das Pflegesystem weiterzuentwickeln. Im Juli 2012 wurde hierzu ein wesentlicher Beschluss in jenem Gremium gefasst, in dem Zentralregierung, die Regierungen der autonomen Regionen sowie die kommunalen Regierungen zur Sicherung der Pflege zusammenarbeiten. In der Sitzung wurde eine Reihe

⁴² Persönliche Auskunft von Maria Luz Peña-Longobardo, 22.07.2019.

von Maßnahmen mit der Absicht, hiermit zur Verbesserung der Transparenz, Qualität, Gerechtigkeit und nachhaltiger Finanzierung beizutragen, beschlossen (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a). Dazu gehört die Abschaffung der Untergliederung innerhalb der drei Pflegegrade, da diese sich nicht in Leistungsunterschieden widerspiegeln, ihre Bestimmung aber zusätzlichen Zeit- und Ressourcenaufwand erfordert. Des Weiteren wurden Leistungsobergrenzen je Pflegegrad festgesetzt und der Zeitplan für die Umsetzung der Pflegegrade adaptiert, um den Personen mit höherem Pflegebedarf Priorität einzuräumen. Damit müssen jedoch Personen mit niedrigerem Bedarf länger warten (Directorate-General for Economic and Financial Affairs und Economic Policy Committee 2016a). Zudem wurden 2013 mehrere Beschlüsse gefasst, die auf Qualitätsverbesserungen abzielen, vor allem in den Bereichen Koordination zwischen Pflege- und Gesundheitswesen, Unterstützung pflegender Angehöriger sowie Transparenz und Datenqualität. Dadurch sind beispielsweise die Gemeinden nunmehr zu stärkerer Leistungsdokumentation verpflichtet, um ihre Pflegeausgaben nachzuweisen (Waldhausen 2013).

5 Zusammenfassung internationaler Finanzierungssysteme und Interpretation für Österreich

Vergleichende Darstellung der gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich Mittelaufbringung, Pooling und Risikostrukturausgleich und Diskussion im österreichischen Kontext

5.1 Mittelaufbringung

5.1.1 Länderüberblick

Die Finanzierungssysteme der analysierten Länder lassen sich im Wesentlichen drei Modellen zuordnen:

- **Mittelaufbringung primär durch Steuern** kennzeichnet die Pflegefinanzierung in Dänemark, Spanien und Schweden. In Dänemark und Schweden finanzieren vor allem die Kommunen die Pflege und sind auch für die Leistungserbringung verantwortlich. In Spanien hingegen organisieren zwar auch die Kommunen die Pflege, tun dies aber aus Mitteln, die ihnen teils von der zentralen, insbesondere aber von der regionalen Ebene zur Verfügung gestellt werden.
- **Mittelaufbringung primär durch Sozialversicherungsbeiträge** findet sich in unserem Ländersample derzeit einzig in Deutschland im Rahmen der Pflegekassen. Die Niederlande haben zwar bereits 1968 eine umfassende Pflegeversicherung eingeführt, sind im Zuge der im Jahr 2015 größtenteils abgeschlossenen Pflegefinanzierungsreform aber wieder von diesem Modell abgewichen.
- **Mittelaufbringung durch einen Mix aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern** kennzeichnet die Pflegefinanzierung in Frankreich und seit 2015 auch in den Niederlanden. Für Pflege i.e.S. ist in beiden Ländern die Krankenversicherung zuständig, in den Niederlanden übernimmt die neue Pflegeversicherung die Ausgaben dann, wenn Pflege oder Betreuung ständig erforderlich ist.

Eine Zweckbindung von Steuermitteln für Pflege wurde in keinem Land festgestellt.

Bei allen Modellen werden die betroffenen **Haushalte** darüber hinaus an den Kosten der Pflege beteiligt. Dies geschieht je nach Wohlfahrtsmodell in unterschiedlichem Umfang: in den nordischen Modellen mit Steuerfinanzierung in geringerem Umfang, im mediterranen Modell deutlich stärker und im konservativen Modell in einem mittleren Ausmaß. Wo Kostenbeteiligungen vorgesehen sind, sind diese in den meisten Ländern einkommensabhängig gestaltet.

Allerdings zahlen die Haushalte nicht für alle Arten von Leistungen in gleichem Umfang. So sind in Frankreich und den Niederlanden Kostenbeteiligungen bei Pflegeleistungen i.e.S. unüblich, sowohl ambulant als auch stationär. Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim fällt in den meisten Ländern eine Kostenbeteiligung an, so auch in den sechs analysierten Ländern (Riedel et al. 2016). Allerdings unterscheiden sich die Länder danach, an welchen Kostenarten die stationär Pflegebedürftigen beteiligt werden. So verrechnen dänische, deutsche und französische Pflegeheime Kost und Logis, im deutschen System gibt es zusätzlich auch einen Beitrag zu den Investitionskosten. Die Kosten für den Aufenthalt im Pflegeheim übersteigen die Einkommen der Pflegebedürftigen häufig auch dann, wenn die Pflegeleistungen selbst aus öffentlichen Budgets bestritten werden. Daher wurden in vielen Ländern Regelungen implementiert, die den stationär Pflegebedürftigen eine frei verfügbare **Persönlichkeitspauschale** („Taschengeld“) sichern (siehe hierzu den Anhang).

Unter den analysierten Ländern führten allein die Niederlande, deren Pflegeausgaben einen höheren BIP-Anteil ausmachen als in jedem anderen europäischen Land, in der letzten Dekade eine große **Reform des Pflegesystems mit dem Ziel, die Mittelaufbringung für Pflege nachhaltiger zu gestalten**, durch. Eine weitere große Reform wurde in Spanien ab 2006 eingeleitet, diese schuf jedoch erst die Grundlage für eine landesweite Finanzierung der Pflege und fokussierte somit nur bedingt auf den Nachhaltigkeitsaspekt. Dies ist u. a. auch darauf zurückzuführen, dass in der Ausgangslage die öffentlichen Ausgaben für Pflege in Spanien weit niedriger als in jedem anderen Vergleichsland waren. Die deutschen Reformschritte hingegen sind zwar als finanziell nachhaltig einzuordnen, allerdings tragen sie nicht zu einer systemischen Umgestaltung der Mittelaufbringung bei, da sie lediglich gesteigerte Beitragssätze beinhalten. Hierbei ist allerdings anzumerken, dass die Erhöhungen in einzelnen Fällen innovativ ausgestaltet sind, beispielsweise der Beitragssatz-Zuschlag für Kinderlose im Umfang von 0,25 Prozentpunkten oder der Fonds zum Aufbau einer demografischen Reserve im Umfang von 0,1 Prozentpunkten. Beide innovativen Maßnahmen sind gemessen am gesamten Beitragssatz von inzwischen 3,05% jedoch eher bescheidenen Umfangs.

Der Umstand, dass nur in zwei der sechs Länder eine grundlegende Reform der Pflegefinanzierung durchgeführt wurde, soll nicht den Eindruck von mehrheitlich „starren“

Pflegesystemen über eine Dekade hinweg erwecken. Zwei **Entwicklungen** erscheinen hier besonders erwähnenswert: Erstens wird auch in den übrigen Ländern die nachhaltige Finanzierung der Pflege regelmäßig als **drängendes Reformthema** genannt. Die daraus resultierenden Bemühungen um mehr Nachhaltigkeit setzen aber an anderen Punkten als der Mittelaufbringung an, namentlich an der Leistungsseite. Zweitens haben die Pflegesysteme in der vergangenen Dekade auf die weit verbreitete **Austeritätspolitik im Zuge der Finanzkrise** reagiert bzw. reagieren müssen. Im Einklang mit den Vorhersagen der ökonomischen Theorie waren insbesondere bei steuerfinanzierten Systemen und Leistungen Kürzungen zu beobachten. So hat beispielsweise das hart von der Krise getroffene Spanien mehrere Reformetappen um einige Jahre aufgeschoben und konnte die geplante Konzentration auf Sachleistungen nicht umsetzen. Dies führte u. a. zu einem geringeren oder verzögerten Kapazitätsaufbau als erwartet, es wurden also gerade in den Krisenjahren weniger Arbeitsplätze geschaffen als ursprünglich geplant. Darüber hinaus entscheiden sich ältere Personen mit anerkanntem Pflegebedarf in den zahlreichen von Arbeitslosigkeit betroffenen Familien oft zugunsten der finanziellen Situation im Familienverband für Geldleistungen anstelle von Sachleistungen, was mit ungewissen Auswirkungen auf die Versorgung der Pflegebedarfe in der älteren Bevölkerung verbunden ist (Deusdad et al. 2016). Auch in Dänemark wurde, bekanntlich ausgehend von einem weit höheren Versorgungsniveau als in Spanien, in Form gekürzter Budgets auf die Finanzkrise reagiert. Dort setzten die Kürzungen aber vor allem bei der Betreuung, die zuvor bereits gelegentlich als zu wenig treffsicher kritisiert worden war, an. Somit wurden von den pflegeverantwortlichen Kommunen vor allem jene Leistungsbereiche für Einsparungen ausgewählt, in denen die niederländischen Kommunen im Bereich der Betreuung ebenfalls gekürzt haben.

5.1.2 Diskussion aus österreichischer Sicht

Der Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern zeigt, dass die **Mittelaufbringung aus dem allgemeinen Steueraufkommen ohne Zweckbindung** – wie sie auch in Österreich angewandt wird – einer **durchaus üblichen Form der öffentlichen Finanzierung der Pflege** entspricht.

Im konkreten Vergleich zeichnen sich aber einige Abweichungen der österreichischen Lösung ab. Im Kreis der analysierten Länder mit konservativem Wohlfahrtsmodell (die wie Österreich in ihrem Wohlfahrtssystem stark auf Sozialversicherungen bauen) ist in Österreich als

einzigem Land die Sozialversicherung bzw. soziale Krankenversicherung gar nicht in die Finanzierung der Pflege involviert⁴³.

Bezogen auf das Ziel der **Einnahmengenerierung** lohnt der Blick auf die Länderunterschiede in der konkreten Ausgestaltung der involvierten Kranken- bzw. Pflegeversicherungen; schließlich wirken die üblicherweise mit Sozialversicherungen als Finanzierungsinstrument assoziierten Wirkungen in zwei konkreten Länderbeispielen in etwas abgeschwächter Form. Die soziale Krankenversicherung in Frankreich und den Niederlanden⁴⁴ finanziert sich auf einer breiteren Basis als in Österreich: In beiden Ländern unterliegen nicht nur Arbeitseinkommen und davon abgeleitete Einkommen, sondern auch andere Einkommensarten der Sozialversicherungspflicht. Aufgrund dieser breiteren Basis wiegt ein üblicher Nachteil dieser Finanzierungsform etwas weniger schwer als theoretisch vorhergesagt, nämlich die Auswirkung auf den Arbeitsmarkt. Andererseits wird durch die breitere Basis gleichzeitig auch die stabilisierende Wirkung der Sozialversicherungsbeiträge abgeschwächt, wodurch die Einnahmen im Konjunkturverlauf weniger robust sind. In der Pflegeversicherung in den Niederlanden gilt darüber hinaus, dass das Versicherungsbudget nicht auf die Beitragseinnahmen eingeschränkt ist, da der Staat verpflichtet ist, Defizite abzudecken. Somit ist die Sicherstellung der Pflegefinanzierung aus Sicht der Pflegebedürftigen gegeben, u. a. eben aufgrund des geringeren Budgetdrucks der Versicherungen im Vergleich zu einem strikten Budget.

Etwas anders ausgestaltet ist die Finanzierung der Pflege in Deutschland. In dieser kommen die üblicherweise mit Sozialversicherungen assoziierten Wirkungen aufgrund der Beschränkung der Einnahmenbasis auf Arbeitseinkommen und davon abgeleitete Einkommen deutlich zum Ausdruck. Bezogen auf die **Nachhaltigkeit der Finanzierung** in dem Sinne, dass die Einnahmen bei Bedarf ausgeweitet werden können, mag diese Finanzierung nachhaltig sein. Allerdings sind diese Ausweitungen in Form diskretionärer Maßnahmen auch wiederholt notwendig und sie verursachen die üblichen nachteiligen Verteilungswirkungen. Die Häufigkeit der nötigen Eingriffe seit der Einführung der deutschen Pflegeversicherung stellt dem Finanzierungsmodell der Sozialversicherung somit kein allzu gutes Zeugnis aus.

⁴³ In Österreich werden, wie in den anderen Ländern dieses Wohlfahrtsmodells, die Kosten für ärztliche Leistungen und post-akute Hauskrankenpflege von der sozialen Krankenversicherung übernommen. Diese Leistungen stellen aber nicht den Fokus des Berichtes dar und bleiben daher in dieser Diskussion ausgeklammert. Außerdem bleibt außer Acht, dass die Sozialversicherung das Pflegegeld administriert, da sie seine Finanzierung nicht verantwortet.

⁴⁴ Deutschland wird hier, obwohl ebenfalls das konservative Wohlfahrtsstaatsmodell zugrunde liegt, außer Acht gelassen, weil die Pflegefinanzierung fast ausschließlich aus der sozialen Pflegeversicherung erfolgt.

Unter Gesichtspunkten der **allokativen Effizienz** kann sich die strikte finanzielle Abgrenzung zwischen Sozialversicherung und Pflege in Österreich negativ auswirken. So fällt die Finanzierung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung in Österreich in den Verantwortungsbereich der Krankenversicherung, Qualitätssteigerungen sind durch diese zu finanzieren. Wenn verbesserte Qualität in der Primärversorgung aber hilft, den entstehenden Pflegebedarf zu reduzieren, so kommen die damit verbundenen Einsparungen den Budgets der Gebietskörperschaften zugute. Im Kontext einer nachhaltigen Pflegefinanzierung ist dies an zwei Schnittstellen von Relevanz: Erstens, wenn Primärversorgung über ausreichende geriatrische und pflegerische Kompetenzen verfügt, um die Entstehung von so hohem Pflege- und Betreuungsbedarf zu verhindern, dass Versorgung durch 24-Stunden-Betreuung oder ein Pflegeheim notwendig wird. Zweitens, wenn die Primärversorgung von Personen mit bereits manifestem hohem Pflegebedarf so organisiert wird, dass Hospitalisierungen vermieden werden können, auch und insbesondere bei Personen im Pflegeheim. Letzterem Thema wird bereits in vielen Ländern große Aufmerksamkeit geschenkt, und auch in Österreich bestehen hierzu in einigen Bundesländern vielversprechende Initiativen, aber noch keine flächendeckende Umsetzung (Riedel 2017). Gerade an der Schnittstelle Pflegeheim – Akutspital müssten allerdings in der österreichischen Finanzierungsstruktur die Bundesländer als finanzielle Verantwortliche für beide Bereiche ein hohes Interesse an einer möglichst kosteneffizienten Ausgestaltung haben. Das steirische Modell GEKO (Geriatrischer Konsiliardienst) hat hier gezeigt, dass eine finanzielle Beteiligung an der ärztlichen Versorgung lohnend sein kann (Schippinger et al. 2012).

Für die österreichische Krankenversicherung liegen die Anreize, Pflegebedarf zu verhindern, eher im altruistischen als im finanziellen Bereich, da diese an der Finanzierung der Pflege aktuell nicht beteiligt sind⁴. In den Niederlanden war die Situation der Krankenkassen vor der großen Reform diesbezüglich ähnlich. Um die Anreizstruktur zu verbessern, hat die Reform die Verantwortung für Pflege i.e.S. – jedenfalls solange sie nicht als „schwer“ klassifiziert wird – von der „alten“ Pflegeversicherung in die Verantwortung der Krankenkassen übertragen. Allerdings liegen noch keine Ergebnisse vor, ob sich diese Verlagerung auch in der gewünschten Weise kostensenkend auswirkt. Auch in Deutschland, wie in den Niederlanden vor der Reform, besteht gesetzlich eine Trennung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, was im Prinzip einen Anreiz für Kostenverlagerungen zwischen den Kassenarten darstellt. De facto sind die deutschen Pflegeversicherungen aber an die Krankenversicherungen angegliedert, was die problematischen Anreize entschärfen dürfte.

Bezogen auf die **organisatorische Effizienz** nutzen die gemischt finanzierten Systeme zu einem guten Teil die Strukturen der bestehenden Krankenversicherung, sodass – in Ermangelung von einschlägigen Evaluierungen – hier eine höhere Effizienz (als beim Aufbau eigener Strukturen) bei Mitteleinhebung und Verwaltung zu vermuten ist.

5.2 Pooling und Risikostrukturausgleich

5.2.1 Länderüberblick

Wie im Analyserahmen beschrieben, ist unter **Pooling** die Zusammenführung von Mitteln aus mehreren Finanzierungsquellen, wie z. B. aus nationalen Steuern, lokalen Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen, „in einen Topf“ zu verstehen. Der **Zweck des Pooling** ist es, durch die Zusammenführung der Mittel **Risiken**, wie z. B. demografische, sozioökonomische oder morbiditätsbezogene Unterschiede, **auszugleichen**. Als logische Ergänzung definieren die Pooling-Regeln gleichzeitig, wo die Trennlinien zwischen finanziellen Zuständigkeiten verlaufen.

Das Pooling der Mittel kann nach **unterschiedlichen Gesichtspunkten** erfolgen. In den analysierten Ländern findet ein Pooling der Mittel nach drei Gesichtspunkten statt, nämlich nach geografischer Ebene, nach Leistungsbereich und nach SozialversicherungsträgerInnen. In den komplexesten Fällen (Frankreich und Niederlande) werden alle drei Aspekte miteinander kombiniert.

Ein **Pooling der Mittel nach geografischer Ebene** erfolgt in der Regel für steuerfinanzierte Leistungen im Rahmen des Finanzausgleichs. Dies ist der Fall in Dänemark, Frankreich, den Niederlanden, Schweden und Spanien. Auf regionaler Ebene werden die Mittel in Frankreich (*Départements*) und Spanien gepoolt, auf kommunaler Ebene in Dänemark, den Niederlanden und Schweden.

Ein **Pooling der Mittel nach Leistungsbereich** erfolgt in Frankreich, den Niederlanden und Spanien, jeweils entlang unterschiedlicher Abgrenzungen. In Frankreich und den Niederlanden erfolgt separates Pooling der Mittel für Pflege i.e.S. und jener für Betreuung, wobei in den Niederlanden darüber hinaus die Zuständigkeit für „schwere“ Pflege herausgelöst und in eine eigene Pflegeversicherung für die gesamten Niederlande transferiert wurde. Völlig unterschiedlich hiervon wird die Trennlinie zwischen den beteiligten staatlichen Ebenen in Spanien definiert. Dort bestehen ein zentraler Pool für das staatliche „Basispaket“ an Leistungen und regionale Pools für die „Zusatzleistungen“ der Region; eine Auflistung, was unter diesen beide Leistungspaketen zu verstehen ist, bleibt die internationale Literatur aber schuldig.

Ein **Pooling der Mittel nach SozialversicherungsträgerInnen** ist in Deutschland, Frankreich und den Niederlanden zu beobachten. In Deutschland werden die Mittel in den einzelnen Pflegekassen zusammengeführt, in Frankreich und den Niederlanden in den einzelnen Krankenkassen.

In allen analysierten Ländern wurden Mechanismen implementiert, die zu einer homogeneren Finanzierungsbasis der einzelnen Pools führen sollen. Zwischen den einzelnen Sozialversicherungsanstalten in Deutschland und in den Niederlanden wurden jeweils Mechanismen für den **Risikostrukturausgleich** implementiert. Im Bereich der Steuerfinanzierung erfolgt der Ausgleich im Rahmen des **Finanzausgleichs**, entweder zwischen den unterschiedlichen politischen Ebenen (die höhere politische Ebene weist der unteren Ebene Zahlungen zu, die Unterschiede hinsichtlich Sozioökonomie oder Bevölkerungsstruktur ausgleichen sollen) und/oder direkt zwischen Gebietskörperschaften auf gleicher Ebene. So erfolgt beispielsweise in Spanien das Pooling für die regionalen Zusatzleistungen auf Ebene jeder Region, aber es wurden Ausgleichszahlungen implementiert, um in allen Regionen finanziell gleiche Bedingungen für Sozialleistungen zu schaffen. In allen analysierten Ländern außer Deutschland⁴⁵ (aufgrund der alleinigen Zuständigkeit der Pflegekassen) bestehen im Rahmen des Finanzausgleichs pflegerrelevante Zahlungsströme zwischen Gebietskörperschaften.

Eine Übersicht hinsichtlich der Pooling-Ebenen, der gepoolten Mittel und des Risikostrukturausgleichs für alle analysierten Länder findet sich in Tabelle 4.

⁴⁵ Die Zahlungen der Sozialhilfe in Deutschland bleiben hier ausgeklammert, da sie keinen regulären Finanzierungsstrang für Pflege darstellen, sondern nur im Falle unzureichender Mittel der privaten Haushalte entstehen.

Tabelle 4: Pooling und Risikostrukturausgleich im Länderquerschnitt

	Pooling-Ebene	Pooling welcher Mittel	Risikostrukturausgleich
Dänemark	Kommunen	Nationale und kommunale Steuern	Ausgleichszahlungen von nationaler zu kommunaler Ebene
Deutschland	Einzelne Pflegekassen	Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung	Ausgleichszahlungen zwischen den einzelnen Pflegekassen
Frankreich			
<i>Pflege i.e.S.</i>	(Einzelne) Krankenkassen	Beitragseinnahmen der Krankenversicherung	Durch Größe der Krankenversicherung
<i>Betreuung</i>	<i>Départements</i>	Nationale und eigene Steuern	
Niederlande			
<i>„Schwere“ Pflege i.e.S. (Wlz)</i>	<i>Fonds langdurige zorg</i>	Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung, nationale Steuern	-
<i>„Nicht-schwere“ Pflege i.e.S. (Zvw)</i>	Einzelne Krankenkassen	Beitragseinnahmen der Krankenversicherung (=nur AN-Beiträge), Anteil aus <i>zorgverzekeringsfonds</i> (AG-Beiträge & nationale Steuern)	Risikoadjustierte Zahlungen von <i>zorgverzekeringsfonds</i> zu einzelnen Krankenkassen
<i>Betreuung (Wmo)</i>	Kommunen	Staatliches Globalbudget	Ausgleichszahlungen von nationaler zu lokaler Ebene
Schweden	Kommunen	Nationale und kommunale Steuern	Ausgleichszahlungen von nationaler zu kommunaler Ebene
Spanien			
Basispaket	Nationale Ebene	Nationale Steuern	-

	Pooling-Ebene	Pooling welcher Mittel	Risikostrukturausgleich
Zusatzleistungen	Regionale Gesundheitsbehörden	Nationale und regionale Steuern	Ausgleichszahlungen von nationaler zu regionaler Ebene

Anmerkung: AN= Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer, AG= Arbeitgeberin oder Arbeitgeber

Quelle: IHS (2019)

5.2.2 Diskussion aus österreichischer Sicht

Der internationale Überblick über die Steuerfinanzierung der Pflege zeigt für Österreich einige Optionen auf, bessere Anreize für **staatsinterne Effizienz** zu implementieren.

In **Österreich** sichern grundsätzlich die Bundesländer das Leistungsangebot im Sozialhilfebereich, in den auch die Pflege fällt. Formal nehmen die Bundesländer diese Aufgabe aber meist nicht selbst wahr: Während in drei Bundesländern (Oberösterreich, Steiermark, Kärnten) Gemeindeverbände als Träger der Sozialhilfe bestimmt sind, wird die Trägerschaft in drei anderen Bundesländern von Fonds (Mindestsicherungsfonds in Tirol, Sozialfonds in Vorarlberg sowie Fonds Soziales Wien) übernommen. Die Finanzierung für diese Aufgaben ist eine komplexe Materie, die sich in drei Komponenten gliedern lässt:

1. Der Finanzausgleich im Sinne der Verteilung der gemeinschaftlichen Bundesabgaben auf Bund, Länder und Gemeinden in Form von Ertragsanteilen basiert insbesondere auf der Bevölkerungszahl (für Landesanteile) und auf dem abgestuften Bevölkerungsschlüssel (für Gemeindeanteile). Die Abstufung im Bevölkerungsschlüssel berücksichtigt die Gemeindegröße, da größere Gemeinden in der Regel auch eine umfassendere Versorgungsfunktion wahrnehmen, weswegen sie höhere „Kopfquoten“ als kleinere Gemeinden erhalten. Seit Unterzeichnung des Pakts über den Finanzausgleich ab dem Jahr 2017 bekennen sich die Vertragsparteien (Bund, Länder, Gemeinden) zum Einstieg in die Aufgabenorientierung im Wege von Pilotprojekten. Diese konzentrieren sich gemäß Paktum aber auf den Bildungsbereich, wodurch eine Berücksichtigung des Pflegebedarfs oder des Anteils der Ältesten an der Gesamtbevölkerung derzeit nicht stattfindet. Allerdings enthält das Paktum, in dem unter dem Titel Kostendämpfungspfad die Kostendynamik im Pflegebereich unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen und demografischen Entwicklung mit jährlich 4,6% begrenzt wird, einen expliziten Bezug auf die Pflegefinanzierung mit der Option auf Nachverhandlung, wenn sich Nichteinhaltung abzeichnet.
2. Neben der Verteilung der Ertragsanteile bestehen noch zahlreiche Transferbeziehungen (z. B. Bedarfszuweisungen oder Umlagen), wobei insbesondere die Sozialhilfeumlage zu nennen ist, welche die Pflege, bedarfsorientierte Mindestsicherung, Behindertenhilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe umfasst. Die Sozialhilfeumlage ist in der Regel ein reines Ko-Finanzierungselement, mit dem sich die Gemeinden an den Kosten des Landes für soziale Aufgaben beteiligen.
3. Umgekehrt leisten die Länder Kostenbeiträge an Sozialhilfeverbände und Einrichtungen, die ambulante oder stationäre Pflege bereitstellen. Eine rudimentäre Berücksichtigung

der Soziodemografie erfolgt laut Paktum im Rahmen des neu geregelten bundesweiten Finanzkraftausgleichs⁴⁶. (Biwald und Mitterer 2018; KDZ 2015)

Bezogen auf die Pflege, steht diese sehr vereinfacht dargestellte Struktur im **Widerspruch zur Praxis in den Vergleichsländern**. Dort bezieht die für Leistungserbringung zuständige Ebene Zahlungen in demografisch angepasster Höhe von der übergeordneten Ebene. Das ist sowohl bei der Steuerfinanzierung von Leistungen in allen Vergleichsländern mit einer Steuerkomponente in der Pflegefinanzierung (siehe voriger Abschnitt), als auch bei den Krankenversicherungen in den Niederlanden (nämlich über den elaborierten Risikostrukturausgleich) der Fall. Dass Alders und Schut (2019) Unzulänglichkeiten des holländischen Risikostrukturausgleichs für Pflegeleistungen thematisieren, kann als Kritik auf einem weit höheren Niveau angesehen werden, als die Tatsache, dass die Morbiditäts- und Pflegebedarfsstruktur im österreichischen Finanzausgleich derzeit gar nicht thematisiert wird. Darüber hinaus verfügt in den Ländern mit primärer Steuerfinanzierung (Dänemark, Schweden, Spanien) und in den französischen *Départements* die leistungszuständige Ebene selbst über Regelungskompetenzen für die Mittelaufbringung im eigenen Einzugsgebiet, kann also Steuersätze eigenständig festsetzen und teilweise auch einheben. Gerade bei umfassender Verantwortung für die Pflege in einer Hand ist dieses Kriterium wesentlich: Schwedische und dänische Kommunen haben die Möglichkeit und die Aufgabe, das Leistungsangebot für Pflege in ihrem Einzugsbereich zu gestalten, müssen es aber (zumindest zum Teil) aus Steuern finanzieren, deren Höhe sie auf den daraus entstehenden Finanzbedarf abstimmen. Diese Möglichkeit haben die österreichischen Bundesländer nicht. Sie gestalten zwar in Zusammenarbeit mit den Gemeinden das Leistungsangebot, haben aber keine nennenswerte Möglichkeit, selbst Steuern einzuheben. Dies stellt **im Sinne der fiskalischen Äquivalenz eine ungünstige Konstellation** dar.

Bezogen auf die **Skalenvorteile** in der Finanzierung der Pflegeleistungen ist es wichtig, sich im internationalen Vergleich auch die unterschiedlichen Bevölkerungszahlen je Gebietskörperschaft vor Augen zu halten. Die Bevölkerung in der dänischen Durchschnittsgemeinde umfasst ca. 60.000 Personen, jene in der schwedischen Durchschnittsgemeinde lediglich 35.000 Personen. Diese Größenordnung ist mit der österreichischen Struktur schwer vergleichbar. Hierzulande dürfte die Bevölkerung vieler Gemeinden die notwendige Poolgröße nicht erreichen, um die Größenvorteile kosteneffizienter Pflegeversorgung zu nutzen. Es bieten sich eher Bezirke

⁴⁶ Dieser regelt insbesondere folgendes: Bundesländer, deren Finanzkraft pro Kopf im Landesschnitt unterhalb von 80% des bundesweiten Durchschnitts liegt, erhalten einen Ausgleich in Höhe von 10% der Differenz zu dieser Benchmark. Die Finanzkraft wird ermittelt aus dem Aufkommen an Grundsteuer (bei maximaler Ausnutzung des Hebesatzes) und der Kommunalsteuer des zweitvorangegangenen Jahres. Die weiteren Mittel werden nach der Bevölkerungszahl verteilt.

(Bevölkerungsdurchschnitt ca. 94.000) als ähnlich große Gebietskörperschaften an (siehe Tabelle 5). Unter diesem Gesichtspunkt ist nachvollziehbar, dass die Leistungszuständigkeit in manchen Bundesländern an Sozialhilfeverbände, die im Prinzip einem Zusammenschluss von Gemeinden auf Bezirksebene entsprechen, übertragen wird.

In den Ländern, wo für unterschiedliche Leistungsbereiche Pooling auf unterschiedlicher Ebene betrieben wird, dient der an der Bevölkerungszahl gemessene größere Pool in der Regel zur Finanzierung des höheren Risikos. Dies wurde insbesondere im Zuge der niederländischen Reform durch die Verankerung der schweren Pflege (vor allem in Pflegeheimen) auf der zentralen Ebene verankert. In Frankreich ist dies ebenfalls in gewissem Maße verankert, da die frankreichweit dominierende Krankenversicherung für Pflege i.e.S. und die weit kleineren *Départements* für die Betreuung verantwortlich sind. In Spanien lief zwar die ursprüngliche Planung des Finanzierungssystems (zentrale Basisversorgung und optionale regionale Zusatzleistungen) in diese Richtung, wurde durch die Finanzkrise und die Delegationspolitik an die Regionen aber konterkariert.

Eine Trennung der Zuständigkeiten zwischen Geld- und Sachleistungen wie in Österreich findet sich in den untersuchten Ländern nicht.

Tabelle 5: Bevölkerungszahl nach Gebietskörperschaften, Stand: 2018

	Dänemark	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Österreich	Schweden	Spanien
Bevölkerung national	5.781.190	82.792.351	66.926.166	17.181.084	8.822.267	10.120.242	46.658.447
Durchschn. Bevölkerung je Region	1.156.238	5.174.522	662.635	1.431.757	980.252	481.916	2.744.615
	5 Regionen	16 Bundesländer	101 <i>Départements</i>	12 Regionen	9 Bundesländer	21 Regionen	17 Regionen
Durchschn. Bevölkerung je Gemeinde	58.992	7.464	1.865	44.054	4.209	34.897	5.747
	98 Gemeinden	11.092 Gemeinden	35.885 Gemeinden	390 Gemeinden	2.096 Gemeinden	290 Gemeinden	8.119 Gemeinden

Quelle: Eurostat (2019)

5.3 Fazit

In den Vergleichsländern wird die Pflege durch Systeme finanziert, welche die gesamte Bevölkerung in die Finanzierung einbeziehen, und zwar entweder durch das allgemeine Steueraufkommen oder durch verpflichtende (Sozial-)Versicherungsbeiträge auf alle Einkommen (nicht nur Arbeitseinkommen und davon abgeleitete Einkommen). Länder mit einer Sozialversicherungskomponente in der Finanzierung verwenden das allgemeine Steueraufkommen systematisch als weitere Finanzierungsquelle. Nur Deutschland ist in beiderlei Hinsicht eine Ausnahme (Beiträge nur auf Arbeitseinkommen und alleinige Finanzierung durch Sozialversicherung) und musste in der Vergangenheit den Beitragssatz zur Pflegeversicherung wiederholt anpassen. Zweckbindungen einzelner Mittel bestehen, abgesehen von innerhalb der Sozialversicherung verantworteten Mitteln, nicht.

Eine nachhaltige Finanzierung der Pflege ist in den meisten Ländern ein dringendes Reformthema. Dies steht in scheinbarem Widerspruch dazu, dass in nur zwei der analysierten Länder in der letzten Dekade tatsächlich eine grundlegende Reform der Mittelaufbringung durchgeführt wurde. Stattdessen setzen die meisten Länder am Bedarf an professioneller Pflege an, meist mit einem oder mehreren der folgenden Schwerpunkte:

- Stärkung von Prävention
- Bessere Integration des Gesundheits- und Pflegesektors
- Stärkung der Eigenständigkeit (z. B. Ambient Assisted Living (AAL))
- Stärkere Unterstützung pflegender Angehöriger sowie professioneller Pflegekräfte

Diese Ansatzpunkte versprechen eine verbesserte Qualität der Pflegesysteme und/oder verbesserte Leistbarkeit der Pflege aus gesamtgesellschaftlicher Sicht. Kritisch anzumerken ist aber, dass nicht zu allen Ansatzpunkten auch ausreichend Evidenz vorliegt bzw. nicht verdichtet wurde, inwieweit die Qualitätssteigerung mit Auswirkungen auf die Ausgabenhöhe einhergeht. Dennoch werden derartige Maßnahmen international meist im Kontext von Kostendämpfung thematisiert und wohl auch implementiert. Insbesondere über Präventionsmaßnahmen liegen jedoch noch kaum Evaluationen der Kosteneffektivität vor.

Zusammengefasst zeigt der europäische Vergleich, dass die österreichische Regelung der Mittelaufbringung mittels **Steuerfinanzierung ohne Zweckbindung** durchaus dem Mainstream entspricht, die **Finanzierung ohne Einbindung der Sozialversicherung bei einem konservativen Wohlfahrtsstaatsmodell** im Ländervergleich aber unüblich ist. Die in diesem Bericht analysierten Länder mit einem konservativen Wohlfahrtsstaatsmodell binden

entweder die Finanzierung der Pflege i.e.S. in die Krankenversicherung ein (Frankreich, Niederlande) oder haben eine eigene Pflegeversicherung in Anlehnung an die Pflegeversicherung eingerichtet (Deutschland). Sollte für Österreich eine Finanzierung der Pflege unter Einbeziehung der Sozialversicherung angedacht werden, ist es wichtig zu erkennen, dass die Möglichkeiten vielfältiger – als lediglich die Errichtung einer eigenen Pflegeversicherung nach deutschem Vorbild – sind. Auch die Einbindung der Krankenversicherung für den pflegerischen Anteil an der Langzeitpflege und -betreuung ist ein mögliches Modell, wird allerdings vor allem dort durchgeführt, wo Beiträge auf eine breitere Bemessungsgrundlage zugreifen und die konzeptuelle Grenze zwischen Staat und Sozialversicherung immer mehr verschwimmt.

Außerdem müssten bei Einbeziehen der Sozialversicherung in die österreichische Pflegefinanzierung zwei Punkte aus verfassungsrechtlicher bzw. finanzwissenschaftlicher Perspektive beachtet werden: Zum einen müsste gesetzlich verankert werden, welche konkreten Leistungen in die Zuständigkeit der Sozialversicherung übertragen werden, vor allem mit dem Hintergrund, dass derzeit die Kompetenz für Geldleistungen beim Bund liegt, jene für Sachleistungen bei den Ländern. Zum anderen sollte sich, mit Rücksicht auf Arbeitmarkteffekte, die Beitragsbasis für die Sozialversicherungsbeiträge an europäischen Vorbildern, wie Frankreich oder den Niederlanden, orientieren und dabei neben dem Arbeitseinkommen auch andere Einkommensarten einbeziehen (wie z. B. Kapitalerträge oder Transfereinkommen).

Der Ländervergleich zeigt darüber hinaus, dass es in Österreich (in einem gewissem Gegensatz zu den anderen betrachteten Ländern) eine **getrennte Kompetenz für die Mittelaufbringung und Leistungserbringung bei Sachleistungen** gibt und der **Finanzausgleich die demografische Struktur, die sozioökonomischen Merkmale und die Morbidität in geringerem Maß berücksichtigt**. Ein Ansatzpunkt für Österreich wäre daher, die Mittelaufbringung und Leistungserbringung im Bereich der Sachleistungen aufeinander abzustimmen. So müsste die Leistungserbringung nach österreichweit einheitlichen Zielsetzungen gestaltet werden. Darüber hinaus sollte die finanzielle Lage der Länder über einen ausdifferenzierten Finanzausgleich so angepasst werden, dass die demografische Struktur, die sozioökonomischen Merkmale und die Morbidität angemessen berücksichtigt werden.

6 Prävention von Pflegebedarf

Begriffserklärung, Einbettung und Ausgestaltung der Prävention von Pflegebedarf

In den letzten Jahren wurde der Prävention von Pflegebedarf sowie der Gesundheitsförderung älterer Menschen sowohl in der Literatur als auch in der politischen Debatte eine erhöhte Aufmerksamkeit zuteil. Dies ergibt sich einerseits aufgrund der im ersten Teil des Berichts bereits angesprochenen demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden steigenden Pflegebedarfs und andererseits durch eine verstärkte Berücksichtigung einer intersektoriellen Gesundheitspolitik (*Health in All Policies*-Ansatz der Weltgesundheitsorganisation), welche den Fokus der Gesundheitsversorgung neben der Kuration bzw. Therapie auch auf andere Versorgungselemente des Gesundheitssystems lenkt und dabei auch Gesundheitsaspekte in alle Politikbereiche einfließen lässt.

6.1 Begriffsbestimmung Prävention

Der Präventionsbegriff umfasst eine große Bandbreite aus Aktivitäten und Maßnahmen, die alle zum Ziel haben, vorhersagbare unerwünschte oder unangenehme Zustände in der Zukunft durch Eingreifen in der Gegenwart zu vermeiden oder ihre Auftrittswahrscheinlichkeit bzw. ihr Ausmaß zu reduzieren (Hurrelmann et al. 2018a). Im Gesundheitsbereich bedeutet dies, Krankheiten mithilfe spezifischer Interventionen bei einzelnen Individuen und auf Bevölkerungsebene vorzubeugen, indem ihre Entstehung verhindert, zeitlich hinausgeschoben oder ihre Progression eingedämmt wird (Bloom und Gullotta 2014; Hurrelmann et al. 2016; Leppin 2018). Diese gezielten Eingriffe von AkteurInnen des öffentlichen und/oder des professionellen Bereichs sind sehr umfassend und werden in der Literatur nicht einheitlich verwendet, weswegen im Folgenden einerseits eine Definition (Abschnitt 6.1.1) sowie Einbettung des Präventionsbegriffs (Abschnitt 6.1.2) vorgenommen wird und andererseits die Konzepte und Strategien der Prävention (Abschnitt 6.1.3) näher dargestellt werden. Darüber hinaus werden der Gesundheitsbegriff und die Präventionsziele im Alter (Abschnitt 6.1.4) angeführt.

6.1.1 Definition von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Die Begriffe „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ stehen in einem sich gegenseitig ergänzenden, komplementären Verhältnis zueinander und streben beide einen

sowohl individuellen als auch kollektiven Gesundheitsgewinn an – zum einen durch das Zurückdrängen von Risiken für Krankheiten, zum anderen durch die Förderung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Hurrelmann et al. 2018b). Somit bezeichnen die beiden Begriffe unterschiedliche Interventionsformen mit verschiedenen Wirkungsprinzipien bei gemeinsamer Zielsetzung und sollten in gleichem Ausmaß bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -programmen und -maßnahmen berücksichtigt werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010; Hurrelmann et al. 2018a; Schwartz und Walter 2003). Der Unterschied der beiden Interventionsformen wird auch durch ihre jeweilige Definition deutlich:

- **Krankheitsprävention („Prävention“)** umfasst alle Interventionen, die dem Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen. Das Eingreifen richtet sich daher auf das Verhindern und Abwenden von Risiken für das Eintreten und die Ausbreitung einer Krankheit. Prävention versucht also, eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten und Interventionen zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010; Hurrelmann et al. 2018b)
- **Gesundheitsförderung** hingegen bezeichnet alle Interventionen, die der Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen der Bevölkerung dienen, wodurch sich das Eingreifen auf die ökonomischen, ökologischen, kulturellen und sozialen Bedingungen der Lebensgestaltung von einzelnen Personen und/oder bestimmten Gruppen der Bevölkerung bezieht (Hurrelmann et al. 2018b).

Sowohl die Krankheitsprävention als auch die Gesundheitsförderung sind, neben der Kuration bzw. Therapie, der Rehabilitation und der Pflege, **integrale Bestandteile eines modernen Gesundheitssystems**, welches eine messbare Veränderung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung anstrebt. Eine Gesundheitspolitik, die dieses Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung im Blick hat, sollte daher eine Gesundheitsversorgung zum Ziel haben, welche die Kuration, Prävention und Gesundheitsförderung eng miteinander verbindet und in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander gewichtet.

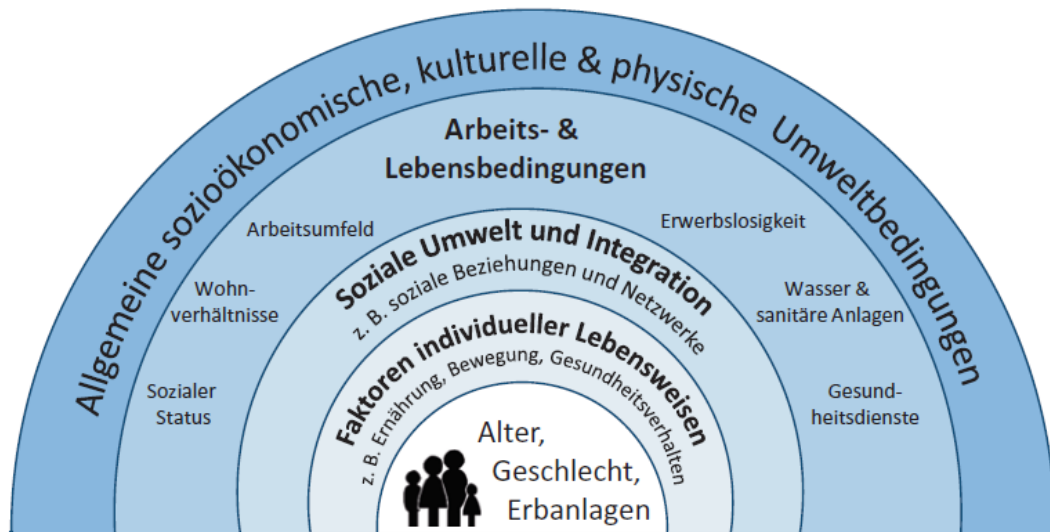
Im Bereich der **gesundheitpolitischen Herausforderungen von Prävention und Gesundheitsförderung** ist der Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheit nach sozialer Lebenslage von Bedeutung, da sich die Gesundheitskompetenz verschiedener Bevölkerungsgruppen auf die Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen auswirkt. Dies ist insbesondere von Relevanz, da Erkrankungen und deren Risikofaktoren, die durch Prävention und Gesundheitsförderung potentiell beeinflussbar sind, besonders häufig bei Menschen mit niedrigem sozialem und ökonomischem Status vorkommen,

Präventionsprogramme aber besonders von jenen Bevölkerungsgruppen genutzt werden, die sozial bessergestellt sind. In diesem Zusammenhang wird oft auch von einem „Präventionsdilemma“ gesprochen, da gerade diejenigen Gruppen, die von Vorbeugung profitieren würden, am schwersten erreicht werden. (Hurrelmann et al. 2018a, 2018b; Hurrelmann und Richter 2013)

6.1.2 Einbettung der Prävention: (Soziale) Determinanten von Gesundheit und Krankheit

Eine der zentralen Zielsetzungen der Prävention ist, wie bereits erwähnt, ein individueller und kollektiver Gesundheitsgewinn. Der Gesundheitszustand wird dabei stark durch die Lebensweisen und Bedingungen, unter denen Menschen leben, beeinflusst (Spicker und Lang 2011). Gesundheit und Wohlbefinden hängen dabei von vielen Faktoren, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren“ bezeichnet werden, ab (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010; WHO 2019a). Die meisten dieser sogenannten **Gesundheitsdeterminanten** sind für die Gesundheitsförderung und Prävention zugänglich und somit auch veränderbar, nur einige wenige, wie etwa Alter, Geschlecht und Erbanlagen, sind nicht modifizierbar (Spicker und Lang 2011). Dahlgren und Whitehead (1991) haben die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit erstmalig anschaulich dargestellt (siehe Abbildung 2). Wie aus der Grafik ersichtlich ist, wirken die Gesundheitsdeterminanten auf folgenden Ebenen: 1) individuelle Verhaltens- und Lebensweisen, wie z. B. Ernährung und Bewegung, 2) soziales und kommunales Umfeld, zu denen u. a. soziale Beziehungen und Netzwerke zählen, 3) Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie etwa die Wohnsituation, der Zugang zum Arbeitsmarkt oder auch Merkmale der Gesundheitsversorgung und 4) sozioökonomische, kulturelle und physische Umweltbedingungen (Vonneilich und von dem Knesebeck 2018). Diese vier Ebenen sind nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern stehen in enger Wechselbeziehung zueinander, weswegen eine ganzheitliche Betrachtung des Gesundheitszustandes notwendig ist, um erfolgreiche, der Gesundheit zuträgliche Maßnahmen zu setzen (Spicker und Lang 2011). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Präventionsmaßnahmen an einer Vielzahl von Faktoren ansetzen können und als solche über die gesamte Lebensspanne von Bedeutung sind. Während die Prävention folglich im Bereich von Public Health verankert ist und idealerweise so früh wie möglich durchgeführt wird, ist sie auch noch bei Personen in der späten Lebensphase (ab 65 Jahren) wirkungsvoll und verfolgt dabei meist das Ziel, (das Ausmaß an) Pflegebedarf zu verringern (siehe Abschnitt 6.1.4).

Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Quelle: Vonneilich und von dem Knesebeck (2018), angelehnt an Dahlgren und Whitehead (1991)

6.1.3 Konzepte und Strategien der Prävention

Aus der Definition des Präventionsbegriffs in Abschnitt 6.1.1 folgt, dass im Zuge der Prävention versucht wird, durch strategische Interventionsmaßnahmen das Auftreten und Fortschreiten spezifischer Krankheiten oder unerwünschter physischer oder psychischer Zustände bei Individuen oder in Populationen zu verhindern oder zu verzögern (Leppin 2018). Zentral dabei ist, dass die Gründe für das Eintreten der Krankheit oder des unerwünschten Ereignisses früh erkannt werden, damit gezielte Interventionen zur Abwendung des Eintritts des Ereignisses „Krankheit“ und/oder seiner Folgen eingeleitet werden können (Franke 2012). Die Gründe für Interventionsmaßnahmen ergeben sich meist durch die **Identifizierung von Risikofaktoren**, die nachweislich bei der Entstehung und beim Verlauf der Krankheit im Spiel sind (Hurrelmann et al. 2018b).

Die verschiedenen Präventionsmaßnahmen können entlang einer Progressions- und Zeitachse differenziert werden. Im Idealfall soll so früh eingegriffen werden, dass sich aus den identifizierten Risikofaktoren noch keine erkennbaren (Krankheits-)Symptome gebildet haben bzw. dass das unerwünschte Ereignis (z. B. ein Sturz) noch nicht eingetreten ist („**Primärprävention**“) (Hurrelmann et al. 2018a). Der Begriff der Primärprävention ist dadurch oft nur schwer von dem der Gesundheitsförderung abzugrenzen, vor allem bei breit angelegten, unspezifischen Interventionen, wie etwa im Bereich der Ernährung oder der physischen Aktivität (ebd.). Allerdings gilt eine Intervention auch bei einer bereits manifestierten Krankheit im Erststadium bzw. nach Eintritt eines negativen Ereignisses als

aussichtsreich, wenn Interventionsmaßnahmen den weiteren Krankheitsverlauf bzw. das wiederholte Eintreten eines solchen Ereignisses eindämmen bzw. verhindern können („**Sekundärprävention**“) (Hurrelmann et al. 2018a). Die „**Tertiärprävention**“ schließlich kommt dann zur Anwendung, wenn sich eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifestiert hat und zielt auf eine möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität ab (ebd.). Diese Untergliederung nach der Phase im Krankheits- oder Zustandsverlauf gilt als eine der gängigsten Formen und ist zusammenfassend in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Untergliederung von Präventionsmaßnahmen (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention)

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	vor Eintreten der Krankheit bzw. des unerwünschten Ereignisses	in Frühstadien der Krankheit bzw. nach erstmaligem Eintritt des unerwünschten Ereignisses	nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit bzw. nach mehrmaligem Eintritt eines unerwünschten Ereignisses
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten bzw. unerwünschten Ereignissen	Krankheitseindämmung, Verhinderung eines wiederholten Eintritts eines unerwünschten Ereignisses	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
AdressatInnen der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	AkutpatientInnen	PatientInnen mit chronischer Beeinträchtigung, RehabilitandInnen

Quelle: IHS (2019) in Anlehnung an Leppin (2018)

Präventionsstrategien unterscheiden sich einerseits darin, bei wem sie intervenieren, das heißt ob sie bei der Gesamtbevölkerung ansetzen oder bestimmte Teil- oder Zielgruppen gezielt erreichen wollen, und andererseits welchen strategischen Ansatzpunkt sie wählen, um Veränderungen zu erreichen (Leppin 2018). Somit wird sowohl zwischen universellen und zielgruppenspezifischen Präventionsansätzen unterschieden als auch zwischen Verhaltens- und Verhältnispräventionen. Während **universelle Strategien** auf eine kriterienbasierte Auswahl ihrer AdressatInnen verzichten und versuchen, flächendeckend oder bevölkerungsweit zu intervenieren, sprechen **zielgruppenspezifische Ansätze** nur bestimmte Teile der Bevölkerung an, wobei die Auswahl meist aufgrund bestimmter Risikofaktoren erfolgt (Leppin 2018). Der strategische Ansatzpunkt bei der **Verhaltensprävention** liegt auf dem individuellen Gesundheitszustand bzw. dem individuellen Gesundheitsverhalten, das heißt Verhaltensprävention zielt darauf ab, individuelles (Risiko-) Verhalten zu beeinflussen oder Personen zu motivieren, medizinische Interventionen in Anspruch zu nehmen (ebd.). Bei **verhältnispräventiven Maßnahmen**

hingegen geht es darum, die ökologischen, sozialen, ökonomischen oder kulturellen Umweltbedingungen zu ändern, damit diese nicht zur Entstehung und Entwicklung von Krankheiten oder unerwünschten Ereignissen führen (Leppin 2018). In den Bereich der Verhältnisprävention fällt daher auch der sogenannte **Setting-Ansatz**, der die Bedeutung der Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben und arbeiten, hervorhebt und somit nicht das Individuum und sein Verhalten, sondern das soziale System, welches die individuelle Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden beeinflusst, in den Vordergrund von Maßnahmen stellt (Grossmann und Scala 1994; Spicker und Lang 2011). Beispiele für Settings sind Schulen, Arbeitsstätten, Krankenhäuser, Pflegeheime, Gemeinden oder Städte (WHO 1998). Der Setting-Ansatz kommt somit im Bereich der zielgruppenspezifischen Präventionsansätze zur Anwendung, unter anderem auch, um ältere und alte Menschen im kommunalen Setting oder in Pflegeheimen zu erreichen (Leppin 2018; Redaelli und Vollmar 2018).

Die Palette der **Präventionsmethoden** reicht von individuell-educativen Herangehensweisen („Gesundheitserziehung“), wie etwa Aufklärungs- und Beratungsprogrammen, bis hin zu politisch-strukturellen Interventionen. Zu letzteren gehören zum einen normativ-regulatorische Ansätze (z. B. Rauchverbote in öffentlichen Umgebungen), zum anderen ökonomische Anreiz- oder Sanktionssysteme (z. B. Ermäßigung der Krankenkassengebühren bei Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsdienstleistungen) sowie auch materiell-strukturelle Umweltveränderungen, im Zuge dessen beispielsweise Angebots- und Verfügbarkeitsstrukturen für Präventionsmaßnahmen geschaffen werden (Leppin 2018).

Der **Erfolg einer präventiven Maßnahme** wird daran gemessen, in welchem Ausmaß der sich zu erwartende Krankheitsausbruch und/oder der sich verschlimmernde Krankheitsverlauf gemindert hat oder sogar verhindert werden konnte und kann mittels einer ökonomischen Evaluation auch quantifiziert werden (Dietscher und Pelikan 2016; Hurrelmann et al. 2018a). Im Zuge der **ökonomischen Evaluation** erfolgt eine Bewertung der Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme anhand von Kosten und Nutzen. Dabei unterscheidet man nicht-vergleichende Analysen, zu denen die Krankheitskostenstudie (engl.: *cost-of-illness study*) und die deskriptive Kostenanalyse zählen, und vergleichende Analysen, unter die Kosten-Nutzen-, Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwert-Analysen fallen (Leppin 2018). Während nicht-vergleichende Analysen nur die Krankheitskosten bewerten, ist den vergleichenden Verfahren gemein, dass sie die gesundheitlichen Auswirkungen von Interventionen zu den eingesetzten Kosten in Relation setzen (ebd.). Die **Krankheitskosten** werden dabei differenziert nach direkten, indirekten und intangiblen Kosten: Direkte Kosten beziehen sich auf all jene Kosten, die der Präventionsmaßnahme bzw. der Krankheit direkt zuzurechnen sind, beispielsweise Personal- oder Arzneimittelkosten; indirekte Kosten decken alle Kosten außerhalb des medizinischen Sektors ab und betreffen somit z. B. auch Produktionsverluste

durch Krankheit oder eine verkürzte Lebenserwartung; intangible Kosten, unter die alle psychosozialen Kosten, wie eine verringerte Lebensqualität oder Schmerzen, fallen (Leppin 2018). Allerdings stellen sowohl die Limitationen der jeweiligen Verfahren als auch die methodischen Anforderungen der ökonomischen Evaluation von Präventionsmaßnahmen eine Herausforderung dar, da diese teilweise nicht erfüllt werden können, weil oft die Möglichkeit zur Bildung randomisierter Gruppen oder jene zur Verblindung der Präventionsmaßnahme fehlt (Hurrelmann et al. 2018a; Leppin 2018). Aus diesem Grund liegt sowohl international als auch für Österreich, **kaum Evidenz über die Kosten-Effektivität und die finanzielle Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen** vor (Strümpel und Billings 2008).

6.1.4 Gesundheitsbegriff und Präventionsziele im Alter

Gesundheit im Alter ist das Resultat des Zusammenspiels von vielen positiven und negativen Einflussfaktoren aus allen Lebensphasen und wird in der Literatur als ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden (Kruse 2018; Spicker und Lang 2011). Als solches setzt sie sich aus fünf Dimensionen zusammen: 1) Fehlen von Krankheit und Krankheitssymptomen; 2) optimaler funktionaler Status; 3) aktive, selbstverantwortliche, persönlich zufriedenstellende Lebensgestaltung; 4) gelingende Bewältigung von Belastungen und Krisen und 5) individuell angemessenes System medizinisch-pflegerischer und sozialer Unterstützung (Fonds Gesundes Österreich 2018; Kruse 2018). Diese Mehrdimensionalität spiegelt sich auch in den wichtigsten Gesundheitsthemen für ältere Menschen, welche die seelische Gesundheit, die soziale Teilhabe und Lebensstilfaktoren darstellen, wider (Spicker und Lang 2011).

Aus dieser Definition von „Gesundheit im Alter“ ergeben sich folgende **Ziele für Prävention im Alter** (Fonds Gesundes Österreich 2018; Kruse 2018; Kümpers und Rosenbrock 2010):

1. Vermeidung körperlicher und psychischer Erkrankungen
2. Erhaltung einer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit
3. Erhaltung einer aktiven, selbstständigen Lebensführung
4. Aufrechterhaltung eines angemessenen Unterstützungssystems

Die Ziele für Prävention im Alter setzen daher, zusätzlich zur Krankheitsprävention, an der **Notwendigkeit der Prävention von Pflegebedarf** an. Zentral dabei sind die **Ursachen von Pflegebedarf**. In der Literatur (u. a. Borchert und Rothgang 2008; Hajek et al. 2017; Stolz et al. 2019; Valiyeva et al. 2006) sowie auch im Österreichischen Pflegevorsorgebericht des Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018) wird darauf hingewiesen, dass Lebensstilfaktoren sowie die kognitive Leistungsfähigkeit als wesentliche Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit älterer Personen gelten. Dabei erhöhen

insbesondere funktionale Beeinträchtigungen, wie beispielsweise Beeinträchtigungen beim Gehen oder eine arthrotische Erkrankung, das Auftreten einer Demenz sowie lebensstilbezogene Krankheiten die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018; Hajek et al. 2017). Die Kenntnis dieser Faktoren und Zusammenhänge ist wichtig, um Ansatzpunkte für das Vermeiden oder Herauszögern von Pflegebedarf im Alter zu identifizieren und entsprechende Präventionsmaßnahmen setzen zu können.

Ansatzpunkte der Prävention im Alter bilden daher zum einen **persönliche Faktoren** wie Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten und soziale Teilhabe, und zum anderen **Umweltfaktoren**, zu denen die Gestaltung des Wohnraums (Barrierefreiheit, Ausstattung mit Hilfsmitteln) sowie die Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen im Sinne einer Infrastruktur zählen (Kruse 2018). Während die persönlichen Faktoren durch spezifische Präventionsmaßnahmen adressiert werden und in den Bereich der Verhaltensprävention fallen, beziehen sich die Umweltfaktoren auf das Gebiet der Verhältnisprävention und setzen somit viel breiter an. Das gemeinsame Ziel von Umweltfaktoren betreffende Maßnahmen ist, das Umfeld von älteren Menschen so zu gestalten, dass beispielsweise Stürze vermieden werden, eine umfassende gesundheitliche Versorgung leicht erreichbar ist, soziale Netzwerke vorhanden sind und die Lebensbedingungen möglichst gesundheitsförderlich sind (u. a. Spicker und Lang 2011). Spezifische **Präventionsmaßnahmen** hingegen zielen auf die Förderung von körperlicher und kognitiver Aktivität, auf ein angemessenes Essverhalten im Sinne eines gesunden Lebensstils sowie auf die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe ab (Hurrelmann et al. 2018a; Kruse 2018; Spicker und Lang 2011). Der **Förderung von körperlicher Aktivität** im Rahmen von präventiven Interventionen kommt dabei besondere Bedeutung zu, da selbst gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen von ihr profitieren und sich eine gesteigerte körperliche Aktivität auch auf andere Bereiche, wie etwa die kognitive Aktivität, positiv auswirkt (Kruse 2018). Darüber hinaus trägt sie maßgeblich zur Prävention von Stürzen bei, weswegen auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die über 64-Jährigen empfiehlt, neben 150 Minuten Ausdauertraining pro Woche auch Aktivitäten zur Steigerung der Koordination und des Gleichgewichtssinns sowie zur Stärkung der Muskulatur durchzuführen, da dies erwiesenermaßen zu einer Reduktion von Stürzen führt (Jordan et al. 2012; Kruse 2018; WHO 2019b). Eine weitere wichtige Präventionsmaßnahme im Alter ist die Unterstützung eines **angemessenen Essverhaltens** im Zuge dessen darauf geachtet wird, dass ältere Menschen nicht nur ausreichend Flüssigkeit und nährstoffreiche Lebensmittel zu sich nehmen, sondern auch ihre Energiezufuhr an den veränderten Bedarf anpassen (Kruse 2018). Dadurch soll eine eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungszusammensetzung mit viel Obst und wenig Milchfett bei zugleich vielseitiger Lebensmittelauswahl sowie eine Verteilung der Nahrungsaufnahme auf mehrere kleine Mahlzeiten sichergestellt werden und gleichzeitig das Risiko lebensstilbezogener

Krankheiten, wie etwa Adipositas, reduziert werden (Schroll et al. 1996). Sowohl die Förderung von körperlicher Aktivität als auch die eines angemessenen Essverhaltens setzen somit am Lebensstil und Gesundheitsverhalten von älteren Menschen an. Im Bereich der **Förderung der kognitiven Aktivität** steht der möglichst lange Erhalt kognitiver Ressourcen sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit im Vordergrund, wodurch vor allem präventiv gegen die Manifestation und das Ausmaß von Demenz vorgegangen werden soll (Kruse 2018; Spicker und Lang 2011). Präventionsmaßnahmen, welche die **soziale Teilhabe** von älteren Menschen betreffen, zielen darauf ab, Älteren die Möglichkeit zur Teilnahme am sozialen Leben zu bieten, wodurch einerseits psychische Krankheiten, wie zum Beispiel Depressionen, vermieden bzw. verzögert und andererseits die soziale und seelische Gesundheit gestärkt werden sollen (Spicker und Lang 2011). Die Zielsetzungen und ein exemplarischer Auszug der Ausgestaltung spezifischer Präventionsmaßnahmen sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Spezifische Präventionsmaßnahmen im Alter

	Zielsetzung	Ausgestaltung (exemplarischer Auszug)
Körperliche Aktivität	Erhaltung und Förderung der funktionalen Gesundheit ❖ wichtiger Bestandteil: Sturzprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Kursangebote zur Bewegungsförderung • Schulungen, Beratungsangebote und Informationskampagnen
Kognitive Aktivität	Erhaltung der kognitiven Ressourcen und der kognitiven Leistungsfähigkeit ❖ wichtiger Bestandteil: Demenzprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Gedächtnistrainings, lebenslanges Lernen • Maßnahmen zur Reduktion der Risikofaktoren von kognitiven Beeinträchtigungen, z. B. körperliche Aktivität (Lebensstil), medikamentöse Behandlung (Depression)
Ernährung	Vermeidung bzw. Reduktion von Mangelzuständen und lebensstilbezogenen Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Essen auf Rädern • Ernährungsberatung und -schulungen, z. B. im Zuge des geriatrischen Assessments • Kennzeichnung von nährstoffreichen Lebensmitteln
Soziale Teilhabe	Vermeidung bzw. Reduktion von sozialer Isolation, Prävention von psychischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von und Förderung der Partizipation in sozialen Netzwerken, z.B. SeniorInnen-Treffs, ehrenamtliche Tätigkeiten (Leihoma/-opa, Suppenküche) • Selbsthilfegruppen • Förderung einer aktiven, selbstständigen Lebensgestaltung, z.B. durch Empowerment

Quelle: IHS (2019), angelehnt an Jordan et al. (2012); Livingston et al. (2017); Spicker und Lang (2011)

Als aussichtsreiche **Settings für Prävention im Alter** gelten kommunale Settings, Pflegeeinrichtungen, Wohnräume (Häuser, Wohnungen) von älteren Menschen sowie Primärversorgungseinheiten (siehe z. B. Fonds Gesundes Österreich 2018; Redaelli und Vollmar 2018; Spicker und Lang 2011; Strümpel und Billings 2008). Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den sogenannten **präventiven Hausbesuchen** zu, die auf die Früherkennung von Risikofaktoren für Erkrankungen und Funktionseinbußen abzielen, um so unentdeckte körperliche, psychische und soziale Probleme rechtzeitig zu identifizieren und einen längeren Verbleib im Privathaushalt zu fördern (Fonds Gesundes Österreich 2018; Kruse 2002, 2018; Stuck 2001; von Renteln-Kruse et al. 2003). Im Speziellen versteht man unter einem (präventiven) Hausbesuchsprogramm ein eigens entwickeltes Angebot, im Zuge dessen ältere Menschen in ihren Wohnräumen von Gesundheitsfachkräften aufgesucht und, oftmals mithilfe eines geriatrischen Assessments⁴⁷, spezielle gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten gemeinsam geplant und umgesetzt werden („Aufsuchende Aktivierung“) (Spicker und Lang 2011). In vielen Ländern mit bereits implementierten Hausbesuchsprogrammen wird die Durchführung teilweise an sogenannte *Community Nurses* (dt.: GemeindepflegerInnen) delegiert, die als allgemeine Pflegefachkräfte in nicht-stationären Settings tätig sind (WHO 2017). Die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen ist in der Literatur größtenteils gut belegt, besonders auf Ebene der Gesundheit bzw. Gesundheitsindikatoren lässt sich meist ein positiver Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und dem Hausbesuchsprogramm feststellen⁴⁸: So können präventive Hausbesuche u. a. zu einem verbesserten funktionalen Gesundheitsstatus, einer reduzierten Anzahl von Pflegeheimweisungen sowie Überweisungen in Krankenhäuser (inkl. einer Reduktion der Krankenhaustage), einer erhöhten Wahrscheinlichkeit weiterhin im Eigenheim leben zu können, einer geringeren Depressionsinzidenz sowie einer signifikant reduzierten Mortalität führen (Elkan et al. 2001; Hendriksen et al. 1984; Markle-Reid et al. 2006; Minder et al. 2002; Ploeg et al. 2005; Sahlen et al. 2006; Spicker und Lang 2011). Aus diesem Grund gelten präventive Hausbesuche gemeinhin als eine evidenzbasierte Präventionsmaßnahme, die aufgrund ihrer zielgruppen- und settingspezifischen Ausrichtung als besonders aussichtsreich eingeschätzt wird (Hurrelmann et al. 2018a; Spicker und Lang 2011).

6.2 Präventionsmaßnahmen in Österreich

In Österreich wurden Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere explizit jene von älteren Menschen, in der Gesundheitsreform 2013 verankert und sind seither Teil der

⁴⁷ Unter einem geriatrischen Assessment versteht man die Bewertung der medizinischen, funktionalen, psychosozialen und umgebungsbezogenen Anliegen von älteren Menschen (Spicker und Lang 2011).

⁴⁸ Ein systematischer Literaturüberblick zur Wirksamkeit der präventiven Hausbesuche findet sich in Kapitel 9.

Zielsteuerung Gesundheit (BMGF 2016). Dabei steht der ganzheitliche Gesundheitsbegriff, wie in Abschnitt 6.1.2 dargestellt, im Vordergrund, weswegen die Grenze zwischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention fließend verläuft. Aus diesem Grund werden im Folgenden einerseits die öffentlichen Ausgaben für allgemeine Gesundheitsförderung und Prävention kurz dargestellt, und andererseits drei spezifische Präventionsmaßnahmen in Österreich exemplarisch vorgestellt.

6.2.1 Öffentliche Ausgaben für allgemeine Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich

Die öffentliche Hand, zu der Bund, Länder, Städte, Gemeinden sowie die Sozialversicherung zählen, gab im Jahr 2016 2.441,3 Millionen Euro für die allgemeine Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich aus. Gemessen an den laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben entspricht dies einem Anteil von etwa 8,9 Prozent (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019a). Der Großteil der Ausgaben (87%) lag in der Sphäre der SozialversicherungsträgerInnen (ebd.). Für den Betrachtungszeitraum 2012-2016 ist ein Ausgabenzuwachs von 21,3 Prozent bzw. 428,6 Millionen Euro zu verzeichnen, der nominell größte Zuwachs (22 Prozent bzw. 278,7 Millionen Euro) liegt dabei im Bereich der Tertiärprävention (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019a). Generell gab die öffentliche Hand im Jahr 2016 für die Interventionsebene der Tertiärprävention, in die Maßnahmen der Kurzzeit- bzw. Rehabilitations- und Übergangspflege fallen, 1,54 Milliarden Euro aus, von denen 23,3 Millionen Euro auf pflegebedürftige Personen entfielen (ebd.). Allerdings sind in dieser Erhebung **keine Maßnahmen der Langzeitpflege** erfasst, da sich diese laut OECD (2005) hauptsächlich an der Unterstützung pflegebedürftiger Personen bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens orientieren und somit nicht die Prävention und Gesundheitsförderung als primäres Ziel haben (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019a). Somit fehlen für Österreich für den Betrachtungszeitraum 2012-2016 die Zahlen zu den öffentlichen Ausgaben im Bereich der Prävention von (Langzeit-)Pflegebedarf.

6.2.2 Exemplarische Darstellung von Präventionsmaßnahmen in Österreich

In Österreich gibt es eine Vielzahl an Projekten, die in der Sphäre der Gesundheitsförderung und Prävention verankert sind und durch eine Vielzahl an Maßnahmen einen Gesundheitsgewinn der älteren Bevölkerung anstreben (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010). Viele davon wurden als Pilotprojekt durchgeführt und finden nur langsam, teilweise auch gar nicht, Niederschlag in einem Regelbetrieb. Im Folgenden werden daher exemplarisch drei Projekte vorgestellt, die sich momentan

entweder in der Pilotphase befinden (Aktualität) oder bereits erfolgreich und längerfristig implementiert sind.

Das Projekt **„Gesund älter werden in Wien“** der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) soll einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit im Alter leisten und wird zwischen 2017 und 2020 in neun Wiener Gemeindebezirken (3,4,7,9,11,12,14,17,23) umgesetzt (Stadt Wien 2019). Als Ausgangslage gilt der Umstand, dass ungünstige sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen einen nachweisbaren, negativen Einfluss auf die Gesundheit haben, wodurch Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status nicht nur wesentlich häufiger von altersbedingten physischen, psychischen, kognitiven und funktionalen Beeinträchtigungen betroffen sind, sondern auch ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden, aufweisen (siehe u. a. Berkman et al. 2014; Fish und Karban 2014; Richter und Hurrelmann 2009; Stadt Wien 2019). Im Zuge der Maßnahme sollen daher speziell jene SeniorInnen, bei denen der Gesundheitsbedarf am größten ist, in ihrem persönlichen Umfeld erreicht werden (Stadt Wien 2019). Ziel des Projekts ist es, nachhaltige Verbesserungen in Bezug auf seelische Gesundheit, soziale Teilhabe, Bewegungsverhalten, Gesundheitskompetenz und Lebensqualität zu erzielen (ebd.). Eine Evaluierung der „Gesund älter werden in Wien“-Initiative liegt aufgrund der andauernden Laufzeit noch nicht vor, allerdings gilt diese spezifische Präventionsmaßnahme als sehr vielversprechend, da sie an den Gesundheits- und Präventionszielen im Alter ansetzt sowie eine zielgruppen- und settingspezifische Ausrichtung vorweist.

Ein ähnliches Projekt – **„Lebensqualität im Alter (LIMA)“** – führt das katholische Bildungswerk in ganz Österreich durch. LIMA zielt auf eine Steigerung der körperlichen Gesundheit und Mobilität, auf eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie auf die Förderung der Autonomie von älteren Personen ab (Katholisches Bildungswerk 2019; Spicker und Lang 2011). Das Projekt ist als Trainingsprogramm für Personen ab 55 Jahren konzipiert und kombiniert als solches einerseits Gedächtnis- und Bewegungstrainings miteinander und behandelt andererseits auch Lebens- und Alltagsthemen sowie Sinn- und Glaubensfragen (Katholisches Bildungswerk 2019). Im Rahmen des Programms wird daher die Gesundheit älterer Menschen ganzheitlich angesprochen und gefördert und wirkt präventiv im Bereich der körperlichen und kognitiven Aktivität sowie der sozialen Teilhabe (Spicker und Lang 2011). Dies wird auch in einer internen Evaluierung des Projekts bestätigt, welche darüber hinaus auch auf die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen und die Nachhaltigkeit der Initiative hinweist (Schaffer 2002).

Einen engeren Fokus setzt das oberösterreichische Projekt **„DemenzFit“**, welches der oberösterreichische Landesverband der ASKÖ (Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur Österreich) initiiert hat und sich als innovatives Fitness- und

Gesundheitsförderungsprojekt gegen Demenz für die Generation 60Plus versteht (Fonds Gesundes Österreich 2019). Die Initiative nimmt eine führende Rolle in der Prävention von Demenz ein und wurde mittlerweile in sechs öffentlichen Räumen in Oberösterreich (Linz, Wels, Pasching, Micheldorf, Mauthausen und Wilhering) implementiert (ASKÖ Oberösterreich 2019). „DemenzFit“ soll durch niederschwellige Angebote zur Vorsorge gegen Demenz beitragen, indem Bewegungsangebote mit einer gleichzeitigen Forderung des Gehirns („Brainwalking“) kombiniert werden (Fonds Gesundes Österreich 2019). Eine an die Pilotphase des Projekts anschließende Evaluierung stellt dem Programm ein durchwegs positives Urteil aus, insbesondere werden der niederschwellige Zugang und die Zielgruppenorientierung herausgestrichen (Kissler 2017).

6.3 Schwerpunktsetzung für die weiteren Kapitel

Im Folgenden werden aus dem breiten Spektrum an möglichen Präventionsansätzen und -maßnahmen zum einen die Prävention von Demenz (Kapitel 7) und zum anderen die Rolle der Community Nurse im Rahmen von präventiven Hausbesuchen (Kapitel 8) näher dargestellt. Letztere gilt aufgrund der zielgruppen- und settingspezifischen Ausrichtung als besonders aussichtsreiche Präventionsmaßnahme im Alter, insbesondere trägt sie auch dazu bei, die Fokussierung auf die häusliche Versorgung im Gegensatz zu jener in Pflegeheimen zu unterstützen. Das hohe Interesse an den Präventionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Demenz erklärt sich daraus, dass sich die Anzahl der an Demenz erkrankten Personen bis 2050 in Österreich verdoppeln wird. Als Ergänzung zur seit 2014 bestehenden Demenzstrategie soll daher Demenzprävention einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

7 Demenz

Risikofaktoren von Demenz und mögliche Präventionsmaßnahmen

Demenz ist ein Oberbegriff für Krankheitsbilder, die eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses sowie anderer kognitiver Fähigkeiten bedingen und die Aktivitäten des täglichen Lebens relevant beeinträchtigen. Generell kann Demenz in primäre und sekundäre Demenz unterteilt werden. (vgl. u. a. Müller et al. 2017)

1. **Primäre Demenz:** Primäre Demenzerkrankungen werden durch neurodegenerative und vaskuläre Prozesse hervorgerufen und zeichnen für über 90% aller Demenzen verantwortlich. Mit einem Anteil von 60% bis 70% ist die Alzheimer-Demenz die häufigste Ursache für eine primäre Demenzerkrankung. Weitere Formen von primären Demenzerkrankungen sind frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz und vaskuläre Demenz.
2. **Sekundäre Demenz:** Sekundäre Demenzerkrankungen werden durch organische Erkrankungen (anders als bei primären Demenzerkrankungen) und systemische Intoxikation hervorgerufen.

Demenz stellt eine der größten globalen Herausforderung für die Gesundheits- und Pflegesysteme im 21. Jahrhundert dar. Nach Schätzungen der WHO und *Alzheimer's Disease International* litten im Jahr 2015 über 47 Mio. Personen an Demenz, bis 2050 wird sich die Anzahl verdreifachen. (vgl. u. a. Livingston et al. 2017) In Österreich leiden derzeit 115.000 bis 130.000 Personen an irgendeiner Form von Demenz; bis 2050 wird sich diese Anzahl verdoppeln. (vgl. Höfler et al. 2015)

Demenz ist eine Erkrankung der späten Lebensphase. Weniger als 5% aller Demenzerkrankungen entfallen auf Personen mit einem Alter unter 65 Jahren und somit auf die frühe und mittlere Lebensphase. (vgl. u. a. Livingston et al. 2017)

Im *World Alzheimer Report 2015* wurden die mittleren altersspezifischen Inzidenzraten von Demenzerkrankungen berechnet. Diesen Berechnungen zufolge erkranken im Verlauf eines Jahres 2% der Personen ab 65 Jahren (und älter) an Demenz. Das jährliche Neuerkrankungsrisiko steigt von durchschnittlich 0,5% bei Personen zwischen 65 und 69 Jahren bis auf über 12% bei Personen ab 90 Jahren (und älter). (vgl. Price et al. 2015)

Für Demenz im Allgemeinen und für Alzheimer im Speziellen liegen noch keine Heilungsmöglichkeiten vor. Aufgrund dessen setzt die aktuelle Demenzforschung folgende Schwerpunktsetzung:

- Erforschung medikamentöser Behandlungsansätze
- Identifizierung effektiver Präventionsansätze

In weiterer Folge findet in diesem Kapitel eine Fokussierung auf die Identifizierung effektiver Präventionsansätze von Demenzerkrankungen statt. Anhand eines Literaturreviews sollen Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien gewonnen werden, welche Faktoren das Risiko an Demenz zu erkranken erhöhen und welche Interventionen bzw. Maßnahmen das Risiko an Demenz zu erkranken reduzieren.

7.1 Fragestellung

Der Literaturreview befasst sich, wie oben erwähnt, einerseits mit den Risikofaktoren von Demenz und andererseits mit Präventionsmaßnahmen von Demenz. Im konkreten sollen mit Hilfe des Literaturreviews folgende zwei Fragestellungen beantwortet werden:

1. Welche Faktoren bedingen das Risiko an Demenz zu erkranken und welche dieser Faktoren sind potentiell modifizierbar?
2. Welche Präventionsansätze existieren für Demenz und welche dieser Ansätze dienen der Minimierung der potentiell modifizierbaren Risikofaktoren von Demenz?

7.2 Vorgehensweise

Zur Ermittlung der wissenschaftlichen Studien bedarf es folgender Vorgehensweise:

1. Definition der Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich Einbeziehung von wissenschaftlichen Studien
2. Spezifikation der Literatursuche durch Festlegung der Suchstrategie
3. Literatúrauswahl

7.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien sind in Tabelle 8 definiert.

Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	
Sprache	Deutsch
	Englisch
Erscheinungsjahr	2000 oder jünger
Arten von Artikeln	Primärstudien/Primäruntersuchungen
	Systematische Literaturüberblicke
	Kommentare
Ausschlusskriterien	
Arten von Artikeln	Konferenz-Abstracts
	Briefe an den Editor (letter to the editor)
Verfügbarkeit	Artikel, bei denen keine Volltext-Version verfügbar ist

7.2.2 Literatursuche

Die Literatursuche wurde im September und Oktober 2019 in folgender Datenbank durchgeführt:

- PubMed (US National Library of Medicine, National Institutes of Health)

Die angewandte Suchstrategie ist in Tabelle 9 dargestellt. Die Suche wurde auf „Titel“ eingeschränkt, um die Anzahl der Treffer handhabbar zu machen. Diese Einschränkung erscheint gerechtfertigt, weil die Literatursuche ausschließlich auf Demenzprävention bzw. Maßnahmen zur Demenzprävention abzielt. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass bei relevanten wissenschaftlichen Studien die Termine „dementia“ und „prevent*“ bereits im Titel aufscheinen.

Tabelle 9: Suchstrategie

Suchstrategie	
IN: Titel	(dementia[Title]) AND prevent*[Title]

Durch diese systematische Suche konnten nach Entfernung der Duplikate 745 Studien identifiziert werden.

7.2.3 Literatúrauswahl

Insgesamt standen 745 Literaturquellen zur Verfügung. Diese wurden von wissenschaftlichen MitarbeiterInnen des Instituts für Höhere Studien begutachtet. Nach Sichtung von Titel und Abstract sowie unter Berücksichtigung der untenstehenden Auswahlkriterien wurden 19 Studien für eine Volltextanalyse ausgewählt.

Die Auswahl der Studien für die Volltextanalyse basiert auf folgenden Kriterien:

- **Studiendesign:** systematischer Literaturüberblick
- **Erscheinungsjahr:** innerhalb der letzten Dekade
- **Untersuchungsgegenstand:** Risikofaktoren und/oder Präventionsansätze im Kontext eines oder mehrerer potentiell modifizierbarer Risikofaktoren; die relevanten potentiell modifizierbaren Risikofaktoren werden in Livingston et al. 2017 im Detail beschrieben und in Abschnitt 7.3 kurz diskutiert.

Eine weitere Einschränkung anhand der genannten Auswahlkriterien war notwendig, weil der Großteil der 745 ermittelten Literaturquellen aus Einzelstudien bestehen, die

- Risikofaktoren und/oder Präventionsansätze von Demenz bei einer sehr engen Subgruppe an Personen untersuchen,
- Präventionsansätze von Demenz mit einer sehr eng definierten Interventionsmaßnahme analysieren,
- eine sehr eng definierte Fragestellung aufweisen und
- eine Mikro-Perspektive von Präventionsansätzen im Fokus hat.

Die Analyse der Ergebnisse sämtlicher Einzelstudien würde den Rahmen der vorliegenden Studie übersteigen. Es soll vielmehr ein Überblick über die wissenschaftliche Evidenz, welche die Makro-Perspektive der Risikofaktoren und der Präventionsansätze von Demenz beleuchtet, gegeben werden.

7.3 Ergebnisse: Potenziell modifizierbare Risikofaktoren von Demenz

In einer aktuellen wissenschaftlichen Studie der *Lancet Commission on Dementia Prevention, Interventions, and Care* unterscheiden die AutorInnen zwischen potentiell modifizierbaren und potentiell nicht-modifizierbaren Risikofaktoren von Demenz, dargestellt in Abbildung 3. Die Studie zeigt, dass 35% der Demenzfälle auf modifizierbare und 65% auf nicht-modifizierbare Risikofaktoren zurückzuführen sind. Das bedeutet im Konkreten, dass 35% aller neuen Demenzerkrankungen vermieden werden könnten, wenn sämtliche Risikofaktoren beseitigt werden würden. Die *Lancet Commission* weist außerdem darauf hin, dass das Alter der mit Abstand größte Risikofaktor für Demenzerkrankungen ist. (vgl. Livingston et al. 2017)

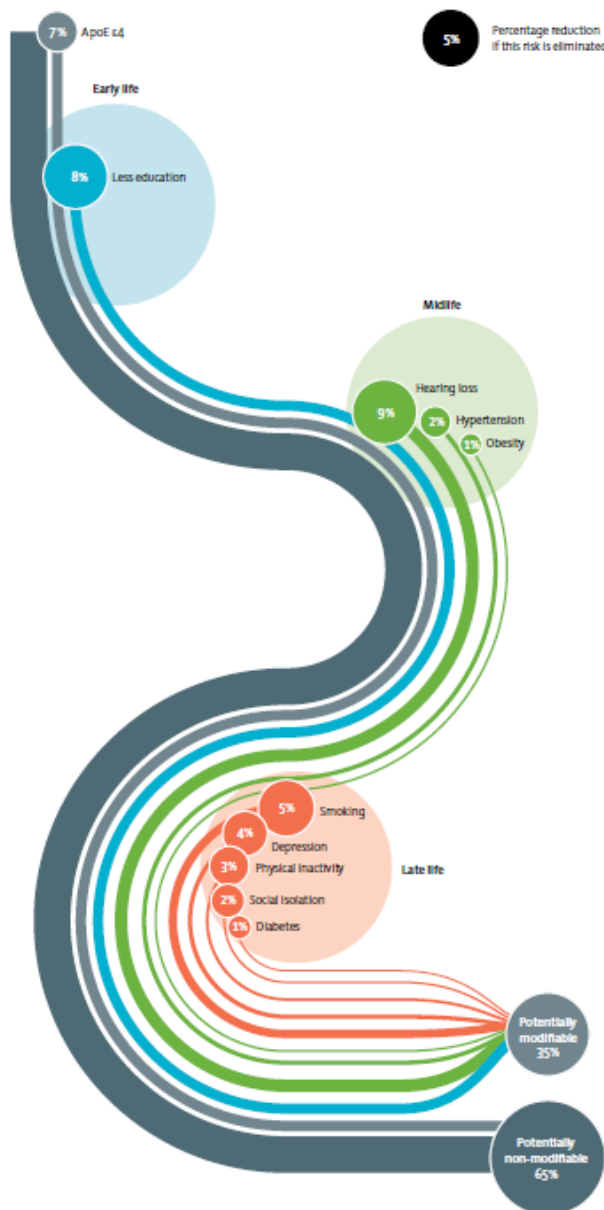
Zu den **potenziell modifizierbaren Risikofaktoren** zählen:

- Risikofaktoren in der frühen Lebensphase
 - Niedrige Bildung (8%)
- Risikofaktoren in der mittleren Lebensphase
 - Hörverlust (9%)
 - Bluthochdruck (Hypertonie; 2%)
 - Übergewicht (Adipositas; 1%)
- Risikofaktoren in der späten Lebensphase
 - Rauchen (5%)
 - Depression (4%)
 - Körperliche Inaktivität (3%)
 - Soziale Isolation (2%)
 - Diabetes (1%)

Zu den **potenziell nicht-modifizierbaren Risikofaktoren** gehören:

- Alter
- Geschlecht
- Genetische Faktoren

Abbildung 3: Potentiell modifizierbare und nicht-modifizierbare Risikofaktoren von Demenz



Quelle: Livingston et al. (2017)

Die Ergebnisse hinsichtlich der potentiell modifizierbaren und nicht-modifizierbaren Risikofaktoren decken sich mit den Ergebnissen zweier vorangegangener und vielzitatierter Studien zu dieser Thematik (Barnes und Yaffe 2011, Norton et al. 2014).

Dementsprechend erscheint es legitim, die Ergebnisse des Literaturreviews anhand der oben genannten und wissenschaftlich anerkannten Risikofaktoren von Demenz – nämlich Gehörverlust, Bluthochdruck, Übergewicht, Rauchen, Depression, körperliche Inaktivität, soziale Isolation und Diabetes – zu gliedern.

Die Präsentation der Ergebnisse aus dem Literaturreview stellt sich für jeden Risikofaktor wie folgt dar: Eingeleitet wird mit einem kurzen „Hintergrund“ zum jeweiligen Risikofaktor, gefolgt von „empfohlenen Interventionen der WHO zur Minimierung bzw. Behandlung des jeweiligen Risikofaktors“, gefolgt von „Detailergebnissen des Literaturreviews“ und geendet wird mit einer „Zusammenfassung“. Die Empfehlungen der WHO entstammen der rezenten WHO-Publikation „Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia. WHO Guidelines“.

Bei der Identifizierung von Präventionsansätzen wurde ein Schwerpunkt auf die mittlere und späte Lebensphase gesetzt, d. h. im Konkreten auf Personen der Altersgruppe 45 Jahre und älter. Aufgrund dessen wird im Folgenden auf den Risikofaktor „niedrige Bildung“ nicht eingegangen.

7.3.1 Gehörverlust

7.3.1.1 Hintergrund

Gehörverlust ist eine weit verbreitete altersbedingte Erkrankung, die schätzungsweise jeden dritten Erwachsenen ab 65 Jahren betrifft. Die Auswirkungen eines Gehörverlusts werden oft unterschätzt, sowohl auf individueller als auch auf Bevölkerungsebene. Eine Beeinträchtigung des Hörvermögens wirkt sich negativ auf das soziale und emotionale Wohlbefinden der betroffenen Personen aus, weil dadurch die Fähigkeit mit anderen zu kommunizieren stetig verloren geht. Das wiederum kann Gefühle der Frustration, Isolation, Einsamkeit und/oder weitere psychische Probleme hervorrufen. (vgl. u. a. WHO 2019)

7.3.1.2 WHO-Empfehlung

Die WHO-Leitlinie zur Reduzierung des Risikos an einer kognitiven Beeinträchtigung und Demenz zu erkranken (im Folgenden kurz: WHO-Leitlinie) **kann in Zusammenhang mit Gehörverlust keine Empfehlung aussprechen**. Derzeit fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz, ob die Verwendung von Hörgeräten das Risiko an einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz zu erkranken, senkt.

7.3.1.3 Ergebnisse Literaturreview

Die Ergebnisse einer systematischen Literaturüberblick-Studie und einer „einfachen“ Literaturüberblick-Studie sind in Tabelle 10 zusammengefasst.

Tabelle 10: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Gehörverlust

Ergebnisse: Gehörverlust	
Livingston et al. 2017	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob Schwerhörigkeit das Risiko an Demenz zu erkranken erhöht</p> <p>Studiendesign: Literaturüberblick; durchgeführt von der <i>Lancet Commission on Dementia Prevention, Interventions, and Care</i>, beinhaltet 3 Kohorten-Studien</p> <p>N: n.a</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: 55 Jahre und älter</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Schwerhörigkeit kann das Risiko an Demenz zu erkranken annähernd verdoppeln.</p>
Zheng et al. 2017	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob Schwerhörigkeit das Risiko an Alzheimer zu erkranken erhöht</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 4 prospektive Kohorten-Studien; Sample-Größe variiert zwischen den einzelnen Studien von 274 bis zu 4.463 TeilnehmerInnen</p> <p>N: 7.461 TeilnehmerInnen</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: Durchschnittsalter lag bei 72 Jahren, mit einem Minimum von 63 Jahren und einem Maximum von 95 Jahren</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Die wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass Schwerhörigkeit das Risiko an kognitiven Störungen zu erkranken signifikant erhöht, es fehlt jedoch an wissenschaftlicher Evidenz, ob Schwerhörigkeit das Risiko an Demenz zu erkranken, erhöht</p>

7.3.1.4 Zusammenfassung

Es liegt keine wissenschaftliche Evidenz vor, ob der Einsatz von Hörgeräten zur Behandlung des Gehörverlustes das Risiko an Demenz zu erkranken verhindern oder verzögern kann. Das dürfte auch der Grund sein, warum die WHO in diesem Zusammenhang keine Maßnahmen empfiehlt.

Die Ergebnisse der beiden angeführten Studien kommen bezüglich des Zusammenhanges zwischen Schwerhörigkeit und Demenz zu unterschiedlichen Ergebnissen. Aufgrund der höheren Qualität der Studie von Zheng et al. (2017) folgen wir deren Einschätzung, dass derzeit keine gesicherte Evidenz über einen derartigen Zusammenhang vorliegt.

7.3.2 Bluthochdruck

7.3.2.1 Hintergrund

Erhöhter Blutdruck in der mittleren Lebensphase wird mit einem erhöhten Risiko in der späten Lebensphase an Demenz zu erkranken in Verbindung gebracht. Dies gilt insbesondere dann, wenn Personen in der mittleren Lebensphase an Bluthochdruck litten und in der späten Lebensphase eine abrupte Blutdrucksenkung durch blutdrucksenkende Medikation und/oder Lifestyle-Interventionen stattfand. (vgl. u. a. WHO 2019)

Bluthochdruck kann durch eine Reihe von Lifestyle-Interventionen verhindert werden, hierzu zählen z. B. gesunde Ernährung, „gesundes Körpergewicht“ und ein „gesundes Maß“ an körperlicher Aktivität. Ebenso kann Bluthochdruck mit einer Reihe von medikamentösen Therapien behandelt werden. (vgl. u. a. WHO 2019)

7.3.2.2 WHO-Empfehlung

Die WHO-Leitlinie gibt im Zusammenhang mit Bluthochdruck folgende Empfehlung ab: **Eine Behandlung von Bluthochdruck sollte allen Erwachsenen mit Bluthochdruck angeboten werden, um das Risiko, an einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz zu erkranken, zu reduzieren.** Als Interventionsmaßnahme empfiehlt die WHO in diesem Kontext einerseits blutdrucksenkende Medikationen und andererseits Lifestyle-Interventionen.

Die der **Empfehlung zugrunde liegende Qualität der Evidenz** ist laut WHO sehr niedrig, deswegen spricht sie sich nicht für eine allgemeine, sondern nur für eine situationsabhängige Durchführung dieser Maßnahme aus.

7.3.2.3 Ergebnisse Literaturreview

Die Ergebnisse von zwei systematischen Literaturüberblick-Studien sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Bluthochdruck

Ergebnisse: Bluthochdruck	
National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2017	<p>Konsensstudie der National Academies of Sciences Engineering Medicine zu <i>"Preventing Cognitive Decline and Dementia, a Way Forward"</i></p> <p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob das Risiko, an einer kognitiven Beeinträchtigung oder Demenz zu erkranken, durch eine Behandlung von Bluthochdruck bei Personen mit Hypertonie verringert werden kann</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick im Rahmen der Konsensstudie; durchgeführt von der <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>, beinhaltet 16 randomisierte kontrollierte Studien</p> <p>N: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis: Es liegt keine schlüssige Evidenz vor, ob eine Behandlung von Bluthochdruck bei Personen mit Hypertonie eine Alzheimererkrankung verhindert bzw. deren Ausbruch verzögert oder deren Verlauf verlangsamt.</p>
van Middelaar et al. 2018	<p>Ziel der Studie: Untersuchung des präventiven Effektes einer Blutdrucksenkung mittels medikamentöser Therapie und/oder Lebensstiländerung auf die Inzidenz von Demenz im Allgemeinen, vaskuläre Demenz im Speziellen und Alzheimer</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet neun randomisierte kontrollierte Studien</p> <p>N: 57.682 TeilnehmerInnen (= Summe der TeilnehmerInnen aus Interventions- und Kontrollgruppen aus allen neun randomisierten kontrollierten Studien), davon 29.029 TeilnehmerInnen aus den Interventionsgruppen und 28.653 aus den Kontrollgruppen</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: 60 Jahre und älter im Baseline-Szenario</p> <p>Untersuchungszeitraum: mediane Interventionsdauer: 3,9 Jahre</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Es konnte nicht bestätigt werden, dass eine Blutdrucksenkung mittels medikamentöser Therapie und/oder Lebensstiländerung zu einer signifikanten Reduktion der Inzidenz von Demenz im Allgemeinen, vaskulärer Demenz im Speziellen oder Alzheimer führt. Die Ergebnisse sind nicht sensitiv in Bezug auf vorangegangene Schlaganfälle, Diabetes, Alter oder Dauer der Intervention.</p>

7.3.2.4 Zusammenfassung

Wissenschaftliche Evidenz, dass blutdrucksenkende Maßnahmen mittels medikamentöser Therapie und/oder Lebensstiländerung das Risiko an Demenz zu erkranken verringern, ist

nicht gegeben. Das zeigen die aktuellsten systematischen Literaturüberblick-Studien deutlich auf.

Dagegen liegt wissenschaftliche Evidenz vor, dass Hypertonie als ein Risikofaktor von Demenz angesehen werden kann. (vgl. z. B. Norton et al. 2014, Livingston et al. 2017)

7.3.3 Übergewicht

7.3.3.1 Hintergrund

Übergewicht und Adipositas⁴⁹ sind maßgebliche Risikofaktoren für eine Reihe von nicht-übertragbaren Krankheiten wie z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs-Erkrankungen und Typ-2 Diabetes. Übergewicht und Adipositas zeichnen weltweit für 2,8 Millionen Todesfälle pro Jahr verantwortlich. (vgl. u. a. Price et al. 2014, Livingston et al. 2017, WHO 2019)

Das Ausmaß von Adipositas ist, insbesondere bei älteren Erwachsenen, in den letzten Dekaden stetig gestiegen. Adipositas wird auch mit einem erhöhten Risiko an Demenz zu erkranken in Verbindung gebracht. (vgl. u. a. Anstey et al. 2011, Albanese et al. 2017, WHO 2019)

7.3.3.2 WHO-Empfehlung

Die WHO-Leitlinie empfiehlt im Kontext von Übergewicht das Folgende: **Interventionen gegen Übergewicht in der mittleren Lebensphase und/oder gegen Adipositas könnten angeboten werden, um das Risiko, an einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz zu erkranken, zu reduzieren.** Als Interventionsmaßnahmen empfiehlt die WHO in diesem Zusammenhang einerseits nicht-pharmakologische Maßnahmen wie z. B. verhaltensbezogene Interventionen, Lifestyle-Interventionen und andererseits aber auch pharmakologische Interventionen wie z. B. Medikamente zur Gewichtsreduktion.

Die der **Empfehlung zugrunde liegende Qualität der Evidenz** ist laut WHO niedrig bis mäßig, deswegen spricht sie sich nicht für eine allgemeine, sondern nur für die situationsabhängige Durchführung dieser Maßnahmen aus.

⁴⁹ Übergewicht ist definiert als Body-Maß-Index ≥ 25 kg/m², Adipositas als Body-Maß-Index ≥ 30 kg/m², Body-Maß-Index = Körpergewicht in kg : (Körpergröße in m)²

7.3.3.3 Ergebnisse Literaturreview

Die Ergebnisse von drei systematischen Literaturüberblick-Studien und zwei „einfachen“ Literaturüberblick-Studien sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Übergewicht

Ergebnisse: Übergewicht	
Profenno et al. 2010	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob Adipositas das Risiko, an Demenz zu erkranken, erhöht</p> <p>Studiendesign: Literaturüberblick, beinhaltet 10 Studien</p> <p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Adipositas führt zu einer signifikanten Erhöhung des Risikos an Alzheimer zu erkranken.</p>
Anstey et al. 2011	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob und wenn ja, welcher Zusammenhang zwischen dem Body-Maß-Index (in der mittleren und späten Lebensphase) und dem Risiko, an Demenz zu erkranken, besteht</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 16 Studien</p> <p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: variiert zwischen den einzelnen Studien von 3,2 bis 36,0 Jahren</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): In der mittleren Lebensphase ist ein Zusammenhang erkennbar → Untergewicht, Übergewicht und Adipositas in der mittleren Lebensphase steigern das Risiko an Demenz zu erkranken. In der späten Lebensphase ist kein Zusammenhang erkennbar → es fehlt an wissenschaftlicher Evidenz (= im Jahr 2013), wie sich Untergewicht, Übergewicht und Adipositas in der späten Lebensphase auf das Risiko, an Demenz zu erkranken, auswirken.</p>
Price et al. 2014	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob das Risiko, an Demenz im Allgemeinen, an vaskulärer Demenz und an Alzheimer zu erkranken, in Zusammenhang mit dem Body-Maß-Index steht</p> <p>Studiendesign: Literaturüberblick im Rahmen des <i>World Alzheimer Report 2014</i></p>

Ergebnisse: Übergewicht

Albanese et al. 2017	<p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis: Es fehlt an wissenschaftlicher Evidenz (= im Jahr 2014), ob und wie sich Adipositas in der mittleren Lebensphase auf das Risiko, an Demenz zu erkranken, auswirkt.</p> <hr/> <p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob und welcher Zusammenhang zwischen dem Body-Maß-Index und dem Risiko, an Demenz zu erkranken, besteht</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 19 Studien</p> <p>N: 589.649 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: variiert zwischen den einzelnen Studien und beträgt bis zu 42 Jahre</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Bezogen auf Übergewicht ist ein klarer Zusammenhang zwischen Adipositas in der mittleren Lebensphase und dem Risiko, an Demenz zu erkranken, festzustellen → Adipositas in der mittleren Lebensphase erhöht das Risiko an Demenz zu erkranken um 33%. Bezogen auf Untergewicht ist kein klarer Zusammenhang zwischen Untergewicht in der mittleren Lebensphase und dem Risiko, an Demenz zu erkranken, festzustellen.</p>
Danat et al. 2019	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob Übergewicht und Adipositas in der späten Lebensphase das Risiko, an Demenz zu erkranken, verringern oder erhöhen</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 16 Kohorten-Studien aus einkommensstarken Ländern</p> <p>N: 38.219 TeilnehmerInnen (= Summe der TeilnehmerInnen aus allen 16 Kohorten-Studien); Sample-Größe variiert zwischen den einzelnen Studien von 226 bis 12.047 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: variiert zwischen den einzelnen Studien von 3 bis 18 Jahren</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Es fehlt an wissenschaftlicher Evidenz (= im Jahr 2019), ob und wie sich Übergewicht und Adipositas in der späten Lebensphase auf das Risiko, an Demenz zu erkranken, auswirkt. Es fehlt auch an Studien mit langen Follow-up Perioden, obwohl diese notwendig wären, um den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Adipositas in der späten Lebensphase und dem Risiko, an Demenz zu erkranken, zu klären.</p>

7.3.3.4 Zusammenfassung

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es Indizien, dass sich eine Gewichtsreduktion und insofern auch erfolgreiche Interventionen zur Gewichtsreduktion positiv auf das Risiko an Demenz zu erkranken auswirken. (vgl. Siervo et al. 2011) Das dürfte auch der Grund sein, warum sich die WHO für Interventionen zur Gewichtsreduktion ausspricht.

Trotz vorliegender Indizien fehlt es aber an belastbarer wissenschaftlicher Evidenz, ob und wie sich Untergewicht, Übergewicht und Adipositas auf das Risiko an Demenz zu erkranken auswirken.

7.3.4 Rauchen

7.3.4.1 Hintergrund

Tabakkonsum ist eine der Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle und ein zentraler Risikofaktor für eine Reihe von Erkrankungen, wie z. B. unterschiedliche Arten von Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Es konnte nachgewiesen werden, dass Interventionen zur Tabakentwöhnung diese Gesundheitsrisiken erheblich verringern können. Tabakkonsum bzw. Tabakabhängigkeit wird auch mit (anderen) altersbedingten Erkrankungen wie z. B. kognitiver Verfall und Demenz in Verbindung gebracht. (vgl. u. a. WHO 2019)

7.3.4.2 WHO-Empfehlung

Die WHO-Leitlinie empfiehlt im Kontext von Tabakkonsum das Folgende: **Interventionen zur Tabakentwöhnung sollten allen tabakkonsumierenden Erwachsenen angeboten werden, weil sie mitunter auch das Risiko an einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz zu erkranken reduzieren können.** Als Interventionsmaßnahme sieht die WHO in diesem Kontext Interventionen zur Tabakentwöhnung (= verhaltensbezogene Interventionen und medikamentöse Interventionen) vor.

Die der **Empfehlung zugrundeliegende Qualität der Evidenz** ist laut WHO niedrig, nichtsdestotrotz spricht sie sich deutlich für die Durchführung dieser Maßnahme aus.

7.3.4.3 Ergebnisse Literaturreview

Die Ergebnisse zweier systematischer Literaturüberblick-Studien sind in Tabelle 13 angeführt.

Tabelle 13: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Rauchen

Ergebnisse: Rauchen	
Prince et al. 2014	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob das Risiko, an Demenz im Allgemeinen, an vaskulärer Demenz und an Alzheimer zu erkranken, in einem Zusammenhang mit Rauchen/Tabakkonsum steht</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick im Rahmen des <i>World Alzheimer Report 2014</i>, beinhaltet 14 Studien</p> <p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Aktuelle RaucherInnen haben ein höheres Risiko, an Alzheimer zu erkranken, als NichtraucherInnen. Ehemalige RaucherInnen haben das gleiche Risiko, an Demenz (alle Typen) zu erkranken, wie NichtraucherInnen. Jemals RaucherInnen (= aktuelle RaucherInnen und ehemalige RaucherInnen) haben ein höheres Risiko, an Alzheimer zu erkranken, als NichtraucherInnen. Es gibt keine schlüssige Evidenz hinsichtlich des Dosis-Wirkung-Effektes bei aktuellen RaucherInnen, d. h. ob das Risiko, an Demenz zu erkranken, mit der Menge an konsumierten Zigaretten steigt.</p>
Zhong et al. 2015	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob das Risiko, an Demenz im Allgemeinen, an vaskulärer Demenz und an Alzheimer zu erkranken, in einem Zusammenhang mit Rauchen/Tabakkonsum steht. Die Untersuchung erfolgt in drei Untergruppen: 1) aktuelle RaucherInnen vs. NichtraucherInnen, 2) ehemalige RaucherInnen vs. NichtraucherInnen, 3) jemals rauchende Personen vs. NichtraucherInnen.</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 37 Studien</p> <p>N: 960.280 TeilnehmerInnen; Sample-Größe variiert zwischen den einzelnen Studien von 163 bis 848.505 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: variiert zwischen den einzelnen Studien von 2 bis 40 Jahren</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: Durchschnittsalter variiert zwischen den einzelnen Studien von 42,5 bis 84,0 Jahren im Baseline-Szenario</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Aktuelle RaucherInnen haben ein signifikant höheres Risiko, an Demenz im Allgemeinen, an vaskulärer Demenz und an Alzheimer zu erkranken, als NichtraucherInnen. Ehemalige RaucherInnen haben kein signifikant höheres Risiko, an Demenz im Allgemeinen, an vaskulärer Demenz und an Alzheimer zu erkranken, als NichtraucherInnen. Jemals rauchende Personen haben ein signifikant höheres Risiko, an Demenz im Allgemeinen, an vaskulärer Demenz und an Alzheimer zu erkranken, als NichtraucherInnen; eine Sensitivitätsanalyse zeigt jedoch, dass dieser Zusammenhang nicht robust ist. Die Ergebnisse sind nicht sensitiv hinsichtlich unterschiedlicher, in den Studien zur Anwendung gekommener Diagnosekriterien von Demenz.</p>

7.3.4.4 Zusammenfassung

Derzeit existiert keine wissenschaftliche Evidenz, dass Interventionen zur Tabakentwöhnung zu einem verringerten Demenzrisiko führen, wie die WHO in ihrer aktuellen Leitlinie zur Reduzierung des Risikos an einer kognitiven Beeinträchtigung und Demenz mehrfach festhält.

Im Gegensatz dazu existiert eine Fülle an Studien, die Rauchen bzw. Tabakkonsum als einen Risikofaktor an Demenz zu erkranken benennen (vgl. z. B. Prince et al. 2014, Zhong et al. 2015). Auch im *World Alzheimer Report 2014* wird dieser Zusammenhang umfassend beschrieben. Dies dürfte auch der Grund sein, warum sich die WHO, trotz fehlender Evidenz, für Interventionen zur Tabakentwöhnung ausspricht.

7.3.5 Depression

7.3.5.1 Hintergrund

Das Auftreten depressiver Episoden im Laufe des Lebens wird in der Literatur regelmäßig mit kognitivem Verfall und Demenz in Verbindung gebracht. (vgl. u. a. Livingston et al. 2017, WHO 2019)

7.3.5.2 WHO-Empfehlung

Die WHO-Leitlinie **kann in Zusammenhang mit Depression keine Empfehlung aussprechen**. Derzeit fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz, ob eine medikamentöse Intervention zur Behandlung von Depressionen das Risiko an einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz zu erkranken, senkt.

7.3.5.3 Ergebnisse Literaturreview

Die Ergebnisse einer systematischen Literaturüberblick-Studie sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Depression

Ergebnisse: Depression	
Prince et al. 2014	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob mit vorhandenen Depressionen das Risiko, an Demenz zu erkranken, erhöht ist</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick im Rahmen des <i>World Alzheimer Report 2014</i>, beinhaltet 32 Studien</p> <p>N: 62.598 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: variiert zwischen den einzelnen Studien von 2 bis 17 Jahren, der Median liegt bei 5 Jahren</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis: Die im Rahmen des systematischen Literaturüberblicks durchgeführte Meta-Analyse kommt zum Ergebnis, dass Depressionen das Risiko an Demenz zu erkranken erhöhen können. Dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen vorangegangener systematischer Literaturüberblicke (vgl. Diniz et al. 2013, Gao et al. 2013) überein.</p>

7.3.5.4 Zusammenfassung

Es liegt keine wissenschaftliche Evidenz vor, dass medikamentöse Interventionen zur Behandlung von Depressionen das Risiko an einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz zu erkranken, reduziert (vgl. WHO 2019). Das dürfte auch der Grund sein, warum die WHO in diesem Kontext keine Maßnahmen empfehlen kann.

Ebenso fehlt es an schlüssiger Evidenz, ob Depressionen das Risiko an Demenz zu erkranken, erhöhen. Die Ergebnisse mehrerer systematischer Literaturüberblicke (vgl. z. B. Diniz et al. 2013, Gao et al. 2013, Prince et al. 2014) legen nahe, dass vorangegangene bzw. vorhandene Depressionen das Risiko an Demenz zu erkranken erhöhen. Prinz et al. 2014 weisen in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass es nach wie vor unklar ist, ob die Depression ein Prodrom⁵⁰ von Demenz oder ein unabhängiger kausaler Risikofaktor ist. Singh-Manoux et al. 2017 finden in einer großangelegten Follow-up Studie mit 10.189 Personen über 28 Jahre kein erhöhtes Demenzrisiko bei Personen mit vorangegangenen bzw. vorhandenen Depressionen.

⁵⁰ Das Prodrom ist ein einer Erkrankung vorangehendes Symptom. Es ist für die eigentliche Krankheit zumeist nicht charakteristisch. Beispielsweise gehen vielen Infektionskrankheiten unspezifische Beschwerden wie Unwohlsein, allgemeine Mattigkeit, Kopfschmerz, Übelkeit usw. voran. Die Diagnose lässt sich aus den Prodromi meist nur dann stellen, wenn es wegweisende anamnestische Angaben gibt.

7.3.6 Körperliche Inaktivität

7.3.6.1 Hintergrund

Es existieren eine Reihe großangelegter Beobachtungsstudien mit Follow-up Perioden über mehrere Jahrzehnte, die zeigen, dass sich körperliche Aktivität günstig auf die kognitiven Fähigkeiten auswirkt. Den Studien zufolge scheinen körperlich aktive Personen ein geringeres Risiko zu haben an einer kognitiven Beeinträchtigung, an Demenz im Allgemeinen, an vaskulärer Demenz und an Alzheimer zu erkranken als körperlich inaktive Personen. (vgl. z. B. Gallaway et al. 2017; Stephen et al. 2017) Des Weiteren bekräftigen diese Studien, dass der Effekt umso größer ist, je höher das Level an körperlicher Betätigung ist.

7.3.6.2 WHO-Empfehlung

Die WHO-Leitlinie empfiehlt im Kontext von körperlicher Aktivität: **1) Die Ausübung körperlicher Aktivitäten sollte Erwachsenen ohne kognitive Beeinträchtigung empfohlen werden, um das Risiko eines kognitiven Verfalls zu reduzieren. 2) Die Ausübung körperlicher Aktivitäten könnte Erwachsenen mit einer milden kognitiven Beeinträchtigung empfohlen werden, um das Risiko eines (weiteren) kognitiven Verfalls zu reduzieren.** Als Interventionsmaßnahme empfiehlt die WHO in diesem Zusammenhang körperliche Aktivitäten z. B. in Form von Aerobic oder Krafttraining.

Die den **beiden Empfehlungen zugrunde liegende Qualität der Evidenz** ist laut WHO mäßig bzw. niedrig. Die WHO spricht sich dennoch deutlich für die Durchführung der ersten Maßnahme und für eine situationsabhängige Durchführung der zweiten Maßnahme aus.

7.3.6.3 Ergebnisse Literaturreview

Die Ergebnisse der einzelnen systematischen Literaturüberblick-Studien sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor körperliche Inaktivität

Ergebnisse: Körperliche Inaktivität	
Hamer und Chida 2009	Ziel der Studie: Untersuchung, ob ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Risiko, an einer neurodegenerativen Erkrankung zu erkranken, besteht

Ergebnisse: Körperliche Inaktivität

	<p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 16 Studien</p> <p>N: 163.797 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Körperliche Aktivitäten reduzieren das Risiko, an Demenz zu erkranken, um 28%. Körperliche Aktivitäten reduzieren das Risiko, an Alzheimer zu erkranken, um 45%.</p>
Sofi et al. 2011	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Risiko, an einer kognitiven Beeinträchtigung zu erkranken, besteht</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 15 Studien (davon 12 Kohorten-Studien)</p> <p>N: 33.816 TeilnehmerInnen; Sample-Größe variiert zwischen den einzelnen Studien von 27 bis 10.308 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: variiert zwischen den Studien von 1 bis 12 Jahren</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Körperliche Aktivitäten (unabhängig von den Belastungsparametern) senken das Risiko, an einer kognitiven Beeinträchtigung zu erkranken.</p>
Prince et al. 2014	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Risiko, an Demenz zu erkranken, besteht</p> <p>Studiendesign: Literaturüberblick im Rahmen des <i>World Alzheimer Report 2014</i></p> <p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p>

Ergebnisse: Körperliche Inaktivität

	<p>Ergebnis: Die wissenschaftliche Evidenz der im Rahmen des Literaturüberblicks analysierten Beobachtungsstudien ist inkonsistent. Die Ergebnisse der verfügbaren Studien zusammengenommen deuten darauf hin, dass die körperliche Aktivität mit einer Verringerung des Demenzrisikos um bis zu 40% einhergehen könnte. In aktuelleren Studien mit einem längeren Beobachtungszeitraum ist der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Verringerung des Demenzrisikos nicht mehr zu erkennen. Aufgrund dieser inkonsistenten wissenschaftlichen Evidenz sieht der <i>World Alzheimer Report 2014</i> körperliche Aktivität als keine wirksame Maßnahme an, um den Ausbruch von Demenz zu verhindern oder zu verzögern.</p>
National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2017	<p>Konsensstudie der National Academies of Sciences Engineering Medicine zu <i>“Preventing Cognitive Decline and Dementia, a Way Forward”</i></p> <p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob das Risiko, an einer kognitiven Beeinträchtigung und Demenz zu erkranken, durch körperliche Aktivitäten verringert werden kann. Zu körperlichen Aktivitäten zählen in diesem Zusammenhang u. a. Aerobic, Krafttraining und Tai Chi.</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick im Rahmen der Konsensstudie; durchgeführt von der Agency for Healthcare Research and Quality, beinhaltet 19 randomisierte kontrollierte Studie</p> <p>N: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis: Es gibt keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz, ob Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität milde kognitive Beeinträchtigungen und Alzheimer verhindern können.</p>
Stephen et al. 2017	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem Risiko, an Demenz zu erkranken, besteht</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 24 longitudinale Beobachtungsstudien</p> <p>N: Sample-Größe variiert zwischen den einzelnen Studien von 176 bis 5.698 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: variiert zwischen den Studien von 1 bis 34 Jahren</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p>

Ergebnisse: Körperliche Inaktivität

	<p>Ergebnis: Die Mehrheit der in den systematischen Literaturüberblick inkludierten Studien (= 18 von 24 Studien) sieht günstige Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf das Risiko, an Alzheimer zu erkranken. Bei den Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf das Demenzrisiko ist jedoch zwischen körperlicher Aktivität in der Freizeit und im Beruf zu unterscheiden: Der Effekt von körperlichen Aktivitäten in der Freizeit hinsichtlich des Risikos, an Demenz zu erkranken, ist klar – sie reduziert das Demenzrisiko. Der Effekt von körperlichen Aktivitäten in der Arbeit hinsichtlich des Risikos, an Demenz zu erkranken, ist unklar. Die derzeitige wissenschaftliche Evidenz lässt auch keine Aussagen zu, welche körperlichen Aktivitäten mit welchen Belastungsparametern (Dauer, Intensität, Häufigkeit) effektiv gegen Demenz schützen.</p>
<p>Brasure et al. 2018</p>	<p>Ziel der Studie: Untersuchung der Effektivität von Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität im Hinblick auf eine Verlangsamung des kognitiven Verfalls bzw. auf eine Verzögerung des Ausbruchs einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz bei Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, ohne angeschlossene Meta-Analyse, beinhaltet 32 Studien</p> <p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis: Es gibt keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz, dass kurzfristige und nur auf singuläre Aktivitäten (z. B. Aerobic, Tai Chi) beschränkte Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität die kognitiven Fähigkeiten fördern bzw. einen kognitiven Verfall und Demenzerkrankungen bei älteren Erwachsenen verhindern.</p>
<p>de Souto Barreto et al. 2018</p>	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob Langzeittraining einen Effekt auf das Auftreten von Demenz, von milder kognitiver Beeinträchtigung und von einem anderen – klinisch bedeutsamen – kognitiven Verfall bei älteren Erwachsenen hat</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 5 randomisierte kontrollierte Studien</p> <p>N: 2.878 TeilnehmerInnen; Sample-Größe variiert zwischen den einzelnen Studien von 120 bis 1.635 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: 60 Jahre und älter</p> <p>Interventionsdauer: 1 Jahr und länger</p>

Ergebnisse: Körperliche Inaktivität

Ergebnis (Meta-Analyse): Es gibt keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz, dass Langzeittraining das Auftreten von Demenz, von milder kognitiver Beeinträchtigung und von einem anderen – klinisch bedeutsamen – kognitiven Verfall bei älteren Erwachsenen verringert.

7.3.6.4 Zusammenfassung

Mit der derzeitigen wissenschaftlichen Evidenzlage können keine Aussagen getroffen werden, ob körperliche Aktivitäten und welche Art von körperlichen Aktivitäten dazu beitragen, das Risiko an Demenz zu erkranken zu reduzieren. Des Weiteren können damit auch keine Angaben gemacht werden, mit welchen Belastungsparametern (Dauer, Intensität, Häufigkeit) körperliche Aktivitäten ausgeführt werden sollen, um möglicherweise das Demenzrisiko zu verringern.

7.3.7 Soziale Isolation

7.3.7.1 Hintergrund

Soziale Aktivitäten und soziale Einbindungen sind wichtige Faktoren für Wohlbefinden im Lebensverlauf. Es hat sich gezeigt, dass bei Personen, die sich sozial zurückziehen, ein höheres Risiko an Demenz zu erkranken gegeben ist. (vgl. u. a. WHO 2019) Die *Lancet Commission on Dementia Prevention, Interventions, and Care* sieht die soziale Einbindung von älteren bzw. alten Personen als eine mögliche präventive Maßnahme, um das Demenzrisiko zu verringern. (Livingston et al. 2017)

7.3.7.2 WHO-Empfehlung

Die WHO-Leitlinie äußert **in Zusammenhang mit sozialer Aktivität keine Empfehlung**. Derzeit fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz, ob soziale Aktivitäten und soziale Einbindung das Risiko an einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz zu erkranken, senken.

7.3.7.3 Ergebnisse Literaturreview

Die Ergebnisse der einzelnen systematischen Literaturüberblick-Studien sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor soziale Isolation

Ergebnisse: Soziale Isolation	
Kuiper et al. 2015	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob eine schlechte/geringe soziale Einbindung in Zusammenhang mit der Entwicklung von Demenz steht. Die soziale Einbindung wird anhand mehrerer Indikatoren gemessen, hierzu zählen u. a. Größe des sozialen Netzwerks, Zufriedenheit mit dem sozialen Netzwerk, soziale Partizipation und Einsamkeit.</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 19 longitudinale Kohorten-Studien</p> <p>N: Sample-Größe variiert zwischen den einzelnen Studien von 732 bis 5.447 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: variiert zwischen den Studien von 2 bis 15 Jahren</p> <hr/> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis (Meta-Analyse): Personen mit wenig sozialer Partizipation, seltenen Sozialkontakten und verstärktem/starken Gefühl von Einsamkeit haben ein höheres Risiko, an Demenz zu erkranken. Personen mit einer geringen Zufriedenheit mit ihrem sozialen Netzwerk scheinen ein höheres Risiko, an Demenz zu erkranken, zu haben. Es fehlt an ausreichender wissenschaftlicher Evidenz, um einen Zusammenhang zwischen der Größe des sozialen Netzwerks und dem Risiko, an Demenz zu erkranken, ableiten zu können.</p>
Kelly et al. 2017	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, wie sich soziale Aktivitäten, soziale Netzwerke und soziale Unterstützungen auf die kognitiven Fähigkeiten von gesunden Erwachsenen (50 Jahre und älter) auswirken</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, ohne angeschlossene Meta-Analyse, beinhaltet 39 Studien (davon 34 Beobachtungsstudien, 3 randomisierte kontrollierte Studie, 2 Vergleichsstudien)</p> <p>N: 88.463 TeilnehmerInnen</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: 50 Jahre und älter</p> <p>Ergebnis: Es besteht ein Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und kognitiven Fähigkeiten, die Ursache dieses Zusammenhanges ist unklar.</p>

7.3.7.4 Zusammenfassung

Es liegt keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz vor, inwiefern soziale Aktivitäten und soziale Einbindungen in Zusammenhang mit dem Auftreten von Demenz stehen. Das dürfte auch der Grund sein, warum die WHO in diesem Kontext keine Maßnahmen empfehlen kann.

7.3.8 Diabetes

7.3.8.1 Hintergrund

Das Vorhandensein von Diabetes mellitus in der späten Lebensphase wird mit einem erhöhten Risiko an Demenz zu erkranken in Verbindung gebracht. Die genaue Ursache für diese Verbindung ist jedoch nach wie vor unklar. Zudem wird eine unzureichende Blutzuckerbehandlung mit geringen kognitiven Fähigkeiten und einem schnelleren kognitiven Verfall assoziiert. (vgl. u. a. WHO 2019)

Die Evidenz, inwiefern eine erfolgreiche Behandlung des Blutzuckerspiegels zu einer Reduktion des Risikos an Demenz zu erkranken beiträgt, ist unklar. (vgl. u. a. WHO 2019)

7.3.8.2 WHO-Empfehlung

Die WHO-Leitlinie empfiehlt im Kontext von Diabetes mellitus: **Eine Behandlung von Diabetes sollte allen Erwachsenen mit Diabetes angeboten werden, um das Risiko, an einer kognitiven Beeinträchtigung und/oder Demenz zu erkranken, zu reduzieren.** Als Interventionsmaßnahme empfiehlt die WHO im Kontext von Diabetes medikamentöse Interventionen zur Blutzuckerbehandlung und nicht-medikamentöse Interventionen wie z. B. Diät oder Lifestyle-Interventionen.

Die der **Empfehlung zugrunde liegende Qualität der Evidenz** ist laut WHO sehr niedrig, deswegen spricht sie sich nicht für eine allgemeine, sondern nur für eine situationsabhängige Durchführung von Maßnahmen aus.

7.3.8.3 Ergebnisse Literaturreview

Die Ergebnisse der einzelnen (systematischen) Literaturüberblick-Studien sind in Tabelle 17 angeführt.

Tabelle 17: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Diabetes

Ergebnisse: Diabetes	
Luchsinger 2010	Ziel der Studie: Untersuchung, ob Typ-2-Diabetes das Risiko, an Demenz im Allgemeinen, an vaskulärer Demenz und an Alzheimer zu erkranken, erhöht Studiendesign: Literaturüberblick, beinhaltet 12 Studien

Ergebnisse: Diabetes

	<p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis: Typ-2-Diabetes erhöht das Risiko, an Demenz zu erkranken, wobei diese Assoziation für vaskuläre Demenz stärker ist als für Alzheimer.</p>
Profenno et al. 2010	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob Diabetes das Risiko, an Demenz zu erkranken, erhöht</p> <p>Studiendesign: Literaturüberblick, beinhaltet 10 Studien</p> <p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis: Diabetes führt zu einer signifikanten Erhöhung des Risikos, an Alzheimer zu erkranken.</p>
Prince et al. 2014	<p>Ziel der Studie: Untersuchung, ob Diabetes das Risiko, an Demenz zu erkranken, erhöht</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick im Rahmen des <i>World Alzheimer Report 2014</i>, beinhaltet 19 Studien</p> <p>N: n.a.</p> <p>Follow-up Periode: n.a.</p> <p>Alter der TeilnehmerInnen: n.a.</p> <p>Ergebnis: Diabetes in der späten Lebensphase wird mit einem höheren Risiko, an Demenz zu erkranken, in Verbindung gebracht.</p>

7.3.8.4 Zusammenfassung

Derzeit gibt es keine gesicherte wissenschaftliche Evidenz, ob eine Behandlung von Diabetes das Risiko an Demenz zu erkranken verringert. (vgl. z. B. Areosa Sastre et al. 2017; Podolski et al. 2017)

Im Gegensatz dazu existiert eindeutige wissenschaftliche Evidenz, dass Diabetes als ein Risikofaktor von Demenz angesehen werden kann. (vgl. z. B. Luchsinger 2010, Profenno et al. 2010, Prince et al. 2014, Livingston et al. 2017)

8 Community Nurse

Rolle der Community Nurses im Rahmen der Prävention von Pflegebedarf

Vielfach wurde bereits argumentiert, dass die Rolle der Pflege im Versorgungsgefüge des Gesundheits- und Pflegewesens aufgewertet werden sollte, unter anderem, um der sich ändernden Morbiditätsstruktur Rechnung zu tragen. International wird diese Ansicht beispielsweise durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2017) und durch die *European Federation of Nurses Associations* (EFN 2019) vertreten. In Österreich äußert sich dies u. a. im Rahmen der im Aufbau begriffenen Primärversorgungszentren, denen im Kernteam neben der Ärztin oder dem Arzt auch eine Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angehören muss (§2 Primärversorgungsgesetz).

Die umfangreiche Rolle professioneller Pflegekräfte zeigt sich – wenig überraschend – gerade auch in jenen Ländern, denen allgemein ein überdurchschnittlich gutes Langzeitpflegesystem unterstellt wird, insbesondere in den Niederlanden und in Skandinavien. Dort werden professionelle Pflegekräfte regelmäßig nicht nur in konkreten Versorgungseinrichtungen des Pflegesystems (Pflegeheime sowie Organisationen, die mobile Dienste anbieten) eingesetzt, sondern auch in Settings, die nicht (allein) auf Pflege fokussieren, sondern stärker an Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen. So sind Pflegekräfte dort oft wesentlicher Bestandteil der Primärversorgung. Eine zweite Ländergruppe mit einer ausgeprägten Rolle der *Community Nurses* sind das Vereinigte Königreich und einige seiner ehemaligen Kolonialländer sowie Australien.

Unter diesem Aspekt soll im Folgenden auf die Rolle der *Community Nurse* (CN) eingegangen werden. In einem ersten Abschnitt werden Begriff und Rolle der CN beleuchtet. Da diese international nicht einheitlich sind, beleuchten wir hierfür in den folgenden Abschnitten die Rolle der CN im Gesundheits- und Pflegewesen ausgewählter Länder. Daran anschließend konzentrieren wir uns anhand der verfügbaren Literatur auf einen im Präventionskontext besonders interessanten Tätigkeitsbereich, den CN häufig übernehmen, nämlich auf präventive Hausbesuche.

8.1 Begriff und Rolle der Community Nurse

Durch die unterschiedlich ausgestaltete Einbindung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften in die jeweiligen nationalen Gesundheits- und Pflegesysteme besteht keine allgemeingültige Definition für *Community Nurses (CN)*. Das Konzept der CN bezieht sich ganz allgemein auf Pflegekräfte, die nicht im Krankenhaus, sondern in anderen Settings (wie der Primärversorgung) tätig sind, beispielsweise in *Primary Health Centres*, bei Familien oder Personen zu Hause, in der Gemeinde o. ä. (WHO 2017). Gebräuchlich sind neben CN auch andere Begrifflichkeiten, unter anderem *Family Nurses*, *Community and Family Nurses*, *Public Health Nurses* oder *Community Health Nurses*. Im Vereinigten Königreich ist darüber hinaus die Unterscheidung zwischen *Community Nurse* und *District Nurse* gebräuchlich, die dort auch praktischen Hintergrund hat. Als CN werden dort Pflegekräfte verstanden, die außerhalb von Akut-Krankenhäusern arbeiten. Das beinhaltet Pflege zu Hause, in einer Hausarztpraxis, in Schulen, Pflegeheimen o. ä. Sie alle erbringen Leistungen für die *Community* (*The Queen's Nursing Institute Scotland*, 2019). *District Nurses* sind im Vereinigten Königreich eine spezielle Form der CN. Sie sind ranghöhere Pflegekräfte, die andere Pflegekräfte leiten und managen. Neben ihrer Leitungsfunktion nehmen sie Pflege von Personen und Familien zu Hause vor und dürfen Arzneimittel verschreiben. Für andere Länder (Schweden, Dänemark) verwendet die englischsprachige Literatur oft auch dann noch den Begriff der *District Nurse*, wenn die spezifische regionale Abgrenzung der Zuständigkeit nicht (mehr) gegeben ist.

In einer deutschen Quelle wird die Tätigkeit des *Community Health Nursing* als „Sicherung der wohnortnahen Versorgung im Sozialraum“ beschrieben (Weskamm, 2017). Eine Stellungnahme des österreichischen roten Kreuzes versteht *Community Nursing* als „Pflege von Einzelpersonen und deren Familien zu Hause in der Gemeinde“ und „Gesundheitsförderung und Prävention von Einzelpersonen, Familien und Gruppen in regionalen Settings“ (Wild, 2008).

Breitere Anwendung finden die Begriffe *Public Health Nursing* und *Community Health Nursing*, die von der WHO synonym verwendet werden. Diese Begriffe definieren kein konkretes Berufsbild, sondern eine Konzeption eines Teils der primären Gesundheitsversorgung. Die WHO definiert *Community Health Nursing* folgendermaßen:

“A special field of nursing that combines the skills of nursing, public health and some phases of social assistance and functions as part of the total public health programme for the promotion of health, the improvement of

the conditions in the social and physical environment, rehabilitation of illness and disability“ (Weltgesundheitsorganisation, 1982)

Community Health Nursing erfasst somit einen Teil der Gesundheitsversorgung, der insbesondere mit der Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Pflege im Gemeinde-Kontext befasst ist. Hier werden Elemente aus Pflege, Public Health und sozialer Arbeit verbunden, um Bedürfnisse bestimmter Gruppen und Determinanten von Gesundheit zu identifizieren und um Pläne und Politik-Maßnahmen des Gesundheitswesens unter Einbezug des lokalen Kontexts zu gewährleisten.

Folgende Tätigkeitsfelder des *Community Health Nursing* werden aufgelistet:

- Gesundheitsförderung:
 - Weiterbildung
 - Beratung
 - Unterstützung
 - Mobilisierung der Gemeinde
- Prävention:
 - Risiko-Assessment der Gesundheit
 - Screening
 - Behandlung
- Krankheits-Management:
 - Management von Pflege
 - Koordination von Pflege
 - Pflege (Monitoring, Behandlung, Beratung)
 - Rehabilitation

Trotz dieser Definition sind konkrete Aufgabenbereiche nicht international einheitlich beschrieben. Auch der europäische Berufsverband der Pflegekräfte (*European Federation of Nurses Association*) unterscheidet Pflegekräfte nicht nach Tätigkeitsfeld (in Primär- oder Sekundärversorgung), sondern nach Qualifikation (*General Care Nurse, Specialist Nurse* und *Advanced Practice Nurse*) (*European Federation of Nurses Association, 2017*).

In diesem Zusammenhang fordert die WHO, ein klares Framework für die Praxis im *Community Health Nursing* zu entwickeln (WHO, 2017). An dieser Forderung setzt auch das EU-geförderte Projekt ENHANCE an, das aktuell (Herbst 2019) noch nicht abgeschlossen ist. Eine länderübergreifende Definition, was genau unter *Family and Community Nurses* verstanden wird, ist auch im angesprochenen EU-Projekt nicht auffindbar. Das Projekt ENHANCE nimmt daher die Heterogenität der Tätigkeiten von Pflegekräften in der

Primärversorgung in Europa sowie den Wandel der an sie gestellten Anforderungen als Ausgangspunkt. Im Rahmen von ENHANCE wird ein Curriculum für die Ausbildung der *Family and Community Nurses* erstellt, das den von EU und WHO geäußerten Anforderungen an diesen Beruf gerecht werden soll. Dieses beruht auf einer Liste von zentralen Kompetenzen, die zum Aufbau eines standardisierten Berufsprofils führen sollen. (EASPD (European Association of Service Providers for People with Disabilities), 2019)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass derzeit die Rolle der *Community Nurses* (CN) in den heterogen gewachsenen Gesundheits- und Pflegesystemen – sofern überhaupt vorhanden – recht unterschiedlich ausgefüllt wird. Tendenziell kommt der CN in staatlich dominierten Systemen größere Bedeutung zu als in den meisten Gesundheitssystemen mit starker Sozialversicherungstradition; die Niederlande können hier als Ausnahme gesehen werden. Allgemein kann aber gesagt werden, dass die Themen Prävention und Gesundheitsförderung sowie Public Health in den Aufgabenbeschreibungen generell breiten Raum einnehmen. Die internationalen Bestrebungen, der Primärversorgung (wieder) mehr Bedeutung zukommen zu lassen, rücken auch die Rolle der Pflegekräfte wieder stärker in den Fokus. CNs sind auch oft in die Primärversorgung eingebunden bzw. ihr Tätigkeitsbereich wird als Teil der Primärversorgung angesehen. Dort sind ihnen in der Regel neben pflegerischen Aufgaben i.e.S. insbesondere auch Aufgaben mit stark präventivem bzw. gesundheitsförderndem und edukativem Charakter zugeordnet. Allerdings zeigt sich, dass bei dem oft bestehenden Zeitdruck neben administrativer Tätigkeit gerade diese Aufgaben zugunsten kurativer Tätigkeiten auf der Strecke bleiben; auch im Gegensatz zu den offiziellen Aufgabenbeschreibungen und der Anerkennung der Wichtigkeit von Prävention. (Josefsson et al. 2015, Phelan et al. 2018)

In den folgenden Abschnitten wird die Rolle der CN in ausgewählten Ländern dargestellt. Zwecks einheitlicher Nomenklatur verwenden wir den Begriff CN (*Community Nurse*) auch dann, wenn die englischen Quellen den Ausdruck *District Nurse* verwenden.

8.2 Community Nurses in Dänemark

Die Langzeitpflege liegt in Dänemark im Zuständigkeitsbereich der Kommunen, was sich sowohl auf die stationäre als auch auf die ambulante Versorgung bezieht. Die Kommunen betreiben somit erstens Pflegeheime (oder sind verantwortlich dafür, dass privat-gemeinnützige Organisationen in ausreichendem Umfang Pflegeheime betreiben) und sorgen zweitens für ambulante Pflegeleistungen. (Ministry of Health, 2017) In Dänemark ist zu unterscheiden zwischen (1) Pflegeheimen und (2) Wohnheimen für die ältere Bevölkerung,

wobei rund zehnmals so viele Plätze in Wohn- wie in Pflegeheimen zur Verfügung stehen. Ambulante Pflegeleistungen werden in Privatwohnungen oder in Wohnheimen erbracht.

Das dänische Gesundheits- und Pflegesystem setzt sehr stark auf Gesundheitsförderung und Prävention; Erhaltung oder ggfs. Wiederherstellung der selbstständigen Lebensführung sind wesentliche Zielsetzungen. Konkret bedeutet das folgendes: Pflege oder Betreuung zu Hause wird erst nach einem gründlichem Needs-Assessment gewährt, das speziell auf die Wiederherstellung, Verbesserung und Bewahrung der physischen und geistigen Funktionalität abzielt. Kommunen haben die gesetzliche Verpflichtung, bei Personen mit Pflegebedarf zu überprüfen, ob diese Personen von einem individuellen Trainingsprogramm profitieren könnten, welches ihnen eine Verbesserung der physischen oder sozialen Funktionalität ermöglichen und somit zu höherer Lebensqualität verhelfen würde. Jedes solche *Reablement*-Programm ist auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten zugeschnitten und mit einer bestimmten Dauer versehen. (Ministry of Health, 2017)

Die Kommunen sind auch verpflichtet, präventive Maßnahmen und Programme zu initiieren, die auf den möglichst langfristigen Erhalt der selbstständigen Lebensführung abzielen. Das beinhaltet das Angebot an sozialen Aktivitäten in der Gemeinde, Einrichtungen für altersangepasste sportliche Aktivitäten, die Organisation von Freiwilligendiensten und andere präventive Maßnahmen. (Ministry of Health, 2017)

Zu den präventiven Maßnahmen gehört auch, dass die Kommunen allen Personen ab 80 Jahren⁵¹ jährlich präventive Hausbesuche anbieten müssen, sowie bei Bedarf allen Personen der Altersgruppe 65–79 Jahre, die vulnerabel oder sozial exponiert sind. Diese Hausbesuche sollen den Bedarf an individueller Unterstützung identifizieren und der Diskussion der aktuellen Lebenssituation und des Wohlergehens der betroffenen älteren Person dienen und berücksichtigen auch, ob Angehörige zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person vorhanden sind. (Ministry of Health, 2017)

Die Durchführung der Assessments sowie der Hausbesuche liegt zumeist in Händen der CN, denen somit eine ausgeprägte präventive Funktion in den Kommunen zukommt.

8.2.1 Ausbildung

In Dänemark wurde die Lehrausbildung für Pflege im Jahr 1990 durch die Einbindung in die universitäre Ausbildung abgelöst und wird durch zwei eigene Gesetze für die Ausbildung an

⁵¹ Bei Einführung der Maßnahme war noch die Altersgrenze 75 Jahre vorgeschrieben, entsprechend der zunehmenden Aktivität älterer Menschen ist jetzt eine Altersgrenze von 80 Jahren maßgeblich.

Universitäten (Master, PhD) bzw. Fachhochschulen (Bachelor) geregelt. Das Studium schließt mit dem Bachelor-Titel ab, dauert 3,5 Jahre und umfasst 210 ECTS (120 theoretisch, 90 klinisch) plus 20 ECTS für die Bachelor-Arbeit. Das Studium berechtigt in weiterer Folge gemäß Bologna-Procedere zur Fortsetzung der Ausbildung auf Master-Niveau (2 Jahre, 120 ECTS; es bestehen daneben auch kürzere Programme mit abweichender Benennung) und schließlich auf PhD-Niveau (180 ECTS), vorausgesetzt weitere Erfordernisse werden erfüllt. Auch um als Pflegekraft registriert zu werden, muss ein Bachelor-Abschluss in Pflege vorliegen. Spezialisierungen werden außerhalb des Bologna-Schemas erworben, mit Ausnahme der Kinderkrankenpflege, in der auf Bachelor-Niveau ausgebildet wird. (Raholm et al. 2010)

8.2.2 Einbindung in das Versorgungssystem

In Dänemark arbeiten CNs meist im Rahmen der Gesundheitszentren der Gemeinden. Sie werden als Teil der Primärversorgung wahrgenommen, arbeiten aber nicht in einem organisationellen oder finanziellen Verbund mit HausärztInnen: Letztere liegen im Zuständigkeitsbereich der fünf Regionen, CNs (in den Funktionen Pflege und Rehabilitation) liegen hingegen im Zuständigkeitsbereich der 98 Kommunen. Die Rahmenbedingungen von *Community Care* werden auf nationaler Ebene zwischen den Vertretungen der Regionen und jener der Kommunen ausverhandelt, ohne Beteiligung der Vertretung der HausärztInnen. Seit 2011 können ergänzend auch lokale Vereinbarungen zur Abdeckung lokaler Bedürfnisse abgeschlossen werden und es wurden auf kommunaler Ebene Komitees gegründet, welche die Verbesserung der Kooperation zwischen ärztlicher und kommunaler Versorgung zur Aufgabe haben. Die getrennte Zuständigkeit und mangelnde Kooperation zwischen diesen beiden Versorgungsbereichen werden aber nach wie vor als problematisch angesehen. (OECD 2016)

8.2.3 Aufgaben und Einsatzgebiete

Eine wesentliche und bereits intensiv wissenschaftlich untersuchte Aufgabenstellung dänischer CNs ist die Durchführung präventiver Hausbesuche. Seit 1998 ist gesetzlich vorgeschrieben, dass die Kommune älteren, zu Hause wohnenden Personen zweimal jährlich präventive Hausbesuche anbieten muss, die diese Personen aber auch ablehnen können. Wie die Kommunen diese Hausbesuche konkret durchführen, variiert zwischen den einzelnen Kommunen, da diese sich nur an relativ weit gefasste allgemeine Richtlinien halten müssen. So können die Hausbesuche nicht nur von CNs, sondern auch von Physio- oder ErgotherapeutInnen durchgeführt werden. HausärztInnen sind selten involviert.

Nach dänischen Statistiken werden die Hausbesuche von rund 60% der kontaktierten Personen wahrgenommen, tendenziell mehr von Frauen als von Männern. (Vass et al. 2005) Allerdings führt die erste Kontaktaufnahme bei 75% der kontaktierten Männer und bei 62% der kontaktierten Frauen zu einer Ablehnung. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied zeigt sich unabhängig von der Art der ersten Kontaktaufnahme (Einladungsbrief mit konkretem Terminvorschlag, Einladungsbrief ohne konkreten Terminvorschlag, telefonische Einladung). Generell führen Einladungsbriefe mit konkretem Terminvorschlag am öftesten, und Einladungsbriefe ohne konkreten Terminvorschlag am seltensten zu einem ersten Hausbesuch. Haben bereits früher präventive Hausbesuche stattgefunden, führen hingegen Briefe ohne Terminvorschlag zu höheren Aufnahmeraten. (Ekman et al. 2010)

Über die Kosteneffektivität präventiver Hausbesuche liegt wenig Evidenz vor. Dies könnte in Dänemark damit zusammenhängen, dass sich der konkrete Ablauf und Inhalt der Hausbesuche je nach Kommune über lange Zeit unterschied. Kommunen hatten keine konkrete Richtlinie zur Verfügung, wie die Hausbesuche durchgeführt werden sollten. Um diese Lücke zu schließen, wurden ein Assessment-Tool und ein kurzes Ausbildungsprogramm entwickelt, um den Besuchenden eine Hilfestellung zu bieten. Das Hauptaugenmerk des Assessments lag auf der Entdeckung früher Anzeichen für einsetzende Funktionseinbußen, der Motivierung zu mehr körperlicher Bewegung und ggfs. auch zum Aufsuchen weiterer GesundheitsspezialistInnen, insbesondere der HausärztIn. Eine Begleituntersuchung prüfte, ob Hausbesuche in Kommunen mit Einsatz dieses Tools und in Kommunen mit Hausbesuchen „wie immer“, also nach jeweils eigenen Vorstellungen, zu unterschiedlichen Ergebnissen führten. In Kommunen mit Assessment-Tool entwickelte sich die funktionelle Mobilität der besuchten Personen besser und zwar umso stärker, je mehr Besuche absolviert wurden, und mit stärkerem Effekt bei 80-Jährigen im Vergleich zu 75-Jährigen. Mortalität und Einweisungshäufigkeit in Pflegeheime unterschieden sich nicht signifikant. (Vass et al. 2005) Frauen profitieren offenbar mehr als Männer, von den präventiven Hausbesuchen an sich, und auch vom spezifischen Training der Besuchenden. (Vass et al. 2004)

Daran anschließend untersuchen Kronborg et al. (2006), ob das Ausbildungsprogramm kosteneffizient ist. Diese Frage nach der Kosteneffizienz ist insbesondere dann interessant, wenn die gesamten verursachten Kostenzuwächse in der Berechnung berücksichtigt werden. Das hieße, dass neben den Programmkosten und den daraus resultierenden Folgekosten (insbesondere entdeckter Behandlungsbedarf im Gesundheitswesen) auch jene Kosten eingerechnet werden, die durch eine allfällig verlängerte Lebenserwartung anfallen. Im Kontext dieser Studie werden inkrementelle Kosten- und Ergebnisveränderungen in

Beziehung gesetzt, wobei die Ergebnisse an den aktiven Lebensjahren ansetzen.⁵² Allerdings konnten keine sicheren Aussagen abgeleitet werden, ob präventive Hausbesuche mit oder ohne einheitliche Ausbildung im Gebrauch des Assessment-Tools höhere Kosteneffektivität aufweisen. (Kronborg et al. 2006)

Im Vergleich zu anderen nordischen Ländern, zu England und den Niederlanden sieht ein OECD-Bericht zur Primärversorgung die Rolle der in diesem Kontext in Dänemark arbeitenden *Nurses* als ausbaufähig und wenig ambitioniert an. Obwohl die meisten Kommunen dies wünschen, dürfen dänische *Nurses* nicht verschreiben und es wird generell wenig postgraduale Ausbildung für Pflege in Dänemark angeboten. Die nach wie vor vorherrschende Einzelleistungsvergütung in der Primärversorgung würde zwar erleichtern, dass die Pflege einige Aufgaben der Allgemeinmedizin übernimmt, in der Praxis kommt dies aber kaum vor. Auch wird generell kritisiert, dass die Kommunikation zwischen den allgemeinmedizinischen Praxen und den Gesundheitszentren der Gemeinden, wo CNs meist beschäftigt sind, verbesserungswürdig ist. (Forde et al. 2016)

8.3 Community Nurses in den Niederlanden

Die Niederlande heben sich in mehrfacher Hinsicht von der Gruppe der Sozialversicherungsländer ab, so auch hinsichtlich der (im Vergleich wichtigen und umfangreicheren) Rolle, welche die Pflegekräfte einnehmen. Im EU-Vergleich liegt die Zahl der Krankenpflegepersonen pro Bevölkerungseinheit im Mittelfeld. Die auch in den Niederlanden drohende Knappheit an ärztlichem Personal und das Bewusstsein um die notwendige Umsetzung der EU-Arbeitszeitenrichtlinie ließen die Übertragung einzelner Aufgaben vom ärztlichen auf das pflegerische Personal zum Thema werden. (Kroneman et al. 2016)

Im Jahr 2008 beschloss das niederländische Parlament die **Wiederkehr der Community Nurse**, konkret vorerst im Rahmen des landesweiten Projektes *Zichtbare Schakel (Visible Link)* über den Zeitraum 2009–2012 und mit Schwerpunkt auf benachteiligten Regionen. Im Zuge dessen wurden 250 neu rekrutierte CNs damit beauftragt, multiple Problemlagen speziell bei vulnerablen Personen durch die Vernetzung und Koordination unterschiedlicher Fachleute zu verbessern. Die zu vernetzenden Fachleute stammen aus Hilfsorganisationen der Bereiche Wohnen, Krankheitsprävention und Wohlfahrt und sollen abgestimmt aufeinander eine

⁵² Für die Kosten des Programms wurde eine Stunde Arbeitszeit je Besuch angesetzt, was in etwa dem beobachteten Zeitrahmen entspricht. Dieser Wert wurde mit dem nationalen Tariflohn für Pflegekräfte bewertet und mit 1,8 (=1/(1-0,44)) multipliziert, da gemäß Zeitverwendungsstatistiken dänische Pflegekräfte 44% ihrer Arbeitszeit für Gruppenbesprechungen, Dokumentation, Fahrzeiten etc. aufwenden.

Verbesserung des Selbstmanagements und der Lebensqualität bewirken. Damit geht der Aufgabenbereich der „neuen“ CNs über die Aufgaben der traditionellen CNs, die seit den 1960er Jahren in den Niederlanden stark an Bedeutung verloren hatten, hinaus. Zur Hälfte des Projektzeitraums waren bereits 250 CNs höheren und weitere 75 CNs mittleren Ausbildungsniveaus im Projekt involviert (Grijpstra et al., 2013). Eine Evaluierung des Projektes im Raum Rotterdam zeigte, dass die im Projekt betreuten Personen tatsächlich eine signifikant verbesserte Lebensqualität verzeichneten, und dass sie im Schnitt 66 Jahre alt waren, obwohl kein Fokus auf die ältere Bevölkerung vorgesehen war. (Cramm et. al., 2017).

Aus Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation der CNs entstand im Jahr 2006 das Modell der **Buurtzorg** (in etwa: Pflege in der Nachbarschaft), das international inzwischen viel Aufmerksamkeit erfahren hat (z. B. im Vereinigten Königreich, siehe Merrifield 2016, Drennan et al. 2018). Da das Konzept auch in Österreich bereits vielfach diskutiert und analysiert wurde (z. B. Leichsenring, Staflinger 2017), sei hier nur kurz darauf eingegangen. Das *Buurtzorg*-Modell beruht auf der Grundannahme einer ganzheitlichen Orientierung in der Pflege und weitreichenden Autonomiespielräumen für die bis zu zwölf Pflegekräfte je Team. Die Beschäftigten organisieren ihre Arbeit im Team selbst und werden durch eine schlanke Führung nur im Bedarfsfall unterstützt; außer den beiden Leitungspersonen (eine ausgebildete Pflegeperson, ein ausgebildeter IT-Spezialist) besteht die Geschäftsleitung landesweit aus weiteren ca. 14 Pflegepersonen, bei bereits über 900 derartigen Pflgeteams. Die Leitungsgruppe begreift ihre Funktion mehr als Coaches denn als Führungspersonen. Der intelligente Einsatz von digitalen Lösungen für Pflegedokumentation und -Management bildet einen weiteren Baustein der *Buurtzorg*-Philosophie, aber das Herzstück liegt in flacher Hierarchie, Gleichberechtigung, Selbstorganisation und einer auf Wiedererlangen der Selbstständigkeit ausgerichteten PatientInnenzentriertheit. Hierbei wird großteils auf Arbeitsteilung zwischen den Pflege- und Betreuungsberufen verzichtet: CNs übernehmen auch Tätigkeiten, die im herkömmlichen niederländischen Modell oft auf Hilfskräfte ausgelagert worden waren; damit sind die einzelnen PatientInnen mit einer geringeren Anzahl verschiedener Personen in ihrer Versorgung konfrontiert als in herkömmlichen Betreuungsmodellen. Zudem führt der Verzicht auf umfangreiches Backoffice einschließlich der dazu gehörigen Räumlichkeiten zu geringen Overheadkosten, die wiederum überdurchschnittlich hohe Ausbildung der in der Pflege Beschäftigten ermöglichen. Gleichzeitig verlangt dieses Modell den Beschäftigten besonders hohe Kompetenzen in Selbstorganisation, Teamfähigkeit und Eigenverantwortung ab.

Das internationale Interesse am Modell zeigt sich u. a. darin, dass *Buurtzorg* als Pilotprojekt in einem Londoner Stadtteil eingeführt und auch dort, wie bereits in den Niederlanden, von

PatientInnen- wie auch Beschäftigtenseite sehr positiv aufgenommen wurde (Drennan et al. 2018).

Im Zuge der Pflegereform 2015 traten somit auch hinsichtlich des Einsatzes von Krankenpflegekräften umfassende Änderungen auf. Bezüglich extramuraler Pflege wird in der englisch-sprachigen Literatur über die Niederlande öfter von *District Nurses* als von *Community Nurses* gesprochen, beispielsweise in der niederländischen Ausgabe des HiT-Berichtes für *wijkverpleegkundigen* (Kroneman et al. 2016).

8.3.1 Ausbildung

Zum Pflegepersonal zählen in den Niederlanden diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie zertifizierte PflegeassistentInnen. Zwei Ausbildungsschienen führen zur Diplomierung: (1) 3–3,5 Jahre pflegerische Grundausbildung in einem regionalen Ausbildungszentrum und (2) 4 Jahre pflegerische Grundausbildung auf einer Fachhochschule, die mit Bachelor-Titel abschließt. Die Wahl der Ausbildungsschiene legt zwar kein bestimmtes Arbeitssetting für die berufliche Tätigkeit fest, aber nur mit dem Bachelor-Titel wird die Möglichkeit eröffnet, in einem Master-Programm die Spezialisierung in *Advanced Nursing Practice* zu erwerben (Kroneman et al. 2016). Interessant ist weiters, dass einer der möglichen Spezialisierungsbereiche Prävention ist.

Zertifizierte PflegeassistentInnen erwerben ihre praxisorientierte Pflegeausbildung in drei Jahren in einem regionalen Ausbildungszentrum. Im internationalen Vergleich dauert die Ausbildung der PflegeassistentInnen in den Niederlanden eher lange, nach Ausbildungsabschlussarbeiten sind die AbsolventInnen meist im Bereich der mobilen oder stationären Langzeitpflege tätig.

Die Tendenz geht dahin, mehr diplomierte Kräfte auf Bachelor-Niveau und weniger zertifizierte Kräfte auszubilden. Im Kontext der mobilen Dienste steht dies in Zusammenhang mit den seit der Reform 2015 ausgeweiteten Zuständigkeiten, etwa im Bereich der individuellen Pflegebedarf-Assessments, aber auch der Krankheitsprävention und Unterstützung und Schulung im Selbstmanagement. (Kroneman et al. 2016)

8.3.2 Einbindung in das Versorgungssystem

Mit Stand 2016 berichten Kroneman et al. (2016), dass CNs auf Gehaltsbasis und in Anstellung bei Krankenkassen arbeiten, dass das System aber noch in Entwicklung sei.

Das *Buurtzorg*-Modell hat sich ausgebreitet und es arbeiten bereits mehr als 900 Teams in diesem Modell. Kroneman et al. (2016) kündigen an, dass *Buurtzorg* als eine eigene Krankenversicherung in den Markt eintreten wolle. Bis dato liegen den AutorInnen keine Informationen vor, ob dies auch erfolgt ist.

8.3.3 Aufgaben und Einsatzgebiet

Im Zuge der Reform 2015 wanderte die Zuständigkeit für Pflege im Rahmen der Langzeitversorgung zu den Krankenkassen. In der Wahrnehmung dieser Aufgabe kommt den CNs eine Schlüsselposition zu, die unterschiedlichen Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen KlientInnen und informeller, ärztlicher und sozialberuflicher Versorgung sowie mit allfälligen anderen Gesundheitsberufen zu koordinieren. Selbst übernehmen sie pflegerische Aufgaben im engeren Sinn und persönliche Dienste wie Waschen oder Ankleiden. Ihnen obliegt auch die individuelle Pflegebedarfsfeststellung. Ihre Aufgabe bezieht sich dabei auf die medizinische Versorgung und Pflege i.e.S., während die soziale und häusliche Unterstützung und Betreuung im Verantwortungsbereich der Kommunen (bzw. der informellen Unterstützung) liegen. Nach Brabers et al. (2019) fehlt eine Richtlinie für die Durchführung der Bedarfsfeststellung, es gibt lediglich ein Rahmenwerk mit sechs Bedingungen, die z. B. die Ausbildung der Durchführenden spezifizieren. Daher kann beträchtlich variieren, wie hoch der zuerkannte Pflegebedarf in einer bestimmten Situation ausfällt. Dies wird anhand einer Fallvignette gezeigt, die zu Einschätzungen von 4 bis zu 13 Stunden Pflegebedarf führten.

Die ansonsten bei Leistungen der Krankenkasse üblichen Selbstbehalte entfallen bei Leistungen der CNs. (Kroneman et al. 2016)

Im Jahr 2008 initiierte die niederländische Regierung ein ehrgeiziges vierjähriges Programm, das die Entwicklung innovativer Leistungen fördern sollte, um die häusliche Versorgung älterer Personen zu unterstützen (*National Care for the Elderly Programme*). Geförderte Leistungen sollten sich auf ältere Personen mit multifaktoriellen Bedürfnissen konzentrieren, um deren physische, mentale und soziale Gesundheit zu stärken, fanden in unterschiedlichen Settings statt und fokussierten zum Teil auf spezifische Situationen, wie die post-akute Versorgung nach Entlassung aus dem Spital. Eine Überblicksarbeit über derartige Studien in den Niederlanden konstatierte, dass der breite Themenbereich und die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen zwar günstig waren, um blinde Flecken zu vermeiden, dass die gesetzten Initiativen aber nicht unbedingt den konkreten Bedürfnissen und vor allem Präferenzen der adressierten Bevölkerungsgruppe entsprachen. Um diesen besser zu entsprechen, sollten die Initiativen sich auf die Bewahrung von Unabhängigkeit und funktionellen Kapazitäten konzentrieren, anstatt auf spezifische Krankheitsbilder und deren

Konsequenzen (Lette et al. 2015). Dieser Zielsetzung entsprechen u. a. präventive Hausbesuche.

Im Folgenden beschreiben wir zwei dieser Studien, die als präventive Hausbesuche durch CNs klassifiziert werden können. Diese kontrolliert randomisierten Cluster-Studien testeten den Einsatz von präventiven Hausbesuchen. In der ersten wurden elf von insgesamt 24 allgemeinmedizinischen Praxen der Studien- und 13 der Kontrollgruppe zugeteilt. Personen ab 70 Jahren, die einen bestimmten Schwellenwert für ein erhöhtes Risiko funktionellen Abbaus (mindestens 2 Punkte gemäß *Identification of Seniors at Risk-Primary Care, ISAR-PC*) überschritten, erhielten ein umfassendes systematisches geriatrisches Assessment und darauf aufbauend individuell abgestimmte, multifaktorielle Interventionen, die von einer dazu ausgebildeten CN koordiniert wurden. Anschließend folgten mehrere Follow-up-Hausbesuche. Der Fokus wurde bewusst auf „jüngere“ SeniorInnen gelegt, da diese von Präventionserfolgen am meisten profitieren könnten. Als primärer Ergebnisindikator diente die Beeinträchtigung der teilnehmenden Personen, gemessen anhand von adaptierten ADL-Scores nach einem Jahr. Als Ergebnis wurde eine schwach bessere Entwicklung bei der Interventions- als bei der Kontrollgruppe gemessen; der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Bei sekundären Ergebnismaßen wie Hospitalisierungs- oder Mortalitätsrate wurde kein Unterschied gemessen. (Suijker et al. 2016)

Eine zweite Studie zielte ebenfalls darauf ab, funktionelle Beeinträchtigungen gezielt hintanzuhalten. Diese Studie schloss bereits Personen ab 60 Jahren mit ein, da in der Zielregion mit hohem ausländischen Bevölkerungsanteil Pflegebedürftigkeit oft in jüngerem Alter als in der einheimischen niederländischen Bevölkerung einsetzt. Die Studie war als dreiarmer Versuch mit Follow-up nach 6 und 12 Monaten angelegt, wobei in allen drei Armen im ersten Schritt Personen mit erhöhtem *Frailty*-Risiko anhand von zuvor festgelegten Kriterien aus den elektronischen Gesundheitsakten identifiziert wurden. Im ersten Interventionsarm wurden die behandelnden HausärztInnen über drei Arten von Risikofaktoren informiert, verbunden mit der Bitte, die entsprechenden Patientinnen diesen Befunden entsprechend regelkonform zu behandeln. Die drei Risikogruppen waren wie erläutert erhöhtes Risiko für *Frailty*⁵³, zweitens Polypharmazie⁵⁴ und drittens der Umstand, dass jemand bereits seit drei Jahren keine hausärztlichen Leistungen verzeichnet hatte und demnach möglicherweise Therapien ablehnend gegenübersteht. Die HausärztInnen des Interventionsarms, nicht aber jene des Kontrollarms, wurden vierteljährlich über diese Risiken bei ihren PatientInnen informiert. Im zweiten Interventionsarm durchliefen diplomierte

⁵³ Frailty (Gebrechlichkeit): Zu diesem Zweck wurde aus den elektronischen Gesundheitsakten ein Index abgeleitet, der die Risiken für 50 potentielle Gesundheitsrisiken berücksichtigt.

⁵⁴ Die gleichzeitige Einnahme von mehr als fünf Medikamenten wird von der WHO mit dem Begriff Polypharmazie definiert.

Krankenpflegepersonen im Verlauf von 6 Wochen ein 48-stündiges Training, um einen individualisierten Versorgungsplan zu erstellen. Hierfür wurden die als potenziell *frail* identifizierten Personen weiteren Tests unterzogen (*Groningen Frailty Indicator, Intermed Self Assessment*) und jene Personen, die bestimmte Schwellenwerte überschritten, wurden in weiterer Folge zuhause für ein geriatrisches Assessment und die Erstellung eines maßgeschneiderten Versorgungsprogramms aufgesucht. Die Pflegepersonen sollten sich dabei nach speziell entwickelten, evidenzbasierten Pflegeplänen für häufige geriatrische Leiden richten. Verglichen mit der Bewertung im Ausgangszeitpunkt, konnten zwar nicht nach sechs Monaten, aber sehr wohl nach zwölf Monaten geringere Verschlechterungen in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben bei den Personen in den beiden Interventionsarmen festgestellt werden, allerdings in nur bescheidenem Umfang. Ausgeprägter war die Verbesserung bei gut gebildeten Personen. Bei anderen Outcome-Maßen wie der Lebensqualität fielen keine Unterschiede auf. Im Interventionsarm mit koordinierter Betreuung durch Pflegekräfte nahm die Zahl der hausärztlichen Kontakte zu (vor allem bei gut gebildeten Personen), was darauf hindeutet, dass Pflegekräfte ansonsten unentdeckte Gesundheitsprobleme aufdecken konnten. Der erwartete zusätzliche Effekt dadurch, dass sich pflegerische Betreuung und Screening ergänzen, konnte nicht festgestellt werden. (Bleijenberg et al. 2016)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in keiner der beiden Studien ein genereller Vorteil bei Pflege durch CNs nachgewiesen werden konnte. Diese Ergebnisse stimmen mit jenen weiterer Studien überein, dürften aber auch viele Schwierigkeiten in der Effektmessung teilen. So halten Metzelthin et al. (2013) zu ihren sehr ähnlichen Ergebnissen fest, dass das Qualitätsniveau des niederländischen Gesundheitssystems in der Versorgung älterer Personen bereits als sehr hoch gilt und daher der Spielraum für Verbesserungen recht gering ist. Auch macht die Tatsache, dass nicht alle PatientInnen der Interventionspraxen an der Studie teilnehmen, die Unterscheidung im Behandlungsalltag schwierig, was die Effekte verwischen könnte. Und schließlich waren in der Studie von Metzelthin et al. (2013) die durchführenden CNs selbst von der Auswahl der ProbandInnen nicht immer überzeugt, was die Gewissenhaftigkeit in der Verfolgung der Behandlungsprotokolle beeinflusst haben könnte.

Allerdings ist unklar, ob zwölf Monate bereits einen ausreichend langen Beobachtungszeitraum darstellen. Beispielsweise könnten sich die beobachteten vermehrten Besuche bei HausärztInnen in Verbindung mit früher entdeckten und behandelten Erkrankungen langfristig günstig auswirken. Auch wäre zu hinterfragen, ob die bei sozial besser gestellten Personen beobachteten, positiven Wirkungen auch bei anderen Personen erzielbar sind, wenn die vermuteten Informationsvorteile dieser bevorzugten

Bevölkerungsgruppe proaktiv auch auf andere Bevölkerungsgruppen ausgedehnt werden können.

8.4 Community Nurses in Schweden

In Schweden bildet das Pflegepersonal einen wesentlichen Baustein in der Primärversorgung für alle Altersgruppen. Pflegekräfte arbeiten dementsprechend in unterschiedlichen Settings, in Primärversorgungszentren, Kindergesundheitszentren, Schulen, Organisationen für ambulante Pflege und in Einrichtungen für die ältere Bevölkerung. Eine feste regionale Zuständigkeit haben CNs in Schweden heute nicht mehr. Nach Lagerin (2016) heben sich CNs in Schweden von den Modellen in anderen skandinavischen Ländern und im Vereinigten Königreich dadurch ab, dass sie nicht nur präventiv und gesundheitsfördernd tätig sind, sondern auch medizinische Hauskrankenpflege durchführen. Beide Aufgabengebiete, Prävention und Behandlung, waren bereits seit der Einführung dieses Berufes in den frühen 1900ern vorgesehen.

8.4.1 Ausbildung

In Schweden wurde die Lehrausbildung für Pflege im Jahr 1977 durch die Einbindung in die universitäre Ausbildung abgelöst, und wird durch ein Gesetz für die Ausbildung an Universitäten und universitären Colleges geregelt. Das Studium schließt mit Bachelor-Titel ab, dauert drei Jahre und umfasst 180 ECTS (135 theoretisch, 45 klinisch) plus 15 ECTS für die Bachelor-Arbeit. Der Studienabschluss berechtigt zur Berufsausübung und in weiterer Folge gemäß Bologna-Procedure zur Fortsetzung der Ausbildung auf Master-Niveau (120 ECTS, zwei Jahre; es bestehen daneben auch kürzere Programme mit abweichender Benennung) und schließlich PhD-Niveau (120 ECTS), vorausgesetzt weitere Erfordernisse (wie z. B. eine Mindestzeit an praktischer Berufserfahrung) werden erfüllt. Bei Einführung der Master-Programme wurden Spezialisierungen in diese Ausbildung integriert, so stellen beispielsweise das Hebammenwesen oder auch Public Health Spezialisierungen auf Master-Niveau dar (Raholm et al. 2010).

CNs sind in Schweden registrierte Kranken- und Gesundheitspflegepersonen, die zusätzlich eine Ausbildung in *Advanced Specialist Nurse Education in Public Health* und Gesundheitsförderung im Umfang von 75 ECTS abgeschlossen haben. Sie verfügen über die Berechtigung, einige Verschreibungen durchzuführen, wie Hilfsmittel bei Diabetes, Inkontinenzprodukte und in eingeschränktem Umfang Medikamente, z. B. Kortisonsalben gegen Ekzeme. (Lagerin 2016)

8.4.2 Einbindung in das Versorgungssystem

Pflegeleistungen fallen in Schweden in den Verantwortungsbereich der Kommunen, somit auch in den Bereich der CNs. Auch in Schweden ist der stationär versorgte Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen zurückgegangen, zwischen 2000 und 2012 von knapp 8% auf 5%. Der gleichzeitige Anstieg der Personen mit ambulanten Pflegeleistungen kompensiert diesen Rückgang nur teilweise; der entsprechende Bevölkerungsanteil stieg im selben Zeitraum von 8% auf nicht ganz 9%. (Ulmanen, Szebehely 2012) Der Pflege zu Hause, durch professionelle Pflegekräfte wie auch informell durch Angehörige, kommt daher steigende Bedeutung zu. Durch die gleichzeitig stattfindende schleichende Privatisierung im Pflegebereich, die vor allem durch wohlhabendere Familien in Anspruch genommen wird, nehmen die weniger wohlhabenden Familien die ambulanten kommunalen Pflegeleistungen stärker in Anspruch, und manche ForscherInnen befürchten eine Abkehr vom universalistischen Anspruch des schwedischen Wohlfahrtsstaates (Ulmanen, Szebehely 2012).

CNs halten am Gesundheitszentrum der Gemeinde Sprechstunden ab, beschäftigen sich mit Gesundheitsförderung und Prävention bei häuslichen PatientInnen und bieten Palliativversorgung an. Sie arbeiten eng mit anderen Gesundheitsberufen zusammen, die am Gesundheitszentrum vertreten sind, wie insbesondere HausärztInnen. Obwohl CNs bereits über breite Präventionskenntnisse verfügen, sehen Sherman et al. (2012) die Durchführung von präventiven Hausbesuchen bei 75-jährigen Personen als eine Herausforderung an. Eine weitere Herausforderung für CNs besteht darin, dass sie auch für die Koordination der gesundheitlichen Versorgung jener Personen zuständig sind, die nicht in der Lage sind, für Behandlungen die Gesundheitszentren aufzusuchen. (Josefsson et al. 2015)

Die schwedischen Gesetze verlangen umfangreiche Aufzeichnungen (wie z. B. über die Art der Tätigkeit) von allen Personen, die in registrierungspflichtigen Gesundheitsberufen tätig sind, so auch von CNs. Bei jedem Hausbesuch sind der Grund für den Besuch sowie die durchgeführten Untersuchungen und Interventionen aufzuzeichnen. (Patientjournallag SFS1985:562, zitiert nach Lagerin 2016)

Allerdings dürfte dieser Anspruch in der Praxis nicht immer erfüllt werden. So ist einer der in einer Befragung von CNs geäußerten Kritikpunkte, dass gerade der Zugang zu den behandlungsrelevanten Informationen in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen, CNs und ausführenden Pflegekräften oftmals nicht reibungslos ist. (Josefsson, Peltonen 2015)

Gleichzeitig muss das Recht auf Privatsphäre und Würde der PatientInnen eingehalten werden, wobei vor allem der PatientInnenwürde in der schwedischen Pflegepolitik hoher Stellenwert eingeräumt wird. Ebenso ist gesetzlich festgelegt, dass die Versorgung in

Abstimmung mit den Gepflegten und in Übereinstimmung mit *evidence-based practice* zu erfolgen hat.

Die erbrachten Pflegeleistungen wie auch ihre Dokumentation müssen einem vorgeschriebenen Ablauf folgen, nämlich den Stufen Entscheidung, Diagnose, Planung, Performance und Evaluation. Das Dokumentationsmodell hierfür, das auch in Krankenhäusern und der Primärversorgung allgemein angewandt wird, nennt sich VIPS, was für *Wellbeing*, Integrität, Prävention und Sicherheit steht. (Lagerin 2016)

8.4.3 Aufgaben und Einsatzgebiete

Wie eingangs erwähnt, kommt heute den CNs nicht mehr die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung in regional abgegrenzten Gebieten zu. Stattdessen wurde ihr Arbeitsort in verschiedene Organisationsformen der Primärversorgung verschoben, von Primärversorgungszentren bis zu Schulen.

In Primärversorgungszentren arbeiten CNs in multiprofessionellen Teams, in denen typischerweise auch Allgemeinmedizin und Pflegehilfe vertreten sind. Das spezifische Aufgabengebiet und die Struktur des Arbeitstages können zwischen den einzelnen Zentren stark variieren. Zentren, die ein Team für Hausbesuche haben, werden dort auch CNs einsetzen. In Primärversorgungszentren ohne ein derartiges Team spezialisieren sich CNs oft auf andere Bereiche, wie Asthma, Bluthochdruck, Diabetes oder Wundmanagement, und bieten eigene Sprechstunden für diese Leistungen an.

CNs verbringen zunehmend mehr Zeit mit Hausbesuchen, vor allem bei älteren Personen. Außer der eigentlichen Pflege nehmen sie umfangreiche Beratungen vor, so unterstützen sie bei der Umstellung im Lebensstil, zeigen Möglichkeiten der Selbstversorgung auf und beraten und unterstützen auch Angehörige bei deren Hilfestellungen. Dass dieser Aufgabenbereich anwächst, liegt neben der zunehmenden Zahl älterer Personen auch an der geänderten schwedischen Politik, welche die Versorgung immer mehr aus dem Krankenhaus hinaus und hin zu Primärversorgung und häuslichem Bereich verlagert. Da die gesundheitliche Versorgung häuslicher PatientInnen nun ganz bei den Kommunen liegt, hat sich auch der Aufgabenbereich der CNs gewandelt, die nunmehr in der häuslichen Versorgung die Berufsgruppe mit der höchsten Ausbildungsstufe sind. (Josefsson et al. 2015)

In Schweden wurden präventive Hausbesuche, die von CNs geleistet werden, für Personen ab 75 Jahren als verpflichtendes Angebot nur in Stockholm eingeführt (Sherman et al. 2012).

9 Präventive Hausbesuche

Präventive Hausbesuche als spezifische Präventionsmaßnahme von Pflegebedarf

9.1 Begriff der präventiven Hausbesuche

Renz und Meinck (2018) beschreiben präventive Hausbesuche (PHB) als systematische Erfassung individueller Bedarfe älterer, nicht-institutionalisierter Menschen im Rahmen eines anlassunabhängigen Hausbesuchs. Diese Erfassung erfolgt durch eine strukturierte Befragung, meist verbunden mit einem multidimensionalen Assessment, aus der dann die individuelle Formulierung von Präventionszielen und Beratungsangeboten erfolgt. Ein leitendes Prinzip von PHB ist die freiwillige Teilnahme. Auch bei verpflichtenden Angeboten, wie etwa in Dänemark, sind PHB lediglich anzubieten, die Akzeptanz dieses Angebots ist nicht verpflichtend für die betroffene Bevölkerung.

Der **Zweck von PHB** besteht darin, die Gesundheit zu fördern und das Eintreten von Krankheiten oder Körper- oder Geisteszuständen, welche die selbstständige Lebensführung erschweren, zu verhindern, abzumildern oder hinauszuzögern. Der Erfolg der PHB kann in der Evaluation an gesundheitlichen oder Funktionsparametern oder auch am Auftreten von spezifischen Ereignissen gemessen werden. Je nach Studiendesign werden demnach Erhalt der Selbsthilfekompetenz, Vermeidung oder Verzögerung von Pflegeheimaufnahmen, Vermeidung von Klinikaufhalten, Reduktion von Mortalität oder eine erhöhte Lebensqualität als Outcome-Parameter definiert. Typisches Einschlusskriterium ist ein höheres Lebensalter der Besuchten. Schon vorher bestehende Beeinträchtigungen werden in manchen Studien als Ausschluss-, in anderen als Einschlusskriterium behandelt. (Renz und Meinck 2018)

Bezogen auf die konkrete Formulierung der Zielsetzung eines PHB-Programmes kann ein methodisches Problem in der Ergebnismessung bestehen. Wird der Erfolg von PHB an der Inanspruchnahme von Leistungen (anstelle von funktionellen Parametern oder Gesundheitszustand) gemessen, wie der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen oder Krankenaufhalten, so muss eine gestiegene Inanspruchnahme keineswegs mangelnde Effektivität des PHB bedeuten: Nämlich dann, wenn ansonsten unentdeckte Bedarfe entdeckt und versorgt werden. Nur wenn die Inanspruchnahme von Leistungen deshalb sinkt bzw. niedriger als in der Vergleichsgruppe ist, weil auch der Bedarf dementsprechend niedrig ist, kann geringe Inanspruchnahme als Erfolg gewertet werden. Somit kann eine isolierte

Betrachtung der Inanspruchnahme ohne gleichzeitige Betrachtung gesundheitlicher und funktioneller Parameter zu einer irreführenden Interpretation verleiten. Ein weiteres methodische Problem ist die Dauer der Programme: Es ist nicht von vornherein klar, wie viel Zeit zwischen Präventionsmaßnahme und allfällig vermiedenem „Schaden“ realistisch anzusetzen ist. Daher ist die eine ausreichende Beobachtungsdauer wesentlich für die korrekte Abbildung des Effektes, aber auch teurer als eine zeitlich kürzer angesetzte Evaluation.

Je nach PHB-Programm bestehen international unterschiedliche Regelungen, welche **Berufsgruppe** für die Durchführung von PHB zuständig ist. Meist werden sie von Pflegepersonen durchgeführt. Wo *Community Nurses* fester Bestandteil der Versorgungslandschaft sind, ist oft diese Berufsgruppe für PHB zuständig. In anderen Programmen liegt die Durchführung in der Verantwortung von Teams mit multiprofessioneller Zusammensetzung, wobei neben Pflege auch Sozialarbeit, Physio- und Ergotherapie sowie Geriatrie in diesen Teams vertreten sein können. Die Durchführenden von PHB sind organisatorisch, je nach Programm und Land, an die Primärversorgung oder das Pflegesystem angebunden.

Große Unterschiede bestehen in der konkreten **Struktur der PHB-Programme**. Neben den erwähnten Unterschieden bezüglich der konkreten Berufsgruppe, die sie durchführt, ist auch zu fragen, ob die Durchführenden der Bedarfserhebung ein konkretes Assessmentinstrument verwenden, und ob sie vor Beginn ihrer Tätigkeit eine spezielle Schulung erhalten, um eine einheitliche Bewertung und einheitliche Maßstäbe zu gewährleisten. Beobachtungen in Dänemark haben gezeigt, dass auch der Einsatz eines einheitlichen Assessmentinstruments allein noch nicht gewährleistet, dass dieses „automatisch“ zu einheitlichen Ergebnissen führt (Vass et al. 2005). Die Programme unterscheiden sich weiters in Zahl und Art der Kontakte (Besuche oder auch Telefonate bei Follow-up) sowie in der gesamten Betreuungsdauer. Schließlich können sich PHB an unterschiedliche Zielgruppen richten: ältere oder bereits hochaltrige Personen, sozial schlechter gestellte Personen oder alleinlebende ältere Personen. Je nach Zielpublikum kann eine unterschiedliche Form der Kontaktaufnahme ratsam sein.

Die **Verbreitung von PHB** als verpflichtend anzubietende Leistung ist noch überschaubar, was wohl die widersprüchliche Evidenzlage widerspiegelt. Eine Verpflichtung zum Angebot besteht, wie erwähnt, in Dänemark, und zwar für die Bevölkerung ab einem Alter von 80 Jahren. Eine ähnliche Regelung ist in Australien für die Bevölkerungsgruppe ab 75 Jahren in Kraft, kann allerdings sowohl in der Wohnung als auch in der hausärztlichen Praxis stattfinden (Australian Government, 2019). Im Vereinigten Königreich waren PHB seit 1990 als *75-years-and-over checks* in die hausärztliche Versorgung eingebettet. Nach einer

Evaluation wurden diese Checks im Jahr 2004 aber wieder aus den Behandlungsverträgen der hausärztlichen Praxen gestrichen. In Deutschland werden PHB zwar in einigen Gebieten angeboten, ihre Evidenzbasierung steht aber nach wie vor in Diskussion. So können systematische Reviews der bis zum Jahr 2004 vorliegenden Evidenz (Meinck et al. 2004) bzw. jener danach (Renz, Meinck 2018) keine Empfehlung für ihre deutschlandweite Einführung abgeben. In Schweden wurden PHB als verpflichtendes Angebot nur in Stockholm eingeführt. (Sherman et al. 2012)

Es liegt bereits eine sehr große Fülle von Untersuchungen unterschiedlicher PHB-Programme vor, und das Interesse an ihnen scheint fortzubestehen. Zum Teil dürfte die Fülle der Untersuchungen darin begründet sein, dass PHB als Idee – bei aller Unterschiedlichkeit der konkret durchgeführten Programme sowie der uneinheitlichen Bezeichnungen⁵⁵ – sehr bestechend wirken. Die Evidenzlage zu Ergebnissen von PHB ist aber recht widersprüchlich, was wohl auch an der angesprochenen Unterschiedlichkeit der Programme und der Versorgungslandschaft, in die diese eingebettet sind, liegt. Aus diesen Gründen wurden bereits mehrere systematische Reviews und Metaanalysen erstellt, um mehr Klarheit über die Ursachen der heterogenen Resultate zu schaffen.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der jüngsten Reviews zusammengefasst.

9.2 Ergebnisse von Präventiven Hausbesuchen

Es liegen mehrere systematische Reviews der mit PHB verbundenen Effekte vor. Tendenziell sind ältere Untersuchungen positiver (Stuck et al. 2002, Elkan et al. 2001) und neuere (Huss et al. 2008, Mayo-Wilson et al. 2014) kritischer bezüglich identifizierter Effekte. Möglicherweise spiegelt dies den Umstand wider, dass zusätzliche Erfolge bei bereits generell hoher Pflegequalität schwieriger erziel- und messbar sind. So stammen jüngere Studien vor allem aus jenen Ländern (Dänemark, Niederlande, auch Deutschland) in denen eine vergleichsweise hohe Qualität in der Regelversorgung zu vermuten ist, und somit Verbesserungen schwerer erzielbar sind.

Eine Abfrage mit dem Suchterm (*systematic review [Title/Abstract]*) AND (*preventive home visit [Title/Abstract]*) ergab in der Literaturdatenbank PubMed zwei Treffer, eine Erweiterung um *similar results* führte zu weiteren 92 Treffern. Hieraus wurden insgesamt sechs systematische Reviews über PHB identifiziert, wovon zwei aber bereits zu Beginn der 2000er

⁵⁵ Neben *preventive home visits* wird auch von *health coachings* oder einfach *home visits* berichtet.

Jahre erstellt wurden. Tabelle 18 fasst die Ergebnisse der vier aktuellsten Reviews kurz zusammen, beginnend mit dem Neuesten.

Tabelle 18: Systematische Reviews über präventive Hausbesuche

Ergebnisse: Jüngere systematische Reviews über Präventive Hausbesuche	
Renz, Meinck 2018	<p>Ziel der Studie: Bewertung der Wirksamkeit von PHB mithilfe von Kriterien der evidenzbasierten Medizin unter Einbezug von Studien seit 2004</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet 16 Studien (davon 12 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sowie 4 Übersichtsarbeiten ausschließlich auf Basis randomisierter kontrollierter Studien)</p> <p>N (Interventionsgruppe/Kontrollgruppe): von 59 /60 bis 2.092/1.942 bei RCTs</p> <p>Interventionsdauer: 1 bis 48 Monate (RCTs)</p> <p>TeilnehmerInnen: 65 Jahre oder älter, in der eigenen Wohnung lebend; je nach Studie mit, ohne oder teils mit, teils ohne Beeinträchtigung</p> <p>Ergebnis: Bezüglich Professionalisierung der Besuchenden, multidimensionaler Assessments und Anzahl von Folgebesuchen weisen die Studien bereits größere Homogenität auf als frühere Studien, nicht aber bezüglich Ein-/Ausschlusskriterien, Rekrutierung, Interventionsdauer/-intensität, Zeitpunkten der Datenerhebung und Länge bis zum Follow-up. 6 der 12 RTCs liefern zumindest bei einem Outcomeparameter günstige Ergebnisse, allerdings halten die Erfolge kaum über den Interventionszeitraum hinaus an und sind z. T. auf Subgruppen beschränkt. In keinem RCT werden signifikant positive Effekte auf Mortalität, Pflegeheimaufnahmen oder funktionellen Status gemessen. Je ein RCT ermittelt einen positiven Effekt auf Krankenhausaufenthalte bzw. die Lebensqualität, zwei zeigen positive Effekte auf Stürze und eine Studie ergab einen negativen Effekt auf Pflegeheimaufnahmen. Der systematische Literaturüberblick liefert keine schlüssige Evidenz, welche Programmmerkmale mit besserer Erfolgswahrscheinlichkeit einhergehen.</p>
Mayo-Wilson et al. 2014	<p>Ziel der Studie: Untersuchung des präventiven Effektes von Hausbesuchen durch eine Person mit Gesundheits- oder Sozialberuf</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick und Meta-Analyse, beinhaltet 64 randomisierte kontrollierte Studien</p> <p>Interventionsdauer: 3 bis 60 Monate (RCTs)</p> <p>N: 28.642 TeilnehmerInnen, mit 59 bis 3.743 TeilnehmerInnen je RCT</p> <p>TeilnehmerInnen: 65 Jahre und älter, in der eigenen Wohnung lebend, ohne unmittelbar davor liegenden Krankenhausaufenthalt sowie mindestens jeweils die Hälfte der Studienpopulation ohne Demenz</p>

Ergebnisse: Jüngere systematische Reviews über Präventive Hausbesuche

	<p>Ergebnis: Es werden keine signifikanten Effekte bezüglich Hospitalisierungsrate und Rate der Pflegeheimeintritte gemessen. Geringe Effekte auf Mortalität sind bei manchen Interventionen nicht auszuschließen, aber ein Gesamteffekt wird nicht festgestellt. Es werden günstige Effekte bezüglich Stürzen gemessen, die aber zu gering sind, um sich in messbaren Unterschieden bei unabhängiger Lebensführung niederzuschlagen. Die Studien sind heterogen bezüglich Anzahl, Dauer, und Fokus der Besuche. So werden im Durchschnitt 4,9 Besuche verzeichnet, aber 11 Studien behandeln Programme mit nur einem Besuch, und eine Studie durchschnittlich 30 Besuche je TeilnehmerIn. Die Heterogenität der Studien sowie unzureichende Informationen über Interventionscharakteristika erlauben keine Identifikation von Erfolgsfaktoren.</p>
Bouman et al. 2008	<p>Ziel der Studie: Untersuchung des präventiven Effektes von PHB mit mindestens vier Besuchen/Jahr und mindestens einem Jahr Interventionsdauer</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, beinhaltet vier Reviews und sieben randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) aus Japan, Kanada, Niederlanden und der Schweiz</p> <p>N (Interventionsgruppe/Kontrollgruppe): Stichprobengröße von 73/69 bis 331/320, bei Follow-Up von 59/54 bis 215/209</p> <p>TeilnehmerInnen: 65 Jahre und älter, schlechter Gesundheitszustand</p> <p>Ergebnis: Im Hauptergebnis (Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe) zeigt kein RCT günstige signifikante Effekte auf Mortalität, Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Leistungen oder Kosten.</p>
Huss et al. 2008	<p>Ziel der Studie: Untersuchung des präventiven Effektes von PHB Programmen mit mehrfachem Kontakt bei älteren Personen auf Mortalität, Pflegeheimeintritt und Abbau funktioneller Fähigkeiten</p> <p>Studiendesign: systematischer Literaturüberblick, sowie Random-Effects Metaanalyse; Daten aus 21 randomisiert kontrollierten Studien in Metaanalyse aus Australien, Dänemark, Finnland, Japan, Kanada, den Niederlanden, Schweden, der Schweiz, dem Vereinigten Königreich und den USA; Ausschlusskriterien sind Programme für Entlassungsmanagement oder Case-Management sowie Programme mit krankheitsspezifischem Fokus wie Depression oder Reha nach Herzoperationen</p> <p>N (Interventionsgruppe/Kontrollgruppe): von zwei Studien mit je unter 100/100 bis 942/627</p> <p>TeilnehmerInnen: im Durchschnitt der jeweiligen Studie unter 70 Jahren</p> <p>Ergebnis: Signifikant günstiger Effekt auf Mortalität bei jüngeren versus älteren Studienpopulationen, gemessen am mittleren Alter innerhalb der Studie. Günstiger Effekt auf den Erhalt funktioneller Kapazitäten in Programmen mit klinischem Assessment zu Beginn. Kein einzelner Faktor erklärt Heterogenität bezüglich Pflegeheimeintritten.</p>

Die neueren systematischen Überblicksarbeiten liefern ein ernüchterndes Bild über den Wissensstand zu PHB. Signifikante Effekte in der beabsichtigten Richtung sind rar oder nur

bei Subgruppen feststellbar, und oft so gering, dass sie sich nicht in Einsparungen für das Versorgungssystem niederschlagen. Daraus erklärt sich auch, dass ein flächendeckendes Angebot dieser Besuche nur in einem europäischen Land belegt ist, nämlich in Dänemark.

10 Zusammenfassung vorliegender Präventionserfahrungen und Interpretation für Österreich

Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion im österreichischen Kontext

10.1 Prävention im Alter

Der Prävention von Pflegebedarf kommt in der Langzeitpflege große Bedeutung zu. Als besonders aussichtsreich, gerade aufgrund der in der nahen Zukunft erwartenden Zunahme an älteren und hochaltrigen Personen, gelten jene Präventionsmaßnahmen, die speziell an der Zielgruppe der älteren Menschen ansetzen (und nicht an der Gesamtbevölkerung) und sich am Settingansatz orientieren. Bei der Implementierung erscheint ein gemischter Einsatz von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention sinnvoll. Die Verfügbarkeit belastbarer Evidenz zur Wirksamkeit spezifischer Präventionsmaßnahmen ist aufgrund der methodischen Voraussetzungen (kurzer Zeithorizont, fehlende Verblindung, keine Möglichkeit zur Bildung von randomisierten Gruppen) jedoch oft dünn. Zudem liegt meist keine ausreichende Evidenz über die Kosten-Effektivität und die finanzielle Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen vor.

Für Österreich ergeben sich einige Handlungsspielräume für die Integration der Prävention in den (Pflege-) Alltag, insbesondere im Bereich der Primärversorgung. Diese gilt als ein sehr aussichtsreiches Setting für Präventionsmaßnahmen im Alter, weswegen ein Ausbau und eine Stärkung der Primärversorgung weiter forciert werden sollte. Primärversorgungszentren würden auf diese Weise einerseits als erste, integrierte Anlaufstelle für ältere Personen dienen und andererseits als ein möglicher Ausgangspunkt für die Etablierung von *Community Nurses* fungieren. Den *Community Nurses* als erste Instanz würde somit auch die Rolle zufallen, den Informationsbedarf der älteren Bevölkerung bezüglich Pflegeangeboten zu decken und somit eine niederschwellige Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen sein. Zusätzlich sollten präventive Hausbesuchsprogramme sowie Maßnahmen, die eine Steigerung der horizontalen Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen zum Ziel haben (z. B. in Form von „Gesundheitschecks“ für Tanz- oder Sportkurse oder „Gesundheitstagen“), implementiert werden.

10.2 Demenz

Für Demenz gibt es nach dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung keine Heilungsmöglichkeiten. Dementsprechend fokussiert sich die aktuelle Demenzforschung einerseits auf die Erforschung medikamentöser Behandlungsansätze und andererseits auf die Identifizierung effektiver Präventionsansätze.

In der wissenschaftlichen Literatur existiert eine Fülle an Studien, die sich mit den Risikofaktoren von Demenzerkrankungen befassen, um in weiterer Folge geeignete Präventionsansätze entwickeln und bereitstellen zu können. Prinzipiell unterscheidet die Literatur zwischen potentiell modifizierbaren und potentiell nicht-modifizierbaren Faktoren. Zu den potentiell modifizierbaren Risikofaktoren, bei deren Beseitigung 35% aller neuen Demenzfälle verhindert werden könnten, zählen 1) niedrige Bildung, 2) Bluthochdruck, 3) Übergewicht, 4) Gehörverlust, 5) Rauchen, 6) Depression, 7) körperliche Inaktivität, 8) soziale Isolation, und 9) Diabetes (Barnes und Yaffe 2011; Livingston et al. 2017; Norton et al. 2014). Die Faktoren 2 bis 8 werden besonders in der mittleren (zwischen 45 und 65 Jahren) und der späten Lebensphase (65 Jahre und älter) relevant und bilden daher den Schwerpunkt für Präventionsansätze.

Es existiert umfassende wissenschaftliche Evidenz, dass insbesondere die potentiell modifizierbaren Risikofaktoren Bluthochdruck, Rauchen, Depression und Diabetes mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken einhergehen. Präventionsansätze zielen aufgrund dessen auf die Beeinflussung dieser potentiell modifizierbaren Risikofaktoren ab und beinhalten, unter anderem, Lebensstilinterventionen im Bereich der Ernährung, Bewegung und sozialen Teilhabe, kognitive Interventionen, wie zum Beispiel Gedächtnistraining, verhaltensbezogene Interventionen, zu denen beispielsweise die Förderung der Compliance bei verordneten Therapien zählt, sowie medikamentöse Interventionen.

Die Präventionsansätze können dabei einzeln oder in Kombination zum Einsatz kommen, allerdings fehlt über weite Strecken die wissenschaftliche Evidenz, ob und welche (Kombination von) Interventionen wirkungsvoll sind, um eine Demenzerkrankung zu verhindern bzw. das Risiko einer Demenzerkrankung zu verringern. Dies bedeutet jedoch im Umkehrschluss nicht, dass Prävention von Demenz wirkungslos ist, sondern nur, dass zur Zeit der empirische Beweis für die Wirksamkeit nicht vorliegt.

Ein Grund für den fehlenden empirischen Beweis dürfte sein, dass die Outcome-Messung von Präventionsansätzen derzeit noch sehr heterogen und meistens auf kognitive Outcomes beschränkt ist, wodurch nur ein Teil des Gesamtbildes beschrieben wird. Zudem sparen

wissenschaftliche Studien in den Analysen größtenteils fortgeschrittene Demenzerkrankungen aus. Aus diesen Gründen dürften die aktuell in der Literatur verfügbaren Meta-Analysen kaum messbare Effekte von unterschiedlichen Präventionsansätzen ergeben. (Mir und Gebhard 2019)

Nichtsdestotrotz kommt der Prävention von Demenz in der Langzeitpflege große Bedeutung zu und für das österreichische Pflegesystem ergeben sich in diesem Zusammenhang folgende Ansatzpunkte: Aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz, ob und welche Präventionsansätze wirkungsvoll sind, gilt, dass jene Lebensstilfaktoren, die allgemein als gesundheitsförderlich angesehen werden, stärker mittels spezifischer Programme gefördert werden sollten, da diese auch eine potentiell „günstige Nebenwirkung“ für die Prävention von Demenz aufweisen.

10.3 Community Nurses und präventive Hausbesuche

Community Nurses (CNs) sind in einigen angelsächsischen sowie skandinavischen Ländern und den Niederlanden etabliert. Durch das sehr breit gestreute Tätigkeitsspektrum der CNs liegt keine belastbare Evidenz zur Einschätzung der konkreten Auswirkungen einer „Wiederkehr der Community Nurse“ vor. Entsprechend dem breiten Tätigkeitsspektrum sind vielfache Wirkungen zu vermuten, die sich schwer einzelnen Maßnahmen zuordnen lassen, dafür aber mehrere Versorgungssettings betreffen können. Damit entzieht sich die Tätigkeit der CNs einer „allgemeinen“ Evaluation. Im vermutlich am häufigsten evaluierten Teilbereich der Tätigkeit von CNs, den präventiven Hausbesuchen, liegen zwar viele Untersuchungen und einige systematische Überblicksarbeiten vor, diese lassen aber keine Schlüsse darauf zu, welche Wirkungen präventive Hausbesuche auf die gesamten Pflegeausgaben haben.

Mit Skandinavien und den Niederlanden stützen sich gerade einige jener Länder auf die Ressource der CN, denen gemeinhin sowohl eine gute Primärversorgung als auch ein gutes Langzeitpflegesystem nachgesagt werden. Genau an der Schnittstelle, oder im Idealfall: der Verbindung, dieser beider Bereiche setzt auch das Tätigkeitsprofil der CNs an. Medizinisch-pflegerische Kenntnisse verbunden mit einem ausgeprägten Fokus auf Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention bilden eine wesentliche Voraussetzung, um die in einigen Ländern bestehende organisatorische Trennung beider Bereiche zu überbrücken.

Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Brückenfunktion quasi automatisch wahrgenommen wird bzw. auch in ausreichendem Umfang wahrgenommen werden kann. Mehrere kritische Punkte sind hier aus österreichischer Perspektive hervorzuheben.

Erstens, organisatorisch und finanziell, sind die beiden Bereiche in Österreich getrennt. Die Erwartungshaltung gegenüber den Effekten, die CNs erzielen sollen, lassen sich beiden Bereichen zuordnen. Einerseits wird erwartet, dass ihre Tätigkeit Krankenhausaufenthalte vermeiden kann, beispielsweise im Kontext von Stürzen, also das demografisch bedingte Wachstum von Gesundheitsausgaben reduzieren sollte. Andererseits bestehen Hoffnungen, dass CN zu einer Lebensumgebung beitragen, die der älteren Bevölkerung den Verbleib im privaten Umfeld auch bei zunehmenden Altersbeschwerden ermöglichen, bzw. das Auftreten solcher Beschwerden und Erkrankungen abschwächen oder hinauszögern. Insbesondere vermiedene oder hinausgezögerte Eintritte ins Pflegeheim wären erwünschte Effekte. Eine im skizzierten Sinne erfolgreiche Tätigkeit von CNs würde daher sowohl die Gesundheitsausgaben als auch die Sozialausgaben (via Ausgaben für Pflegeheime) betreffen. Da der Hauptfinanzier für beide Bereiche – Krankenanstalten und Pflegeheime – in Österreich das Bundesland ist, würden allfällige Einsparungen auch am ehesten in diesen beiden Bereichen und damit in Landesbudgets auftreten. Aus dieser Perspektive erscheint eine (finanzielle) Anbindung an die Landesbudgets argumentierbar. Bislang liegt jedoch, wie erwähnt, keine klare Evidenz darüber vor, ob derartige finanzielle Effekte auftreten. Somit bleibt das Interesse an CN und präventiven Hausbesuchen durch die Versorgungsebene motiviert: die günstigen Wirkungen, die sie auf Lebenssituation und Wohlergehen der betroffenen Bevölkerung ausüben.

Zweitens wäre die organisatorische Einbindung von CN zu klären. In den Vergleichsländern ist eine Einbindung in die Primärversorgung üblich, aber nicht zwingend. Insbesondere wurde beobachtet, dass Informationsaustausch und Kommunikation zwischen Primärversorgung und CN eine wesentliche Hürde darstellen können, sogar in Systemen, in denen die, in Österreich bekannte, zusätzliche Barriere zwischen Versicherungs- und Landeszuständigkeit wegfällt. Es erscheint daher sinnvoll, sich organisatorisch auf diesen Aspekt der Informationsvermittlung zu konzentrieren, beispielsweise zu klären, welche Rolle elektronische Gesundheitsakten hier spielen können.

Drittens zeigen die internationalen Untersuchungen leider nur wenige eindeutige Merkmale auf, die jene Programme auszeichnen, die als erfolgreich klassifiziert werden. Zu diesen zählen das multifaktorielle Assessment zu Beginn, die Qualifikation der durchführenden Person und der mehrfache Kontakt. Mangels klarer Evidenz für spezifische Strukturen erscheint es im österreichischen Kontext sinnvoll, an bereits bestehende Strukturen anzuknüpfen, anstatt ein neues Programm aufzubauen. Solche Anknüpfungspunkte wären die freiwilligen Hausbesuche im Rahmen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, aber auch das Angehörigengespräch. Beide Programme sind derzeit als ein- bis zweimalige Kontakte konzipiert. Der Frage der Kontaktfrequenz und der Dauer der Begleitung wird in der Literatur Bedeutung beigemessen, und die Möglichkeit von regulären Follow-ups wäre im

österreichischen Kontext zu überprüfen. Außerdem sind beide Angebote an den Bezug von Pflegegeld geknüpft. Gerade zu Beginn des Pflegebedarfes, wenn Pflegebedürftige und betreuende Angehörige sich oft auch unbeabsichtigt in geänderte Rollen hineinfinden (müssen), ist ein Anspruch auf Pflegegeld noch nicht immer geklärt. Unter diesem Aspekt erscheint ein ergänzender Anspruch auf Beratungsangebote ab dem 80. Lebensjahr, wie in Dänemark, nachvollziehbar, vor allem unter präventiven Aspekten. Eine Verbreiterung im Angebot an Beratungsleistungen würde auch der Forderung der Demenzstrategie (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019b) nach niederschweligen Beratungsangeboten entsprechen.

Viertens ist zu beachten, dass die Bevölkerung in den Vergleichsländern anders sozialisiert ist als die österreichische. Die CN füllt dort eine seit langem etablierte Rolle in der Versorgung aus. In Österreich wäre diese Rolle erst zu kommunizieren: Aufsuchende Beratung als Angebot zur Unterstützung, nicht als Kontrolle über den Umgang mit bereits zuerkannten Ressourcen. Weil das Pflegegeld in Österreich an keinen speziellen Verwendungszweck gebunden ist, könnten hier ansonsten falsche Befürchtungen geweckt werden. Auch der präventive Charakter ist hervorzuheben: Beratung ist bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit sinnvoll, solange Weichen noch gestellt werden können, auch wenn das Interesse an Prävention in dieser Lebensphase erst geweckt werden muss.

Fünftens belegen die vorliegenden Projektionsrechnungen (Gesundheit Österreich GmbH 2019) den weiter steigenden Bedarf an professionellen Pflegekräften. Längerer Verbleib der Pflegekräfte im Beruf ist seit langem ein Thema, das nicht nur finanzielle, sondern auch inhaltliche Aspekte aufweist. Die Etablierung von CNs könnte hier zusätzliche Optionen schaffen für Personen, die an Weiterentwicklung innerhalb der Pflegeberufe interessiert sind.

10.4 Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Präventionsmaßnahmen in den europäischen Pflegesystemen mittlerweile einen hohen Stellenwert einnehmen, auch wenn eine finanzielle Quantifizierung der daraus zu erwartenden Effekten nur selten vorliegt. Nichtsdestotrotz wird die Prävention von Pflegebedarf als vielversprechende Maßnahme angesehen, um den demographischen Entwicklungen und den sich daraus ergebenden steigenden Pflegeausgaben der öffentlichen Hand entgegenzuwirken.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über ausgewählte Projektionsrechnungen der öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege in Österreich	15
Tabelle 2: Ausgestaltung der Wohlfahrtsstaatsmodelle	32
Tabelle 3: Bevölkerung nach Altersgruppen, 2016 und 2070	33
Tabelle 4: Pooling und Risikostrukturausgleich im Länderquerschnitt	90
Tabelle 5: Bevölkerungszahl nach Gebietskörperschaften, Stand: 2018	95
Tabelle 6: Untergliederung von Präventionsmaßnahmen (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention)	102
Tabelle 7: Spezifische Präventionsmaßnahmen im Alter	106
Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien	113
Tabelle 9: Suchstrategie	114
Tabelle 10: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Gehörverlust	118
Tabelle 11: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Bluthochdruck	120
Tabelle 12: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Übergewicht	122
Tabelle 13: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Rauchen	125
Tabelle 14: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Depression	127
Tabelle 15: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor körperliche Inaktivität	128
Tabelle 16: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor soziale Isolation	133
Tabelle 17: Ergebnisse: Potentiell modifizierbarer Risikofaktor Diabetes	134
Tabelle 18: Systematische Reviews über präventive Hausbesuche	156
Tabelle 19: Öffentliche Ausgaben für Pflege in % des BIP, 2016	188
Tabelle 20: Europäischer Vergleich der Grundsätze zur Finanzierung der Pflegeheimkosten durch Selbstbeteiligungen, Stand 2012/14	191
Tabelle 21: Europäischer Vergleich der Bestimmungen zur Persönlichkeitspauschale, Stand 2017	195

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Öffentliche Ausgaben für Pflege in % des BIP, 2016 oder letztverfügbares Jahr	30
Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit	101
Abbildung 3: Potentiell modifizierbare und nicht-modifizierbare Risikofaktoren von Demenz	116

Literaturverzeichnis

Albanese, E., Launer, L. J., Egger, M., Prince, M. J., Giannakopoulos, P., Wolters, F. J., & Egan, K. (2017). Body mass index in midlife and dementia: Systematic review and meta-regression analysis of 589,649 men and women followed in longitudinal studies. *Alzheimer's & Dementia (Amsterdam, Netherlands)*, 8, 165–178. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.05.007>.

Alders, P., & Schut, F. T. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right? *Health Policy*, 123(3), 312–316. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.010>.

Anell, A., Glenngard, A. H., & Merkur, S. (2012). Sweden: Health System Review (No. Vol. 14 No. 5). European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO).

Anstey, K. J., Cherbuin, N., Budge, M., & Young, J. (2011). Body mass index in midlife and late-life as a risk factor for dementia: a meta-analysis of prospective studies. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(5), e426–437. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00825.x>.

Areosa Sastre, A., Vernooij, R. W., González-Colaço Harmand, M., & Martínez, G. (2017). Effect of the treatment of Type 2 diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD003804. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003804.pub2>.

ASKÖ Oberösterreich. (2019). Demenzvorsorge Strecke in Pasching. <https://www.askoe-ooe.at/de/newsshow-neue-demenzvorsorge-strecke-in-pasching-eroeffnet>. Zugegriffen: 6. Dezember 2019

Australian Government, department of health (o.J.). Medicare Benefits Schedule (MBS). Health Assessment for people aged 75 years and older. Fact Sheet. https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mbsprimarycare_mbsitem_75andolder.

Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet. Neurology*, 10(9), 819–828. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70072-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70072-2).

Berkman, L., Kawachi, I., & Glymour, M. (2014). *Social Epidemiology* (2. Aufl.). Oxford University Press.

<https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780195377903.001.0001/med-9780195377903>.

Biwald, P., & Mitterer, K. (2018). *Fact Sheets: Sozialhilfe- und Pflegefinanzierung. Grundlagen und Finanzierung der Sozialhilfe sowie Pflege*. KDZ – Zentrum für Verwaltungsforschung.

Bleijenberg, N., Drubbel, I., Schuurmans, M. J., ten Dam, H., Zuithoff, N. P. A., Numans, M. E., de Wit, N. J. (2016). Effectiveness of a Proactive Primary Care Program on Preserving Daily Functioning of Older People: A Cluster Randomized Controlled Trial, *Journal of the American Geriatric Society* 64:1779–1788. <https://doi.org/10.1111/jgs.14325>

Bloom, M., & Gullotta, T. (2014). Definitions of primary prevention. In T. Gullotta & M. Bloom (Hrsg.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (S. 3–12). New York: Springer.

BMGF. (2016). *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags (Aktualisierte Fassung 2016)*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), 258–269. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>.

Boland, L., Légaré, F., Perez, M. M. B., Menear, M., Garvelink, M. M., Mclsaac, D. I., ... & Stacey, D. (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. *BMC geriatrics*, 17(1), 20.

Borchert, L., & Rothgang, H. (2008). Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 215–237). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91014-7_8.

Brabers, A. E. M., de Groot, K., Groenewegen, P. P. (2019). Practice variation among home care nurses. *Primary Health Care, Research & Development* 20 (e136): 1–2. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000707>.

Brasure, M., Desai, P., Davila, H., Nelson, V. A., Calvert, C., Jutkowitz, E., et al. (2018). Physical Activity Interventions in Preventing Cognitive Decline and Alzheimer-Type Dementia: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 168(1), 30–38. <https://doi.org/10.7326/M17-1528>.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2018). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2019a). Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. Wien.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2019b): Demenzstrategie: Gut leben mit Demenz. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit. (2017a). Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I). Glossar. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-erstes-psg-i.html>. Zugegriffen: 10. Juli 2019

Bundesministerium für Gesundheit. (2017b). Pflegevorsorgefonds. Glossar. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegevorsorgefonds.html>. Zugegriffen: 10. Juli 2019

Bundesministerium für Gesundheit. (2017c). Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II). Glossar. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html>. Zugegriffen: 10. Juli 2019

Bundesministerium für Gesundheit. (2017d). Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III). Glossar. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-drittes-psg-iii.html>. Zugegriffen: 10. Juli 2019

Chevreur, K., & Berg Brigham, K. (2013). Financing long-term care for frail elderly in France: the ghost reform. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 111(3), 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.013>.

Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., & Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health System Review (No. Vol. 17 No. 3). European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO).

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* (OECD Health Policy Studies). Paris.

Costa-Font, J., & Courbage, C. (Hrsg.). (2012). *Financing Long-Term Care in Europe: Institutions, Markets and Models*. Palgrave Macmillan UK.

Cramm, J. M., Nieboer, A. P. (2017). Self-management abilities and quality of life among frail community-dwelling individuals: the role of community nurses in the Netherlands. *Health and Social Care in the Community* 25(2), 394–401. <https://doi.org/10.1111/hsc.12318>.

Czypionka, T., Kraus, M., Röhring, G., & Reiss, M. (2015). *Gesundheitsfinanzierung: Status Quo und Potenziale zur Veränderung*. Institut für Höhere Studien (IHS).

Czypionka, T., Riedel, M., Röhring, G., Lappöhn, S., & Six, E. (2016). *Zukunft der Sozialen Krankenversicherung. Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich*. Institut für Höhere Studien (IHS).

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Danat, I. M., Clifford, A., Partridge, M., Zhou, W., Bakre, A. T., Chen, A., et al. (2019). Impacts of Overweight and Obesity in Older Age on the Risk of Dementia: A Systematic Literature Review and a Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 70(s1), S87–S99. <https://doi.org/10.3233/JAD-180763>.

De Souto Barreto, P., Demougeot, L., Vellas, B., & Rolland, Y. (2018). Exercise Training for Preventing Dementia, Mild Cognitive Impairment, and Clinically Meaningful Cognitive Decline: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(11), 1504–1511. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx234>.

Deusdad, B. A., Comas-d'Argemir, D., & Dziegielewska, S. F. (2016). Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 246–262. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013>.

Dietscher, C., & Pelikan, J. (2016). *Soziologie der Krankheitsprävention*. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch* (S. 435–450). Wiesbaden: Springer VS.

Diniz, B. S., Butters, M. A., Albert, S. M., Dew, M. A., & Reynolds, C.F. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202(5), 329–335. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118307>.

Directorate-General for Economic and Financial Affairs, & Economic Policy Committee. (2016a). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability: Volume 2 – Country Documents (Institutional Papers No. 37). Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en. Zugegriffen: 27. Mai 2019

Directorate-General for Economic and Financial Affairs, & Economic Policy Committee. (2016b). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability: Volume 1 (Institutional Papers No. 37). Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en. Zugegriffen: 27. Mai 2019

Drennan, V. M., Calestani, M., Ross, F., et al. (2018). Tackling the workforce crisis in district nursing: Can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open* 8: e021931. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021931>.

Dussap, A., Kassa, L., Pradier, E., & Schleich, E. (2018). Die Pflege älterer Personen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Trinationales Kompetenzzentrum für Ihre Gesundheitsprojekte (TRISAN).

EASPD (European Association of Service Providers for People with Disabilities). (2019). Enhance – European curriculum for family and community nurse | EASPD. <https://www.easpd.eu/en/content/enhance-european-curriculum-family-and-community-nurse>. Zugegriffen: 18. Dezember 2019

Ekman, A., Vass, M., Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health and Social Care in the Community* 18(6), 563–571. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00941.x>.

Elkan, R., Egger, M., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., et al. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7315.719>.

Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M. et al. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 323: 719–725.

Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M., & Trydegård, G.-B. (2013). Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation. In M. Szebehely & G. Meagher (Hrsg.), *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences* (S. 22–83). Department of Social Work, Stockholm University.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. John Wiley & Sons.

European Commission. (2018). *The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016–2070)*, Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG) (Institutional Papers No. 079). Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

European Federation of Nurses Association. (2017). *EFN Workforce Matrix 3+1 Executive Summary* (p. 11). <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Workforce-Matrix-3-1-Executive-Summary-May-2017.pdf>. Zugegriffen: 18. Dezember 2019

Eurostat. (2019). *Population Database (Demography, Migration and Projections)*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-/database>. Zugegriffen: 4. Januar 2019

Famira-Mühlberger, U., Firgo, M., Fritz, O., & Streicher, G. (2017). *Österreich 2025: Pflegevorsorge – Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).

Fernández, J.-L., Forder, J., Trukeschitz, B., Rokosová, M., & McDaid, D. (2009). *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people* (Policy Brief No. 11). Copenhagen: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107942>. Zugegriffen: 25. Juli 2019

Fischer, J., & Thiessen, U. (2011). *Incentive Effects of Fiscal Equalization: The Case of France*. DIW Berlin.

Fish, J., & Karban, K. (2014). Health Inequalities at the Heart of the Social Work Curriculum: Social Work Education. *Social Work Education*, 33(1), 15–30.

Fleiner-Gerster, T. (1995). Die Lehre von den Staatsformen. In T. Fleiner-Gerster (Hrsg.), *Allgemeine Staatslehre* (S. 214–220). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-11115-4_20.

Fonds Gesundes Österreich. (2018). Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen.

Fonds Gesundes Österreich. (2019). DemenzFit. <https://fgoe.org/projekt/demenzfit>.
Zugegriffen: 6. Dezember 2019

Forde, I., Nader, C., Socha-Dietrich, K., Oderkirk, J., Colombo, F. (2016). Primary care review of Denmark. OECD, Paris.

Franke, A. (2012). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.

Gallaway, P. J., Miyake, H., Buchowski, M. S., Shimada, M., Yoshitake, Y., Kim, A. S., & Hongu, N. (2017). Physical Activity: A Viable Way to Reduce the Risks of Mild Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Vascular Dementia in Older Adults. *Brain Sciences*, 7(2). <https://doi.org/10.3390/brainsci7020022>.

Gallego, R., & Subirats, J. (2012). Spanish and Regional Welfare Systems: Policy Innovation and Multi-level Governance. *Regional & Federal Studies*, 22(3), 269–288. <https://doi.org/10.1080/13597566.2012.688271>.

Gao, Y., Huang, C., Zhao, K., Ma, L., Qiu, X., Zhang, L., et al. (2013). Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(5), 441–449. <https://doi.org/10.1002/gps.3845>.

Gesundheit Österreich GmbH. (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. (im Erscheinen)

Greer, S. (2010). Territorial Politics in Hard Times: The Welfare State under Pressure in Germany, Spain, and the United Kingdom. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 28(3), 405–419. <https://doi.org/10.1068/c09116>.

Grijpstra, D., de Klaver, P., Snijders, J., de Graaf, A., & Vroonhof, P. (2013). More and better jobs in home-care services. The Netherlands. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Eurofound. EF13/53 EN 7

Grossmann, R., & Scala, K. (1994). Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Juventa.

Grossmann, B., & Schuster, P. (2017). Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung. Wien: Fiskalrat.

Hajek, A., Brettschneider, C., Ernst, A., Posselt, T., Mamone, S., Wiese, B., et al. (2017). Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. *Das Gesundheitswesen*, 79(2), 73–79. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111841>.

Hamer, M., & Chida, Y. (2009). Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychological Medicine*, 39(1), 3–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003681>.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2010). Länger leben bei guter Gesundheit: Gesundheitsförderung und Prävention mit Frauen und Männern ab 50. Strategische Handlungsempfehlungen und Maßnahmenkatalog der österreichischen Sozialversicherung.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2018). Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018.

Hendriksen, C., Lund, E., & Strømgård, E. (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 289(6457), 1522–1524. <https://doi.org/10.1136/bmj.289.6457.1522>.

Herrero-Alcalde, A., & Tránchez-Martín, J. M. (2017). Demographic, political, institutional and financial determinants of regional social expenditure: the case of Spain. *Regional Studies*, 51(6), 920–932. <https://doi.org/10.1080/00343404.2016.1146822>.

Hurrelmann, K., Laaser, U., & Richter, M. (2016). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5. Auflage., S. 661–692). Weinheim: Beltz Juventa.

Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie* (8. Auflage.). Weinheim: Beltz Juventa.

Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., & Stock, S. (Hrsg.). (2018a). Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage.). Bern: Hogrefe Verlag.

Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., & Stock, S. (2018b). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage.). Bern: Hogrefe Verlag.

Huss, A., Stuck, A.E., Rubenstein, L.Z., Egger, M., Clough-Gorr, K. M. (2009). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 63(3):298–307.

Jordan, S., Weiß, M., Krug, S., & Mensink, G. (2012). Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 1(55), 73–81.

Josefsson, K., Peltonen, S. (2015). District nurses' experience of working in home care in Sweden, *Healthy Aging Research* 4:37. <https://doi.org/10.12715/har.2015.4.37>.

Katholisches Bildungswerk. (2019). LIMA – Lebensqualität im Alter. <https://www.bildungswerk.at/content/lima/0/articles/2005/07/15/a3068/>. Zugegriffen: 5. Dezember 2019

KDZ. (2015). KDZ Zentrum für Verwaltungsforschung. <https://kdz.eu/>. Zugegriffen: 29. Juli 2019

Kelders, Y., & de Vaan, K. (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Netherlands. Brussels: European Commission.

Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B.A., & Loughrey, D.G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>.

Kissler, T. (2017). Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse: DemenzFit Prophylaxeprogramm für Demenzrisiko. Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich (ASKÖ).

Kraus, M., Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G., & Goltz, A. (2011). Zukunft der Langzeitpflege in Oberösterreich: Neue Modelle der Finanzierung und Leistungserbringung (Endbericht). Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).

Kronborg, C., Vass, M., Lauridsen, J., Avlund, K. (2006). Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly. Economic evaluation alongside randomized controlled study, *European Journal of Health Economic* 7:238–246. <https://doi.org/10.1007/s10198-006-0361-2>.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). The Netherlands: Health System Review (No. Vol. 18 No. 2). European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO).

Kruse, A. (2002). *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit).

Kruse, A. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollständig überarbeitete Auflage., S. 113–124). Bern: Hogrefe Verlag.

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S.U., van den Heuvel, E.R., Stolk, R.P., & Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39–57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>.

Kümpers, S., & Rosenbrock, R. (2010). Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In G. Naegele (Hrsg.), *Soziale Lebenslaufpolitik* (S. 281–308). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kvist, J. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Denmark*. Brussels: European Commission.

Lagerin, A. (2016). *Exploring Care for Older People: District Nurses' Experiences and Clinical Practice*, Karolinska Institutet, Stockholm.

Lago-Peñas, S., Fernández-Leiceaga, X., & Vaquero-García, A. (2018). Spanish fiscal decentralization: A successful (but still unfinished) process. *Environment and Planning C: Politics and Space*, 35(8), 1509–1525. <https://doi.org/10.1177/2399654417704663>.

Le Bihan, B. (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: France. Brussels: European Commission.

Le Bihan, B. (2019). Future trends in French long-term care policy: The Libault Report (ESPN Flash Report No. 2019/25). European Commission.

Leichsenring, K., Staflinger, H. (2017). Das Buurtzorg-Modell: Ein neues Paradigma für die Organisation von Arbeit. <https://awblog.at/das-buurtzorg-modell/>. Zugegriffen: 18. Dezember 2019

Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage.). Bern: Hogrefe Verlag.

Lette, M., Baan, C.A., van den Berg, M., de Bruin, S.R. (2016). Initiatives on early detection and intervention to proactively identify health and social problems in older people: experiences from the Netherlands. *BMC Geriatrics*, 15:143. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0131-z>.

Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P., & Pitkala, K. H. (2016). Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: a systematic review. *European Geriatric Medicine*, 7(6), 571–580.

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6).

Luchsinger, J. A. (2010). Diabetes, Related Conditions, and Dementia. *Journal of the neurological sciences*, 299(1–2), 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2010.08.063>.

Maarse, H., & Jeurissen, P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241–245. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>.

Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S.R. (2006). The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531–569. <https://doi.org/10.1177/1077558706290941>.

Markovic, M., Bandyopadhyay, M., Vu, T., & Manderson, L. (2002). Gynaecological day surgery and quality of care. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 25(3), 52–59.

Meagher, G., & Szebehely, M. (2013). Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences. In C. Ranci & E. Pavolini (Hrsg.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts* (S. 55–78). New York, NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4502-9_3.

Meinck, M., Lübke, N., Lauterberg, J. et al (2004). Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen* 66: 732–738.

Merrifield, N. (2016), Dutch nurse-led community model to be tested in UK, *nursing times* 18. Juli 2016. <https://www.nursingtimes.net/news/community-news/dutch-nurse-led-community-model-to-be-tested-in-uk-18-07-2016/>. Zugegriffen: 18. Dezember 2019

Metzelthin, S.F., van Rossum, E., de Witte, L.P., Ambergen, A.W., Hobma, S.O., Sipers, W., Kempen, G.I.J.M. (2013). Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 347:f5264. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5264>.

Minder, C. E., Müller, T., Gillmann, G., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2002). Subgroups of Refusers in a Disability Prevention Trial in Older Adults: Baseline and Follow-Up Analysis. *American Journal of Public Health*, 92(3), 445–450. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.3.445>.

Ministry for Economic Affairs and the Interior. (2014). *Municipalities and Regions – Tasks and Financing*. Copenhagen.

Ministry of Health (2017). *Healthcare in Denmark: an overview*. https://www.sum.dk/English/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx. Zuletzt zugegriffen: 18. Dezember 2019

Ministry of Health, Welfare and Sport. (2018). *Healthcare in the Netherlands*. The Hague.

Mir, E., & Gebhard, D. (Hrsg.). (2019). *Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz. Grundlagen und Interventionen*. Berlin: Springer Berlin.

Mosca, I., van der Wees, P. J., Mot, E. S., Wammes, J. J. G., & Jeurissen, P. P. T. (2016). Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. *International*

Journal of Health Policy and Management, 6(4), 195–205.

<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.109>.

Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care (OECD Health Working Papers No. 93). Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>. Zugegriffen: 23. Mai 2019

Müller, P., Schmicker, M., & Müller, N. G. (2017). Präventionsstrategien gegen Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 50(S2), 89–95. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1202-x>.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Landis, S., Stroud, C., & Downey. (2017). Preventing cognitive decline and dementia: A way forward. Washington DC. <https://doi.org/10.17226/24782>.

Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. The Lancet. Neurology, 13(8), 788–794. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X).

OECD. (2005). Long-Term Care for Older People (OECD Study (2001-2004)). Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD. (2007). Economic survey of France 2007: Meeting the challenges of decentralisation.

[http://www.oecd.org/eco/public-](http://www.oecd.org/eco/public-finance/economicsurveyoffrance2007meetingthechallengesofdecentralisation.htm)

[finance/economicsurveyoffrance2007meetingthechallengesofdecentralisation.htm](http://www.oecd.org/eco/public-finance/economicsurveyoffrance2007meetingthechallengesofdecentralisation.htm).

Zugegriffen: 26. Juni 2019

OECD. (2013). OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013 (OECD Reviews of Health Care Quality). Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264204799-en>.

OECD. (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health System Review (No. Vol. 14 No. 2). European Observatory on Health Systems and Policies (a partnership hosted by WHO).

Patientjournallag (SFS 1985:562). [The Swedish Patient Record Act] [2016-09-25].

<https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk->

[forfattningssamling/patientjournalag-1985562_sfs-1985-562](#). Zuletzt zugegriffen: 18. Dezember 2019

Pena-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., García- Armesto, S., & Hernández-Quevedo, C. (2016). The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act. *Health Policy*, 120, 1177–1182.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.012>.

Peterson, E. (2017). *Eldercare in Sweden: An Overview*. Institutionen för Socialt Arbete, Stockholm University.

Phelan, A., Mc Carthy, S., Adams, E. (2018). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing* 74: 626–636.
<https://doi.org/10.1111/jan.13466>.

Ploeg, J., Feightner, J., Hutchison, B., Patterson, C., Sigouin, C., & Gauld, M. (2005). Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*, 51(9), 1244–1245.

Podolski, N., Brixius, K., Predel, H. G., & Brinkmann, C. (2017). Effects of Regular Physical Activity on the Cognitive Performance of Type 2 Diabetic Patients: A Systematic Review. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 15(10), 481–493.
<https://doi.org/10.1089/met.2017.0120>.

Price, M., Albanese, E., Guerchet, M., & Prina, M. (2014). *World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction. An analysis of protective and modifiable factors*. London: Alzheimer's Disease International (ADI).

Price, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International (ADI).

Profenno, L. A., Porsteinsson, A. P., & Faraone, S. V. (2010). Meta-analysis of Alzheimer's disease risk with obesity, diabetes, and related disorders. *Biological Psychiatry*, 67(6), 505–512. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.02.013>.

Pru d'Homme, R. (2006). Local Government Organization and Finance: France. In *Local Governance in Industrial Countries* (S. 83–115). World Bank Group.

Raholm, M., Larsen Hedegaard, B.L., Löfmark, A., Slettebo, A. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126–2137. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05331.x>.

Redaelli, M., & Vollmar, H. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im ambulanten, stationären und integrierten Setting. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollständig überarbeitete Auflage.). Bern: Hogrefe Verlag.

Renz, J., Meinck, M. (2018). Wirksamkeit präventiver Hausbesuche bei älteren Menschen. Systematische Bewertung der aktuellen Literatur. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 51: 924–930. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1331-2>.

Richter, M., & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 13–33). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_1.

Riedel, M. (2017). Medizinische Versorgung in Pflegeheimen (No. 3). Institut für Höhere Studien (IHS).

Riedel, M., Kraus, M., & Mayer, S. (2016). Organization and Supply of Long-term Care Services for the Elderly: A Bird's-eye View of Old and New EU Member States. *Social Policy & Administration*, 50(7), 824–845. <https://doi.org/10.1111/spol.12170>.

Rodrigues, R. (2015). Long-term care – the problem of sustainable financing. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion (Synthesis Report). Luxemburg: European Commission.

Rodrigues, R., Huber, M., & Lamura, G. (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care – Europe and North America. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Rothgang, H., & Engelke, K. (2009). Long-term care: How to organise affordable, sustainable long-term care given the constraints of collective versus individual arrangements and responsibilities. Discussion Paper. https://www.researchgate.net/publication/265557047_Long-term_care_How_to_organise_affordable_sustainable_long-term_care_given_the_constraints_of_collective_versus_individual_arrangements_and_responsibilities. Zugegriffen: 25. Juli 2019

Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Pflegereport 2018: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (No. Band 12). Berlin: Barmer.

Sahlen, K.-G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6(220). <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-220>. Zugegriffen: 4. November 2019

Schaffer, K. (2002). LIMA: Projektdokumentation. Katholisches Bildungswerk der Diözese St.Pölten.

Schippinger, W., Hartinger, G., Hierzer, A., Osprian, I., Bohnstingl, M., & Pilgram, E. H. (2012). Mobiler geriatrischer Konsiliardienst für Pflegeheime. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(8), 735–741. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0395-2>.

Schmähl, W. (2008, November 26). Beitrags- versus Steuerfinanzierung in „Bismarckschen Sozialsystemen“. Vortrag gehalten auf der „2.Sozialstaatsenquete“: Finanzierung des Sozialstaats – Beitrags- vs. Steuerfinanzierung, Wien.

Schön, P., & Heap, J. (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Sweden. Brussels: European Commission.

Schroll, K., Carbajal, A., Decarli, B., Martins, I., Grunenberger, F., Blauw, Y. H., & de Groot, C. P. (1996). Food patterns of elderly Europeans. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50 Suppl 2, S86–100.

Schwartz, F. W., & Walter, U. (2003). Prävention. In F. W. Schwartz (Hrsg.), *Public Health* (S. 151–170). München: Urban & Fischer.

Seifert, S., & Nieswand, M. (2014). What Drives Intermediate Local Governments' Spending Efficiency: The Case of French Départements. *Local Government Studies*, 40(5), 766–790. <https://doi.org/10.1080/03003930.2013.812962>.

Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A., Törnkvist, L. (2012). The 75-year-old persons' self-reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits. *Journal of Clinical Nursing*. 21. 3170–3182. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04314.x>.

Siervo, M., Arnold, R., Wells, J. C. K., Tagliabue, A., Colantuoni, A., Albanese, E., et al. (2011). Intentional weight loss in overweight and obese individuals and cognitive function: a

systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(11), 968–983.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00903.x>.

Singh-Manoux, A., Dugravot, A., Fournier, A., Abell, J., Ebmeier, K., Kivimäki, M., & Sabia, S. (2017). Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 712–718. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0660>.

Skatteministeriet. (2019). Skatteforvaltningen. Skatteforvaltningen.
<https://www.skatteforvaltningen.dk/>. Zugegriffen: 23. Juli 2019

Socialdepartementet. Socialtjänstlagen (1982).

Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G. F., Casini, A., & Macchi, C. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Journal of Internal Medicine*, 269(1), 107–117. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2010.02281.x>.

Spicker, I., & Lang, G. (2011). Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen (No. Band 4). Wien: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.

Stadt Wien. (2019). Gesund älter werden in Wien – Gemeinsam aktiv. Gesundheitsziele Wien. <https://gesundheitsziele.wien.gv.at/site/gesund-aelter-werden-in-wien/>. Zugegriffen: 5. Dezember 2019

Statistics Sweden. (2018). Local taxes. <https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/public-finances/local-government-finances/local-taxes/>. Zugegriffen: 23. Juli 2019

Statistik Austria. (2018). Pflegedienstleistungsstatistik.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html. Zugegriffen: 15. Mai 2019

Stephen, R., Hongisto, K., Solomon, A., & Lönnroos, E. (2017). Physical Activity and Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 72(6), 733–739. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw251>.

Stolz, E., Mayerl, H., Rásky, É., & Freidl, W. (2019). Individual and country-level determinants of nursing home admission in the last year of life in Europe. *PloS One*, 14(3), e0213787. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213787>.

Strümpel, C., & Billings, J. (2008). Overview on Health Promotion for Older People: European Report. *healthPROelderly*.

Stuck, A. (2001). Präventive Hausbesuche mit geriatrischem Assessment. In E. Steinhagen-Thiessen (Hrsg.), *Das geriatrische Assessment* (S. 155–167). Stuttgart: Schattauer.

Stuck, A.E., Egger, M., Hammer, A. et al. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 287: 1022–1028.

Suijker, J.J., van Rijn, M., Buurman, B.M., ter Riet, G., Moll van Charante, E.P., de Rooij, S.E. (2016). Effects of Nurse-Led Multifactorial Care to Prevent Disability in Community-Living Older People: Cluster Randomized Trial. *PLoS ONE* 11(7): e0158714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158714>.

Szebehely, M., & Jönsson, H. (2018). *Eldercare in Sweden: A theme with variations*. Malmö: Gleerups.

Szebehely, M., & Trydegård, G.-B. (2012). Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 300–309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x>.

Ulmanen, P., Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare* 24: 81–92. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12108>.

Valiyeva, E., Russell, L. B., Miller, J. E., & Safford, M. M. (2006). Lifestyle-related risk factors and risk of future nursing home admission. *Archives of Internal Medicine*, 166(9), 985–990. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.9.985>.

Van Ginneken, E., & Kroneman, M. (2015). Long-term care reform in the Netherlands: Too large to handle? *Eurohealth*, 21(3), 47–50.

Van Middelaar, T., van Vught, L. A., van Gool, W. A., Simons, E. M. F., van den Born, B.-J. H., Moll van Charante, E. P., & Richard, E. (2018). Blood pressure-lowering interventions to

prevent dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 36(9), 1780–1787. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001829>.

Vass, M., Avlund, K., Kvist, K., Hendriksen, C., Andersen, C.K., Keiding, N. (2004). Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 22:2. 106–111. <https://doi.org/10.1080/02813430410005829>.

Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J., Hendriksen, C. (2005). Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People: Municipality-Randomized, Controlled Trial, *Journal of the American Geriatrics Society* 53: 563–568.

Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark: Why, how, by whom, and when? *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*. 40(4), 209–216. <https://doi.org/10.1007/s00391-007-0470-2>.

Vogliotti, S., & Vattai, S. (2014). Wohlfahrtsstaats-Modelle in Europa (No. Teil 1). Bozen: Arbeitsförderungsinstitut (AFI).

Von Renteln-Kruse, W., Anders, J., Dapp, U., & Meier-Baumgartner, H. P. (2003). Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36(5), 378–391. <https://doi.org/10.1007/s00391-003-0179-9>.

Vonneilich, N., & von dem Knesebeck, O. (2018). Sozialepidemiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg.

Waldhausen, A. (2013). Pflege in der Krise? Leistungen der Langzeitpflege in Zeiten von Wirtschafts- und Finanzkrise in Europa (Arbeitspapier No. 8). Frankfurt a. M.: Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa.

Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70–90. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x>.

Weskamm, A. (2017). Community Health Nursing in Deutschland – Rolle der Pflege in der Primärversorgung. <https://www.pflegekongress.at/html/publicpages/154417370985041.pdf>. Zugegriffen: 18. Dezember 2019

WHO. (Ed.). (1982). Community health nursing: report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO.

WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage (Human Resources for Health Observer No. 18). World Health Organization.
<http://www.who.int/hrh/resources/health-observer18/en/>. Zugegriffen: 4. November 2019

WHO. (2019a). The determinants of health. World Health Organization.
<https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>. Zugegriffen: 23. Oktober 2019

WHO. (2019b). Physical Activity and Older Adults. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization.
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/. Zugegriffen: 31. Oktober 2019

Wild, M. (2008). Community Nursing.
http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Konferenzen/13.Konferenz_2008/1.1_Wild.pdf. Zugegriffen: 18. Dezember 2019

Wouterse, B., & Smid, B. (2017). How to Finance the Rising Costs of Long-Term Care: Four Alternatives for the Netherlands. *Fiscal Studies*, 38(3), 369–391.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2017.12137>.

Zheng, Y., Fan, S., Liao, W., Fang, W., Xiao, S., & Liu, J. (2017). Hearing impairment and risk of Alzheimer's disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 38(2), 233–239. <https://doi.org/10.1007/s10072-016-2779-3>.

Zhong, G., Wang, Y., Zhang, Y., Guo, J. J., & Zhao, Y. (2015). Smoking Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies with Investigation of Potential Effect Modifiers. *PLoS ONE*, 10(3).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118333>.

Zimmermann, H., Henke, K.-D., & Broer, M. (2011). Finanzwissenschaft (10. Aufl.). München: Vahlen.

Abkürzungen

AAL	Ambient Assisted Living
AG	ArbeitgeberIn
AN	ArbeitnehmerIn
APA	<i>allocation personnalisée d'autonomie</i> personenbezogene Pflegeleistung
ARS	<i>agences régionales de santé</i> regionale Gesundheitsagenturen
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur
AWBZ	<i>Algemene wet Bijzondere Ziektekosten</i> Allgemeines Krankenkassengesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bzw.	beziehungsweise
CAK	<i>Centraal Administratie Kantoor</i> zentrale Verwaltungsstelle
CN	<i>Community Nurse</i> Gemeindeschwester
CNSA	<i>caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i> nationaler Solidaritätsfonds für Autonomie
CSG	<i>contribution sociale généralisée</i> allgemeiner Sozialversicherungsbeitrag
d. h.	das heißt
dt.	deutsch
ebd.	ebenda (bei Zitierungen)
ECTS	<i>European Credit Transfer and Accumulation System</i> Punktesystem zur Gliederung des Hochschulstudiums und zur Gewichtung seiner Bestandteile
engl.	englisch
EU	Europäische Union
ggfs.	gegebenenfalls
GIR	<i>groupes iso-resources</i> (französische) Pflegeklassen
IHS	Institut für Höhere Studien

inkl.	inklusive
HiT	<i>Health System in Transition</i> Buchreihe mit Beschreibungen von Gesundheitssystemen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
N	Anzahl (hier: der StudienteilnehmerInnen)
n. a.	<i>not available</i> nicht verfügbar
nl.	niederländisch
NZa	<i>Nederlandse Zorgautoriteit</i> niederländische Gesundheitsbehörde
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i> Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Pflege i.e.S.	Pflege im engeren Sinne
PGB	personengebundenes Budget
PHB	Präventiver Hausbesuch
PSG	Pflegestärkungsgesetz
RCT	<i>Randomized controlled trial</i> randomisiert kontrollierte Studie
SAAD	<i>Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia</i> System zur Stärkung der Autonomie und des Abhängigkeitsbewusstseins
SGB	Sozialgesetzbuch
sp.	spanisch
sv.	schwedisch
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
Wlz	<i>Wet langdurige zorg</i> Pflegegesetz
Wmo	<i>Wet maatschappelijke ondersteuning</i> Sozialhilfegesetz
z. B.	zum Beispiel
Zvw	<i>Zorgverzekeringswet</i> Krankenversicherungsgesetz

Anhang: Tabellen

Tabelle 19: Öffentliche Ausgaben für Pflege in % des BIP, 2016

Land	Ausgaben in Prozent des BIP
Niederlande	3,5
Schweden	3,2
Dänemark	2,5
Belgien	2,3
Finnland	2,2
Österreich	1,9
Frankreich	1,7
Italien	1,7
Vereinigtes Königreich	1,5
Deutschland	1,3
Irland	1,3
Luxemburg	1,3
Spanien	0,9
Portugal	0,5
Griechenland	0,1

Definition: Öffentliche Ausgaben für Pflege und Betreuung (Sach- und Geldleistungen).

Quelle: European Commission (2018).

Anhang: Finanzierung der Pflegeheimkosten und Persönlichkeitspauschale

Im europäischen Kontext betrachtet ist für Personen in stationären Pflegeeinrichtungen meist vorgesehen, sich an den (Hotel)Kosten ihrer Unterbringung finanziell zu beteiligen, die Art und Höhe der Selbstbeteiligung variiert jedoch. Wenn die pflegebedürftigen Personen, und in manchen Ländern auch ihre Angehörigen, nicht über die finanziellen Mittel hierfür verfügen, springt in allen untersuchten europäischen Ländern die Sozialhilfe ein und übernimmt den Fehlbetrag. Darüber hinaus gibt es in den meisten Ländern eine sogenannte Persönlichkeitspauschale, welche den pflegebedürftigen Personen in jedem Fall gewährt wird und die eine Art „Taschengeld“ darstellt.

Finanzierung der Pflegeheimkosten durch Selbstbeteiligungen

Die Bestimmung der Höhe der **Selbstbeteiligung an den Pflegeheimkosten** folgt in den meisten von uns untersuchten Ländern bestimmten Grundsätzen, welche u. a. die Bemessungsgrundlage für die Selbstbeteiligung oder die Involvierung von Angehörigen in die Finanzierung regeln. Ein europäischer Überblick über die Handhabung dieser Bestimmungen wird in Tabelle 20 gegeben.

Als Bemessungsgrundlage für den Eigenanteil der pflegebedürftigen Personen gelten entweder die laufenden Kosten bzw. bestimmte Kostenkomponenten, wie etwa Unterkunft und Verpflegung („Selbstbeteiligung als % der Gesamtkosten“) oder das persönliche Einkommen der betroffenen Personen („Selbstbeteiligung als % des Einkommens“). In beiden Fällen wird die Selbstbeteiligung anteilmäßig festgesetzt. Der europäische Vergleich zeigt dabei, dass in den meisten Ländern Personen in stationären Pflegeeinrichtungen einen wesentlichen Anteil ihres Einkommens, z. B. ihrer Pension, zur Finanzierung ihrer Pflegeheimkosten beitragen. Zusätzlich werden in den meisten untersuchten Ländern zwei weitere Finanzierungsquellen herangezogen, wenn das Einkommen der pflegebedürftigen Person nicht zur Deckung der Pflegeheimkosten ausreicht: Ihre Angehörigen werden in die Zahlungspflicht genommen und/oder ihr Vermögen wird berücksichtigt. Unter „Berücksichtigung des Vermögens“ wird dabei verstanden, dass konvertierbare Vermögenswerte, wie etwa Immobilien, zur Deckung der Pflegeheimkosten herangezogen werden können. Lediglich die skandinavischen Länder und die Niederlande verzichten auf die beiden letztgenannten Finanzierungsquellen.

Finanzierung der Pflegeheimkosten durch Selbstbeteiligungen in Österreich

Die Regelung der Selbstbeteiligungen an den Pflegeheimkosten in Österreich entspricht dem europäischen Mainstream. So gilt das monatliche Einkommen der pflegebedürftigen Personen als Bemessungsgrundlage für die Höhe der Selbstbeteiligung, die außer dem Großteil des Pflegegeldes auch in etwa 80 % ihres Einkommens umfasst. Die Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung übernimmt den Differenzbetrag zwischen Selbstbeteiligung und Kostensatz und konnte dafür bis einschließlich 2017 auf das Vermögen der pflegebedürftigen Person sowie, je nach Bundesland, auf Kostenbeteiligungen von Angehörigen Regress nehmen; das Einkommen von (Ehe)Paaren wird nach wie vor als gemeinsames Haushaltseinkommen betrachtet.

Tabelle 20: Europäischer Vergleich der Grundsätze zur Finanzierung der Pflegeheimkosten durch Selbstbeteiligungen, Stand 2012/14

	Selbstbeteiligung in % der Gesamtkosten/ des Einkommens	Festsetzung der Höhe der Selbstbeteiligung als Anteil an...	Zuzahlungen von Angehörigen	Berücksichtigung des Vermögens	Monatliche Persönlichkeitspauschale	Höchstgrenze für Selbstbeteiligung ⁽²⁾
Österreich	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen (ca. 80% des Einkommens)	je nach Bundesland	ja ⁽¹⁾	20%	- ⁽³⁾
Belgien	Gesamtkosten	Kosten für Unterkunft, Verpflegung sowie bestimmte Pflegearten	ja	ja	Pauschale	-
Bulgarien	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen (50-80% des Einkommens)	ja	-	20%	-
Dänemark	Gesamtkosten	Kosten für Unterkunft und Verpflegung	nein	nein	-	-
Deutschland	Gesamtkosten	Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionen	ja	ja	-	-
England	Einkommen	-	-	ja	Pauschale	-
Estland	Gesamtkosten	-	ja	-	-	-
Finnland	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen (ca. 80% des Einkommens)	nein	nein	15%	-
Frankreich	Gesamtkosten	Kosten für Unterkunft, Verpflegung sowie bestimmte Pflegearten	nein	ja	10%	-
Irland	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen (ca. 80% des Einkommens)	nein	ja	20%	-
Italien	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen	ja	-	-	-

	Selbstbeteiligung in % der Gesamtkosten/ des Einkommens	Festsetzung der Höhe der Selbstbeteiligung als Anteil an...	Zuzahlungen von Angehörigen	Berücksichtigung des Vermögens	Monatliche Persönlichkeitspauschale	Höchstgrenze für Selbstbeteiligung ⁽²⁾
Kroatien	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen	ja	ja	-	-
Lettland	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen (bis zu 90% des Einkommens)	-	ja	-	-
Litauen	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen	-	ja	20%	-
Niederlande	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen	-	nein	Pauschale	ja
Norwegen	Einkommen	-	nein	nein	-	-
Polen	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen (bis zu 70% des Einkommens)	ja	-	30%	-
Portugal	Einkommen	-	-	-	-	-
Rumänien	Einkommen	-	ja	-	40%	-
Schweden	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen	nein	nein	Pauschale	ja
Slowenien	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen	ja	-	-	-
Slowakei	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen	-	nein	Pauschale	-
Spanien	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen (70-80% des Einkommens)	-	ja	10%	-
Tschechische Republik	Gesamtkosten	Kosten für Unterkunft und Verpflegung	ja	ja	15%	-
Ungarn	Einkommen	Einkommen der/des Betroffenen	ja	ja	20%	-

Anmerkung: 1) bis einschließlich 2017, 2) „Höchstgrenze an Selbstbeteiligung“ bezeichnet maximale Höhe an Selbstbeteiligung, 3) „-“ bedeutet: keine Information verfügbar
Quelle: IHS 2019, adaptiert von Rodrigues (2015) & Rodrigues et al. (2012).

Persönlichkeitspauschale

In einigen der untersuchten Länder überantworten pflegebedürftige Personen ihr gesamtes Einkommen, mit Ausnahme eines „Taschengeldes“, an die stationäre Pflegeeinrichtung. Die Bestimmungen darüber werden in Tabelle 21 einem europäischen Vergleich gestellt.

Die **Persönlichkeitspauschale**, oder auch das „**Taschengeld**“, bezeichnet jenen monatlichen Betrag, den sich Personen in stationären Pflegereinrichtungen nach Abzug der Kosten in jedem Fall behalten dürfen, damit ihnen ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erhalten bleibt. Die Höhe der Persönlichkeitspauschale variiert sehr stark im europäischen Vergleich und nimmt entweder Werte zwischen 10 und 40 % des Einkommens der pflegebedürftigen Personen an oder wird als Pauschalbetrag definiert (siehe Tabelle 20). Für einzelne Länder liegen zusätzlich konkretere Informationen vor, siehe Tabelle 21. Da die Höhe der Persönlichkeitspauschale oft vom Einkommen abhängt, kann ein europäischer Vergleich keinen allgemeingültigen, monatlichen Eurobetrag pro Land ausweisen. Für die untersuchten Länder wird daher jene Höhe der Persönlichkeitspauschale ausgewiesen, die sich bei Bezug der Median-Pension ergibt. Demnach lag im Jahr 2014 die tatsächliche Höhe der monatlichen Persönlichkeitspauschale zwischen 14-450 EUR. Bezogen auf das Medianeinkommen, unterscheidet die Tabelle darüber hinaus zwischen einem theoretischen Mindestbetrag und dem tatsächlich verbleibenden Betrag. Dabei ist der tatsächlich verbleibende Anteil in manchen Ländern deutlich höher als der theoretische Mindestanteil, etwa in Frankreich, den Niederlanden oder Tschechien. Hierfür sind unterschiedliche Gründe maßgeblich, in Frankreich etwa sind die Selbstbeteiligungen an der stationären Pflege steuerlich absetzbar, wodurch sich die tatsächliche Persönlichkeitspauschale erhöht.

Persönlichkeitspauschale in Österreich

Grundsätzlich sind die Pflegeheimkosten von der pflegebedürftigen Person selbst oder von ihr unterhaltspflichtigen Personen zu tragen. In diesem Zusammenhang ist im österreichischen Kontext zwischen Selbstzahlenden und Teilzahlenden in stationären Pflegeeinrichtungen zu unterscheiden.

1. **Selbstzahlende** tragen die monatlichen Pflegeheimkosten zur Gänze selbst. Ihnen verbleibt als monatliche Persönlichkeitspauschale die Differenz aus monatlichem Einkommen und monatlichen Pflegeheimkosten zur freien Verfügung.
2. **Teilzahlende** können die monatlichen Pflegeheimkosten NICHT zur Gänze selbst tragen, die Sozialhilfe/Mindestsicherung übernimmt den Restbetrag. Ihnen verbleibt als monatliche Persönlichkeitspauschale 20 % der Pension und 10 % des Pflegegeldes der

Stufe 3 (45,20 EUR pro Monat). Zusätzlich verbleiben Teilzahlenden sämtliche Sonderzahlungen (d. h. 13. und 14. Pensionszahlung).

Um Tabelle 21 mit Informationen aus Österreich ergänzen zu können, wurden folgende Überlegungen angestellt: Laut Pflegedienstleistungsstatistik beliefen sich in Österreich im Jahr 2017 die durchschnittlichen Bruttoausgaben pro Bewohntag in einer stationären Pflegeeinrichtung auf 225,59 EUR und demnach für einen Monat mit 30 Tagen auf 3.767,70 EUR.⁵⁶ Somit reicht die Median-Pension in Österreich (1.291,00 EUR pro Monat im Dezember 2017) nicht aus, um zusammen mit dem Pflegegeld die Pflegeheimkosten abzudecken. Dies gilt selbst für die mediane Männerpension – immerhin doppelt so hoch wie die mediane Frauenpension – und zwar bei Pflegebedarf sowohl in Pflegestufe 4 (der anzusteuernenden Mindeststufe für einen Pflegeheimplatz laut Pflegefondsgesetz) wie auch in der höchsten Pflegestufe 7. Bei Pflegestufe 4 decken Median-Pension plus Pflegegeld im Schnitt rund die Hälfte der Heimkosten ab, bei Männern im Schnitt fast 70 %. Daher sind Personen in stationären Pflegeeinrichtungen beim Bezug der Median-Pension in der Regel Teilzahlende und es lässt sich eine Persönlichkeitspauschale von ca. 475 EUR (2017), 12mal pro Jahr und bei auf die 12 Monate aufgeteilter 13. und 14. Pensionszahlung, oder rund 35 % der Median-Pension, errechnen. Dieser Anteil ist vergleichbar mit dem französischen Wert und liegt etwas unter dem der Niederlande. Es ist aber zu berücksichtigen, dass die Niederlande inzwischen eine große, auf Kostendämpfung und die Verschiebung von stationärer zu ambulanter und informeller Pflege abzielende Reform durchgeführt haben. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2018; Statistik Austria 2018)

Berücksichtigt man im österreichischen Kontext, dass einkommensschwächere Personen und Frauen bei der Inanspruchnahme von Pflegeheimplätzen überrepräsentiert sind (und einkommensstärkere Personen bei der Inanspruchnahme von 24h-Betreuung), so wird klar, dass für die Mehrheit der potenziell pflegebedürftigen Personen die Sozialhilfe/Mindestsicherung einen Teil der Pflegeheimkosten übernehmen muss.

⁵⁶ Die Festsetzung der verrechenbaren Pflegeheimkosten wird in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Die Heimkosten setzen sich meist aus einem Grundtarif (für Unterbringung, Verpflegung und Ähnliches) sowie einem pflegebedarfsabhängigen Zuschlag zusammen. Diese Unterschiede in den Kostensätzen konnten wir mangels Daten nicht in der Rechnung berücksichtigen.

Tabelle 21: Europäischer Vergleich der Bestimmungen zur Persönlichkeitspauschale, Stand 2017

	Monatliche Persönlichkeitspauschale	% des verfügbaren Einkommens nach Abzug der Pflegekosten für eine Person mit Medianeinkommen		Zusätzliche Information
		Theoretischer Mindestbetrag	Tatsächlicher Betrag nach Abzug der Pflegekosten	
Österreich	Ca. 450 EUR (2014) bzw. ca. 475 EUR (2017)	35%	35%	Da die verrechneten Kosten für stationäre Pflege jedenfalls die Medianpension weit übersteigen, entsprechen theoretischer und tatsächlicher Betrag einander. Das monatliche Taschengeld errechnet sich als 1/12 des verbleibenden Jahreswertes inkl. Sonderzahlungen.
England	125,28 EUR (107,07 GBP)	9%	9%	
Frankreich	95,25 EUR oder 10% des Einkommens, wenn dieses höher ist	10%	34%	Ein Viertel der privaten Zuzahlungen für stationäre Pflege kann steuerlich abgesetzt werden, wodurch mehr als der Mindestbetrag an Taschengeld verbleibt.
Kroatien	13,39 EUR (99,24 HRK)	3%	3%	
Niederlande	Siehe zusätzliche Information	39%	43%	Der monatliche Freibetrag beinhaltet ein Taschengeld i.e.S., einen Zuschuss zur Krankenversicherung, eine (weitere) Ermäßigung für PensionistInnen, sowie 25% jedes Einkommens über 632EUR pro Monat.
Tschechische Republik	15% des Einkommens	15%	66%	Die sehr geringen Kosten für die stationäre Pflege sowie die universellen Pauschalleistungen führen dazu, dass Personen mit Medianeinkommen mehr als den Mindestbetrag an Taschengeld behalten können.

Quelle: IHS 2019, adaptiert von Muir (2017)

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK),
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

AutorInnen: Monika Riedel, Sophie Fößleitner, Markus Kraus

Wissenschaftslektorat: Sylvia Karl-Parzer

Druck: BMASGK

Wien, 2019


Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMASGK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMASGK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Bestellinfos: Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium.at.



**Bundesministerium für
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)