Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.

GVG

Long-Term Care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich

Teil II

Dokumentation des GVG-Euroforums
in Berlin am 20. Oktober 2011

70

Long-Term Care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich

Köln: GVG 2012

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.
Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2012 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG),
Hansaring 43, 50670 Köln

Redaktion: Jürgen Dolle, GVG und Dominique Meyer, GVG
Satz: www.dk-copiloten.de, Köln
Druck: Druckhaus Süd GmbH, Köln

Printed in Germany

ISBN 978-3-939260-05-9

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.)

Long-Term Care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich

Teil II

Dokumentation des GVG-Euroforums in Berlin am 20. Oktober 2011

Vorwort

Der Bedarf an Pflegefachkräften – Die internationale Perspektive

Sylvia Weber, Geschäftsführerin Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.

Die Herausforderungen des demographischen Wandels manifestieren sich vorrangig in den Diskussionen um die nachhaltige Finanzierung der Systeme der sozialen Sicherung. Eng verbunden mit den finanziellen Problemstellungen einer alternden Gesellschaft ist allerdings auch die Gewährleistung einer Absicherung des stetig steigenden Personalbedarfs in den medizinischen Versorgungs- und Pflegeberufen.

In Band 69 der GVG-Schriftenreihe dokumentierten wir diesen steigenden Fachkräftebedarf in der Altenpflege für die Bundesrepublik Deutschland. Die nun vorgelegte Publikation versteht sich als Ergänzung, bzw. als zweiter Teil dieser mit großem Interesse bedachten Veröffentlichung. Dabei verfolgen wir das Ziel, den Blick für den Umgang mit dem Fachkräftemangel über die nationalstaatlichen Grenzen hinaus zu lenken.

Schließlich ist eine alternde Gesellschaft kein singuläres bundesdeutsches Phänomen. Nach aktuellen Berechnungen steigt in der EU die Zahl der 60- und über 60-Jährigen jedes Jahr um über 2 Millionen. Wenngleich es dabei hoch erfreulich ist, dass eine heute 65-jährige EU-Bürgerin durchschnittlich noch 21 Jahre leben wird (Männer ca. 17 Jahre), so gilt es nicht zu vernachlässigen, dass ab einem Alter von 65 Jahren lediglich ca. neun vollkommen gesunde Lebensjahre statistisch erwartbar sind.[1] Letztlich ist also mit der gestiegenen Lebenserwartung ein Anstieg des Pflegebedarfs verknüpft, der je nach gewählter Prognose zwar unterschiedlich stark ausfallen kann – in jedem Fall aber in allen Industrienationen wirksam wird.

[1] Vgl. European Commission: Active Ageing and Solidarity between Generations. A Statistical Portrait of the European Union. 2012.

So gilt es in Band 70 unserer Schriftenreihe der Frage nachzugehen, ob und inwieweit andere Staaten auf diesen wachsenden Personalbedarf in der Langzeitpflege vorbereitet sind. Welche Anreize setzt beispielsweise die (Pflege-) Politik unserer Nachbarländer, um professionelle Pflegekapazitäten zu gewinnen – und/oder die häusliche Pflege zu stärken?

Ein derart vergleichender, analytischer „Blick in die Welt" gehört bereits seit der Gründung der GVG vor über 60 Jahren zum festen Bestandteil unserer Arbeit.[2] Die fruchtbare Grundlage für diese Publikation bot dabei das am 20. Oktober 2011 durchgeführte 13. Euroforum der GVG. Im Rahmen der jährlich vom EU-Ausschuss der GVG ausgerichteten Konferenz gelang es unter dem Vorsitz von Frau Prof. Dr. Tiemann erneut, die gewählte internationale Perspektive auch als Anregung für eine bundesdeutsche Diskussion nutzbar zu machen.

Wir danken allen Vortragenden und Gesprächspartnern für den gelungenen Austausch und für die Möglichkeit ihre Redebeiträge im Rahmen unserer Schriftenreihe veröffentlichen zu dürfen.

[2] Vgl. bspw.: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg): Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis. Unabhängige Zeitschrift für Sozialversicherung und Privatversicherung. München 1949. 3. Jahrgang, pp. 73-74.

Inhalt

1	Eröffnung Euroforum 2011	13
2	Vorträge	23
2.1	Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care	23
2.2	Langzeitpflege und Langzeitpflegepersonal in Österreich: Herausforderungen und Perspektiven	35
2.3	Die Pflegereform in den Niederlanden	53
3	Podiumsdiskussion	67
4	Schriftenreihe der GVG – Band 70 bis 40	73

1 Eröffnung Euroforum 2011

Dr. Herbert Rische, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie zum diesjährigen Euroforum der GVG. Wie immer wollen wir uns mit einem Thema aus der sozialen Sicherung beschäftigen – und dabei eine europäische Perspektive einnehmen. Die heutige Veranstaltung widmet sich der Entwicklung des Fachkräftebedarfs in der Pflege im internationalen Vergleich.

Das Thema „Langzeitpflege" bildet nicht nur in Deutschland seit einigen Jahren einen Schwerpunkt in der Diskussion um die künftige Entwicklung der sozialen Sicherheit. Die GVG hat sich mit diesem Thema wiederholt beschäftigt. Aktuell liegt bereits Band 69 der GVG-Schriftenreihe vor, der sich mit dem Fachkräftemangel in der Pflege in Deutschland befasst. Im Mai dieses Jahres hat die OECD eine Studie unter dem Titel „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care" veröffentlicht. Die Studie eröffnet die Möglichkeit, die deutsche Situation mit der Situation in anderen OECD-Mitgliedsländern zu vergleichen. Dies wollen wir später mit einem detaillierteren Blick in die Niederlande und nach Österreich vertiefen.

Die Herausforderungen in der Langzeitpflege haben ihre Ursachen in allgemeinen gesellschaftlichen und demographischen Entwicklungen. Diese werden den künftigen Bedarf an Pflegeleistungen wesentlich prägen. Gleichzeitig definieren diese Entwicklungen auch die Ressourcen, die zur Deckung dieses Bedarfes zur Verfügung stehen.

Zu nennen ist hier in erster Linie der grundlegende Wandel im Altersaufbau der Gesellschaft. Dem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung steht eine Geburtenrate gegenüber, die zur Aufrechterhaltung der Bevölkerungszahl nicht ausreicht. Im Ergebnis haben wir eine schrumpfende Gesamtbevölkerung, in der die Zahl der wirtschaftlich aktiven Personen kontinuierlich abnimmt, während die Zahl der alten und sehr alten Personen kontinuierlich ansteigt.

Mit der Zunahme der Zahl der alten Menschen wird auch die Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen anwachsen. Nimmt man an, dass bei steigender Lebenserwartung auch die Zahl der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Lebensjahre zunimmt, wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 um 87,5 % ansteigen. Wird angenommen, dass sich bei zunehmender Lebenserwartung das Pflegerisiko lediglich in ein höheres Lebensalter verschiebt, ist der Anstieg moderater, aber mit 57 % immer noch erheblich.

Ein solcher Anstieg kann nur aufgefangen werden, wenn auch die Zahl der Pflegepersonen zunimmt. Dies ist jedoch mehr als zweifelhaft.

Betrachten wir zunächst die Pflege durch Laien. Zumeist wird die Pflege Angehöriger von Familienmitgliedern übernommen – überwiegend von Frauen. Allerdings wird die Möglichkeit und Bereitschaft Angehörige zu pflegen durch ein ganzes Bündel von Faktoren negativ beeinflusst:

- Wir haben einen deutlichen Rückgang der Zahl der Eheschließungen und damit einhergehend eine Zunahme von Ein-Personen-Haushalten.

- Wir registrieren nicht nur ein zunehmendes Alter der Pflegebedürftigen. Auch die pflegenden Familienmitglieder werden älter und sind damit häufiger den Anforderungen nicht mehr gewachsen.

- Die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen beeinflusst die Möglichkeiten der Betreuung innerhalb der Familie.

Daraus folgt ein steigender Bedarf an professionellen Pflegekräften. Allerdings ist dieser Bedarf aus einem schrumpfenden Arbeitskräftereservoir zu rekrutieren. Es ist deshalb absehbar, dass die Konkurrenz um Fachkräfte zwischen den verschiedenen Wirtschaftszweigen zunehmen wird. Dies wirft die Frage auf, wie wir sicherstellen können, dass sich Menschen in ausreichender Zahl für das Ergreifen eines Pflegeberufes entscheiden.

Damit ist auch die Frage verbunden, wie wir sicherstellen können, dass die Pflege und Betreuung alter und behinderter Menschen als eine lohnende

Aufgabe angesehen wird. Und wie erreichen wir, dass diejenigen, die sich dieser Aufgabe widmen, die erforderliche Unterstützung erhalten und eine angemessene gesellschaftliche Würdigung erfahren?

Bevor wir uns diesen Fragen zuwenden, sollten wir jedoch die Möglichkeiten der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit diskutieren und die Potentiale der häuslichen Pflege beleuchten.

In diesem Zusammenhang sind zunächst die Potentiale der Prävention und Rehabilitation zu nennen. Diese müssen ausgeschöpft und weiter gefördert werden. Es gilt, den Eintritt von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wo möglich zu vermeiden und vorhandene Beeinträchtigungen zu kompensieren.

Wenn dennoch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eintritt, leisten meist zunächst Laien einen großen Teil der Pflege. Von den 2,34 Mio. Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung werden annähernd 70 % (1,62 Mio.) zu Hause versorgt. 1,07 Mio. dieser Pflegebedürftigen werden ausschließlich durch Angehörige betreut, weitere 555.000 ausschließlich oder unterstützend durch ambulante Pflegedienste. Hier müssen wir alles daran setzen, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass sie die Entscheidung für die häusliche Pflege erleichtern.

Ein wichtiges Instrument hierzu ist die Qualifizierung von Pflegepersonen. In Pflegekursen können Informationen über die richtige Pflege und über sinnvolle Hilfsmittel vermittelt werden. Sie können auch dazu dienen, einer Überlastung der Angehörigen entgegen zu wirken, etwa durch Informationen über Prävention und Rehabilitation, oder über Strategien im Umgang mit psychischen Belastungen. Konzepte im Bereich der Qualitätssicherung und Kooperation zwischen Laienhilfe und professioneller Hilfe können ein weiterer Ansatz sein.

Ein weiteres Instrument zur Stärkung der Laienpflege ist die Förderung persönlichen und gesellschaftlichen Engagements außerhalb der Familie. Hierzu gehört beispielsweise die Pflege durch Nachbarn oder Freunde. Auch ehrenamtliches Engagement kann die Situation der Pflegebedürftigen und der

Pflegepersonen entlasten. Schon heute werden 11 % der Pflegebedürftigen durch ehrenamtliche Helfer unterstützt. Untersuchungen zeigen, dass hier noch weit größere Potentiale bestehen.

Nicht zuletzt können Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle als Vermittler einnehmen – sowohl bei der Weitergabe von Wissen und Erfahrungen an Pflegepersonen, als auch bei der Rückmeldung von Problemen aus dem Pflegealltag an Politik und Institutionen.

Der Gesetzgeber hat zur Unterstützung der häuslichen Pflege und des gesellschaftlichen Engagements eine Reihe von Instrumenten im SGB XI verankert. Sie werden jedoch bisher nicht in dem erstrebenswerten Umfang genutzt. Verstärkte Anstrengungen sind erforderlich, um ihre Nutzung voranzutreiben.

Wo die Pflege durch Laien nicht mehr ausreicht oder unmöglich ist, müssen professionelle Kräfte die Pflege übernehmen. Mit Blick auf die Zukunft interessieren uns hier vorrangig zwei Fragen:

Wie groß ist der künftige Bedarf an Pflegefachkräften? Und: Wird das Angebot zur Deckung dieses Bedarfes ausreichen?

Die Beantwortung dieser Fragen ist mit Unsicherheiten verbunden. Schließlich hängen die Ergebnisse sowohl bei der Bedarfsprojektion als auch bei der Angebotsprojektion stark von den Ausgangsannahmen ab.

Einer Studie des Statistischen Bundesamtes und des Bundesinstituts für Berufsbildung zufolge wird der Bedarf an Pflegevollkräften in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen von 2005 bis 2025 zwischen 35 % und 48 % ansteigen. Das Angebot an Pflegekräften wird dagegen ab etwa 2015 kontinuierlich abnehmen. Etwa im Jahr 2020 wird ein spürbarer Mangel an Pflegefachkräften eintreten. Im Jahr 2025 werden zwischen 55.000 und 112.000 Pflegevollkräfte fehlen.

Dieser Mangel kann durch Zuwanderung gelindert, aber nicht ausgeglichen werden. Angesichts eines schrumpfenden Arbeitskräftepotentials sind energische Initiativen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen erforderlich. Denn wenn die Pflege im Wettbewerb um qualifizierte Arbeitskräfte bestehen will, müssen die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen attraktiver sein als in anderen Berufen.

Wie wichtig dies ist zeigt sich bereits bei der Berufswahl Jugendlicher. Zwar zeigen Umfragen, dass das Ansehen des Berufs „Krankenschwester/ Krankenpfleger" in der Gesamtbevölkerung sehr hoch ist. Empirische Untersuchungen belegen jedoch zugleich, dass das Image der Pflegeberufe unter Jugendlichen gering ist. Zur Begründung wird auf Arbeitsbedingungen, Bezahlung und Ausbildungsqualität verwiesen. Zugleich kritisieren viele Schulabgänger(innen) die Informationslage über die Pflegeberufe als unzureichend.

Bisherige Aktivitäten zur Verbesserung der Attraktivität des Altenpflegeberufs haben offenbar noch nicht gegriffen. Es sind deshalb weitere Anstrengungen erforderlich, um Jugendliche in der Berufsfindungsphase verstärkt auf Pflegeberufe zu orientieren. Hierzu zählt insbesondere die Verbesserung der Information über die Pflegeberufe z. B. durch Schulung von Arbeitsberater(inne)n oder eine engere Zusammenarbeit von Ausbildungsträgern mit allgemeinbildenden Schulen.

Ein weiteres Mittel zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe ist die Reform der Ausbildung.

Die Ausbildung im Bereich der Pflegeberufe ist fragmentiert. Ausbildung und Berufszulassung zur Krankenpflege und Altenpflege werden auf der Grundlage unterschiedlicher Gesetze von unterschiedlichen Ministerien geregelt. Dies setzt sich auf der Länderebene fort und führt zu unterschiedlichen Curricula und Lehrplänen und zu uneinheitlichen Qualitätsstandards für die Ausbildung in Theorie und Praxis.

Zu fordern ist deshalb eine Reform der Ausbildung. Dies ist mit einer Revision der Zuständigkeiten auf Bundesebene zu verbinden, um die Berufsbilder in der Kompetenz eines Ministeriums einheitlich zu regeln. Eine Ausbildungsreform sollte die folgenden Kernelemente enthalten:

- Die dreijährige betrieblich-schulische Ausbildung ist zu erhalten und im Sinne eines stärkeren Praxisbezugs der Ausbildungsinhalte weiterzuentwickeln.

- Bachelor- und Master-Studiengänge mit klar abgegrenzten Aufgabenprofilen im Berufsfeld Pflege können einen Beitrag zur Stärkung des Austausches zwischen Theorie und Praxis leisten.

- Es ist zu prüfen, welche beruflichen Qualifikationen, Ausbildungsabschlüsse und Weiterbildungen bundesweit anerkannt bzw. bei der Aufnahme weiterführender Ausbildungs- und Studiengänge angerechnet werden können.

- Der Quereinstieg in die Pflegeberufe sollte erleichtert werden, z. B. durch eine zeitlich verkürzte Umqualifizierung bei vorhandener Ausbildung in einem verwandten Beruf.

- Die Ausbildung an den Pflegeschulen muss kostenfrei sein. Schulgeld ist bei der Berufswahl ein klarer Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Ausbildungsgängen.

Um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, gilt es aber auch die Arbeitsbedingungen zu optimieren. Schließlich wissen wir aus einer Reihe von Studien, dass der Alltag der Pflegeberufe von großen Belastungen geprägt ist. Physische Belastungen resultieren vor allem aus Nacht- und Schichtarbeit sowie aus körperlich anstrengenden Tätigkeiten. Verantwortlich für psychosoziale Belastungen sind die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf, Zeit- und Leistungsdruck, der Umgang mit Sterben und Tod sowie Konflikte mit Patienten und Angehörigen.

Es ist deshalb wenig überraschend, dass der Krankenstand in den Pflegeberufen deutlich über dem Durchschnitt der Berufe liegt. Nur 25 % der Alten-

pfleger(innen) können sich vorstellen, ihre Tätigkeit bis zum Rentenalter auszuüben. Sowohl unter dem Aspekt des Fachkräftemangels als auch mit Blick auf die Qualität der Pflege muss dafür gesorgt werden, dass mehr Pflegefachkräfte dauerhaft im Beruf verbleiben und dass sie dabei gesund bleiben.

Als ein Baustein sollten Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung gefördert werden. Hierzu gehören insbesondere rechtzeitige medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zur Sicherung der Erwerbs- und Leistungsfähigkeit.

Auch die Personalentwicklung kann einen wichtigen Beitrag leisten, Mitarbeiter(innen) im Beruf zu halten. Dazu kann insbesondere die Beteiligung an Weiterbildungsverbünden beitragen. Supervision, Fallbesprechungen oder kollegiale Beratung bieten Möglichkeiten zur Professionalisierung sowie zur Reflexion der täglichen Arbeit.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die bisherigen Ausführungen haben angedeutet, wie vielschichtig die Herausforderungen sind, denen wir gegenüber stehen. So wichtig es ist, konkrete, kleinräumige Verbesserungen umzusetzen, wir werden nicht umhin kommen auch den großen konzeptionellen Rahmen der Pflege zu verändern. Dabei müssen vor allem die Bedarfe der Pflegepraxis berücksichtigt werden.

Der Gesetzgeber ist gefordert, den verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI zu reformieren. Die Umsetzung eines umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs könnte die Betreuung von Pflegebedürftigen mit psychischen und kognitiven Störungen erheblich verbessern.

Des Weiteren ist die Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege zu revidieren. Sie ist wissenschaftlich obsolet und stellt keine praxisgerechte Differenzierung pflegerischen Handelns dar.

Die Pflegewissenschaft ist gefordert, verstärkt praxisorientierte Konzepte zu entwickeln, die insbesondere die Rahmenbedingungen in den Pflegeeinrichtungen berücksichtigen.

Und schließlich sind wir alle gefordert dazu beizutragen, die Pflege öffentlich in einem besseren Licht zu präsentieren. Ziel muss es sein, die Pflege als Beruf attraktiv zu kommunizieren und ihre gesellschaftliche Bedeutung wertschätzend darzustellen.

Es ist wenig tröstlich, dass uns die skizzierten Probleme nicht allein betreffen. Sie sind vielmehr in allen traditionellen Industrienationen mehr oder weniger ausgeprägt zu beobachten. Auskunft hierüber gibt eine Studie die von der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit jüngst unter dem Titel „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care" veröffentlicht wurde. Herr Schönstein von der OECD Health Division in Paris wird Ihnen im Anschluss die wichtigsten Ergebnisse vorstellen.

Daran anschließend richten wir unseren Blick in das benachbarte Ausland. Zunächst wird uns Herr Dr. Fink vom Institut für Staatswissenschaft der Universität Wien einen Überblick über Langzeitpflege und Langzeitpflegepersonal in Österreich geben. Herr Prof. Dr. Maarse vom Department of Health Services Research der Universität Maastricht wird den Überblick über die Reform der Langzeitpflege in den Niederlanden leider nicht persönlich referieren können. Wir werden seinen Beitrag jedoch über die Dokumentation in unserer Schriftenreihe zur Verfügung stellen.

Es wird interessant sein zu erfahren, wie andere Länder mit den Herausforderungen der Langzeitpflege umgehen. Ich bin sicher, dass wir anregende Vorträge hören werden, aus denen sich ja vielleicht einige neue Perspektiven ergeben. In der abschließenden Podiumsdiskussion, zu der ich besonders herzlich Herrn Rudolph vom Bundesministerium für Gesundheit, Herrn Henkes vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Herrn Zahn vom Verband der Ersatzkassen begrüße, wird über diese neuen Perspektiven zu debattieren sein.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

2 Vorträge

2.1 Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care

Michael Schönstein, OECD Health Division, Paris

Die Studie „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“ ist im Mai/Juni 2011 veröffentlicht worden. Der hier vorgestellte Teil der Untersuchung befasst sich mit den beiden wichtigsten Leitfragen:

1. Wie kann Pflege in der Familie besser unterstützt werden?
2. Wie können professionelle Pflegekräfte besser angeworben und auch im Beruf gehalten werden?

In vielen Ländern wird das Thema Pflegefachkräfte oder ein tatsächlich schon existierender Mangel von Pflegekräften intensiv diskutiert. Nicht nur in Deutschland macht man sich also über Pflegekräfte und das Ausmaß des künftigen Bedarfes an Pflegekräften Sorgen.

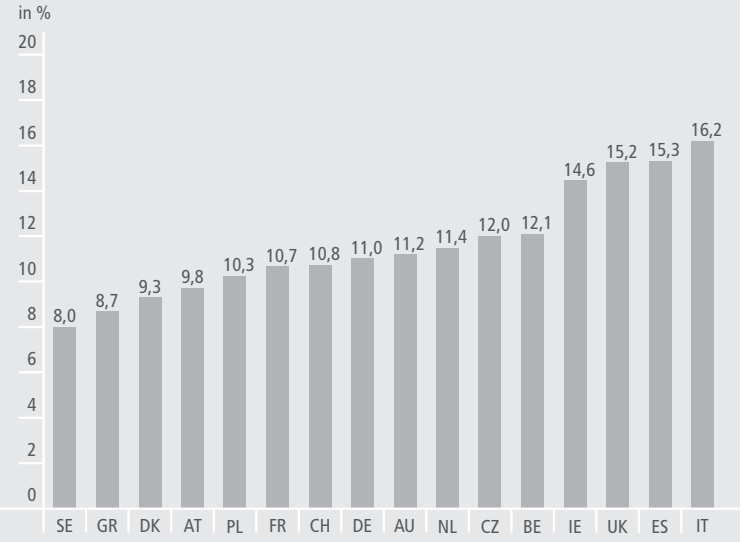
Tatsächlich zeigt sich in der demographischen Entwicklung, dass OECD-weit der Anteil der über 80-jährigen an der Bevölkerung stark ansteigen wird, was auch einen erhöhten Pflegebedarf nach sich ziehen wird. Der Anteil der Bevölkerungsgruppe über 80 Jahre liegt in den 27 EU-Mitgliedstaaten etwas über dem OECD-Durchschnitt, was daran liegt, dass einige der OECD-Mitgliedstaaten eine jüngere Bevölkerungsstruktur aufweisen, beispielsweise Chile, Mexiko und die Türkei.

Gleichzeitig bedeutet dieser Wandel auch einen Rückgang der vorhandenen Erwerbsbevölkerung, die diese Pflegeleistungen sicherstellen kann. Hier zeigt sich ein ungünstiges Verhältnis zwischen dem Bedarf an potenziell zu Pflegenden und potenziellen Pfleger(inne)n. Der Anteil der über 80-jährigen und damit potenziell Pflegebedürftigen pro 100 potenzielle Pflegekräfte steigt stetig. Mit potenziellen Pflegekräften sind sowohl diejenigen gemeint, die informell, also in der Familie oder in anderen Beziehungen pflegen, als auch die professionellen Pflegekräfte.

Familienpflege

Der erste Schwerpunkt dieses Beitrages befasst sich mit den Rahmenbedingungen der Familienpflege. In den Politikansätzen aller Länder nimmt Familienpflege einen hohen Stellenwert ein. Hierin wird eine Art Triple-Win-Situation gesehen, von der Gepflegte, Pflegende und der öffentliche Sektor gleichzeitig profitieren. Denn zum einen lässt sich über alle Länder hinweg feststellen, dass Pflegebedürftige es vorziehen, zuhause und von Angehörigen gepflegt zu werden. Gleichzeitig wird schon heute ein großer Teil der Pflege in der Familie geleistet. Und nicht zuletzt entlastet natürlich all die Pflege, die in der Familie stattfindet, die öffentlichen Systeme.

Anteil Erwerbstätiger, die informelle Pflege leisten



SE = Sweden; GR = Greece; DK = Denmark; AT = Austria; PL = Poland; FR = France; CH = Switzerland; DE = Germany; AU = Australia; NL = Netherlands; CZ = Czech Republic; BE = Belgium; IE = Ireland; UK = United Kingdom; ES = Spain; IT = Italy

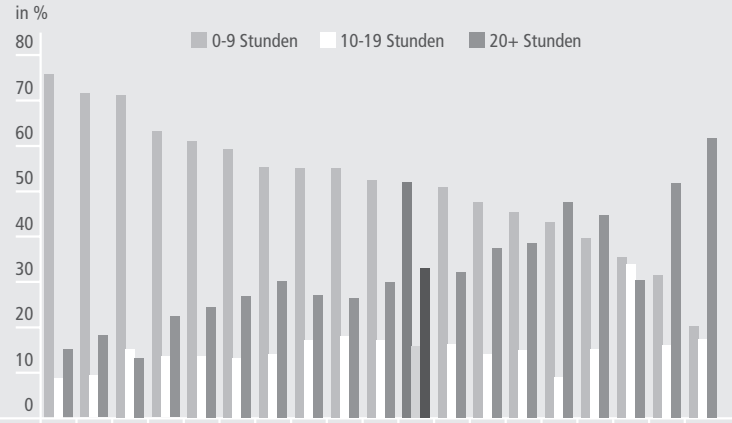
OECD; Annahmen basieren auf: HILDA (Australia), BHPS (UK), SHARE (andere EU-Länder), HRS (USA)

Abbildung 1

Tatsächlich ist in allen OECD-Ländern festzustellen, dass ein Großteil der Pflegedienstleistungen im informellen Sektor erbracht werden. Die Spannbreite der Erwerbstätigen, die neben ihrer eigentlichen Arbeit auch Pflege zuhause leisten, ist sehr groß und reicht von 8 % in Schweden bis 16 % in Italien. Diese Unterschiede sind dabei immer auch Ausdruck der vorhandenen Pflegestrukturen (siehe Abbildung 1, S. 24).

Der überwiegende Teil der Pflege wird dabei von Frauen erbracht. In allen OECD-Ländern sind ca. zwei Drittel aller pflegenden Angehörigen Frauen. Typischerweise pflegen sie nahe Verwandte, also Eltern oder Partner. Erst in den älteren Alterskohorten (75+) geht der Anteil von Frauen unter den Pflegenden leicht von 66 auf 60 % zurück. Das heißt, erst im Alter ist ein leicht höherer Anteil von Männern an der häuslichen Pflege in der Familie beteiligt.

Zeitaufwand für die Pflege Angehöriger in Stunden



DK = Denmark; CH = Switzerland; SE = Sweden; IE = Ireland; NL = Netherlands; FR = France; DE = Germany; AU = Australia; UK = United Kingdom; AT = Austria; OECD = Organisation for Economic Cooperation and Development (17); BE = Belgium; CZ = Czech Republic; IT = Italy; PL = Poland; GR = Greece; US = United States; ES = Spain; KR = Korea

OECD; Annahmen basieren auf: HILDA (Australia), BHPS (UK), KLoSA (Korea), SHARE (andere EU-Länder), HRS (USA)

Abbildung 2

In den meisten Ländern wendet ein Großteil der Pflegenden bis zu neun Stunden pro Woche für die Pflege von Angehörigen auf. Allerdings lässt sich in einigen Ländern wie z. B. in Spanien, ein relativ hoher Anteil derjenigen feststellen, die sehr intensiv – die OECD definiert dies als 20 Stunden und mehr – ihre Angehörigen pflegen. Besonders in diesem Segment der Familienpflege rechnet die OECD vor dem Hintergrund der Altersdynamik mit einem relativ starken Anstieg in den nächsten Jahren.

Mit der Pflege von Angehörigen sind starke Einschränkungen für die Pflegenden verbunden. Vor allem diejenigen, die sehr intensiv ihre Angehörigen pflegen, reduzieren stark die berufliche Arbeitszeit.

Umfragen weisen zudem darauf hin, dass Personen, die Angehörige intensiv pflegen, auch psychisch sehr stark belastet sind. Ohne adäquate Unterstützung kann dies auch zu Qualitätsproblemen führen.

Es ist also nicht nur eine Frage der Quantität, wie viel Pflege von Angehörigen erbracht werden kann. Vielmehr stellt sich angesichts der vielfältigen Belastungen zusätzlich die Frage, ob mangelnde Unterstützung nicht auch ein Qualitätsproblem in der Angehörigenpflege nach sich ziehen kann.

Vergleicht man die Politikansätze der OECD-Länder, die darauf abzielen Familienangehörige bei der Pflege zu unterstützen, lassen sich im Wesentlichen drei Strategien identifizieren:

- In der ersten Strategie geht es darum, den Pflegenden dabei zu helfen, Arbeit und Pflege besser miteinander kombinieren zu können, hauptsächlich durch einen Rechtsanspruch auf Pflegezeiten oder flexible Arbeitszeitmodelle, letzteres überwiegend in Form von Teilzeitarbeit.
  Die Möglichkeit der Auszeit vom Beruf ist in etwa zwei Drittel aller OECD-Länder gegeben. Oft ist diese Pflegezeit allerdings unbezahlt, und da wo sie bezahlt ist, sind die Anspruchszeiten relativ kurz: In Einzelfällen einige Tage, maximal ein oder zwei Wochen. Zudem lässt sich feststellen, dass die Möglichkeiten, Pflegezeit im Block zu nehmen oder Teilzeit zu arbeiten deutlich restriktiver gestaltet sind als beispielsweise im Falle der Elternzeit.

- Ein zweiter Politikansatz fokussiert die Verbesserung des Wohlbefindens von Pflegenden. Einerseits gibt es in vielen Ländern die Möglichkeit, Pflegeersatz zur Verfügung zu stellen, wenn Angehörige eine Auszeit von der Pflege nehmen möchten, beispielsweise um Urlaub zu machen. Das hat nachweislich sehr positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Pflegenden. Andererseits haben viele Länder Probleme dabei, flächendeckend zufriedenstellende Lösungen bereitzustellen. Problematisch ist in vielen Ländern das große Stadt-Land-Gefälle, wo es gerade in ländlichen Gebieten schwierig ist, einen Pflegeersatz zu organisieren. Oftmals wird das Problem zusätzlich durch regulatorische Hürden verschärft. Nur in wenigen Ländern sind bisher One-Stop-Services für Pflegebedarfe tatsächlich realisiert. So bleibt es trotz des Rechtsanspruchs für die Pflegenden oft schwierig, einen Ersatz zu organisieren. Eine weitere unterstützende Maßnahme sind Pflegekurse. Hier wird pflegenden Angehörigen Fachwissen vermittelt, um eine möglichst qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen. Aber auch psychologische Beratungsangebote sollen Pflegenden helfen, mit der mentalen Belastung des Pflegens besser umzugehen. Ähnlich wie bei dem Pflegeersatz gibt es aber auch hier bei der Umsetzung ein Gefälle zwischen Regionen, in denen dies sehr gut und eher weniger gut funktioniert.

- Ein dritter Politikansatz fokussiert auf die finanzielle Entschädigung von Pflegenden. Hier kann unterschieden werden zwischen finanzieller Unterstützung der Pflegenden und finanzieller Unterstützung der Pflegebedürftigen. Die Studie hat gezeigt, dass nur in sehr wenigen Ländern ausschließlich Sachleistungen vergütet werden. In den meisten Ländern werden vielmehr Geldleistungen ausgezahlt. In den skandinavischen Ländern hat sich ein System etabliert, in dem Pflegende für die Zeit, in der sie Angehörige pflegen, quasi Angestellte ihrer Gemeinde werden und eine Art Gehalt bezahlt bekommen. Obwohl die Vergütung mit einer Höhe von 300 bis 400 € pro Monat eher gering ist, hat dies für die Pflegenden den Vorteil, dass für den Zeitraum, in der Pflege geleistet wird, ein Sozialversicherungsanspruch besteht bzw. aufgebaut wird.
  Weiterhin existiert ein Zuschussmodell, bei dem das Einkommen der Pflegenden aufgestockt wird, sobald es unter einer bestimmten Schwelle liegt. Bei beiden Ansätzen erweist sich allerdings die Ausgestaltung im Detail als schwierig.

Ein Problem besteht darin zu definieren, wer eigentlich der oder die Hauptpflegende ist. In der Praxis sind besonders in Familien oft mehrere Personen an der Pflege beteiligt, ohne dass dabei differenziert wird, wer welchen Beitrag zur Pflege leistet.

Als Schwierigkeit erweist sich auch, die Höhe der finanziellen Entschädigung festzusetzen. Es spielt natürlich eine Rolle, ob die finanzielle Kompensation anhand einer Einkommensschwelle oder entsprechend der geleisteten Pflegestunden bemessen wird.

Im Gegensatz dazu werden in den meisten OECD-Ländern finanzielle Entschädigungen an die Pflegebedürftigen gezahlt. Der Vorteil bei diesem Modell liegt darin, dass man das Definitionsproblem, wer Hauptpflegender ist, vermeidet. Außerdem wird die Entschädigung auf diese Art sehr direkt mit dem eigentlichen Pflegebedarf gekoppelt, was diese Art der finanziellen Entschädigung sehr attraktiv macht. Dagegen lässt sich aber nur sehr schwer nachvollziehen, was mit der Unterstützung passiert, also ob die finanziellen Mittel tatsächlich im angestrebten Maße an die pflegenden Angehörigen weiterfließen.

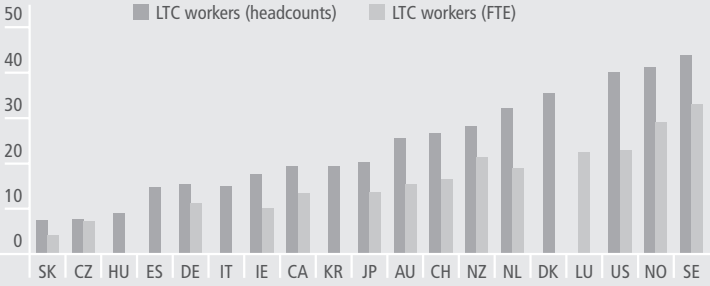
Zusammenfassend werden pflegepolitisch im Wesentlichen drei Ansätze zur Unterstützung der Familienpflege verfolgt und weiter ausgebaut. Ein Thema ist in allen Ländern die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Daneben existiert eine Vielzahl flexibler Unterstützungsleistungen wie zum Beispiel der Pflegeersatz, psychosoziale Beratung für die Pflegenden selbst oder Pflegekurse, die aber noch nicht in allen Ländern flächendeckend vorhanden sind. Und schließlich ist die Entschädigung von Pflegenden natürlich auch ein wichtiger Bestandteil, wobei die Ausgestaltung der Einzelheiten problembehaftet sein kann.

Professionelle Pflege im OECD-Vergleich

Auch bei den professionellen Pflegefachkräften zeigt sich, dass Frauen den größten Anteil stellen. Der Anteil schwankt zwischen 87 % in Japan und 96 % in Dänemark. Dabei ist Teilzeitarbeit besonders im Bereich der professionellen häuslichen Pflege weit verbreitet. Die Altersstruktur ist hingegen nicht sehr einheitlich. In einigen Ländern beträgt das Durchschnittsalter des Pflegepersonals zwischen 45 und 50 Jahren, in anderen Ländern (z. B. Frank-

reich) liegt das Durchschnittsalter darunter. Besonders in den USA und Großbritannien weist das Pflegepersonal eine hohe kulturelle und ethnische Vielfalt auf. Mit einigen Ausnahmen (z. B. Deutschland) ist es zudem so, dass das Bildungsniveau des Pflegepersonals vergleichsweise gering ist. Als Konsequenz daraus lässt sich feststellen, dass weniger als die Hälfte des in Pflegeeinrichtungen angestellten Pflegepersonals als Pflegefachkraft ausgebildet ist.

Fachkräfteangebot und Bedarf



SK = Slovak Republic; CZ = Czech Republic; HU = Hungary; ES = Spain; DE = Germany; IT = Italy; IE = Ireland; CA = Canada; KR = Korea; JP = Japan; AU = Australia; CH = Switzerland; NZ = New Zealand; NL = Netherlands; DK = Denmark; LU = Luxembourg; US = United States; NO = Norway; SE = Sweden

OECD (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, basierend auf OECD Health Data 2010

Abbildung 3: Pflege-Fachkräfteangebot pro 100 Personen über 80 Jahre, 2008 oder aktuellste Daten

Wie für nahezu alle Gesundheitsberufe in den OECD-Ländern typisch, variiert die Anzahl der Fachkräfte, die pro hundert Pflegebedürftigen oder potenziell Pflegebedürftiger vorhanden ist. Die Spanne reicht dabei von weniger als zehn Pflegekräften, wie beispielweise in der Slowakei, bis über 40 in Schweden. Diese Varianz ergibt sich hauptsächlich aus den Organisationsgraden der verschiedenen Pflegesysteme in den untersuchten Ländern. Legt man zusätzlich zur Anzahl der Pflegekräfte die Vollzeitäquivalente zu Grunde, zeigt sich erneut, dass Teilzeitarbeit unter den Pflegefachkräften weit verbreitet ist.

Wie die Studie außerdem belegt, weisen in fast allen OECD-Ländern die Pflegeberufe eine geringe Attraktivität auf. Dies lässt sich im Wesentlichen auf drei Faktoren zurückführen:

- geringe Bezahlung,
- schlechte Arbeitsbedingungen und
- negative Wahrnehmung der Pflegeberufe.

Zunächst erreichen die Gehälter von Pflegekräften nur etwa zwischen 50 % und 70 % des Durchschnittsgehaltes. Zurückzuführen ist dies natürlich auch auf das angesprochene niedrige Bildungsniveau. Festzustellen ist auch, dass das Einkommen der Fachkräfte überall unter den Medianeinkommen liegt. Die Arbeitserfahrungen haben wenig bis keine Auswirkungen auf das Gehalt. Das heißt, es ist in den meisten Ländern völlig egal, ob jemand seit zehn oder 15 Jahren im Beruf ist. Er oder sie wird trotzdem genau so viel oder so wenig verdienen, wie jemand, der erst seit relativ kurzer Zeit als Pflegekraft arbeitet. Zudem haben die Untersuchungen gezeigt, dass Fachkräfte in Krankenhäusern deutlich mehr verdienen als in Pflegeinstitutionen.

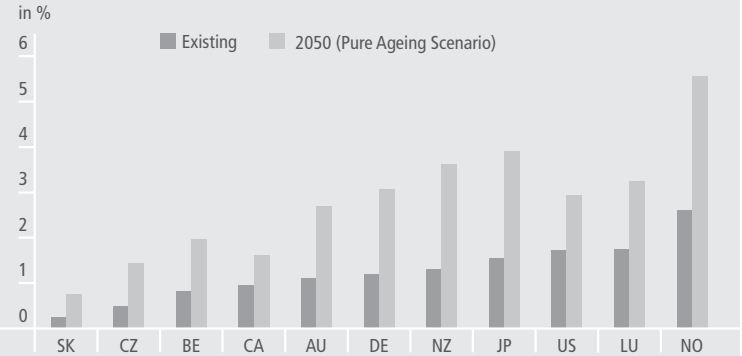
Auch die Arbeitsbedingungen wirken sich wesentlich auf die Attraktivität der Pflegefachberufe aus. Hier zeigt sich in allen OECD-Ländern eine sehr ähnliche Situation. In vielen Ländern bleiben die Sozialleistungen (z. B. Renten) für Pflegekräfte hinter den durchschnittlichen Sozialleistungen zurück. Gleichzeitig ist das Gesundheitsrisiko der Pflegenden deutlich höher. Die mentale und physische Belastung wird vor allem von den Pflegenden überall als sehr hoch wahrgenommen, zumal zum Arbeitsdruck auch noch sehr schwierige Arbeitszeiten (Schichtdienst, Wochenenddienste etc.) hinzukommen.

Das alles führt dazu, dass das Image und auch die Wahrnehmung des Managements im Pflegebereich sehr negativ sind. Wichtig ist hier wieder der Vergleich mit anderen Gesundheitsberufen. Die vorliegenden Umfragedaten liefern einen recht eindeutigen Befund: Pflegeberufe schneiden schlechter ab als andere Gesundheitsberufe. Bemängelt wird, dass die hohe Verantwortung des einzelnen Pflegenden

- mit sehr wenig Coaching und mit sehr wenig Betreuung bei der Arbeit einher geht,
- von unattraktiven Vertragsbedingungen begleitet wird
- und die Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung nur eingeschränkt vorhanden ist.

Es wird zukünftig einen deutlich steigenden Bedarf an Gesundheitspersonal geben. Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und der Prämisse, die heutige Pflegeintensität aufrechtzuerhalten, steigt der Pflegefachkräftebedarf in den vorliegenden Szenarien bis zum Jahr 2050 um 57 % bis 85 %. Natürlich ist die Aussagekraft solcher Prognosen in gewissem Maße begrenzt und stark abhängig von den zu Grunde gelegten Annahmen. Dennoch besteht kein Zweifel, dass es in Zukunft einen steigenden Bedarf an Fachkräften geben wird.

Zukünftiger Bedarf an Pflegefachkräften



SK = Slovak Republic; CZ = Czech Republic; BE = Belgium (1); CA = Canada (2006); AU = Australia (2007); DE = Germany (2005); NZ = New Zealand (2007); JP = Japan; US = United States (2007); LU = Luxembourg; NO = Norway
(1) Institutions only

OECD: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.

Abbildung 4: Prozentualer Anteil an Vollzeitpflegekräften an derzeitiger und prognostizierter Erwerbsbevölkerung

Um dem steigenden Bedarf gerecht zu werden, konzentrieren sich die Länder, die untersucht wurden, auf drei Strategien. Zum einen geht es darum, die Anwerbung von Gesundheitspersonal zu verbessern, auch indem neue Personalpools erschlossen werden. Manche Länder versuchen verstärkt ausländische Fachkräfte anzuwerben und/oder ergreifen Maßnahmen, um verstärkt Männer für Pflegeberufe zu rekrutieren. Noch wichtiger sind in den meisten Ländern Ansätze, um Pflegepersonal im Beruf zu halten. Außerdem gibt es Ansätze, die Produktivität zu verbessern.

Bei den Versuchen Pflegepersonal zu rekrutieren, hat es sich trotz hoher Investitionen als sehr schwierig herausgestellt, diejenigen zu reaktivieren, die als ausgebildete Pflegekräfte ihren Beruf aufgegeben haben. Anreize zur Umschulung, wie sie zum Beispiel in Deutschland oder Australien erprobt wurden, haben sich im Vergleich dazu als deutlich erfolgreicher herausgestellt. Die Migration von Fachkräften hatte nur vereinzelt positive, also wirklich nachhaltige Auswirkungen. Gerade in Italien und Israel ist es so, dass relativ viele Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben werden, es aber keine auf Pflege ausgerichteten Migrationspolitikansätze gibt.

Bei dem Versuch, Pflegekräfte länger in ihrem Beruf zu halten, lässt sich feststellen, dass Imagekampagnen sehr wenig funktioniert haben. Vielmehr bemühen sich einige Länder darum, Gehälter und Sozialleistungen auszubauen. Allerdings unterliegen diese Anstrengungen Budgetrestriktionen. Als vielversprechend erweisen sich hingegen Ansätze, Fachkräfte durch Angebote zur beruflichen Weiterentwicklung im Beruf zu halten. In diesem Zusammenhang muss aber geklärt werden, welche Konsequenzen sich aus einem veränderten Rollen- und Aufgabenspektrum im Pflegebereich ergeben. Gesamtwirtschaftlich muss außerdem der Widerspruch zu den neueren Arbeitsmarktpolitiken aufgelöst werden, die in diesem Punkt in die entgegengesetzte Richtung zielen. Sie bezwecken, durch die Vermittlung übertragbarer Fähigkeiten und Fertigkeiten Anreize zu bieten, das Berufsfeld zu wechseln. Zusätzlich stellt sich bei Weiterbildungsmaßnahmen die Kostenfrage. Denn Berufstätige, denen man eine Weiterbildung anbietet und die mehr Aufgaben und Verantwortung in ihrem Beruf übernehmen, wollen in der Regel auch besser bezahlt werden.

Produktivitätsverbesserungen werden als dritte Strategie ebenfalls genannt. Allerdings gibt es nur ganz wenig Hinweise, dass es diese tatsächlich gegeben hat. Das hängt natürlich mit der Schwierigkeit zusammen, Produktivität zu messen. Es gibt einige Ansätze, um Produktivitätsfortschritte zu organisieren. Diese beabsichtigen aber eher, die häusliche Pflege gegenüber der institutionellen Pflege zu stärken und nicht , die institutionelle Pflege selbst deutlich produktiver zu machen.

Fazit

Es gilt festzuhalten, dass sich die Lage in den untersuchten OECD-Ländern sehr ähnlich darstellt. Die Identifikation von Lösungen zur Deckung des zukünftigen Fachkräftebedarfs erweist sich in allen Ländern als schwierig, aber nicht als unmöglich. Der Fokus der Politikansätze richtet sich weitestgehend auf die institutionellen und professionellen häuslichen Pflegedienstleistungen. Der informelle Bereich und die privaten Strukturen, als wesentliche Stütze der Pflegesysteme, dürfen dabei aber nicht vernachlässigt werden. Es gilt diese vielmehr gezielt in Pflegereformen einzubeziehen. Für Reformansätze ist es zudem wichtig, auch den Fachkräftemangel in anderen Teilen des Gesundheitssystems im Auge zu behalten sowie die Interdependenzen, die sich daraus ergeben. Schon heute werden Pflegeberufe im Vergleich zu Gesundheitsberufen als weniger attraktiv wahrgenommen. Wird gleichzeitig eine Mangeldiskussion in den Gesundheits- und Pflegeberufen geführt, besteht die Herausforderung für den Pflegebereich darin, sich positiv von den Gesundheitsberufen abzugrenzen. Beispielsweise haben viele Länder im Bereich der Gesundheitsberufe erweiterte Rollen für Krankenschwestern und -pfleger eingeführt. Als sogenannte Mid-Level-Providers, die zwischen der klassischen Krankenschwester und dem Arzt angesiedelt sind, werden diese immer häufiger sowohl im Krankenhaus als auch im Primärbereich eingesetzt. Diese Konkurrenz zum Pflegesektor muss berücksichtigt werden, wenn es darum geht Maßnahmen zu entwickeln, um Pflegekräfte gezielt anzuwerben.

2.2 Langzeitpflege und Langzeitpflegepersonal in Österreich: Herausforderungen und Perspektiven

Marcel Fink, Institut für Staatswissenschaft, Universität Wien

Der vorliegende Beitrag zum Thema Langzeitpflege und Langzeitpflegepersonal in Österreich ist in drei Teile gegliedert. Auf einige allgemeine Vorbemerkungen zur Situation der Langzeitpflege in Österreich folgt im zweiten Teil ein Überblick über Struktur, Probleme und Reform(diskussion)en des österreichischen Pflegesystems. Dieser Teil ist insofern wichtig, da die Problematik des Pflegepersonals maßgeblich vom Ausbaugrad des Pflegesystems abhängt. Wie sich im internationalen Vergleich zeigt, ist das Pflegesystem, obwohl ein eher junges sozialpolitisches Thema, in hohem Maße pfadabhängig: Einmal eingeführte Systeme werden in der Regel „auf dem gleichen Pfad" fortgeführt. Zukünftige Ansprüche und Bedarfe an das Pflegepersonal hängen also maßgeblich davon ab, wie stark das heutige System bereits privatisiert ist, wie stark das Dienstleistungsangebot ist und wie ausgeprägt das Recht auf diese Dienstleistung ist.

Abschließend wird der Frage nachgegangen, inwiefern es denn überhaupt eine politische Diskussion zur Frage von Pflegepersonalmangel in Österreich gibt und welche Reformvorschläge in diesem Zusammenhang existieren.

Vorbemerkungen zum System der Pflege in Österreich
Zunächst gilt es zu konstatieren, dass Österreich im Politikfeld der Long-Term-Care (LTC), also der Langzeitpflege, kein Best-Practice-Beispiel ist. Im Gegensatz zu anderen Politikfeldern, wie dem Arbeitsmarkt oder dem im internationalen Vergleich geringen Haushaltsdefizit, weist der Bereich Langzeitpflege multiple Problemlagen auf. Diese betreffen vor allem

- die Finanzierung,
- den Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen,
- die Qualitätssicherung und
- den Mangel an qualifiziertem Personal.

Obwohl die Probleme politisch bekannt und wissenschaftlich dokumentiert sind, fehlt es in Österreich bisher an einer strukturierten Debatte, um das Thema nachhaltig auf die politische Agenda zu setzen und auf breiter Basis zu diskutieren. Was im Bereich der Reformen derzeit in Österreich passiert, beschränkt sich auf schrittweise Anpassungen. Es erfolgen graduelle Änderungen zur Lösung der drängendsten Probleme, beispielsweise um eine drohende Unterfinanzierung des Systems abzuwenden. Dieser Reformstau hat vor allem mit der existierenden strukturellen Verfasstheit des LTC-Systems zu tun, bei dem die Verantwortlichkeiten über mehrere Ebenen verteilt sind.

Auf einer ersten Ebene besteht eine Dualität zwischen privater und durch die öffentliche Hand getragener Pflege. Dieses Verhältnis besteht zwar praktisch überall, in Österreich ist dieser Punkt allerdings vor dem Hintergrund der existierenden Systemausgestaltung besonders virulent. Verstärkt werden diese Fragen durch die föderale Verfasstheit Österreichs (zweite Ebene), in der es Überlappungen bei der Kompetenzaufteilung zwischen Bund- und Länderebene im System der Pflegevorsorge gibt.

Die gemischte Kompetenz von Bund und Ländern erweist sich als wesentliches Hindernis struktureller Reformen. Beide Ebenen versuchen strukturelle Reformen für sich selbst möglichst kostengünstig zu halten und von vornherein die politische Verantwortlichkeit der anderen Ebene zuzuschieben, um sich abzeichnende finanzielle Risiken zu vermeiden.

Eine Rolle spielen außerdem die Krankenversicherungsträger, die versuchen, die Langzeitpflege im Krankenhaus zu minimieren und anderen Trägern zu überantworten.

Schließlich sind die über 2.400 Gemeinden zusammen mit den Ländern in die Sachleistungserbringung involviert, was zu Spannungen zwischen diesen beiden Gebietskörperschaften führt.

Das österreichische LTC-System:
Struktur, Probleme, Reform(diskussion)en

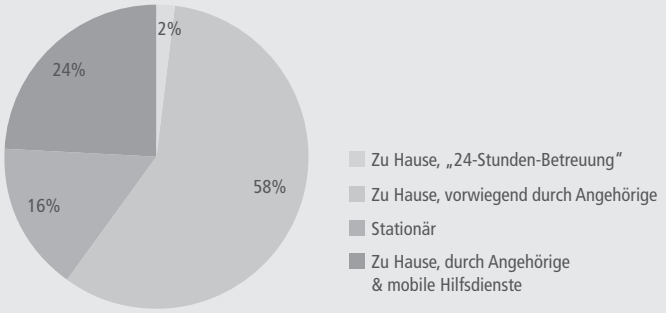
Bis 1993 gab es in Österreich kein eigenständiges Politikfeld „Pflege". Institutionelle Pflege existierte nur im Rahmen der von Gemeinden und Ländern mitgetragenen Sozialhilfe und erfolgte erst nach Bedarfsprüfung. In der häuslichen Pflege war Langzeitpflege in erster Linie privat organisiert. Pflegedienstleistungen standen zwar grundsätzlich jedermann zur Verfügung, mussten allerdings bei nichtbedürftigen Personen privat bezahlt werden. Auch im Rahmen der intramuralen (stationären) Krankenfürsorge bestand de facto die Möglichkeit der LTC. Faktisch gab es in manchen Krankenhäusern ganze Abteilungen für Langzeitpflege, die dann über die Sozialversicherung und die Länder finanziert wurden. Besonders die Behindertenverbände haben das Thema in den 1980er und 1990er Jahren auf die politische Agenda gebracht.

Das 1993 eingeführte Pflegesystem basiert auf einer Kombination von Geld- und Sachleistungen. Im Mittelpunkt steht das bundesweit einheitliche und steuerfinanzierte Pflegegeld, welches je nach Grad der Bedürftigkeit (7-stufige Klassifizierung) unabhängig vom vorhandenen Einkommen und Vermögen ausbezahlt wird. Den Beziehern des Pflegegeldes bleibt es überlassen, wie sie das Geld einsetzen. Eine Ausnahme bildet die intramurale Pflege, wo das Pflegegeld bis auf ein geringes „Taschengeld" weggekürzt wird. Das Pflegegeld deckt bei Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen in der Regel nur etwa 30 bis 40 % der tatsächlichen Kosten; in einigen Fällen sogar weniger.

Zweitens – auch das ist 1993 vereinbart worden – haben sich die Länder und Gemeinden dazu verpflichtet, ein flächendeckendes und dezentrales Angebot von extramuralen, ambulanten und intramuralen Pflegedienstleistungen bereitzustellen. Die Gebietskörperschaften sind verpflichtet, diesen Ausbau zu dokumentieren. Dies geschieht in Form von Berichten, die alle zwei bis drei Jahre vorgelegt werden müssen. Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass die Länder ihren Pflichten in den Bereichen Bereitstellung von Pflegedienstleistungen und Berichtswesen sehr unterschiedlich nachkommen. Eine Sanktionierung erfolgt bei Missachtung jedoch nicht.

Zur Finanzierung der Pflegedienstleistungen können das Pflegegeld, private Mittel und weitere öffentliche Gelder (z. B. Sozialhilfe) herangezogen werden. Wie später noch näher erläutert werden soll, erstreckt sich die Berücksichtigung privater Mittel zum Teil auch auf individuelle Einkommen und Vermögen von direkten Angehörigen (familiärer Regress).

Betreuungssituation von Personen mit LTC-Bedarf; 2009



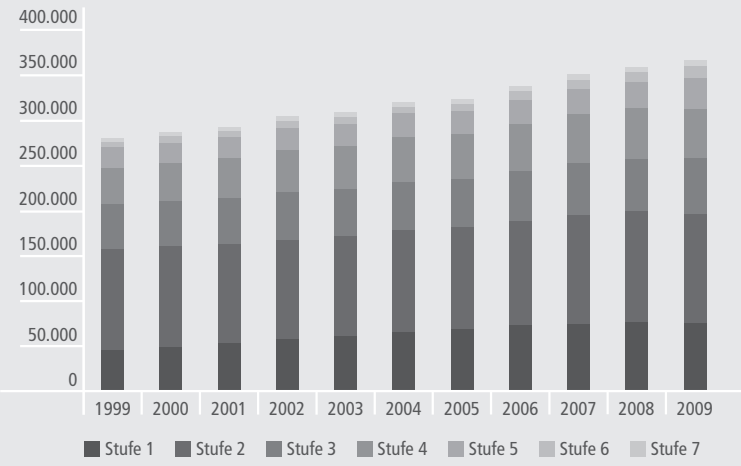
Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz / BMASK (2010): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009, Wien.

Abbildung 1

Bei der Struktur des österreichischen Pflegesystems zeigen Umfragedaten, dass 58 % aller Pflegebedürftigen vorwiegend zu Hause durch Angehörige und Nachbarn gepflegt werden. Ein weiteres Viertel wird durch Angehörige/Nachbarn und mobile Hilfsdienste gepflegt. 16 % werden stationär betreut. Ein kleiner Anteil von 2 % wird zu Hause im Rahmen der so genannten 24-Stunden-Betreuung gepflegt. Allerdings wird dieser Wert eher unterschätzt und dürfte tatsächlich bei etwa 3 bis 4 % liegen.

Bei der so genannten 24-Stunden-Betreuung werden die Pflegebedürftigen durch privat angeheuerte Pflegekräfte betreut. Diese Pflegekräfte sind insbesondere Personen aus östlichen EU-Mitgliedsländern wie Tschechien oder der Slowakei. Derzeit sind etwa 25.000 dieser Betreuungspersonen in Österreich beschäftigt.

Bezieher(innen) von Bundespflegegeld 1999-2009; nach Pflegegeldstufen in Tsd.



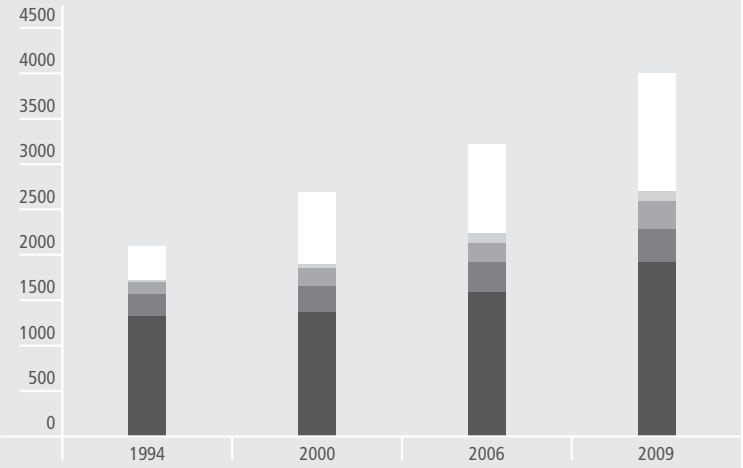
Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz / BMASK;
Daten zusammengestellt von Statistik Austria.
Anm.: Nicht berücksichtigt sind Bezieher(innen) von Landespflegegeld (2009 ca. 68.000 Personen).

Abbildung 2

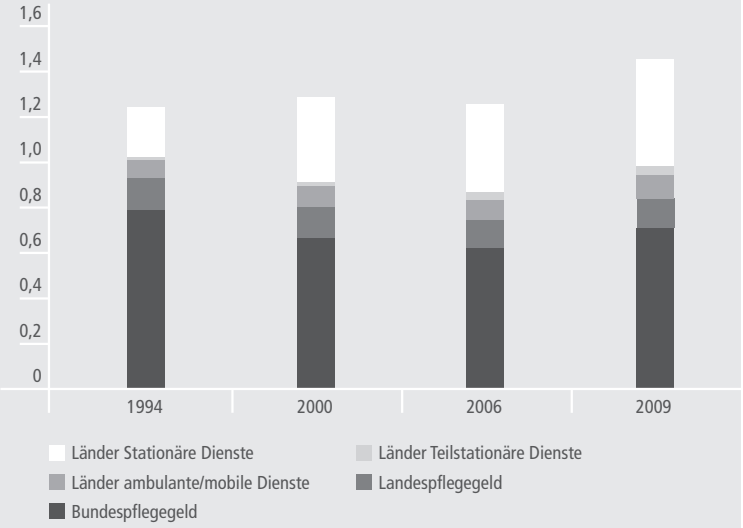
Gerade vor dem zu erwartenden steigenden Pflegebedarf wird die Migration von Pflegekräften eine bedeutende Rolle spielen. Die Anzahl der Pflegegeldbezieher hat sich in den Jahren 1999 bis 2009 von 275.000 auf 370.000 erhöht.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Zusammensetzung der Pflegestufen. Wie sich zeigt, haben relativ viele Personen einen geringen Pflegebedarf, wobei jedoch die Zuwachsraten in den Pflegestufen mit sehr intensivem Pflegebedarf (Stufe 6 und 7) am höchsten sind und sich hier die Anzahl der Pflegegeldbezieher über 10 Jahre hinweg verdoppelt hat. Das heißt, der Bedarf wächst insgesamt, aber besonders der Bedarf an intensiver Pflege.

Öffentliche Netto-LTC-Aufwendungen nach Typ in Mio. EUR; 1994–2009



Öffentliche Netto-LTC-Aufwendungen nach Typ in % des BIP; 1994–2009

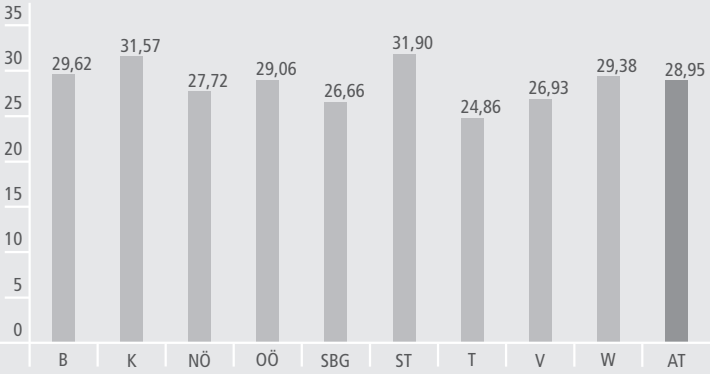


Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz/BMASK; Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung/WIFO & eigene Berechnungen.

Abbildung 3 und 4

Vor diesem Hintergrund sind auch die öffentlichen Ausgaben für LTC in den Jahren 1994 bis 2009 um 25 % angestiegen. Gemessen am BIP ist besonders der Anteil der Ausgaben für den stationären Sektor stark gestiegen. Dagegen sank der Anteil der Aufwendungen für das Pflegegeld, was darauf zurückzuführen ist, dass hier nur sehr selten eine Inflationsanpassung erfolgte. Für die Länder und Gemeinden bedeutete dies mehr Nettoaufwendungen, weil bei insgesamt steigenden öffentlichen Aufwendungen gleichzeitig immer weniger Finanzmittel aus dem Pflegegeld des Bundes eingezogen werden. Auf der Finanzierungsseite führt das zu einem Spannungsverhältnis zwischen Bund und Ländern.

Bundesländer: Pflegegeldbezieher(innen) gesamt in %; Personen im Alter 65+; 2009



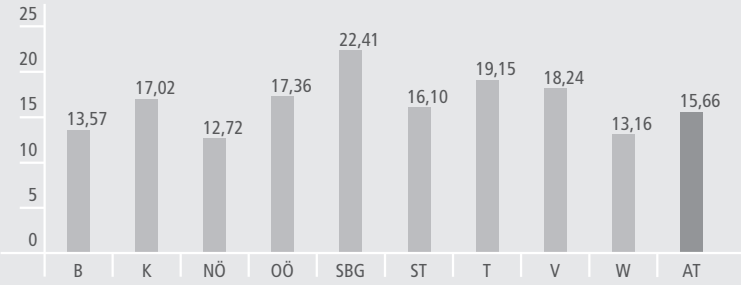
B: Burgenland; K: Kärnten; NÖ: Niederösterreich; OÖ: Oberösterreich; SBG: Salzburg; ST: Steiermark; T: Tirol; V: Vorarlberg; W: Wien; AT: Österreich

Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz/BMASK; Statistik Austria & eigene Berechnungen.

Abbildung 5

Problematisch in diesem föderalen System ist zudem, dass de facto neun verschiedene Pflegemodelle existieren, weil der Ausbaugrad der Sach- und Dienstleistungen in den neun Bundesländern sehr unterschiedlich ist. Sieht man sich den Anteil der Bundespflegegeldempfänger im Alter über 65 in den Bundesländern an, zeigt sich zwar eine gewisse Streuung, die Zuerkennung von Pflegegeld in den Ländern ist aber relativ einheitlich.

Bundesländer: Plätze für stationäre 24h-Betreuung (=„Heimplätze") pro 100 Pflegegeldbezieher(innen); 2009

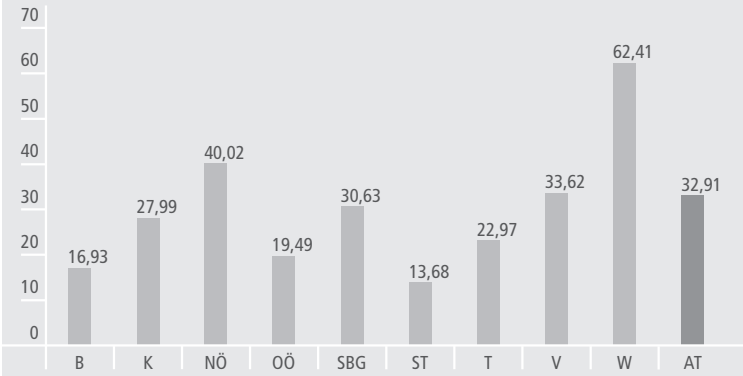


Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz/BMASK; Statistik Austria & eigene Berechnungen.

Abbildung 6 (Auflösung der Legende siehe Abbildung 5)

Bezieht man jedoch die zur Verfügung stehende Anzahl der Heimplätze pro hundert Pflegegeldempfänger mit ein, besteht über die Bundesländer hinweg eine erhebliche Streuung. Von einem einheitlichen Ausbaugrad kann keine Rede sein.

Bundesländer: Leistungsstunden mobiler sozialer Dienste pro Pflegegeldbezieher(in); 2009

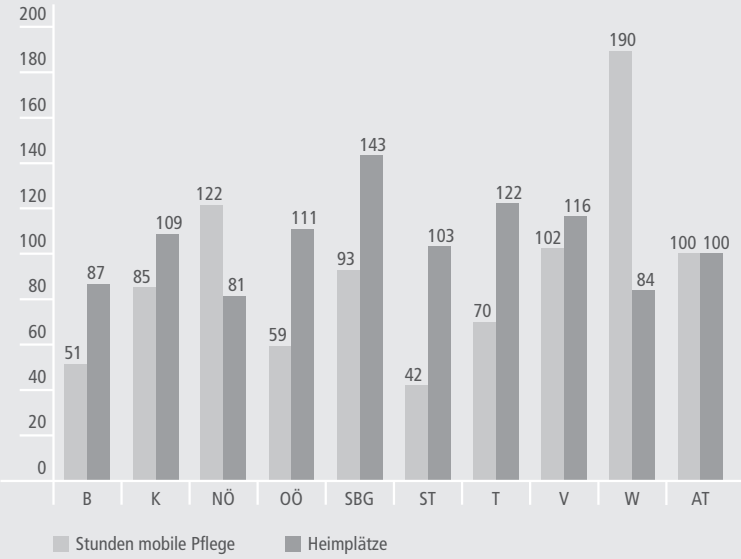


Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz/BMASK; Statistik Austria & eigene Berechnungen.

Abbildung 7 (Auflösung der Legende siehe Abbildung 5)

Ähnlich sieht es bei den Leistungsstunden der mobilen Pflegedienste pro Pflegegeldbezieher aus, wo die Streuung noch weitaus größer ausfällt. Bundesländer wie Wien haben die Systeme in diesem Sektor sehr stark ausgebaut, während der Ausbaugrad in Bundesländern wie dem Burgenland oder der Steiermark vergleichsweise gering ist. Hier zeigt sich, dass die Bundesländer ihren Verpflichtungen zum flächendeckenden Ausbau in unterschiedlichem Maße nachkommen. Das bedeutet aber auch, dass sich die Personalsituation im Ländervergleich höchst unterschiedlich darstellt und auch in näherer Zukunft unterschiedlich darstellen wird. Personalprobleme werden insbesondere dort verstärkt virulent werden, wo ein großer Nachholbedarf des Ausbaus institutioneller Pflege existiert und wo Langzeitpflege bisher in besonders hohem Maß privat organisiert wurde (z.B. in manchen ländlichen Regionen).

Bundesländer: Stunden mobile Pflege und Heimplätze pro Pflegegeldbezieher(in) in % des nationalen Durchschnittes; 2009



Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz/BMASK; Statistik Austria & eigene Berechnungen.

Abbildung 8 (Auflösung der Legende siehe Abbildung 5)

Bemisst man den Ausbaugrad der Bundesländer anhand der Parameter geleistete Stunden mobiler Pflege und Heimplätze pro Pflegegeldempfänger im Vergleich zum österreichischem Durchschnitt, zeigt sich ein sehr differenziertes Bild. Das heißt, es gibt durch den unterschiedlichen Ausbaugrad von Pflegedienstleistungen tatsächlich unterschiedliche Probleme im Bundesländervergleich, inklusive unterschiedlicher aktueller und zukünftiger Personalbedarfe.

Parallel zu den länderspezifischen Problemlagen existieren übergreifende strukturelle Herausforderungen. Problematisch ist zunächst der hohe Anteil der von Laien erbrachten Pflege hinsichtlich einer mangelnden Qualitätssicherung sowie den hohen physischen und psychischen Belastungen, denen die Pflegenden ausgesetzt sind.

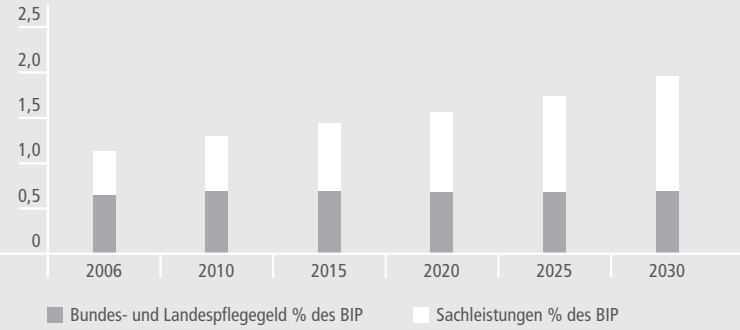
Für die Zukunftsperspektive ist die große Bedeutung der informellen Pflege ein großes Problem. Dänemark, Norwegen oder die Niederlande beispielsweise haben einen vergleichsweise hohen Grad an formeller Pflege, egal ob ambulant oder mobil. Diese Länder geben, gemessen am BIP, vergleichsweise viel mehr Geld für diese Bereiche aus, was gleichzeitig bedeutet, dass die finanziellen Ressourcen in diesen Ländern bereits gebunden sind und keine neuen Quellen erschlossen werden müssen. Im Vergleich zu diesen Ländern ist der öffentliche und institutionelle Bereich in Österreich schwach ausgebaut.

Als defizitär erweist sich aus sozialpolitischer Sicht auch der Zugang zu mobilen Diensten. In diesem Punkt zeigt sich ein großes Gefälle zwischen den österreichischen Bundesländern. Wie Daten belegen, ist die Anzahl der Leistungsstunden in Wien beispielsweise drei Mal so hoch wie im Burgenland, obwohl der Pflegebedarf strukturell kein anderer ist. Probleme gibt es auch beim Zugang zu qualitativ hochwertiger intramuraler Pflege.

Ein ganz großes Problem besteht zudem im Bereich der 24-Stunden-Betreuung. In diesem Pflegebereich, der 2006 legalisiert wurde und in dem schätzungsweise 15.000 bis 17.000 Personen betreut werden, gibt es fast keine

Qualitätssicherung. Darüber hinaus ist das System der Migration von Pflegekräften nicht nachhaltig. Dieses Beschäftigungsmodell wird mittelfristig unter Kostenaspekten uninteressant, sobald die Pro-Kopf-Einkommen in den Herkunftsländern ansteigen. Das System der privat organisierten 24-Stunden-Betreuung existierte de facto bereits vor 2006. Denn einerseits waren die pflegenden Angehörigen um Entlastung bemüht, andererseits gab es im Kontext der intramuralen Pflege den Kostenregress auf Familieneinkommen und Familienvermögen. Nachdem Medienberichte auftauchten, wonach auch die Schwiegermutter des damaligen Bundeskanzlers auf diese Art und Weise betreut wurde, hat man die 24-Stunden-Pflege relativ rasch legalisiert. In Folge der Einführung dieses Modells hat man die Sozialversicherung für die Pflegenden geöffnet sowie einen Gewerbeschein und eine öffentliche Co-Finanzierung eingeführt. Überlicherweise belaufen sich die Kosten der 24-Stunden-Betreuung auf 50 bis 70 € pro Tag; im Gegensatz zu einem intramuralen Heimplatz ist dies immer noch relativ kostengünstig.

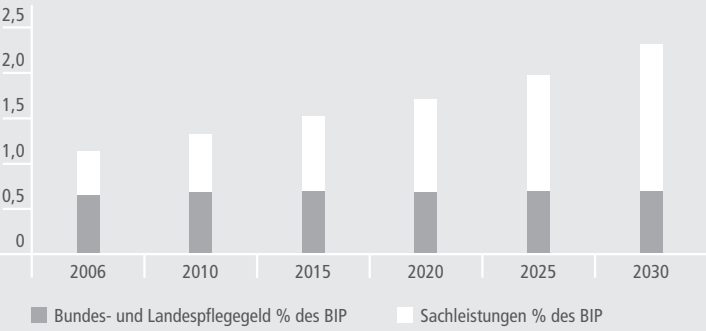
Prognose öffentliche Ausgaben für Pflege; % des BIP (Middle Scenario)



Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz/BMASK; Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung/WIFO & eigene Berechnungen.
Anm.: Beide Szenarien erwiesen sich bereits aus heutiger Sicht als zu optimistisch (Kostenanstieg stärker als 2008 prognostiziert).

Abbildung 9

Prognose öffentliche Ausgaben für Pflege; % des BIP (Upper Bound Scenario)



Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales & Konsumentenschutz/BMASK; Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung/WIFO & eigene Berechnungen.
Anm.: Beide Szenarien erwiesen sich bereits aus heutiger Sicht als zu optimistisch (Kostenanstieg stärker als 2008 prognostiziert).

Abbildung 10

Aufgrund der demographischen Entwicklung werden in Österreich – wie im Prinzip in allen OECD-Staaten – die Kosten für LTC steigen. Jedoch existieren im internationalen Vergleich sehr unterschiedliche Ausgangsniveaus. Im Ausgangsniveau hatten die Ausgaben für Pflege in Österreich im Jahr 2006 einen Umfang von 1,1 % des BIP. Je nachdem welches Szenario zugrunde gelegt wird, wachsen die Pflegekosten nach den jüngsten vorliegenden Prognosen im Middle-Szenario auf ungefähr 2 % des BIP im Jahr 2030, oder im Maximalszenario auf dann 2,3 % des BIP. Bereits aus heutiger Sicht haben sich diese Schätzungen als zu optimistische Prognosen erwiesen. Schon 2010 lagen die Kosten real über den für dieses Jahr prognostizierten Werten.

Schon jetzt zeigt sich ein eklatanter Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften in Österreich. Dieser Mangel wird auch in Zukunft weiter anwachsen. Derzeit sind in Österreich – umgerechnet auf Vollzeitäquivalente – etwa 27.000 Personen in der stationären Pflege beschäftigt sowie weitere 10.000 Personen im mobilen Pflegeleistungssektor. Um mit dem jetzige System der Pflege die demographische Entwicklung aufzufangen, benötigt Österreich bis

zum Jahr 2020 25 % mehr Pflegekräfte (+6.500 Personen) im stationären und 50 % mehr Pflegekräfte (+6.400 Personen) im ambulanten Bereich.

Doch trotz des offensichtlich drohenden Personalmangels konzentriert sich die Reformdiskussion in Österreich hauptsächlich auf die kurz- und mittelfristige Finanzierbarkeit des Pflegesystems. Um die drohende Unterfinanzierung durch die Länder und Gemeinden abzuwenden, wurde 2009 damit begonnen, etwa eine halbe Milliarde Euro bis 2014 vom Bund zu den Ländern umzuschichten.

Neben der Dominanz der Finanzierungsfrage steht die Valorisierung von Geldleistungen im Fokus der Reformdiskussionen und wird besonders im Wahlkampf regelmäßig aufgegriffen, häufig ohne dass nach den Wahlen etwas passiert. Auf der Agenda steht auch die Wiedereinführung des bereits erwähnten Familienregresses, der als „Wahlgeschenk" vor vier Jahren abgeschafft wurde. Dies ließ bei der Finanzierung der Heimbetreuung nur noch Zugriff auf das Vermögen der pflegebedürftigen Personen zu und führte dazu, dass die Nachfrage nach Heimplätzen stark anstieg. Die hohe Auslastung zog teilweise auch Wartelisten nach sich. Einzelne Bundesländer nehmen diese Regelungen nun aufgrund von Finanzierungsproblemen wieder zurück oder haben abgekündigt, einen solchen Schritt zu prüfen.

Pflegepersonal: Probleme und politische Wahrnehmung/Strategien
Geht man genauer auf die Personalproblematik ein, gibt es einen generellen Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal. Besonders bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern/-schwestern gab es über das gesamte Jahr 2010 hinweg etwa 3.500 als offen gemeldete Stellen.

Laufend gesucht wird – wenn auch nicht in dem Umfang – ebenfalls weniger qualifiziertes Personal, wie Pflegehelfer(innen), Altenbetreuer(innen) und Heimhelfer(innen). Als Problem kommt hinzu, dass qualifiziertes Personal oft einen Job im Gesundheitssektor, also in Krankenhäusern, wählt, weil dort insgesamt die Arbeitsbedingungen besser sind. Dementsprechend ist die Verbleiberate im Pflegesektor gering. Für manche Bundesländer gibt es Daten, nach denen nur 10 % der im Pflegesektor Beschäftigten über 40 Jahre alt sind.

Das hat natürlich auch viel mit den Löhnen im Pflegebereich zu tun. Obwohl die tarifvertragliche Deckung zu 100 % gegeben ist, sind die Einstiegsgehälter im Branchenvergleich gering. Auch die in den Kollektivverträgen fixierten Lohnzuwachsraten reichen nicht aus, um die Menschen langfristig in diesem Sektor zu binden. Die hohe psychische und physische Belastung stellt, wie aus verschiedenen Umfragen ersichtlich ist, ein großes Problem dar. Ein strukturelles Problem besteht außerdem in den geringen Aufstiegsmöglichkeiten innerhalb der flachen Hierarchien im Pflegesektor. Es gibt höchstens zwei oder drei Hierarchieebenen und nur ganz wenige Personen schaffen es ins Pflegemanagement.

Vor dem Hintergrund dieser multifaktoriellen Problemlage verfolgt die österreichische Pflegepolitik hauptsächlich die Strategie, die Pflege im privaten Bereich zu stärken, um Druck vom stationären und institutionellen Bereich zu nehmen. In diesem Zusammenhang wurde 2006/2007, wie bereits erwähnt, die häusliche 24-Stunden-Betreuung legalisiert und öffentlich finanziell unterstützt. Seit 2009 werden zudem pflegende Familienangehörige ab Pflegestufe drei vom Staat pensionsversichert. Auch mit den 2007 flächendeckend eingeführten Beratungsangeboten für pflegende Angehörige hat man versucht, den privaten Sektor zu stärken.

Allerdings ist der Versuch, Langzeitpflege im privaten Bereich zu institutionalisieren sehr kritisch zu sehen. Dies führt letztendlich möglicherweise zur Ausweitung des migrationsbasierten Haus-Helfer(innen)-Modells. Da aber auch in den osteuropäischen Mitgliedstaaten der demographische Druck zunehmen wird, darf die Nachhaltigkeit dieses Modells bezweifelt werden.

Eine weitere Stratgie besteht darin, die Arbeitsbedingungen im LTC-Sektor zu verbessern. Ab 2003 wurde der kollektive Tarifvertrag vom öffentlichen auf den intermediären Sektor ausgedehnt, was faktisch zu einer 100%-igen tarifvertraglichen Abdeckung geführt hat. Seither wird aber eine anhaltende Debatte um Löhne und Arbeitsbedingungen geführt, ohne dass dies in der Praxis bisher zu strukturellen Verbesserungen geführt hat. Besonders die Gewerkschaften bringen sich verstärkt in diese Debatte ein. Eine vom Ministerium für Arbeit und Soziales eingerichtete Arbeitsgruppe soll nun bis Ende 2012 Vorschläge für eine Pflegereform erarbeiten.

Das Berufsbildungssystem wurde hingegen bereits 2010 reformiert. Ähnlich wie in Deutschland besteht hier das Problem der gemischten Bund-Länder-Kompetenzen. Dennoch wurden zwei neue Berufe bundeseinheitlich geregelt:

- der/die Fachsozialbetreuer(in)
- der/die diplomierte Fachsozialbetreuer(in)

Bisher gibt es hierzu noch keine Erfahrungen. Die ersten Ausbildungen haben erst im August 2011 begonnen.

Diskutiert wird auch, das Mindestalter für die Ausbildung in Pflegeberufen herabzusetzen, sodass bereits Personen im Alter von 15 Jahren nach Beendigung der Pflichtschule eine einschlägige Ausbildung beginnen können. Die Idee dahinter ist, dass sich Jugendliche in diesem Alter eventuell eher für das Berufsbild Pflege gewinnen lassen.

Diskussionen gibt es ebenfalls darüber, Kompetenzen und Tätigkeitsspektren des Pflegepersonals oder Berufsbilder zu erweitern, um mehr Aufstiegsmöglichkeiten zu schaffen. Allerdings gibt es bei der Umsetzung bisher wenig Konkretes vorzuweisen.

Vor dem Hintergrund der wahrscheinlichen Abschaffung der Wehrpflicht wird auch die Einführung eines freiwilligen sozialen Jahres diskutiert. Schließlich würden in diesem Fall die Wehrersatzdienstleistenden, die auch im Pflegebereich eingesetzt werden, wegfallen. Debattiert wird daher ein soziales Jahr mit einem sozialversicherungspflichtigen Einkommen von 1.300 € Brutto, wobei zunächst noch unklar ist, wie die Trägerorganisationen die finanziellen Mittel für die „Freiwilligen“ aufbringen sollen. Aber auch hier handelt es sich mehr um inkrementelle Anpassungen als um strukturelle Reformen.

Weitere politische Strategien zielen darauf ab, die kurzfristige Finanzierbarkeit des LTC-Systems zu sichern und organisatorisch zu vereinfachen. Deshalb wurde, wie erwähnt, ein Pflegefonds aufgelegt, der die Finanzierung der steigenden Länderausgaben mit insgesamt 685 Mio. € bis zum Jahr 2014

sichern soll. Auf der regulatorischen Ebene fällt das Pflegegeld ab 2012 allein in die Bundeskompetenz. Darüber hinaus wurde die Anzahl der Träger, die die Pflegegeldeinstufung vornehmen, von über 280 auf acht reduziert.

Praktisch nicht auf der öffentlichen politischen Agenda ist eine gezielte Strategie zur Anwerbung von weiterem LTC-Personal aus dem Ausland. Die bisher geführte Debatte greift hier zu kurz, wenn man Pflegedienstleister aus Ländern „importiert", die ebenfalls stark von demographischer Alterung betroffen sind.

Ebenfalls kaum auf der Agenda sind Fragen nach präventiven und rehabilitativen Strategien zur Dämpfung des LTC-Bedarfs. Bisher sind die öffentlichen Ausgaben für prophylaktische Maßnahmen im österreichischen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich sehr niedrig. Schaut man sich bestimmte Krankheitsbilder wie Diabetes an, zeigt sich, das Österreich eine sehr hohe Inzidenz an diesen und ähnlichen Krankheiten hat, die zu Pflegebedarf führen können.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass der Pflegebereich einer Baustelle gleicht, in der für die zentralen Entscheidungsträger die Personalfrage von nachrangiger Bedeutung zu sein scheint. Vorherrschend sind kurz- und mittelfristige Finanzierungsfragen des bestehenden Pflegesystems, die jedoch bei der Bewältigung struktureller Probleme zu kurz greifen und andere Probleme überdecken.

2.3 Die Pflegereform in den Niederlanden

Professor Hans Maarse, Universität Maastricht, Fakultät für Gesundheit, Medizin und Sozialwissenschaften; Abteilung für Gesundheitssystemforschung

In den vergangenen Jahren hat sich das Thema Pflege in der niederländischen Gesundheitspolitik zu einem bedeutsamen politischen Schwerpunktthema entwickelt. Die Gründe für die erhöhte Aufmerksamkeit sind dabei die Besorgnis über die künftige, nachhaltige Finanzierbarkeit von Pflege und drohende Engpässe bei den personellen Ressourcen. Eine grundlegende Reform der Langzeitpflege wird daher als notwendig erachtet. Sie hat das Ziel, die wachsenden Ausgaben für die Pflege zu begrenzen und gleichzeitig die Pflegeleistungen zu sichern. Diese Reform wird möglicherweise noch drastischere Auswirkungen als die derzeitige marktorientierte Reform der Krankenversicherung und der Kurativmedizin (Familienmedizin, fachärztliche Versorgung, rezeptpflichtige Arzneimittel etc.) haben (Maarse, 2011). Dieser Artikel bietet einen Überblick über die aktuelle Pflegereform in den Niederlanden mit einem gesonderten Abschnitt über den notwendigen Personalbedarf.

Wir beginnen mit einem kurzen Überblick über die Pflege in den Niederlanden (Mot, 2010). Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Pflege von älteren Menschen und Personen, die aufgrund einer körperlichen und/oder sensorischen Beeinträchtigung oder anderer chronischer Krankheitsbilder Pflegedienstleistungen, andere Versorgungsformen oder persönliche Betreuung in Anspruch nehmen müssen. Es sei jedoch erwähnt, dass sich der Begriff der Pflege nicht eindeutig abgrenzen lässt.

Aufbau und Finanzierung von Pflege

Pflegedienstleistungen werden hauptsächlich von privaten gemeinnützigen Organisationen in speziellen Pflegeheimen und Wohneinrichtungen oder von Organisationen der häuslichen Pflege erbracht. Die Betroffenen können auch personengebundene Budgets beantragen, um die Pflege selbst zu organisieren. Im Jahr 2010 nutzten etwa 3,6 % der niederländischen Bevölkerung häusliche oder institutionelle Pflege in Pflegeheimen oder zu Hause[1] (Niederländisches Gesundheitsministerium, 2010).

[1] Dieser Wert enthält nicht nur ältere Menschen mit somatischen und/oder psychisch-geriatrischen Problemen, sondern auch Personen mit physischen, sensorischen oder mentalen Beeinträchtigungen sowie Personen mit langfristigen psychiatrischen Störungen.

Dieser Wert wird europaweit nur von Österreich, Schweden, Norwegen und der Schweiz übertroffen. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 2,8 % (Colombo et al, 2011).

Die Finanzierung der Pflege erfolgt zum größten Teil aus öffentlichen Mitteln. Im Jahr 2009 wurden lediglich 8 % der Pflegegesamtausgaben in Form von privaten Zuzahlungen geleistet. Der Anteil der Pflegeausgaben am BIP beläuft sich auf 3,5 %. Auch dies ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ein hoher Wert, den nur Schweden mit 3.6 % übertrifft (Colombo et al, 2011).

Die Finanzierung der Pflege stützt sich auf drei unterschiedliche Säulen:

1. Das „Allgemeine Gesetz für besondere Unkosten bei Krankheit“ (AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)

2. Das „Gesetz über die gesellschaftliche Teilhabe“ (WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning)

3. Das System der „Personengebundenen Budgets“ (PGB: persoonsgebonden budget)

Das „Allgemeine Gesetz für Besondere Unkosten bei Krankheit“ (AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) besteht seit 1968. Es kommt für den größten Teil der Pflege auf. Hierbei handelt es sich um ein staatliches, beitragsbasiertes Krankenpflichtversicherungssystem (12,25 % des Einkommens mit einer Bemessungsgrenze von jährlich 3.920 € pro Person), das für Hauspflege, Krankenpflege, Beratung, medizinische Behandlung sowie Krankenhausaufenthalte aufkommt. Diejenigen, die Leistungen in Anspruch nehmen, müssen Zuzahlungen leisten, die von Einkommen, Alter, Familienstand und der Art von Pflege abhängen.

Die monatliche Mindestzuzahlung beträgt 145 €, der Maximalbetrag beträgt 2.097 €. Personen in Pflege- oder Wohnheimen leisten derzeit eine durchschnittliche Zuzahlung von 6.400 € pro Jahr. Jüngste Pläne der Regierung

erwägen eine Berücksichtigung des vorhandenen Vermögens bei der Berechnung der Zuzahlung. Das AWBZ wird von den Krankenversicherungen umgesetzt, die ihre Aktivitäten in regionalen Pflegestellen (zorgkantoren) koordinieren.

Beim „Gesetz über die gesellschaftliche Teilhabe" (WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning), das seit 2007 in Kraft ist, handelt es sich um ein steuerfinanziertes System auf kommunaler Ebene. Es kommt u. a. für Haushaltshilfen auf. Die Gemeinden erhalten steuerfinanzierte Mittel zur Umsetzung des WMO. Vor Einführung des WMO wurden Haushaltshilfen durch das AWBZ abgedeckt. Auch hier müssen Versicherte einkommensabhängige Zuzahlungen leisten.

Das System der „Personengebundenen Budgets" (PGB: persoonsgebonden budget) stellt die dritte Säule der Pflegefinanzierung dar. Diese staatlich finanzierte Unterstützung wurde Mitte der 1990er Jahre eingeführt, um den Versicherten die Möglichkeit zu geben, eine auf sie selbst zugeschnittene Pflege zu organisieren. Die Ausgaben für dieses Instrument sind in den vergangenen zehn Jahren geradezu explodiert. Sie stiegen von 413 Mio. € im Jahr 2002 auf etwa 2.300 Mio. € im Jahr 2010 an. Diese Zahlen bedürfen jedoch einer genaueren Erläuterung. Eine Besonderheit des niederländischen PGB-Systems besteht darin, dass neben älteren Menschen auch viele junge Menschen mit einer Behinderung davon Gebrauch machen. Ein kürzlich veröffentlichter Bericht zeigt, dass der Großteil der Kostenexplosion sich auf die steigende Zahl von jüngeren Menschen zurückführen lässt, die ein personengebundenes Budget beantragen (SCP, 2011a).

Abbildung 1 (siehe S. 56) zeigt den Anstieg der Pflegeausgaben in den Niederlanden für den Zeitraum 2003 bis 2009. Während die Gesamtausgaben um 34,5 % anstiegen, lag der Anstieg bei den Ausgaben für das PGB-Programm bei 186 %.

Anstieg der Pflegeausgaben, 2000 bis 2009 (in Milliarden)

	2003	2005	2007	2009	Total
AWBZ	10,9	11,4	11,4	12,6	15,6 %
WMO	---	---	1,0	1,1	10,0 %
PGB	0,7	0,9	1,3	2,0	185,7 %
Total	11,6	12,3	14,0	15,6	34,5 %

Quelle: CVZ Zorgcijfers Kwartaalbericht – 1. Quartal 2008 and 1. Quartal 2010 für Daten zu AWBZ- und PGB-Ausgaben. SCP (2011b) für Daten zu WMO-Ausgaben.

Abbildung 1

Traditionell lag die Verantwortung für die Ermittlung des Hilfebedarfs von Versicherten unter dem AWBZ bei den Leistungserbringern. Dies änderte sich Mitte der 1990er Jahre, als sich die Regierung stattdessen für ein einheitliches Vorgehen mit Hilfe von allgemeinen und objektiven Kriterien entschied. Die Bedarfsanalyse wurde institutionell von der Seite der Leistungserbringung getrennt und unabhängigen regionalen Begutachtungsstellen übertragen. Die Zentralisierung der Bedarfsanalyse gipfelte im Jahr 2005 in der Schaffung einer staatlichen Stelle für die Feststellung des Pflegebedarfs (CIZ: Centraal Indicatieorgaan Zorg). Die regionalen Stellen wurden der neu geschaffenen Behörde unterstellt. Das CIZ legt die Richtlinien fest, mit deren Hilfe Art und Umfang von Pflegeleistungen festgelegt werden. Allerdings wurde der Pflegebedarf der Versicherten an die regionalen Stellen delegiert und fand häufig lediglich anhand von Telefongesprächen statt. Dieses Vorgehen stand von jeher in der Kritik. In den vergangenen Jahren zeichnet sich ein Trend ab, leistungserbringende Organisationen wieder stärker in die Verantwortung zu nehmen und ihnen die Beurteilung für bestimmte Versicherte zu übertragen. Der Hauptzweck dieser Dezentralisierung liegt in der Entbürokratisierung und darin, die Selbstverantwortlichkeit der Leistungserbringer wieder zu stärken. Die Gemeinden können die Ermittlung des Hilfebedarfs für die WMO-Antragsteller an diese regionalen Stellen abgeben. Sie sind jedoch nicht dazu verpflichtet und können ihre eigenen Bewertungskriterien festlegen.

Wachsender Pflegebedarf

Die demografische Entwicklung wird zu einer wachsenden Nachfrage von Pflegeleistungen führen. Der derzeitige Anteil der über Fünfzigjährigen liegt bei 15,3 %. Diese Zahl wird bis 2015 vermutlich auf 17,5 % ansteigen und bis 2030 auf 23,7 %. Um das Jahr 2050 werden ca. 40 % der über Fünfundsechzigjährigen sogar älter als 80 Jahre sein.

Es gibt viele Diskussionen darüber, was das Altern der Bevölkerung im Hinblick auf den wachsenden Pflegebedarf bedeutet. Nach Angaben des Amtes für Soziale und Kulturelle Planung (SCP) lag der Anstieg der Pflegebeschäftigten im Zeitraum 1995 bis 2005 jährlich bei durchschnittlich 1,8 %. Nach Ansicht des SCP kann diese Zahl jedoch nicht einfach für die Zukunft hochgerechnet werden. Berücksichtigt man Faktoren wie Gesundheit und Bildungsstand, so liegt die Schätzung für den Zeitraum 2010 bis 2030 bei 1,2 % (SCP, 2010).

Unabhängig davon wie die genauen Wachstumszahlen ausfallen: Es steht außer Frage, dass Angebot und Finanzierung von Pflege zunehmend unter Druck geraten werden. Unter Zuhilfenahme eines ‚reinen Alterungsmodells' bezifferte ein aktueller OECD-Bericht das geschätzte jährliche Wachstum der öffentlichen Pflegeausgaben in den Niederlanden für den Zeitraum bis 2050 auf 8,2 %. Bei einem Modell, das ein gesünderes Älterwerden berücksichtigt, reduziert sich diese Zahl auf 7,7 % (Colombo et al, 2011). Es ist also kein Wunder, dass es beträchtliche Vorbehalte bezüglich einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der Pflege gibt.

Die Pflegereform

Die aktuelle Pflegereform setzt sich aus einer Reihe von Programmen und Maßnahmen zusammen. Dieser Abschnitt soll einen kurzen Überblick über die wichtigsten Reformschritte verschaffen, von denen viele noch in der Umsetzungsphase sind.

Mehr Gewicht auf Eigenverantwortung

Solidarität wird der moralische Eckpfeiler der Pflege bleiben. Und doch kann Solidarität ohne Eigenverantwortung nicht bestehen. Die Verfügbarkeit eines breiten Spektrums öffentlich finanzierter Pflegeleistungen hat eine Situation geschaffen, in der sich die Menschen zu sehr auf öffentliche Pflegeeinrichtungen und Hilfen verlassen. Es liegt sicherlich ein wahrer Kern in der Beobachtung von Bettio und Plantenga (2004): „In den Niederlanden (…) gilt die Familie als der „natürliche" Versorger der Kinder, während man vom Staat erwartet, die Rolle des Betreuers für die Alten zu übernehmen" (S. 101). Die Eigenverantwortung sollte daher stärker gefördert werden. Konkret ausgedrückt: Mehr Verantwortung bedeutet mehr private Zuzahlungen für die Pflege und eine stärkere Gewichtung der informellen Pflege.

Ausweitung der Rolle der Gemeinden

Die Einführung des Gesetzes über die gesellschaftliche Teilhabe (WMO) hat die Rolle der lokalen Ebene (Gemeinden) in der Pflege deutlich gestärkt. An erster Stelle ist hier der Übergang der Haushaltshilfe vom AWBZ zu WMO zu nennen. Im Jahr 2013 sollen die Gemeinden auch die Verantwortung über die sozialdienstliche Betreuung erhalten, die derzeit noch vom AWBZ abgedeckt wird. Diese Reformen (sie implizieren, dass ein großer Teil der Pflege aus Steuermitteln finanziert werden wird) fußen auf der Ansicht, dass die Gemeinden am besten in der Lage sind, effiziente, bedarfsgerechte und ganzheitliche Unterstützung für Pflegepatienten zur Verfügung zu stellen. Schließlich sind die Gemeinden bereits jetzt für verschiedene ähnlich gelagerte Bereiche zuständig, u. a. für die Unterbringung, Wohlfahrtsprogramme und die kommunale Planung. Da die Gemeinden am besten über die lokalen Gegebenheiten informiert sind, geht man davon aus, dass sie Pflegeleistungen am effizientesten erbringen werden. Die Ausweitung der Rolle der Gemeinden geht mit deutlichen Ausgabenkürzungen einher, die vom Gesundheitsministerium politisch als ‚Effizienzabschläge' vermarktet werden. Die Verantwortlichkeit der Gemeinden bedeutet jedoch nicht, dass sie Pflegeleistungen auch selbst zu erbringen hätten. Vielmehr setzen die meisten Gemeinden auf Ausschreibungsverfahren, um Anbieter von häuslichen Pflegedienstleistungen unter Vertrag zu nehmen.

Reformen beim Zugang

Die Leistungen des AWBZ wurden durch strengere Anspruchsvoraussetzungen zu einem gewissen Teil reduziert. Eine kürzlich angekündigte Maßnahme sieht vor, dass die Versicherten in Pflegeeinrichtungen Miete für die Unterkunft und Lebenshaltungskosten bezahlen sollen. Unter der derzeitigen Regelung kommt das AWBZ für sämtliche im Pflegeheim anfallenden Kosten auf, die Versicherten leisten lediglich Zuzahlungen. Der Übergang von häuslichen Pflegeleistungen vom AWBZ zu WMO bzw. die Ausweitung der Rolle der Gemeinden hat möglicherweise auch weit reichende Konsequenzen im Hinblick auf den Zugang zu Pflegeleistungen.

Da das AWBZ in Wahrheit eine Krankenversicherung ist, haben Versicherte ein Recht auf Pflegeleistungen, wenn ein Anspruch festgestellt wurde. Dies gilt jedoch nicht für das WMO. Im Gegensatz zum AWBZ sind die Leistungen aus dem WMO nicht unbegrenzt. Die Gemeinden sind rechtlich lediglich verpflichtet, für Kosten und Unterstützung in dem Umfang aufzukommen, der es den Versicherten ermöglicht, ein eigenständiges Leben zu führen und am sozialen Leben teilzuhaben. Es liegt jedoch in hohem Maße im Ermessen der Gemeinden, wie sie dieses so genannte Kompensationsprinzip erfüllen. So können sie frei über die Höhe des Budgets für WMO-Aktivitäten entscheiden und sind nicht verpflichtet, weitere Mittel zur Verfügung zu stellen, wenn das Budget erschöpft ist. Auch können sie mit einbeziehen, in welchem Maße Familienmitglieder und/oder das weitere soziale Umfeld des Antragstellers für die Pflege sorgen können. Sie können zudem eine Art Bedürftigkeitsprüfung einführen, um die Höhe und Art der Unterstützung zu bestimmen.

Mit anderen Worten bedeutet dies, dass die Antragsteller eine größere Eigenverantwortung übernehmen sollten. Je nach den lokal angewendeten Kriterien gestaltet sich das WMO bestenfalls als eine Art ‚Sicherheitsnetz' oder ‚letzter Ausweg'.

Teilweise Abschaffung des personengebundenen Budgets

Wie bereits erwähnt, sind die Kosten für personengebundene Budgets seit dem Jahr 2000 explodiert. Diese Kostenexplosion ist das Ergebnis verschiedener

Faktoren, zu denen sowohl unklare Richtlinien als auch die großzügige Ausstattung der persönlichen Budgets gehören. Eine aktuelle OECD-Studie (Colombo et al, 2011) fand heraus, dass das durchschnittliche jährliche personengebundene Budget zwischen 15.000 und 18.000 € beträgt – bedeutend mehr als in den angrenzenden Ländern (Deutschland 2.700 bis 8.220 €, Frankreich 6.360 bis 14.820 €, Belgien 925 bis 6.210 €). Diese Möglichkeit haben viele neue, vornehmlich junge Versicherte genutzt. Lag die Zahl der Budget-Nutzer 1998 noch bei 13.000, so waren es 2008 bereits 148.000. Eine aktuelle Studie kam zu dem Schluss, dass rund zwei Drittel der Budget-Nutzer sich aufgrund der Einrichtung der personenbezogenen Budgets für die Pflege entschieden hatten. An Pflegesachleistungen waren sie nicht interessiert (SCP, 2011). Besorgnis erregen Gerüchte über Betrug und die so genannte „Vergeldlichung" der informellen Pflege: Personen, die einst unentgeltlich informelle Pflege leisteten, erhalten nun Geld für ihre Hilfe. Im Sommer 2011 verkündete der Staatssekretär für Gesundheit, dass nur diejenigen Versicherten die Option eines personengebundenen Budgets behalten, die einen Anspruch auf Pflege in einem Pflegeheim haben (etwa 10 % der derzeitig Anspruchsberechtigten). Machen sie von dieser Option Gebrauch, so können sie Pflegeleistungen nur von Personen oder Organisationen erhalten, die einen Vertrag mit der regionalen, für die Umsetzung des AWBZ zuständigen Pflegestelle (zorgkantor), geschlossen haben. Versicherte, die kein Recht mehr auf ein personengebundenes Budget haben, erhalten Pflegesachleistungen von beauftragten Dienstleistungsanbietern.

Die für 2013 geplante teilweise Abschaffung der personengebundenen Budgets ist aus verschiedenen Gründen höchst umstritten. Sie nimmt den Versicherten nicht nur die Eigenständigkeit und schmälert deren Eigenverantwortung, sondern kann auch zu Qualitätseinbußen in der Pflege führen. Schließlich können Dienstleistungsanbieter häufig nicht die maßgeschneiderten Pflegeangebote anbieten, die der Versicherte nachfragt. Auch gibt es ernste Zweifel an den ca. 600 Mio. € Einsparungen, die diese Maßnahme bringen soll. Gilt es doch zu berücksichtigen, dass Pflegesachleistungen schätzungsweise ein Viertel teurer sind als die von Budget-Inhabern erworbenen Leistungen. Anlass zum Zweifel gibt auch, dass die zuständige Staatssekretärin – beim Versuch ihre Pläne durchzusetzen – bereits einigen Ausnahmen zugestimmt hat, während unklar ist, wie diese sich später auswirken.

Die vorhergesagten Einsparungen basieren auf der Annahme, dass ein großer Teil der potentiellen Budget-Inhaber keine Pflegesachleistungen beantragen wird.

Leistungsabhängige Bezahlung

Ein weiteres Reformvorhaben ist die Einführung einer leistungsabhängigen Bezahlung zur Finanzierung der institutionellen Langzeitpflege mit Hilfe von Pflegestufen-Paketen. Das Budget, das ein Dienstleister je Versichertem erhält, hängt von Art und Umfang des Leistungspakets ab. Es gibt acht Pflegepakete, nebst zwei weiteren Paketen für bestimmte Zielgruppen. Der Höchsttarif für jedes Paket wird von der niederländischen Gesundheitsbehörde (Nza) festgelegt. Das neue Finanzierungssystem hat weit reichende Bedeutung für die Beziehung zwischen Leistungserbringern und Versicherten. Denn es hat die Funktion eines Vertrages zwischen Versicherten und Leistungserbringern, mit gegenseitigen Rechten und Pflichten. Die Einführung des neuen Finanzierungssystems setzt dem Modell eines Gesamtbudgets für Pflegeheime und für die häusliche Pflege nun endgültig ein Ende.

Ausweitung der Rolle der Krankenversicherer

Auch die Rolle der Krankenversicherer wird sich grundlegend wandeln. Zum heutigen Zeitpunkt stützen sich die Versicherer bei der Durchführung des AWBZ auf ein Repräsentationsmodell. Der Kern des Modells besteht darin, dass ein Versicherer – für gewöhnlich der regionale Marktführer – mit der Durchführung des AWBZ in einer der 32 Regionen betraut wird – und zwar im Namen aller Versicherer. Die Hauptaufgabe des verantwortlichen Versicherers (bzw. Pflegestelle; zorgkantoor) besteht darin, Verträge mit Leistungserbringern zu schließen und die Versicherten zu informieren. Sie sind aber nicht an der Ermittlung des Hilfebedarfs beteiligt. Das Repräsentationsmodell läuft 2013 aus, so dass die Krankenversicherer fortan selbst für die Durchführung des AWBZ für die eigenen Versicherten zuständig sein werden. Dadurch wird die Rolle der Versicherer bei der Pflege ausgeweitet. Dieser Prozess hat bereits mit der Übertragung verschiedener Leistungen des AWBZ-Leistungspakets auf das Leistungspaket des neuen Krankenversicherungsgesetzes (ZVW: Zorgverzekeringswet) begonnen. Künftig geht man von einer noch engeren Verflechtung von AWBZ und ZVW aus, jedoch ist dies ein

überaus komplizierter Prozess, da grundlegende strukturelle Anpassungen beim Risikoausgleich notwendig sind.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass die Langzeitpflege in den Niederlanden derzeit verschiedenen Reformen unterzogen wird. Der weitere Verlauf sowie die Auswirkungen dieser Reformen lassen sich schwer voraussagen. Allerdings liegt es auf der Hand, dass private Zuzahlungen zur Finanzierung der Pflege künftig deutlich ansteigen und die Rufe nach mehr Eigenverantwortung in der Pflege lauter werden. Die Einbeziehung von Privatvermögen bei der Berechnung der Zuzahlung weist ebenfalls in diese Richtung. Zudem gibt es Stimmen, die sich dafür einsetzen, dass die Menschen für ihr ‚Lebensalter' ansparen. Allerdings sind dies politisch schwierige Botschaften, deren Akzeptanz einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Die Politiker sind sich der Tatsache durchaus bewusst, dass eine älter werdende Gesellschaft auch eine älter werdende Wählerschaft bedeutet.

Die politische Sensibilität der Reform wurde nach dem Sturz der Regierung (Kabinett- Rutte) im April 2012 deutlich. Die darauffolgende Übereinkunft der bestehenden Koalition zusammen mit drei vorherigen Oppositionsparteien, das öffentliche Haushaltsdefizit auf 3% zu beschränken, beinhaltete diverse Maßnahmen, die die Pflegereform betrafen. Die sichtbarste Maßnahme war die weitergehende Widerrufung der teilweisen Abschaffung des personengebundenen Budgets.

Personelle Ressourcen
Zwischen 1970 und 2008 stieg die Zahl der Erwerbstätigen in den Pflegeberufen um 170 %. Diese Zahlen zeigen, dass das Gesundheitswesen als eine kraftvolle ‚Job-Maschine' fungiert (siehe Abbildung 2). Der Zuwachs an Arbeitskräften im Gesundheitswesen wird für den Zeitraum 2007 bis 2030 auf 300.000 Stellen (1,4 % jährlicher Zuwachs) geschätzt.

Die Entwicklung der Arbeitskräftezahl, die durch den wachsenden Bedarf in der Pflege vorangetrieben wird, ist äußerst besorgniserregend. Umso mehr, da die Gesamtanzahl der Arbeitskräfte jährlich voraussichtlich um 0,2 % zurückgehen wird. Die im vorherigen Abschnitt diskutierten Reformen zielen

Anstieg der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen 1979–2008				
Anteil Gesamtzahl Arbeitskräfte				
Jahr	**Stellenzahl (x 1000)**	**Männer**	**Frauen**	**Gesamt**
1970	320	---	---	6,5 %
1980	470	---	---	9,1 %
1990	531	3,5	30,9	9,6 %
2000	677	4,0	35,0	10,4 %
2008	866	4,6	37,2	12,7 %

Quelle: Luijben & Kommer (2010).

Abbildung 2

allesamt auf eine Reduzierung des aus öffentlichen Mitteln bezahlten Pflegebedarfs ab. Andere Instrumente um die Arbeitskräfteproblematik einzudämmen, sind Vorsorgeprogramme, Programme zur Unterstützung von Menschen, die informelle Pflege leisten und die Einführung von eHealth in der Langzeitpflege. Auch intelligente ICT und soziale Medien sollen es potentiellen Pflegebedürftigen ermöglichen, länger ihre Eigenständigkeit zu erhalten und die Produktivität in der Pflege steigern. Zudem soll die Bürokratie ‚verschlankt' werden, um eine Produktivitätssteigerung zu erreichen. Allerdings ist dies aufgrund der stetig steigenden Zahl von Qualitätsrichtlinien keine einfache Angelegenheit.

Gerade nach Unfällen werden Forderungen nach mehr Regelungen und einer strengeren Aufsicht laut. Die aktuelle Regierung hat versprochen, in 12.000 neue Jobs in der institutionellen Pflege zu investieren. Dies ist ein Teil der politischen Übereinkunft zwischen Koalitionsparteien und der populistischen PVV (Partij voor de Vrijheid), die die Regierung im Parlament unterstützt. Die Anzahl der tatsächlich realisierten Stellen bleibt jedoch noch fraglich. Ein weiteres Instrument ist es, der Abwanderung von Beschäftigten im Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten. Dieser ‚Investition in Fachkräfte' stehen jedoch überbordende Bürokratie, ständige Umstrukturierungen, Ausschreibungswettbewerbe und die niedrigen Gehälter gegenüber, die sich schädlich

auf das berufliche Selbstwertgefühl vieler Beschäftigter im Gesundheitswesen ausgewirkt haben. Eine Strategie, mit dem Ziel, berufliches Selbstbewusstsein zu verbessern, wäre, diesen Beschäftigten Verantwortung bei der Bedarfsanalyse und der Reduzierung der Bürokratie zu übertragen. Wie bereits erwähnt, ist dies allerdings keine leichte Aufgabe (Gesundheitsministerium, 2011).

Ausblick

Es stellt eine große Herausforderung in der Pflegepolitik dar, Beschäftigungszahlen zu garantieren, die groß genug sind, um den wachsenden Bedarf an Langzeitpflege zu decken. Es zeichnet sich ein bedrohliches Ungleichgewicht zwischen Nachfrage und tatsächlichem Angebot ab, das weit reichende Auswirkungen auf Verfügbarkeit und Qualität der Pflege haben kann. Es gibt jedoch auch Entwicklungen, die das Problem ein wenig abmildern könnten. Dazu gehört z. B. der kleiner werdende Unterschied bei der Lebenserwartung von Männern und Frauen. Diese Differenz verringerte sich von 6,7 Jahren im Jahr 1972 auf 3,6 Jahre im Jahr 2010. Steigt die Lebenserwartung der Männer, so können diese auch länger für ihre Ehepartner sorgen. Außerdem liegt nahe, dass ältere Menschen nach dem Tod des Partners für eine kürzere Zeit allein lebend sind. Diese beiden Faktoren können den Bedarf an Langzeitpflege verringern (Polder et al, 2008). Eine weitere Option bietet die Einwanderung – wenngleich diese Möglichkeit in der politischen Landschaft höchst kontrovers diskutiert wird. Zudem könnte der Arbeitskräftemangel gesunde ältere Menschen darin bestärken, sich in der informellen Pflege zu engagieren.

Letztlich ist das Potential für informelle Pflege überaus groß. Wie dieses Potenzial allerdings mobilisiert werden kann und welche Arten neuer Gemeinschaften daraus entstehen, ist eine faszinierende Frage, über die man derzeit nur spekulieren kann.

Schwierige Probleme haben stets den Verstand des Menschen angefacht und seine Fähigkeit, sich anzupassen und nach neuen Lösungen zu suchen, gestärkt. Wir sollten daher, ohne die möglichen Probleme hinsichtlich der Arbeitskräfte im Bereich der Pflege außer Acht zu lassen, auch betonen, dass einfache lineare Projektionen durchaus irreführend sein könnten.

Literatur

Bettio F, Plantenga J (2004). Comparing Care Regimes in Europe. Feminist Economics 10(1), 85-113.

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

Luijben A, Kommer G (eds) (2010). Tijd en Toekomst. Deelrapport van de VTV 2010 'Van Gezond naar Beter'. Bilthoven: RIVM.

Maarse H (2011). Dutch Health Care at the Crossroads. www.healthcarecostmonitor.thehas tingscenter.org

Ministry of Health (2010). Langdurige Zorg: Rapport Brede Heroverwegingen. The Hague.

Ministry of Health (2011). Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in Professionals. October 11, 2011.

Mot E (2010). The Dutch System of Long-Term Care. The Hague: CPB Document, no. 294.

Polder J, Wong A, Schols J (2008). Toename Levensverwachting Remt Kosten Gezondheidszorg. Economisch-Statistische Berichten, 93(45398), 422-425.

SCP (2010). Zorgen vor Zorg. The Hague.

SCP (2011a). De Opmars van het PGB. The Hague.

SCP (2011b). SCP (2011). Definitief Advies over het WMO-budget huishoudelijke Hulp voor 2011. Den Haag 2011.

3 Podiumsdiskussion

Schrittweise Anpassung – Möglichkeiten einer nachhaltigen Fachkräftesicherung in der Pflege

Zusammenfassung

Sind die Probleme des Fachkräftemangels in der Pflege nicht längst bekannt? Welche politischen Initiativen gibt es, die darauf abzielen, den Fachkräftebedarf in der Pflege langfristig zu sichern?

Nach dem Blick über die Staatsgrenzen galt die Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am GVG-Euroforum der von Frau Prof. Dr. Susanne Tiemann moderierten Podiumsdiskussion. Im Austausch mit den Referatsleitern aus den verantwortlichen Ministerien, Jörg Rudolph, Bundesministerium für Gesundheit, und Andreas Henkes, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, sowie Christian Zahn, dem Vorsitzenden des Verbandes der Ersatzkassen e.V., ging sie folgenden Fragen nach: Welche Anpassung an den steigenden Fachkräftebedarf ist bereits politisch nachvollzogen und auf den Weg gebracht? Und welche weiteren Fortschritte sind zu erwarten?

Die folgende Zusammenfassung lässt die Argumentationslinien der Diskussionsteilnehmer(innen) komprimiert nachvollziehen.

Jörg Rudolph, Referatsleiter für Grundsatzfragen der Pflegeversicherung im Bundesministerium für Gesundheit

Der Referatsleiter des maßgeblich verantwortlichen Ministeriums wies auf bereits erreichte Erfolge bei der Gewinnung von Fachkräften hin. Gleichzeitig forderte er eine Ausbildungsvereinheitlichung, um die Durchlässigkeit zwischen den pflegenden Berufen zu verbessern.

„Nimmt man einen Zeitvergleich vor, so ist eine erfreuliche Entwicklung festzustellen: Während 1999 noch 624.000 „Vollzeitäquivalente“ in Pflegeeinrichtungen gezählt werden konnten, stieg diese Zahl im Jahr 2009 auf

809.000 an. Zudem ist zu konstatieren, dass sich in den vergangenen Jahren eine konstante Anzahl von Ausbildungsanfängern für einen Pflegeberuf entschieden hat.

Ein verengter Blick, der sich lediglich auf die Rekrutierung von Fachpersonal konzentriert, ist unangebracht. In einer umfassenderen Betrachtung des Fachkräftebedarfs sind auch die Themen ‚notwendige Qualifikationen' und ‚Möglichkeiten einer künftigen Versorgungsstruktur' zu berücksichtigen. Die Gestaltungsmöglichkeiten häuslicher und wohnortnaher Versorgung oder die Bedeutung neuer Wohnformen haben direkte Auswirkungen auf die notwendige Anzahl professionellen Pflegepersonals – und auf den Qualifikationsbedarf.

Die Politik ist für diese Fragen sensibilisiert, was unter anderem auch an einer Ausbildungs-Offensive ablesbar ist, die gemeinsam mit dem BMFSJ, dem BMAS, den Ländern und Einrichtungsträgern vorangetrieben wird. Das Ziel ist, eine verbesserte Durchlässigkeit der Qualifikationen in der Pflege zu erreichen.

Allerdings differieren Kranken- und Altenpflegeberufsbilder nicht nur in ihren Traditionen (medizinische vs. sozialfürsorgliche Ausrichtung), vielmehr liegen den Berufen auch unterschiedliche Finanzierungssysteme zu Grunde. Gerade diese Finanzierungsfrage vereinfacht allerdings die laufende Diskussion in der Bund-, Länder-Arbeitsgruppe nicht."

Andreas Henkes, Referatsleiter für Bildungs- und Beschäftigungssystem, Förderung der beruflichen Bildung und Arbeitsmarktfragen besonderer Personengruppen im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Andreas Henkes konnte auf eine deutliche Steigerung der Anzahl von Ausbildungsanfängerinnen und Ausbildungsanfängern in den Pflegeberufen hinweisen. Gleichzeitig verwies er auf das Ziel der Bundesregierung, die bisherigen Anreize für legale Beschäftigungen in den (Pflege-)Haushalten zu überprüfen und fortzuentwickeln.

„Die Steigerung der Anzahl von Ausbildungsanfänger(inne)n in den Altenpflegeberufen ist erfreulich: 2009/2010 entschieden sich ca. 19.500 Ausbildungsanfänger(innen) für einen Altenpflegeberuf; im Folgejahr 2010/2011 waren es über 23.000 und damit ein Spitzenwert. Die Steigerung ist dabei maßgeblich auf Altenpflege-Umschulungen zurückzuführen, welche die Bundesagentur für Arbeit fördert. Wenngleich aber die Anzahl an Ausbildungen und Umschulungen bereits ein hohes Niveau erreicht hat, so gilt dennoch: Die jährlich um ca. 50.000 Personen wachsende Anzahl an Pflegebedürftigen und der damit verbundene wachsende Fachkräftebedarf erfordern eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege, zu der Bund, Länder und Verbände bereits Gespräche aufgenommen haben.

Eine Attraktivitätssteigerung des Berufes kann für eine zukünftige Bedarfsdeckung ein wichtiger Baustein sein. Auch vor dem Hintergrund, dass im europäischen Kontext der eigenständige Altenpflegeberuf nahezu unbekannt ist, sollen in Kürze Eckpunkte zur Zusammenführung der Pflegeberufe vorgestellt werden. Die derzeitige Diskussion der Anerkennungs-Richtlinie in der EU überlagert allerdings diese Debatte. Schließlich sieht der Entwurf der Kommission vor, dass künftig für die Ausbildung in einem Pflegeberuf zwölf Schuljahre notwendig wären. Eine Position, die Bundesregierung und Länder zurückweisen.

Geht man von einem stetig steigenden Pflegebedarf aus, so gilt es nicht nur die Ausbildungsanstrengungen weiter zu erhöhen, sondern auch die Unterstützung für pflegende Angehörige zu verbessern. Vor diesem Hintergrund wären auch die Bedingungen für eine weitere Erschließung legaler Beschäftigung zur (Pflege-)Haushaltsunterstützung zu diskutieren.

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Fachkräftesicherungskonzept vom Juni 2011 dafür ausgesprochen, Handlungsoptionen für eine Verbesserung bei den haushaltsnahen und die Familien unterstützenden Leistungen zu prüfen. Eine über die schon erreichten Verbesserungen bei der steuerlichen Absetzbarkeit haushaltsnaher Dienstleistungen hinausgehende Absetzbarkeit dürfte vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen allerdings nicht einfach zu erreichen sein.“

Christian Zahn, Verbandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) e.V.

Die gegenwärtige Ausbildungs- und Fachkräftedebatte reflektierend, forderte Christian Zahn eine breit angelegte politische und gesellschaftliche Diskussion über die Bedingungen einer nachhaltigen Finanzierung der Pflege. Als Vertreter der Kostenträger in der Diskussion plädierte er für eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Frage, was uns menschenwürdiges Altern wert sei.

„Den Zahlen aus den Ministerien ist entgegenzuhalten, dass seit 2003 die Anzahl der Ausbildungsplätze in der Pflege eher rückläufig ist. Dies ist beispielsweise darauf zurückzuführen, dass ausbildende Pflegeeinrichtungen ohne wirksame Ausgleichsmechanismen Wettbewerbsnachteile zu befürchten haben. Allerdings wird derzeit lediglich in zwei Bundesländern die Möglichkeit genutzt, mit Hilfe einer Umlagefinanzierung diese Nachteile auszugleichen. Hinzu kommt, dass in einigen Bundesländern sogar Schulgeld für eine Ausbildung in der Altenpflege gezahlt werden muss.

Zudem ist der dargestellte positive Trend in der Entwicklung der Ausbildungszahlen bislang maßgeblich auf das Konjunkturprogramm der Bundesagentur für Arbeit zurückzuführen, das vielen Umschüler(inne)n den Einstieg in die Altenpflegeberufe ebnete. Allerdings ist diese Umschulungsförderung 2010 ausgelaufen. Nicht zuletzt darf bei einer vollständigen Problembeschreibung der Hinweis nicht fehlen, dass eine zunehmende Enttarifierung, ja gar eine Prekarisierung der Pflegeberufe festzustellen ist.

Der Bedarf an Fachkräften und die dafür notwendige Finanzierung sollte deshalb verstärkt unter dem folgenden Gesichtspunkt diskutiert werden: Wie menschenwürdig sollen Menschen im Alter leben können? Und was ist ‚das' der Gesellschaft wert?

Hier gilt es auch für die Parteien klarer Position zu beziehen. Nur so kann die Bevölkerung souverän über die Voraussetzungen der Pflege entscheiden.

In einer solchen Debatte wird zu berücksichtigen sein, dass eine nachhaltige Verbesserung der Pflege nicht kostenneutral zu erreichen ist. Unter den gegebenen Bedingungen und mit Blick in die Zukunft wäre Kostenneutralität gleichbedeutend mit einer Verschlechterung der Qualität. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Zukunftsaussichten des Pflegepersonals sind kostenneutral nicht möglich. Und eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe wäre nicht erreichbar.

Sicher ist schon jetzt, dass die Anwerbung billigerer Arbeitskräfte aus dem Ausland keine Lösung für diese Herausforderungen sein kann. Auch kann es nicht gelingen, mit den derzeitigen steuerlichen Anreizen die Inanspruchnahme von (Pflege-)Haushaltshilfen so zu forcieren, dass die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen spürbar entlastet würde. Ein Blick in die Versichertenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung macht dies deutlich: 65 % der Beitragszahler(innen) erhalten Bruttogehälter, die unter 2.000 € liegen. Mit einem durchschnittlichen Bruttoeinkommen von 1.700 € können Beitragszahler(innen) in der gesetzlichen Krankenkasse nur geringfügig von steuerlichen Entlastungen profitieren, die für den Einsatz von Haushaltshilfen vorgesehen sind.

Für die Mehrzahl der Beitragszahler(innen) gilt es deshalb Lösungen zu finden, welche die pflegenden Angehörigen wirksamer entlasten. Hier sollte der Bedarf an Pflegeersatz, Urlaub und Gesundheitsmanagement in den Blick genommen werden. Allerdings gilt: Auch wenn durch Vernetzung und durch kreative Ansätze eine gewisse Entlastung pflegender Angehöriger möglich ist: Für eine qualitativ hochwertige Pflege ist eine Stärkung der ambulanten Strukturen unausweichlich.

4 Schriftenreihe der GVG – Band 70 bis 40

Mit der Schriftenreihe der GVG steht den verantwortlichen Akteuren, die sich in der GVG zusammengeschlossen haben, eine kontinuierliche Plattform der Information und des Austauschs zur Verfügung. In den letzten Jahren sind zahlreiche Kongressdokumentationen, konzeptionelle Entwürfe, Stellungnahmen und Überblicke zu systemrelevanten Fragen entstanden und konnten in der Schriftenreihe einer breiten Öffentlichkeit präsentiert werden. So wurden Erkenntnisse und Positionen in Entscheidungsprozesse eingespeist und konnten zur Akzeptanzbildung beitragen. Wissen transparent und zugänglich zu halten ist eine Schlüsselaufgabe der GVG.

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Long-Term Care – Der Bedarf an Fachkräften in der Pflege im internationalen Vergleich. Teil II. Dokumentation des GVG-Euroforums in Berlin am 20. Oktober 2011. Köln: GVG 2012. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 70].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Umgang mit dem Fachkräftemangel in der Pflege. Teil I, Deutschland. Köln: GVG 2011. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 69].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2010. Telematik bringt Mehrwert. Dokumentation zum nationalen Telematikkongress, Hannover 2010. Köln: GVG 2011. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 68].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Gesundheitsinformationen in Deutschland. Eine Übersicht zu Anforderungen, Angeboten und Herausforderungen. Köln: GVG 2011. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 67].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Die medizinische Rehabilitation. Ein Überblick. Köln: GVG 2010. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 66].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Soziale Sicherung in einer globalisierten Wirtschaft. Pläydoyer für eine bedarfsgerechte internationale Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialbereich. Köln: GVG 2010. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 65].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich. Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung. Bonn: nanos 2010. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 64].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2008. Telematik kommt an. Dokumentation zum nationalen Telematikkongress, Kiel 2008. Bonn: nanos 2009. [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 63].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Die elektronische Gesundheitskarte im Praxistest: Berichte und Stellungnahmen. Bonn: nanos 2009 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 62].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Der medizinisch-technische Fortschritt zwischen Gesundheitschancen und Kosteneffekten. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 61].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialen Sicherung. Formen, Aufgaben, Entwicklungsperspektiven. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 60].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Alterssicherung in Europa. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 59].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2007. Experts' Special Interest Sessions. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 58].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2007. Infrastructure and Health Services. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 57].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth Conference 2007. Policies and Strategies for eHealth across Borders. Proceedings of the High-level eHealth Conference, Berlin 2007. Bonn: nanos 2008 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 56].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Gesundheitsziele im Föderalismus – Programme der Länder und des Bundes. Bonn: nanos 2007 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 55].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Soziale Sicherung in China. Ein Überblick über die soziale Sicherung sowie die chinesisch-deutsche Zusammenarbeit. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 54].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt – Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien – Analyse und Vergleich. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 53].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth 2005. Telematics in Health Care. Health Cards in Europe – The Mobile Patient. Proceedings of the International Section of the National and International Congress, Munich 2005. Berlin: Aka 2006 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 52].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth 2005. Telematik im Gesundheitswesen. Elektronische Gesundheitskarte: Kernelement sektorenübergreifender IT-Anwendungen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress, München 2005. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der GVG Bd. 51].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Telematik im Gesundheitswesen, Perspektiven und Entwicklungsstand. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 50].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): gesundheitsziele.de. Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Berlin: Aka 2005 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 49].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit den neuen Mitgliedsstaaten der EU. GVG-Euroforum 2004. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 48].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Integrierte Rehabilitation. Dokumentation der GVG-Konferenz vom 10./11. November 2003 in Berlin. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 47].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth 2003. Telematics in Health Care. Networked Health Care II. National Strategies. European Convergence. Proceedings of the International Section of the National and International Congress, Dresden 2003. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 46].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): eHealth 2003. Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress. Dresden 2003. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG Bd. 45].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Offene Methode der Koordinierung im Gesundheitswesen. Berlin: Aka 2004 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 44].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Cyprus, Malta, Turkey. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 43].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Bulgaria, Hungary, Romania, Slovenia. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 42].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Czech Republic, Slovak Republic, Poland. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 41].

- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (Hg.): Social Protection in the Candidate Countries. Country Studies Estonia, Latvia, Lithuania. Berlin: Aka 2003 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 40].

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung (GVG) e.V.
Hansaring 43
D-50670 Köln

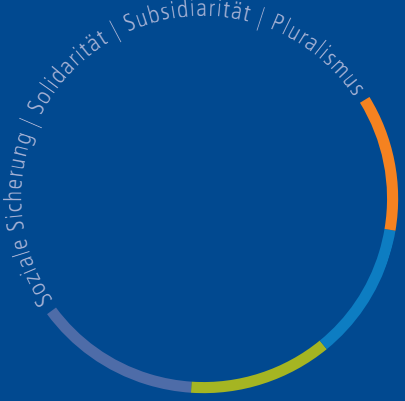
info@gvg.org
www.gvg.org

Tel.: +49(0)221 91 28 67-0
Fax: +49(0)221 91 28 67-6

Nach aktuellen Berechnungen steigt in der EU die Zahl der über 60 jährigen Menschen jedes Jahr um über 2 Millionen. Es ist dabei hoch erfreulich, dass eine heute 65-jährige EU-Bürgerin durchschnittlich noch 21 Jahre leben wird (Männer ca. 17 Jahre). Allerdings ist die gestiegene Lebenserwartung auch mit einem Anstieg des Pflegebedarfs verknüpft.

Während Band 69 der GVG-Schriftenreihe den steigenden Pflegefachkräftebedarf für die Bundesrepublik Deutschland dokumentierte, nimmt der nun vorliegende Band eine international vergleichende Perspektive ein. Entstanden als Tagungsdokumentation des 13. Euroforums der GVG, ermöglicht die Publikation eine Einschätzung inwieweit andere Industrienationen auf einen wachsenden Personalbedarf in der Langzeitpflege vorbereitet sind.

Der Blick über die Landesgrenzen soll dabei kein Selbstzweck sein. Vielmehr kann gerade die Kenntnis der pflegepolitischen Ansätze unserer Nachbarländer auch der bundesdeutschen Diskussion wertvolle Anregungen geben. Schließlich gilt es in allen sich demographisch wandelnden Gesellschaften die Frage zu beantworten: Wie kann es langfristig gelingen, professionelle Pflegekapazitäten zu gewinnen und/oder die häusliche Pflege zu stärken?



ISBN 978-3-939260-05-9