

Ein europäischer Überblick:

Zugangsregelungen stationäre Langzeitversorgung

Im Zuge des 7. Rahmenprogramms (FP7) werden derzeit mehrere umfangreiche europäische Studien zur Langzeitpflege von der Europäischen Kommission gefördert. Das Institut für Höhere Studien – IHS ist österreichischer Partner im Rahmen des Projektes ANCIEN - Assessing Needs of Care in European Nations und hat eine umfangreiche Datensammlung über Charakteristika der Langzeitpflege in europäischen Ländern durchgeführt. Erste Ergebnisse von ANCIEN liegen u. a. in Form von Länderberichten über die Systeme in den teilnehmenden 21 Ländern und einer länderübergreifenden Typologie europäischer Systeme der Langzeitversorgung vor. Nach einem europäischen Überblick über Selbstbehaltungsregelungen im Bereich der Langzeitpflege in Heft 46 greift der vorliegende Aufsatz einen weiteren Aspekt der im Rahmen von ANCIEN gesammelten System-Charakteristika heraus.

Im Zuge des Projekts wurde ein in Österreich bekannter Trend in der Organisation der Langzeitpflege auch auf internationaler Ebene klar bestätigt: Die Bevorzugung ambulanter vor stationären Pflegesettings. Diese sogenannte Ambulantisierung der Pflege kann auf zwei Gründe zurückgeführt werden:

- 1) Die zunehmenden Ausgaben für Pflege veranlassten viele Länder, die Pflege vom „teureren“ stationären Setting in das „günstigere“ ambulante Setting zu verlagern;
- 2) Eine Pflege „in den eigenen vier Wänden“ entspricht meist weit mehr den Wünschen und Bedürfnissen der zu pflegenden Personen als eine Pflege im Pflegeheim. Ein solcher Trend zur Ambulantisierung ist in allen westeuropäischen Ländern zu beob-

achten. Besonders augenscheinlich wird der Trend in den skandinavischen Ländern, deren Langzeitpflegesysteme sich traditionell durch einen hohen Grad an formeller Pflege auszeichnen, und hier am deutlichsten in Dänemark. Bis zum Beginn der 80er Jahre konzentrierte sich in Dänemark die Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Personen auf stationäre Alten- und Pflegeheime, was mit entsprechend hohen öffentlichen Ausgaben einherging. Mitte der 80er Jahre wurde ein Umdenkprozess mit dem Ziel der Intensivierung der ambulanten Pflege in Gang gesetzt. Dieser resultierte 1987 in einem gesetzlichen Verbot für die Errichtung neuer Alten- und Pflegeheime. Infolgedessen reduzierte sich die Anzahl der Personen in Pflegeheimen von 1987-2006 um zwei Drittel.

Ein zweiter deutlich erkennbarer Trend in der Langzeitpflege sind sich verschlechternde Voraussetzungen für informelle Pflege, welche vor allem auf gesellschaftlichen Veränderungen fußen: sinkende Kinderzahlen, steigende Erwerbsquoten von Frauen, steigende Scheidungsraten und Veränderungen der Familien- und Haushaltsstrukturen, vor allem ein Trend zur Singularisierung der Haushalte. Die sinkenden Möglichkeiten innerfamiliärer Pflege und Betreuung in Zusammenspiel mit einer bezogen auf die Anzahl alter und potentiell pflegebedürftiger Menschen ebenfalls sinkenden Verfügbarkeit stationärer Pflegeplätze wirft die Frage auf, wie die Zuteilung des knappen Guts „Heimplatz“ in anderen Ländern geregelt wird.

Die WHO beschreibt in ihren Key Policy Issues in Long-Term Care die zwei wesentlichsten Fragen für Zugangsregelungen:

- 1) Ist der Zugang einkommens- und/oder vermögensabhängig gestaltet?

- 2) Besteht ein Rechtsanspruch auf Leistungen?

Die konkrete Ausgestaltung der Zugangsregeln spiegelt gleichzeitig die Zielsetzung der entsprechenden Pflegesysteme wider. Die staatliche Unterstützung kann sich beispielsweise ausschließlich auf einkommensschwache Personen beziehen, oder eben nicht. Im ersteren Fall werden Pflegesysteme den prinzipiellen Leistungszugang einkommens- und/oder vermögensabhängig gestalten. Pflegesysteme, die per se keine Einkommensgruppe vom Leistungsbezug ausschließen möchten, aber primär auf eine Unterstützung von Personen mit geringem und mittlerem Einkommen abzielen, werden nicht den prinzipiellen Leistungszugang sondern die Höhe der privaten Zuzahlungen am Einkommen und/oder Vermögen orientieren (vgl. hierzu in Heft 46 Selbstbehaltungsregelungen im Bereich der Langzeitpflege).

Die Existenz eines Rechtsanspruchs auf (stationäre) Pflegeleistungen ist ein zweites Kriterium für die grundsätzliche Ausrichtung eines Pflegesystems. Ein solcher gewährt jeder pflegebedürftigen Person, die die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, Zugang zu Leistungen und soll Risiken, die mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehen, abdecken. Ein Rechtsanspruch schützt zwar die pflegebedürftigen Personen vor staatlichen Leistungstreihungen, stellt aber gleichzeitig die öffentlichen Budgets vor größere Herausforderungen. Dementsprechend ist die Verschärfung von Anspruchsvoraussetzungen international ein beliebtes Instrument, um Leistungspflichten des Staates einzuschränken.

Eine Analyse der Zugangsregelungen in 21 europäischen Ländern zeichnet hinsicht-

päische Länder ihren KlientInnen generell weniger Rechtssicherheit in Bezug auf stationäre Pflegeleistungen bieten, konnte nicht bestätigt werden.

Ein weiterer Aspekt der Regelung des Zugangs zu stationärer Langzeitpflege ist die Frage, ob und was für ein Assessment der Pflegebedürftigkeit vorgesehen ist. 19 der 21 Länder bedienen sich dieses Instruments der Zugangsregelung. Nur in Estland, der Tschechischen Republik und auch Österreich gibt es kein verpflichtendes Assessment vor der Aufnahme in ein Alten- oder Pflegeheim. Um eine objektive Bedarfsfeststellung zu gewährleisten, setzt die Mehrzahl der untersuchten Länder auf bindende Richtlinien. Das Assessment an sich wird in den einzelnen Ländern von unterschiedlichen Berufsgruppen des Pflegewesens durchgeführt. In Belgien, beispielsweise, sind hierfür höherqualifizierte Pflegekräfte verantwortlich. In Bulgarien, Dänemark und der Slowakei erfolgt das

stationären Pflege vorausgesetzt wird. In Österreich ist es derzeit in einigen Bundesländern gängige Praxis, pflegebedürftige Personen erst ab Pflegestufe 3 (OÖ, W) oder 4 (KTN, NÖ, VBG) in Pflegeheime aufzunehmen. Insofern erfolgt eine implizite Bedarfsfeststellung über die Pflegestufen.

Wie dringend ein effizienter Zugangsmechanismus gebraucht wird, um die vorhandenen Kapazitäten möglichst sinnvoll zu nutzen, wird durch die bereits jetzt oft bestehenden Wartezeiten auf Heimplätze deutlich, die aus der Mehrzahl der betrachteten 21 Länder berichtet werden. Über die Länge der Wartezeiten liegen zwar kaum Informationen vor, in einigen Ländern bestehen aber große regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Plätzen. In Schweden beispielsweise beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf einen Platz 57 Tage. Das erscheint auf den ersten Blick nicht allzu dramatisch, jedoch kommt es in manchen Gemeinden zu keinen Wartezeiten und in anderen Gemeinden wiederum zu Wartezeiten von bis zu 170 Tagen.

lich der beiden Dimensionen folgendes Bild: 13 der 21 Länder sehen keine einkommens- und/oder vermögensabhängige Zugangsbeschränkung zu Alten- und Pflegeheimen vor, und gleichzeitig besteht in diesen Ländern auch ein Rechtsanspruch auf stationäre Langzeitpflege. Für KlientInnen stellt diese Konstellation im Prinzip das Optimum

Tabelle: Zugangsregelungen zu stationärer Langzeitpflege

Zugangsregelungen zu stationärer Langzeitpflege (LP)			
		Besteht ein Recht auf stationäre Langzeitpflege?	
		Ja	Nein
		Italien, Lettland, Litauen, Polen, Spanien	England
Ist der Zugang einkommens- bzw. vermögensabhängig?	ja	Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Niederlande, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn	Österreich, Rumänien
	nein		

Quelle: IHS HealthEcon 2011

dar, wenn auch die konkreten Regelungen auf unterschiedlich großzügige Lösungen hinauslaufen können. Italien, Lettland, Litauen, Polen und Spanien bieten ebenfalls einen Rechtsanspruch auf stationäre Pflegeleistungen, jedoch knüpft der Zugang an die Einkommens- und/oder Vermögensverhältnisse der KlientInnen an. Einzig in drei Ländern, darunter auch Österreich, gibt es keinen Rechtsanspruch auf stationäre Langzeitpflege. Die Vermutung, dass osteuro-

Assessment durch ÄrztInnen, in England mittels SozialarbeiterInnen. Frankreich setzt bei der Bedarfsermittlung von stationärer Langzeitpflege auf ein multidisziplinäres Team bestehend aus ÄrztInnen, Pflegekräften und SozialarbeiterInnen. In Deutschland erfolgt die Bedarfsfeststellung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Bei Pflegebedürftigen von Pflegestufe III ist die Bedarfsüberprüfung nicht erforderlich, da hier die Notwendigkeit der vollsta-

In Dänemark existieren nicht zuletzt aufgrund der starken Forcierung der Ambulantisierung der Pflege mitunter sehr lange Wartezeiten auf Alten- oder Pflegeheimplätze. Um dieser Problematik entgegenzuwirken wurden zwei Maßnahmen ergriffen: 1) Verbleiben PatientInnen länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus, weil aufgrund fehlender Kapazitäten kein Pflegeheimplatz verfügbar ist, hat die Gemeinde die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. 2) Mit 1. Jänner 2009 wurde eine Heimplatzgarantie eingeführt. In dieser wurde festgelegt, dass die Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz maximal zwei Monate betragen darf. In Deutschland existieren keine Wartezeiten auf Alten- und Pflegeheimplätze, was auf das Prinzip der Wettbewerbsneutralität und Marktöffnung in der deutschen Pflegeversicherung zurückzuführen ist. Dieses Credo sieht keine angebotssteuernden Instrumente vor, was Überkapazitäten mit sich bringt. Im Jahr 2007 waren die Alten- und Pflegeheime durchschnittlich zu 88 Prozent ausgelastet.

Monika Riedel

Senior Researcher am Institut für Höhere Studien (IHS), E-Mail: riedel@ihs.ac.at

Markus Kraus

Researcher am Institut für Höhere Studien (IHS), E-Mail: kraus@ihs.ac.at