

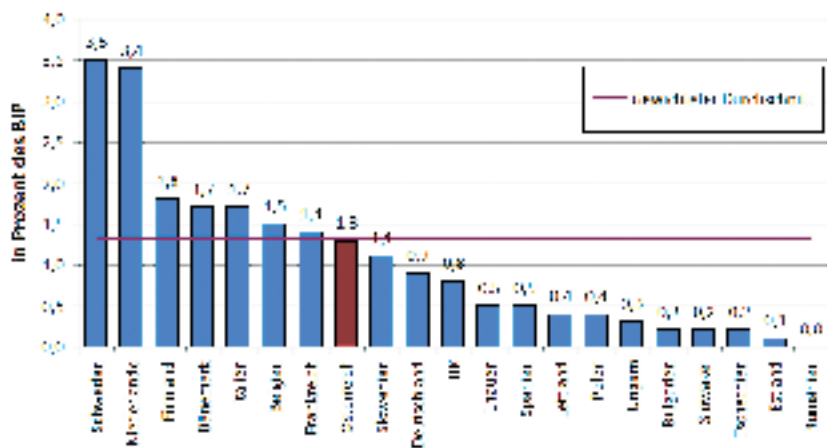
Selbstbehalte Langzeitpflege

Ein europäischer Überblick

Im Zuge des 7. Rahmenprogramms (FP7) hat die Europäische Kommission drei umfangreiche europäische Studien in Auftrag gegeben, welche unterschiedliche Aspekte der Langzeitpflege beleuchten und ergänzend zu einander strukturiert sind: Interlinks konzentriert sich auf die Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Pflege-sektor, Shelter soll Datentools zur Verbesserung von Bedarfsschätzungen und Ländervergleichen entwickeln, und ANCIEN hat stärker epidemiologische und ökonomische Schwerpunkte.

Die Zielsetzungen von ANCIEN – Assessing Needs of Care in European Nations¹ sind die Erstellung eines Überblicks der Pflegesysteme in Europa, die Abschätzung der aktuellen und zukünftigen Zahlen von älteren pflegebedürftigen Personen in ausgewählten Ländern und die Entwicklung einer Methodologie für die umfassende Analyse des Pflegebedarfs und des Pflegeangebots in den Ländern Europas, wobei auch die Rolle von Technologie, Politik und Qualität der Pflege umfasst werden. Das Institut für Höhere Studien – IHS ist österreichischer Partner im Rahmen des Projektes ANCIEN und hat eine umfangreiche Datensammlung über Charakteristika der Langzeitpflege in europäischen Ländern durchgeführt. Die Arbeit an den Studien wurde Anfang 2009 aufgenommen. Erste Ergebnisse von ANCIEN liegen in Form von Länderberichten über die Systeme in den teilnehmenden 21 Ländern bereits vor²; die Veröffentlichung der ersten länderübergreifenden Berichte ist für die Jahresmitte 2010 geplant. Der vorliegende Aufsatz greift einen Aspekt der im Rahmen von ANCIEN gesammelten System-Charakteristika heraus. Bezogen auf die Inanspruchnahme von Medikamenten, ärztlichen Leistungen oder sogar Krankenhausbehand-

Öffentliche Ausgaben für Langzeitpflege 2007



Quelle: Europäische Kommission

lungen gibt es international viele Untersuchungen, welche Art und Umfang implementierter Selbstbehalte beschreiben und die Reaktion der beteiligten Akteure auf die Existenz dieser Kostenbeteiligung abzuschätzen versuchen. Im Bereich der Langzeitpflege fehlen derartige Untersuchungen weitgehend. Dies ist umso erstaunlicher, da Selbstbehalte in diesem Bereich mindestens ebenso weit verbreitet sind wie in der Akutversorgung.

Im Zuge des Projektes wurde mit Hilfe nationaler ExpertInnen erhoben, welche Formen von privaten Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von Langzeitpflege existieren. Hierbei wurde nach drei Settings der Pflege unterschieden: stationäre Pflege, mobile Hauskrankenpflege und mobile Heimhilfe. Allen der 21 abgedeckten europäischen Ländern ist gemein, dass für die Unterbringung in Pflegeheimen eine Zuzahlung durch die pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen verlangt wird. Welche Form und Höhe diese Zuzahlung annimmt, oder worauf sie sich bezieht, darin bestehen große Unterschiede, wie die folgenden Beispiele zeigen: Häufig wird eine Zuzahlung für die sogenannten Hotelkosten verlangt, beispielsweise

in Deutschland, wo sie beträchtlich variieren und 2007 durchschnittlich rund 580 Euro pro Monat betragen. Zusätzlich verrechnen manche Bundesländer den HeimbewohnerInnen die Investitions- und Modernisierungskosten, was für dasselbe Jahr auf durchschnittlich 347 Euro geschätzt wurde. Auch in Polen sind die Kosten für Kost und Logis von PflegeheimbewohnerInnen privat zu tragen, die Höhe dieser Zuzahlung wird mit dem 2,5fachen der Mindestpension veranschlagt, darf aber 70 Prozent des tatsächlichen Monatseinkommens nicht überschreiten.

In England besteht eine Vermögensgrenze von derzeit rund 27.000 Pfund. Überschreitet das Vermögen diesen Betrag, besteht kein Anspruch auf Kostenzuschüsse durch die lokalen Behörden, bei niedrigerem Vermögen wird ein einkommensabhängiger Beitrag verlangt. Die Kosten für die eigentlichen Pflegeleistungen werden jedoch zur Gänze durch den nationalen Gesundheitsdienst NHS (National Health Service) übernommen. In den Niederlanden kommt als Kostenbeteiligung für HeimbewohnerInnen je nach individueller Situation einer von zwei Prozentsätzen zur Anwendung: Der niedrige Satz wird in den ersten 6 Monaten des Heimaufenthaltes sowie in einer Reihe von Spezial-

fällen (zum Beispiel wenn der Partner des Pflegeheimbewohners noch im privaten Umfeld wohnt) angewendet. In diesem Fall müssen die PflegeheimbewohnerInnen je nach Einkommen monatlich zwischen 141,20 Euro und 741,20 Euro zuzahlen. Ansonst kommt der höhere Satz mit einer monatlichen Zuzahlung von 1.838,60 Euro zur Anwendung. Auch dieser Betrag reduziert sich unter besonderen Umständen.

Noch bunter ist das Bild der Zuzahlungen im Bereich der mobilen Pflege. Immerhin drei Länder, Deutschland, Dänemark und Lettland, verzichten gänzlich auf Zuzahlungen für mobile Langzeitbetreuung, sei sie Hauskrankenpflege oder Heimhilfe. In allen anderen betrachteten Ländern werden in der Regel Selbstbehalte fällig, wenn Heimhilfe beansprucht wird, und in jedem zweiten Land außerdem auch bei der Inanspruchnahme von Hauskrankenpflege.

In den Niederlanden beträgt die Zuzahlung pro Stunde Hauskrankenpflege 12,60 Euro, es besteht aber eine monatliche Obergrenze, welche nicht nur vom Einkommen, sondern auch von dem Alter und der Zahl der Haushaltsmitglieder abhängt. Die Zuzahlung für Heimhilfe ist ähnlich strukturiert, kann aber durch die lokalen Behörden innerhalb gewisser Regeln abgewandelt werden. Beispielsweise kann die Zuzahlung auf den Marktpreis für Heimhilfe gesetzt werden, sodass die öffentliche Finanzierung hierfür de facto erst ab Erreichen des individuellen monatlichen Maximalbetrags einsetzt. In Polen hängt die Zuzahlung für mobile Langzeitbetreuung von der Höhe des durchschnittlichen Einkommens pro Haushaltsmitglied ab: Übersteigt dieses Einkommen einen festgesetzten Betrag (in etwa 10 Prozent des Durchschnittslohns), wird eine anteilige Zuzahlung fällig. Unter dieser

Schwelle können Leistungen kostenfrei bezogen werden.

Ähnlich ist die Zuzahlungslogik in Frankreich: die wichtigste Sozialleistung zur Finanzierung mobiler Pflege und Betreuung, APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), wird ab einer Einkommensgrenze (2008: 677 Euro) in zunehmendem Ausmaß und um bis zu 80 Prozent reduziert.

Im Gesundheitsbereich ist es üblich, dass Zuzahlungen entweder die Form eines festen Selbstbehaltes (wie die österreichische Rezeptgebühr) oder die Form einer proportionalen Selbstbeteiligung (wie beispielsweise die 20prozentige Zuzahlung auf Arztleistungen für Versicherte der bundesweiten Krankenkassen in Österreich) annehmen. Diese Unterscheidung ist im Bereich der Langzeitpflege jedoch wenig aussagekräftig; hier ist ein markanterer Unterschied zwischen den Ländern, ob die Einkommenssituation der gepflegten oder betreuten Person als Anknüpfungspunkt für die Höhe der Zuzahlung herangezogen wird. Dies ist in 12 Ländern der Fall bei stationärer Pflege, und in 10 Ländern bei Heimhilfe. Zuzahlungen für Hauskrankenpflege knüpfen in nur zwei Ländern, nämlich Finnland und den Niederlanden, an die Einkommensverhältnisse an.

Über die Höhe der privaten Zuzahlungen zu den Kosten der Pflege, liegen kaum Informationen vor und wenn, sind sie für einen internationalen Vergleich weder ausreichend einheitlich erhoben noch abgegrenzt. Es liegt daher nahe, Schlüsse über die Höhe aus den öffentlichen Ausgaben für Pflege zu ziehen. Dies ist umso sinnvoller, wenn ein Bild über die Gesamtausgaben der Pflege gewonnen werden soll, das sowohl monetäre Ausgaben für formelle Pflege abdeckt, als auch nicht-monetäre Ausgaben in Form von informeller (meist familiärer) Pflege. Die Politik setzt Selbstbehalte im wesentlichen aus zwei Gründen ein: um die Bevölkerung an den Kosten der (öffentlich zur Verfügung

gestellten oder zumindest öffentlich finanzierten) Leistung zu beteiligen und/oder in der Hoffnung, dadurch die Treffsicherheit bei der Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen zu erhöhen.

Der Vergleich der öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege lässt vermuten, dass insbesondere ärmere europäische Länder Selbstbehalte vor allem zum Zweck der Ko-Finanzierung einsetzen. Auch für Österreich liegen keine offiziellen Angaben über die privaten Ausgaben für Langzeitpflege vor. Statistik Austria beziffert die Gesamtausgaben für Langzeitpflege 2008 mit 3,7 Milliarden Euro. Dies entspricht 1,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts und damit dem gleichen Wert, den die Europäische Kommission als öffentliche Ausgaben für Langzeitpflege in Österreich ausweist. Eine Arbeitsgruppe der Wirtschaftsuniversität Wien ging bereits 2003 davon aus, dass der Wert der informell geleisteten Pflege pro Jahr mit zwei bis drei Milliarden Euro zu beziffern ist. Angesichts des inzwischen weiter gestiegenen Anteils der älteren und auch pflegebedürftigen Bevölkerung dürfte dieser Wert inzwischen ebenfalls gestiegen sein.

Monika Riedel & Markus Kraus

Researcher am Institut für Höhere Studien (IHS)

E-Mail: riedel@ihs.ac.at, kraus@ihs.ac.at

¹ Das Projekt wird gefördert vom österreichischen Wissenschaftsministerium sowie der Europäischen Kommission im 7. Rahmenvertrag (FP7 Health-2007-3.2.2, Grant Nr 223483).

Zum ANCIEN-Projekt siehe www.ancien-longtermcare.eu

² Der österreichische Länderbericht existiert derzeit ausschließlich in englischer Sprache und ist kostenfrei downloadbar unter: http://ihs.ac.at/publications/eco/recent_publications/ANCIEN_Country%20report_Austria.pdf

In welchen Bereichen mobiler Langzeitpflege bestehen Selbstbehalte?			
		Mobile Hauskrankenpflege	
		Ja	Nein
Mobile Heimhilfe	Ja	Bulgarien, Estland, Finnland, Litauen, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden, Tschechien	Belgien, England, Frankreich, Italien, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Ungarn
	Nein		Dänemark, Deutschland, Lettland

Quelle: eigene Erhebung