

Die zunehmende Alterung der Gesellschaft ist ein Thema, das nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Industriestaaten von großer Bedeutung ist. In den letzten Jahrzehnten stieg der Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung im Durchschnitt aller OECD-Länder aufgrund einer erhöhten Lebenserwartung sowie rückläufiger Geburtenraten stark an. Diese Entwicklung wird sich voraussichtlich in den kommenden Jahrzehnten fortsetzen. Besonders hoch wird der Anstieg des Anteils der Über-80-Jährigen an der Bevölkerung sein. Abbildung 1 stellt den für das Jahr 2050 prognostizierten Anteil der Über-80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung dem Anteil im Jahr 2010 gegenüber.

Abbildung 1 zeigt, dass sich der Anteil der Bevölkerung über 80 im Jahr 2050 im Vergleich zu 2010 in vielen Ländern (z.B. in Italien, Griechenland und dem Vereinigten Königreich) mehr als verdoppeln wird. In manchen Ländern (beispielsweise in Südkorea, Neuseeland und Polen) wird sich der Prozentsatz sogar mehr als verdreifachen. Für Deutschland wird prognostiziert, dass sich der Anteil von 5% im Jahr 2010 auf 15% im Jahr 2050 verdreifachen wird. Diese demographische Entwicklung stellt die Pflegesysteme vor große Herausforderungen. Natürlich hat ein steigender Anteil der Über-80-Jährigen an der Bevölkerung nicht notwendigerweise eine zusätzliche Belastung der Pflegesysteme zur Folge, da der Bedarf an Pflegeleistungen vom Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung abhängig ist. Nichtsdestotrotz wird selbst in einem optimistischen Prognoseszenario – dem sogenannten »Kosteneindämmungsszenario« – davon ausgegangen, dass der Anteil der Ausgaben für Pflege am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Zukunft ansteigen wird. Der Artikel gibt einen Überblick über unterschiedliche Regulierungen im Bereich der Pflege in den OECD-Ländern und beleuchtet die Umsetzung verschiedener Reformen zur Qualitätsverbesserung in der Pflege.

Abbildung 2 veranschaulicht die für das Jahr 2060 prognostizierten Ausgaben für Pflege in Prozent des BIP. In Deutschland werden im Jahr 2060 die Pflegeausgaben als Anteil am BIP fast doppelt so hoch sein, wie dies im Durchschnitt der Jahre 2006 bis 2010 der Fall war (1,6% im Vergleich zu 0,9%). In manchen Ländern (z.B. in der Türkei, in Mexiko und in der Slowakei) ist der vorhergesagte Anstieg sogar noch viel drastischer. Es ist offensichtlich, dass der Kostenanstieg, der durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft entsteht, beträchtlich hoch ist, selbst wenn die Prognoseszenarien auf optimistischen Annahmen beruhen.

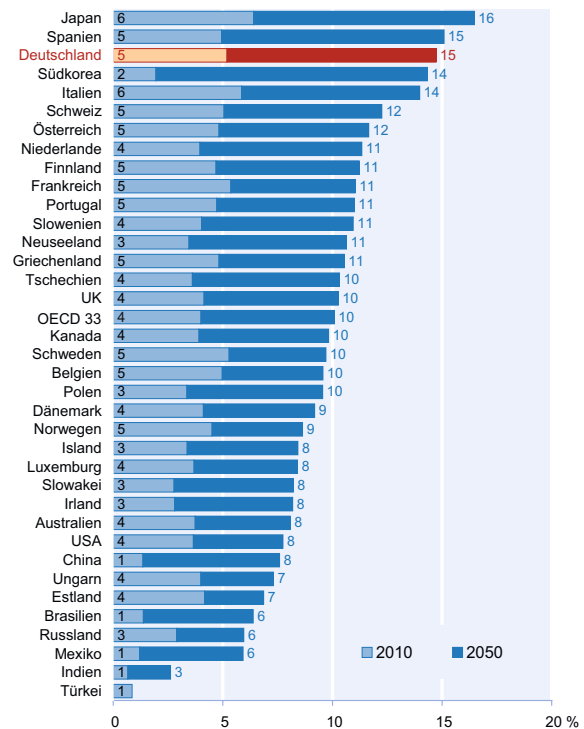
Regulierung der Pflegesysteme

Angesichts des wachsenden Bedarfs an Pflegeleistungen in den kommenden Jahrzehnten, der mit deutlich höheren

* Dieser Artikel basiert auf dem Database-Beitrag »Improving Quality in Long-term Care« im CESifo DICE Report 3/2014.

Abb. 1

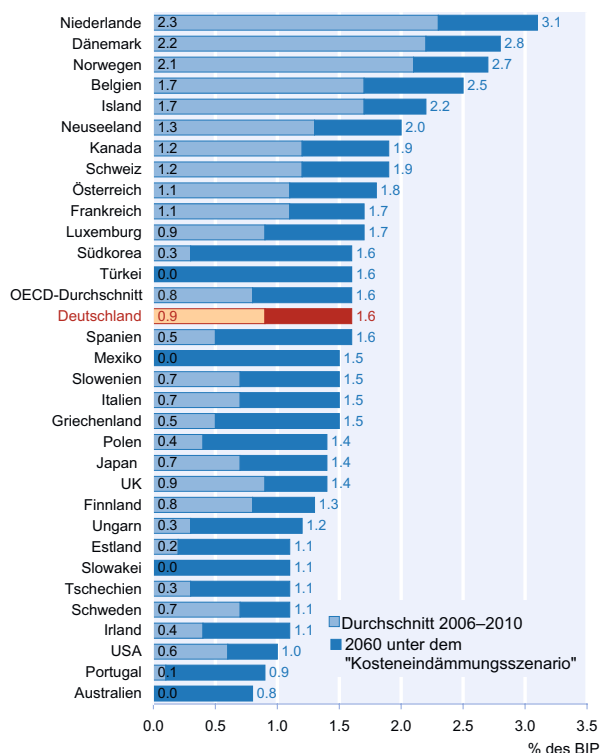
Anteil der Über-80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in den Jahren 2010 und 2050



Quelle: OECD (2013).

Abb. 2

Prognose der Pflegeausgaben in Prozent des BIP für das Jahr 2060



Quelle: De la Maisonneuve und Martins (2013).

Kosten als in der Vergangenheit einhergehen wird, gewinnt die Verbesserung der Qualität von Pflegeleistungen zunehmend an Bedeutung (vgl. OECD und European Commission 2013). In Deutschland soll durch die Einführung von zwei Pflegestärkungsgesetzen eine deutliche Qualitäts- und Leistungsverbesserung in der Pflege erreicht werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014). Durch das erste Pflegestärkungsgesetz, das am 1. Januar 2015 in Kraft tritt, sollen Leistungen für Pflegebedürftige ausgeweitet sowie die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht werden. Noch in dieser Legislaturperiode soll ein zweites Pflegestärkungsgesetz verabschiedet werden, wodurch ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden sollen.

Zur Sicherstellung eines bestimmten Qualitätsniveaus von Pflegeleistungen werden Pflegesysteme reguliert. Die Grundsätze der Regulierung werden in allen OECD-Staaten durch die jeweilige Zentralregierung festgelegt. Die drei Hauptziele der Regulierung bestehen darin, Verbesserungen in der Qualität der Pflege zu erreichen, bedürftige Menschen über Pflegeleistungen zu informieren und Regulierungsbehörden Informationen bereitzustellen, damit diese Lücken im System identifizieren können. In vielen Ländern sind dezentrale Behörden für die Umsetzung der Qualitätskontrollen zuständig.¹

Die Regulierung von Pflegesystemen ist von Land zu Land unterschiedlich. Generell müssen Pflegeeinrichtungen in fast allen OECD-Ländern registriert sein. Die Registrierung ist an die Erfüllung gewisser Mindestanforderungen geknüpft. Zusätzlich verlangen mehr als zwei Drittel aller OECD-Staaten weitere Qualitätsstandards für Pflegeeinrichtungen. Diese Art von Regulierung wird mit dem Begriff »Akkreditierung« bezeichnet. Der wesentliche Aspekt einer Akkreditierung liegt in einem Evaluierungsprozess, der sowohl eine interne als auch eine externe Begutachtung beinhaltet. Im Zuge des internen Begutachtungsprozesses dokumentieren Anbieter von Pflegeleistungen sowie Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen, und im Zuge des externen Begutachtungsprozesses beurteilt eine Regierungsbehörde die Leistungen von Anbietern und Einrichtungen. In vielen Ländern (z.B. in Deutschland, Frankreich und Spanien) ist eine Akkreditierung Voraussetzung, um öffentliche Gelder zu erhalten.²

In den OECD-Ländern gibt es einige gemeinsame Qualitätsstandards. Einer davon ist ein Mindestverhältnis von Pflegekräften zu pflegebedürftigen Personen. Dieses Verhältnis kann als Anhaltspunkt für die Sicherheit und Mobilität von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen betrachtet werden. Es

werden auch Anforderungen an die Wohnumgebung gestellt, um Unfälle zu vermeiden. Abgesehen von den Maßnahmen, die ergriffen werden müssen, um die Sicherheit und Mobilität der Bewohner sicherzustellen, wurden in einigen Ländern in letzter Zeit weitere Aspekte berücksichtigt. So wurden beispielsweise in den Niederlanden, im Vereinigten Königreich und in den USA die Lebensqualität der Bewohner sowie die Achtung ihrer Würde mit berücksichtigt, während in Irland und in den USA individualisierte Pflege sowie Meldesysteme bei Beschwerden zur Liste von Qualitätsstandards hinzugefügt wurden. Im Allgemeinen wird häusliche Pflege durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste schwächer reguliert als die Pflege in Einrichtungen. Allerdings gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern. In den Niederlanden wird beispielsweise jede Form von häuslicher Pflege schwächer reguliert als die Pflege in Einrichtungen. In Spanien hingegen ist eine Akkreditierung für jeden (ambulanten) Anbieter von Pflegeleistungen verpflichtend, was höhere Anforderungen bedeutet. Der allgemeine Zweck der Regulierung von häuslicher Pflege liegt darin sicherzustellen, dass die Wohnumgebung an die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen angepasst ist.

Kontrolle von Pflegeeinrichtungen und Anreizsysteme für Anbieter von Pflegeleistungen

Um sicherzustellen, dass die Anforderungen in Bezug auf die Qualitätsstandards im Pflegesystem erfüllt werden, werden Kontrollen durchgeführt. Diese beinhalten sowohl die Überprüfung von Unterlagen als auch der Einrichtungen vor Ort. In einigen Ländern sind Befragungen von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen, deren Familienangehörigen sowie des dortigen Personals vorgeschrieben. Die Fragen betreffen verschiedene Aspekte – von der Struktur der Einrichtung und der Zufriedenheit der Bewohner bis hin zur Gewährleistung der Rechte der Bewohner. In vielen Ländern finden die Kontrollen jährlich statt (so in Deutschland, Luxemburg und Portugal), aber es gibt auch Länder, in denen sie in größeren Abständen von bis zu fünf bis sieben Jahren (dies ist in Frankreich der Fall) durchgeführt werden. In Finnland und Schweden werden Kontrollen nicht in einem festen Rhythmus durchgeführt, sondern auf Anfrage nach Beschwerden. In vielen Ländern begutachtet ein Team (in den USA ist z.B. ein interdisziplinäres Team von Experten beteiligt); in anderen Ländern eine einzelne Person (in Spanien). Normalerweise ist eine zugelassene Akkreditierungsbehörde für die Ausbildung der Kontrolleure zuständig.

Ein weiterer Aspekt, der im Zusammenhang mit einer Qualitätsverbesserung von Pflegeleistungen berücksichtigt werden sollte, ist das Anreizsystem für Anbieter von Pflegeleistungen. Eine Maßnahme, Anbieter dazu zu bringen, das Qualitätsniveau zu erhöhen, liegt in der Veröffentlichung relevanter Informationen. Die damit verfolgten Ziele bestehen

¹ Für einen Überblick über die Gesetzgebung hinsichtlich der Sicherstellung der Qualität in der Pflege vgl. DICE Database (2014c) www.ifo.de/w/3BwDgiN6b.

² Vgl. DICE Database (2014a) www.ifo.de/w/GrDVuXsy für einen Überblick über die Regulierung von Anbietern von Pflegeleistungen.

darin, die Transparenz zu erhöhen und pflegebedürftigen Personen Informationen bereitzustellen. Bei den Anforderungen an die Veröffentlichung gibt es Unterschiede zwischen den Ländern: In Deutschland, den USA und den Niederlanden ist die Veröffentlichung von Informationen verpflichtend; in anderen Ländern (in Finnland und Spanien) werden die Informationen hingegen auf freiwilliger Basis der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Die Häufigkeit der Veröffentlichungen reicht von wenigen Monaten (in den USA) bis zu einem Jahr (in Deutschland und Japan). Die bereitgestellten Informationen beinhalten Aspekte wie allgemeine Verwaltungsinformationen und Kontrollergebnisse. Generell geht der Trend dazu, Informationen über die Fokussierung auf die Bedürfnisse der Bewohner von Pflegeeinrichtungen (z.B. die Essensauswahl und Aktivitäten innerhalb der Einrichtung) sowie die Effektivität der Einrichtung (beispielsweise die Anzahl an Stürzen) zu veröffentlichen; anstatt lediglich über die Personalsituation und die Wohnumgebung zu berichten (z.B. über die Anzahl der Betten und die angebotenen Dienstleistungen). Eine andere Möglichkeit, Anbieter dazu zu bewegen, die Qualität ihrer Leistungen zu erhöhen, besteht darin, leistungsabhängige Vergütungssysteme einzuführen. Diese Systeme verbinden oftmals die Veröffentlichung von Informationen mit finanziellen Anreizen und fördern den Wettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, die Qualität zu verbessern. Bisher wurden solche Systeme lediglich in wenigen Ländern eingeführt, und es gibt auch noch keine systematische Bewertung der verschiedenen Systeme. Laut OECD und European Commission (2013) legen erste Erkenntnisse nahe, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen leistungsabhängigen Vergütungssystemen und Qualitätsverbesserungen gibt. Jedoch könnte es positive »Nebeneffekte« geben: Da mehr Informationen an die Öffentlichkeit gelangen, könnten die Anreize für Anbieter steigen, das Qualitätsniveau zu erhöhen. Ein Beispiel für solch ein System ist das Anreizprogramm in Südkorea, unter dem die Leistung jedes Anbieters von Pflegeleistungen bewertet wird und die besten 10% eine zusätzliche Vergütung erhalten. Ähnliche Anreizsysteme gibt es auch in den USA und Japan.³

Anforderungen an das Pflegepersonal

Ein Faktor, der die Qualität der Pflege entscheidend beeinflusst, ist das Pflegepersonal. Innerhalb der OECD-Länder gibt es große Unterschiede hinsichtlich der Anforderungen an die Ausbildung des Personals in Pflegeeinrichtungen. In den USA beispielsweise haben anerkannte Pflegekräfte eine Ausbildung von insgesamt 75 Stunden absolviert, während in Japan drei Jahre Erfahrung notwendig sind, um einen vergleichbaren Abschluss zu bekommen.⁴ In letzter

Zeit wurden in einigen Ländern die Anforderungen an das Pflegepersonal in Einrichtungen erhöht. In Schweden wurde beispielsweise ein Ausbildungsprogramm für Pflegekräfte ohne formale Qualifikation eingeführt, und in Spanien muss jede Pflegekraft bis 2015 einen anerkannten Berufsabschluss erwerben. Ein Aspekt, der auch in vielen Ausbildungsprogrammen mit berücksichtigt wird, ist die Pflege von Demenzkranken. So ist beispielsweise in den USA nach der Einführung der Gesundheitsreform im Jahr 2010 eine spezielle Ausbildung für die Pflege demenzkranker Bewohner von Pflegeeinrichtungen verpflichtend geworden. In Irland können Pflegekräfte, die mit demenzkranken Patienten arbeiten, an speziellen Ausbildungsprogrammen teilnehmen. Die Qualifikationsanforderungen an das Personal in der häuslichen Pflege sind häufig geringer als diejenigen an das Personal in Pflegeeinrichtungen. In Österreich beispielsweise benötigen Pflegekräfte, die in Einrichtungen arbeiten, eine Ausbildung von 1 600 Stunden, während Pflegekräfte, die in der häuslichen Pflege tätig sind, nur eine Ausbildung von 400 Stunden brauchen. Allgemein fehlt Pflegekräften in der häuslichen Pflege oft die entsprechende Ausbildung. Da allerdings immer mehr Betroffene zu Hause gepflegt werden möchten, wird es laut OECD und European Commission (2013) notwendig werden, in der häuslichen Pflege höhere Qualitätsstandards einzuführen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Qualifizierung von Pflegekräften nach ihrer Einstellung. Nur in wenigen Ländern ist Weiterbildung für Pflegekräfte verpflichtend; in den USA z.B. ist eine Weiterbildung von zwölf Stunden pro Jahr vorgeschrieben. Generell wird oft viel intensiver darauf geachtet, dass Pflegekräfte die Einstellungs Voraussetzungen erfüllen (also beispielsweise keine Vorbestrafung vorliegt), als nach ihrer Einstellung auf ihre Kontrolle geachtet wird. In vielen OECD-Ländern gibt es keine Methode, um zu überprüfen, ob eine Pflegekraft nach ihrer Einstellung einen Fehler begeht. Somit spielt die Kontrolle des Personals nach der Einstellung bei der Verbesserung der Qualität von Pflegeleistungen eine entscheidende Rolle.

Schlussbemerkungen

Abschließend kann festgehalten werden, dass in den letzten Jahren in einigen Ländern bereits Maßnahmen ergriffen wurden, um die Qualität in der Pflege zu erhöhen. Angesichts der zunehmenden Bedeutung des Themas Pflege in den kommenden Jahrzehnten wird diese Thematik auch zukünftig nicht nur in Deutschland im Zentrum des politischen Interesses stehen.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2014), »Pflegestärkungsgesetze«, online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze.html>, aufgerufen am 26. September 2014.

³ Einen Überblick über verschiedene Anreizsysteme gibt die DICE Database (2014b) www.ifo.de/w/3tTNDYBZw.

⁴ Für einen Überblick über die unterschiedlichen Anforderungen an das Pflegepersonal vgl. DICE Database (2014d) www.ifo.de/w/nSynxQW9.

de la Maisonneuve, C. und J.O. Martins (2013), »A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures«, OECD Economics Department Working Papers no. 1048, OECD, Paris.

DICE Database (2014a), »Accreditation, Registration and Certification of Long-Term Care Providers, 2009–2012«, ifo Institut, München, online verfügbar unter: www.ifo.de/w/GrDVuXsy.

DICE Database (2014b), »Incentive Schemes for Long-Term Care Providers, 2012«, ifo Institut, München, online verfügbar unter: www.ifo.de/w/3tTNDYBZw.

DICE Database (2014c), »Legislation Concerning Long-Term Care Quality, Responsible Bodies, 2009–2012«, ifo Institut, München, online verfügbar unter: www.ifo.de/w/3BwDgjn6b.

DICE Database (2014d), »Long-Term Care Workforce Requirements, 2009–2012«, ifo Institut, München, online verfügbar unter: www.ifo.de/w/nSynx-QW9.

OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD, Paris.

OECD und European Commission (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD, Paris.