Grundwissen soziale Sicherheit www.issa.int

issa | INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT | IVSS

Technischer Bericht 25

Die Rolle der sozialen Sicherheit bei der häuslichen Pflege

Dominique Acker
Generaldirektorin, Abteilung Dienstleistungen
Hilfsverein auf Gegenseitigkeit des öffentlichen Dienstes
in Zusammenarbeit mit
Caroline Bégué und **Mickael Pommier**
Referenten der Geschäftsleitung
Hilfsverein auf Gegenseitigkeit des öffentlichen Dienstes
Frankreich

Die Rolle der sozialen Sicherheit bei der häuslichen Pflege

Dominique Acker
Generaldirektorin, Abteilung Dienstleistungen
Hilfsverein auf Gegenseitigkeit des öffentlichen Dienstes
in Zusammenarbeit mit
Caroline Bégué und Mickael Pommier
Referenten der Geschäftsleitung
Hilfsverein auf Gegenseitigkeit des öffentlichen Dienstes
Frankreich

Fachausschuss für Gesundheitsleistungen und Krankenversicherung und Fachausschuss für Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit
28. Generalversammlung der IVSS, Beijing, 12-18 September 2004

Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) ist die weltweit führende internationale Organisation, die nationale Verwaltungen und Träger der sozialen Sicherheit zusammenbringt. Die IVSS stellt Information, Forschung und Expertenwissen sowie Foren für die Mitglieder zur Förderung einer dynamischen sozialen Sicherheit auf internationaler Ebene ereit. Ein Großteil der IVSS-Aktivitäten zur Förderung gutter Praxis wird von ihren Fachausschüssen geleistet, die sich aus engagierten Mitgliedsorganisationen zusammensetzen und von diesen mit Unterstützung des IVSS-Sekretariats geleitet werden.

Dieser Bericht ist erhältlich unter: http://www.issa.int/Ressourcen. Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen nicht unbedingt jenen der Herausgeber.

Erste Veröffentlichung 2004.
© Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit, 2008

Zusammenfassung

Die Betreuung bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung, sei es aus Gründen des Alters oder einer Krankheit, ist heute ein ständig wiederkehrendes Thema. Daher richten die meisten Länder der Welt Programme ein, mit denen die häusliche Pflege für Personen, die ihre Unabhängigkeit verlieren, sichergestellt wird.

Es geht um einiges: Die Lebenserwartung und damit der Anteil älterer Menschen steigt ständig. Daher nimmt auch die Pflegebedürftigkeit zu, die oft mit tiefgreifenden Veränderungen der herkömmlichen Betreuungsstrukturen und in erster Linie der Familie einhergehen.

Last but not least ist es auch eine echte wirtschaftliche Herausforderung, für die alle Länder Lösungen finden müssen.

Daher stellt sich die Frage, welche Rolle die soziale Sicherheit im weitesten Sinne bei der häuslichen Pflege spielt.

In diesem Bereich fallen die Antworten auf das gleiche Problem je nachdem, ob die Länder in der Tradition Beveridges, Bismarcks oder der Länder Südeuropas stehen, unterschiedlich aus. Zwar wird die häusliche Pflege, wie es scheint, von allen begünstigt, aber die wichtigsten Unterschiede bestehen bei der Art, wie diese häusliche Pflege verstanden wird.

Eins ist allen Fällen gemein: Die soziale Sicherheit spielt eine Rolle. Dagegen variiert die Stärke ihres Eingriffs je nach Land. Sie beeinflusst auch die Finanzierung dieser häuslichen Pflege.

Im Übrigen ist das Wirken der sozialen Sicherheit vielfältig. Sie kann auftreten als Förderer der häuslichen Pflege (Leistungsangebot, Schulung von Fachkräften für neue Bedürfnisse), als Bewerter des Grades der Pflegebedürftigkeit (Teilnahme an der Ausarbeitung von Hilfsplänen), als Koordinator zwischen den verschiedenen Akteuren (vor allem im Bereich der Netzwerke), als Kontrolleur der Qualität der Pflege oder auch zur Unterstützung der Familien (Sozialleistungen für Familien in Form von Sach- oder Geldleistungen, um die Betreuung von Personen zu fördern, die ihre Selbständigkeit verlieren).

Trotz ihres zu begrüßenden Wirkens kann die soziale Sicherheit nicht auf die Hilfe anderer Akteure des Sozialschutzes verzichten, insbesondere weil eine möglichst effiziente Lösung bei Pflegebedürftigkeit allumfassend sein muss. Mit anderen Worten muss die Betreuung nicht nur medizinischer Art sein (und hier ist das Wirken der

sozialen Sicherheit am wichtigsten), sondern auch sozialer Art (hier ist die Rolle der sozialen Sicherheit im besten Fall residuell).

Daher gibt es heute in den meisten Ländern Reformen zugunsten der häuslichen Betreuung von Personen, die nicht mehr selbständig sein können. Gewisse sind aus kulturellen und/oder strukturellen Gründen weiter fortgeschritten als andere, aber das Bewusstsein der Notwendigkeit wird von allen geteilt. Schließlich muss noch unterstrichen werden, dass trotz bestehender Divergenzen Einvernehmen über den Platz der Institutionen der sozialen Sicherheit als Stützpfeiler des ganzen Gebäudes herrscht, denn sie sind die unentbehrliche Schnittstelle zwischen allen im Bereich der häuslichen Pflege eingreifenden Akteuren.

Einleitung

Alterung, Entwicklung von chronischen Krankheiten und Behinderungen, AIDS, Isolierung der Familie ..., all dies sind Gründe, die dazu führen, dass die Systeme der sozialen Sicherheit an der Schwelle zum 21. Jahrhundert die Idee der häuslichen Pflege nicht vernachlässigen können, die eng an den Begriff der Pflegebedürftigkeit gebunden ist.

Dieser Zustand wird dadurch gekennzeichnet, dass die pflegebedürftige Person, aufgrund ihres Gesundheitszustandes oder parallel dazu, Hilfe für ihre täglichen Verrichtungen benötigt (sich ernähren, Körperpflege, sich anziehen, sich fortbewegen, usw.).

Der Begriff der häuslichen Pflege umfasst somit einen ganzen Komplex von Betreuungsmaßnahmen mit ärztlicher und technischer Betreuung, eventueller Überwachung, die der Krankenversicherung obliegen, aber auch die tägliche Unterstützung der Betroffenen, die hauptsächlich von der Familie zusammen mit Hilfe spezialisierter Dienste sichergestellt wird. Daran nehmen zahlreiche Akteure teil: Fachkräfte des Gesundheitswesens und Haushaltshilfen, Krankenhäuser, Sozialdienste, Verbände, Gemeindeverbände ...

Während diese Vielschichtigkeit schwer finanziell zu bewerten ist, bleibt sie meist kostengünstiger als die Einweisung in eine Einrichtung. Wie aber lässt sich die Nachhaltigkeit und finanzielle Neutralität eines solchen Systems gewährleisten, dessen steigende Bedürfnisse absehbar sind?

Die Pflegebedürftigkeit ist zwar unausweichlich, ihre Wirkung kann aber mit geeigneten Maßnahmen gelindert, oder gar verzögert werden. Wie kann man sich in diesem Fall der Effizienz und Qualität der umfassenden, medizinischen und sozialen Betreuung versichern?

Der sozialen Sicherheit, wie sie vom Internationalen Arbeitsamt (IAA)[1] verstanden wird, nämlich "als Schutz, den eine Gesellschaft ihren Mitgliedern durch eine Reihe von öffentlichen Maßnahmen sichert", kommt in dieser Problematik sicher eine Rolle zu, aber welche?
Wir wollen daher in einem ersten Teil bestimmen, worum es für die Institutionen der sozialen Sicherheit bei der häuslichen Betreuung von Personen geht, die nicht mehr unabhängig sein können, dann untersuchen wir, welchen Platz sie bei der Finanzierung einnehmen können, und schließlich interessieren wir uns für ihre Rolle beim Angebot von Leistungen.

1. Worum es beim Verbleib der Personen zu Hause geht

1.1. Demografie und Epidemiologie

Im Jahr 2025 werden 11 Prozent der Weltbevölkerung über 65 Jahre alt sein, am raschesten aber werden sich die ältesten Jahrgänge entwickeln: Die Zahl der Personen über 80 wird sich verdoppelt (auf 2 Prozent der Weltbevölkerung) und die der Personen über 85 verzweieinhalbfacht haben[2]. Während die Alterung der Bevölkerung einen schwerwiegenden Trend darstellt, sei vermerkt, dass diese Mittelwerte starke regionale Unterschiede überdecken und dass zwischen drei großen Ländergruppen zu unterscheiden ist: Die Schätzungen über die Zahl der über 65-Jährigen bis 2025 schwankt im allgemeinen zwischen:

- 4 Prozent für mehr als 70 Länder, die Hälfte davon in Afrika;
- 9,4 Prozent für etwa 40 Länder, vor allem in Asien und Lateinamerika, in einer demografischen Übergangsphase;
- 20,9 Prozent für Länder in fortgeschrittener demografischer Übergangsphase (Europa, Vereinigte Staaten, Kanada, Japan sowie einige asiatische und lateinamerikanische Länder).

Allein in der Europäischen Union schätzt man heute die Zahl der Pflegebedürftigen im hohen Alter auf 9 Millionen, und in Frankreich werden die über 85-Jährigen 2025 3,1 Prozent der Bevölkerung ausmachen.

Während die Problematik der häuslichen Betreuung vor allem die Industrieländer mit einer Zunahme von altersbedingten chronischen Pathologien (der Atemwege z.B.) oder Krankheiten mit Behinderungsfolge (Alzheimer …) beschäftigt, bleibt sie auch in Zusammenhang mit der Entwicklung bestimmter Pathologien, insbesondere von AIDS aktuell ..., da sie zu Pflegebedürftigkeit führen.

[1] IAA. 2000. *World Labour Report 2000*, Internationales Arbeitsamt.
[2] *Quelle:* INED (*Institut national d'études démographiques*), *www.ined.fr*.

Wie der jüngste Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WGO) zu diesem Thema vermerkt, wird die Zahl der HIV-infizierten Personen weltweit auf 34-46 Millionen geschätzt, von denen zwei Drittel in Afrika leben und jeden zwölften Einwohner betreffen. In Botswana z.B. wurde schon 1990 ein Programm mit häuslicher Betreuung für AIDS-Patienten eingeführt, ganz einfach weil die institutionellen Gesundheitsdienste zu wenig den Bedürfnissen der Patienten entsprechen und auch weil die Familie das beste Zielpublikum für AIDS-Vorsorge ist.

1.2. Soziologische Faktoren

Diese demografischen Beobachtungen gehen mit soziologischen Faktoren einher, vor allem infolge der nach und nach alle Länder erfassenden Entwicklung der Familienstrukturen und der ländlichen Gesellschaften.

So müssen sich insbesondere die asiatischen Länder einer Alterung, die mit einer massiven Landflucht einhergeht, der Entwicklung der Frauenbeschäftigung und Wohnungsproblemen stellen. 1987 wurde für 90 Prozent der chinesischen Bevölkerung über 60 von ihren Nachkommen gesorgt. Zehn Jahre später, 1997, beherbergten weniger als 25 Prozent der chinesischen Haushalte eine abhängige Person bei sich.

Die gleiche Tendenz ist in Thailand, auf den Philippinen, in Indien, in Malaysia oder auch auf den Fidschi-Inseln zu beobachten, allerdings in ländlichen Gebieten in geringerem Ausmaß, denn 44,6 Prozent der thailändischen Haushalte auf dem Land beherbergten 1997 pflegebedürftige Verwandte[3].

In den Ländern Afrikas südlich der Sahara ist es weniger die Alterung als vielmehr AIDS, das die Familienstrukturen belastet.

1.3. Wirtschaftliche Faktoren

Ein drittes Element spricht für die Entwicklung der häuslichen Pflege: die wirtschaftlichen Kosten, sobald pflegebedürftige Personen keine andere Wahl als die Einweisung in eine Einrichtung mehr haben. Diese Kosten belasten die Familien selbst ebenso schwer wie die Gemeinwesen. Im Übrigen verfügen die meisten Länder nicht über die ausreichende Infrastruktur, um den steigenden Bedarf der kommenden Jahre zu bewältigen. Daher muss aus Sicht des Einzelnen wie des Gemeinwesens unbedingt die Betreuung zu Hause gefördert werden, um das Qualitätsniveau zu halten.

[3] IVSS. 2000. *Social security issues and research capacities in Asia and the Pacific – A six-country study*, Social Security Documentation, Nr. 24, Asia and Pacific Series, Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit.

Zum Vergleich sei vermerkt, dass die Betreuung Pflegebedürftiger in den Ländern der Europäischen Union zwischen 1 und 3 Prozent des Bruttoinlandproduktes in Anspruch nimmt.

1.4. Qualitätsfaktoren

Unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Betreuung ermöglicht es der Verbleib in häuslicher Betreuung, den Bruch der sozialen Bindung, den Verlust der gewohnten Umgebung für den Betroffenen zu vermeiden und seine Lebensqualität zu heben. In diesem Zusammenhang könnte man unterstreichen, dass während der Hitzewelle in Frankreich im Sommer 2003 die zu Hause betreuten Personen weniger Todesfälle verzeichneten (24 Prozent bei zu Hause betreuten gegenüber 76 Prozent bei in Einrichtungen lebenden Personen).

Die hier aufgezählten Faktoren zeigen insgesamt, dass der Bedarf in den kommenden Jahren steigen wird, und dass die Staaten reagieren müssen, indem sie einerseits die wirtschaftlichen und finanziellen Folgen vorwegnehmen und andererseits angemessene Vorkehrungen für die Betreuung treffen. Unter diesen Gesichtspunkten wollen wir die Rolle der sozialen Sicherheit bei der Entwicklung der häuslichen Pflege untersuchen.

2. Die Rolle der sozialen Sicherheit bei der Finanzierung der häuslichen Pflege

Die häusliche Pflege von Kranken und/oder Pflegebedürftigen beruht, wie wir gesehen haben, auf dem Vorhandensein von technischer, medizinischer Betreuung je nach Gesundheitszustand des Betroffenen und von einer Hilfe für die täglichen Verrichtungen. Es ist daher nicht einfach, bei der Erstellung einer Typologie der Finanzierungsarten zu unterscheiden, was unter die Krankenversicherung fällt und was einem besonderen System für Pflegebedürftigkeit zuzuordnen ist.

Bei der Untersuchung der wichtigsten Modelle werden wir sehen, dass die den Finanzierungsproblemen zugedachten Lösungen nicht nur eng mit den von den Staaten vorher eingerichteten Systemen der sozialen Sicherheit und deren Großzügigkeit in Verbindung stehen, sondern dass sie dann auch durch eine systematische Beteiligung der staatlichen und kleineren Gemeinwesen (Departements, *Countys*, Gemeinden, ...) gekennzeichnet sind und dass die Modelle die Tendenz haben, sich gegenseitig zu durchdringen.

In den am stärksten entwickelten Ländern lassen sich die Betreuungssysteme insgesamt in drei Gruppen unterteilen. In den "Beveridgeschen" Ländern kümmert sich das Gemeinwesen um den Verbleib zu Hause durch die Einrichtung von lokalen Dienstleistungen und im Wesentlichen steuerfinanzierte Leistungen. In einer gewissen Zahl von "Bismarckschen"

Ländern gilt Pflegebedürftigkeit als vollwertiges Risiko und ist somit Gegenstand eines eigenen Versicherungssystems, das mit Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert wird. Eine letzte Ländergruppe schließlich vor allem in Südeuropa bevorzugt eine Logik der parallel zur sozialen Sicherheit bestehenden Sozialhilfe, die an die Einkommen der Betroffenen gebunden ist.

2.1. Das Beveridgesche Modell

Die nordeuropäischen Länder (Dänemark, Finnland, Schweden und die Niederlande) waren bei der Entwicklung dieser Betreuung in den 1970er Jahren die Pioniere: Die häusliche Pflege ist Bestandteil der Vorkehrungen der öffentlichen Gesundheit, die Dezentralisierung ist wichtig, überlässt den lokalen Gemeinwesen eine große Verantwortung, Pflegepersonal und Ausrüstung werden häufig gratis bereitgestellt (Dänemark).

So ersetzt in Schweden das System der sozialen Sicherheit die Familie, um der pflegebedürftigen Person Eigenständigkeit zu ermöglichen. Seine Finanzierung wird zu 80 Prozent durch lokale Steuern gewährleistet, die übrigen 20 Prozent kommen entweder von der Zentralregierung (2 Prozent), von individuellen Eigenbeteiligungen (9 Prozent) oder von zusätzlichen Ressourcen.

Die in den so genannten "liberalen" angelsächsischen Ländern eingerichteten Systeme sind weniger großzügig. So obliegt es in Großbritannien seit April 1993 den Sozialdiensten der Lokalbehörden, Gelder aus der gemeinsamen Finanzierung der Lokalbehörden und des Staatlichen Gesundheitsdienstes (*National Health Service* (NHS)) zu verwalten, mit denen sie Dienstleistungen bei meist privaten Anbietern einkaufen. Sie werden angehalten, die Einweisung in Institutionen zu vermeiden, denn alle übernommenen Kosten werden im Rahmen globaler Budgets finanziert, die zugleich die Pflege in einer Institution und zu Hause abdecken. Während die Pflegekosten für über 60-Jährige vollständig übernommen werden, bewegen sich die übrigen Leistungen auf niedrigen Niveaus und werden nur bei Vorhandensein von Ressourcen erbracht (*car package*).

2.2. Das Bismarcksche Modell

Mit der Pflegeversicherung wurde in Österreich 1993, in Deutschland 1994, in Luxemburg 1998 und in Japan 2000 neben der Krankenversicherung ein neuer Zweig der sozialen Sicherheit geschaffen.

Aber während das Bismarcksche Modell bei der Finanzierung des Risikos Krankheit auf dem Prinzip der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern entrichteten Beiträge beruht, scheint das Auftreten des Risikos Pflegebedürftigkeit die Lastenverteilung zu ändern.

In Deutschland wird diese Versicherung, die nur einen Teil der Kosten decken soll, mit einem Beitrag von 1,7 Prozent auf den Bruttolohn finanziert, den sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen. Die Rentner tragen in gleicher Weise bei und teilen ihre Prämien mit ihren Rentenkassen. Der Versicherung unterstehen 90 Prozent der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, die anderen privat krankenversicherten Personen müssen sich ebenfalls bei einem privaten Versicherer gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit versichern.

In Luxemburg beruht die Pflichtpflegeversicherung auf einem System gemischter Finanzierung: Der Staat übernimmt 45 Prozent der Kosten, während die Erwerbstätigen und Rentner einen Sonderbeitrag von 1 Prozent auf die Gesamtheit ihres Einkommens entrichten.

Auch in Japan ist das System gemischt: Es wird zu 50 Prozent von Beitragszahlungen sämtlicher Versicherter (33 Prozent) und der Rentner (17 Prozent) je nach ihrem Einkommen und zu 50 Prozent von der Landesregierung und den Lokalbehörden finanziert. Diese System ermöglicht allen Pflegebedürftigen den Zugang zu einer umfassenden Leistungspalette (Besuche von Krankenpflegepersonal, häusliche Körperpflege ...).

2.3. Das Modell vom Typ "Südeuropa"

In den Mittelmeerländern wurde sehr viel weniger über die Notwendigkeit einer Versicherung "der langfristigen Hilfe" diskutiert, vor allem weil hier Familienmodelle für informelle Hilfe Tradition haben und die Haushaltszwänge sehr stark sind. In diesen Ländern werden die Leistungen sowohl innerhalb der beitragsfinanzierten Systeme der sozialen Sicherheit (wie für Krankheit, Invalidität, Arbeitsunfälle und Alter) als auch im Rahmen des Sozialhilfesystems gewährt. Die Leistung für Pflegebedürftige werden daher vor allem aufgrund der Behinderung und des Alters überwiesen und in diesem Fall in Form eines Zuschlags zur Rente.

Der Staat übernimmt die Finanzierung der *indennità di acompagnamento* in Italien und der *ayuda de soporte* in Spanien.

In Spanien sind beispielsweise die Haushaltshilfen für Mindestrentenbezieher gratis, müssen jedoch von Personen, die über ein dreimal so hohes Einkommen verfügen, selbst bezahlt werden. Personen mit mittleren Einkommen tragen je nach Einkommen bei. Es gibt nur halb so viele Heimbewohner wie in den anderen Ländern, weil die Tradition der Betreuung durch die Familien oder Verwandte vorherrscht. Im Rahmen des "Aktionsplans 2000-2005" für ältere Menschen laufen derzeit ehrgeizige Projekte zur Modernisierung der Betreuung Pflegebedürftiger. Kennzeichnend dafür sind eine starke Dezentralisierung der Dienste und eine Beteiligung der Patienten an der Festlegung des Programms, aber unseres Wissens wird die Verteilung der Finanzlasten nicht geändert.

In Griechenland und Italien bestehen auch einige Spezialprogramme, die lokal verwaltet werden.

Frankreich befindet sich in einer originellen Position, nämlich im Übergang. Hier wird eine personenbezogene Beihilfe zur Eigenständigkeit (*allocation personnalisée à l'autonomie* (APA)) ausbezahlt, die den Leistungen der südeuropäischen Länder ähnlich ist und mit einer Steuer von 0,1 Prozent auf sämtliche Einkommen der Haushalte und mit einer Beteiligung aller obligatorischen Altersrentensysteme finanziert wird. Es handelt sich um eine Geldleistung, die je nach Einkommen und Niveau der Pflegebedürftigkeit des Betroffenen gewährt wird[4].

Übrigens beabsichtigt Frankreich zur Zeit der Niederschrift dieser Zeilen die Schaffung einer Landessolidaritätskasse für Eigenständigkeit (*Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* (CNSA)), deren Einnahmen die bereits genannten der APA plus einen Beitrag von 0,3 Prozent von den öffentlichen und privaten Arbeitgebern, der wie in Deutschland durch die Einführung eines Solidaritätstags kompensiert wird, und einen Beitrag von 0,3 Prozent auf Vermögens- und Anlagegewinne umfassen. Im derzeit diskutierten Gesetzesentwurf wären die Departements allein für die Steuerung der Betreuung pflegebedürftiger Personen zuständig und hätten die Kompetenz über die Tariffestsetzung und Finanzierung von Einrichtungen (einschließlich der Pflege), während die Gesundheitsausgaben der ambulanten Versorgung im Bereich der Krankenversicherung verbleiben würden. Die CNSA müsste eine Rolle als Regulierungsbehörde für lokale Maßnahmen haben und hätte als Aufgabe, "die Gleichbehandlung im gesamten Hoheitsgebiet zu überwachen und zu ihrer Gewährleistung beizutragen".

Wie die Prüfung verschiedener Finanzierungsmodalitäten deutlich zeigt, mussten sich die Staaten relativ rasch an die steigenden Kosten der häuslichen Pflege anpassen, indem sie den Betroffenen und/oder ihren Familien helfen, über den ursprünglichen Rahmen der Sozialhilfe hinaus dafür aufzukommen. Daher musste eine Ersatzfinanzierung entworfen werden, die je nach Optionen der jeweiligen Regierung mehr oder weniger großzügig oder solidarisch ausfällt.

Während die oben beschriebenen Maßnahmen nahe legen, dass die Finanzierung der häuslichen Pflege für mehrere Jahre gesichert ist, muss man sich fragen, ob dies ausreicht, um die Probleme zur Erreichung von Zielen der erwarteten Gerechtigkeit, Effizienz und Qualität zu lösen. Unter anderem seien erwähnt:

- Koordination zwischen gesundheitspolitischen und sozialen Maßnahmen, zwischen Versorgung außer- und innerhalb des Krankenhauses;

[4] "L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2003", *Etudes et Résultats*, Nr. 281, Dezember 2003, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministerium für Soziales, Arbeit und Solidarität/Ministerium für Gesundheit, Familie und Behinderte.

- Neutralität der Finanzierung in Bezug auf die beste Wahl für den Patienten;
- richtige Bewertung seiner Bedürfnisse;
- Professionalisierung der Dienstleistungen;
- Unterstützung der Familien.

3. Die Rolle der sozialen Sicherheit bei der häuslichen Pflege

Insofern als hier eine globale, medizinische und soziale Betreuung angestrebt wird, sollen unter dem Begriff "häusliche Pflege" sowohl die Pflegedienste von Pflegefachkräften als auch alle anderen Dienstleistungen verstanden werden, die die Familie oder jeder andere spezialisierte Anbieter erbringt.

Selbst wenn, wie wir sehen werden, die soziale Sicherheit die häusliche Pflege nicht allein übernimmt, muss sie zunächst eine Rolle bei der Organisation eines auf die Bedürfnisse des Betroffenen abgestimmten Pflegeangebots guter Qualität spielen.

3.1. Zugang zu geeigneten Leistungen ermöglichen

Ihre erste Rolle ist es, die nötigen Dienstleistungen für einen Verbleib in häuslicher Pflege anzubieten. Hierbei handelt es sich um:

- entweder Sachleistungen: Hausbesuche, Krankenpflegeleistungen oder Heilgymnastik, Körperpflege, Haushaltshilfen, medizinische Geräte und technische Hilfsmittel, Umbau der Wohnung oder des Fahrzeugs ...; in Japan werden ausschließlich Sachleistungen angeboten, um den Einsatz von Fachkräften zu fördern; in Deutschland übersteigen aus dem gleichen Grund Sachleistungen die Geldleistungen, hingegen ist bei den Sachleistungen der übernommene Betrag unabhängig vom Wohnort des Beziehers überall gleich, um die Neutralität der Leistung sicherzustellen;
- oder Geldleistungen: Während bestimmte Länder wie Österreich nur Geldleistungen überweisen, gibt es solche Leistungen meist nur komplementär zu Sachleistungen; sie dienen zur Finanzierung bestimmter ergänzender Dienste (Haushaltshilfe, Fernhilfe, ...), vor allem aber als Entgelt für die Hilfe durch die Familie, wie in Schweden oder in Spanien (*ayuda de soporte*).

Der Betrag dieser Leistungen steigt kräftig (11 Prozent pro Jahr in Kanada zwischen 1991 und 1997), so dass anhand zuverlässiger Kriterien die sinnvolle Leistungserbringung überwacht werden muss.

3.2. Bedürfnisse des Betroffenen bewerten

Um dies zu erreichen, haben die meisten Länder Bewertungsverfahren für die Bedürfnisse eingerichtet, die sicherstellen sollen, dass die Leistungen dem Zustand des Betroffenen entsprechen:

- In Luxemburg gibt es eine von der Pflegeversicherung unabhängige multidisziplinäre Gruppe (Arzt, Krankenpfleger, Psychologe, Heilpraktiker, Ergotherapeut, Sozialarbeiter) zur Bewertung und Orientierung; anhand einer medizinisch-sozialen Bewertungstabelle bestimmt sie die Hilfsmittel und Pflegemaßnahmen, die in veranschlagten Wochenstunden benötigt werden.
- Das in Großbritannien verwendete *Case Management* stellt die Inanspruchnahme von Leistungen nach Bedarf sicher und hilft über institutionelle Hindernisse hinweg, die zwischen den verschiedenen Diensteanbietern bestehen können.
- Die Tabelle der französischen Multi-Ressourcen-Gruppen Unabhängigkeit im Alter (*Autonomie gérontologique Groupes iso-ressources* (AGGIR)) umfasst sechs Niveaus der Pflegebedürftigkeit und dient zur Festlegung eines Unterstützungsplans in Zusammenhang mit der APA.
- In Japan dient die informatisierte *Care Needs Certification* zur Festlegung des Unterstützungsbetrags.
- In Deutschland erfolgt die Bewertung durch Kassenärzte zusammen mit Sozialarbeitern.

3.3. Die verschiedenen Akteure koordinieren

Zur Ergänzung des im Rahmen der oben genannten Pläne vorgesehenen punktuellen Eingreifens von Pflegefachkräften und Hilfskräften des Gesundheitswesens mussten die Kassen der sozialen Sicherheit koordinierte Maßnahmen vorsehen, um eine bessere Erbringung der häuslichen Pflege zu gewährleisten und den Betroffenen ins "Zentrum der Vorkehrungen" zu stellen.

In Frankreich entwickeln sich seit 1996 Koordinierungsnetze in einem Versuchsrahmen, um die umfassende häusliche Betreuung von Patienten mit schweren und chronischen Leiden sicherzustellen. Kern dieser Vorrichtung, die das nächste Krankenhaus (im Nahbereich), freiberufliche oder in häuslichen Pflegediensten tätige medizinische Hilfskräfte, die Sozialdienste und haushaltsnahe Dienstleistungen (Haushaltshilfen, Essen auf Rädern und Arzneimittellieferung) integriert, sind die Allgemeinärzte.

Im März 2000 ging auf Versuchsbasis ein gerontologisches Koordinationsnetz mit den Landwirtschaftlichen Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit (*Mutualité sociale agricole*) in Betrieb; es weist heute eine insbesondere für die ländliche Bevölkerung positive Bilanz vor. Die Zahl der älteren Personen, die dieses sich entwickelnde Netz in Anspruch nehmen, die

Zufriedenheit, auch unter den Pflegefachkräften, sind hoch und der Versuch hat ihr Verständnis von der Krankenversicherung ebenso verändert wie das von der Sozialarbeit.

In Kanada werden die Programme für häusliche Pflege von den Lokalzentren für Gemeindepflegedienste (*Centres locaux de soins communautaires* (CLSC)) verwaltet.

3.4. Die Qualität der Pflege fördern und überwachen

Die soziale Sicherheit überwacht auch die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen.

In Frankreich haben beispielsweise bestimmte Pflegefachkräfte Verträge über gute Praxis und öffentliche Gesundheit unterzeichnet, die die Vorsorge und eine bessere Pflegequalität zum Gegenstand haben; in ihrem Rahmen können Überwachungsberichte erstellt und zur Kontrolle an den medizinischen Dienst der Krankenkasse weitergeleitet werden.

Deutschland hat den hier bestehenden 13.000 Pflegediensten die Einführung einer internen Qualitätskontrolle und die externe Kontrolle durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen auferlegt: Seit 1997 wurde so bereits mehr als die Hälfte kontrolliert.

Anlässlich dieser Kontrollen wird festgestellt, welche Weiterbildungsmaßnahmen die medizinischen Fachkräfte benötigen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in Frankreich die Spezialisierung in Geriatrie ab dem Wintersemester 2004 als vollwertige Spezialisierung anerkannt wird, um in der medizinischen Ausbildung den Besonderheiten der Pflege älterer Menschen Rechnung zu tragen. Die Altersversicherungen achten auch darauf, die in der häuslichen Pflege tätigen paramedizinischen Hilfskräften in Prävention auszubilden.

3.5. Die Betreuung mit anderen Akteuren zu teilen verstehen

Neben der von den Pflegefachkräften besorgten medizinischen und Körperpflege ist für eine globale Betreuung eine ganze Reihe von Dienstleistungen unabdingbar, nämlich die personenbezogenen Dienste. Daher wirken zahlreiche Partner der sozialen Sicherheit als Dienstleister für die Betroffenen und ihre Familien mit.

Hier lassen sich die Kommunen anführen, die oft im Rahmen von Sozialstationen Essen auf Rädern und Arzneimittellieferungen organisieren, die Verbände oder Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit, die Krankenpflegedienste verwalten, die Stiftungen, die der Arbeit von freiwilligen Helfern als Begleiter der Betroffenen einen strukturellen Rahmen geben ...

In Griechenland bieten 102 Programme für Unterstützung zu Hause ein sehr breites Spektrum an Dienstleistungen: medizinische Betreuung und Hausbesuche, Krankenpflege und Heilgymnastik, Sozialarbeiterin in einer Gruppe, Gemeinschaft oder Familie,

verschiedene praktische Dienste (Einkauf, Verwaltungsgänge ...) oder auch Haushaltshilfe, die alle in Zusammenarbeit mit den Lokalbehörden und den Zentren zum Schutz älterer Personen (KAPI) verwaltet werden.

In Frankreich verabschieden der Staat und die Lokalbehörden gemeinsam gerontologische Departementspläne und die Departementsbehörden beteiligen sich stark an der Betreuung älterer Menschen. Einige haben z.B. die Einrichtung von Fernhilfezentralen organisiert oder gefördert, die allein lebende alte oder behinderte Personen mit denjenigen verbinden, die ihnen helfen können. Am weitesten fortgeschritten in diesem Bereich sind jedoch die skandinavischen Länder, die die Fernhilfe für Personen zu einer echten Priorität in ihren Plänen zur Hilfe für pflegebedürftige Personen erhoben haben.

Die Information der Öffentlichkeit über die bestehenden Einrichtungen und die Koordination aller Akteure bei der Betreuung wird von lokalen gerontologischen Informations- und Koordinationszentren (*Centres locaux d'information et de coordination gérontologique* (CLIC)) übernommen[5].

3.6. Die Familien unterstützen

Die Familien schließlich spielen eine absolut unentbehrliche und die der sozialen Sicherheit und der anderen Akteure ergänzende Rolle, und um komplett zu sein, muss die Vorkehrung zum Verbleib in häuslicher Pflege eine "Hilfe für die Helfer" umfassen.

- Die erste Unterstützung für die Familie ist die Sach- oder Geldleistung, die der Pflegebedürftige erhält und die die Kontinuität einer Präsenz ermöglicht, wenn die Familie nicht ständig zu Hause anwesend sein kann, oder die ihr bei bestimmten Verrichtungen hilft (Körperpflege, Versorgung ...). Die Leistung einer Pflegehelferin, einer Haushaltshilfe oder einer Krankenwache ist die häufigste Lösung.

- Wenn Familienmitglieder in der Lage sind, sich selbst um die pflegebedürftige Person zu kümmern, sind meist Geldleistungen für ihre Entschädigung vorgesehen. Sie können Beiträge an Rentensysteme entrichten und unmittelbare oder zu kapitalisierende Sozialleistungen in Anspruch nehmen wie in Japan, wo ehrenamtlich geleistete Stunden dem Helfer Anspruch auf kostenlose Hilfsstunden geben.
- Eine andere Alternative der Hilfe für Familien kann durch die Teilzeitbetreuung in Tageskrankenhäusern erfolgen; in Ghana z.B. wurden Tagesstätten für ältere Menschen eingerichtet, die es den Familien erlauben, die Verantwortung für ältere Menschen zu teilen, und die zugleich die Kontinuität der Unterstützung durch die Familie begünstigen.

[5] Im Jahr 2002 gab es in Frankreich 272 CLIC in 87 Departements.

- Im Übrigen gibt es in Frankreich eine originelle Organisationsform für den Verbleib in häuslicher Betreuung: das ländliche Seniorenwohnheim (*maison d'accueil rurale pour personnes âgées* (MARPA)). Von dieser 1987 eingeführten Institution gibt es heute etwa hundert. Mit ihrer geringen Größe (25 Plätze) bieten sie ihren Bewohnern möglichst ähnliche Bedingungen wie in einem privaten Zuhause, allerdings mit baulichen Anpassungen, Sicherheit, Begleitung und gemeinsamen Aktivitäten einer Einrichtung. Die MARPA bieten den Bewohnern eine Unterstützung "wie zu Hause" und stützen sich dabei auf die lokal vorhandenen Pflegeressourcen ihrer Umgebung.

- In ähnlicher Weise wurden die "Pflegeentlastungsdienste" (*services de répit*) eingeführt, um Personen, die sich um ständige Aufmerksamkeit erfordernde Pflegebedürftige kümmern, eine körperliche, aber auch psychologische Entlastung zu bieten. In vielen Ländern gibt es Unterbringungsmöglichkeiten für ältere Personen, die die Familie für eine bestimmte Zeit (Urlaub, vorübergehende Verhinderung der Familie) ablösen.

- In Belgien organisieren Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit Ferienaufenthalte für ältere Menschen, Kranke und Behinderte. Damit soll es ihnen ermöglicht werden, unter optimalen Sicherheitsbedingungen in Urlaub zu fahren und die Familie zu entlasten. Diese Aufenthalte werden von Pflegekräften und Freiwilligen mit entsprechender Ausbildung betreut.

- Wenn die Familie nicht helfen kann, wird die ehrenamtliche Hilfe oft über Hilfsverbände für Patienten oder Wohlfahrtseinrichtungen stark gefördert. Vor allem in Nordamerika. Die ehrenamtlichen Helfer besuchen ältere Personen, Pflegebedürftige, Kranke, Behinderte, um sie zu begleiten, um sie zu medizinischen Untersuchungen oder zum Arzt zu bringen, um einzukaufen, sie zu einer Freizeit- oder Vereinstätigkeit zu begleiten, für kleine Arbeiten, Hilfe in Verwaltungsfragen und all dies ergänzend zu der häuslichen Pflege durch Fachkräfte, um ein gesellschaftliches Leben best möglich zu erhalten.

Schlussbetrachtung

Ziel der in den letzten Jahren in den meisten Ländern eingeleiteten Reformen ist es, die Institutionalisierung in einem gewissen Rahmen zu halten, indem die Bedürfnisse und Möglichkeiten von pflegebedürftigen Personen möglichst korrekt ermittelt werden, und so den Verbleib in häuslicher Betreuung zu fördern.

Es gab Vorläufer, insbesondere die skandinavischen Länder, Deutschland …, die rasch einschätzten, welche Anstrengung angesichts des neuen Risikos der Pflegebedürftigkeit zu unternehmen ist. Ihre Erfahrung betonte die Erfolgsbedingungen, um das Ziel zu erreichen und eine gewisse Lebensqualität zu gewährleisten: stabile und neutrale Finanzierung, umfassender Ansatz mit Vorsorge und Medikalisierung einerseits, medizinischer und sozialer

Betreuung andererseits, Zugang zu geeigneten Leistungen, Professionalisierung und Koordination der Akteure, Unterstützung für die Familien.
Seither haben viele Länder Programme zur Förderung der häuslichen Pflege eingeführt, was von einer echten Bewusstwerdung zeugt.

Obwohl es kein einheitliches Modell gibt, denn die Lösungen hängen von den vorhandenen Systemen der sozialen Sicherheit ab, stützen sich alle auf Institutionen der sozialen Sicherheit, deren Rolle in Bezug auf Pflege und ihre Koordination vorrangig ist, aber die allein keinen Erfolg der häuslichen Pflege erreichen können. Sie müssen vielmehr ihre Maßnahmen im Rahmen einer breiter angelegten Politik vorsehen, die die Lokalbehörden, Verbände und Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit mobilisiert und in die Verantwortung nimmt, die gleichen Zugang zu Leistungen für alle gewährleistet, die die Arbeitsverhältnisse für Fachkräfte in der häuslichen Pflege attraktiv macht und in einem echten Gesellschaftsprojekt nationale mit Familiensolidarität, lokale Initiativen mit öffentlichen Diensten verbindet, wobei zu Letzteren auch die Einrichtungen der sozialen Sicherheit zählen.

Literaturverzeichnis

Bücher

Brodsky, J.; Habib, J.; Hirschfeld, M. 2003. *Long-term care in developing countries, Ten case-studies*, WHO-JDC Brookdale Institute.

Europäische Kommission. 1999. "Sicherung bei Pflegebedürftigkeit", *MISSO Info*, Nr. 1.

International Longevity Center. Long-term care insurance: the experience of two nations, Vereinigte Staaten.

IVSS. 2000. *Social security issues and research capacities in Asia and the Pacific*, Social Security Documentation, Nr. 24, Asia and Pacific Series, Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit.

—. 2003. "Soziale Sicherheit in einer Gesellschaft des langen Lebens", Beiträge der Internationalen Forschungskonferenz über soziale Sicherheit, Antwerpen, 5.-7. Mai, Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit.

Lesage, I. 1998. *Quelle politique de santé pour le grand âge? Une réflexion européenne*, Institut d'études des politiques de santé (IEPS), Juni.

Phillips, D.R.; Chan, A.C.M. 2002. *Ageing and long term care, National policies in the Asia-Pacific*, International Development Research Centre (IDRC)/Institute of Southeast Asian Studies (ISEAS).

PUF. 2002. *La protection sociale des personnes âgées, Que sais-je*, Presses universitaires de France, November.

Artikel

Borsenberger, M.; Kerger, A. 2000. "La mise en oeuvre d'une assurance dépendance au Luxembourg", *Retraite et Société*, Nr. 31, S. 7-25.

DREES. 2002. "La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède: une étude de cas-type", *Etudes et Résultats*, Nr. 176, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Juni.

Dominique Acker

—. 2004. "Allocation personnalisée d'autonomie à domicile: une analyse des plans d'aide", *Etudes et Résultats*, Nr. 293, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Februar.

—. 2004. "Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000", *Etudes et Résultats*, Nr. 296, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, März.

—. 2004. "L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003", *Etudes et Résultats*, Nr. 298, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, März.

Jarre, S. 2003. "La prise en charge de la dépendance en débat", *Espace social européen*, Nr. 633, April.

"L'essor des services à domicile", *Panorama du médecin*, Nr. 4522, 20. November 1997.

"Le vieillissement mondial: un problème de santé publique sans précédent pour les décennies à venir", *La revue de gériatrie*, Bd. 27, Nr. 8, Oktober 2002.

"Long-term care insurance, System in a nutshell", Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt, Japan.

Masuda, M.; Kojima, K. 2001. "Japanese social security for the elderly from a viewpoint of life cycles", *Review of Population and Social Policy*, Nr. 10, S. 37-54.

"Personnes âgées: quelles politiques en Europe?", *Décideurs en gérontologie*, Nr. 98, November/Dezember 2003.

Simon, M.-O. 1997. "Rester à domicile malgré la dépendance", *Solidarité Santé*, Nr. 4.

"Vieillir dans quatre mégalopoles: New York, Londres, Paris et Tokyo", *Etudes et Résultats*, Nr. 260, September 2003.

Vollmer, R.J. 2000. *Long-term care insurance in Germany*, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Internet-Sites

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit: *www.bmgs.bund.de*

Europäische Kommission: *www.europa.eu.int*

Office national de l'action sociale décentralisée: *www.odas.net*

Vereinte Nationen: *www.un.org*

Weltgesundheitsorganisation: *www.who.int*

Dominique Acker