

2. Stand der Forschung

2.1 Soziale Sicherung und Langzeitpflege in Europa

2.1.1 Soziale Sicherung und Wohlfahrtsstaat

Die zu erwartende *Qualität* der Langzeitpflege ist abhängig von der Leistungsbereitschaft und der (institutionellen) Ausgestaltung des Gesundheits- und Pflegesystems im Kontext der zugrundeliegenden Systeme der sozialen Sicherung. Der Begriff der sozialen Sicherung bezeichnet dabei allgemein die *„Gesamtheit staatlicher Maßnahmen zum Schutz gegen die Standardrisiken Krankheit, Alter, Tod des Ernährers oder Arbeitslosigkeit“* (Altbarnmer, 2002). Soziale Sicherung bedeutet ergo, dass der Einzelne in Notlagen (wie z.B. zunehmende Pflegebedürftigkeit) in seiner Lebensbewältigung Unterstützung erhält. Während sich der Terminus der sozialen Sicherung also vor allem auf den Schutz des Individuums bezieht, dienen die Begrifflichkeiten Sozialstaat bzw. Wohlfahrtsstaat dazu, die institutionell eingebettete Umsetzung des Primats der sozialen Sicherung auf staatlicher Ebene zu beschreiben. Maßnahmen, Umfang und Finanzierung der sozialen Sicherung umreißen die wohlfahrtsstaatlichen Leistungen der einzelnen Volkswirtschaften, wobei sich ein Wohlfahrtsregime grundsätzlich dadurch auszeichnet, dass es *„die Benachteiligung größerer Gruppen im ökonomischen Reproduktionsprozess (Alte, Kranke, Behinderte, Erwerbslose usw.) durch Geld-, Sach- und/oder personenbezogene Dienstleistungen des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens kompensiert, sei es aus öffentlichen Haushalten oder über beitragsfinanzierte Versicherungssysteme, die soziale Teilhabe aller Bürger/innen gewährleistet und – per Rechtsanspruch – sicherstellt, dass niemand von einer allgemeinen Wohlstandsmehrung ausgeschlossen ist (soziale Gerechtigkeit)“* (Butterwege, 1999). Wohlfahrtsstaaten können dabei definiert werden als *„institutionalisierte Form der sozialen Sicherung, [...] [die] ein Existenzminimum für jeden Menschen [gewährleisten], [...] vor den elementaren Risiken der modernen Industriegesellschaft (v.a. Alter, Arbeitslosigkeit, Gesundheit, Unfall, Pflege) [schützen] und [...] das Ausmaß gesellschaftlicher Ungleichheit durch Redistribution [bekämpfen]“* (Schmid, 2005). Der eigentlich dem angloamerikanischen Sprachgebrauch entstammende Begriff des *welfare state* setzt sich dabei zunehmend auch in Deutschland durch, um den bisher gebräuchlicheren, aber enger zu fassenden Terminus des Sozialstaates abzulösen, da sich der Wohlfahrtsstaat auf die Gesamtheit der Wohlfahrtseinrichtungen und nicht nur auf *„ein Element der verfassungsmäßigen Bestimmung des Staates“* bezieht (Kaufmann, 2003). Schon Niklas Luhmann hatte (freilich aus soziologischer bzw. systemtheoretischer und nicht aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive) darauf hingewiesen, dass sich der Begriff des Sozialstaates zu eindimensional gestalten, um die mehrdimensionale Bedeutung der Leistungen der Systeme sozialer Sicherung zu greifen: *„Der Wohlfahrtsstaat, der sich in den hochindustrialisierten Zonen des Erdballs entwickelt hat, ist nicht zureichend begriffen, wenn man ihn als Sozialstaat auffaßt, nämlich als einen Staat, der auf die Folgen der Indust-*

realisierung mit Maßnahmen der sozialen Hilfe reagiert. Dies ist und bleibt ein wichtiges Moment seiner Zielstruktur; aber Wohlfahrt meint und erfordert [...] mehr als nur soziale Hilfe und mehr als nur Ausgleich von Benachteiligungen“ (Luhmann, 1981). Wenngleich sich die Wohlfahrtsregime in den meisten westlichen Ländern analog entwickelten – und zwar im Kontext der Entwicklung von (semi-)demokratischen Staatsformen und kapitalistischen Produktionsregimen – war hinsichtlich der Ausgestaltung des jeweiligen Systems der sozialen Sicherung eine deutliche Heterogenität kennzeichnend, so wie auch bei der Ausgestaltung der demokratischen Staatsform und des kapitalistischen Systems deutliche Unterschiede ersichtlich sind. Inhaltlich zeigten sich jedoch ähnliche Entwicklungen unabhängig vom Systemtyp: So bildeten sich im 19. und 20. Jahrhundert europaweit Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosigkeitsversicherungen heraus, wohingegen eine separate Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zunächst in keinem System Aufmerksamkeit erfuhr (Oschmiansky und Kühl, 2010).

2.1.2 Gesundheitssysteme: Typologie und Unterschiede

Die Langzeitpflege zeigt sich verbunden mit (akut-)medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, weswegen sich vor dem Hintergrund der Qualitätsdarlegung zunächst eine Analyse der zugrundeliegenden Gesundheitssysteme anbietet, auch, weil der Gesundheitssektor als Teilbereich des Wohlfahrtsregimes aufgrund des demographischen Wandels von den Phänomenen Langzeitpflege und Pflegebedürftigkeit in zunehmendem Maße sowohl finanziell als auch organisatorisch konfrontiert ist. Zur Klassifizierung von Gesundheitssystemen wurden eine Vielzahl von Modellen entwickelt, um die Gesundheitssysteme anhand bestimmter struktureller Kennzeichen zu typisieren, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu identifizieren und um die Performanz des eigenen Systems im direkten Vergleich zu anderen Staaten darstellen zu können (Wendt, 2009; Wendt et al. 2009).

Bezüglich des *Finanzierungsregimes* von Gesundheitssystemen können *idealtypisch* drei wesentliche Modelle unterschieden werden: Das Bismarck-Modell, das Beveridge-Modell und der Markttyp, die in den einzelnen Volkswirtschaften jedoch zumeist als *Mischformen* umgesetzt wurden (Kulesher und Forrestal, 2013). Bei Gesundheitssystemen, die nach dem Beveridge-Typus² orientiert sind, werden die wohlfahrtsstaatlichen Leistungen primär durch Steuern finanziert, kennzeichnend sind ferner zentralisierte Organisationsschemata (*NHS – National Health Service*), eine öffentliche Verwaltungsstruktur sowie die Versorgung aller Bevölkerungsschichten auf gleichem Leistungsniveau. Beveridge-Systeme finden vor allem in den Commonwealth-Staaten (England, Neuseeland, Australien, Kanada) und den skandi-

² Beveridge-Systeme sind nach William Beveridge (1879-1963) benannt, der inmitten des 2. Weltkrieges durch den Beveridge-Report die Reformierung und Umgestaltung des britischen Systems der sozialen Sicherung anregte.

navischen Ländern (Kulesher und Forrestal, 2013; Rohwer, 2008; Busse, 2006; McPage et al. 2002).

Gesundheitssysteme, die nach dem Bismarck-Typus³ organisiert sind, werden primär durch Sozialversicherungssysteme finanziert. Je nach Ausgestaltung ist nur die Gruppe der versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch die Fürsorgeleistungen abgedeckt, häufig bestehen jedoch Familienversicherungen. Die Beiträge sind zumeist einkommensabhängig bei einheitlichem Beitragssatz zur Krankenversicherung strukturiert. Heute finden sich Sozialversicherungssysteme vor allem Deutschland, Österreich, Frankreich, Luxemburg und den Niederlanden (Kulesher und Forrestal, 2013; Rohwer, 2008; Busse, 2006; Oschmiansky und Kühl, 2010; Simonet, 2010). Beim *Markttyp* wird die medizinische Versorgung schließlich überwiegend privat (out-of-pocket oder über Privatversicherungen) finanziert. Der Typus findet sich in modifizierter Form u.a. in der Schweiz (einem Mischsystem bestehend aus Bismarck- und Marktelementen) und den Vereinigten Staaten (einem Mischsystem bestehend aus Beveridge- und Marktaspekten) (Kulesher und Forrestal, 2013; Wallace, 2013). Während in einem Beveridge-Gesundheitssystem die Leistungen der Langzeitpflege also mittels Steuern finanziert werden würden, müssten selbige in Bismarck-Staaten über Sozialversicherungsbeiträge bzw. in dem Markttypus folgenden Staaten out-of-pocket getragen werden. Wie noch zu zeigen sein wird, ist bei Fokussierung des *Pflegesystems* eine klare Zuordnung anhand der eben vorgestellten Trias jedoch deutlich schwerer möglich.

Da sich bei Betrachtung des Finanzierungsregimes jedoch kaum Aussagen über das Leistungsniveau treffen lassen, wird zur Typisierung von Gesundheitssystemen häufig auf den Ansatz von Esping-Andersen zurückgegriffen, demzufolge mit dem *liberalen*, dem *konservativ-korporatistischen* und dem *sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat* drei Regimetypen unterschieden werden können. Das Leistungsniveau des Gesundheitssystems ist in den liberalen Wohlfahrtsstaaten am geringsten, da hier (z.B. im Krankheitsfall) nur eine Minimalabsicherung gewährt wird und Transferleistungen bedürftigkeitsgeprüft werden. Zu den liberalen Wohlfahrtsregimen gehören z.B. England oder Australien. Hingegen ist die Leistungsbereitschaft der konservativen Wohlfahrtsstaaten wie Deutschland, Frankreich oder Österreich deutlich höher, da hier mittels der Sozialleistungen nicht nur eine Minimalabsicherung sondern auch eine Statusabsicherung angestrebt wird, dementsprechend hoch ist das Leistungsniveau im Gesundheitssystem, deren Finanzierung entweder durch Steuern oder im Rahmen von Sozialversicherungsbeiträgen erfolgt. Sozialdemokratische Wohlfahrtsregime, wie sie sich vor allem in den skandinavischen Staaten zeigen, zeichnen sich schließlich durch ihr sehr hohes Absicherungsniveau aus (im Gesundheitssystem manifestiert u.a. durch geringe Zuzahlungen und umfassende „Leistungskataloge“) (Oschmiansky und Kühl, 2010; Esping-Andersen

³ Sozialversicherungssysteme sind nach Otto von Bismarck (1815-1898) benannt, der ein solches als Reichskanzler in den 1880er Jahren im damaligen Deutschen Reich erstmals implementierte.

1990; Grossekkettler, 2003). In jüngerer Zeit wurden ferner Typologie-Ansätze entwickelt, um die Einzelaspekte zwischen den Finanzierungs- und Leistungsmodellen besser zu vereinen. So unterscheiden Korpi und Palme auf der Grundlage der Strukturierung der Alters- und Krankenversicherung fünf Idealtypen (Korpi und Palme, 1998; Minas, 2010).⁴ Festzuhalten bleibt, dass sich sowohl bezüglich der Finanzierung als auch des Leistungsniveaus von Gesundheitssystemen im Groben jeweils drei Typen differenzieren lassen.

2.1.3 Die Stellung der Langzeitpflege im System der sozialen Sicherung

Die Idee einer separaten Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit fand sich zunächst in keinem der Systemtypen und ist in Europa bis heute *uneinheitlich* geregelt. So finden sich Systeme mit eigener institutioneller Pflegeversicherung, neben Staaten, in denen die Langzeitpflege (Long Term Care = LTC) innerhalb des Krankenversicherungssystems (und damit nicht separiert von der Krankenversorgung und –pflege) angesiedelt ist. Ferner bestehen Systeme, in denen die Versorgung von Pflegebedürftigen sowie die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der sozialen Fürsorge *außerhalb* der eigentlichen Gesundheitssystems jedoch *ohne* bestehendes Pflegeversicherungssystem erfolgt. Schließlich können auch in Europa politische Systeme identifiziert werden, in denen bisher kaum staatliche Initiativen zur Absicherung gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit unternommen wurden, weswegen die Pflegekosten hier (in deutlich stärkerem Ausmaß als in anderen Ländern) out-of-pocket finanziert werden müssen (Wild, 2010; Costa-Font und Courbage, 2015; Allen et al. 2011).

Dementsprechend sind die aufgezeigten Modelle nur bedingt zur Typisierung der Pflegesysteme geeignet. Systeme mit eigener institutioneller Pflegeversicherung bzw. Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit in einem von der Gesundheitsversorgung separiertem Segment finden sich vor allem in Bismarck-Staaten, wie Deutschland, Frankreich oder Luxemburg. Darüber hinaus findet sich eine entsprechende Systematik auch in den Niederlanden: Hier stellt die Pflegeversicherung die erste von drei Säulen des *Krankenversicherungssystems* dar. Zu den Staaten, in denen die Pflegeleistungen im Rahmen der Krankheitsversicherung erbracht werden, gehören u.a. die Schweiz, die klassischen Beveridge-Staaten, wie z.B. Großbritannien, wo die Betreuung von Pflegebedürftigen im Rahmen des NHS erfolgt, sowie in Skandinavien. Regime, welche die Versorgung von Pflegebedürftigen außerhalb der eigentlichen Krankenversorgung ohne bestehende Pflegeversicherung organisieren, finden

⁴ Korpi und Palme unterscheiden zwischen dem zielgerichteten *Wohlfahrtsstaatsmodell* (das ein steuerfinanziertes minimales Absicherungsniveau gewährt und sich z.B. in Australien findet), dem *Grundsicherungsmodell* (z.B. in Irland, Großbritannien, den Niederlanden und der Schweiz; die Anspruchsberechtigung beruht hier entweder auf individuellen Beiträgen oder auf dem Prinzip der Staatsbürgerschaft und wird in Form von Pauschalzuwendungen erbracht), dem *freiwillig staatsunterstützten Modell* mit freiwillige Versicherungssystemen (z.B. in Dänemark), dem staatlich-korporatistischen Modell (hohe Leistungen, die durch Beiträge finanziert werden, z.B. in Deutschland, Österreich, Belgien oder Frankreich) und dem *umfassenden Modell* (z.B. Schweden oder Finnland), werden schließlich die Prinzipien des Grundsicherungs- und des staatlich-korporatistischen Modells miteinander kombiniert, da universelle Ansprüche nach dem Prinzip der Staatsbürgerschaft bestehen (Korpi und Palme, 1998; Minas, 2010).

sich u.a. in Australien. Ein nur gering ausgeprägtes institutionalisiertes Absicherungs-niveau ist schließlich für die Vereinigten Staaten und Osteuropa kennzeichnend (Wild, 2010; Costa-Font und Courbage, 2015; Pestieau und Ponthière, 2012; Allen et al. 2011; Schut und van den Berg, 2012; Courbage und Plisson, 2012; Comas-Herrera et al. 2012; Österle, 2012).

Bedeutend ist, dass Länder, die sich hinsichtlich der Alters- oder Krankheitsabsicherung eindeutig bestimmten Wohlfahrtsregimen zuordnen lassen (liberal, konservativ, sozialdemokratisch bzw. Bismarck- oder Beveridge), bei der Absicherung gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit *nicht* der Systemtypisierung des Gesundheitssystems folgen, sich hier also eine Erosion der Systemklassifizierung zeigt. Wie noch zu zeigen sein wird, kann selbiges insbesondere für Deutschland postuliert werden, da sich hier das Leistungsniveau von Kranken- und Pflegeversicherung (anders als z.B. in Luxemburg) deutlich voneinander unterscheiden (Graß et al., 2017). Ähnliches gilt für Frankreich, das eigentlich (aufgrund eines bestehendes Sozialversicherungssystems) als Bismarck-Staat typisiert werden kann, die Finanzierung der Pflegeversicherung aber durch Steuern organisiert (Wild, 2010).

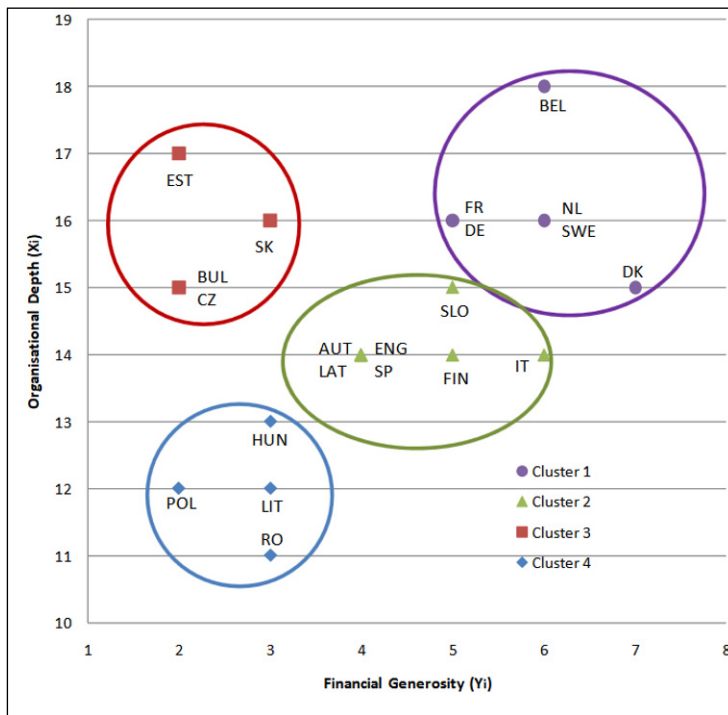


Abbildung 1: Cluster-Typisierung von Pflegesystemen
(Kraus et al. 2010)

Zur Kennzeichnung von Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten wird in den letzten Jahren auch bei der Langzeitpflege eine Klassifizierung in verschiedene Systemtypen versucht (Colombo, 2012; Schulz, 2011; Kraus et al. 2010; Damiani et al. 2011). Kraus et al. (2010) typisieren dabei die europäischen Pflegesysteme anhand dem institutionellen Organisationsgrad und der Übereinkünfte, in welcher Höhe Leistungen erbracht werden, in 4 Cluster, wie in Abbildung 1 dargestellt ist. Die dem ersten Cluster zugeordneten (zentraleuropäischen und skandinavischen) Staaten zeichnen sich dabei durch einen hohen Organisationsgrad (aufgrund der z.T. bestehenden Sozialversicherungssysteme) und eine hohe Leistungsbereitschaft aus. Der zweite Cluster (dem z.B. England zugeordnet werden kann) ist durch einen mittleren Organisationsgrad und eine mittlere Leistungsbereitschaft gekennzeichnet. Während die Leistungsbereitschaft bei hohem Verwaltungsaufwand im dritten Cluster gering ist, sind Organisationsgrad und Leistungsbereitschaft bei Staaten des vierten Clusters lediglich auf niedrigem Niveau. Sowohl im dritten als auch im vierten Cluster finden sich vornehmlich osteuropäische Staaten (Kraus et al. 2010). Festzuhalten bleibt, dass sich bei der Entwicklung der Systeme der sozialen Sicherung in Europa analoge (allerdings zeitverzögerte und hinsichtlich der Finanzierung und des Leistungsniveaus unterschiedlich zu typisierende) Entwicklungen im Bereich der Absicherung gegen Krankheit, Unfall, Alter und Arbeitslosigkeit zeigen, während bei der Langzeitpflege deutliche Unterschiede erkennbar sind. Während sich bei erstgenannten europaweit Versicherungssysteme implementierten, ist die institutionelle Organisation bei der Pflege uneinheitlich und erfolgte deutlich später, weswegen sich das Pflegesystem typologisch in einigen Staaten teilweise vom Finanzierungsregime oder Leistungsniveau des Gesundheitssystems unterscheidet. Diese Unterschiede gilt es bei der vergleichenden Darstellung der Qualitätsdimension in der Langzeitpflege zu berücksichtigen, eben weil die systemischen Unterschiede sowohl die Qualitätsdarlegung als auch die Qualitätsgestaltung der Pflege wesentlich determinieren. Vor diesem Hintergrund richtet sich der Fokus der vorliegenden Arbeit jetzt auf die systemischen Unterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz.

2.2 Pflegeprävalenz und Pflegebedürftigkeit

2.2.1 Entwicklung der Pflegequote in Deutschland und der Schweiz

Im Rahmen des demographischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme an älteren Menschen wird (sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland – allerdings beidseitig der Grenze mit deutlichen regionalen Unterschieden) prognostisch mit einer deutlichen Zunahme an Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2030 ausgegangen, wobei die Erhöhung der Pflegequote aus der geringen Geburtenrate (also der mittleren Anzahl an Geburten je Frau)⁵ und der

⁵ Aktuell (2015) findet sich in Deutschland und der Schweiz eine ähnlich hohe Geburtenrate (Deutschland: 1,51; Schweiz: 1,54 Geburten/ Frau) (Statistisches Bundesamt, 2016; Simoes et al. 2016b).

steigenden Lebenserwartung resultiert (Hackmann und Moog, 2009). Da somit immer größere Anteile der Bevölkerung auf Pflegeleistungen angewiesen sein werden, gewinnt auch die Sicherung bzw. Optimierung der *Pflegequalität* zunehmend an Bedeutung. Aktuell (Stand: 2016) werden in Deutschland 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Rahmen der Pflegeversicherung versorgt (Statistisches Bundesamt, 2017). Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen deutschlandweit um ca. ein Drittel auf 3,5 Millionen Betroffene erhöhen, allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden: Während im Stadtstaat Bremen mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen von 28 Prozent ausgegangen wird, werden es in Brandenburg prognostisch 72 Prozent sein. Die höchsten Steigerungsraten werden im Großraum München erwartet (> 100 Prozent) (Rothgang et al. 2012).

Für den Anstieg der relativen Pflegequote⁶ werden demographische Veränderungen sowie der Anstieg der Lebenserwartung verantwortlich gemacht: So wird sich in Deutschland der Anteil der über-60-Jährigen von jetzt 27,1 Prozent bis zum Jahre 2030 auf 34,6 Prozent erhöhen (Statistisches Bundesamt, 2015; BpB 2015). Aufgrund der Weiterentwicklungen in der Medizin bleibt zwar offen, ob aus einem Anstieg der *Lebenserwartung* (der einerseits dazu führt, dass sich der Anteil der Älteren erhöht, sich gleichzeitig aber auch die im Alter verbrachte Lebensspanne erhöht, da die Alten immer älter werden) zugleich auch ein Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen resultiert. Im Forschungsdiskurs steht hier die *Medikalisierungsthese* (die einen Anstieg der Morbidität mit zunehmendem Lebensalter und damit auch bei steigender Lebenserwartung postuliert) der *Kompressionsthese* gegenüber, die aufgrund der Weiterentwicklungen in der Medizin bei ansteigender Lebenserwartung von einer *Verringerung* der Zeitspanne, die unter Krankheit verbracht wird, ausgeht und somit eine Erhöhung der Anzahl der beschwerdefreien Lebensjahre (DALYs = disability-adjusted life years) annimmt (Trachte et al. 2014; Kroll und Ziese, 2009; Gruenberg, 1977; Fries, 1980). Allerdings steigt mit zunehmenden Alter (hier verstanden als Endprozess des Alterns, das durch biologische und kognitive Zerfallsprozesse gekennzeichnet ist) die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, beinahe exponentiell an. Während die Pflegequote bei den 65- bis 70-Jährigen 3,0 Prozent beträgt, steigt sie in den folgenden 5-Jahresschritten auf 5,0 Prozent (70- bis 75-Jährige), 9,8 Prozent (75- bis 80-Jährige), 21 Prozent (80- bis 85-Jährige) auf 38,2 Prozent an (85- bis 90-Jährige), um bei den Hochbetagten (> 90 Jahre) 64,4 Prozent zu betragen (Statistisches Bundesamt, 2015a; Kniejska, 2015). Da sich die Anzahl der über-65-Jährigen in den nächsten Jahren nicht nur *relativ*, sondern auch *absolut* erhöhen wird (von aktuell 16,9 Millionen auf 21,8 Millionen in 2030) (Statistisches Bundesamt, 2015), da die geburtenstarken Jahrgänge das Rentenalter erreichen, kann demographisch ziemlich sicher

⁶ Die relative Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung bzw. das Verhältnis der Anzahl aller Pflegebedürftigen einer Altersklasse zur Gesamtzahl der Angehörigen dieser Altersklasse. Wie noch zu zeigen sein wird, ist die Pflegequote in deutlicher Weise davon abhängig, wer entsprechend der sozialrechtlichen Vorgaben als pflegebedürftig gilt.

von einer steigenden Pflegequote ausgegangen werden. Bei 3,5 Millionen Pflegebedürftigen in 2030 werden nach aktuellen Berechnungen mehr als 500.000 Pflegekräfte in Deutschland fehlen, es ergeben sich also – freilich abhängig davon, wie sich der *Pflegeschlüssel*, also die Anzahl der pro Vollzeitkraft zu versorgende Anzahl an Pflegebedürftigen, entwickeln wird – deutliche Versorgungsdefizite (Rothgang et al. 2012; Statistisches Bundesamt, 2015b). Die Pflegequote wird deutschlandweit von jetzt 3,3 Prozent auf 4,5 Prozent im Jahre 2030 ansteigen (Statistisches Bundesamt, 2015).

Auch die Schweiz (Einwohnerzahl: 8 Millionen) ist aufgrund der demographischen Entwicklungen zugunsten eines Anstiegs der Alterskohorte der über-65-Jährigen von einer steigenden Pflegequote betroffen. Dem aktualisierten Referenzszenario des Bundesamtes für Statistik folgend, wird sich der Anteil der über-65-Jährigen an der schweizerischen Wohnbevölkerung zwischen 2010 und 2030 von 17,1 Prozent auf 24,2 Prozent erhöhen. Dementsprechend wird im gleichen Zeitraum von einem Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen von jetzt 120.000 (Stand: 2010) auf 180.000 ausgegangen (Höpflinger et al. 2011; Bayer-Oglesby und Höpflinger, 2010). Die Pflegequote der Gesamtschweiz wird dabei um ca. 40 Prozent von jetzt 1,5 Prozent auf 2,3 Prozent ansteigen (eigene Berechnung).

2.2.2 Entwicklung der Pflegequote in Lörrach und Basel

Etwas günstiger als im Bundesdurchschnitt gestaltet sich die Pflegequote in Baden-Württemberg (Einwohnerzahl: 10,5 Mio.): Hier waren Ende 2013 knapp 300.000 Menschen pflegebedürftig (2,8 Prozent der Bevölkerung), womit das Bundesland im direkten Ländervergleich (nach Bayern) über die zweitgeringste Pflegequote verfügte. Bis 2030 wird der Anteil der Pflegebedürftigen prognostisch um rund 35 Prozent auf 402.000 Betroffene ansteigen (Pflegequote: 3,6 Prozent) (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2016). Mit ca. 6.000 Pflegebedürftigen betrug die Pflegequote im Landkreis Lörrach 2013 2,7 Prozent, die bis zum Jahre 2030 (je nach Szenario) auf 3,2 bis 4,0 Prozent ansteigen wird (Simoes et al. 2016a, Simoes et al. 2016b).

Auch in der Schweiz zeigen sich auf kantonaler Ebene deutliche Unterschiede, die Pflegequote betreffend, die im gesamtschweizer Vergleich in der Region Basel schon heute sehr hoch ist. Prognostisch wird sich die Pflegequote im Kanton Basel-Stadt bis zum Jahre 2030 in Abhängigkeit vom betrachteten Szenario von jetzt 4,7 Prozent auf 4,8 bis 5,9 Prozent erhöhen, während im Kanton Basel-Landschaft ein Anstieg von jetzt 3,9 Prozent auf 5,2 Prozent bis 6,4 Prozent prognostiziert wird (Simoes et al. 2016a, Simoes et al. 2016b).

Der direkte Vergleich der Pflegequote zwischen Deutschland und der Schweiz ist dabei durch systembedingte Unterschiede in der zugrundeliegenden Definitionen darüber, was unter Pflegebedürftigkeit zu verstehen ist, erschwert, wie im nächsten Unterkapitel zu zeigen sein

wird. Außerdem müssen Statistiken, die zum Ländervergleich herangezogen werden, stets aufgrund etwaiger methodischer Unterschiede in der Kennzahlberechnung reflektiert werden. Ferner ist in beiden Ländern von einer Dunkelziffer die Pflegeprävalenz betreffend auszugehen, da nur jeweils diejenigen Pflegebedürftigen erfasst werden, die Leistungen im Rahmen der sozialen Sicherung beziehen. Festgehalten werden kann jedoch, dass die Pflegequote in Deutschland höher ist als in der Schweiz, die im deutschen Vergleich sehr niedrige Anzahl an Pflegebedürftigen im Landkreis Lörrach jedoch *geringer* ausfällt als in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, die im gesamtschweizer Vergleich wiederum über hohe Pflegequoten verfügen.

Die anzunehmende Zunahme an Pflegebedürftigen wird beidseitig der Grenze Implikationen für die Pflegequalität mit sich führen. Beide Systeme stehen vor der Herausforderung, die Pflegequalität bei zunehmender Pflegequote aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern. Bisher fehlen jedoch wirkungsvolle Instrumentarien, welche die Aufrechterhaltung bzw. die Verbesserung der Pflegequalität garantieren könnten, auch, weil der aktuelle Status quo, also die jetzige Pflegequalität, nur unzureichend erhoben, erforscht und verstanden ist.

2.3 Pflegebedürftigkeit und Hilflosigkeit: Begriffsdimensionen

Wenn die *Qualität der Langzeitpflege* grenzüberschreitend analysiert werden soll, ist insbesondere auch von Relevanz, welche Kriterien erfüllt sein müssen, um Leistungen im Rahmen der Langzeitpflege zu erhalten. Damit entscheidet auch die vom System zugrunde gelegte Definition von Pflegebedürftigkeit darüber, welche Klientel unter welchen Bedingungen Pflegeleistungen erhalten kann, womit bereits die definitorische Ebene die Qualitätsdarlegung beeinflusst wird. Grundsätzlich handelt es sich beim Terminus der Pflegebedürftigkeit um einen vielschichtigen und mehrdimensionalen Begriff, der in Abhängigkeit der definierenden Fachdisziplin die Kriterien festlegt, ab wann ein Individuum auf Langzeitpflege angewiesen ist, weswegen er klar vom Begriff der Krankenpflege abgegrenzt werden muss. Nach pflegewissenschaftlicher Auffassung tritt Pflegebedürftigkeit dann ein, wenn *„Menschen Beeinträchtigungen nicht selbst kompensieren können und Hilfe benötigen. [...] Es geht um die Frage, wie selbständig das Alltagsleben gelebt und Gesundheit im Sinne der Förderung von Selbständigkeit unterstützt werden kann. Pflegebedürftigkeit bildet somit zum einen Defizite wie eingeschränkte Selbständigkeit und verminderte Alltagskompetenzen der Menschen ab, die mit einem Verlust von physischer und/oder psychischer Leistungskompetenz einhergehen. In diesem Sinne kann Pflegebedürftigkeit als eine beeinträchtigte Autonomie bei der Lebensgestaltung betrachtet werden, die eine Abhängigkeit von Hilfe bei der Gestaltung des Alltags bedingt“* (Hasseler, 2007). Die *Pflege* von pflegebedürftigen Personen umfasst dementsprechend *„die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung [...] Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy) [und]*

Förderung einer sicheren Umgebung“ (Isfort, 2011). Für vorliegende Arbeit ist jedoch vor allem die *sozialrechtliche* Definition der Pflegebedürftigkeit bedeutsam, bei der vor allem die Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung fokussiert werden, weswegen sich die pflegewissenschaftliche Konzeption der Pflegebedürftigkeit nur eingeschränkt mit der sozialrechtlichen Begrifflichkeit deckt (Hasseler, 2007). Auch auf begrifflicher Ebene haben sich unterschiedliche Vorstellungen innerhalb der Systeme durchgesetzt, was bedeutsam ist, da die Höhe der Hilfsleistungen auch vom zugrundeliegenden Pflegebedürftigkeitsbegriff abhängig ist. Im deutschen Sozialrecht (gemäß SGB XI, § 14) galten 2016 als pflegebedürftig Personen, *„die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höheren Maße der Hilfe bedürfen“* (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016a).

Der im deutschen Sozialrecht genutzte Begriff der Pflegebedürftigkeit findet sich auf Schweizer Seite kaum, korrespondiert hier aber mit dem vom Bundesrat genutzten Terminus der Hilflosigkeit, obwohl z.B. im Krankenversicherungsgesetz auch auf den Ausdruck Pflegebedürftigkeit zurückgegriffen wird (SSR, 2007). Als hilflos gilt dabei allgemein, wer *„für alltägliche Lebensvorrichtungen (Ankleiden, Toilette, Essen etc.) dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf“* (Geissbühler und Michaelis, 2012). Die Unterschiede der Begrifflichkeiten müssen bei der vergleichenden Analyse der Pflegequalität beider Staaten berücksichtigt werden, wobei bedeutsam ist, dass der Begriff der *Hilfsbedürftigkeit* im Schweizer Sozialrecht entsprechend dem Terminus der *Pflegebedürftigkeit* genutzt wird.⁷

⁷ Auch das deutsche Sozialrecht nutzt den Begriff der Hilflosigkeit und zwar in zweierlei Hinsicht. Einerseits zur Kennzeichnung von Personen (z.B. Langzeitarbeitslosen) mit Anspruch auf Leistungen im Rahmen der Grundsicherung (ALG II) außerhalb der Arbeitslosenversicherung entsprechend SGB II, § 9 (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016b), andererseits im Rahmen des Schwerbehindertenrechts (VDK, 2007). Das Merkzeichen „Hilflosigkeit“ wird dabei bei hochgradiger Behinderung und/ oder Bettlägerigkeit zuerkannt, womit im Grunde Personen bedacht werden, die nach SGB XI auch pflegebedürftig sind.

2.4 Pflegebezogene Aspekte der sozialen Sicherungssysteme

2.4.1 Pflege (-bedürftigkeit) im deutschen System

2.4.1.1 Das Sozialversicherungssystem in Deutschland: Abriss

Wenngleich das System der sozialen Sicherung in Deutschland aufgrund der bestehenden Sozialversicherung zu den Bismarck-Systemen bzw. zu den konservativen Wohlfahrtsregimen klassifiziert wird, handelt es sich strenggenommen um ein Mischsystem bestehend aus Bismarck-, Beveridge- und out-of-pocket-Elementen, da nicht alle Aspekte der sozialen Sicherung von der Sozialversicherung abgedeckt werden (Oschmiansky und Kühl, 2010; Busse, 2006). Das zugrundeliegende Sozialstaatsprinzip ist in Art. 20 GG formuliert,⁸ Hauptnorm ist das Sozialgesetzbuch (SGB I bis SGB XII), als Grundprinzipien gelten die Subsidiarität und die Solidarität (Schubert und Klein, 2016). Die Ursprünge des modernen Sozialstaates finden sich in Deutschland in den 1880ern, als durch Reichskanzler Otto von Bismarck ein zunächst dreisäuliges Sozialversicherungssystem geschaffen wurde, um für die wachsende Arbeiterschicht im Kontext der voranschreitenden Industrialisierung des prosperierenden Deutschen Reiches eine Absicherung gegen die Risiken Alter, Krankheit und Unfall zu schaffen (Schmidt, 2005; Stolleis, 2003). 1927 wurde das Sozialversicherungssystem um eine Arbeitslosenversicherung und 1995 um eine gesetzliche Pflegeversicherung ergänzt, weswegen nach Schmidt (2005) aktuell ein fünfsäuliges Sozialversicherungssystem bestehend aus Kranken-, Pflege-, Unfall-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung angenommen wird. Da *nicht* alle Leistungen des deutschen Systems der sozialen Sicherung über Sozialversicherungen finanziert werden, ist strenggenommen ein mindestens siebensäuliges Sozialsystem realisiert.⁹ Die Finanzierung der fünf Sozialversicherungen erfolgt beitragsfinanziert über Abgaben der Solidargemeinschaft (für Einkünfte oberhalb von 450 Euro), der Arbeitgeber (z.T. paritätisch organisiert) und in zunehmendem Maße auch über Bundeszuschüsse (Liebig, 2016; Oschmiansky und Kühl, 2010; Busse, 2006). Aktuell summiert sich die Gesamtbelastung für Arbeitnehmer auf ca. 20 Prozent des Bruttogehalts (Liebig, 2016). Tabelle 1 zeigt das aktuelle Beitragsregime der Kranken- und Pflegeversicherung und die Aufteilung der Kosten zwischen Arbeitgeber (AG) und -nehmer (AN).

Der Gesamtbeitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung betrug 2016 2,35 Prozent des Bruttogehalts. Daraus resultierten im Jahre 2015 Gesamteinnahmen in Höhe von 30,7 Milliarden Euro, die zur Finanzierung der festgelegten Pflegeleistungen von aktuell 2,9 Millionen Pflegebedürftigen aufgewendet wurden (Bundesministerium für Gesundheit, 2016a). Daraus ergeben sich Implikationen für die Pflege*qualität*, da offen bleibt, ob die finanzielle Ausstat-

⁸ Art. 20, GG, Abs. 1: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“

⁹ Aspekte der sozialen Sicherung, die nicht von Sozialversicherung getragen sind, werden primär durch Steuergelder finanziert (z.B. Kindergeld, Wohngeld, Gewaltopfer-/Kriegsopferfürsorge, Hilfe für Arbeitssuchende/ Arbeitslosengeld II (da bei Arbeitssuchenden in Abhängigkeit vom Alter und der Dauer der zuletzt ausgeübten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nur 6 bis 24 Monate Anspruch auf Leistungen im Rahmen der Arbeitslosenversicherung besteht) (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016c).

tung für die Einhaltung der vorgegebenen Qualitätsstandards genügt bzw. das Finanzierungsregime das Leistungsniveau und damit auch die Qualität determiniert.

Tabelle 1: Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Stand: 2016)
(Liebig, 2016)

Art der Sozialversicherung	Gesamtbeitrag	Anteil AG	Anteil AN
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	14,6 Prozent	7,3 Prozent	7,3 Prozent
Gesetzliche Pflegeversicherung	2,35 Prozent ¹⁰	1,175 Prozent	1,175 Prozent ¹¹

2.4.1.2 Kennzeichen des Kranken- und Pflegeversicherungssystems

Anders als in anderen Bismarck-Staaten hat sich in Deutschland als mittlerweile beinahe einziger Volkswirtschaft ein duales System bestehend aus der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung (GKV und PKV) erhalten, womit sich auch bei der Pflegeversicherung eine entsprechende Zweitteilung ergibt. Der Anteil derjenigen Bürgerinnen und Bürger, die primär bei einer Gesetzlichen Krankenkasse (organisiert nach SGB V) versichert ist, beträgt ca. 85 Prozent, zur PKV bestehen institutionelle und monetäre Zugangsbeschränkungen (Busse und Riesberg, 2005).¹² Der Grundbetrag zur GKV ist gesetzlich festgeschrieben (vgl. Tabelle 1), wird gemäß des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs über den Gesundheitsfonds an die Kassen verteilt und ist *einkommensabhängig*, allerdings nur bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) (Stand 2016: 50.850 Euro) (Busse und Riesberg, 2005; Liebig, 2016; Gerlinger, 2014; Jacobs und Wasem, 2013).¹³ Leistungsbereitschaft und Leistungsqualität der GKV gelten im internationalen Vergleich als hoch und werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für alle Gesetzlichen Krankenkassen verbindlich festgelegt. Allerdings muss entsprechend § 70, SGB V *„die Versorgung der Versicherten [...] ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“*, von Bedeutung ist also die Versorgungs*qualität*, die umrissen und der Bedeutung zugemessen wird (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016d).

Die GKV ist als Familienversicherung konzipiert, es gilt das Sachleistungsprinzip mit nur geringen Zuzahlungen¹⁴, weswegen private Zusatzversicherungen (außer für Zahnersatz) bisher kaum eine Rolle spielen (Colombo und Tapsay, 2004; Busse und Riesberg, 2005;

¹⁰ Zum 01.01.2017 ist der Gesamtbeitragssatz auf 2,55 Prozent (bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose) angestiegen, der weiterhin paritätisch entrichtet wird.

¹¹ Gilt nicht für das Bundesland Sachsen. Hier ist die AG-/ AN-Aufteilung nicht paritätisch, da der AN-Anteil im Tausch zur Beibehaltung des Buß- und Bettages als Feiertag 0,5% höher ist.

¹² Berechtigt zum Übertritt in eine PKV sind Selbstständige, Freiberufler und Existenzgründer, sowie abhängig Beschäftigte, deren Bruttojahreslohn die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) übersteigt (Busse und Riesberg, 2005). Die JAEG beträgt aktuell (2016) 56.250,00 Euro (Liebig, 2016). Beamteninnen und Beamte werden über die PKV direkt vom Staat versorgt.

¹³ Seit 2015 sind die GKV-Kassen zusätzlich gemäß § 242, SGB V zur Erhebung eines ausschließlich von den AN zu tragenden Zusatzbeitrages befugt, wenn die Kosten nicht gedeckt sind (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016d).

¹⁴ 10 Prozent auf rezeptpflichtige Arzneimittel und Hilfsmittel (mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro); Bei stationären Krankenhausleistungen zahlen volljährige Versicherte der GKV je Kalendertag des Krankenhausaufenthalts 10 Euro für längstens 28 Tage im Jahr.

Böckmann, 2011; Nagel, 2007). Während die Beiträge für die GKV (bis zur BBG) einkommensabhängig sind, sind als Berechnungsgrundlage der PKV das Äquivalenz- und das Kostenersatzungsprinzip maßgebend (Böckmann, 2011). Momentan (Stand Januar 2016) sind in Deutschland 117 gesetzliche Krankenkassen organisiert, denen aktuell 44 privatrechtlich organisierte Versicherungen gegenüberstehen (GKV-Spitzenverband, 2016; Mißfeld, 2016). Im OECD-Vergleich steht das deutsche Gesundheitssystem hinsichtlich der Gesamtkosten im Verhältnis zum BIP/ GDP an fünfter Stelle (11 Prozent (Deutschland) vs. 8,9 Prozent (OECD) in 2013) (OECD, 2015).

2.4.1.3 Rechtliche Grundlagen des Pflegesystems

Seit 1995 besitzt Deutschland mit der gesetzlichen Pflegeversicherung eine fünfte Säule innerhalb des Sozialversicherungssystems, dessen normative Grundlage SGB XI bildet. Träger der Pflegeversicherung bilden die Pflegekassen, die bei den Krankenkassen verortet sind. Analog zur Krankenversicherung besteht auch bei der Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in Deutschland eine Versicherungspflicht. Mitglieder der GKV sind bei der zu ihrer Krankenversicherung gehörigen Pflegekasse versichert, privat Krankenversicherte verfügen über eine private Pflegeversicherung bei ihrer Krankenkasse (Nagel, 2007; Bundesministerium für Gesundheit, 2016; Gerlinger und Röber, 2014; Riedel, 2003; Schulz, 2010). Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, die Pflegesituation der Betroffenen zu verbessern, einen Beitrag zur Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung des demographischen Wandels zu leisten und pflegende Angehörige hinsichtlich der Finanzierung der Pflegekosten zu unterstützen (Nagel, 2007). Aus den drei Funktionen ergeben sich Implikationen für die Qualitätsdarlegung. Anders als die GKV ist die soziale Pflegeversicherung nicht als Vollversicherung konzipiert, da Leistungen nicht in der erforderlichen Höhe, sondern nur bis zu einer festgelegten Höchstgrenze finanziert werden (Nagel, 2007; Bundesministerium für Gesundheit, 2016; Gerlinger und Röber, 2014). Aufgrund der limitierten Leistungsbereitschaft besteht insbesondere bei der stationären Pflege die Notwendigkeit von z.T. hohen Zuzahlungen, die seitens der Pflegebedürftigen resp. deren Angehörigen entrichtet werden müssen. Die Bedeutung von privaten Zusatzversicherungen für die Langzeitpflege ist daher im Zunehmen begriffen (Clade, 2014). Im OECD-Vergleich gilt das Pflegesystem hinsichtlich der Gesamtkosten im Vergleich zum BIP/ GDP als unterdurchschnittlich finanziert (1 Prozent vs. 1,6 Prozent, vgl. Abbildung 2) (Robertson et al., 2013; OECD, 2013).

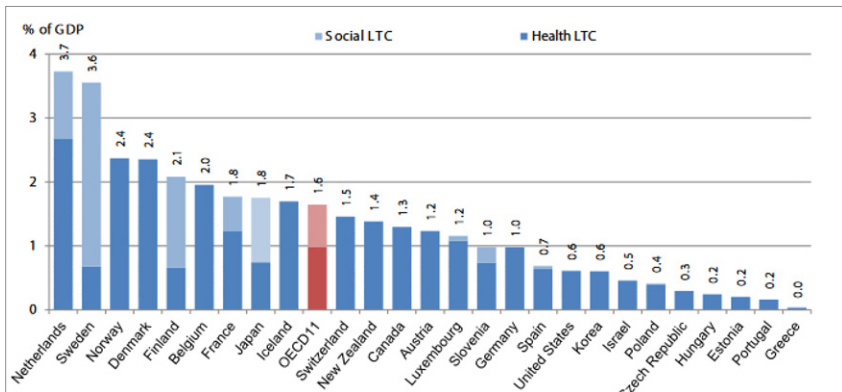


Abbildung 2: Pflegeausgaben Deutschlands im OECD-Vergleich (Stand: 2013)
(OECD, 2013)

2.4.1.4 Pflegestufen und -leistungen der Pflegeversicherung

Bei vorliegender Pflegebedürftigkeit entsprechend der dargelegten Definition besteht Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, deren Leistungsumfang in § 14, SGB XI niedergelegt ist. Konkret heißt es, dass Unterstützung bei allen Abläufen des täglichen Lebens geleistet werden soll, die mit den Aspekten Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung näher konkretisiert wird: *„Die Hilfe [...] besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind: im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung (1.), im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung (2.), im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (3.), im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen (4).“* (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016a). Unterschieden wurden zur Zeit der Befragung im deutschen System drei Pflegestufen (§ 15, SGB XI), wie in Tabelle 2 dargestellt. Für alle Pflegestufen werden vom Gesetzgeber monatliche Leistungssätze festgelegt, darüber hinaus anfallende Kosten müssen selbst finanziert werden. Wie in Tabelle 2 dargestellt, wird bei den Leistungssätzen nach der Art der Pflege unterschieden. Pflegegeld wird bei familiärer Pflege ausgezahlt, während Anspruch auf Pflegesachleistungen besteht, wenn Pflegeleistungen durch ambulante Dienste erbracht werden. In allen Pflegestufen ist der Leistungssatz bei vollstationärer Pflege am höchsten (Bundesministerium

der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016a). Daneben können u.a. Hilfen zur Kurzeit-, teilstationären- und Tagespflege, sowie Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen beantragt werden (§ 28, SGB XI). Zum 01. Januar 2017 wurden die Pflegestufen zugunsten von 5 Pflegegraden abgelöst, was für vorliegende Arbeit lediglich im Rahmen der Prospektive von Bedeutung ist, da die Erhebung der empirischen Daten vor Inkrafttreten der Reform abgeschlossen wurde.

Tabelle 2: Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in den Pflegestufen, differenziert nach Pflegeart (Stand: 2016)
(Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016a)

Pflegestufe	Kennzeichen der Pflegestufe	Pflege-geld	Pflegesach-leistung	Leistungen zur vollstationären Pflege
Stufe 0	Dementielle Erkrankung	123 Euro	231 Euro	-
Stufe I	<i>erhebliche Pflegebedürftigkeit</i> (Pflegeaufwand/ Tag: ≥ 90 min; davon ≥ 45 min für Grundpflege)	244 Euro	468 Euro	1.064 Euro
Stufe I (mit Demenz)		316 Euro	689 Euro	-
Stufe II	<i>schwere Pflegebedürftigkeit</i> (Pflegeaufwand/ Tag: ≥ 3 h; davon ≥ 2 h für Grundpflege)	458 Euro	1.144 Euro	1.330 Euro
Stufe II (mit Demenz)		545 Euro	1.298 Euro	-
Stufe III	<i>schwerste Pflegebedürftigkeit</i> (Pflegeaufwand/ Tag: ≥ 5 h; davon ≥ 4 h für Grundpflege)	728 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro
Härtefall		-	1.995 Euro	1.995 Euro

2.4.1.5 Pflegesituation in Deutschland

Wenngleich in § 8, SGB XI dargelegt wird, dass „die pflegerische Versorgung der Bevölkerung [...] eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ sei (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016a), müssen häufig *individuelle Lösungen* zur Bewältigung der mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten und organisatorischen Herausforderungen getroffen werden, da die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht ausreichen, um die Pflegekosten zu decken. So besteht in Pflegestufe 3 eine durchschnittliche monatliche Deckungslücke von 1.950 Euro (ambulantes Setting), bzw. 1.750 Euro (stationäres Setting), die hauptsächlich out-of-pocket finanziert werden muss (Abbildung 3 und 4). Auch vor dem Hintergrund der finanziellen Belastung ist die Frage nach der *Pflegequalität* der professionellen Pflege also von hoher Relevanz, die sich in der Differenzierung nach Pflegesettings widerspiegelt, wie im Folgenden dargelegt:

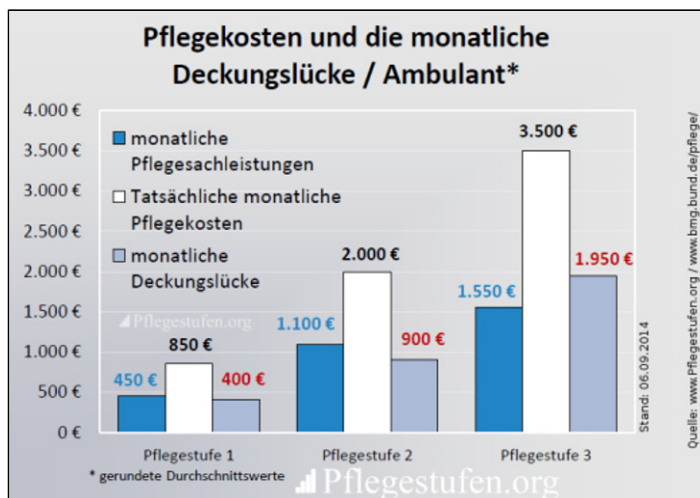


Abbildung 3: Deckungslücke ambulante Pflege
(Neubauer, 2016)

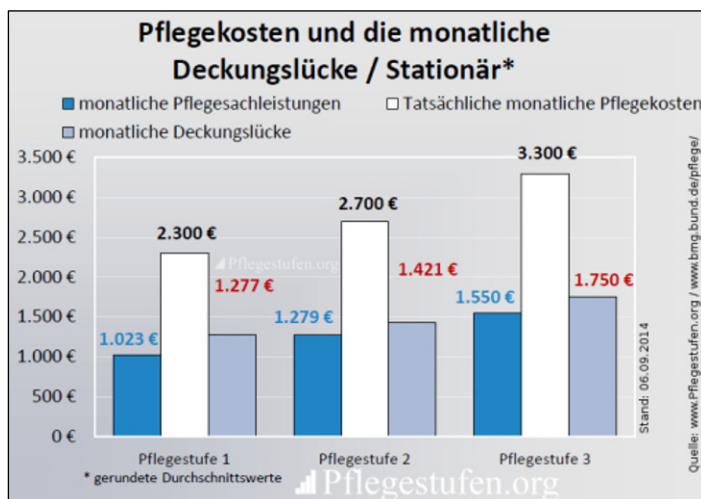


Abbildung 4: Deckungslücke stationäre Pflege
(Neubauer, 2016)

Von den 2,9 Millionen erfassten Pflegebedürftigen werden ca. 50 Prozent *vollständig* von Angehörigen versorgt (Haberkorn und Brandt, 2010; Schulz und Geyer, 2014; Statistisches Bundesamt, 2017), womit der Anteil der Pflegebedürftigen ohne stationäre Pflege 73 Prozent beträgt (1,38 Millionen erhalten Pflegegeld und 692.000 Pflegesachleistungen). Insgesamt

783.000 (27 Prozent) werden vollstationär in Heimen versorgt (Statistisches Bundesamt, 2017).

Die Anzahl der tatsächlichen Pflegebedürftigen übersteigt dabei die der Empfänger von Pflegeleistungen, da nicht alle Betroffenen erfasst werden können, familiäre Pflege also auch abseits von sozialrechtlicher Unterstützung stattfindet. 64 Prozent aller pflegenden Angehörigen leisten eine weitgehend unbezahlte „Rund um die Uhr Pflege“, die im Umfang oft einer Vollzeitbeschäftigung entspricht, oder diese sogar übersteigt (Schneekloth und Wahl, 2005).

73 Prozent der pflegenden Angehörigen im erwerbsfähigen Alter sind Frauen (Emrich et al. 2011), für welche die Pflegetätigkeit häufig Verlust der bisherigen Tätigkeit, Teilzeitbeschäftigung und Arbeitslosigkeit impliziert, woraus sich u.a. Negativauswirkungen auf die Rentenansprüche der familiär Pflegenden ergeben (Stroka und Linder, 2016; Rothgang und Unger, 2013). Der Produktionswert der Familienpflege in Deutschland wurde bereits 1997 auf 52,2 Mrd. Euro summiert, während die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung im gleichen Jahr lediglich 14,2 Mrd. Euro erreichten (Schneider, 2006). Auch bei Fokussierung der Pflegequalität stellt sich in deutlicher Weise also auch die Frage, welcher Wert der Pflegetätigkeit an sich zugebilligt wird bzw. werden sollte (Value of Care) und zwar im familiären als auch im professionellen Setting.

2.4.2 Pflege und Hilflosigkeit im Schweizer System

2.4.2.1 Das System der sozialen Sicherung in der Schweiz: Abriss

In der Schweiz begann der Aufbau des modernen Sozialstaates erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts.¹⁵ Heute besteht ein Sozialversicherungssystem nach Bismarck-Typus, dass

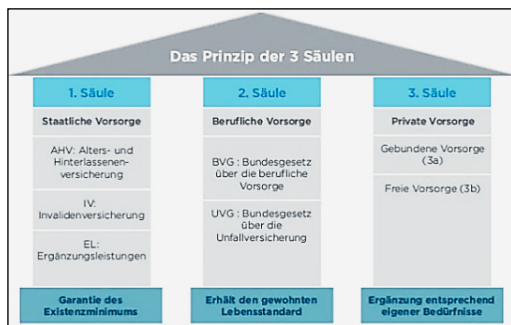


Abbildung 5: Kernaspekte des Sozialversicherungssystems in der Schweiz
(Bonus.ch, 2016)

jedoch nur Teilaspekte der sozialen Sicherung abdeckt, während sich in anderen Segmenten ridge- und Marktsystematiken zeigen (Mäder, 2014). lich setzt sich das System der sozialen Sicherung in der Schweiz aus fünf Teilaspekten zusammen: Zunächst dem „Dreisäulensystem“, das den eigentlichen Kern der Sozialversicherung bildet und die Alters-,

¹⁵ So wurden Sicherungssysteme gegen die Risiken Alter (1947), Unfall (1981) und Invalidität (1959) erst nach dem 2. Weltkrieg in der Gesamtschweiz eingeführt (Oschmiansky und Kühl, 2010).

Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge beinhaltet. Zweitens der Schutz vor Krankheit und Unfall (Kranken- und Unfallversicherungen), drittens der Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft, viertens die Arbeitslosenversicherung sowie fünftens sog. „Familienzulagen“, um die durch Kinderbetreuung entstehenden Kosten abzufedern (Bundesamt für Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft, 2015). Hauptnorm ist die Schweizerische Bundesverfassung (Art. 111-118), die für das „Dreisäulensystem“ folgendes vorgibt: *„Der Bund trifft Massnahmen für eine ausreichende Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Diese beruht auf drei Säulen, nämlich der eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, der beruflichen Vorsorge und der Selbstvorsorge“* (Bundesrat Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016a). Wie in Abbildung 5 dargestellt, soll die erste Säule das Existenzminimum garantieren und enthält die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Invalidenversicherung (IV), sowie Ergänzungsleistungen. Sie ist obligatorisch für alle und wird durch Sozialversicherungsabgaben paritätisch durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert (AHV: 8,4 Prozent gesamt, je 4,2 Prozent; IV: 1,4 Prozent gesamt, je 0,7 Prozent) (Bundesamt für Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft, 2015).¹⁶ Die anderen vier Aspekte des Systems der sozialen Sicherung (insbesondere die Krankenversicherung) werden nicht durch Sozialversicherungsbeiträge, sondern durch Kopfpauschalen im Rahmen von Prämiensystemen und durch Beiträge der öffentlichen Hand (sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonalebene) finanziert (Mäder, 2014; Bundesamt für Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft, 2015). Von Relevanz ist der starke Föderalismus: Bundeseinheitlich werden nur Rahmenbedingungen vorgegeben, deren genaue Ausgestaltung den 26 Kantonen und rund 3.000 Gemeinden obliegt (Wicki, 2001).

2.4.2.2 Kennzeichen des Krankenversicherungssystems

Die Krankenversicherung als ein wesentlicher Aspekt des Systems der sozialen Sicherung gehört in der Schweiz (wie dargelegt) nicht zur primär beitragsfinanzierten Sozialversicherung und wurde in seiner jetzigen Form erst 1994 in der Gesamtschweiz eingeführt.¹⁷ Wie in Deutschland besteht auch in der Schweiz eine Krankenversicherungspflicht für Jedermann, allerdings ohne Konzipierung als Familienversicherung. Die zu entrichtenden Prämien müssen direkt entrichtet werden, da sie nicht vom Arbeitgeber eingezogen werden (Bundesamt für Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft, 2015). Entsprechend der

¹⁶ Im Rahmen der 2. Säule soll das Leistungsniveau bei Eintritt der Risiken Alter, Tod des Partners oder der Eltern und Invalidität so weit angehoben werden, dass der gewohnte Lebensstandard (mit Abstrichen) erhalten werden kann. Die zweite Säule ist für alle selbstständig und nichtselbstständig Tätigen Pflicht, die ein festgelegtes Mindesteinkommen erzielen und in der ersten Säule bei der AHV versichert sind. Die Beiträge sind paritätisch aufgeteilt, wobei der Beitragssatz durch die jeweilige Vorsorgeeinrichtung des Arbeitgebers festgelegt wird (Bundesamt für Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft, 2015). Die dritte Säule setzt sich schließlich aus freiwilligen, individuellen Beiträgen zusammen, die es den Versicherten ermöglichen, Versorgungslücken zu schließen und das Leistungsniveau bei der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge weiter zu erhöhen.

¹⁷ Zuvor bestand (seit 1911) ein Prämiensystem (KUVG), bei dem Versicherungsprämien nach dem Eintrittsalter abgestuft waren, was alte, potentiell pflegebedürftige Bürger übermäßig belastete.

Schweizerischen Bundesverfassung, Art. 117, erlässt der Bund Vorschriften über die Krankenversicherung, die dann auf kantonaler Ebene weiter spezifiziert werden (Bundesrat Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016a). Die wesentlichen Vorgaben sind dabei im Krankenversicherungsgesetz (KVG) niedergelegt, wobei auch die Schweiz die Leistungen anhand der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit begrenzt (Art. 32, KVG) (Bundesrat Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016b). Darüber hinaus besteht (ebenfalls analog zum deutschen GKV-System) ein vorgegebener Leistungskatalog, da alle Krankenversicherer den gleichen gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsumfang übernehmen müssen (Bundesrat Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016c).¹⁸ Das Leistungsniveau der Schweizerischen Krankenversicherungen entspricht nicht jenem einer Vollversicherung und ist insbesondere durch Franchiseorganisation und z.T. hohe Selbstbeteiligungen limitiert, weswegen private Zusatzversicherungen eine wichtige Rolle spielen (Colombo und Tapsay, 2004).¹⁹ Der von den Versicherten zu entrichtende Beitrag ist *einkommensunabhängig* und darf von den Kassen unter Beachtung mehrerer gesetzlicher Restriktionen frei festgelegt werden (Kopfprämie), wobei seitens des Bundesamtes für Gesundheit Altersgruppen und Prämienregionen definiert werden. Die Beitragshöhe ist jedoch abhängig vom gewählten Versorgungsmodell,²⁰ ferner gilt das Kostenerstattungsprinzip. Es besteht eine freie Versicherungswahl, wobei nicht alle Kassen in allen Kantonen/ Prämienregionen verfügbar sind (Nold, 2015; Indra et al. 2015; Eling und Parnitzke, 2006). Hinsichtlich der Gesamtkosten in Relation zum BIP/ GDP steht das Schweizer Gesundheitssystem mit 11,1 Prozent im OECD-Vergleich an dritter Stelle (OECD, 2015).

2.4.2.3 Rechtliche Vorgaben und Normen des Pflegesystems

Anders als in Deutschland hat sich in der Schweiz für die Langzeitpflege kein gesonderter Zweig der Sozialversicherung bzw. des Systems der sozialen Sicherung herausgebildet. Bei vorliegender Hilflosigkeit greifen sowohl Leistungsaspekte der Krankenversicherung als auch der AHV und IV, die zusammengenommen einen Großteil der anfallenden Pflegekosten kompensieren, zumal Zuschüsse seitens der Kantone erfolgen. Während in Deutschland der Maximalbetrag festgelegt ist, der in Abhängigkeit von der Pflegestufe von der Pflegeversicherung übernommen wird, wurde in der Schweiz entsprechend Art. 25a, Absatz 5 KVG ein von den Pflegebedürftigen selbst zu tragender Maximalbetrag definiert: *„Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden.*

¹⁸ Den Kassen ist es dabei anders als in Deutschland nicht gestattet, darüber hinaus gehende „freiwillige“ Leistungen zu vergüten, wie im Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) dargelegt.

¹⁹ Der Franchise-Betrag bildet die Schwelle, unterhalb der sämtliche anfallenden Kosten vom Versicherten selbst getragen werden müssen. Er ist relativ frei aushandelbar, darf bei Erwachsenen aber nicht unter 300 CHF und nicht über 2.500 CHF liegen. Der Selbstbehalt an den nach Abzug der Franchise verursachten Kosten beträgt i.d.R. 10 Prozent (Maximalbetrag pro Jahr: 700 CHF). Bei Minderjährigen gelten beim Franchise und der Selbstbeteiligung reduzierte Beträge.

²⁰ Als Alternativen stehen hier Hausarzt- und Bonusmodelle, das Modell der freien Arztwahl und das Health Maintenance Organization Modell zur Verfügung.

Die Kantone regeln die Restfinanzierung“ (Bundesrat Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016b). Die Höhe bzw. der Anteil an den Gesamtpflegekosten, welche von der Krankenversicherung übernommen werden, bleibt dabei undefiniert und wird zwischen der Versicherung des Pflegebedürftigen und dem zuständigen Kanton individuell ausgehandelt, da Art. 25a, Abs. 1 KVG nur allgemein auf die Beteiligungspflicht der Krankenversicherung hinweist: „Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden“ (Bundesrat Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016b). Wenn der Zustand der Hilflosigkeit ununterbrochen mindestens ein Jahr bestanden hat, werden darüber hinaus Leistungen der IV (bei Pflegebedürftigen, welche das Renteneintrittsalter noch nicht erreicht haben) bzw. der Hilflosenentschädigung im Rahmen der AHV fällig (Bundesrat Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016d),²¹ womit die nicht von der Krankenversicherung und den Kantonen finanzierten 20 Prozent der Gesamtpflegeaufwendungen häufig gedeckt werden können (Indra et al. 2015; Portenier et al. 2015; Wild, 2010). Im internationalen Vergleich entspricht der Anteil der Gesamtkosten im Vergleich zum BIP/ GDP, der für Maßnahmen im Rahmen der Langzeitpflege aufgewendet wird, mit 1,5 Prozent in etwa dem OECD-Durchschnitt von 1,6 Prozent (vgl. Abb. 2 in Kap. 2.4.1.3) (OECD, 2013).

2.4.2.4 Einstufungen

In der Schweiz werden bei ambulanter Pflege (in der Schweiz von Spitex-Institutionen²² erbracht) drei Grade der Hilflosigkeit unterschieden, die nicht wie in Deutschland anhand des Pflegebedarfs in Minuten sondern anhand der Anzahl derjenigen Lebensverrichtungen bestimmt werden, bei denen die hilflose Person dauerhaft auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. Unterschieden werden sechs alltägliche Lebensverrichtungen: Ankleiden/ Auskleiden, Aufstehen/ Absitzen/ Abliegen, Essen, Körperpflege, Notdurft, Fortbewegung. *Leichte Hilflosigkeit* (1. Grad) liegt vor, wenn der Betroffene in mindestens zwei Bereichen dauerhaft auf Hilfe anderer angewiesen ist, oder dauerhafter persönlicher Überwachung bedarf. Bei *mittelschwerer Hilflosigkeit* (2. Grad) muss bei vier alltäglichen Lebensbereichen regelmäßiger Hilfsbedarf bestehen, während zur Feststellung von *schwerer Hilflosigkeit* alle sechs Bereiche betroffen sein müssen. Die Einstufung erfolgt nach Antrag ärztlicherseits, wird in stationären Einrichtungen IT-basiert jedoch noch weiter entsprechend dem täglichen Pflegebedarf in Minuten in 12 *Pflegestufen* differenziert (Pflegestufe 1: 20 Minuten; Pflegestufe 12: mehr als 220 Minuten).²³ Entsprechend der rechtlichen Vorgaben werden die Kostensätze für die

²¹ Bei Frauen ab dem vollendeten 64. und bei Männern ab dem vollenden 65. Lebensjahr.

²² Spitex= spitalexterne Hilfe und Pflege.

²³ I.d.R. werden hilflose Personen mit *leichter* Hilflosigkeit in die Pflegestufen 1 bis 4, bei *mittelschwerer* Hilflosigkeit in die Pflegestufen 5 bis 8 und bei *schwerer* Hilflosigkeit in die Pflegestufen 9 bis 12 eingestuft (Portenier et al. 2015; Bundesamt für Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft, 2015; Bundesrat Schweizerische Eidgenossenschaft, 2016d und 2016e; SVA Basel-Landschaft, 2015).

erbrachten Pflegeleistungen sowohl für die ambulante Spitexpflege als auch für stationäre Leistungen in Pflegeheimen auf *kantonomaler Ebene* zwischen den Anbietern, den Versicherern und den Kantonalvertretern ausgehandelt. So betragen z.B. im Kanton Basel-Landschaft die Pflegenormkosten in der ambulanten Pflege für die Grundpflege aktuell 75,60 CHF für die erste Stunde. Davon entfallen 54,60 CHF auf den Krankenversicherer, 13 CHF auf die Gemeinde und 8 CHF auf den Betroffenen. Da entsprechend der rechtlichen Vorgaben max. 8 CHF pro Tag an Selbstbeteiligung anfallen dürfen, verringern sich die Pflegenormkosten ab der 2. Stunde um den genannten Betrag (Basel-Landschaft, 2016a). Im stationären Setting betragen die Pflegenormkosten hier bei Pflegestufe 12 aktuell 261,60 CHF pro Tag (Versicherer: 108,00 CHF; Gemeinde: 132,00 CHF). Der Bewohner müsste entsprechend Art. 25a, Absatz 5 KVG hier 20 Prozent, also 21,60 CHF täglich übernehmen, was jedoch durch IV-/AHV-Zuschüsse abgedeckt werden kann (Basel-Landschaft, 2016b). Tabelle 3 zeigt die Leistungssätze entsprechend dem Pflegegrad, der sich jeweils anteilig an der aktuellen minimalen Altersrente bemisst. Bei der Höhe der Entschädigungszahlung wird *nicht* nach der Art der Pflege differenziert (Portenier et al. 2015; Bundesamt für Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft, 2015). Im Kanton Basel-Landschaft würden die Leistungen der Hilflosenentschädigung ausreichen, um bei *ambulanter Pflege* die Selbstbeteiligung (8 CHF pro Tag entspricht 240 CHF in 30 Tagen) zu refinanzieren.

Tabelle 3: Leistungen der AHV-Hilflosenentschädigung (Stand: 2015)
(Bundesamt für Sozialversicherungen und Staatssekretariat für Wirtschaft, 2015)

	In Relation zur minimalen Altersrente	Entschädigung
Leichte Hilflosigkeit	20%	235 CHF
Mittelschwere Hilflosigkeit	50%	588 CHF
Schwere Hilflosigkeit	80%	940 CHF

Vor allem die Unterbringungskosten in Schweizer Pflegeinstitutionen (Hotelierkosten) sind allerdings sehr hoch. Hier können allerdings Ergänzungsleistungen beantragt werden, während bei Mittellosigkeit die Gemeinden einspringen. Hilfsmittel müssen größtenteils privat getragen werden und werden von der Krankenversicherung nur bezuschusst.²⁴

²⁴ Die Leistungshöhe zur Finanzierung von Pflegeleistungen ist im Schweizer System also insbesondere bei der häuslichen Pflege derjenigen des deutschen Systems überlegen.

2.4.2.5 Pflegesituation in der Schweiz

Auch in der Schweiz ist die familiäre Pflege, die hier häufig als *Angehörigenpflege* bezeichnet) wird, von großer Bedeutung. Da der Anteil der über-65-Jährigen, der in Pflegeinstitutionen lebt, mit 7,5 Prozent höher ist als in Deutschland (5 Prozent), wird allerdings von einem im direkten Länder-Vergleich geringeren Anteil an Pflegebedürftigen ausgegangen, die familiär versorgt werden (Höpflinger, 2004; Höpflinger et al. 2011). Der Anteil der Pflegebedürftigen der *zu Hause* versorgt wird (also sowohl familiär als auch ambulant durch Spitex-Organisationen), wird auf 55 bis 60 Prozent geschätzt (Höpflinger, 2004). Da seitens des Systems der sozialen Sicherung bezüglich der Leistungshöhe nicht zwischen den Pflegesettings differenziert wird (da nicht unterschiedliche Leistungen für familiäre und professionelle Pflegearrangements bestehen), ist nicht bekannt, wie viele Pflegebedürftige *ausschließlich* familiär versorgt werden. Im Jahre 2011 wurden insgesamt 251.000 Personen von der Spitex gepflegt und/ oder betreut (Bundesamt für Statistik, 2012; Höpflinger et al. 2011; Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesrat, 2014), unklar bleibt jedoch, wie groß der Anteil derjenigen ist, bei denen keine Hilflosigkeitseinstufung vorliegt, weil z.B. nur hauswirtschaftliche Leistungen/ Essen auf Rädern von der Spitex in Anspruch genommen werden, oder nur kurzfristig Hilfe benötigt wurde (z.B. nach einem Unfall). Ferner bleibt unklar, in wie vielen Fällen die familiäre Pflege von der Spitex lediglich unterstützt wird. Auch in der Schweiz wird ein Großteil der familiären Pflegeleistungen jedoch von Frauen erbracht (hauptsächlich (Ehe-)frauen und (Schwieger-)töchter), die *dreimal* häufiger in die Angehörigenpflege eingebunden sind: So leisten 3,3 Prozent der Frauen, aber nur 1,1 Prozent aller Männer häusliche Pflegearbeit. Der Geldwert aller in der Schweiz erbrachten familiären Dienst- und Pflegeleistungen wurden im Jahre 2005 auf 4,3 Mrd. CHF geschätzt (Höpflinger, 2004; Höpflinger et al. 2011; Schön-Bühlmann, 2005).

2.5 Qualitätsmessung in der Langzeitpflege

2.5.1 Pflegequalität und Qualitätsmanagement: Begriffsdimensionen

Die Bedeutung der Qualität in Gesundheitsversorgung und Pflege ist bereits im einleitenden Kapitel dargestellt worden. Da der Begriff der Qualität auf den „*Grad des erreichten Erfolgs*“ verweist (Herold, 2011), dient die Qualitätsüberprüfung dazu, die Erreichung der festgelegten Qualitätsziele zu eruieren. Mittels des *Qualitätsmanagements* soll also sichergestellt werden, „*dass die betrieblichen Arbeitsabläufe so gestaltet werden, dass alle qualitativen Anforderungen an die Produkte oder Dienstleistungen berücksichtigt und erfüllt werden. Qualitative Anforderungen können entweder explizit definiert vorliegen (z.B. als Arbeitsanweisung oder interne Richtlinie) oder implizit vorausgesetzt werden (z.B. als unausgesprochene Kunden-erwartung). Das QM führt somit nicht zwangsläufig zu einer besseren Leistung oder zu einem höherwertigen Ergebnis, sondern steuert nur die Erreichung der vorgegebenen Quali-*

tätsziele. [...] Entsprechend besagen Qualitätszertifizierungen [...] nichts über die Produktqualität aus, sondern nur über die Umsetzung des Qualitätsmanagementprozesses“ (Schneider et al. 2008). Vom Begriff des Qualitätsmanagements abzugrenzen ist der Terminus Qualitätssicherung, die „als Bestandteil des Qualitätsmanagements alle organisatorischen und technischen Maßnahmen [umfasst], die vorbereitend, begleitend und prüfend der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen“ und damit als Teilbereich des Qualitätsmanagements dessen operative Ebene beschreibt aber auch dem inter- und intrasektoralen Vergleich von Qualitätsmessungen dient (z.B. im Rahmen der extern vergleichenden Qualitätssicherung) (Springer Gabler Verlag, 2016).

2.5.2 Dimensionen der Pflegequalität

Bei der Fokussierung der Pflegequalität ist von Bedeutung, dass die Qualität der Versorgung niemals als Ganzes gemessen werden kann, weswegen einzelne Qualitätsaspekte gesondert voneinander betrachtet werden. Für die Qualitätsbeurteilung im Gesundheitssystem hat sich die von Donabedian entwickelte Trias bestehend aus der Struktur-, Prozess- und die Ergebnisqualität durchgesetzt (Donabedian, 1977; Badura, 1999; GBE-Bund, 2006). Bezogen auf die LTC wird bei der Messung der *Strukturqualität* fokussiert, ob innerhalb der (ambulant oder stationären) Pflegeinstitution überhaupt die Voraussetzungen für die Erfüllung der definierten Qualitätsstandards vorliegen [bezogen z.B. auf die qualitative und quantitative Gestaltung des Personals, also, ob ausreichend Pflegenden (im Sinne des definierten Pflegegeschlüssels) zur Verfügung stehen und ob der Ausbildungs- und Kenntnisstand der Pflegenden den beruflichen Anforderungen genügt]. Die *Prozessqualität* untersucht, inwiefern standardisierte Abläufe funktionieren, also ob die pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen entsprechend der Leitlinien-Empfehlungen durchgeführt werden und ob der Pflegeprozess entsprechend der Vorgaben dokumentiert wird. Bei der *Ergebnisqualität* sind schließlich die Pflegeoutcomes von Interesse, überprüft wird also, wie sich die Pflegemaßnahmen z.B. auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Pflegebedürftigen auswirken (GBE-Bund, 2006; Engel, 2007). Wenngleich die Donabedian'sche Trias auch zur Bewertung von Pflegemaßnahmen in der Langzeitpflege durchgesetzt hat, wird die strikte Beschränkung derselben kritisch diskutiert, u.a., weil die Vielschichtigkeit einer *guten Pflege* auf die drei Dimensionen begrenzt wird, wobei viele Variablen unberücksichtigt bleiben. Ferner wird darauf hingewiesen, dass sich die drei Dimensionen in deutlicher Weise gegenseitig bedingen, die Ergebnisqualität aber eben nicht nur von günstigen Strukturen und Prozessen abhängig ist. Vor allem in der Langzeitpflege ist eine stärkere Fokussierung der *Ergebnisqualität* angeraten, wobei schon Donabedian darauf hinwies, dass die evaluierten Änderungen des physischen und physiologischen Zustands um jenen des sozialen und psychologischen Zustandes er-

weitert werden sollte (Hasseler, 2014; Trukeschitz, 2011; Eberlein-Gonska, 2011). Wie Hasseler (2014) betont, können bei der Qualitätsmessung in der Langzeitpflege vier wesentliche Herausforderungen identifiziert werden: *„Die erste umfasst den Begriff der Qualität in der Pflege, der noch nicht ausreichend entwickelt ist [...]. Die zweite Herausforderung besteht [...] darin, den Qualitätsbegriff inhaltlich zu füllen und auf dessen Basis Merkmale zu ermitteln, die geeignet sind, Qualität darzustellen. Die dritte Herausforderung bezieht sich auf die Entwicklung von Qualitätskriterien, die eine Bewertung der Qualitätsmerkmale ermöglichen. Die vierte Herausforderung umfasst schließlich die Anforderung und Herausforderung, zu den Kriterien Indikatoren zu ermitteln, die das Bewertungsniveau anzeigen“.*

2.5.3 Qualitätsinstrumente in der Langzeitpflege

Um innerhalb eines QM-Prozesses in der Langzeitpflege beurteilen zu können, welcher Qualitätsgrad erreicht wurde, werden Qualitätsinstrumente genutzt. Sie dienen im Rahmen des Qualitätsmanagements dazu, die Zielerreichung zu überprüfen und die fortlaufende Weiterentwicklung einzelner Qualitätskriterien voranzutreiben, die Eigenschaften bezeichnen, *„deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen Versorgung erwartet wird“* (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2009). Bei der Überprüfung der Zielerreichung in der Langzeitpflege finden hierbei insbesondere Qualitätsindikatoren, Expertenstandards, Pflegemodelle, Prozessbeschreibungen und Systematisierungsmaßnahmen bei der Pflegedokumentation (u.a. PDCA-Zyklus), Audits zur Überprüfung der Einhaltung von geforderten Standards oder Maßnahmen zur Erhöhung der innerbetrieblichen Verantwortungsbereitschaft (u.a. Qualitätszirkel und Supervisionen) als Qualitätsinstrumente Verwendung (Görres et al. 2006).

Qualitätsindikatoren sollen dabei als Hilfsgrößen Zahlenverhältnisse ausdrücken, stellen also Maße dar, *„deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen, und/oder Ergebnissen ermöglichen sollen“* (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2009). Qualitätsindikatoren bestehen zu einer Vielzahl an pflege- und versorgungsrelevanten Aspekten von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten, so z.B. zur Thematik Dekubitusprophylaxe. Dekubitalcera bezeichnen dabei grundsätzliche Druckgeschwüre der Haut und des darunter liegenden Gewebes, die sich insbesondere bei immobilen und/oder bettlägerigen Pflegebedürftigen entwickeln. Da diese auch in Folge von mangelhafter Lagerung und unzureichendem Wundmanagement entstehen können, gelten selbige als Indikator für eine qualitativ hochwertige (bei seltenem Auftreten) bzw. optimierungsbedürftige (bei häufigem Auftreten) Langzeitpflege. Bei der Erhebung des Pflegeindikators Dekubitusprophylaxe würde dementsprechend untersucht werden, bei wie vielen Pflegebedürftigen es aufgrund von unzureichender Prophylaxe zu Dekubitalcera kam (AQUA, 2014).

Mit dem Begriff des Qualitätsindikators verknüpft zeigt sich der Terminus des Pflege- oder Expertenstandards, der zu einzelnen Themenbereichen das verfügbare Expertenwissen möglichst evidenzbasiert zusammenfasst, womit Expertenstandards z.B. zur Thematik Dekubitusprophylaxe das aktuellste Wissen vorhalten und Maßnahmen ableiten, deren Einhaltung dann durch die Qualitätsindikatoren überprüft werden kann. Sie stellen damit „*ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau [dar], das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle der Pflege mit einschließt. Standards müssen innovative und komplexe Inhalte transportieren, eignen sich also für Pflegeprobleme mit erheblichem Einschätzungsbedarf und Pflegehandlungen mit hohem Interaktionsanteil*“ (Moers, Schieman, 2004). Expertenstandards werden von Expertenarbeitsgruppen erarbeitet, die das erforderliche Wissen im Rahmen einer Literaturanalyse zusammenstellen (Moers, Schieman, 2004; Schieman et al. 2014).

Zu den Qualitätsinstrumenten wird ferner die Nutzung von *Pflegemodellen* gezählt, die grundsätzlich der Arbeitsorganisation in der Langzeitpflege und damit der Qualitätsentwicklung dienen (Müller, 2008). Pflegemodelle bezeichnen theoretische Ansätze, die die Aufgaben und Tätigkeiten der beruflich Pflegenden definieren, einzelne Pflegeprozesse empirisch beschreiben und die einzelnen Arbeitsschritte systematisieren und zwar im Kontext einer „idealen“ Pflege, deren Kennzeichen abhängig von den zugrundeliegendem Menschen- und Weltbild sind (Hallensleben, 2003).

Wesentlich für die Qualitätsanalyse sind weiterhin *Prozessbeschreibungen*, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die einzelnen Pflegeprozesse nicht nur dokumentiert, sondern vor dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung so dargelegt werden, dass Teilaspekte stets an sich ändernde Prozessbedingungen angepasst werden können, wobei die Evaluation der Prozessgestaltung stets in einem kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess münden sollte. Damit dienen Prozessbeschreibungen (z.B. im Rahmen der Pflegedokumentation) der Systematisierung und der Überprüfung der Zielerreichung von Teilschritten, z.B. durch Anwendung des PDCA-Zyklus (Görres et al. 2006). Dem PDCA-Zyklus (auch Deming-Zyklus genannt) zur Folge (plan-do-check-act) vollzieht sich das Qualitätsmanagement in einem ständigen Kreislauf, in welchem die vollzogenen Prozesse immer wieder neu überprüft und die Ergebnisse der Evaluierung zwecks Optimierung in das zu prüfende System eingespeist werden. Im ersten Schritt (plan) werden Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung aufgrund der Analyse der Ausgangssituation festgelegt. Im zweiten Schritt werden die geplanten Maßnahmen ausgeführt (do), während danach (check) mittels Kennzahlen überprüft wird, ob die Prozesse wie geplant laufen und inwiefern die Ziele und Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt werden konnten. Im vierten Schritt (act) wird dann auf die Konsequenzen der Überprüfung reagiert. Im Anschluss erfolgt wiederum die Planungsphase zur erneuten Festlegung

von Maßnahmen. Der PDCA-Zyklus gehört mittlerweile zu den am häufigsten genutzten QM-Instrumenten zur Dokumentation des Prozessfortschritts (Piechotta, 2008).

Von Relevanz für die Qualitätsüberprüfung und –förderung sowie im Rahmen der Förderung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sind ferner Audits, Qualitätszirkel und Supervisionen. *Audits* sind dadurch gekennzeichnet, dass durch einen speziell geschulten Auditor untersucht wird, ob die einzelnen Prozesse, Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen. Fokussiert werden also der Ist-Zustand und die Zielerreichung, wobei etwaige Verbesserungsbedarfe identifiziert werden sollen (Görres et al. 2006; Schmidt, 2016). Bei *Qualitätszirkeln* wird eine Verbesserung der Prozessabläufe dadurch erreicht, dass Arbeitsgruppen, die sich aus mehreren Mitarbeitenden der Pflege aus verschiedenen Hierarchiestufen zusammensetzen, regelmäßig zusammenkommen, um Problembereiche zu thematisieren, Lösungsvorschläge ausarbeiten und zur Umsetzung derselben beitragen. Anders als bei Audits oder bei Qualitätsmaßnahmen, die von der Leitungsebene angestoßen werden, können bei Qualitätszirkeln interessierte Mitarbeitende mit direktem Praxisbezug im Sinne einer bottom-up-Orientierung an den Qualitätsverbesserungsmaßnahmen beteiligt werden (Görres et al. 2006; Schmidt, 2016). *Supervisionen* stellen sich schließlich als Qualitätsinstrument dar, bei dem Aspekte des Audits mit jenen von Qualitätszirkeln verknüpft werden. Kennzeichnend ist hierbei, dass verschiedene Mitarbeitende oder Mitarbeitergruppen von einem speziell dafür qualifizierten Supervisor hinsichtlich der Reflexion und Verbesserung ihres eigenen Handels beraten werden. Im Rahmen von Fall- und Teamsupervisionen wird dabei diskutiert, welche konkreten Pflegemaßnahmen bei bestimmten Fällen eingeleitet wurden (Ist-Zustand) und welche Maßnahmen hätten ergriffen werden müssen (Soll-Zustand) (Müller et al. 2005; Kanzok, 2011).

Die unterschiedlichen Aspekte weisen auf eine Überbetonung der Struktur- und Prozessqualität hin, während die Ergebnisqualität lediglich bei den Qualitätsindikatoren mit berücksichtigt wird (Hasseler, 2014; Trukeschitz, 2011; Eberlein-Gonska, 2011). Wesentliche Instrumente des einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements in der Langzeitpflege stellen dementsprechend u.a. das Setzen von Qualitätszielen, die Regelung von Verantwortlichkeiten, das Nutzen von Praxishandbüchern und Checklisten, die Durchführung von Teambesprechungen, die Implementierung von Mitarbeitenden- und Klienten(zufriedenheits-)befragungen, die Einführung eines Weiterbindungs- und Fortbildungsregimes sowie eines Fehler-, Risiko-, Beschwerde-, und Notfallmanagements dar. (Hauer et al. 2011; Leichsenring et al. 2015; Ehmann, 2005).

Unklar bleibt an dieser Stelle, welche Differenzen und Gemeinsamkeiten sich zwischen Deutschland und der Schweiz bei der Nutzung einzelner Qualitätsinstrumente zeigen, ob sowohl hinsichtlich der Vorgaben als auch bezogen auf die Umsetzung Unterschiede in der

Schwerpunktsetzung im einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagement bestehen und wie die Art der Qualitätsdarlegung daraus resultierend jeweils charakterisiert werden kann.

2.5.4 Bedeutung von grenzüberschreitenden Qualitätsmessungen

Die Notwendigkeit einer grenzüberschreitenden Erhebung der rechtlichen Qualitätsvorgaben und der Umsetzung derselben im Rahmen des einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements ergibt sich aus dem bestehenden Mangel entsprechender Untersuchungen, da keine Vergleichsstudien zur Versorgungsqualität, zur Qualitätsdarlegung und zu den Qualitätsvorgaben vorliegen. Eine systematische Literaturanalyse erbrachte für die Grenzregion Lörrach-Basel keine Ergebnisse. Grenzüberschreitende Qualitätsüberprüfungen sind jedoch von Nöten, um zur Transparenz der Anstrengungen zur Qualitätssicherung und -förderung beizutragen und damit der Vertrauensbildung in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung Vorschub zu leisten (Simoes et al. 2010). Insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, der die Pflegesysteme europaweit vor Herausforderungen stellt und den Entwicklungen hin zu einer patientenzentrierten Individualisierung der Versorgung (die sich in den Grenzregionen auch der Ressourcen des Nachbarlandes bedienen kann und soll) sind kritische Reflektionen der eigenen Versorgungsergebnisse sowie die Entwicklung einer Kultur des transparenten und kontinuierlichen voneinander Lernens zentral, um Weiterentwicklungen der Pflegequalität in beiden Pflegeregionen durch Kooperation zu ermöglichen, anstatt (wie bisher dominierend) Qualitätsförderung als Stärkung der eigenen Marktposition in einem von Konkurrenz geprägten Gesundheits- und Langzeitpflege-Sektor zu betrachten. Wenngleich angenommen werden kann, dass die Anstrengungen bei der die Langzeitpflege betreffenden Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement jeweils fortgeschritten sind, ist unklar, wo Gemeinsamkeiten und wo zentrale Unterschiede in der Qualitätsdarlegung bestehen. Grenzüberschreitende Qualitätsdarlegungen können ferner dazu beitragen, nicht nur die Effizienz der Versorgung als Ganzes (indem systematische Schwächen aufgezeigt werden) zu erhöhen, sondern auch die Performanz der Qualitätsüberprüfung selbst zu verbessern, da häufig nicht nachgewiesen ist, ob die Vielzahl der angewendeten Qualitätsmaßnahmen im Kosten-Nutzen-Vergleich überhaupt den erwarteten Benefit generiert, ob einzelne Aspekte bisher überbewertet und ob andere bisher vernachlässigt wurden. Grenzüberschreitende Qualitätsmessungen in der Langzeitpflege dienen damit allen beteiligten Akteuren, insbesondere den Pflegebedürftigen, den professionell Pflegenden, den Kostenträgern und den umgebenden Pflegesystemen als Ganzes, da positive Aspekte und sich als effizient herauskristallisierende Maßnahmen der Qualitätssicherung und -verbesserung grenzüberschreitend eingesetzt werden könnten.

Pflegequalität in der ambulanten und stationären
Altenpflege

Erhebung in der Grenzregion Lörrach – Basel

Graf, J.

2018, XIX, 114 S. 67 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-20008-4