

Finanzierung der Langzeitpflege unter Berücksichtigung europäischer Finanzierungsmodelle und die Rolle von Prävention

Eine Studie des „IHS – Institut für Höhere Studien“ im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Wien, November 2019

Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege - Ansatzpunkte für Reformen

StudienautorInnen: Monika Riedel, Markus Kraus, Sophie Fößleitner

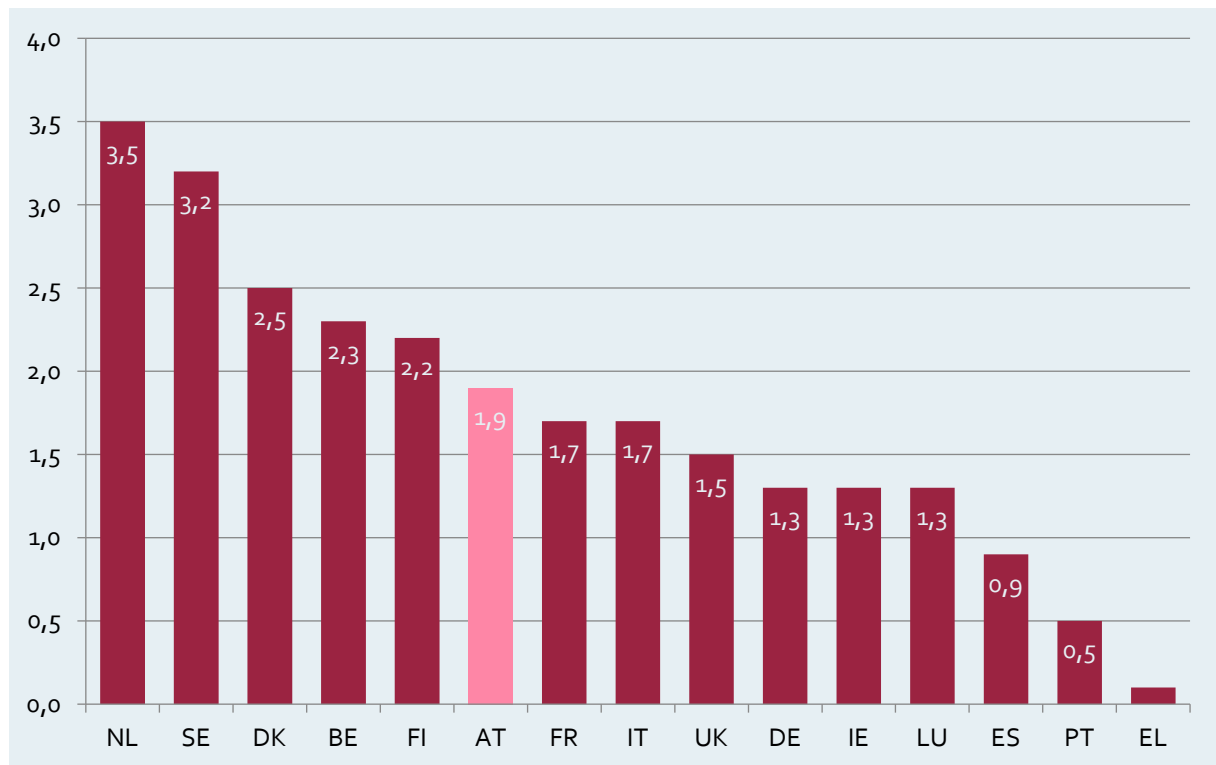
Im Hinblick auf eine alternde Bevölkerung und den daraus resultierenden steigenden Pflegebedarf, ist die Sicherstellung der Finanzierung der Langzeitpflege wesentlich. Da andere vor allem westeuropäische Länder vor ähnlichen Herausforderungen stehen, lohnt ein Blick über Österreichs Grenzen, um Ansatzpunkte für eine Verbesserung des österreichischen Pflegesystems zu gewinnen. Große Bedeutung wurde in diesem Zusammenhang in den letzten Jahren der Prävention von Pflegebedarf beigemessen. **Ziele der Studie** sind daher, die österreichische Pflegefinanzierung hinsichtlich Mittelaufbringung einem europäischen Vergleich zu unterziehen (Modul 1) sowie die Rolle der Prävention und vielversprechende Präventionsmaßnahmen und -strategien (Modul 2) näher zu beleuchten.

Modul 1: Finanzierung der Langzeitpflege im europäischen Vergleich

Der europäische Ländervergleich untersucht die Pflegefinanzierung in Dänemark, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Schweden und Spanien anhand ihrer Systemcharakteristika, ihrer Mittelaufbringung und ihrer jüngsten Reformen mit Fokus auf einer (nachhaltigen) Finanzierung. Die **Länderauswahl** basierte auf **drei Kriterien**: 1) Höhe der öffentlichen Pflegeausgaben, 2) Altersstruktur der Bevölkerung, und 3) Wohlfahrtsstaatsmodell.

Bei den Pflegeausgaben, gemessen in Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP), wurden jene Länder berücksichtigt, die ähnlich hohe oder höhere Ausgaben als Österreich haben. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, weisen die Niederlande, Schweden und Dänemark im Ländervergleich die höchsten Ausgaben auf, während die französischen Ausgaben mit den österreichischen vergleichbar sind. Spanien stellt in Bezug auf die ausgewählten Länder eine Ausnahme dar, insofern als dass die öffentlichen Pflegeausgaben dort zu den niedrigsten in den EU-15 Ländern gehören.

Abbildung 1: Höhe der öffentlichen Pflegeausgaben in % des BIP, 2016



Definition: Öffentliche Ausgaben für Pflege und Betreuung (Sach- und Geldleistungen)

Quelle: European Commission (2018)

Bezogen auf die Altersstruktur sind jene Länder von Interesse, deren Anteil der älteren Bevölkerung (80+) an der Gesamtbevölkerung höher ist als in Österreich (5,0%), unter anderem betrifft dies Spanien (6,1%), Deutschland (5,9%) und Frankreich (5,9%). Bezogen auf das „Wohlfahrtsstaatsmodell“ wurden nur Länder herangezogen, deren Wohlfahrtsstaatsmodelle wie das österreichische auf eine Absicherung der Gesamtbevölkerung abzielt, wobei die konkrete Form dieser Absicherung (über staatliche oder Versicherungssysteme) offen gelassen wurde. Eine genauere Beschreibung der Ausgestaltung des jeweiligen Wohlfahrtsstaatsmodells findet sich in Tabelle 1. Für den Ländervergleich wurden, in Einklang mit den anderen Indikatoren, Dänemark und Schweden für das skandinavische, Deutschland, Frankreich und die Niederlande für das kontinentale und Spanien für das mediterrane Wohlfahrtsstaatsmodell herangezogen.

Tabelle 1: Wohlfahrtsstaatmodelle

Typ des Wohlfahrtsstaatsmodells	Hauptzielgruppe	Leistungsstufe	Finanzierungsquelle	Hauptakteur in Leistungserbringung	Zuordnung ausgewählter Länder
Skandinavischer Wohlfahrtsstaat	Gesamtbevölkerung	Hoch	Großteils staatliche Beiträge (Steuern)	Staat	Dänemark Schweden
Kontinentaler Wohlfahrtsstaat	Beschäftigte und ihre Familien	Mittelmäßig	Sozialversicherungsbeiträge, staatliche Beiträge (Steuern)	Familie und Staat	Deutschland Frankreich Niederlande Österreich
Mediterraner Wohlfahrtsstaat	Lohnabhängige Beschäftigte	Niedrig	staatliche Beiträge (Steuern), teilweise auch Sozialversicherungsbeiträge	Familie	Spanien
Anglosächsischer Wohlfahrtsstaat	Arme, Bedürftige, Beschäftigte mit geringem Einkommen	Niedrig	Sozialversicherungsbeiträge, staatliche Beiträge (Steuern)	Markt	

Quelle: IHS (2019) in Anlehnung an Vogliotti und Vattai (2014)

Aus dem Ländervergleich lassen sich **drei Modelle zur Mittelaufbringung** ableiten: Erstens, **Finanzierung überwiegend durch Steuern**, wie in Dänemark, Schweden und Spanien üblich, wobei zweckgebundene Steuern unüblich sind und sich die Mittel aus lokalen oder regionalen sowie nationalen Steuern zusammensetzen. Zweitens **Finanzierung primär durch Sozialversicherungsbeiträge** wie in Deutschland, und drittens **Finanzierung durch einen Mix aus Steuer- und Sozialversicherungsmitteln**, wie in Frankreich und den Niederlanden.

Ebenfalls aus dem Ländervergleich erkennbar ist, dass die **Kompetenz für Mittelaufbringung und Leistungserbringung auf der gleichen geographischen oder institutionellen Ebene** verankert ist. Liegt die gemeinsame Kompetenz auf der geographischen Ebene, so hat die nationale, regionale bzw. lokale Ebene als die für die Leistungserbringung zuständige Ebene auch die Möglichkeit, die jeweiligen Steuersätze eigenständig festzusetzen, um somit eine adäquate Mittelaufbringung sicherzustellen. Dies ist gängige Praxis in Dänemark, Schweden und Spanien sowie in Frankreich im Bereich der Steuermittel für Betreuungsleistungen. Die gemeinsame Kompetenz für Mittelaufbringung und Leistungserbringung kann allerdings auch auf institutioneller Ebene, bei den Pflege- oder Krankenversicherungen, gebündelt sein und wird so in Deutschland, sowie in Frankreich und den Niederlanden im Bereich der Pflegeleistungen im engeren Sinne praktiziert. In beiden Ausgestaltungsformen der Mittelaufbringung ist ein **finanzieller Ausgleichsmechanismus, der demographische, sozioökonomische und morbiditätsbezogene Unterschiede berücksichtigt**, implementiert. In Dänemark, Schweden und Spanien sowie in Frankreich und den Niederlanden im Bereich

der Steuermittel für Betreuungsleistungen erfolgt ein risikobezogener Ausgleich zwischen den unterschiedlichen geographischen Ebenen; in Deutschland sowie in Frankreich und den Niederlanden im Bereich der Sozialversicherungsmittel wird ein Risikostrukturausgleich zwischen Pflege- bzw. Krankenversicherungen durchgeführt.

Finanzierungsreformen wurden in fast allen untersuchten Ländern zwar häufig thematisiert, aber nur selten in Form grundlegender Änderungen der Mittelaufbringung durchgeführt. Als einzige Ausnahme sind hier die Niederlande zu nennen, die im Zuge der letzten Reform die umfassende eigenständige Pflegeversicherung beschränkt und eine verstärkte Steuerfinanzierung eingeführt haben. Außerdem kam es in Deutschland zu einer regelmäßigen Erhöhung und Adaptierung des Beitragssatzes sowie zur Einführung eines Pflegevorsorgefonds. Dieser Fonds soll bei der Verstärkung des demographischen Drucks ab 2035 zur Stabilisierung des Beitragssatzes herangezogen werden. **Reformen für eine nachhaltige Finanzierung** setzen eher am Pflegebedarf an, zum Beispiel durch eine bessere Integration von Gesundheits- und Pflegesektor oder durch eine Stärkung der Rolle von Prävention in der Langzeitpflege bzw. vor Einsetzen des Pflegebedarfes. Auch wird in den meisten Ländern die Unterstützung formeller und informeller Pflegekräfte in den Fokus genommen, was in längerer Frist das Wachstum des Pflegebedarfs ein wenig abschwächen soll.

Implikationen für Österreich

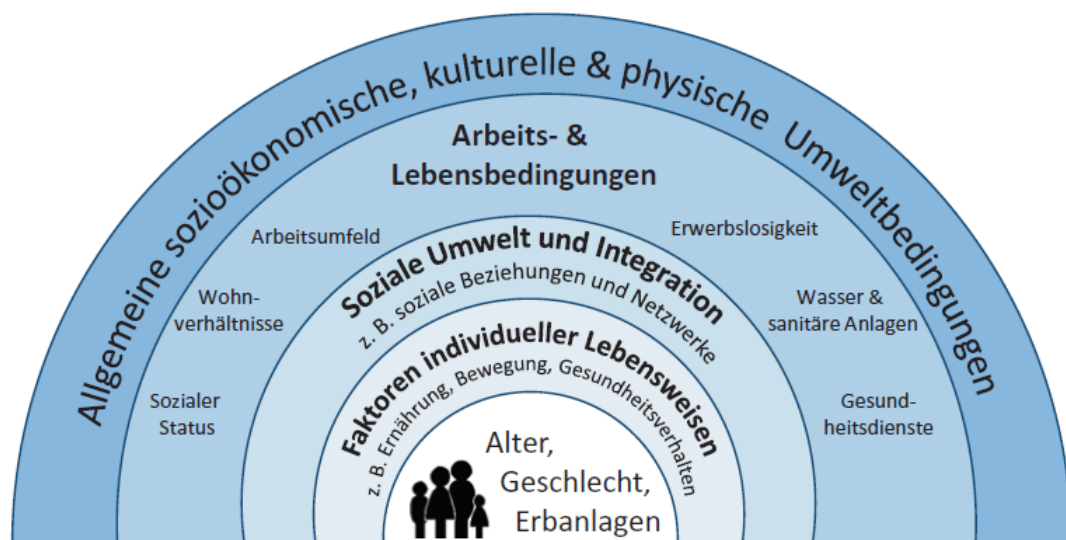
Der europäische Vergleich zeigt, dass die österreichische Regelung der Mittelaufbringung mittels **Steuerfinanzierung ohne Zweckbindung** durchaus dem Mainstream entspricht, die **Finanzierung ohne Einbindung der Sozialversicherung bei einem kontinentalen Wohlfahrtsstaatsmodell** im Ländervergleich aber unüblich ist. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass in Ländern mit einem kontinentalen Wohlfahrtsstaatsmodell, zu denen Österreich zählt, die Finanzierung der Pflege unter Einbezug der Sozialversicherung in variierendem Ausmaß gängig ist. Wenn für Österreich eine Finanzierung der Pflege unter Einbezug der Sozialversicherung angedacht werden würde, müssten dabei zwei Punkte aus verfassungsrechtlicher bzw. finanzwissenschaftlicher Perspektive beachtet werden: Zum einen müsste gesetzlich verankert werden, welche konkreten Leistungen in die Zuständigkeit der Sozialversicherung übertragen werden, vor allem mit dem Hintergrund, dass derzeit die Kompetenz für Geldleistungen beim Bund liegt, jene für Sachleistungen bei den Ländern. Zum anderen sollte sich, mit Rücksicht auf Arbeitsmarkteffekte, die Beitragsbasis für die Sozialversicherungsbeiträge an europäischen Vorbildern, wie Frankreich oder den Niederlanden, orientieren und dabei neben dem Arbeitseinkommen auch andere Einkommensarten einbeziehen (z.B. Kapitalerträge, Transfereinkommen).

Der Ländervergleich zeigt weiters, dass es in Österreich, im Vergleich zu den anderen betrachteten Ländern, **eine getrennte Kompetenz für die Mittelaufbringung und die Leistungserbringung bei Sachleistungen** gibt und der **Finanzausgleich die demographische Struktur, sozioökonomische Merkmale und die Morbidität nicht ausreichend berücksichtigt**. Ein Ansatzpunkt für Österreich wäre daher, die Mittelaufbringung und Leistungserbringung im Bereich der Sachleistungen aufeinander abzustimmen. So müsste die Leistungserbringung nach österreichweit einheitlichen Zielsetzungen gestaltet werden. Darüber hinaus sollte die finanzielle Lage der Länder über einen ausdifferenzierten Finanzausgleich so angepasst werden, dass die demographische Struktur, sozioökonomische Merkmale und die Morbidität angemessen berücksichtigt werden.

Modul 2: Rolle der Prävention in der Langzeitpflege

Der **Präventionsbegriff** umfasst eine große Bandbreite aus Aktivitäten und Maßnahmen, die zum Ziel haben, vorhersagbare unerwünschte oder unangenehme Zustände in der Zukunft durch Eingreifen in der Gegenwart zu vermeiden bzw. ihre Auftretswahrscheinlichkeit oder ihr Ausmaß zu verringern. Die Gründe für Interventionsmaßnahmen ergeben sich dabei meist durch die Identifizierung von Risikofaktoren, die nachweislich bei der Entstehung oder dem Verlauf einer Krankheit oder eines unerwünschten Ereignisses (z.B. Sturz) im Spiel sind. Die **Begriffe „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“** stehen in einem sich gegenseitig ergänzenden, komplementären Verhältnis zueinander und streben beide auf individueller und auch auf kollektiver Ebene Gesundheitsgewinne an – zum einen durch das Eindämmen von Risiken für Krankheiten, zum anderen durch die Förderung von der Gesundheit zuträglichen Lebensbedingungen. Dabei spielen eine Reihe von Einflussfaktoren („Gesundheitsdeterminanten“) eine Rolle, die größtenteils durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beeinflusst und verändert werden können und in Abbildung 2 dargestellt sind. (Hurrelmann et al. 2018a)

Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Quelle: Vonneilich und von dem Knesebeck (2018)

Die verschiedenen **Präventionsmaßnahmen** können entlang einer Progressions- und Zeitachse differenziert werden und sind in Tabelle 2 dargestellt. Im Idealfall soll so früh eingegriffen werden, dass sich aus den identifizierten Risikofaktoren noch keine erkennbaren (Krankheits-)Symptome gebildet haben bzw. dass das unerwünschte Ereignis noch nicht eingetreten ist („**Primärprävention**“). Der Begriff der Primärprävention ist dadurch oft nur

schwer von dem der Gesundheitsförderung abzugrenzen, vor allem bei breit angelegten, unspezifischen Interventionen, wie etwa im Bereich der Ernährung oder der physischen Aktivität. Allerdings können Interventionen auch bei einer bereits manifestierten Krankheit im Erststadium bzw. nach Eintritt eines negativen Ereignisses als aussichtsreich gelten, wenn durch sie der weitere Krankheitsverlauf bzw. das wiederholte Eintreten eines solchen Ereignisses eingedämmt bzw. verhindert werden kann („**Sekundärprävention**“). Die „**Tertiärprävention**“ schließlich kommt dann zur Anwendung, wenn sich eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifestiert hat und zielt auf eine möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität ab. (Hurrelmann et al. 2018b; Leppin 2018)

Tabelle 2: Untergliederung von Präventionsmaßnahmen (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention)

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	vor Eintritt der Krankheit/ des Ereignisses	im Frühstadium/ erstmaliger Eintritt	nach Manifestation/ mehrmaligem Eintritt
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz	Krankheitseindämmung, Verhinderung von wiederholtem Eintritt	Verhinderung von Folgeschäden
AdressatInnen der Intervention	Gesunde	AkutpatientInnen	Chronische PatientInnen

Quelle: IHS (2019) in Anlehnung an Leppin (2018)

Präventionsstrategien unterscheiden sich einerseits darin, bei wem sie ansetzen, das heißt ob sie bei der Gesamtbevölkerung ansetzen oder bestimmte Teil- oder Zielgruppen gezielt erreichen wollen, und andererseits bezüglich ihres strategischen Ansatzpunktes zum Erreichen der gewünschten Veränderungen. Somit wird sowohl zwischen **universellen und zielgruppenspezifischen Präventionsansätzen** unterschieden als auch zwischen **Verhaltens- und Verhältnisprävention**. Als besonders aussichtsreich gelten Präventionsmaßnahmen und -strategien, die speziell an der Zielgruppe der älteren Personen ansetzen (und nicht an der Gesamtbevölkerung), sich am Settingansatz orientieren und in gleichem Ausmaß Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention berücksichtigen. Generell ist die **Evidenzlage** für spezifische Präventionsmaßnahmen aufgrund der methodischen Voraussetzungen sehr dünn, allen voran der verkürzte Zeithorizont sowie die fehlende Möglichkeit zur Verblindung der Maßnahmen und zur Bildung von randomisierten Gruppen. (Leppin 2018)

Der **Erfolg einer präventiven Maßnahme** wird daran gemessen, in welchem Ausmaß der zu erwartende Krankheitsausbruch und/oder der Krankheitsverlauf zeitlich hinausgeschoben oder sogar verhindert werden konnte; zur Beurteilung der Kostenwirkung ist darüber hinaus

das Durchführen einer ökonomischen Evaluation notwendig. Allerdings liegt sowohl international als auch für Österreich **kaum Evidenz über die Kosten-Effektivität und die finanzielle Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen** vor. (Hurrelmann et al. 2018b)

Ansatzpunkte der **Prävention im Alter** bilden zum einen **persönliche Faktoren** wie etwa Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten und soziale Teilhabe, und zum anderen **Umweltfaktoren**, zu denen die Gestaltung des Wohnraumes (Barrierefreiheit, Sturzprophylaxe) sowie die Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen im Sinne einer Infrastruktur (Gesundheitsversorgung, soziale Netzwerke) zählen. Während die persönlichen Faktoren durch spezifische Präventionsmaßnahmen adressiert werden und in den Bereich der Verhaltensprävention fallen, beziehen sich die Umweltfaktoren auf das Gebiet der Verhältnisprävention und setzen somit viel breiter an. **Spezifische Präventionsmaßnahmen** zielen auf die Förderung von körperlicher und kognitiver Aktivität (inkl. der Prävention von Demenz), auf ein angemessenes Ess- und Trinkverhalten im Sinne eines gesunden Lebensstils sowie auf die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe ab. Als aussichtsreiche **Settings für Prävention im Alter** gelten das kommunale Setting, Pflegeeinrichtungen, die Wohnumgebung (Häuser, Wohnungen) von älteren Personen sowie Primärversorgungseinheiten. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den sogenannten **präventiven Hausbesuchen** zu, die auf die Früherkennung von Risikofaktoren für Erkrankungen und Funktionseinbußen abzielen, um so unentdeckte körperliche, psychische und soziale Probleme rechtzeitig zu identifizieren und einen längeren Verbleib im Privathaushalt zu fördern. Im Speziellen versteht man unter einem (präventiven) Hausbesuchsprogramm ein eigens entwickeltes Angebot, im Zuge dessen ältere Personen in ihren Wohnräumen von Gesundheitsfachkräften aufgesucht und, idealerweise unterstützt durch ein geriatrisches Assessment ¹, spezielle gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten gemeinsam geplant und umgesetzt werden („Aufsuchende Aktivierung“). Diese Maßnahme ist durch das Prinzip der Freiwilligkeit gekennzeichnet, weswegen im Zuge der Kontaktaufnahme (= Vereinbarung eines präventiven Hausbesuches) darauf geachtet wird, TeilnehmerInnen ungeachtet ihres Geschlechts, Gesundheitszustandes und ihrer sozialen Schicht anzusprechen. Darüber hinaus ist für den Erfolg dieser spezifischen Präventionsmaßnahme wichtig, dass das Personal dementsprechend qualifiziert ist und dass die Vernetzung mit anderen Versorgungseinheiten (z.B. Befundaustausch) funktioniert. In vielen Ländern mit bereits implementierten Hausbesuchsprogrammen, z.B. im angelsächsischen Raum oder in Skandinavien, wird die Durchführung teilweise an sogenannte „**Community Nurses**“ delegiert, die als allgemeine Pflegefachkräfte in nicht-stationären Settings im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und von Public Health tätig sind. Die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen ist in der Literatur gut belegt, besonders auf

¹ Unter einem geriatrischen Assessment versteht man die Bewertung der medizinischen, funktionalen, psychosozialen und umgebungsbezogenen Anliegen von älteren Personen.

Ebene der Gesundheit bzw. Gesundheitsindikatoren lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und dem Hausbesuchsprogramm finden. (Fonds Gesundes Österreich 2018; Kruse 2018; Spicker und Lang 2011; World Health Organization 2017)

Ein spezieller Fokus innerhalb der Prävention in der Langzeitpflege liegt auf der **Prävention von Demenz**. „Demenz“ ist ein Oberbegriff für Krankheitsbilder, die eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses sowie anderer kognitiver Fähigkeiten bedingen und die Aktivitäten des täglichen Lebens signifikant erschweren. In Österreich leiden derzeit zwischen 115.000 und 130.000 Personen an Demenz, bis 2050 wird sich diese Anzahl jedoch verdoppeln. Aus diesem Grund beschäftigt man sich in der Literatur intensiv mit den **Risikofaktoren von Demenz**, wobei zwischen potentiell veränderbaren und potentiell nicht veränderbaren Faktoren unterschieden wird. Zu den potentiell veränderbaren Risikofaktoren, bei deren Beseitigung 35% aller neuen Demenzfälle verhindert werden könnten, zählen 1) niedrige Bildung, 2) Bluthochdruck, 3) Übergewicht, 4) Gehörverlust, 5) Rauchen, 6) Depression, 7) körperliche Inaktivität, 8) soziale Isolation, und 9) Diabetes. Die Faktoren 2 bis 8 werden besonders in der mittleren (zwischen 45 und 65 Jahren) und der späten Lebensphase (65 Jahre und älter) relevant und bilden daher im Rahmen der Prävention von Pflegebedarf den Schwerpunkt. Potentiell nicht veränderbare Risikofaktoren hingegen betreffen das Alter, das Geschlecht und genetische Faktoren von Personen. Umfassende wissenschaftliche Evidenz belegt, dass diese Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken, erhöhen. **Präventionsmaßnahmen** setzen an der Beeinflussung der potentiell veränderbaren Risikofaktoren an und beinhalten, unter anderem, Lebensstilinterventionen im Bereich der Ernährung, Bewegung und sozialen Teilhabe, kognitive Interventionen, wie zum Beispiel Gedächtnistraining, verhaltensbezogene Interventionen, zu denen beispielsweise die Förderung der Compliance bei verordneten Therapien zählt, sowie medikamentöse Interventionen. Diese Präventionsmaßnahmen können dabei einzeln oder in Kombination zum Einsatz kommen, allerdings fehlt über weite Strecken die **wissenschaftliche Evidenz**, ob und welche (Kombination von) Präventionsmaßnahmen wirkungsvoll sind, um das Risiko einer Demenzerkrankung zu verringern. Dies bedeutet jedoch im Umkehrschluss nicht, dass Prävention von Demenz wirkungslos ist, sondern nur, dass zur Zeit der empirische Beweis nicht vorliegt. International laufen hierzu intensive Forschungen. (Höfler et al. 2015; Livingston et al. 2017; World Health Organization 2019)

Implikationen für Österreich

Der Prävention von Pflegebedarf kommt in der Langzeitpflege große Bedeutung zu. Für Österreich ergeben sich einige Handlungsspielräume für die Integration der Prävention in den (Pflege-) Alltag, insbesondere im Bereich der **Primärversorgung**. Diese gilt als ein sehr aussichtsreiches Setting für Präventionsmaßnahmen im Alter, weswegen ein Ausbau und eine Stärkung der Primärversorgung weiter forciert werden sollte. Primärversorgungszentren würden auf diese Weise einerseits als erste, integrierte Anlaufstelle für ältere Personen dienen und andererseits als ein möglicher Ausgangspunkt für die Etablierung von Community Nurses fungieren. Den **Community Nurses** als erste Instanz würde somit auch die Rolle zufallen, den Informationsbedarf der älteren Bevölkerung bezüglich Pflegeangeboten zu decken und somit die gewünschte, sowie auch in der Demenzstrategie empfohlene, niederschwellige Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen zu sein. Zusätzlich sollten **präventive Hausbesuchsprogramme** sowie Maßnahmen, die eine **Steigerung der horizontalen Inanspruchnahme** von präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen zum Ziel haben (z.B. in Form von „Gesundheitsschecks“ für Tanz- oder Sportkurse oder „Gesundheitstagen“), implementiert werden. Für den „erfolgreichen“ Einsatz all dieser Maßnahmen ist jedoch viel Vorbereitung im Sinne einer Bewusstseinsbildung und Aufklärung notwendig, um die Inanspruchnahme in allen sozio-ökonomischen Schichten zu erhöhen.

Im Bereich der **Prävention von Demenz** gilt, aufgrund der fehlenden belastbaren Evidenz, dass jene Lebensstilfaktoren, die allgemein als gesundheitsförderlich angesehen werden, stärker mittels spezifischer Programme gefördert werden sollten, da diese auch eine potenziell „günstige Nebenwirkung“ für die Demenzprävention aufweisen.

Literaturverzeichnis

European Commission. (2018). The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG) (Institutional Papers No. 079). Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

Fonds Gesundes Österreich. (2018). Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen.

Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., & Griebler, R. (2015). Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Soziales.

Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., & Stock, S. (2018a). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage.). Bern: Hogrefe Verlag.

Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., & Stock, S. (Hrsg.). (2018b). Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage.). Bern: Hogrefe Verlag.

Kruse, A. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage., S. 113–124). Bern: Hogrefe Verlag.

Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage.). Bern: Hogrefe Verlag.

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)


Spicker, I., & Lang, G. (2011). Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen (No. Band 4). Wien: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.

Vogliotti, S., & Vattai, S. (2014). Wohlfahrtsstaats-Modelle in Europa (No. Teil 1). Bozen: Arbeitsförderungsinstitut (AFI).

Vonneilich, N., & von dem Knesebeck, O. (2018). Sozialepidemiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In R. Haring (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften. Springer Berlin Heidelberg.

World Health Organization. (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage (Human Resources for Health Observer No. 18). <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer18/en/>. Zugegriffen: 4. November 2019

World Health Organization. (2019). Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines.



**Bundesministerium für
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)