

WISO

April 2015

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem

Ein Vergleich zwischen fünf nordischen
Ländern und Deutschland



Zweite aktualisierte
und inhaltlich
überarbeitete Auflage

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG



Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und
Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem

Ein Vergleich zwischen fünf nordischen
Ländern und Deutschland

Cornelia Heintze

**Zweite aktualisierte
und inhaltlich
überarbeitete Auflage**

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Vorwort und Zusammenfassung	5
1. Einführung: Wie demografischer Wandel, Frauenerwerbstätigkeit und die Grundausrichtung der Pflegesysteme zusammenhängen	8
2. Pflegesysteme folgen überwiegend, aber nicht durchgängig der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierung	14
2.1 Deutschland: Enger Pflegebegriff stützt die Familialisierung in einem Kernsicherungssystem	18
2.2 Skandinavische Länder: Universalistisches System mit weitem Pflegebegriff und Ergebnisverantwortung durch die Kommunen	23
2.3 Exkurs demenzgerechte Pflege: Wie der Norden die Herausforderung zu bewältigen sucht	33
3. Formale Pflege und Alltagsunterstützung: Leistungsempfänger, Leistungsarten und die Bedeutung öffentlicher Finanzierung	36
3.1 Empirischer Leistungsvergleich nach Reichweite und Leistungsdichte	36
3.2 Die Bedeutung öffentlicher Finanzierung: ein knapper Überblick	45
3.3 Zusammenfassung	50
4. Trägerstrukturen formeller Pflege und Beschäftigungspfade zwischen Highroad und Lowroad	53
4.1 Trägerstrukturen: Privates Geschäftsfeld contra kommunale Pflichtaufgabe	53
4.2 Beschäftigungspfade: Highroad contra Lowroad	57
5. Resümee	70
6. Literaturverzeichnis	73
Die Autorin	83

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von der Autorin in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Impressum: © Friedrich-Ebert-Stiftung | Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung | Godesberger Allee 149 | 53175 Bonn | Fax 0228 883 9205 | www.fes.de/wiso | Gestaltung: pellens.de | Fotos: Fotolia | Druck: bub Bonner Universitäts-Buchdruckerei | ISBN: 978-3-95861-127-6 |

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Zusammenhang von Geburtenrate und Care-System: Europäische Länder im Vergleich 1980 bis 2011	9
Abbildung 2:	Gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren 2000 bis 2012: Frauen	13
Abbildung 3:	Outsourcing von Altenpflegeleistungen in schwedischen Gemeinden: 1998 bis 2013	30
Abbildung 4:	Geleistete Wochenstunden für Home-Help-Leistungen im freien Wahlsystem: 2008 bis 2012	39
Abbildung 5:	Die Entwicklung von Stundenlöhnen (brutto) von Pflegefachkräften im dänischen Home-Help-Service der Kommunen: 1999 bis 2009	67
Abbildung 6:	Monatsgehälter (€) von kommunal beschäftigten „Nurses“ in Schweden 2008 bis 2012	69
Tabelle 1:	Pflege der älteren Bevölkerung im Systemvergleich	16
Tabelle 2:	Deutsches Altenpflegesystem im Vergleich zu skandinavischen Altenpflegesystemen am Beispiel von Dänemark	32
Tabelle 3:	Laufende öffentliche Pflegeausgaben 1999 bis 2012 im deutsch-skandinavischen Vergleich: Jährliche Ausgaben je EW, pro 65+EW (€) und BIP-Anteile (%)	47
Tabelle 4:	Formelle Hilfs- und Pflegeleistungen für Einwohner ab 65 Jahren im deutsch-skandinavischen Vergleich: Pflegequoten und öffentliche Ausgaben 2011/2012	51
Tabelle 5:	Beschäftigungsstruktur in der Langfristpflege von Deutschland (Heime) und Norwegen (häuslich und institutionell): 2007 bis 2011/2012	62

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AT	Österreich
BE	Belgien
BGBL	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BT-Drs.	Bundestag-Drucksache
Destatis	Deutsches Statistisches Bundesamt
DK	Dänemark
DKK	Dänische Krone
EU	Europäische Union
ES	Spanien
EW	Einwohner
FI	Finnland
FR	Frankreich
FTE	Full Time Employment (rechnerische Vollzeitkräfte)
GG	Grundgesetz
GR	Griechenland
i.d.F.	in der Fassung
ISK	Isländische Krone
k.A.	Keine Angabe
MDK	Medizinischer Dienst der Kassen
Mio.	Million
MISSOC	Informationssystem zu den sozialen Sicherungsleistungen
Mrd.	Milliarde
mtl.	monatlich
NHS	National Health Service
NL	Niederlande
NO	Norwegen
NOK	Norwegische Krone
o. J.	ohne Jahresangabe
OECD	Organisation of Economic Cooperation and Development
PM	Pressemitteilung, Pressemeldung
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
PPP	Purchasing Power Parity (Kaufkraftparität) auf US-Dollarbasis
priv	privat
PT	Portugal
SE	Schweden
SEK	Schwedische Krone
SGB	Sozialgesetzbuch
SI	Slowenien
SK	Slowakei
Tab.	Tabelle
Tsd.	Tausend
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Vorwort und Zusammenfassung

Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um die zweite, überarbeitete Auflage der Studie von Dr. Cornelia Heintze. Die erste Studie erschien im Jahr 2012 und sorgte für große Aufmerksamkeit sowie eine lebhafte Diskussion zur zukünftigen Ausrichtung der Pflegepolitik. Aus diesem Grund hat sich die Friedrich-Ebert-Stiftung dazu entschlossen, eine zweite Auflage zu veröffentlichen, die aktuelle Zahlen und Entwicklungen aufnimmt.

Die Zahlen sprechen für sich. Laut einer Berechnung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 auf fast fünf Millionen ansteigen, das heißt: Sie wird sich mehr als verdoppeln. Schon heute hat laut Umfragen in Deutschland jede/r Zweite Angst vor Pflegebedürftigkeit im Alter. Und zahlreiche Frauen und Männer fragen sich: Was tun, wenn die eigenen Eltern pflegebedürftig werden? Die Sorgen und Befürchtungen deuten auf einen Missstand hin: Ganz offensichtlich ist unsere Gesellschaft nicht auf eine stark wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen vorbereitet.

Aktuelle Reformen greifen zu kurz, denn sie basieren auf einer problematischen Grundannahme. Sie setzen weiterhin voraus, dass in Zukunft Pflegearbeit hauptsächlich von den Töchtern, Schwiegertöchtern, Enkeltöchtern und Ehefrauen geleistet wird – im Privaten, unentgeltlich, oft unter Aufgabe der eigenen beruflichen Ziele und der eigenen ökonomischen Unabhängigkeit. Hier wird ein Modell für die Zukunft fortgeschrieben, für das schon heute die gesellschaftlichen Bedingungen erodieren: Die Zahl der „verfügbaren“ Töchter, Schwiegertöchter und Enkeltöchter sinkt, die Zahl der zu Pflegenden wächst; Frauen streben nicht nur in viel höherem Maße als früher auf den Arbeitsmarkt, sie wollen dort auch bleiben; Familien leben oft räumlich getrennt, in

unterschiedlichen Städten. Und: Pflegeverantwortung kommt auch auf immer mehr Männer zu, weil sie als Single leben oder weil sie bewusst selber Verantwortung übernehmen möchten.

Während sich Arbeitswelten, Geschlechterrollen und Familienarrangements verändern, bleiben die aktuellen Reformanstrengungen dem überholten Leitbild der unter einem Dach zusammenlebenden Großfamilie mit männlichem Familienernährer verhaftet; ökonomische und soziokulturelle Entwicklungen werden ausgeblendet. Das Problem liegt auf der Hand: Ein Pflegesystem, das für eine andere gesellschaftliche Realität „gemacht“ ist, überfordert die Pflegenden, stellt Familien dauerhaft vor die Zerreißprobe und treibt sie in legale Grauzonen, wenn sie sich professionelle Hilfe holen wollen (Stichwort: Pendelmigration). Überfällig ist darum eine gesellschaftliche Debatte darüber, wie ein Pflegesystem aussehen könnte, das den Möglichkeiten und Ressourcen der Pflegenden entspricht und den Pflegebedürftigen ein Leben in Autonomie und Würde ermöglicht. Mit der Expertise „Pflege und Alltagsunterstützung älterer Menschen im deutsch-skandinavischen Vergleich“ möchten wir einen Beitrag dazu leisten.

Im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung hat die Politologin Dr. Cornelia Heintze die Pflege und Alltagsunterstützung älterer Menschen in Deutschland und Skandinavien (Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden) verglichen. In der vorliegenden Expertise analysiert sie die Unterschiede zwischen dem deutschen und dem skandinavischen System und zeigt auf, welche Denktionen und Grundentscheidungen die jeweiligen Systeme geprägt haben. Ein fruchtbarer Vergleich, denn er zeigt, vor welchen elementaren Weichenstellungen das deutsche Pflegesystem steht.

Die Zukunft des Pflegesystems: familienbasiert oder servicebasiert?

Die Wohlfahrtstypologie von Gösta Esping-Andersen modifizierend, unterscheidet Dr. Cornelia Heintze zwei Grundtypen von Pflegesystemen: das „familienbasierte Pflegesystem“ und das „servicebasierte Pflegesystem“.

Deutschland (genauso wie z.B. Österreich, die Schweiz und Italien) hat nach Esping-Andersen ein „konservatives Wohlfahrtsregime“; das bedeutet: Es setzt dem Subsidiaritätsprinzip folgend in erster Instanz auf das „Solidarsystem Familie“, und erst in zweiter Instanz auf die gesamtgesellschaftliche Solidarität, also auf staatliche Unterstützung. Ein solches Modell setzt jedoch eine klassische Arbeitsteilung in den Familien voraus: Der eine Partner, meist der Mann, ernährt die Familie, die – in der Regel – Frau übernimmt unentgeltlich oder gegen eine geringe Anerkennungsprämie (Pflegegeld) die Fürsorgeaufgaben. Das „familienbasierte Pflegesystem“ korrespondiert mit dem „konservativen Wohlfahrtsregime“; seine Kennzeichen sind: Vorrang der informellen vor der professionellen Pflege; geringer Umfang der öffentlichen Finanzierung; ein enger Pflegebegriff und eine zersplitterte, unübersichtliche Struktur mit schwer zugänglichen Leistungen (Mischstruktur aus gemeinnützigen, privat-gewerblichen und öffentlichen Anbietern). Eine hohe Anfälligkeit für die Entwicklung eines „Grauen Pflegemarktes“, insbesondere im Bereich der 24-Stunden-Pflege, kommt hinzu. Das „familienbasierte Modell“ korrespondiert laut Dr. Heintze „mit einer Politik, die mehr an der Aufrechterhaltung eines möglichst hohen Anteils von Familienpflege als daran interessiert ist, eine qualitativ hochstehende und für alle gut zugängliche Pflegeinfrastruktur zu schaffen.“ Kurz gesagt: Es handelt sich um eine Politik, die in erster Linie darauf abzielt, die Kosten für die Pflege gering zu halten.

Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden sind nach Esping-Andersen „sozialdemokratische Wohlfahrtsregime“. Dieser Typus ist geprägt durch ein umfassendes wohlfahrtsstaatliches Dienstleistungsangebot, es ist auf Egalität ausgerichtet und bietet die Basis für eine zumindest annähernd gleich hohe Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen. Diese Merkmale spie-

geln sich in der Struktur des Pflegesystems wider. Kennzeichen des „servicebasierten Pflegesystems“ sind: Vorrang der formellen Pflege; mittlere bis hohe öffentliche Finanzierung (Bedarfssteuerung); ein weiter Pflegebegriff; hohe Professionalisierung; qualitativ hochwertige kommunale Pflegeinfrastruktur. Das servicebasierte System zielt in erster Linie darauf ab, das professionelle Pflegesystem zu stützen und weiter zu entwickeln.

Was kann Deutschland vom „skandinavischen Weg“ lernen? In der vorliegenden Expertise hat die Autorin bemerkenswerte und bisher wenig diskutierte Zusammenhänge herausgearbeitet, die geeignet sind, mit zahlreichen Mythen im deutschen Pflegediskurs aufzuräumen und die Debatte über die Zukunft der Pflege auf einen neuen Pfad zu lenken.

Verfechter_innen des aktuellen Pflegesystems lehnen den skandinavischen Weg oft mit zwei Argumenten ab: Erstens sei er nicht gewollt, weil er nicht der deutschen Sozialstaatstradition entspräche und zweitens sei er nicht finanzierbar. In dieser Argumentation werden allerdings einige bedeutende Punkte nicht mitgedacht.

Zentrale Erkenntnisse aus der Expertise

Hohe vollzeitäquivalente Frauenerwerbstätigkeit korrespondiert mit hohen Geburtenraten. Bislang herrschte – nicht nur unter konservativen Geistern – der Glaubenssatz, dass eine niedrige Geburtenrate der Preis der Frauemanzipation sei. Eine Steigerung der Geburtenrate erschien aus dieser Perspektive nur möglich, wenn es gelänge, den Prozess der Gleichstellung von Männern und Frauen, also in erster Linie die Frauenerwerbstätigkeit, abzubremsen. Genau diese Annahme erweist sich bei näherem Hinsehen als überholt, denn sie gilt nur für wirtschaftlich wenig entwickelte Gesellschaften. Aus dem Beispiel Skandinavien jedoch können wir lernen, dass in wirtschaftlich hoch entwickelten Gesellschaften das Gegenteil stimmt. Auch dort gingen Anfang der 1980er Jahre die Geburtenraten massiv zurück – sogar noch stärker als in Westdeutschland – doch im Gegensatz zu Deutschland gelang hier eine Trendwende durch einen massiven Ausbau von öffentlicher Betreuungsinfrastruktur gleichermaßen bezogen auf Kinder wie

auch bezogen auf Senioren. Die Zahlen zeigen: Die Geburtenrate steigt in dem Maße, wie es der Gesellschaft gelingt, sich von traditionellen Geschlechterrollen zu lösen. Dort, wo Kinderbetreuung und Pflege stark „familiarisiert“ sind, sehen wir die niedrigsten Geburtenraten. Das zeigt: Investitionen in eine gute Pflege- und Betreuungsinfrastruktur erzeugen eine „demografische Dividende“, entschärften also für die Zukunft das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden.

Privat pflegende Frauen sind teuer. Eine weit verbreitete Fehlannahme lautet: Frauen, die privat und unentgeltlich pflegen, „kosten“ im wahrsten Sinne des Wortes nichts – ein gut ausgebautes öffentliches Pflegesystem hingegen sei unbezahlbar. Dieser Gedanke führt in die Irre. Wenn gut ausgebildete Frauen (und Männer) aus dem Arbeitsmarkt austreten, um unentgeltlich zu pflegen, geht der Volkswirtschaft erhebliches Bildungskapital verloren. Investitionen in ein gutes öffentliches Pflege- und Betreuungssystem hingegen entlasten die Sozialkassen und steigern das Potenzial an gut qualifizierten Arbeitskräften. Dort, wo Pflege als öffentliche Aufgabe und öffentliches Gut betrachtet wird, entstehen im Pflegesektor gut bezahlte, qualifizierte Arbeitsplätze, die für Wachstum sorgen. Insgesamt begibt sich die Volkswirtschaft so auf einen höheren Beschäftigungspfad („High Road“). In Deutschland passiert das Gegenteil: Die geringen Investitionen in das Pflegesystem führen auf eine „Low Road“. Die Autorin beschreibt, was die Abwärtsspirale in Deutschland antreibt und wie sie gestoppt werden kann. Und sie erläutert, warum die Deutschen sich damit so schwer tun, den Pflegesektor als Teil der Wertschöpfung statt als reinen Kostenfaktor zu sehen: Die traditionelle Fixierung auf den Export führt zu einer fatalen Geringschätzung der binnenmarktorientierten Dienstleistungen, die im gesellschaftlichen Interesse stehen.

Deutschland in der Pflegefalle: Die Autorin beschreibt noch ein weiteres Phänomen, das zum Umdenken anhalten könnte: Menschen, die in hohem Maße und ohne Unterstützung über meh-

rere Jahre Angehörige pflegen, betreiben Raubbau an ihrer Gesundheit. Sie geraten in eine Spirale der immer größeren permanenten Überforderung mit wachsenden gesundheitlichen Risiken. Sie werden statistisch betrachtet selbst früher pflegebedürftig, die Zahl ihrer „guten Jahre“ im Alter sinkt, stattdessen ist – im krassen Gegensatz zu Skandinavien – ein großer Teil dieser letzten Jahre von chronischen Krankheiten geprägt. Dr. Heintzes Diagnose lautet: Deutschland sitzt in der Pflegefalle.

Die Akzeptanz von professioneller Pflege hängt von der Qualität der Pflege ab, nicht (nur) von kulturellen Präferenzen: Die herrschende Vorstellung in Deutschland lautet: Eine qualitativ hochwertige Professionalisierung der Pflege wird hierzulande weder von den Pflegebedürftigen noch von ihren Angehörigen gewünscht; die Deutschen präferierten aus sozio-kulturellen Gründen die Familienpflege durch Angehörige. Doch in diesen Präferenzen spiegelt sich nicht zwangsläufig nur kulturelle Prägung, sondern stärker noch ein Misstrauen gegenüber dem deutschen Pflegemarkt, dessen Angebote als unerschwinglich und wenig human (Stichwort: Minutenpflege) gelten – hier erscheint zwangsläufig die Pflege innerhalb der Familie als die bessere Wahl. Diese Einstellung ist der Preis und die Folge eines „Teilkasko-Systems“, das zudem in den vergangenen Jahren immer stärker kommerzialisiert wurde, wie die Autorin nachweist.

Lernende Gesellschaften, so Dr. Cornelia Heintze, zeichnen sich dadurch aus, dass sie den gesellschaftlichen Wandel nutzen, um Lebensqualität und Wohlstand zu steigern, statt ihn zu bremsen und sich dadurch in eine Negativspirale zu begeben. Sie demonstriert, wie stark das „familienbasierte Pflegesystem“ angesichts des demografischen Wandels unter Druck gerät und ihn gleichzeitig noch mit beschleunigt. Und sie beweist den gesellschaftlichen Mehrwert einer qualitativ hochwertigen, öffentlichen Care-Infrastruktur.

Der folgende Text ist die Kurzfassung einer umfangreichen Expertise, die Sie unter www.fes.de/forumpug/inhalt/publikationen.php finden.

Christina Schildmann
Forum Politik und Gesellschaft
der Friedrich-Ebert-Stiftung

Severin Schmidt
Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
der Friedrich-Ebert-Stiftung

1. Einführung: Wie demografischer Wandel, Frauenerwerbstätigkeit und die Grundausrichtung der Pflegesysteme zusammenhängen

Europäische Gesellschaften sind alternde Gesellschaften. Der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten gewachsen und wird auf absehbare Zeit weiter zunehmen. In Deutschland nahm der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 1995 bis 2013 um rund 35 Prozent zu, in den skandinavischen Ländern um deutlich weniger. Die unterschiedliche Dynamik führt dazu, dass Deutschland im Jahre 2013 mit 20,7 Prozent in Europa die nach Italien zweithöchste und OECD-weit die dritthöchste Alterung aufweist.¹ Die skandinavischen Länder bewegen sich demgegenüber mit Anteilen von 12,9 Prozent in Island, 15,7 Prozent in Norwegen und 17,8 Prozent in Dänemark überwiegend unter dem EU-Mittel. Knapp über dem EU28-Mittel liegt Finnland (18,8 Prozent gegenüber 18,2 Prozent in der EU28). Nur Schweden weist mit 19,1 Prozent eine deutlich überdurchschnittliche Quote auf.

Hinter der in Deutschland ausgeprägten Alterungsdynamik steht eine Kombinationswirkung aus niedriger Geburtenrate und einem in der längeren Frist fehlenden positiven Wanderungssaldo.² Bis Anfang der 1980er Jahre ging die Geburtenrate in den skandinavischen Ländern teilweise (Norwegen, z. B.) noch stärker zurück als in West-Deutschland.³ Während im skandinavischen Raum danach jedoch eine Trendwende gelang, verharrte die Geburtenrate in Deutschland nicht

nur auf niedrigem Niveau, sondern reduzierte sich weiter. Abbildung 1 verdeutlicht, dass dies kein zwangsläufiger Prozess war. Von den 13 erfassten Ländern hatten 1980 mehr als die Hälfte (Dänemark, Deutschland, Finnland, die Niederlande, Norwegen, Österreich und Schweden) eine vergleichbar niedrige Geburtenrate zwischen rd. 1,6 und rd. 1,7 Lebendgeburten pro Frau. Weit höhere Geburtenraten gab es in den südeuropäischen Ländern wie auch in Frankreich. Ab Mitte der 1980er Jahre kehrten sich die Entwicklungsmuster um. Über eine Art Scherenbewegung kristallisierten sich zwei Ländergruppen mit je ähnlichen Geburtenraten heraus. Deutschland wie auch Österreich ordnen sich nun in den Kreis der süd- wie osteuropäischen Länder ein. Die südeuropäischen Länder – Gleiches gilt zeitversetzt für die osteuropäischen Neu-EU-Mitgliedsländer – erlebten bei ihren Geburtenraten einen dramatischen Absturz. 1980 rangierten sie an der Spitze; nun bilden sie die Schlusslichter. Gegenläufig zum Geburtenabsturz in Süd- wie Osteuropa und dem Verharren auf niedrigem Niveau im deutschsprachigen Raum gelang den skandinavischen Ländern ein bemerkenswerter Wiederanstieg. Im Ergebnis erreichen alle nordischen Länder im Durchschnitt der zurückliegenden Dekade (2001 bis 2011) Werte von über 1,8 (DK, FI und SE: 1,81; NO: 1,87; IS: 2,06) gegenüber nur 1,36 in Deutschland. Belgien und die Niederlande durchliefen

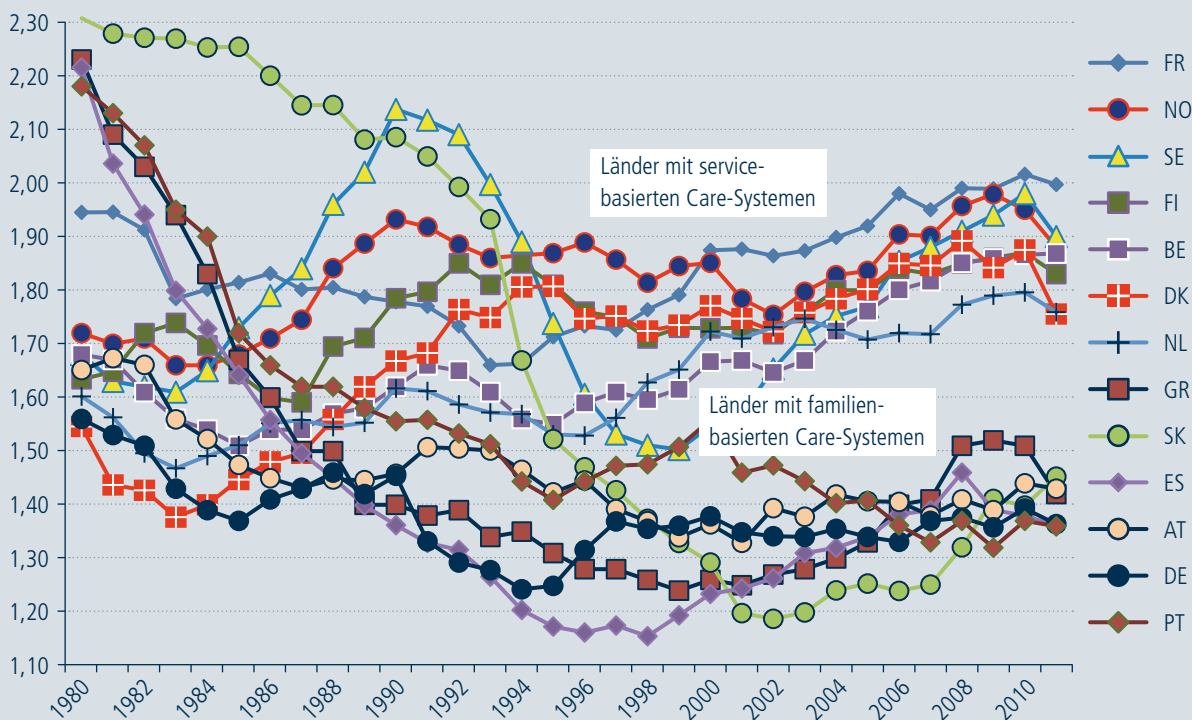
1 2010 noch lag Deutschland vor Italien. Der Anteil Älterer entwickelte sich dann jedoch seitwärts, während er in Italien auf 21,2 Prozent (1.1.2013) weiter anstieg. Quelle: Eurostat, Bevölkerung am 1. Januar nach breite Altersgruppe und Geschlecht [demo_pjanbroad]; Update: 24.3.2014.

2 Letzteres allerdings wurde nach 2010 durch die krisenhafte Entwicklung in den südeuropäischen Ländern Spanien, Portugal und Griechenland unterbrochen. Die dort extrem hohe Arbeitslosenquote löste eine Auswanderungswelle aus, von der Deutschland kurzfristig profitiert.

3 1970 lag die westdeutsche Geburtenrate bei 2,03 gegenüber 1,95 in Dänemark, 1,92 in Schweden und 1,83 in Finnland. In der anschließenden Entwicklungsphase gingen gleichermaßen in Westdeutschland wie in den skandinavischen Ländern die Geburtenraten zurück. Dies besonders ausgeprägt in Norwegen. Dort hatte die Geburtenrate 1970 bei 2,5 gelegen. Bis 1980 gab es einen Absturz um ein Drittel auf noch 1,72.

Abbildung 1:

Zusammenhang von Geburtenrate und Care-System: Europäische Länder im Vergleich 1980 bis 2011



Erläuterung: Angegeben ist die Anzahl von Kindern pro Frau im gebärfähigen Alter.

Quelle: OECD 2014, Daten zu GE2.2 Trends in Total Fertility since 1960 (Update: 4.12.2013); eigene Auswertung.

eine ähnliche Entwicklung. Die nun erreichten Werte sichern zwar nicht die Stabilität der Bevölkerung – das Stabilitätskriterium liegt bei rund 2,1 –, sorgen aber dafür, dass die Gesellschaft nicht unter Anpassungsstress gerät, weil die Quote Älterer weit schneller wächst als die Gesellschaft in der Lage ist, sich mental, wirtschaftlich und infrastrukturell darauf einzustellen.⁴

Bei der Frage nach den Ursachen der konträren Entwicklungen kristallisieren sich zwei miteinander verwobene Faktoren heraus. Der erste

Faktor betrifft die Frauenerwerbstätigkeit. In ökonomisch höher entwickelten Gesellschaften geht die Geburtenrate dort besonders stark zurück und steigt in der Konsequenz der Anteil Älterer überproportional, wo die Gesellschaft noch stark auf traditionelle Geschlechterrollen und eine niedrige Frauenerwerbstätigkeit hin orientiert ist. Statistisch korreliert in traditionellen Gesellschaften eine niedrige Frauenerwerbstätigkeit mit hohen Geburtenraten und in hoch entwickelten Gesellschaften – gegenläufig zu konservativen Familien-

4 Eine hohe Geburtenrate ist per se weder positiv noch negativ zu sehen. Im globalen Maßstab ist die durchschnittliche Geburtenrate viel zu hoch. Die ökologischen Folgen sind dramatisch. Dies sowohl bezogen auf die Stabilität des Weltklimas wie auch bezogen auf den Naturverbrauch allgemein. Die entscheidende Frage ist die nach der Verteilung. Im Kontext gering entwickelter Länder sind die dort weit über dem Stabilitätskriterium liegenden Geburtenraten Ausdruck von Unterentwicklung und einer nicht vorhandenen oder ineffizienten Familienplanung. Im Kontext hoch entwickelter Länder sind niedrige Geburtenraten umgekehrt solange kein Problem, wie sie die Anpassungsfähigkeit der Gesellschaft nicht überfordern. Unter diesem Blickwinkel sind Geburtenraten im Korridor von 1,6 bis 1,9 günstiger zu beurteilen als Geburtenraten zwischen 1,3 und 1,6.

leitbildern – eine niedrige Frauenerwerbstätigkeit mit niedrigen Geburtenraten. Die skandinavischen Länder kombinieren im internationalen Vergleich hohe Geburtenraten mit den höchsten Frauenerwerbstätigkeitsquoten, während die südeuropäischen Länder sowie die osteuropäischen Transformationsländer durch das gegenteilige Muster geprägt sind. Für den Zeitraum von 1999 bis 2012 wurde der Zusammenhang für 24 EU-Mitgliedsländer plus die Schweiz, Norwegen und Island statistisch untersucht.⁵ Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang: Gut 40 Prozent der Varianz bei der Geburtenrate wird von der Höhe der Frauenerwerbstätigkeit bestimmt.⁶

Zwar ist in Deutschland die Frauenerwerbstätigenquote (Altersabgrenzung 15-64 Jahre) in der betrachteten Zeitspanne von 57,4 Prozent (1999) auf 68 Prozent (2012) deutlich gestiegen. Vordergrund fand Deutschland den Anschluss an die skandinavische Ländergruppe. Bei genauerer Betrachtung jedoch zeigt sich, dass die Qualität der Erwerbsintegration von Frauen nicht an das skandinavische Niveau heranreicht (vgl. Heintze 2013a). Das Beschäftigungswachstum wurde vorrangig von geringfügiger und von Teilzeitbeschäftigung getragen. War 1995 nur ein Drittel der Frauen teilzeitbeschäftigt (33,7 Prozent), ist 2012 fast jedes zweite Beschäftigungsverhältnis eines in Teilzeit gegenüber „nur“ einem guten Drittel (34,1 Prozent) im skandinavischen Durchschnitt. Die Zunahme bei der vollzeitäquivalenten Beschäftigung fällt entsprechend gering aus. Die vollzeitäquivalente Beschäftigung von Frauen lag 2007 in den skandinavischen EU-Mitgliedsländern zwischen 61,9 Prozent (Schweden) und 63,9 Prozent (Finnland), in Deutschland dagegen bei nur 48,2 Prozent (Lehndorff et al. 2010: 17, Tab. B). Mit den Arbeitszeitpräferenzen von Frauen lässt

sich dieser niedrige Wert nicht erklären. Die Arbeitszeitwünsche von Männern und Frauen haben sich – dies ergeben Befragungen – europaweit stark angenähert. Frauen wie Männer wünschen demnach eine vollwertige Beteiligung am Erwerbsleben in Form von kurzer Vollzeit- oder langer Teilzeitarbeit (vgl. Gleichstellungsgutachten 2011: 27; Wanger 2011). Der Konvergenz bei den geschlechterspezifischen Arbeitszeitwünschen entspricht in den skandinavischen Ländern eine Annäherung bei den Arbeitszeitstrukturen. Nur in Dänemark und Norwegen freilich geht dies einher mit der Ausprägung eines familienfreundlichen Arbeitszeitstandards, der beide Geschlechter umgreift. In diesen beiden Ländern ist bei Männern wie Frauen der Bereich von regulärer Vollzeit (35 bis 39 Wochenstunden) und von kurzer Vollzeit (30 bis 34 Stunden) am stärksten besetzt. In diesem mittleren Bereich arbeiteten 2013 in Dänemark 70 Prozent der Frauen (NO: 63,3 Prozent) und 75 Prozent der Männer (NO: 71,9 Prozent); 2001 waren es erst 64 Prozent der Frauen und 58 Prozent der Männer. Anders in Deutschland. Hier überlappen sich zwei Entwicklungen. Zum einen haben sich die Arbeitszeiten bei Frauen und Männern polarisiert. Nur noch ein gutes Viertel der Männer (2001: 44,4 Prozent) und weniger als 30 Prozent der Frauen (2001: 38,6 Prozent) arbeiten im familienfreundlichen Arbeitszeitbereich. Gewachsen sind die Ränder: 70,6 Prozent der Männer (2000: 53,9 Prozent) und 52,4 Prozent der Frauen (2000: 44,6 Prozent) arbeiten entweder in Minijobs oder mit Arbeitszeiten von 40 Wochenstunden und mehr. Da sich die Arbeitszeiten bei Männern aber stärker polarisiert haben als bei Frauen, wuchs die Geschlechterdiskrepanz weiter an.⁷ Während Arbeitszeitpräferenzen und tatsächliche Arbeitszeiten in den

5 Einbezogen wurden: Belgien, Bulgarien, Dänemark; Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island; Italien, Lettland, Litauen, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweiz, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich.

6 Eigene Berechnung anhand von Eurostat: Tabelle „demo_find-Fruchtbarkeitsziffern“ mit Update vom 26.2.2014 und Datensatz „Erwerbstätigkeit – Jahresdurchschnitte [lfsi_emp_a]“ mit Update vom 10.7.2013. Ermittelt wurde ein Korrelationswert von 0,665, wenn die Beschäftigung von Frauen im Alter von 20 bis 64 Jahren herangezogen wird. Das Bestimmtheitsmaß beträgt 0,4423. Der Befund ist signifikant zum Niveau $<0,01$. Signifikante Ergebnisse sind solche, die statistisch gegen die Möglichkeit eines rein zufälligen Zusammenhangs abgesichert sind. Nur bei einem P-Wert von weniger als 0,05 liegt ein signifikantes Ergebnis vor. In unserem Fall ergibt die Regressionsanalyse den Wert 0,0007012.

7 Datenquelle: OECD, Labour Force Statistics 2014: Datensatz zu „usual working hours“; eigene Auswertung.

skandinavischen Ländern im Groben aufeinander abgestimmt sind, liefert die deutsche Entwicklung Hinweise auf eine wachsende Diskrepanz.⁸

An dieser Stelle kommt der zweite wichtige Faktor ins Spiel. Er betrifft die Vollwertigkeit der Arbeitsmarktintegration von Frauen. Frauen mit guter Ausbildung wollen ihren erlernten Beruf heute dauerhaft so praktizieren, dass sie ökonomisch selbstständig sind. Lernfähige Gesellschaften unterstützen diesen Prozess. Zum einen, indem sie Anreizstrukturen, die der steigenden Erwerbsneigung entgegenstehen (wie etwa das Ehegattensplittung) abschaffen; zum anderen, indem sie Tätigkeiten der Pflege, Sorge und Betreuungsarbeit, die traditionell in den Familien vorrangig von Frauen wahrgenommen werden, so professionalisieren und in eine öffentlich verantwortete Infrastruktur überführen, dass ein Gesellschaftsvertrag entsteht, der partnerschaftlich zwischen den Geschlechtern wie zwischen Familie und Staat neu austariert ist. Der Aufbau einer öffentlichen Infrastruktur von Betreuung und Pflege betrifft dabei nicht nur die Kinderbetreuung, sondern auch die häusliche und institutionelle⁹ Pflege älterer Menschen. Dort, wo eine qualitativ hochstehende öffentliche Infrastruktur gleichermaßen der Kinderbetreuung wie auch der Pflege und Betreuung alter Menschen existiert, lassen sich für Frauen, zunehmend aber auch für Männer, Familie und Beruf gut vereinbaren. Gleichzeitig entstehen Arbeitsplätze, die in dem Maße attraktiv sind, wie Tätigkeiten der Pflege und Betreuung eine Professionalisierung erfahren haben. Empirisch zeigt sich: Länder, die Pflege und Betreuung als eine öffentlich zu finanzierende und zu erbringende Aufgabe ausgeprägt haben, weisen Geburtenraten oberhalb von 1,7 aus; Länder mit familialisierten Pflege- und Betreuungssystemen teilen dagegen das Merkmal niedriger Geburtenraten und mit wenigen Ausnahmen auch das Merk-

mal einer nicht vollwertigen Arbeitsmarktintegration von Frauen. Ins Bild passt, dass Nicht-Erwerbstätigkeit von Frauen wegen familiärer Verpflichtungen in Deutschland eine relevante Größenordnung von über neun Prozent erreicht gegenüber weniger als zwei Prozent in den skandinavischen Ländern.¹⁰

Die positiven Wirkungen einer öffentlich verantworteten Care-Ökonomie, die sich an den Bedarfen entlang des Lebenslaufs von Menschen orientiert, sind vielfältiger Natur. Die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein Moment. Die Beförderung der faktischen Geschlechtergleichstellung ein weiteres. Ein drittes Moment betrifft das Wachstumsmodell. Werden bislang unentgeltlich von in der Regel Frauen in Familien und sozialen Netzwerken erbrachte Care-Tätigkeiten auf professioneller Basis in das Erwerbssystem überführt, entsteht Einkommen und Wirtschaftswachstum ohne zusätzlichen Naturverbrauch. Unter ökologischen Gesichtspunkten sind ein Mehrkonsum und eine Mehrproduktion von sozialen Dienstleistungen ergo anzustreben. Auch ein Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung deutet sich an. Einerseits ist die steigende Lebenserwartung ein Segen; andererseits geht sie einher mit der Zunahme chronischer Erkrankungen, woraus erhöhte Anforderungen an gute Pflege und früh einsetzende Krankheitsprävention erwachsen. Wird dies vernachlässigt, weil auf der gesellschaftlichen Ebene Gesundheitsprävention klein geschrieben wird, so mag die Lebenserwartung zwar weiter ansteigen, nicht aber die Zahl der gesunden Jahre. Sinkt die Zahl der gesunden Jahre und steigen im Gegenzug die Lebensjahre mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, wirkt dies im Gesundheitssystem als Kostentreiber, obwohl die Lebensqualität der Betroffenen gar nicht besser, sondern schlechter geworden ist. Länder, die Pflege im Alter als eine primär von Familien und sozialen Netzwerken zu erbrin-

8 Nicht überraschen kann deshalb, dass sich mittlerweile nach Wanger 2011 rd. die Hälfte der in Teilzeit erwerbstätigen Frauen längere Arbeitszeiten wünscht.

9 Sofern häusliche Pflege in Deutschland unter Einschaltung professioneller Pflegedienste erfolgt, spricht die deutsche Statistik von ambulanter Pflege (analog zur ambulanten Versorgung im Gesundheitssystem). In der englischen Übersetzung heißt es dagegen „home care.“ Die institutionelle Pflege in Heimen wird wiederum in Anlehnung an das Gesundheitssystem als „stationär“ bezeichnet und als „institutional care“ übersetzt. In dieser Arbeit werden die Begriffe „ambulant“ und „häuslich“ sowie „stationär“ und „institutionell“ synonym gebraucht.

10 Dänemark hat mit 1,4 Prozent den EU-weit niedrigsten Wert. Eurostat, PM 185/2010 v. 7.12.2010.

gende Aufgabe begreifen, sind auch hier im Nachteil. Die Kombination von steigender Lebenserwartung bei sinkendem Anteil gesunder Lebensjahre bedeutet für pflegende Angehörige nämlich, dass sie in eine Spirale der permanenten Überforderung mit wachsenden gesundheitlichen Risiken geraten.¹¹ In der deutschen Debatte um die Alterung der Gesellschaft wird dieser Aspekt wenig beleuchtet. Dabei ist er von großer Relevanz, denn vorliegende Daten deuten darauf hin, dass sich Deutschland in der beschriebenen Falle befindet. Frauen, die im Jahr 2012 das 65. Lebensjahr erreichten, konnten noch eine Lebensspanne von 21,2 Jahren erwarten; bei den Männern waren es 18,2 Jahre. Dies entspricht dem Durchschnitt des nordischen Länderquintetts. In der Einzelbetrachtung schneidet Dänemark am schlechtesten und Island am besten ab (DK: Frauen: 20,2, Männer: 17,5; IS: Frauen: 21,5, Männer: 20,1). Die anderen nordischen Länder liegen teils unter, teils über dem deutschen Niveau (Frauen: FI: 21,6, NO: 21; SE: 21,5; Männer: FI: 17,8, NO: 18,3, DE: 18,5).¹² Während jedoch in Deutschland das Gros dieser Jahre durch chronische Erkrankungen geprägt sein dürfte, verhält es sich in den skandinavischen Ländern bei Männern wie Frauen umgekehrt. Abbildung 2 stellt die gesunden Jahre der 65-jährigen Frauen dar. Im Jahr 2000 lagen Deutschland, Dänemark und Schweden ziemlich gleichauf mit etwas über neun gesunden Jahren. Finnische Frauen bewegten sich abgeschlagen bei 6,9 Jahren. Dies hat sich umgekehrt. In allen skandinavischen Ländern gab es beim Gesundheitszustand älterer Frauen Fortschritte, in Deutschland Rückschritte. Bei den Männern ist das Muster ähnlich. Während in Deutschland von 2000 bis 2012 ein Rückgang der gesunden Lebensjahre um rund ein Drittel von zehn auf 6,7 zu verzeichnen ist, sind skandinavische Männer dem Ziel des gesun-

den Alterns ein Stück näher gekommen. Die Zuwächse bewegen sich zwischen einem Plus von knapp 50 Prozent in Schweden (von 9,4 Jahren auf 14 Jahre) und von knapp 38 Prozent in Dänemark (von 7,7 auf 10,6 Jahre).

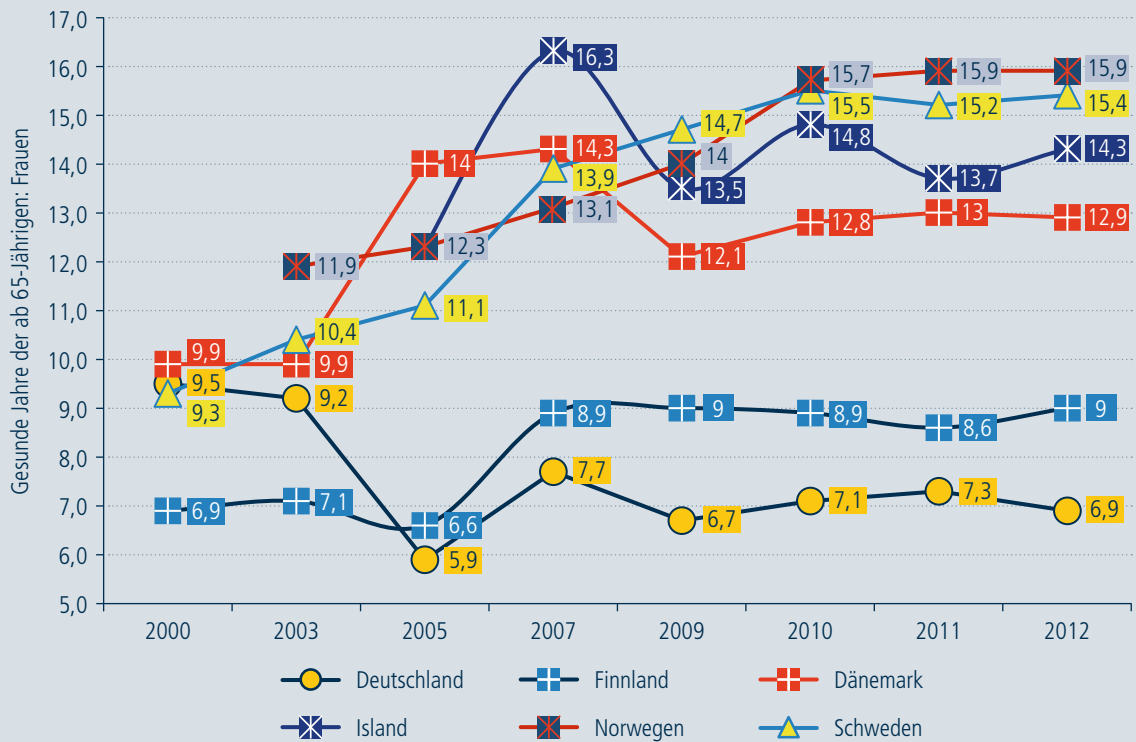
Die Veränderungen bei den gesunden Lebensjahren, die ältere Menschen noch zu erwarten haben, sind für unseren Zusammenhang von erheblicher Bedeutung. Wächst nämlich die Zahl gesunder Lebensjahre bei den Älteren in dem Maße wie auch ihre gesamte Lebenserwartung steigt, so verschiebt sich der Eintritt des medizinischen Pflegerisikos mit der steigenden Lebenserwartung. Tritt jedoch eine Entwicklung ein, wie sie die Daten von Abbildung 2 für Deutschland signalisieren, so kommt es zu einer Expansion der Zeitspanne, wo ältere Menschen chronisch krank und pflegebedürftig sind. Unsere Analyse führt zu folgender These: Ökonomisch hoch entwickelte Länder, die die Gleichstellung der Geschlechter aktiv betreiben, indem sie für Pflege und Betreuung am Anfang wie am Ende des Lebens eine für alle gut zugängliche servicebasierte Infrastruktur vorhalten, die Familien wirksam entlastet und unterstützt, erzielen höhere Geburtenraten als Länder, die diese Aufgaben primär den Familien und damit vorrangig den Frauen zuweisen. Zugleich ist die Frauenerwerbstätigkeit höher, denn erstens werden Frauen durch Familienpflichten weniger an der Ausübung beruflicher Tätigkeit gehindert und zweitens trägt die Care-Ökonomie selbst zur Schaffung von Arbeitsplätzen bei. Da die Arbeitsplätze, die aus der Professionalisierung von Care-Tätigkeiten hervorgehen, nicht mit einem zusätzlichen Naturverbrauch einhergehen, fügt sich ein Mehrkonsum von solchen sozialen Dienstleistungen in eine auf sozial und ökologisch nachhaltige Wertschöpfungen gerichtete Wachstumsstrategie. Gesellschaftlich resultiert

11 Die Siemens Betriebskrankenkasse hat diesbezüglich eine Untersuchung durchgeführt. Ergebnis: Pflegende Angehörige werden weit überdurchschnittlich häufig krank und entwickeln Medikamentenabhängigkeiten. Bei chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen liegen sie um gut 50 Prozent über dem Durchschnitt. Stärker noch als die körperliche Belastung wirkt die psychische Belastung krankmachend. Die Depressionshäufigkeit liegt dreifach über dem Normalwert. Trotzdem, es fällt vielen pflegenden Angehörigen schwer, sich die Überforderung einzugestehen. Sie bewegen sich auf einer Negativspirale, die erst durchbrochen wird, wenn es zum Zusammenbruch kommt. Zit. nach Frankfurter Rundschau Nr. 23 v. 28.1.2011, S. 2.

12 Vgl. Eurostat: Datensatz „Gesunde Lebensjahre (ab 2004) [hlth_hlye]“ mit Update vom 24.3.2014.

Abbildung 2:

Gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren 2000–2012: Frauen



Lesehilfe: Vor dem Jahr 2005 konnten in Deutschland diejenigen Frauen, die in dem jeweiligen Jahr 65 Jahre alt geworden waren, noch jeweils gut 9 von Gesundheit geprägte Lebensjahre erwarten. Ab dem Jahr 2005 sind es nur noch zwischen 6 und 7,5 Jahre. Die Daten vor 2004 und danach sind wegen eines Bruchs in der Zeitreihe nur bedingt vergleichbar.

Quelle: Eurostat, Strukturindikatoren über Gesundheit [hlth_hlye], Updates vom 22.5.2013 (Daten vor 2004) und 24.3.2014 (Daten ab 2004); eigene Darstellung.

daraus ein Mehrwert, der über die Beförderung der Geschlechtergleichstellung hinaus auch dem Altern in guter Gesundheit dient. Dass dieser Weg finanzierbar ist, zeigen all die Länder, die sich aus dem Vorrang familienbasierter Pflege gelöst ha-

ben. Neben den fünf nordisch-skandinavischen Ländern gehören dazu aus dem Bereich der kontinentaleuropäischen Sozialstaaten Belgien und die Niederlande.

2. Pflegesysteme folgen überwiegend, aber nicht durchgängig der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierung

„Wir brauchen ein neues Gesellschaftsmodell wie in Skandinavien. Pflege gehört dort zum Gemeinwesen, man setzt auf kommunale Infrastruktur und gesellschaftliches Engagement. Es gibt Nachbarschaftskonzepte und Altagestätten mit Öffnungszeiten, die den Arbeitszeiten entsprechen. Da existiert ein ganz anderer Zusammenhalt.“

(Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutscher Altenhilfe, zit. nach Windmann 2011: 129)

Im Großen und Ganzen folgen die national ausgeprägten Pflegesysteme¹³ den jeweiligen wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierungen. Die Wohlfahrtstypologie von Esping-Andersen (1990, 2000), auf die üblicherweise Bezug genommen wird, unterscheidet drei bis vier verschiedene Grundtypen. Die skandinavischen Länder sind durch ein umfassendes wohlfahrtsstaatliches Dienstleistungsangebot geprägt. Es ist auf Egalität ausgerichtet und bietet eine Basis für die immerhin angenäherte Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen. Deutschland gehört nach dieser Typologie zusammen mit den anderen mitteleuropäischen Ländern (Österreich, Schweiz, Frankreich, Belgien, Niederlande) zu den konservativ-korporatistischen Sozialstaaten. Konservativ sind diese Sozialstaaten in mehrfacher Hinsicht. *Erstens* haben sie in Form stark ausgeprägter Statusorientierungen ständestaatliche Muster konserviert. In den deutschsprachigen Ländern dient etwa das nur dort anzutreffende gegliederte Schulsystem mit seiner frühen Selektion der Statuskonservierung. *Zweitens* sind sie Familienernährer-Modelle. Nicht das Individuum mit je eigenständigen Rechten steht im Mittelpunkt, sondern die Familie mit Haupternährer und zuverdienendem Partner. Wechselseitige Unterhaltungspflichten, wie sie in Skandinavien schon lange nicht mehr existie-

ren, halten die familiären Abhängigkeiten aufrecht. Drittens bindet der konservative Sozialstaat im zumindest deutschsprachigen Raum die Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme an die Wahrung der Statusorientierung. Bei der Krankenversicherung gibt es dementsprechend gesetzliche Kassen für primär Arbeitnehmer_innen, private Kassen für Selbstständige und Gutverdiener, Beihilfekassen für Beamt_innen sowie Versorgungswerke für gut verdienende verkammerte Berufe (Ärzt_innen, Apotheker_innen, Rechtsanwälte_innen) und die staatlich subventionierte Künstlersozialkasse für finanziell darbenende Autor_innen, Schauspieler_innen und Musiker_innen. Öffentlich ist bei den Sozialversicherungssystemen die Finanzierung und Steuerung. Die Leistungserbringung dagegen basiert auf einer Mischstruktur aus frei-gemeinnütziger, privat-gewerblicher und öffentlicher Leistungserbringung.

Nun ist die Realität meist komplexer als es Modelle vorsehen. Auch Hybridsysteme, die Bausteine aus unterschiedlichen Systemkontexten kombinieren, kommen vor. Die Pflege liefert dafür ein gutes Beispiel. Theoretisch sind im Spannungsfeld von Familie, Markt, Staat und sozialen Netzwerken ganz unterschiedliche Arrangements denkbar. Die Spannweite reicht von familienbasiert-karitativen Ansätzen über Markt-Staat-

13 Zu den Details der in Europa und der OECD ausgeprägten Arrangements von Pflege und Unterstützung älterer Personen vgl. Hammer/Österle 2004; BMASK 2005; Skuban 2004; Beadle-Brown/Kozma 2007; Brandt 2009; Haberkern/Brandt 2010; OECD 2011a und European Commission 2013.

Mischmodelle bis zur rein staatlichen Leistungserbringung. Welche Arrangements sich durchsetzen und wie sie sich entwickeln, hängt von vielen Faktoren ab und kann hier nicht näher beleuchtet werden.¹⁴ Tabelle 1 versucht eine Systematisierung des Status-quo.¹⁵ Sie folgt der Auffassung, dass zwei Fragen für die Abgrenzung innerhalb von EU und OECD zentral sind: erstens die Frage, ob Pflegeleistungen eher informell oder formell, eher von den eigenen Familienangehörigen oder von professionellen Diensten erbracht werden, und zweitens die Frage nach der Höhe öffentlicher Finanzierung in Bezug auf die Wirtschaftskraft. Wählt man dieses Doppel-Kriterium als Scheidelinie, ergeben sich zwei Grundtypen, die sich entlang der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierung in Sub-Typen auffächern. Als Grundtypen unterschieden werden ein familienbasiertes System mit geringem bis mittlerem öffentlichem Finanzierungsanteil und ein servicebasiertes System mit mittlerem bis hohem öffentlichem Finanzierungsanteil. Im familienbasierten System hat die informelle Pflege durch Familienangehörige und soziale Netzwerke Vorrang vor der professionellen Pflege; im service-basierten System ist es umgekehrt. Die Politik ist je nach Grundtyp anders ausgerichtet. Der familienbasierte Grundtyp korrespondiert mit einer Politik, die mehr an der Aufrechterhaltung eines möglichst hohen Anteils von Familienpflege als daran interessiert ist, eine qualitativ hochstehende und für alle gut zugängliche Pflegeinfrastruktur zu schaffen. Im servicebasierten System dagegen ist die Politik primär darauf ausgerichtet, das professionelle Pflegesystem zu stützen und weiterzuentwickeln. Dies mit der Einschränkung, dass sich die Pflegepolitik im Markt-Staat-Untertyp (Variante S-2) vorrangig auf die öffentlichen Leistungen bezieht. Hier wie dort ist denkbar, dass die Weiterentwicklung Schritte beinhaltet, die auf eine Systemtransformation hinauslaufen. Etwa weil

das etablierte System wegen schlechter Ergebnisse so massiv unter Druck steht, dass eine Politik, die einen alternativen Ansatz verfolgt, dafür auch Mehrheiten gewinnen kann.

Aus der Perspektive der Gesundheitssysteme, die in den konservativ-korporatistischen Sozialversicherungsstaaten ausgeprägt wurden, könnte man erwarten, dass die Pflegesysteme der gleichen Logik folgen. Was für Medizin im Gesundheitssystem gilt, würde dann analog für Pflege im Pflegesystem gelten und zugleich die Basis bilden für die Verzahnung beider Systeme. Tatsächlich ordnen sich die konservativen Sozialstaaten bei der Pflege jedoch unterschiedlichen Grundtypen zu. Während Belgien und die Niederlande Pflege professionell und bedarfsorientiert ausgeprägt haben, weisen Deutschland und Österreich einen vergleichsweise geringen Professionalisierungsgrad auf. Die deutschsprachigen Länder teilen mit süd- wie osteuropäischen Ländern ein hohes Maß an Familialisierung und informeller Leistungserbringung. Das familienbasierte System variiert nach zwei, das servicebasierte System nach drei Untertypen. In diesen Untertypen kommen Merkmale zum Tragen, die in der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierung angelegt sind. So stützt sich die familialiserte Pflege in den süd-europäischen Ländern auf Familie im erweiterten Sinne resp. den Familienclan (Hammer/Österle 2004: 46), in den deutschsprachigen Ländern dagegen auf die Kernfamilie. Kernfamilie contra erweiterte Familie ist nicht das Einzige, was die deutschsprachigen Länder von den süd- wie osteuropäischen Ländern trennt. Ein weiterer zentraler Unterschied ist darin zu sehen, dass es in Deutschland bei den professionell erbrachten Pflegeleistungen eine strikte öffentliche Regulierung gibt, die einem eng verrichtungsbezogenen Konzept von Pflege folgt. Nicht der konkrete Bedarf des pflegebedürftigen Menschen wie in den skandinavischen Ländern, sondern die Gering-

¹⁴ Siehe die in der vorangegangenen Fußnote aufgeführte Literatur und für die Regelungen im Detail das MISSOC-Informationssystem der Europäischen Kommission zu den sozialen Sicherungsleistungen.

¹⁵ Neben den für diese Arbeit ausgewerteten Originalquellen stützt sie sich auf die Länderprofile von OECD (2011a) und das MISSOC-Informationssystem (Update vom Juni 2013). Einschränkungen der Vergleichbarkeit müssen dabei beachtet werden. Die Daten der OECD-Studie erfassen bei Deutschland, den Niederlanden, Italien, Polen und einer Reihe anderer Länder sowohl die medizinisch veranlassten Pflegeleistungen wie die sozialen Unterstützungsleistungen (nursing resp. health-related-care und social longterm care), bei anderen Ländern (u. a. Belgien, Dänemark, Island, Norwegen, Schweiz und Österreich) dagegen nur die Nursing-Leistungen.

Tabelle 1:

Pflege der älteren Bevölkerung im Systemvergleich

Grundsystem	Familienbasiertes Pflegesystem (Vorrang der informellen Pflege; geringe öffentliche Finanzierung)		Servicebasiertes Pflegesystem (Vorrang der formellen Pflege; mittlere bis hohe öffentliche Finanzierung)		
	F-1	F-2	S-1	S-2	S-3
Varianten	Erweiterte Familie; prekäre Regulierung der öffentlichen Pflegeleistungen	Kernfamilie; enge Regulierung der öffentlichen Pflegeleistungen	Markt-Staat-Misch- systeme; enge Regulierung	Umfassende Leistungsdichte; gemischte Träger- struktur	Universalistisches öffentliches System; hohe Leistungs- integration
Länder	Italien, Spanien, Griechenland, Portugal, Polen, Slowakei, Tschechien, Korea	Deutschland, Österreich, (Slowenien) ¹	Irland, Großbritan- nien, Neuseeland, Australien (Schweiz) ¹	Belgien, Niederlande, (Frankreich)	Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden
Pflegebegriff	Enger Pflegebegriff; kein ganzheitlicher Ansatz		Enger Pflegebegriff	Erweiterter Pflegebegriff	
Professio- nalisierung	Sehr gering	Gering bis mittel	Unterschiedlich	Hoch	
Professionelle Pflege	Sehr geringe Bedeutung	Mittlere Bedeutung	Hohe Bedeutung	Hohe Bedeutung	Hohe Bedeutung
Leistungs- zugang	Hürdenlauf	Schwierig (polarisierte Strukturen)	Schwierig (polarisierte Strukturen)	Niedrigschwellig	Niedrigschwellig
„Grauer Pflegemarkt“	Hohe Relevanz	Mittlere Relevanz	Mittlere Relevanz	Geringe Relevanz	Geringe Relevanz
Öffentliche Finanzierung²	< 0,8 % des BIP	> 0,8 % bis < 1,2 % des BIP	0,8 % bis < 1,6 % des BIP	> 1,8 % bis nahe 4 % des BIP	> 1,8 % bis nahe 4 % des BIP
Öffentliche Steuerung	Prekär	Ausgabensteuerung	Ausgabensteuerung	Bedarfssteuerung	Bedarfssteuerung

1) Die Zuordnung von Slowenien wie auch der Schweiz ist nicht eindeutig. In Slowenien liegt ein dominant öffentliches, auf Sachleistungen basierendes System vor mit allerdings kaum mittelhoher öffentlicher Finanzierung. Die Schweiz setzt höhere öffentliche Mittel ein (2011: 1,5 Prozent des BIP), die jedoch weniger als 50 Prozent der Gesamtausgaben decken. Gleichzeitig ist das System familienbasiert.

2) Bei den F-1-Ländern hat Spanien (0,6 Prozent des BIP) und bei den F-2-Ländern Österreich (1,2 Prozent des BIP) den höchsten öffentlichen Finanzierungsanteil. Das österreichische System wird dabei anders als das deutsche über Steuern finanziert. In der Markt-Staat-Gruppe ist die Finanzierung in Neuseeland am stärksten öffentlich geprägt (1,4 Prozent des BIP werden öffentlich, nur 0,1 Prozent des BIP privat bereitgestellt). In der S-2-Gruppe liegen die Niederlande auf dem Niveau der skandinavischen Kernländer.

Quelle: Eigene Darstellung; Angaben zu den öffentlichen Ausgaben aus OECD 2013.

haltung der öffentlichen Ausgaben ist die Zielstellung. Ein öffentliches Steuerungssystem, das nach strikt bürokratischem Reglement Pflegebedürftigkeit nach verschiedenen Stufen feststellt und mit Ansprüchen auf Geld- und/oder Sachleistungen verknüpft, fehlt in den südeuropäischen Ländern. Die dortige Steuerung ist prekär

und die Finanzierung gestaltet sich als Mischfinanzierung aus privaten Pflegeausgaben und öffentlichen Zuschüssen. Neben den skandinavischen Ländern und einer Teilgruppe aus dem kontinentaleuropäischen Raum gehören auch einzelne angelsächsische Länder zum servicebasierten Grundtyp. Ein Pflegearrangement, das

die Bezeichnung „System“ rechtfertigt, existiert dort aber nur eingeschränkt. In Großbritannien prägt der staatliche Gesundheitsdienst (NHS) die medizinische Pflege; analog den skandinavischen Ländern wird sie kostenlos gewährt. Die nicht an den NHS angedockte Pflege ist als kommunale Aufgabe in jeder Region anders gestaltet, wobei meist hohe Zuzahlungen verlangt werden. Wo weder die universalistischen Leistungen des NHS greifen noch die Zugangskriterien für kommunale Leistungen erfüllt werden, gilt die Marktlogik.

Warum einzelne mitteleuropäische Länder analog zu den skandinavischen Ländern ein auf professionalisierten Dienstleistungen gegründetes Pflegesystem aufgebaut haben, während die Pflegearrangements im deutschsprachigen Raum ihren Anker immer noch in der Familie haben, kann hier nicht weiter erörtert werden. Ich will es bei einem Hinweis belassen, der mir zentral erscheint. Die Benelux-Länder teilen mit den skandinavischen Ländern, dass sich Pflege und Medizin im Gesundheitswesen weit mehr auf Augenhöhe begegnen als in Deutschland, wo bis heute ein hierarchisches Gefälle zwischen einer männlich geprägten Medizin und einer weiblichen Pflege, die zur Medizin in einem Unterordnungsverhältnis („Pflege als Magd der Medizin“) steht, überlebt hat. Das deutsche Gesundheitssystem ist medizinentriert und aufgeladen mit ärztlichen Standesinteressen. Bis heute spielen ärztliche Standesvertreter_innen und eine ihnen zugehörige Politik bei der Verhinderung der Akademisierung von Pflege erfolgreich über Bande. Bei der Altenpflege kommt erschwerend hinzu, dass hier Gesundheitspolitik und Familienpolitik aufeinandertreffen. Die gesundheitspolitische Logik spricht für eine Professionalisierung, grenzt sie wegen der Subordination der Pflege unter die Medizin dann aber ein auf ein medizinisch geprägtes Verständnis von Pflege. Die familienpoli-

tische Logik spricht für die Familialisierung. Aufgabe der Politik ist es dabei, einerseits den für die Gesellschaft extrem billigen Familienpflegedienst durch etwas Unterstützung stabil und andererseits das Qualifikationsniveau der Pflegefachkräfte in einem Bereich zu halten, der sich mit niedriger Bezahlung vereinbaren lässt. Im F-2-Typ finden wir genau die angesprochenen, sich wechselseitig bedingenden Merkmale: (1) einen engen Pflegebegriff; (2) eine nur schleppend vorankommende Professionalisierung; (3) hohe Zutrittsbarrieren zu guter Pflege aufgrund einer zersplitterten, intransparenten Angebotsstruktur mit großen Qualitätsunterschieden; (4) eine hohe Bedeutung kommerzieller Träger einschließlich eines Einfallstors zum grauen Pflegemarkt, über den sich Angehörige preisgünstige Pflegehilfe organisieren und (5) eine auf die Geringhaltung der öffentlichen Ausgaben gerichtete Steuerung. Der angesprochenen Gemeinsamkeit steht als zentraler Unterschied jedoch nicht nur die Trägerstruktur (dominant kommunale Leistungserbringer in den nordischen Ländern; dominant kirchliche und frei-gemeinnützige Leistungserbringung in den Niederlanden und in Teilen von Belgien) entgegen. In die öffentliche Finanzierung sind in den nordischen Ländern höhere Einkommen und Arbeitgeber_innen weit stärker eingebunden als etwa in den Niederlanden. Die stärkere Einbindung ergibt sich aus zwei Momenten: Die Langfristpflege ist steuerfinanziert; die Akutpflege ist überwiegend steuerfinanziert. Dort, wo sie wie in Norwegen über Sozialbeiträge finanziert wird, lastet die Finanzierung überwiegend bei den Arbeitgeber_innen. In den Niederlanden dagegen erfolgt die Finanzierung sowohl der Langfristpflege wie der Akutpflege überwiegend durch Beiträge, von deren Mitfinanzierung die Arbeitgeber_innen freigestellt sind.¹⁶

16 Mit Stand 1.6.2013 sahen die Finanzierungsregeln wie folgt aus: Der Beitragssatz zur Allgemeinen Krankenversicherung (Health Insurance Act – Zorgverzekeringswet, Zvw) betrug für Arbeitnehmer_innen 7,1 Prozent und für Selbstständige 5,0 Prozent mit einer Beitragsbemessungsgrenze, die bei 50,853 Euro lag. Beim Allgemeinen Gesetz über Besondere Krankheitskosten als primärer Finanzierungsquelle der Langfristpflege (Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ) musste jeder Einwohner bis zu einer Einkommensgrenze von 33.863 Euro einen Beitragssatz von 12,65 Prozent entrichten. Die Arbeitgeber sind freigestellt. Quelle: MISSOC, Stand 1.6.2013.

2.1 Deutschland: Enger Pflegebegriff stützt die Familialisierung in einem Kernsicherungssystem

Der Herausforderung, die Hilfsbedürfnisse älterer Menschen mit gesetzlich verankerten Rechtsansprüchen auf die Gewährung sozialer Leistungen abzusichern, hat sich die deutsche Politik erst in den 1990er Jahren mit der Schaffung einer Pflegeversicherung im Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) (1994) gestellt.¹⁷ Am 1.1.1995 wurde als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems eine Pflegeversicherung geschaffen. Sie dockt an die einerseits gesetzlichen und andererseits privaten Krankenversicherungen an. Jeder, der gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der Gesetzlichen Pflegeversicherung versichert, und jeder privat Krankenversicherte muss eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Ausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmer_innen und Arbeitgeber_innen je zur Hälfte entrichten. Für Kinderlose gilt mit Vollendung des 23. Lebensjahres ein von diesen allein zu entrichtender Zuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (§ 55 III). Die privaten Pflegeversicherungen erheben Prämien, die unabhängig sind vom Einkommen des Versicherten. Ist der/die privat Versicherte Arbeitnehmer_in, erhält er einen Zuschuss von seinem Arbeitgeber in der Höhe, die bei freiwilliger Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Pflegeversicherung anfallen würde. Die Gesetzliche Pflegeversicherung arbeitet im Umlageverfahren; die Private Pflegeversicherung bedient sich des Anwartschaftsdeckungsverfahrens, bei dem Altersrückstellungen für den zukünftig voraussichtlich entstehenden Pflegebedarf gebildet werden. Tritt das Pflegerisiko ein und werden ambulante Dienste in Anspruch genommen, so gilt bei der Gesetzlichen Pflegeversicherung das Sachleistungsprinzip, bei der Privaten Pflegeversicherung dagegen das Kostenerstattungsprinzip.

Schlussfolgerung: Die Politik hat bei der Schaffung der Pflegeversicherung die Chance verpasst, ein nach einheitlichen Grundsätzen arbeitendes System zu schaffen. Der Konstruktionsfehler der Krankenfinanzierung, neben der Gesetzlichen Krankenversicherung ein privates Vollversicherungssystem etabliert zu haben, das nach einer konträren Logik arbeitet, wurde vom Krankenversicherungssystem auf das Pflegeversicherungssystem übertragen. Allerdings stand die politische Gefechtslage in der Phase, wo über die konkrete Ausgestaltung der Pflegeversicherung gerungen wurde, derartigen Überlegungen entgegen. Für die damals schwarz-gelbe Bundesregierung unter Helmut Kohl kam nur eine Versicherungslösung gemäß tradierter Gliederung in Frage, zumal es Arbeitgeber und FDP lieber bei Modellen privater Vorsorge belassen hätten (Naegele 2014: 10f.).

Mit der Schaffung einer Pflegeversicherung wurde zweierlei anerkannt. Erstens, dass in der rasch älter werdenden deutschen Gesellschaft die Zahl der Pflegebedürftigen stark ansteigt. Darunter im Besonderen die Zahl der Schwerstpflegefälle, deren Pflege und Versorgung kaum noch von den Angehörigen geleistet werden kann. Zweitens, dass sich Familienstrukturen dahingehend geändert haben, dass parallel zum wachsenden Pflegebedarf das Reservoir potenziell pflegender Angehöriger sinkt. Die Effekte aus mehreren Prozessen kumulieren sich: In den Familien gibt es als Folge langjährig niedriger Geburtenraten weniger Kinder und es wächst die Zahl der kinderlos gebliebenen Älteren. Dort wiederum, wo Kinder vorhanden sind, bewirken Veränderungen in der Arbeitswelt, dass diese zunehmend fern des Wohnsitzes der Eltern berufstätig sind. Ohne ihre berufliche Existenz aufzugeben, können sie sich deshalb nur sporadisch um ihre Eltern kümmern.

Die Pflegeversicherung ist keine Altersversicherung. Die Leistungen richten sich altersunabhängig an alle, die pflegebedürftig im Sinne des

¹⁷ 1995 trat das Gesetz für die ambulante, 1996 für die stationäre Versorgung in Kraft. Die jüngste Weiterentwicklung datiert aus 2008. Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, BGBl. Nr. 20 vom 30.5.2008, S. 873) brachte Verbesserungen u.a. durch die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung, verbesserte Leistungen für Demenzkranke und die Schaffung von Pflegestützpunkten dort, wo sich ein Bundesland dafür entscheidet.

Gesetzes sind. Allerdings sind vier von fünf Pflegebedürftigen über 65 Jahre alt¹⁸ und jenseits des 70. Lebensjahres steigt das Pflegerisiko mit wachsendem Alter überproportional. Bei den 80 bis 85-Jährigen beträgt es bereits gut 20 Prozent und bei Menschen im Alter von 90 bis 95 Jahren sogar über 60 Prozent. Nach Geschlecht betrachtet sind deutlich mehr Frauen als Männer pflegebedürftig. Pflegebedürftig nach § 14 I SGB XI „sind 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 höherem Maße“ der Hilfe bedürfen. Ob Pflegebedürftigkeit gegeben ist, wird vom Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) festgestellt. Unterschieden wird nach drei Pflegestufen (§ 15 SGB XI) und drei Hauptleistungsarten. Definiert sind die Pflegestufen wie folgt:

- *Pflegestufe I (Erhebliche Pflegebedürftigkeit)*: Sie setzt einen täglichen Hilfebedarf von mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) voraus. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Dies so, dass sich ein wöchentlicher Zeitaufwand von im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten errechnet. Mehr als die Hälfte davon muss auf die Grundpflege entfallen.
- *Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit)*: Gegenüber der Stufe I ist der Pflegebedarf hier so erhöht, dass im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden anfallen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.
- *Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit)*: Der Hilfebedarf ist bei dieser Stufe so groß, dass er jederzeit gegeben sein muss. Im Tagesdurchschnitt führt dies zu einem Zeitaufwand von mindestens fünf Stunden, wobei auf die Grund-

pflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) vier Stunden entfallen müssen.¹⁹

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI), die nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, können ebenfalls Pflegeleistungen erhalten. Man spricht von der „Pflegestufe 0“. Sie stellt eine Art Auffanglinie für diejenigen dar, deren Pflegebedarf aufgrund des engen deutschen Pflegeverständnisses nur unzureichend berücksichtigt wird. Betroffen sind Menschen mit leichter Demenz und anderweitig reduzierter Selbststeuerungsfähigkeit. Bei diesem Personenkreis sind die körperlichen Fähigkeiten bezogen auf die Bereiche „Körperpflege, Ernährung und Mobilität“ häufig gar nicht eingeschränkt, wohl aber die Fähigkeit, den eigenen Alltag zu steuern und soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Die Anforderungen an gute Pflege und Betreuung sind hier teilweise viel höher als bei denjenigen, die von den Pflegestufen I bis III erfasst werden. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind nämlich in dem, was sie tun, unberechenbar. Sie können sich und andere in gefährliche Situationen bringen, sich unkooperativ verhalten und aggressiv werden. Für pflegende Angehörige bringt dies extreme Belastungen mit sich. Obwohl das Problem schon lange bekannt ist, hat sich die Politik bis heute einer tragfähigen Lösung verweigert. Der Betreuungsbetrag, der nach § 45b SGB XI seit dem 1.7.2008 dort gewährt werden kann, wo noch keine Pflegestufe erreicht wird (Pflegestufe 0), hat mit aktuell (2014) 120 resp. 225 Euro eher symbolische Qualität. Die schwarz-gelbe Bundesregierung hatte das Jahr 2011 zum Jahr der Pflege erklärt, mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)) vom 23.10.2012 (BGBl. I, Nr. 51, S. 2246) dann aber nur ganz kleine Brötchen gebacken. Der soziale Betreuungsbedarf von Menschen mit beginnender oder fortgeschrittener Demenz wurde nicht systematisch

18 Der Anteil ist in der zurückliegenden Dekade leicht angestiegen. Ende 1999 waren 79,9 Prozent und Ende 2011 83,1 Prozent der Pflegebedürftigen 65 Jahre und älter.

19 Quelle: Bundesgesundheitsministerium.

als eigenständige Leistungskategorie neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung in das Pflegesystem eingebunden und dem Bedarf entsprechend dotiert. Die Entscheidung, den Beitragsatz nur um 0,1 Prozentpunkte anzuheben, schloss dies von vorneherein aus. Es blieb bei marginalen Anpassungen der Sätze an die zwischenzeitlich eingetretenen Kostensteigerungen und die Bereitstellung bescheidener Mittel (fünf Millionen Euro in 2013 und 2014) für Modellvorhaben (§ 125 SGB XI).

Wer als pflegebedürftig anerkannt ist, erhält Geld- und/oder Sachleistungen. Es existiert ein abgestuftes System. Die geringsten finanziellen Leistungen erhalten informell Pflegende über das Pflegegeld. Es stellt eine Art Anerkennungsprämie dar, die sich auf einem nicht existenzsichernden Niveau bewegt (ab dem 1.1.2012: 235 Euro/mtl. in Pflegestufe I und 700 Euro/mtl. in Pflegestufe III). Auskömmlich bemessen sind allerdings auch die Sätze, die die Kassen den ambulanten Pflegediensten direkt zahlen, nicht. Ab dem 1.1.2012 betragen sie in Pflegestufe I 450 Euro/mtl., in Pflegestufe II 1.100 Euro/mtl. und in Pflegestufe III 1.550 Euro/mtl. (Härtefälle: maximal 1.918 Euro). Bei Pflegebedürftigen mit erheblichem Betreuungsbedarf gibt es Zuschläge. Sie belaufen sich beim Pflegegeld auf mtl. 70 Euro in Pflegestufe I und von mtl. 85 Euro in Pflegestufe II. Bei Inanspruchnahme von Sachleistungen betragen sie in Pflegestufe I 215 Euro und in Pflegestufe II nur noch 150 Euro. Grundlage sind eng bemessene Zeittakte für Einzelverrichtungen. Bei dieser „Minutenpflege“ kalkulieren Pflegedienste regelrecht mit dem Entstehen von unbezahlter

Schattenpflege.²⁰ Nach Modellrechnungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Paritätischer Wohlfahrtsverband 2014) ist der reale Gegenwert der gewährten Geld- und Sachleistungen schon seit Ende der 1990er Jahre kräftig gesunken. Im Bundesdurchschnitt beläuft sich die Unterfinanzierung der Studie nach auf mittlerweile fast 50 Prozent. Die Kosten der Pflegedienste stiegen um 70 Prozent, die Vergütungen aber nur um 15 Prozent. Um keine Verluste zu machen, haben viele Dienste die Arbeitsdichte so erhöht, dass die für Einzelverrichtungen auf dem Papier vorgesehenen Minuten in der Praxis entweder nicht bereitstehen oder nicht bezahlt werden. Am größten ist die Kostenunterdeckung dort, wo eine 24-Stunden-Betreuung nötig ist. Dies wird von den Sätzen der Pflegeversicherung nicht annähernd gedeckt, woraus ein Einfallstor für den grauen Pflegemarkt erwächst. Bei der stationären Pflege zahlt die Pflegeversicherung für Grundpflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege Pauschalbeträge. Mindestens 25 Prozent des Heimentgeltes muss der Versicherte oder seine Familie selbst tragen. Dabei auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung; sie fallen grundsätzlich nicht in den Erstattungsbereich der Pflegeversicherung. Wegen der eingeschränkten Kostenübernahme spricht man von einem Kernsicherungssystem oder umgangssprachlich von einer „Teilkasko-Versicherung.“²¹ Wo weder der Pflegebedürftige selbst noch seine Angehörigen finanziell zur Übernahme ungedeckter Kosten in der Lage sind, sind die Kommunen zur Kostenübernahme verpflichtet.²²

20 Der investigative Journalist Markus Breitscheidel arbeitete in den zurückliegenden Jahren mehrfach undercover in der Pflegebranche. Mitte September 2011 erschien sein neues Buch „Gewaschen, gefüttert, abgehakt. Der unmenschliche Alltag in der mobilen Pflege“ (Berlin). Er schildert darin, wie er als Pflegehilfskraft bei einer vertraglichen Arbeitszeit von 30 Stunden wöchentlich bis zu 20 unbezahlte Überstunden geleistet habe. Das System arbeite auf dieser Basis. Gnadenlos ausgenutzt werde das Mitgefühl der Pflegekräfte, die unbezahlte Überstunden aufwenden, um nicht in Gewissensnöte angesichts eines „unmenschlichen Pflegealltags“ zu geraten. Zit. nach Interview mit der Leipziger Volkszeitung („Das Mitgefühl wird ausgenutzt“) am 16.9.2011, S. 2.

21 „Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung, die alle Kosten im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit übernimmt. Sie trägt mit ihrem Leistungsangebot dazu bei, die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen persönlichen und finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu tragen“ (Dritter Pflegeversicherungsbericht der Bundesregierung: 10).

22 Befragungen deuten darauf hin, dass jeder zweite von Pflegebedürftigkeit betroffene Haushalt privat zuzahlt. Wo die Kommunen einspringen müssen, versuchen sie die Gelder anschließend bei den Angehörigen wieder einzutreiben.

Pflegebedürftige können zwischen folgenden Hauptleistungsarten wählen:

- (1) Pflege durch Angehörige, die dafür ein Pflegegeld erhalten;
- (2) Pflege durch ambulante Pflegedienste;
- (3) stationäre Pflege durch die Inanspruchnahme der Leistungen eines Heimes.

Die Leistungsarten (1) und (2) dürfen kombiniert werden. Auch gibt es Leistungen der Kurzzeitpflege, teilstationäre Leistungen, Leistungen bei Pflegevertretung sowie Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und zur Wohngruppenbetreuung (vgl. im Einzelnen BGM 2010 und BMAS 2011: 108-110; BGM 2014). Bei Heimunterbringung übernimmt die Pflegeversicherung (Stand: 2014) monatlich Pauschalbeträge in Höhe von 1.023 Euro (Pflegestufe I), 1.279 Euro (Pflegestufe II) und 1.550 Euro (Pflegestufe III, bei Härtefällen: bis 1.918 Euro). Diese Sätze haben sich seit 2012 nicht erhöht. Die Große Koalition sieht ab 2015 hier und bei den ambulant gezahlten Sätzen Erhöhungen gemäß der seit 2012 eingetretenen Inflationsrate vor.²³

Jedes Pflegesystem gründet auf einer bestimmten Philosophie und einem bestimmten Pflegebegriff. Das deutsche System mit seinem engen Pflegeverständnis grenzt diejenigen aus, bei denen die Einschränkungen aus sozialer Isolation, beginnender Demenzerkrankung,²⁴ gelegentlicher Altersverwirrtheit oder einer eingeschränkten Fähigkeit, den eigenen Alltag zu bewältigen, herrühren. Die Ausgrenzung folgt dem subsidiären Ansatz des familienbasierten Systems. Ziel ist das Kleinhalten des Kreises derjenigen, die

alternativ zur Familienpflege professionelle Dienste in Anspruch nehmen können und damit ein hoher Grad an Kostenprivatisierung.²⁵ Pflege, die auf basale Grundfunktionen zielt, lässt sich als Minutenpflege durchrationalisieren. Bei den pflegerischen, psychologischen und sozialen Unterstützungsleistungen, die Menschen mit reduzierter Alltagskompetenz benötigen, ist dies kaum möglich. Da mit der Alterung wie auch der Individualisierung der Gesellschaft der Kreis von Menschen stark wächst, für den das deutsche Pflegesystem keine Leistungen vorsieht, die auf rechtlich gesicherter Basis flächendeckend verfügbar sind,²⁶ stößt das familialisierte System zunehmend an seine Grenzen. Vor diesem Hintergrund wird schon lange eine Erweiterung des engen Pflegeverständnisses von SGB XI gefordert. Ein vom Bundesgesundheitsministerium (BGM) 2006 eingesetzter Beirat hat 2007 einen Vorschlag für einen neuen Pflegebegriff und ein geändertes Begutachtungsinstrument vorgelegt. Die praktische Überprüfung erfolgte 2008 mit Abschlussbericht im Jahr 2009 (Windeler et al. 2009). Als Maßstab der Pflegebedürftigkeit soll die Selbstständigkeit einer Person fungieren. Pflegebedürftig wären danach Menschen, „deren Selbstständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, beim Umgang mit Krankheiten oder bei der Gestaltung wichtiger Lebensbereiche aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft oder vorübergehend beeinträchtigt ist“ (SVR 2009: 482). Dieses Verständnis hätte weitreichende Folgen für die Begutachtung. Sie müsste nicht mehr klären, ob sich die Person selbstständig anziehen, waschen etc. kann. Wenn Selbstständigkeit in den Mittelpunkt rückt, geht

23 Diese Art der Dynamisierung führt bei den Pflegeleistungsbeträgen zu so geringen Anhebungen, dass für eine bessere Bezahlung des Personals keinerlei Spielraum besteht. Bei den Leistungen, die im Oktober 2012 mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz eingeführt wurden, plant die Bundesregierung gemäß Ausschuss-Unterrichtung (18/1600) z.B. eine Anpassung von nur 2,67 Prozent; ansonsten von rund vier Prozent. (Quelle: hib – heute im bundestag Nr. 305 vom 5.6.2014).

24 Demenz ist eine schleichend beginnende und dann fortschreitende Erkrankung, die fast nur bei älteren Menschen auftritt. Derzeit leiden in Deutschland in etwa 1,4 Millionen Menschen über 65 Jahren an Demenz, das entspricht rd. acht Prozent dieser Altersgruppe. Aufgrund des demografischen Wandels wird mit einer erheblichen Zunahme der Zahl von Demenzkranken gerechnet. Dabei, schon heute sind mehr als zwei Drittel aller Pflegeheimbewohner an Demenz erkrankt (SVR 2009: 487).

25 Eine gemeinsame Studie des Helmholtz Zentrums München und des Universitätsklinikums Erlangen zeigt, dass Pflege durch Angehörige achtzig Prozent der gesellschaftlichen Versorgungskosten von zu Hause lebenden Demenzkranken deckt. Die von den Angehörigen erbrachten Leistungen wurden dabei zu marktüblichen Stundensätzen berechnet. Zitiert nach der PM des Helmholtz Zentrums München vom 23.8.2011. Original-Publikation: Schwarzkopf, L. et al., Costs of Care for Dementia Patients in Community Setting: An Analysis for Mild and Moderate Disease Stage, Value in Health (2011): doi:10.1016/j.jval.2011.04.005.

26 Wohl existieren in den meisten Städten Altentagesstätten, Seniorentreffs und dergleichen. Anders als in Skandinavien handelt es sich aber nicht um kommunale Pflichtaufgaben, sondern um Angebote, die von häufig ehrenamtlich Tätigen in der Trägerschaft von Religionsgemeinschaften und den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege erbracht werden. Dies unterschiedlich je nach den Gegebenheiten vor Ort.

es um die Klärung der Frage, ob die Person ohne fremde Hilfe in der Lage ist, die zur täglichen Körperpflege notwendigen Aktivitäten durchzuführen, ihre psychischen Probleme zu bewältigen, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Die eng auf körperliche Verrichtungen bezogene Pflege würde bei der Umsetzung eines solchen Ansatzes eine psychosoziale Weiterung erfahren, die viele gegen das deutsche Pflegesystem vorgebrachten Kritikpunkte auffangen könnte. Mehrere Jahre sind seit der Vorlage des Vorschlages bereits vergangen und mehrfach haben Bundesregierungen die Umsetzung angekündigt, aber nicht vorgenommen. Mit Blick auf die tragenden Prinzipien des deutschen Pflegesystems (vgl. Tabelle 1 und Tabelle 2) ist dies kaum verwunderlich. Würde es nicht nur deklamatorisch, sondern tatsächlich zu einem Paradigmenwechsel im Pflegeverständnis kommen, hätte dies Konsequenzen für den Kreis der Pflegebedürftigen: Er würde stark ansteigen; für die öffentliche Finanzierung: Sie müsste von jetzt rd. einem Prozent des BIP auf zwei Prozent und mehr ansteigen; und für die Qualifikation des Pflegepersonals: Diese müsste um psychologische und sozialpädagogische Komponenten angereichert werden. Auf diese Folgerungen jedoch will sich die Politik nicht einlassen. Den gesetzgeberischen Arbeiten vorgeschaltet wurden seitens der jetzt (2014) Großen Koalition neuerliche Erprobungen. Anfang 2015 sollen die Ergebnisse vorliegen und der „neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (soll) noch in der aktuellen Wahlperiode eingeführt werden.“²⁷ Dabei jedoch wird es um einen Ansatz gehen, der sich mit geringen Kostensteigerungen vereinbaren lässt. Statt heute regulär drei sind fünf Pflegestufen angedacht.

Die große Bedeutung, die Familienpflege durch Angehörige im deutschen System hat, wird

gern mit den Präferenzen der Bevölkerung erklärt. Dies ist nur die halbe Wahrheit. Wohl gibt es in Deutschland eine Präferenz für Pflege durch Familienangehörige.²⁸ Diese Präferenz ist jedoch nicht unabhängig von den Rahmenbedingungen. Aus einer im Herbst 2007 europaweit im Rahmen von Eurobarometer durchgeführten Befragung ergibt sich, dass die deutsche Bevölkerung die Erschwinglichkeit guter Pflege ähnlich negativ beurteilt wie dies sonst nur für süd- und osteuropäische Länder zutrifft. Auch die Zweifel an der Pflegequalität sind in den familiarisierten Systemen deutlich stärker ausgeprägt als in den service-basierten Systemen. Dittmann (2008: 3f.) schreibt: *„In der aktuellen Eurobarometer-Umfrage gaben nur 13 Prozent der Dänen an, dass sie oder nahe-stehende Familienangehörige sich stationäre Pflegedienste finanziell nicht leisten können; ambulante Pflege können sich nur vier Prozent der Dänen nicht leisten (...). In Deutschland werden stationäre und ambulante Pflegedienste häufiger für unerschwinglich gehalten als im EU-Durchschnitt. 55 Prozent der Deutschen betrachten ambulante Dienste als zu teuer. Noch dramatischer fällt hierzulande der Befund für Pflegeheime aus: Rund 75 Prozent der Deutschen halten die stationären Dienste für nicht erschwinglich! Eine solche Negativeinschätzung findet sich in keinem anderen Land mit vergleichbarem Wohlfahrts-typus.“* Dabei, auch die Bewertung der Qualität fällt nur bei den ambulanten Diensten relativ gut aus. Die stationären Leistungen werden von 35 Prozent der Ostdeutschen und 42 Prozent der Westdeutschen als „ziemlich schlecht“ oder „sehr schlecht“ eingeschätzt. Nur in den osteuropäischen Ländern sowie in Griechenland und Italien fällt die Bewertung noch negativer aus. Die Präferenz von Familienpflege ist vor diesem Hintergrund zu sehen, denn wenn statt transparenter

27 BGM, PM 8.4.2014 („Vorstellung der Eckpunkte der geplanten Pflegereform vom 8.4.2014“).

28 In den skandinavischen Ländern favorisiert die Bevölkerung zu rd. 80 Prozent formelle Pflege über Gemeinschaftsdienste gegenüber nicht ganz 40 Prozent in Deutschland. Quellen: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2004, zit. nach Local Authorities (2006: 41) und OASIS-Projekt (Old Age and Autonomie: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity), zit. nach Deutsches Zentrum für Altersfragen, Informationsdienst Altersfragen, Heft 4/2003 (Juli/August), S. 2ff.

Strukturen fragmentierte Strukturen die Versorgung prägen,²⁹ wenn die Finanzierung so ist, dass sich nur bestimmte Bevölkerungskreise gute Pflege leisten können und wenn die Qualität der institutionellen Pflege als eher schlecht wahrgenommen wird, dann sind Pflegebedürftige auf die eigene Familie verwiesen. Angehörige wiederum sehen sich vielfach vor allem deshalb in der Pflicht, weil sie kein Vertrauen in die Qualität von vor allem Heimen haben. Würden sich die Finanzierungsbedingungen verbessern und stünde eine qualitativ hochstehende Pflegeinfrastruktur mit niedrigschwelligen Angeboten zur Verfügung, bliebe dies nicht ohne Einfluss auf die Präferenzen.

Trotzdem: In allen Bundesländern hat die ausschließliche Pflege von als pflegebedürftig anerkannten Personen durch Angehörige binnen der zurückliegenden Dekade an Terrain eingebüßt.³⁰ 1999 lag sie deutschlandweit bei 51 Prozent und regional in zehn Bundesländern über der 50-Prozent-Schwelle. Bei der Pflegestufe I wurde deutschlandweit sogar ein Anteil von gut 60 Prozent Familienpflege erreicht; nur Hamburg lag leicht unter der 50-Prozent-Schwelle. Eine Dekade später dominiert die Familienpflege über alle Pflegestufen hinweg nur noch in Hessen und bei Pflegestufe I liegen nun drei Bundesländer (Hamburg, Sachsen und Schleswig-Holstein) unter der 50-Prozent-Schwelle. In den Pflegestufen II und III dominiert jetzt die Inanspruchnahme von formeller Pflege; teils in Kombination mit der Familienpflege. Die Rückgänge belaufen sich auf insgesamt 5,4 Prozentpunkte mit nach Pflegestufen und Bundesländern deutlichen Unterschieden. Bei Pflegestufe I besteht eine Spannweite zwischen -0,7 Prozentpunkten in Berlin und -9,7 Prozentpunkten in Niedersachsen. Bei

den Pflegestufen II und III steigt die Spannweite; sie beträgt bei der Pflegestufe II -1,8 Prozentpunkte in Hamburg und -16,2 Prozentpunkte in Sachsen-Anhalt. Ein paralleles Bild ergibt sich, wenn nur die Altersgruppen ab 65 Jahren betrachtet werden. Der Anteil reiner Pflegegeldempfänger_innen an den älteren Leistungsempfänger_innen sank von 44,5 Prozent (1999) auf 39,9 Prozent (2009). Die Pflegestatistik für Ende 2011 überzeichnet die Zahl der Pflegegeldempfänger_innen bundesweit um rund 90.000 Personen (Destatis 2013a: 7, 25). Korrigiert man die Zahl der Pflegegeldempfänger_innen entsprechend, hat sich der Trend auch 2011 fortgesetzt. Zunehmend erweist sich die klassische Familienpflege „als Auslaufmodell“ (Trilling/Klie 2003: 119). Der schleichende Erosionsprozess wird gestützt durch die Abnahme auch der ideologischen Bindekraft familiarisierter Pflege. Windmann (2011: 128) zitiert eine von der AOK beauftragte Studie der Universität Hamburg. Danach sahen 1997 noch 58,8 Prozent der deutschen Bevölkerung in der Pflege von Angehörigen eine moralische Verpflichtung; 2009 waren es nur noch 45 Prozent.

2.2 Skandinavische Länder: Universalistisches System mit weitem Pflegebegriff und Ergebnisverantwortung der Kommunen

Skandinavische Politik betrieb von den späten 1960er bis Mitte der 1990er Jahre einen dynamischen Ausbau der Care-Ökonomie von der Kinderbetreuung bis zur Altenpflege. Dies in der Art eines Geleitzuges, bei dem Schweden lange vorne lag, dann aber von Dänemark, Norwegen und teilweise auch von Island überflügelt wurde. Auf

29 Menschen, die Hilfestellung benötigen, sind den zersplitterten Strukturen oft hilflos ausgeliefert. Um den Dschungel zu lichten, besteht seit dem 1.1.2009 (§ 7a SGB XI) ein Anspruch „auf individuelle Beratung und Hilfestellung.“ Mit der Umsetzung hapert es gewaltig. Von einer flächendeckend neutralen Beratung kann keine Rede sein. Hauptgrund: Die dafür nach Landesrecht (§ 92c SGB XI) optional vorgesehenen Pflegestützpunkte wurden gleichermaßen schleppend wie lückenhaft errichtet. 60 Millionen Euro waren 2008 bereitgestellt worden, um mit einem Zuschuss von max. 50.000 Euro je Stützpunkt bis zum 30.6.2011 an die 1.200 Stützpunkte zu schaffen. Nur rd. 310 Stützpunkte kamen zustande; davon 135 allein in Rheinland-Pfalz. Das magere Ergebnis war absehbar, denn von Kassen und Leistungserbringern, die untereinander im wirtschaftlichen Wettbewerb stehen, kann schwerlich erwartet werden, dass sie an unabhängiger Beratung mitwirken. Eine Untersuchung von 16 Stützpunkten durch die Stiftung Warentest ergab zudem, dass nur jeder dritte Stützpunkt gut berät (<http://www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/test/Pflegestuuetzpunkte-Nur-jeder-dritte-beraet-gut-4149337-4149364/>; 26.7.2011).

30 Eigene Auswertung der Daten nach Bundesländern. Quelle: Pflegebedürftige (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Pflegestufen, Art der Betreuung; <http://www.gbe-bund.de/oowa921->

die Systemaufbauphase folgte eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung mit Änderungen bei der Steuerung, der Zulassung privater Anbieter und einem Ausbau von Nutzer- wie Wahlrechten. Dies unterschiedlich ambitioniert. Relativ am weitesten entwickelt sind im internationalen Vergleich die Pflegesysteme der skandinavischen Kernländer und Islands. Finnland lag zurück, ist seit einigen Jahren aber dabei, den Anschluss herzustellen.

Bei der Suche nach den gemeinsam geteilten Merkmalen der skandinavischen Altenhilfesysteme³¹ kristallisiert sich Folgendes heraus:

- **Rechtliche Rahmenbedingungen:** In allen nordischen Ländern liegt die primäre Zuständigkeit für die Erbringung von Pflege-, Betreuungs- und Hilfeleistungen für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Behinderte und Ältere bei den Kommunen. Die Leistungen der kommunalen Care-Ökonomie sind in den Gesetzen über Gesundheitsdienste und Soziale Dienste geregelt, die – am Lebenslauf von Individuen orientiert – tendenziell das gesamte Spektrum gesundheitsorientierter und sozialer Dienste umfassen. In Island existiert daneben eine übergreifende Spezialgesetzgebung betreffs der geriatrischen, sozialen und anderen Angelegenheiten älterer Menschen (Gesetz Nr. 125 von 1999 in der Fassung des Gesetzes Nr. 153 von 2010). Noch vergleichsweise wenig integriert ist die Gesetzgebung von Finnland. Andererseits ist in Finnland der Wohlfahrtsstaat verfassungsrechtlich am stärksten verankert³² und die neuere Gesetzgebung ist um bessere Integration und eine stärkere Personenzentrierung bemüht.
- **Bedeutung formeller und informeller Pflege:** Im internationalen Vergleich stehen die skandinavischen Länder bei der formellen Pflege an

der Spitze. Dies korrespondiert mit Präferenzen, bei denen die Bevölkerung primär den Staat in der Verantwortung sieht. Beim OASIS-Projekt beispielsweise repräsentierte Norwegen die skandinavische Gruppe. Dort sahen drei von vier Älteren den Staat in der Verantwortung; in Deutschland waren es nur ein Drittel.³³ Allerdings gibt es teilweise, so in Finnland, auch Entwicklungen, die auf einen Mix mit mehr informeller Pflege gerichtet sind.³⁴

- **Pflegeverständnis:** Es gilt ein erweitertes, die Selbstständigkeit der Person in den Mittelpunkt rückendes Pflegeverständnis. Ältere Menschen sollen in ihrem Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben unterstützt werden; sie haben ein Recht auf ein Altern in Würde. Die Altenhilfesysteme sind auf dieses Ziel hin orientiert, indem sie abgestuft unterschiedliche Maßnahmen von klassischer Pflege über soziale Maßnahmen bis zur pädagogischen und physiotherapeutischen Aktivierung integrieren. Pflegestufen wie in Deutschland existieren nicht; allerdings muss die Begutachtung einen Mindestbedarf ergeben, damit Leistungen in Anspruch genommen werden können. Wo die Grenze liegt, entscheiden die Kommunen im Rahmen der Durchführung von Assessments.
- **Örtliche Planung und Leistungserbringung:** Die Zuständigkeit für die örtliche/regionale Planung wie Leistungserbringung obliegt den Kommunen resp. der lokalen Regierungsebene. Der häusliche Service ist bei den Gemeinden und die Heim-Trägerschaft in der Regel bei den Landkreisen angesiedelt. Es steht den Kommunen frei, ob sie die Leistungen selbst erbringen oder extern beauftragen resp. einkaufen. Die Zulassung auch privat-gewerblicher Träger erfolgte in Schweden bereits An-

31 Die Darstellung basiert auf den einschlägigen Gesetzen und regierungsoffiziellen Dokumenten. Zu den Quellen siehe unter Literatur (Primärquellen).

32 Während die Schwedische Verfassung nur einen allgemeinen Hinweis auf die staatliche Verantwortung für das Wohlergehen seiner Bürger_innen enthält, konkretisiert die Finnische Verfassung von 1999 dies durch einen umfangreichen Katalog von sozialen Rechten. Das Staatshandeln ist auf deren Realisierung festgelegt. Zu Sozial- und Gesundheitsdienste (§ 19 II) ist niedergelegt: Der Staat hat für jeden „ausreichende Sozial- und Gesundheitsdienste sicherzustellen und die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern (...)“.

33 Zitiert nach Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen, Heft 4/2003 (Juli/August), Abbildungen S. 2ff. Das Kürzel OASIS steht für „Old Age and Autonomie: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity“.

34 Nachdem die Inanspruchnahme von Pflegegeld (Informal Care Allowance) bis 1995 auf einen Anteil von bis zu nur noch 1,5 Prozent der Bevölkerung im Alter ab 65 gesunken war, stieg der Anteil auf 2,7 Prozent im Jahr 2011. Da gegenläufig die Anteile bei der Sachleistungsinanspruchnahme gesunken sind, von 11,8 Prozent auf elf Prozent bei Home Help Leistungen, von 13,4 Prozent auf 12,3 Prozent bei praktischen Unterstützungsleistungen, ist eine leichte Verschiebung in Richtung informeller Pflege zu registrieren.

fang der 1990er Jahre und wurde später mit der Schaffung von Wahlrechten verknüpft. Finnland und Dänemark betraten den Weg der Vermarktlichung mit abweichenden Strategien erst Jahre später (Dänemark ab 2002). Die kommunale Zuständigkeit für die Steuerung nun auch der in die Leistungserbringung eingebundenen privaten Träger blieb unberührt; ebenso die Zuständigkeit übergeordneter staatlicher Stellen für die Supervision.

- **Regelungen bei Familienpflege:** Servicebasiert sind die skandinavischen Pflegesysteme auch deshalb, weil sie bei anerkanntem Bedarf die Erbringung von Leistungen durch Familienangehörige oder Bekannte überwiegend in Anlehnung an die Alternative einer formellen Leistungserbringung goutieren. Informell Pflegende erhalten kein Pflegegeld mit der Funktion einer Anerkennungsprämie wie in Deutschland, sondern abgesehen von Finnland Lohnersatzleistungen. Es korrespondiert mit der starken Erwerbsorientierung der skandinavischen Wohlfahrtsstaaten, dass dies bis zur temporären Schaffung von Ersatzarbeitsplätzen gehen kann. Pflegende Angehörige sind dann gegen entsprechende Bezahlung im Auftrag ihrer Kommune tätig.³⁵ In Dänemark, Schweden und Norwegen ist dies Praxis in einem Teil der Kommunen.
- **Qualität der Pflege und Qualifikation des Pflegepersonals:** Es gibt eine generalisierte Pflegeausbildung. Die Qualifikation der Pflegefachkräfte wurde seit Ende der 1970er Jahre sukzessive akademisiert.³⁶ In der Folge gewann „Pflege“ als wissenschaftliche Disziplin Profil und es wurden früh Pflegestandards definiert und zur Anwendung gebracht, bei denen medizinische, pflegerische und psychosoziale Sichtweisen gleichberechtigt zum Tragen kommen. Überwiegend sind die Hilfeleistungen Teil

eines integralen Systems von Pflege und Alltagsunterstützung. Die Evaluation, das Monitoring und die Weiterentwicklung von Standards erfolgt über spezielle, auf nationaler Ebene tätige Institutionen.

- **Nutzereinbindung:** Große Bedeutung wird der Einbindung der Leistungsempfänger_innen sowie ihrer Eltern und/oder Kinder beigemessen. Die Gemeinden sollen dafür sorgen, dass *„the users of facilities (...) are given an opportunity to impact on the planning and use of the facilities. The municipal council shall lay down written guidelines for such user involvement.“* Die Themen, bei denen die Leistungsempfänger_innen als Mitgestalter_innen gesehen werden, betreffen Tagesroutinen, das Essen und das soziale Leben im Heim.³⁷
- **Finanzierung:** Mit gewissen Ausnahmen bei Finnland und Island gilt für langfristig angelegte Pflegeleistungen der Grundsatz der Kostenfreiheit. Kostenträger sind die Kommunen. Die kommunale Finanzausstattung entscheidet damit ganz wesentlich über die Reichweite und Qualität des Systems. Aus skandinavischer Sicht gibt es immer wieder Klagen über eine unzureichende Finanzausstattung – bezogen auf die etablierten Qualitätsstandards möglicherweise zu Recht. Nach deutschen Maßstäben jedoch ist die finanzielle Ausstattung alles in allem sehr gut. Eine eigene kommunale Einkommensteuer hat daran wesentlichen Anteil. Zudem, es existiert ein Finanzausgleichssystem mit Zuwendungen vom Zentralstaat. Für bestimmte Leistungen (außergewöhnliche oder temporäre Leistungen) können die Gemeinden einkommensabhängige Gebühren erheben.³⁸ Das Prinzip der Kostenfreiheit gilt – dies deckt sich mit Deutschland – nicht für die Wohn- und Essenskosten. Wer eine Einrichtung des

35 In Dänemark enthält die Sektion 118 des „Social Services Act“ eine entsprechende Ermächtigung. Der zu pflegende Angehörige muss unter schweren körperlichen oder geistigen Funktionseinschränkungen resp. einer langwierigen Krankheit leiden. Für maximal sechs Monate ist dann die Stellung eines Ersatzarbeitsplatzes bei der Kommune möglich. Voraussetzung ist, dass der Pflegeumfang einem Vollzeitarbeitsplatz entspricht und sich die Beteiligten auf das anzuwendende Pflegeschema verständigen.

36 Vgl. Heintze (2007: 278ff).

37 Vgl. den Social Services Act von Dänemark, Part III, Chapter 5. In den anderen Ländern bestehen analoge Regelungen.

38 In Dänemark decken die privaten Zuzahlungen rd. zehn Prozent der kommunalen Pflegeausgaben (Statistisches Jahrbuch 2011, Abb. 1 und Tab. 140; ohne Seitenangabe). In Schweden lag die maximale monatliche Kostenbeteiligung für allgemeine Care-Leistungen 2009 bei 1.712 SEK, was etwa dem Betrag von 192 Euro entsprach. Bei medizinischen Pflegeleistungen nach dem Gesetz über Gesundheitsdienste lag die maximale jährliche Kostenbeteiligung bei 900 SEK (rd. 101 Euro).

betreuten Wohnens bezieht oder in einem Pflegeheim ein Zimmer hat, muss Unterkunft und Verpflegung aus seinen Renteneinkünften bestreiten. Bedürftige sind Zuschussberechtigt resp. haben Anspruch auf reduzierte Sätze.³⁹ Eine Heranziehung der Angehörigen zu den ungedeckten Kosten wie in Deutschland findet nicht statt.

Auf den finnischen Entwicklungsrückstand sei näher eingegangen. Die skandinavischen Systeme sind getragen von der Idee, dem einzelnen Individuum im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ das an staatlichen Unterstützungsleistungen zu kommen zu lassen, das er oder sie benötigt, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Bei vielen älteren Menschen reicht es, wenn sie regelmäßig ins kommunale Seniorenzentrum kommen oder gebracht werden, wo sie dann mit anderen älteren Menschen gemeinsam essen und gewissen Aktivitäten nachgehen. Wird permanente Pflege und häusliche Unterstützung benötigt, kann es um wenige Stunden pro Woche ebenso gehen wie um einen 24-Stunden-Service. Zwischen einem gelegentlichen Bringservice (ins Seniorenzentrum, in die städtische Bibliothek usw.) und einem 24-Stunden-Service sind zahlreiche Abstufungen und individuelle Arrangements möglich. Dabei kommen Bemessungskriterien zum Einsatz, werden aber von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich gehandhabt. Eine rechtliche Normierung analog den deutschen Pflegestufen fehlt. Der individualisierte Ansatz ist in Island und den skandinavischen Kernländern weitgehend umgesetzt. Das Finnische System dagegen ist hinsichtlich der Aspekte „Orientierung am individuellen Bedarf“, „Lebenslauforientierung“ und „Qualitätssteuerung“ weniger entwickelt. Es gibt Anstrengungen, den Entwicklungsrückstand durch eine Qualitätsoffensive⁴⁰ und eine stärkere Ausrichtung auf die individuelle häusliche Unter-

stützung abzubauen. Seit Herbst 2009 wurde an einer Neugestaltung der gesetzlichen Grundlagen gearbeitet. Oberstes Ziel dabei: Die Pflege soll über ein Assessment, das verschiedene Aspekte beleuchtet, den individuellen Bedarf in den Mittelpunkt rücken.⁴¹ Zu Verzögerungen führte der Regierungswechsel nach den Parlamentswahlen vom 17.4.2011. Nach dem in Finnland nicht unüblichen Modell sogenannter Regenbogenkoalitionen konstituierte sich unter Führung des bisherigen Finanzministers Jyrki Katainen von der konservativen Nationalen Sammlungspartei eine Sechs-Parteien-Koalition (sog. „Six-Pack“). Sie reichte von den Konservativen bis zum Linksbündnis. Ende 2012 dann wurde das neue Gesetz zu den Carediensten für Senioren („Act on Supporting the Functional Capacity of the Ageing Population and on Social and Health Care Services for Older People“) verabschiedet und trat im Juli 2013 in Kraft. Regierungsoffiziell verbinden sich damit folgende Ziele:⁴²

- Leistungsgewährung nach individuellem Bedarf mit landesweit einheitlichen Qualitätsstandards.
- Vorrang der häuslichen Pflege. Um dies durchzusetzen ist für die institutionelle Pflege in Heimen zukünftig eine medizinische Indikation erforderlich.
- Die Empfänger_innen von Leistungen der Langfristpflege sollen Angebote für soziale und andere sinnvolle Aktivitäten erhalten.
- Die Leistungen sollen umfassend sein, laufend evaluiert werden und ohne zeitlichen Verzug zur Verfügung gestellt werden (maximal drei Monate Wartezeit).
- Fallmanager sollen sicherstellen, dass der Pflegeplan dem Bedarf entspricht und die Einzelleistungen sinnvoll aufeinander abgestimmt sind.

39 Die Kostenbeteiligung muss so bemessen sein, dass den Älteren noch ein genügend hoher Betrag von ihren Rentenbezügen für Wohnen und Verpflegung verbleibt. Mindestens mtl. 4.832 SEK (rund 542 Euro) mussten 2009 in Schweden für den täglichen Bedarf verbleiben. Die öffentlichen Ausgaben für Wohnzuschüsse an Rentner_innen sind nach 2009 deutlich gestiegen, und zwar von 6.907 Millionen SEK (2009) auf 7.594 Millionen SEK (2011). Quelle: Statistical Yearbook 2014, Table 18.8, S. 360.

40 Etwa im Rahmen des KASTE-Programms 2008 – 2011 (National Framework for High-Quality Services for Older People).

41 So das Ministerium für Soziales und Gesundheit in der Pressemitteilung Nr. 68/2011 vom 9.3.2011 (A law to ensure the right of older persons to care according to their needs).

42 Angaben aus der englischen Übersetzung des Gesetzes und der Pressemitteilung Nr. 235/2012 „Act on Care Services for Older People to ensure a high standard of quality nationwide – Sisältöteksti“ vom 27.12.2012.

- Die lokalen Behörden werden verpflichtet, pro Wahlperiode einen detaillierten Altenhilfeplan zu erstellen und die Qualität der Dienste jährlich zu erfassen. Dabei ist festzustellen, ob die Dienste hinsichtlich Umfang und Qualität ausreichend sind. Es ist die Verpflichtung der Gemeinden, die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen vorzuhalten. In die Erstellung von Altenhilfeplänen und demografiegerechter Stadtgestaltung sind Ältere verstärkt einzubinden.
- Für die Intensivpflege mit 24-Stunden-Service wird ein Mindestpersonalschlüssel von 0,5 (vollzeitäquivalentes Carepersonal pro Pflegebedürftigem) vorgegeben. Die Regierung will die Einhaltung überwachen. Sollte der Wert im Laufe des Jahres 2014 nicht erreicht werden, sind zusätzliche Maßnahmen vorgesehen.
- Die Dienstleister_innen sollen ein System des Selbstmonitorings aufbauen mit laufenden Feedbacks auch der Beschäftigten.

Deutliche Unterschiede weist Finnland auch hinsichtlich der Dominanz von Sachleistungen auf. Während Geldleistungen in Dänemark und Island eine sehr geringe und in Schweden auch nur eine bescheidene Rolle spielen, ist die Sachleistungsorientierung in Finnland weniger stringent. Rentner_innen (Frührentner_innen eingeschlossen) können ein Pflegegeld (Pensioners' care allowance – Eläkkeensaajien hoitotuki) zwischen 57,55 Euro/mtl. und maximal 302,96 Euro/mtl. und ein spezielles Rentnerwohngeld (Pensioners housing allowance – Eläkkeensaajien asumistuki)⁴³ erhalten. Mit Stichtag 31.12.2011 gehörten 229.693 Personen zu den Leistungsempfänger_innen; die für die Finanzierung zuständige Sozialversicherung gab dafür über das Jahr gerechnet 420,9 Millionen Euro aus (umgerechnet 153 Euro mtl. pro Leistungsempfänger_in, von denen die meisten über 65 Jahre alt sind). Dieses Pflegegeld hat eine andere Funktion als das deutsche Pflegegeld; es dient nicht der Ab-

geltung informeller Pflegeleistungen, sondern der Bezuschussung der erhöhten finanziellen Belastung, die mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Statt von den Gemeinden wird es von der Sozialversicherung gezahlt (vgl. Kela 2012: 58, Tab. 14). Findet informelle Pflege statt, erhalten die Pflegepersonen Leistungen, die von den Gemeinden festgelegt werden, bei geringem Pflegebedarf im Jahr 2013 aber mindestens 374,51 Euro/mtl. und bei hohem Pflegebedarf mindestens 749,01 Euro/mtl. betragen. Die informell Pflegenden schließen dazu mit der Gemeinde einen Kontrakt ab. Auch in Norwegen können pflegebedingt erhöhte Ausgaben bezuschusst werden. Die Jahresbeträge beliefen sich 2013 im Minimum auf 7.716 NOK (rd. 972 Euro) bis maximal 38.580 NOK (rd. 4.862 Euro).⁴⁴ Informell Pflegenden erhielten 2011 monatlich 13.356 NOK (rund 1.700 Euro). Bei besonderen Belastungen können Zulagen gewährt werden.

Im innerskandinavischen Vergleich hat jedes Land sein spezifisches Profil. Das dänische Profil ist u.a. durch eine relativ strikte Ausformung von Nutzerrechten und Anbieterpflichten geprägt. Die Gemeindevertretungen müssen Qualitätsstandards nicht nur festlegen und publizieren, sondern auch die Einhaltung gewährleisten. Ebenso sind sie zur Durchführung präventiver Hausbesuche verpflichtet. Jeder Einwohner, jede Einwohnerin, der oder die ohne fremde Hilfe alleine lebt und das 75. Lebensjahr erreicht hat, erhält jährlich mindestens zwei Angebote für einen präventiven Hausbesuch. Die Bürger_innen können dazu Ja oder Nein sagen. Grundprinzip dahinter: Niemand soll vergessen werden oder verloren gehen. Garantiert ist für ältere Menschen auch, dass sich die Wartezeiten beim Zugang zu Pflegeheimen, Pflegewohnungen und anderen altengerechten Wohnformen in engen Grenzen halten. Seit dem 1.1.2009 gilt eine garantierte Wartezeit von maximal zwei Monaten.⁴⁵ Das schwedische Profil ist dadurch geprägt, dass

⁴³ In den anderen skandinavischen Ländern wie auch in Deutschland gibt es Wohngeldleistungen oder vergleichbare Systeme, die nicht speziell an Ältere adressiert sind.

⁴⁴ Angaben für 2012 nach MISSOC, Update vom Juni 2013.

⁴⁵ Nur wenige Gemeinden (2012: Fredensborg, Lyngby-Taarbæk und Odder) liegen darüber; die durchschnittliche Wartezeit beträgt rd. drei Wochen (Daten mit Code AED15; eigene Auswertung).

zwei Pflegemanagementwege möglich sind: ein kommunaler und ein privater. Das kommunale Management ist das bei weitem dominante; das private bündelt die Leistungserbringung durch private Anbieter mit der Familienpflege. Die schwedische Pflegepolitik durchlief in den 1990er Jahren eine kritische Phase. Vorher großzügig gewährte häusliche Hilfen wurden aus Kostengründen zurückgefahren, so dass es temporär (zweite Hälfte der 1990er Jahre⁴⁶) eine gewisse Verschiebung in Richtung informeller Pflegearrangements gab. Die restriktive Bewilligungspraxis – sie wurde später wieder gelockert⁴⁷ – hat das vorher hohe Vertrauen in die Qualität und Verlässlichkeit der kommunalen Sozialdienste beschädigt. Gleiches gilt für die im innerskandinavischen Vergleich besonders weitreichende Öffnung für renditeorientierte Anbieter, die zunehmend Rufe nach mehr und besserer Regulierung aufkommen ließ. Zwar hat sich die im September 2014 abgewählte Mitte-Rechts-Regierung bemüht, durch kommunale Leistungsausweitungen außerhalb des regulären Systems Pluspunkte zu sammeln.⁴⁸ Gleichzeitig wurde jedoch auf noch mehr Markt hingearbeitet, indem die Gemeinden Gutscheine ausgeben, mit denen private Anbieter bezahlt werden können. Ein diesbezügliches Gesetz trat im Januar 2009 in Kraft. Ob es der jetzt amtierenden rot-grünen Minderheitsregierung gelingt, den Markttrend abbremsen, ist offen. Gemessen an Schweden zeichnete sich die dänische Politik lange durch ein hohes Maß an Verlässlichkeit aus. In den letzten Jahren jedoch kommen auch hier vermehrt Marktmechanismen zum Tragen und es gibt Einsparbemühungen.

In Island ist die Alterung der Bevölkerung weit weniger fortgeschritten als in allen Vergleichsländern. Trotzdem hat die kleine Inselrepublik bereits ein hoch entwickeltes Altenhilfesystem mit eigenem Profil ausgeprägt. Drei Merk-

male können als Besonderheiten benannt werden. *Erstens* teilen sich Kommunen, die zuständigen Ministerien (Sozial- und Gesundheitsministerium) und ein Nationaler Beirat für die Angelegenheiten Älterer die Aufgabenwahrnehmung. *Zweitens* besteht eine Mischfinanzierung aus öffentlichen Fonds, Eigenmitteln der Kommunen und einkommensabhängigen Gebühren; Kostenfreiheit der pflegerischen Leistungen wie in den anderen skandinavischen Ländern besteht nicht. *Drittens* ist häusliche Rundum-Betreuung im isländischen System nicht vorgesehen; wer eine 24-Stunden-Betreuung benötigt, muss sein häusliches Umfeld gegen ein betreutes Apartment oder ein Zimmer im Pflegeheim eintauschen. *Viertens* verfügt Island mit dem Gesetz betreffs der Angelegenheiten älterer Menschen von 1999 i.d.F. von 2010 (Lög um málefni aldraðra) über eine Spezialgesetzgebung.⁴⁹

Vorrangig in Schweden und Finnland, mit zeitlichem Verzug zwischenzeitlich aber auch in Dänemark, ist die neuere Entwicklung durch die Einführung von Wettbewerbselementen bei gleichzeitig gestärkten Wahlrechten der Nutzer_innen geprägt (vgl. OECD 2011b: 304ff.). Schweden hat bereits Anfang der 1990er Jahre (1992) das kommunale Pflege-Monopol aufgegeben und private Anbieter – Non-Profit- und For-Profit-Anbieter – zugelassen; die Einführung von Wahlrechten kam zeitversetzt. Dänemark folgte zehn Jahre später mit einer Koppelung der Marktöffnung an die Etablierung von Wahlrechten. Während die Marktöffnung in Schweden sowohl den häuslichen wie den institutionellen Bereich umfasst, ist das 2003 in Dänemark von einer Mitte-Rechtsregierung eingeführte Recht der freien Wahl des Anbieters auf den häuslichen Bereich beschränkt. Mit der Einführung von Marktinstrumenten kam eine Wettbewerbslogik ist das skandinavische Altenhilfesystem. Unterschiedliche Wettbewerbsformen haben sich herausgebildet. Als Grundfor-

46 Ministry of Health and Social Affairs, 7.7.2009 mit Update vom 15.9.2010; <http://www.sweden.gov.se/sb/d/12073/a/129494> (20.8.2011).

47 Die Quote der Home-Help-Empfänger näherte sich in der Folge wieder den in der 1. Hälfte der 1990er Jahre erreichten Werten an. Vgl. Socialstyrelsen (2008: 6).

48 Seit 2006 sind Gemeinden gesetzlich ermächtigt, praktische Hilfen beim Fensterputzen, der Frühjahrsreinigung usw. auch den älteren Menschen zu offerieren, die kein Assessment durchlaufen haben und nicht pflegebedürftig sind. Ziel ist es, das bei Älteren erhöhte Unfallrisiko zu reduzieren. Die Gemeinden können für die Leistungen Gebühren nehmen. Nach Information des Sozialministeriums (siehe FN 46) gibt es jedoch viele Gemeinden, die die Dienste kostenlos oder zu sehr geringen Gebühren anbieten.

49 Ältere sind dabei (Artikel 2) definiert als diejenigen, die das 67. Lebensjahr erreicht haben.

men sind der Einkauf von Leistungen durch Kommunen (Outsourcing) und der Einkauf von Leistungen durch Pflegebedürftige (Kostenerstattungs- und Gutschein-Modelle) zu unterscheiden. Das Outsourcing kann sich auf den Einkauf einzelner Funktionsleistungen beschränken (Catering statt eigener Küche, z. B.) oder komplexe Leistungspakete betreffen. Teilweise werden Kriterien hinsichtlich der Qualität und des Schutzes der Beschäftigten definiert (z. B. die Verpflichtung zur Übernahme des vorhandenen Personals) und die Vergabe erfolgt dann anhand des Preises. Oder es wird der Preis vorgegeben.

Beim Verbreitungsgrad von Marktinstrumenten zeigen sich deutliche Unterschiede. Am stärksten von Vermarktlichung und Privatisierung geprägt ist das schwedische System, gefolgt von Finnland. Dänemark nimmt eine mittlere Rolle ein und in Norwegen zeigen sich die Gemeinden, von Einzelgemeinden und der Region um Oslo abgesehen, bislang weitgehend resistent.⁵⁰ Gewinner_innen der Marktöffnung sind in Schweden wie auch in Finnland die For-Profit-Akteure. Zwar erbringen – dies gilt für alle nordischen Länder – die Gemeinden den weitaus größten Teil der Leistungen immer noch in Eigenregie. Im Besonderen in Schweden führte das Outsourcing von Leistungen jedoch dazu, dass international agierende Investoren den Altenhilfemarkt gerade wegen der guten öffentlichen Refinanzierung als lukrative Gewinnquelle für sich entdeckt haben. Gut ein Fünftel der Versorgung ist zwischenzeitlich (Stand 2012) sowohl bei den häuslichen Diensten wie im institutionellen Bereich privatisiert. Bei „Residential Care“ in oligopolartigen Strukturen, bei häuslichen Diensten kleingewerblich.

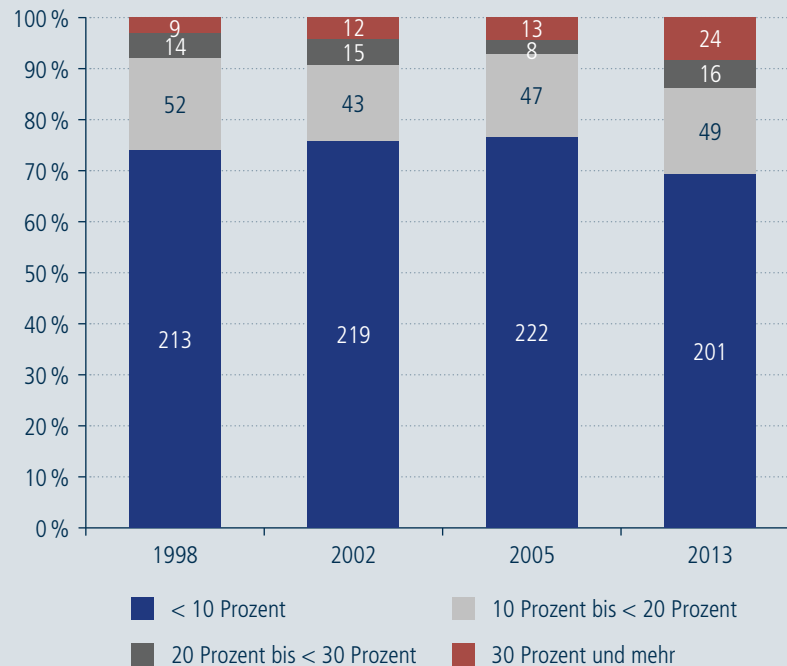
Bei der Nutzung von Vermarktlichungsinstrumenten bestehen große regionale Unterschiede. Teilweise ist dies Ausfluss der Siedlungsstruktur, die in dünn besiedelten Regionen nur die

Alternative lässt, Leistungen entweder voll zu privatisieren oder in Eigenregie zu betreiben. Die Siedlungsstruktur liefert allerdings nur eine Teilerklärung. Einiges spricht dafür, dass politisch rechtsgeneigte Gemeinden früher und umfassender Instrumente der Vermarktlichung nutzen als linksgeneigte Gemeinden.⁵¹ Verglichen mit Deutschland, wo nur die Steuerung und Kontrolle öffentlich sind, die Leistungserbringung jedoch zu weit über 90 Prozent in privaten, zunehmend privat-gewerblichen Händen liegt (siehe unter 4.1), bewegt sich der Privatisierungsgrad noch auf einem geringen Niveau. Dies gilt auch für Schweden. Zwar stieg bei den Gesamtausgaben für Altenhilfe der Fremdleistungsanteil von 1998 bis 2013 um 50 Prozent (1998: 12 Prozent; 2013: 18 Prozent), unter den insgesamt 290 Gemeinden ist die Zahl der Gemeinden, die weniger als zehn Prozent ihrer Ausgaben für Fremdleistungen einsetzen, jedoch nur um rund fünf Prozentpunkte von 74 auf 69 Prozent resp. absolut von 213 Gemeinden (1998) auf 201 Gemeinden (2013) gesunken (vgl. Abbildung 3). Auch im mittleren Bereich mit mehr als zehn Prozent, aber weniger als 30 Prozent Fremdvergabe fiel die Zunahme moderat aus. Um das Zweieinhalbfache gewachsen ist dagegen die Zahl der Gemeinden, die heute mehr als 30 Prozent ihrer Leistungen einkaufen. Neben den Privatisierungshochburgen Danderyd, Norrtälje, Stockholm, Solna, Täby, Vaxholm und Vellinge mit Anteilen von über 50 Prozent finden sich darunter sowohl größere wie kleinere Gemeinden. Ein strikter Zusammenhang zwischen der Einwohnerzahl einer Gemeinde und dem Outsourcing ist nicht erkennbar. Gemeinden ähnlicher Größenordnung nutzen die Möglichkeit zur Fremdvergabe sehr unterschiedlich. Demgemäß finden sich Gemeinden mit mehr als 50.000 Einwohner_innen in allen vier Gruppen von Abbildung 3. Es sind meist poli-

50 Noch 2012 praktizierten im häuslichen wie im institutionellen Bereich nur sieben Prozent der insgesamt 430 Gemeinden Verfahren der Leistungsvergabe (Vabo et al. 2013: 174, Tab. 1).

51 Vabo et al. (2013: 174) berichten von Studien, wonach in Gemeinden mit konservativer Stadtspitze die Ausschreibung von Leistungen mehr als doppelt so häufig praktiziert wird wie in Gemeinden mit sozialdemokratischer Führung. Analoges berichten Erlandsson et al. 2013 (S. 52f.) für Schweden.

Abbildung 3:

Outsourcing von Altenpflegeleistungen in schwedischen Gemeinden 1998 bis 2013

Erläuterung: 1998 fehlten die Daten für zwei Gemeinden, 2002 für eine Gemeinde. Ab 2005 sind alle Gemeinden erfasst.

Quelle: Statistics Sweden, Datenbestand „Purchase of services in municipalities as share of the total costs for operations by region and field of operation. Year by region, activity and year“ mit Update von 2014.

tisch links geführte Gemeinden, die gegen den Trend Leistungen wieder verstärkt in Eigenregie erbringen. Unter sozialdemokratischer Führung haben sich Malmö als zweitgrößte und Göteborg als drittgrößte schwedische Stadt gegen die Einführung des Freien Wahlsystems entschieden (Erlandsson et al. 2013: 52f.) und den Prozentsatz der Altenhilfeausgaben, den sie für den Einkauf von Leistungen verwenden, von rund 30 Prozent Ende der 1990er Jahre auf 2013 nur noch 17 Prozent reduziert.

Da die Ergebnisverantwortung bei der Gemeinde verbleibt, bewegt sich die Vermarktlichung in einem diffizilen Spannungsfeld zwischen dem Bestreben, Marktinstrumente zur letztlich vor allem Kostensenkung zu nutzen und der Notwendigkeit, die Steuerungshoheit zu behalten. Generell ist die Vermarktlichung mit einer Schwächung der Steuerungsfunktion von

Gemeinden verbunden, wobei sich die Öffnung des Versorgungsmarktes für renditeorientierte Care-Unternehmen als besonders problematisch erweist (für nähere Informationen siehe die Länderbeiträge in Meagher/Szebehely 2013). Mit der Etablierung von Marktinstrumenten tritt bei einem wachsenden Segment an die Stelle der direkten Steuerung die indirekte Steuerung über Versorgungsverträge. Was in Deutschland durchgängige Praxis ist, breitet sich so auch im nordischen Altenhilfesystem aus; wenn auch begrenzt, politisch umstritten und in einen anderen wohlfahrtsstaatlichen Kontext eingebettet. Vorliegende Studien stützen die These, dass die Vermarktlichung der öffentlichen Versorgung ihren Preis hat. Er besteht in einer Zunahme der sozialen Segregation, einer wachsenden Polarisierung bei der Einhaltung von Qualitätsstandards und auch den Arbeitsbedingungen sowie in einer Abnahme

demokratischer Einflussnahme. Belastbare Befunde zu den Ergebnissen gibt es im Landesmaßstab nur für Schweden, wo auf 20 Jahre Erfahrung zurückgeblickt werden kann. Für die anderen Länder liegen beschränkte Erkenntnisse aus Fallstudien und für meist nur einzelne Regionen vor. Der Forschungsstand, der bei Meagher et al. 2013 ausgebaut wird, kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Kostenersparnisse sind entweder nicht nachweisbar (Finnland) oder beschränken sich auf die ersten Jahre (Dänemark, Schweden). Lediglich in Oslo konnten Einsparungen realisiert werden, denen aber erhöhte Transaktions- und Steuerungskosten gegenüberstehen.
- Qualitätsindikatoren liefern keine eindeutigen Ergebnisse. Teilweise sind Unterschiede kaum auszumachen; teilweise differieren sie je nach Indikatorentyp. Letzteres gilt für Schweden. Im institutionellen Bereich schneiden kommunale und Non-Profit-Träger bei Strukturindikatoren (höherer Professionalisierungsgrad, systematische Weiterbildung etc.) signifikant besser ab; bei Prozessindikatoren wie der laufenden Aktualisierung des Pflegeplanes etc. ist es umgekehrt (Erlandsson et al. 2013: 61, Tabelle 3).
- Zur Entwicklung bei den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen wie auch der betrieblichen Alterssicherung ist die Studienlage dürftig. Fallstudien aus Norwegen deuten auf Verschlechterungen hin. Sie konkretisieren sich in einer höheren Arbeitsverdichtung und einer schlechteren betrieblichen Alterssicherung.
- Bei der demokratischen Kontrolle sind Einbußen zu registrieren. Während bei der Leistungserbringung in Eigenregie auf die Ergebnisse direkt Einfluss genommen werden kann, gibt es bei der Leistungserbringung durch Dritte nur die Möglichkeit der indirekten Einflussnahme durch Verträge, Anreize und Kontrollen. Beschäftigte berichten von einer Reduktion der direkten Kommunikation mit den politisch Verantwortlichen. Auch ist die Einsichtnahme in wichtige Dokumente erschwert, weil private Geschäftsinteressen tangiert sind.

Tabelle 2:

Deutsches Altenpflegesystem im Vergleich zu skandinavischen Altenpflegesystemen am Beispiel von Dänemark

	Deutschland	Dänemark
Grundprinzipien	<ul style="list-style-type: none"> Absicherung im Rahmen der traditionellen Sozialversicherungslogik (gesetzliche und privaten Kassen): Pflegeversicherung als „Teil-Kasko-Versicherung“ Betonung des Subsidiaritätsprinzips (Vorrang von Familie und privater Leistungserbringung) Ausgabenorientierung 	<ul style="list-style-type: none"> Staat als Instanz für Finanzierung und Erbringung der Dienste für alle Bürger („universales Einwohner-versorgungsprinzip“) Betonung des Prinzips institutioneller Solidarität (Finanzierung aus allen Einkommen) Bedarfsorientierung
Wichtigste gesetzliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> SGB XI (Pflegeversicherung), SGB XII Heimgesetze der Bundesländer 	<ul style="list-style-type: none"> Gesetz über Soziale Dienste Gesetz über Wohnungen für Ältere und Behinderte
Pflegebedürftigkeitsbegriff und Ausgestaltung des Leistungskatalogs	<ul style="list-style-type: none"> Gerichtsfester Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem Ziel der Ausgabensteuerung Enge Leistungsdefinition (Grundpflege + Hauswirtschaft) 	<ul style="list-style-type: none"> Leistungserbringung folgt dem individuellen Bedarf Enge Verbindung von Prävention, Alltagsunterstützung und Pflege
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung Fünf Jahre Mindestversicherungszeit Pflegebedürftigkeit im Sinne des §14 SGB XI 	<ul style="list-style-type: none"> Einwohner der Gemeinde Individueller Bedarf Einzelentscheidung der Gemeinde
Leistungsformen	<ul style="list-style-type: none"> Pflegelgeld bei informeller Pflege Sach- + Geldleistungen im häuslichen Bereich Pauschale Geldleistung in der stationären Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> Sachleistungsprinzip Pflegende Angehörige können bei Vollzeiteinsatz Ersatzarbeitsplatz bei der Kommune erhalten (zeitlich limitiert)
Nur Betreuung + Alltagsunterstützung	<ul style="list-style-type: none"> Eingeschränkt im Rahmen von Pflegestufe 0 bei Demenzzkranken; im Prinzip aber kein rechtlicher Anspruch 	<ul style="list-style-type: none"> Ja
Steuerungsinstanzen	<ul style="list-style-type: none"> Gesetzlicher Rahmen: Bund und Länder Örtliche Bedarfsplanung: Kommunen Leistungssteuerung: Selbstverwaltungssystem von Kassen und Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> Gesetzlicher Rahmen: Zentralregierung Operative Steuerung: Lokalregierungen (Kommunen)
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> Gesetzlicher Anspruch, aber in der Praxis nicht umgesetzt Die Gefahr der Herabsetzung der Pflegestufe steht präventiven Ansätzen entgegen 	<ul style="list-style-type: none"> Praktisch relevanter Grundsatz Prägt die Hilfs- und Pflegekonzepte inkl. der multidisziplinären Berufsstrukturen
Freie Dienstleisterwahl	Ja	Bei häuslichen Diensten (seit 2003)
Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> Frei-gemeinnützige und gewerbliche Anbieter dominieren Kommunen haben sich marginalisiert 	<ul style="list-style-type: none"> Primär: Dienststellen und Einrichtungen der Kommunen Gemeinnützige oder private Anbieter spielen bei Hauswirtschaftsleistungen eine größere Rolle
Zuständigkeitsprofil	<ul style="list-style-type: none"> Fragmentiert 	<ul style="list-style-type: none"> Integriert
Finanzierung der Pflegeleistungen	<ul style="list-style-type: none"> Sozialbeiträge (Gesetzliche Pflegeversicherung) Versicherungsprämien (Private Pflichtversicherung) 	<ul style="list-style-type: none"> Steuerfinanzierung Gebühren für temporäre Leistungen

Quelle: Eigene Darstellung.

Trotz der angesprochenen Unterschiede besteht innerskandinavisch ein breiter Fundus an Gemeinsamkeiten. Zwischen Deutschland und den skandinavischen Ländern überwiegen umgekehrt die Unterschiede. Gemeinsam ist allen sechs Vergleichsländern, dass die Pflegesysteme auf die Dominanz häuslicher Pflege ausgerichtet sind, was auch dem Wunsch älterer Menschen entspricht. Die Wege zur Zielerreichung sind im familienbasierten deutschen System aber andere als

in den servicebasierten skandinavischen Systemen. Menschen ohne körperliche Defizite, aber mit gewissen Einschränkungen bei der Alltagskompetenz sind in Skandinavien teilweise (Finnland) bis voll leistungsberechtigt, in Deutschland dagegen auf Unterstützung durch Angehörige oder soziale Netzwerke angewiesen. Die Dominanz häuslicher Pflege ergibt sich in Skandinavien nicht aus der Familien-, sondern aus der Bedarfsorientierung der dortigen Systeme und der

Steuerung aus einer Hand. Neben den häuslichen Diensten kommt dabei den Tageseinrichtungen eine wichtige Funktion zu. Sie sichern die Verpflegung, die soziale Teilhabe und die gesundheitliche Überwachung auch der Senioren, die noch nicht pflegebedürftig sind.

In Tabelle 2 habe ich die wichtigsten Merkmalsausprägungen von Deutschland und Dänemark als skandinavischem Referenzland gegenübergestellt. Zentral sind die Prinzipien „Solidarprinzip contra Subsidiaritätsprinzip“ und „Bedarfsorientierung contra Ausgabenorientierung“. Beim Solidarprinzip stehen alle Mitglieder einer Gemeinschaft füreinander ein, wobei es nicht um freiwillige, sondern um institutionelle Solidarität geht. Institutionelle Solidarität verweist auf die Instanzen, die mit der Regelung der gemeinschaftlichen Angelegenheit betraut sind. Dies ist der Staat mit seinen verschiedenen Akteuren, wozu Kommunen genauso zählen wie Sozialversicherungen. Beim Subsidiaritätsprinzip steht der Staat umgekehrt am Ende der Kette. Seine Leistungen sind ergänzend und nachrangig, denn zuallererst wird Pflege als eine privat über die Familie und/oder soziale Netzwerke zu erbringende und zu finanzierende Aufgabe angesehen. In der Kombination mit einer Steuerlogik, die weniger am individuellen Bedarf als an der Geringhaltung der öffentlichen Ausgaben interessiert ist, führt dies zu einem engen Pflegebegriff und zu Maßnahmen, die bestrebt sind, die Rolle der Familie als primärem Pflegedienst der Nation möglichst zu stabilisieren.

2.3 Exkurs demenzgerechte Pflege: Wie der Norden die Herausforderung zu bewältigen sucht

Das Risiko, an Demenz zu erkranken, erhöht sich mit dem Alter. Mit wachsender Zahl von alten bis hochaltrigen Menschen steigt die Zahl demenziell Erkrankter. Dies auch für den Fall, dass es gelingt, die Erkrankungsraten bei Hochaltrigen

durch gezielte Prävention zu reduzieren. Der Reduktionseffekt nämlich wird kaum groß genug ausfallen, um den Mengeneffekt, der sich aus der anwachsenden Besetzungstärke hoher Altersjahrgänge ergibt, auszugleichen. Prognosen erwarten für die Zeit bis 2040 ungefähr eine Verdoppelung verglichen mit den Jahren 2010/2011. In Deutschland rechnet das Bundesgesundheitsministerium bis 2030 mit einem Anstieg von heute rund 1,4 auf dann 2,2 Millionen.⁵² Für Dänemark wird ein Anstieg von rund 78.000 (2009) auf 178.000 (2040), für Finnland von rund 95.000 (2010) auf 130.000 (2020) und für Norwegen von 69.000 (2010) auf 133.000 (2040) vorausgesagt.⁵³ Obwohl Demenz zu den teuersten Krankheitsgruppen gehört und es schon deshalb einen starken Anreiz geben sollte, den Eintritt und das Voranschreiten der Erkrankung durch Maßnahmen der Primär- wie Sekundärprävention hinauszuschieben, geschieht in dieser Richtung noch recht wenig und auch die Versorgung lässt zu wünschen übrig. Im familienbasierten deutschen System sind es die Familien selbst, die den überwiegenden Teil der pflegerischen Kosten tragen (u. a. RKI 2005: 23). Viele suchen erst Unterstützung, wenn sie am Ende ihrer Kräfte sind. Andere nutzen die Dienste von Agenturen, die Pflegepersonal aus osteuropäischen Ländern vermitteln, oder wählen, um in Deutschland teure Zuzahlungen zu vermeiden, Heimunterbringungen in vergleichsweise weniger entwickelten osteuropäischen oder ostasiatischen Ländern. Da es in den nordischen Ländern Konsens ist, dass die Kosten für die Langfristpflege und soziale Betreuung ganz überwiegend öffentlich zu tragen sind bei gleichzeitiger Sicherung hoher Servicequalität, besteht ein hoher Anreiz, den Kostenanstieg dadurch unter Kontrolle zu halten, dass einerseits der Eintritt der Erkrankung durch wirksame Prävention hinausgezögert und andererseits die Erkrankten möglichst lange in der häuslichen Versorgung gehalten werden. Hier nämlich fallen nur halb so hohe öffentliche Kosten an wie bei der Versorgung im Heim.⁵⁴

52 BGM: Onlineeintrag mit Stand 8.5.2014.

53 Daten nach den Angaben in den Nationalen Demenzplänen.

54 In Finnland z.B. fielen 2010 im Bereich betreuten Wohnens mit Intensivpflege monatsdurchschnittlich pro Bewohner_in gut 3.800 Euro an verglichen mit rund 1.585 Euro bei häuslicher Versorgung. Von den öffentlichen Gesamtausgaben der Langfristpflege entfallen in der Folge rund 70 Prozent auf den institutionellen Bereich (2011: 2,7 Milliarden Euro). Ministry of Social Affairs and Health (2013b: 37; Tabelle 1).

Noch ist keines der Vergleichsländer auf der Höhe der Herausforderung. Immerhin, es gibt Nationale Leitlinien und teilweise auch bereits mit Aktionsplänen unterlegte Strategien.⁵⁵ Als Überschrift angesagt sind Lösungsansätze, die entlang integrierter Versorgungsketten zu einer Verzahnung von häuslicher und institutioneller Versorgung führen und diese zugleich umbauen in Richtung aktivierender Pflege mit Stärkung des Präventionsgedankens. Was genau dies bedeutet, welche Veränderungen wo notwendig sind, ist erst in Umrissen erkennbar. Die erfolgten Bestandsaufnahmen jedenfalls verweisen auf nicht geringe Defizite. In Norwegen z.B. zeigte sich, dass von den Senior_innen mit Diagnose Demenz ca. die Hälfte institutionell versorgt wird. In den Heimen schlägt sich dies darin nieder, dass vier von fünf Heimbewohner_innen eine Demenz-Störung aufweisen. Die Masse der Einrichtungen gleichwohl ist weder baulich noch konzeptionell darauf eingestellt. Beim Personal fehlt es – Gleiches gilt für Dänemark – an fachlicher Breite und adäquater Schulung. Wissenschaftliche Handlungsempfehlungen jedenfalls sind in der Pflege-realität von Heimen und Tagespflegezentren noch kaum angekommen. Auch die Schaffung integrierter Versorgungsketten steht eher am Anfang. Für Dänemark und Norwegen deutet sich an, dass psychosozialen Interventionen mehr zugetraut wird als medizinisch-medikamentösen Interventionen. Die in der Umsetzung befindlichen Aktionspläne setzen hier Schwerpunkte. Es geht nicht um Ruhigstellung der von innerer Unruhe geplagten Demenzkranken – weder medikamentös noch durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen –,⁵⁶ sondern darum, das alternde Gehirn so zu beschäftigen, dass die noch verfügbaren Ressourcen aktiviert, trainiert und vor weiterem Abbau geschützt werden. Statt nach niederländischem Vorbild große geschlossene Versorgungs-

komplexe anzupeilen, basiert die Konzipierung von Einrichtungen auf dem Prinzip, mit kleinen Wohngruppen Überschaubarkeit herzustellen. Dieser Grundlinie folgend testen aktuell in Dänemark drei Gemeinden neue geriatrische Modelle. Die Dotierung ist bescheiden. Von etwas über vier Millionen Euro, die die Regierung für die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie (2011 bis 2014) bereitgestellt hat, gehen zwei Drittel in derartige Ansätze.

Innerskandinavisch nimmt Norwegen eine Vorreiterrolle ein. Angelegt als Teil des Nationalen Care-Planes 2015 wurde die Demenz-Strategie „Making the most of the good days“ 2007 veröffentlicht und 2011 überarbeitet. Dänemark und Schweden folgten 2010, Finnland 2012 mit zunächst nur Leitlinien.⁵⁷ Oberziel des norwegischen Demenzplanes ist die Schaffung integrierter Pflegeketten mit ganzheitlichem Blick auf die Person. Motto: „Proper Dementia Care is proper Care for everyone“ (Gute Pflege der Demenzkranken bedeutet gute Pflege für alle, S. 9). Demenzkranke sollen nicht abgeschoben, sondern mit sinnvoll ausgefülltem Tagesprogramm ins Gemeinschaftsleben integriert werden. Die Gesellschaft umgekehrt soll lernen, den Verwirrten mit Offenheit und Verständnis zu begegnen; Angehörigen und informell Pflegenden sollen sowohl Schulung wie Unterstützung zuteilwerden.

Der Plan beinhaltet folgende *fünf* Hauptstrategien, die jeweils mit einem vier-Jahres-Aktionsplan unterlegt sind (S. 14ff.):

(1) Entwicklung von Qualität, Forschung und Planung: Zur *ersten Hauptstrategie* gehört die Einrichtung von fünf regionalen Forschungszentren; mit Stand 2012/2013 ist dies erfolgt. Die Forschung setzt einen Schwerpunkt bei den psychosozialen Rahmenbedingungen, bei Kommunikation und den personalen Interaktionen. Milieu-

55 Davon ist Deutschland noch weit entfernt. Mit Stand von Anfang 2015 verfügt kein Bundesland über einen vom Landesparlament beschlossenen Demenzplan. In Schleswig-Holstein lediglich gibt es den Beschluss, einen solchen zu entwickeln.

56 Wenn, wie vielfach in Deutschland aufgrund einer zu knappen Personaldecke praktiziert, verwirrte Heimbewohner_innen fixiert werden aus der Absicht heraus, sie damit vor Schaden zu bewahren, entsteht schnell ein Teufelskreis. Fixierung zieht Widerstand gegen die Fixierung nach sich. Gebrochen wird der Widerstand mit sedierenden Medikamenten, die dann jedoch ähnlich wirken dürften, wie erzwungene Passivität im Falle von altersbedingtem Muskelschwund: Der Verfall des Gehirns wird beschleunigt statt abgebremst. Die Zahl der von Gerichten genehmigten Fixierungen geht dahin, dass bei ungefähr jedem fünften Heimbewohner freiheitsentziehende Maßnahmen zum Einsatz kommen (Angabe nach DER SPIEGEL Nr. 33 vom 11.8.2014, S. 46). Und nach dem Arzneimittelreport der Barmer Krankenversicherung erhält etwa jeder dritte Demenzkranke Neuroleptika zur Ruhigstellung. Bei besserer Pflege ließe sich davon ein erheblicher Teil vermeiden.

57 Die Pläne von Finnland und Norwegen sind auf Englisch verfügbar. Zu Informationen bezüglich der Entwicklung in Dänemark und Schweden siehe die Webseite der Europäischen Alzheimer Gesellschaft. Dort finden sich neben Länderübersichten Pressemitteilungen zu aktuellen Entwicklungen.

basierte Therapien werden seit 2008 entwickelt. Ziel ist es, diese Schritt für Schritt in die gemeindlichen Planungsprozesse einzubringen.

(2) Vergrößerung der Pflegekapazitäten und Hebung der Kompetenz des Personals: Die *zweite Hauptstrategie* setzt sich aus zwei Bausteinen zusammen. Zum einen geht es um die bauliche Umsetzung des Motos „*Small is beautiful*“. In kompakten Baueinheiten mit Zugang ins Freie sollen Wohngruppen aus je vier bis acht Bewohner_innen gebildet werden, die dort von einem festen Personalstamm betreut werden. Reservekapazitäten soll es geben für die Ausweitung von Kurzzeitangeboten. Mit Förderung durch „The Norwegian State Housing Bank“ ist geplant, bis 2020 in bestehenden Heimen 20.000 Plätze demenzgerecht umzubauen und 4.000 Plätze neu zu schaffen (S. 10ff.). Der zweite Baustein betrifft die Ausweitung personeller Kapazitäten. Die Einstellung von zusätzlich 10.000 Mannjahren an Fachkräften mit Finanzierung durch den Staat ist für die erste Umsetzungsperiode des Demenzplanes vorgesehen. Zwar besitzt Norwegen bei der Pflege inhereuropäisch schon jetzt den besten Personalschlüssel.⁵⁸ Die Anpassung der Pflegekonzepte und der Zuwachs von zu betreuenden Menschen macht es jedoch erforderlich, einerseits weitere Fachkräfte mit breiterem fachlichen Repertoire zu gewinnen und andererseits die Schulung informell Pflegenden zu intensivieren. Geriatriische Qualifizierungsprogramme inkl. der Schulung von Angehörigen und Freiwilligen werden aufgelegt und bis Ende 2015 sollen 3.000 Hochschulabsolvent_innen die institutionell zu erbringenden Dienste mit Wissen aus der Alters- und Demenzforschung anreichern.

(3) Bessere Kooperation zwischen den Fachdisziplinen: Die auf bessere Koordination gerichtete *dritte Hauptstrategie* will Modelle verbesserter Kooperation zwischen Allgemein- und Fachmedizin in der Demenztherapie verankern; die Kapazität des ärztlichen Personals soll in den Pflegeeinrichtungen um 50 Prozent gesteigert werden.

(4) Aktive statt passive Pflege: Partnerschaft mit Familien und lokalen gesellschaftlichen Akteuren: Bei den Pflegekonzepten selbst ist ein Paradigmenwechsel von der passiven Versorgung zur ak-

tiven Pflege im Gange. Als fehlendes Glied in der Pflegekette wird moniert, dass es die Gemeinden bislang versäumt haben, für die häuslich Betreuten strukturierte Tagesprogramme aufzulegen. Ein vorrangiges Ziel im Rahmen der Demenzstrategie ist es deshalb, Tagesprogramme mit Blick auf kulturelle Aktivitäten, Physio- und Beschäftigungstherapie sowie Sozialarbeit zu entwickeln und im kommunalen Altenhilfeangebot fest zu verankern. Von den umgerechnet rund 262.000 Euro, die die Regierung 2012 bereitstellte, ist das Gros für die Entwicklung von Tagesprogrammen reserviert. Erwogen wird, das Angebot von Tagesprogrammen für Menschen mit kognitiven Störungen zu einer kommunalen Pflichtaufgabe zu machen (S. 20).

Zur Umsetzung des Demenzplanes fand 2011 ein erstes Monitoring unter Federführung des „Norwegian Centre for Research, Education and Service Development“ statt. Es ergab, dass im Detail Fortschritte zu verzeichnen sind, die Hauptarbeit aber noch bevorsteht. Für diese Hauptarbeit allerdings sind die Voraussetzungen in den nordischen Ländern insgesamt günstig. Schon seit den 1980er Jahren wurden integrierte Strukturen aufgebaut und die Professionalität der Leistungserbringung sowohl gesteigert wie zunehmend multidisziplinär angelegt. Multiprofessionelle Teamarbeit muss also, anders als in Deutschland, nicht erst mühsam entwickelt werden. Es gilt nun, diese Prinzipien auf die Begleitung von Menschen mit dementiellen Störungen auszuweiten. Der Anspruch, weltweit Maßstäbe bei der Qualität von Care-Diensten zu leisten, ist bei der Langfristpflege von Demenzkranken von der praktischen Realisierung zwar noch weit entfernt, wichtige Grundlagen sind aber bereits gelegt. Dies allerdings nicht dort, wo im Rahmen von Vermarktlichung Einrichtungen immer wieder den Träger wechseln. Dass häufige Leistungsausschreibungen, wie sie in Schweden und Finnland Praxis sind, mit der Notwendigkeit kollidieren, für Demenzkranke ein stabiles Umfeld mit wenig Änderung beim Personal zu schaffen, wurde als Problem erkannt.⁵⁹ Welche Konsequenzen gezogen werden, ist eine offene Frage.

58 Zum Klinikbereich siehe aus dem Projekt „Nurse Forecasting in Europa“ (zwölf Partnerländer, darunter Deutschland, Finnland, Norwegen und Schweden) die Studie von Aiken et al. 2012 (Tabelle 3).

59 Zu diesem Folgeproblem von Vermarktlichung siehe Finland Ministry of Social Affairs and Health (2013a: 14).

3. Formelle Pflege und Alltagsunterstützung: Leistungsempfänger, Leistungsarten und die Bedeutung öffentlicher Finanzierung

Eine international harmonisierte Pflegestatistik existiert bislang nicht und ist mit Blick auf die sehr unterschiedlichen Pflegebegriffe absehbar auch nicht zu erwarten. Die in diesem und im Folgekapitel ausgewerteten Daten stammen aus der nationalen Statistik. Sie spiegeln damit die national unterschiedlichen Systeme und Sichtweisen. Dies bedingt Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit, hat andererseits aber den Vorteil, dass die Unterschiede nicht eingeebnet werden, sondern klar hervortreten.

In Deutschland ist die Pflegestatistik noch ein recht junges Geschöpf. Die erste Erhebung fand 1999 statt. Seither werden im Zwei-Jahres-Turnus mit Stichtagen am 15.12. (häusliche Leistungen) und 31.12. (stationäre Leistungen) die Zahl der Einrichtungen, der Beschäftigten in den einschlägigen Berufen und die versorgten Bewohner_innen/Patient_innen erfasst.⁶⁰ Ergänzt wird die Pflegestatistik durch weniger detaillierte, dafür aber jährlich verfügbare Statistiken im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und durch die Geschäftsstatistiken der Sozialen wie Privaten Pflegeversicherung. Über die laufenden und vermögenswirksamen Ausgaben der Kommunen geben die vom Statistischen Bundesamt publizierten Rechnungsergebnisse der kommunalen Haushalte Auskunft. Eine konsolidierte Gesamtstatistik, die die Leistungs- und die Finanzierungsseite aller öffentlichen und privaten Akteure zusammenführt, existiert nicht. Dies ist in den skandinavischen Ländern nicht anders. Allerdings ist die Leistungsseite dort als Registerstatistik erfasst. Die Kommunen als Leistungsverantwortliche liefern dazu für jeden Altersjahr-

gang Daten nach Geschlecht, Leistungsart, zeitlichem Umfang der Leistungsgewährung (Stunden oder Anzahl der Besuche) und teilweise noch nach weiteren Merkmalen (Island: Haushaltstyp). Die Finanzierungsseite ergibt sich aus den Rechnungsergebnissen der Kommunen.

Auftragsgemäß konzentriert sich die durchgeführte empirische Analyse auf die formell erbrachten Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen älterer Menschen. Dies in der Querschnittsbetrachtung anhand differenzierter Merkmale (Regionen, Alter, Geschlecht) wie auch im Längsschnitt, um Entwicklungen deutlich zu machen. Die wesentlichen Befunde mit einigen ausgewählten Vertiefungen werden nachfolgend vorgestellt.⁶¹

3.1 Empirischer Leistungsvergleich nach Reichweite und Leistungsdichte

Die Lebensphase „Alter“ kann unterschiedlich abgegrenzt werden. Auf der individuellen Ebene ist Altern ein dynamischer Prozess, der nicht an äußere Daten gebunden ist. Gleichmaßen unter medizinischem wie arbeitsökonomischem Blickwinkel bietet sich jedoch die Zeitspanne zwischen dem 60. und dem 75. Lebensjahr für eine Abgrenzung an. In dieser Phase stellen sich vermehrt gesundheitliche Einschränkungen ein und der Bevölkerungsanteil, der bei täglichen Verrichtungen gelegentlich oder dauerhaft Hilfe benötigt, wächst stark an. Auch ist dies die Phase, wo Menschen aus dem Erwerbsleben austreten. Es macht daher Sinn, Alter zu definieren als die nachberuf-

60 Rechtsgrundlage ist das SGB XI (§ 109 Abs. 1) in Verbindung mit der Pflegegeldstatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBl. I S. 2282.

61 Detaillierte Daten, die allerdings nur den Zeitraum bis 2009/2011 umfassen, finden sich in der Langfassung der Studie. Siehe dort die Tabellen 5 bis 12.

liche Lebensphase. Trotz des in der Praxis zunehmend gleitenden Übergangs ist rechtlich meist ein Regelrentenalter fixiert. In der Mehrzahl der OECD-Länder liegt es bei 65 Jahren mit Tendenz zur Anhebung auf 67 Jahre. Meine Datenauswertung orientiert sich an diesem Rahmen.

Deutschland

Ende 2011 waren 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).⁶² Dies entspricht einem Zuwachs von 24 Prozent gegenüber 1999. Ab 65-Jährige stellten 1999 knapp 80 Prozent und 2011 gut 83 Prozent der Pflegebedürftigen und von denjenigen, die professionelle Leistungen erhalten, sind neun von zehn über 65 Jahre alt. Vom 1.1.1999 bis zum 1.1.2011 stieg in der Bevölkerung die Altersgruppe von 65+ um knapp 29 Prozent auf 16,8 Millionen und die Altersgruppe von 75+ um ein knappes Drittel auf 7,6 Millionen. Den stärksten Zuwachs gab es bei den ab 80-Jährigen. Ihre Zahl stieg von 2,9 auf 4,3 Millionen (plus 48 Prozent). Die Zahl der Empfänger_innen formeller Leistungen gleichen Alters stieg deutlich stärker: 1999 erhielten von 1,6 Millionen Pflegebedürftigen im Alter von 65+ knapp 900.000 professionelle Leistungen; zehn Jahre später waren es über 1,2 Millionen von jetzt 2,1 Millionen Pflegebedürftigen diesen Alters. Bei der Altersgruppe ab 75 Jahren verlief die Entwicklung parallel. Sowohl bei den ab 75-Jährigen wie bei der größeren Gruppe der ab 65-Jährigen überwiegt der Zuwachs bei den ambulanten Pflegeleistungen den bei stationären Leistungen. Die stationären Leistungen wiederum differenzieren sich aus. Bevor sich Pflegebedürftige für eine vollstationäre Heimunterbringung entscheiden, wird zunehmend die Möglichkeit einer teilstationären Unterbringung im Bedarfsfalle genutzt. Die Nutzerzahlen bei dieser Leistungsform haben sich im Beobachtungszeitraum (1999 bis 2011) mehr als verdrei-

facht. Annähernd eine Verdoppelung gab es bei der Altersgruppe von 65 bis unter 70 Jahren, annähernd eine Verfünffachung bei der Altersgruppe von 80 bis unter 85 Jahren.

In der amtlichen deutschen Statistik beschreibt die Pflegequote den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe zum Jahresende unabhängig davon, ob die Versorgung formell oder informell erfolgt. Auf die Gesamtbevölkerung bezogen hat sich der Pflegebedürftigenanteil von 2,5 (1999) auf 3,1 Prozent (2011) erhöht. Nach Altersgruppen steigt die Pflegequote von fünf Prozent bei den 70- bis 75-Jährigen auf 58 Prozent bei der Altersgruppe ab 90 Jahren. Wie auch schon in der Vergangenheit liegt die Pflegequote bei Frauen wesentlich höher als bei Männern. Unter den 85- bis unter 90-jährigen Frauen waren Ende 2011 42 Prozent pflegebedürftig gegenüber „nur“ 29 Prozent bei den Männern (Destatis 2013a: 8). 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt; 30 Prozent vollstationär in Heimen. Die häusliche Pflege erfolgt meist durch Angehörige. Ca. 1,18 Millionen Pflegebedürftige aller Altersstufen wurden 2011 ausschließlich von den Angehörigen gepflegt (Pflegegeldempfänger nach § 37 SGB XI); bei 576.000 Pflegebedürftigen waren ambulante Dienste im Einsatz. Dies teilweise ergänzend zur Familienpflege.⁶³ Eingegrenzt auf die älteren Jahrgänge lag die Zahl der ausschließlichen Pflegegeldempfänger bei 868.900; 520.400 Ältere nahmen Dienste von ambulanten Pflegediensten in Anspruch (2001: 392.500).

Regional gibt es bei der amtlichen Pflegequote ein deutliches Nord-Süd- und Ost-West-Gefälle. Die höchste Pflegequote mit 4,13 gab es 2011 (2009: 3,72) in Mecklenburg-Vorpommern, gefolgt von anderen ostdeutschen Bundesländern (Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen) mit Quoten zwischen 3,85 und 3,36; die niedrigsten Pflegequoten finden sich im Süden in Baden-Württemberg (2,58) und Bayern

62 Am 12.3.2015 hat das Statistische Bundesamt die Deutschlandergebnisse der Pflegestatistik 2013 veröffentlicht. Danach waren Ende 2013 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig (+ 5 Prozent gegenüber 2011); 83 Prozent davon waren 65 Jahre und älter. Quelle: Destatis, PM Nr. 094 vom 12.3.2015.

63 Durch die Reform von 2008 stieg der Anreiz, parallel zum Pflegegeld ambulante Sachleistungen oder auch Leistungen der teilstationären Pflege zu beziehen. Ursache ist vor allem, dass die Höhe des Pflegegeldes nicht mehr die Leistungsgrenze darstellt. Für die ergänzende Inanspruchnahme professioneller Leistungen ist damit eine Hürde entfallen.

(2,61). Die Destatis-Pflegestatistik betrachtet bei den Älteren die Altersgruppen 75 bis unter 85 Jahre, 85 bis 90 Jahre und die über 90-Jährigen. Bei diesen Altersgruppen bleibt das regionale Muster tendenziell bestehen (Destatis 2013b: 8, Tab. 2.1).

Nimmt man von den Pflegebedürftigen im Alter ab 65 Jahren nur diejenigen in den Blick, die formelle Leistungen erhalten, und setzt sie in Beziehung zur Bevölkerung gleichen Alters, ergibt sich für 2011 im häuslichen Bereich eine formelle Pflegequote von rund 3,1 Prozent. (2007: 2,8).⁶⁴ Die institutionelle (stationäre) Pflegequote ist von etwas unter vier Prozent im Jahr 1999 auf 4,1 Prozent im Jahr 2011 angestiegen. Ambulante und stationäre Pflegequote zusammengenommen, erhielten 1999 knapp 900.000 Ältere ab 65 Jahren (= 6,72 Prozent der entsprechenden Bevölkerung) in ambulanter oder stationärer Form professionelle Pflegeleistungen. Die Zahl dieser Leistungsempfänger_innen stieg auf 1,21 Millionen im Jahr 2011. Das entspricht einer formellen Pflegequote von 7,2 Prozent. Bei den ab 75-Jährigen fällt die Pflegequote ungefähr doppelt so hoch aus.

Dänemark

Für die empirische Längsschnitterfassung bedeutet die Einführung des Freien Wahlsystems bei den häuslichen Diensten im Jahr 2003 und die Kommunalreform von 2007 eine Zäsur. Bis 2006 gab es 271 Gemeinden; 268 von ihnen bildeten 13 Counties, vergleichbar den deutschen Landkreisen. Seit dem 1.1.2007 gibt es nur noch 98 Gemeinden und fünf Regionen, bei denen überörtliche Aufgaben wie der Betrieb von Krankenhäusern und des öffentlichen Nahverkehrs gebündelt sind. Die Statistiken wurden in der alten Gliederung noch bis 2009/2010 fortgeführt und dann mit teilweise anderen Abgrenzungs-

merkmalen neu gestaltet. Nur bei der institutionellen Pflege ist ein durchgängiger Vergleich möglich. Bei den häuslichen Diensten dagegen liefern die revidierten Statistiken bei Überlappungsjahren andere Zahlen; möglicherweise aufgrund der Bereinigung um Doppelzählungen.⁶⁵ Die Leistungskategorien selbst blieben unverändert. Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen Leistungen der medizinischen Pflege, der persönlichen Betreuung und der praktischen Alltagsunterstützung. Die letzten beiden Kategorien werden statistisch unter „Home Help“ erfasst. Für den Zeitraum von 2008 bis 2012 können bei den häuslichen Leistungen, die Nutzer_innen in der eigenen Wohnung erhalten haben, folgende Befunde als wesentlich festgehalten werden:

- Die Bevölkerung ab 65 Jahren stieg seit 2008 um 13,5 Prozent; die Nutzerzahlen von permanenten Home-Help-Leistungen stiegen nicht mit, sondern reduzierten sich von 154.600 (2008) auf 132.800 (2012). Der Anteil der Leistungsempfänger_innen an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung sank dadurch von 18 Prozent auf 13,7 Prozent. Zwar stieg gegenläufig die Gewährung von temporären Leistungen um mehr als ein Drittel (von 16.600 auf 22.500). Auch bei Einbezug der temporären Leistungen sank die häusliche Pflegequote jedoch von 20 auf 16 Prozent. Unter den dauerhaften Leistungen nahmen Care-Leistungen und praktische Hilfsleistungen eine unterschiedliche Entwicklung. Die Gruppe derjenigen, die nur Care-Leistungen erhält, erhöhte sich geringfügig um 2,3 Prozent. Gegenläufig ging gleichermaßen die Nutzerzahl von praktischer Alltagsunterstützung und von Leistungen in der Kombination von Care und praktischer Hilfe zweistellig zurück (von 140.000 auf 118.000). Worin der Rückgang gründet, erschließt sich nur bedingt. Eine Teilerklärung liefert der starke Ausbau präventiver Maßnah-

64 Bei den von der Verfasserin vorgenommenen Berechnungen werden die Bevölkerungsdaten vom 1.1. d.J. zugrunde gelegt, da zu diesem Stichtag nach Geschlecht und Alter differenzierte Eurostat-Daten vorliegen (Datenbestand „Bevölkerung am 1. Januar nach Altersgruppe und Geschlecht [demo_pjangroup]“ mit Update vom 24.3.2014). Destatis dagegen zieht den Stichtagen der deutschen Pflegestatistik entsprechend die Bevölkerung zum 31.12. d. J. heran, was zu einer leicht niedrigeren Quote führt.

65 Nach der nicht weitergeführten älteren Statistik gab es im Jahr 2010 bei kommunalen und privaten Trägern zusammen 259.700 Bezieher_innen von Home-Help-Leistungen im Alter ab 65, nach der revidierten Statistik (Datensatz mit Code AED06) sind es im Free-Choice-System weit geringere 149.000. Eine Anfrage der Verfasserin beim Dänischen Statistikamt ergab, dass die revidierte Statistik einen höheren Grad an Verlässlichkeit habe. Vermutlich gab es in den älteren Statistiken Doppelzählungen.

men (siehe unter 3.2). Vermutlich gelingt es, den Eintritt des Pflegebedarfs dadurch zeitlich hinauszuschieben. Auch der Spardruck, dem sich viele Gemeinden seit 2009 ausgesetzt sehen, dürfte eine Rolle spielen. Von einer Kombination an Gründen ist auszugehen, zu deren jeweiligem Gewicht hier aber nichts gesagt werden kann.

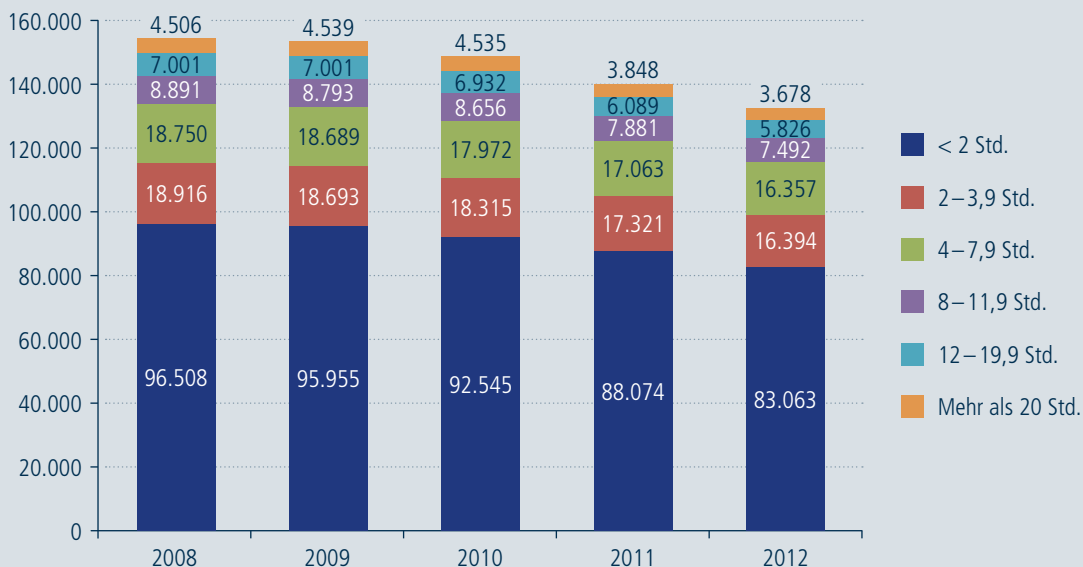
- Zur Entwicklung der institutionellen Pflege liegen Daten bis 2013 vor. Danach nahm auch die Bewohnerzahl in pflegerischen Sonderwohnformen weiter ab. 2007 wohnten von der Bevölkerung im Alter von 65+ etwas mehr als fünf Prozent in Heimen und betreuten Wohnformen; 2013 waren es nur noch vier Prozent. Die Erosion beim klassischen Pflegeheim setzte sich fort. Mitte der 1980er Jahre wohnten fast 50.000 ältere Menschen in derartigen Heimen; 2013 waren es nur noch etwas mehr als 5.000. Auch betreute Wohnanlagen haben so an Zuspruch verloren, dass die Bewohnerzahl auf unter Tausend gesunken ist. Stark gestiegen ist im Gegenzug die Bedeutung von Pflegewohnungen.

Die Zahl Älterer in dieser Wohnform hat sich seit 2007 um gut 17 Prozent erhöht und liegt im Jahr 2013 bei knapp 34.000. Der Trend geht also in Richtung von Wohnformen, die als eine Art Mittelding zwischen eigener Wohnung und Pflegeheim wahrgenommen werden.

- Der Pflege- und Unterstützungsbedarf steigt ab dem 75. Lebensjahr deutlich an. Dies spiegelt sich in der Zunahme des Bevölkerungsanteils, der professionelle Leistungen entweder in der eigenen Wohnung erhält oder in einer Sonderwohnform betreut wird. Zwar gingen die formellen Pflegequoten auch bei den ab 75-Jährigen zurück, hier aber weniger ausgeprägt als bei der Gesamtgruppe der Älteren. 2012 wurden 26,9 Prozent häuslich und neun Prozent in Pflegewohnformen betreut. Die formelle Pflegequote lag damit bei annähernd 36 Prozent gegenüber 42,5 Prozent im Jahr 2008. Bei den ab 80-Jährigen gab es die geringsten Rückgänge. Von den Frauen und Männern diesen Alters wird gut die Hälfte formell betreut verglichen mit einem Fünftel in Deutschland.

Abbildung 4:

Geleistete Wochenstunden für Home-Help-Leistungen im freien Wahlsystem: 2008 bis 2012



Erläuterung: Aufgrund der nach der Kommunalreform von 2007 vorgenommenen statistischen Änderungen sind die Daten mit den Daten der Vorläuferstatistiken nicht vergleichbar. Erfasst sind die Leistungskategorien „Persönliche Betreuung“ und „Praktische Alltagsunterstützung“.

Quelle: Statistics Denmark, Datenbestand mit Code AED06 (Number of recipients of permanent home help (free choice) by age, type of benefits, hours per week and time); eigene Auswertung.

Auch wer nicht betreut wohnt und keine dauerhaften oder temporären Home-Help-Leistungen erhält, wird in präventive Maßnahmen einbezogen. Ein wichtiges Instrument sind die präventiven Hausbesuche. Nachdem das Instrument bei Einwohner_innen ab 75 Jahren 2002 zu einer kommunalen Pflichtaufgabe wurde, gingen die Nutzerzahlen zunächst in die Höhe, pendelten sich dann aber auf dem Niveau von Ende der 1990er Jahre ein. Zwischen einem Viertel und einem knappen Drittel der Bevölkerung diesen Alters nutzte in den letzten Jahren das ihnen unterbreitete Angebot. Nach einem Höhepunkt im Jahr 2009, wo die Nutzerquote bei 33 Prozent der ab 75-Jährigen lag – mehr als 154.000 präventive Hausbesuche wurden durchgeführt – ging die Nutzerzahl im Jahr 2013 auf ein knappes Viertel zurück.⁶⁶

Wie oben thematisiert, setzt die Leistungsgewährung im nordischen Länderquintett keinen täglichen Mindestpflegebedarf voraus; auch Leistungen von wenigen Wochenstunden sind möglich. Abbildung 4 zeigt für Dänemark die Verteilung bei den dauerhaften Home-Help-Leistungen. Wie ersichtlich hatte der Rückgang der Leistungsempfängerzahlen keinen Einfluss auf das Verteilungsmuster. Jeweils zwischen 62 und 63 Prozent der Empfänger_innen von Home-Help-Leistungen erhalten einmal wöchentlich eine Unterstützung von weniger als zwei Stunden, je um die zwölf Prozent eine Unterstützung von zwei bis weniger als vier Stunden. Ganze drei Prozent erhalten eine intensive Betreuung von mehr als 20 Stunden in der Woche.

Fazit: Obwohl es 2012 gut 13 Prozent mehr Einwohner_innen im Alter ab 65 Jahren gab als 2008, lag die Zahl der Empfänger_innen dauerhafter Home-Help-Leistungen weit unterhalb dem Niveau von 2008; die häusliche Pflegequote sank um vier Prozentpunkte auf knapp unter 14 Prozent. Eine parallele Entwicklung zeigt sich bei der Nutzung institutioneller Versorgungsfor-

men. Gewachsen ist die temporäre Leistungsgewährung und die Bedeutung von Pflegewohnungen. Bei differenzierter Betrachtung nach Altersgruppen zeigt sich, dass zwar auch bei den ab 75-Jährigen und den ab 80-Jährigen Rückgänge im Leistungsbezug eingetreten sind. Sie fallen jedoch umso schwächer aus, je höher die Altersgruppe ist. Denkbar scheint, dass die in den letzten Jahren sehr intensiv eingesetzten präventiven Maßnahmen dazu beigetragen haben, den Eintritt von Pflegebedarf hinauszuzögern. Präventive Hausbesuche sind dabei ein wichtiges Instrument. Aktuell (2012/13) werden sie von rund einem Viertel der ab 75-Jährigen genutzt.

Finnland

Anders als in Dänemark stieg die Zahl der Leistungsempfänger_innen (65+, 75+) auf die letzten zehn Jahre gesehen ungefähr im Gleichschritt mit der anwachsenden Zahl älterer Menschen. Bei den dauerhaften Home-Help-Diensten und den Care-Diensten, die von den Empfänger_innen von Home-Help oder Home-Nursing mindestens einmal wöchentlich in Anspruch genommen werden, blieb die Quote weitgehend konstant. Im Jahr 2000 lag die Nutzerquote von Home Help bei 10,7 Prozent, 2011 bei leicht höheren elf Prozent.⁶⁷ Auch die Entwicklung bei der institutionellen Pflegequote ist abweichend zu Dänemark durch jahrelange Konstanz geprägt. Erst in den letzten Jahren ging die Quote bei der Altersgruppe 65+ auf leicht unter sechs Prozent zurück. Als Ergebnis dieses Annäherungsprozesses liegt der Anteil Älterer, die häusliche oder institutionelle Leistungen erhalten, heute (2012/2013) nur noch wenig unter dem dänischen Niveau. Bei der häuslichen Pflege hat sich die Differenz seit 2008 annähernd halbiert,⁶⁸ bei der Inanspruchnahme institutioneller Pflege kommt Finnland auf eine höhere Quote. Rückläufig sind weniger die Leistungen von Pflege und Betreuung im engeren

66 Statistics Denmark, Datensatz "Recipients of preventative home visits by region, sex, home visits, age and time" mit Code AED10 (revidierte Statistik seit 2008).

67 Die Daten entstammen den Statistischen Berichten des National Institute for Health and Welfare (THL) (2010; 2013), dem Statistical Yearbook on Social Welfare and Health care 2012 sowie den Angaben des Gesundheitsministeriums.

68 2008 lag die Nutzerquote in Dänemark um 7,2 Prozentpunkte höher (DK: 18,1 Prozent; FI: 10,9 Prozent); 2011 nur noch um vier Prozentpunkte (DK: 15,0 Prozent; FI: 11,0 Prozent).

Sinne, als die sogenannten Support services. Darunter fallen diverse Unterstützungsdienste, angefangen beim Essen auf Rädern über Unterstützung beim Waschen und Einkaufen bis zur Nutzung von Mobilitätsdiensten. 1990 nutzten 15,3 Prozent der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren über das Jahr hinweg derartige Dienste; 2011 waren es geringere 12,1 Prozent.

Das finnische System ist stark auf die Altersgruppen ab 75 Jahren ausgerichtet. Von der Altersgruppe 75+ erhält rund ein Fünftel dauerhaft Home-Help-Leistungen. Rechtlich gesehen setzt dies einen Mindestbedarf von einmal wöchentlich voraus. Der Leistungsbezug erfolgt teilweise in Kombination mit Care-Leistungen. Etwas über sechs Prozent der Altersgruppe von 65+ und etwas über elf Prozent der Altersgruppe von 75+ erhalten Care-Leistungen. Dabei, die politische Zielmarke lautet: 13 bis 14 Prozent. Sie wird weiterhin klar verfehlt. Regional streuten die Werte sehr stark. Bei gemeindescharfer Betrachtung – in Finnland gibt es über 300 Gemeinden – ergeben sich für den Zeitraum 2009 bis 2013 folgende Befunde:⁶⁹

- Die Streuung hat leicht zugenommen und sich zugleich in Richtung höherer Werte verschoben. 2009 betrug die geringste Quote 1,9 Prozent und die höchste 37 Prozent; 2013 lag die Spannweite zwischen 5,4 und 44,4 Prozent.
- Der Anteil von Gemeinden mit Quoten von unter zehn Prozent sank von einem Drittel im Jahr 2009 auf 22 Prozent im Jahr 2013. Ebenso ist die Zahl der Gemeinden mit Nutzerquoten von über 20 Prozent leicht rückläufig. Es kam zu einer Konzentration im Bereich von zehn Prozent bis unter 14 Prozent. Der hierauf entfallende Anteil erhöhte sich von 37,5 auf 42 Prozent. Die politische Zielmarke wird zwar weiterhin nicht erreicht, aber ein Trend zur Konzentration im mittleren Bereich ist eingetreten. Knapp 50 Prozent der Gemeinden wiesen 2013 eine Quote von elf bis unter 17 Prozent auf.
- Die Analyse nach Gemeindegrößenklassen zeigt, dass die Streuung bei kleinen Gemeinden weit stärker ausgeprägt ist als bei den großen Gemeinden. Die Städte mit einer Einwohnerzahl von im Jahr 2012 über 50.000 bewegen sich in einer Bannbreite von neun Prozent (Pori) bis 16 Prozent (Solo). Erhöhungen gab es im Beobachtungszeitraum dort, wo die Quote 2009 deutlich unter zehn Prozent lag (Lahti und Kuopio), während umgekehrt Rückgänge dort zu verzeichnen sind, wo der Wert 2009 bei über 14 Prozent lag (Rovaniemi und Turku).

Analog zu Dänemark ist die institutionelle Pflege⁷⁰ durch einen starken Anteilsverlust des klassischen Heimes und einen Aufstieg von Wohnformen, die dem eigenen Heim recht nahe kommen, geprägt. Von 2000 bis 2012 (Stichtag: 31. Dezember) gab es einen stetigen Anteilsgewinn bei der Intensivpflege mit 24-Std.-Assistenz⁷¹. Im Jahr 2000 dominierte noch die Quote der Pflegeheime mit gut fünf Prozent; weniger als zwei Prozent der Einwohner_innen im Alter von 75+ wurden in Intensivpflegewohnungen betreut. 2006 trafen sich die beiden Quoten bei rund vier Prozent und Ende 2012 nun übersteigt die Bewohnerquote im Intensivpflegebereich die von Pflegeheimen um 3,5 Prozentpunkte (THL fortlaufend bis 2014).⁷² Das Gesicht der Bewohner ist dabei weiblich; der Frauenanteil liegt bei über 70 Prozent. Binnen einer Dekade also konnte die Versorgungsform des betreuten Wohnens mit Intensivpflege die auf sie entfallende Quote verdreifachen, während die auf Heime entfallende Quote halbiert wurde. Die regionalen Unterschiede sind weniger ausgeprägt als bei den häuslichen Diensten. Wohl gibt es eine Reihe kleiner Gemeinden, wo die Versorgungsform der Intensivpflege nicht vorkommt. In ca. zwei Dritteln der anderen Gemeinden jedoch liegt die darüber abgedeckte Pflegequote im Bereich von vier bis unter zehn Prozent. Bei der Bewertung der regionalen Differenzen ist zu berücksichtigen, dass diese bei Betrachtung der Gesamtpflegequote merklich

69 Quelle: SOTKANet Statistics and Indicator Bank 2005 bis 2013. Erfassung von rd. 320 Gemeinden; eigene Auswertung.

70 Zur institutionellen Pflege zählen Heime, die betreute Wohnform der Intensivpflege und die Pflege in Gesundheitszentren.

71 Offizielle englische Übersetzung: „Service housing with 24-hour assistance for older people“.

72 In absoluten Zahlen gab es zum Stichtag 31.12.2012 in den beiden Hauptausprägungsformen der institutionellen Pflege 45.844 Bewohner_innen, darunter 13.587 in Pflegeheimen (Quelle: THL 2014).

schrumpfen. Ohne Berücksichtigung von Unterstützungsdiensten und der Leistungen, die auf Gesundheitszentren entfallen, weisen von den 18 Städten mit mehr als 50.000 Einwohnern zwei Drittel eine Gesamtpflegequote von 18 bis 22 Prozent auf.

Island

Beachtet werden muss: Home-Help-Leistungen fallen unter den Geltungsbereich des Gesetzes über Kommunale Soziale Dienste; Langfristpflege, geriatrische Dienste und der Heimbereich in den Geltungsbereich des Gesetzes über die Angelegenheiten Älterer. Für die Dekade von 2000 bis 2012 gibt es folgende wesentliche Befunde:

- Die Leistungsempfängerzahl ist deutlich stärker gestiegen (+ 38,6 Prozent) als die Zahl der Älteren in der Bevölkerung (+ 24,8 Prozent). Erhielten im Jahr 2000 gut 19 Prozent der ab 65-Jährigen regelmäßig Home-Help-Leistungen, so liegt die häusliche Versorgungsquote seit dem Jahr 2007 relativ konstant bei um die 20,5 Prozent. Mit einem Anteil von 63 Prozent ist die Frauendominanz weniger stark ausgeprägt als in den Vergleichsländern. Auch dieser Anteil blieb, von geringen Schwankungen abgesehen, im Zeitverlauf stabil.⁷³
- Differenzierte altersgruppenbezogene Angaben enthält die isländische Statistik erst ab dem Jahr 2010. Neben der Pflegequote bezogen auf die Älteren insgesamt werden nun auch die Quoten für folgende Altersgruppen ausgewiesen: 65 bis 74 Jahre, 75 bis 79 Jahre, 80 Jahre und älter. Die differenzierte Betrachtung ergibt für die jungen Alten eine Quote von etwas unter acht Prozent. Die mittlere Altersgruppe erreicht Werte um die 23 Prozent. Stark ansteigend ist der Bedarf an häuslichen Diensten bei den ab 80-Jährigen. Hier liegt die Quote gut doppelt so hoch wie bei den Älteren insgesamt (2012: 43,7 Prozent).
- Geschlechtsübergreifend fallen die Zuwächse im Leistungsbezug überproportional auf Single-Haushalte. Das Merkmal „Haushaltstyp“

wird seit 2004 erhoben. Von 2004 bis 2012 stieg die Zahl der Leistungsempfänger_innen insgesamt um 17,5 Prozent. Bei männlichen Singles lag das Plus doppelt so hoch (+ 34,7 Prozent), bei weiblichen Singles etwas über dem Durchschnitt (+ 23,6 Prozent).

Einschränkungen der Leistungsgewährung aufgrund der schweren Finanz- und Wirtschaftskrise sind nicht festzustellen. Weder sank der Kreis der Leistungsbezieher_innen, noch wurde das pro Haushalt eingesetzte Stundenvolumen krisenbedingt zurückgefahren. Das von den Gemeinden für Home-Help-Dienste eingesetzte Stundenvolumen ist von 723.300 (2007) auf 740.600 Stunden (2012) gewachsen. Zwar sank dabei die pro Haushalt im Durchschnitt eingesetzte Stundenzahl. Es wäre jedoch rein spekulativ, darin eine Folge von Sparpolitik zu sehen. Gewisse Effekte mag es geben, sie halten sich jedoch in engen Grenzen. Dies ist ein bemerkenswerter Befund, der auf eine kluge Politik verweist, die sich deutlich abhebt von den Kaputtsparrstrategien der südeuropäischen Krisenländer.

Auch in Island ist eine Verschiebung zu häuslichen Leistungen und zu Plätzen in Tagespflegezentren festzustellen. Der Heimbewohneranteil ging über alle Altersgruppen hinweg zurück. Bei der Altersgruppe von 70 bis 74 Jahren wohnten in der ersten Hälfte der 1990er Jahre fast vier Prozent in einem Heim, in den letzten Jahren waren es nur noch um die 2,5 Prozent. Bei den Hochbetagten im Alter von 85 bis 89 Jahren wohnten in der ersten Hälfte der 1990er Jahre rund 37 Prozent im Heim; aktuell aber nur noch ein gutes Viertel. Über alle Altersgruppen hinweg sank die Heimquote von 10,7 im Jahr 1993 auf 7,5 im Jahr 2010.⁷⁴

Norwegen

Die norwegische Statistik unterscheidet sich von der in den anderen skandinavischen Ländern. Die Begrifflichkeiten differieren und auch die Gruppe der „Älteren“ ist anders abgegrenzt; bezeichnet wird damit die Generation 67+. Die

73 Iceland Statistics, Tabelle „Elderly households receiving municipal home-help service by type, sex and age“.

74 Aktuellere Daten als die des Jahres 2010 sind mit Stand von Mitte 2014 nicht verfügbar.

kommunalen Leistungen der häuslichen Pflege und Alltagsunterstützung, die diesem Bevölkerungsteil zufließen, wurden entsprechend der Datenverfügbarkeit für den Zeitraum 1992 bis 2012 untersucht. Bei der institutionellen Versorgung umfasst der Beobachtungszeitraum die Zeit ab 1990.⁷⁵ Bezogen auf diesen langen Beobachtungszeitraum sind folgende Befunde als wesentlich anzusehen:

- Die ältere Bevölkerung stieg in Norwegen zahlenmäßig weit weniger stark als in den Vergleichsländern. Von 1996 bis 2012 nahm die Wohnbevölkerung 67+ nur um 5,3 Prozent zu, die Wohnbevölkerung 80+ dagegen um 25,5 Prozent. Die Zahl derjenigen, die Home-Help und Home-Nursing-Leistungen alleine oder in Kombination erhalten, wuchs dagegen um ein Viertel (+ 24 Prozent). Dies bei konträren Trends in den einzelnen Leistungsbereichen. Die Zahl der Empfänger_innen nur von Home Nursing hat sich mehr als verdoppelt; die der Nutzer von Kombinationsleistungen stieg um ein knappes Drittel und die Zahl der Empfänger_innen von Home-Help-Leistungen alleine ging um gut 40 Prozent zurück.
- Home-Help- und Home-Nursing-Leistungen stehen der Bevölkerung nach Bedarf und nicht abhängig vom Alter zur Verfügung. Während jedoch in den anderen nordischen Ländern – Gleiches gilt für die deutsche Pflegestatistik – der auf Jüngere entfallende Anteil an allen Leistungsempfänger_innen bei jeder Leistungskategorie separat ausgewiesen wird, nimmt die norwegische Statistik nur bezogen auf die Gesamtheit der „home-based services“ eine Aufteilung in Altersgruppen vor. Daraus aber ergibt sich, dass gegenläufig zu den anderen Ländern der Anteil von Leistungsempfänger_innen unter 67 Jahren stark angestiegen ist. 2012 waren in der Folge nur noch 60 Prozent 67 Jahre oder älter. Welches Gesamtstundenvolumen auf die jüngeren Leistungsempfänger_innen entfällt, kann nicht gesagt werden. Die Angaben zur durchschnittlichen Wochenstundenzahl lassen jedoch erwarten, dass von dem Gesamtstundenvolumen der größte Teil auf die unter 67-Jährigen entfällt: Bei der Altersgruppe 67 bis 89 Jahren liegt die durchschnittliche Wochenstundenzahl bei unter fünf Stunden, bei der Generation 90+ steigt sie auf 5,3 Stunden. Das bei jüngeren Pflegebedürftigen durchschnittlich eingesetzte Stundenvolumen liegt dagegen mehr als doppelt so hoch.
- Die Zahl Älterer, die kommunale häusliche Dienste (Home-Nursing = Pflege; Home-Help = Hauswirtschaftshilfe) in Anspruch nehmen, stieg absolut wie relativ zur entsprechenden Bevölkerung in den 1990er Jahren an und ging nach der Jahrhundertwende zurück. 2002 wurde mit rd. 20 Prozent die höchste Quote erreicht; 2011 lag die Quote bei 16,5 Prozent. Bei den ab 80-Jährigen ist eine parallele Entwicklung zu registrieren. Die Nutzerquote bewegte sich bei dieser Altersgruppe im Zeitraum von 1998 bis 2002 bei um die 40 Prozent und ging dann zurück auf heute (2011) noch gut 34 Prozent. Anders die Situation bei den Hochbetagten. Die Zahl der ab 90-Jährigen, die häusliche Dienste erhalten, hat sich gegenüber 1992 mehr als verdoppelt; jeder zweite resp. jede zweite diesen Alters erhält häusliche Dienste.
- Innerskandinavisch nimmt Norwegen bei der Reichweite „ambulanter“ und „stationärer“ Dienste für ältere Menschen zusammen mit Island eine Spitzenposition ein (vgl. Tabelle 4). Die Quoten der Älteren und Alten, die häusliche Leistungen erhalten, sind anders als in Island zwar nach der Jahrhundertwende deutlich zurückgegangen; dies aber weit weniger ausgeprägt als in Dänemark. Die institutionelle Pflegequote ging analog zu Island nur geringfügig zurück. 2012 befanden sich auf die Altersgruppe von 67+ bezogen sechs Prozent in

75 Folgende Tabellen der Carestatistik (Quelle: Statistics Norway) wurden einbezogen: „Users of home-based services, by age, 1992-2011“, „Users of home-based services and residents in institutions for the elderly and disabled. Need for assistance and kind of service 2009-2012“; „Average numbers of assigned hours per week for users of home help and home nursing. Age and need for assistance“; „Residents in dwellings for the aged and disabled“; „Institutions and dwellings with 24-hours services for the aged and disabled. 2009-2010 (Corrected 29.4. 2011)“.

institutioneller Versorgung und 3,9 Prozent in Altenwohnungen. Der in Dänemark wie Island beobachtete Terraingewinn häuslicher Pflege zu Lasten institutioneller Versorgung und von allgemeinen Unterstützungsleistungen zu Lasten dessen, was in Norwegen unter „home nursing“ und in Dänemark unter „personal care“ firmiert, ist nicht erkennbar. Auch kam es im institutionellen Bereich nicht zu einer Umstrukturierung weg von Heimen und hin zu betreuten Wohnformen – Pflegewohnungen in Dänemark und Intensivpflegewohnformen in Finnland. Gegen den sonstigen Trend stieg die Bedeutung von Pflegeheimen. Die hier vorgehaltenen Plätze wurden von 20.227 (1990) auf 38.496 (2010) erhöht; ihr Anteil an allen Plätzen institutioneller Pflegeversorgung (ohne die sonstigen Wohnungen für Ältere) verdoppelte sich (1990: 44,3 Prozent; 2011: 93,3 Prozent). Bei der Heimmutzung jedoch erfolgte eine Verschiebung in Richtung der Kurzzeitpflege.⁷⁶

Schweden

Die sozialen Dienstleistungen der Kommunen für ihre älteren Bürger_innen firmieren unter dem Oberbegriff „Äldreomsorg“ (Altenfürsorge). Reguläre und temporäre häusliche Hilfe (Home Help) fallen ebenso darunter wie Essen auf Rädern, Transportdienste oder die Installation von häuslichen Notrufanlagen. Die vorgenommene Auswertung umfasst nur die regulären Home-Help-Leistungen und die institutionelle Versorgung. Dies für den Zeitraum von 2000 bis 2012.⁷⁷ Als wichtige Befunde sind zu nennen:

Home-Help-Leistungen: Die Zahl der Leistungsempfänger_innen ab 65 Jahren ist aufs Ganze gesehen stärker gewachsen als die Bevölkerung dieses Alters. In den letzten Jahren allerdings gab es Rückgänge. Zum 30.6.2008 bezogen 152.854 Personen im Alter von 65+, die reguläre Wohnungen bewohnen, kommunale Home-

Help-Dienste (Hemtjänst i ordinärt boende) und zum 1.10.2009 177.332. Die Leistungsempfängerquote stieg von 7,9 Prozent (2000) auf 10,8 Prozent (2009). Danach aber ging die Zahl der Leistungsempfänger_innen wieder zurück auf noch 163.583 zum 1.10.2012. Bei den ab 80-Jährigen wird mit einer Quote von jetzt 23,8 Prozent das Niveau von 1993, wo 23 Prozent⁷⁸ dauerhaft häusliche Hilfe erhielten, leicht übertroffen. Der Frauenanteil steigt mit höherem Alter kontinuierlich an; im Schnitt der ab 65-Jährigen liegt er bei gut zwei Dritteln.

Regionale Unterschiede: 2008 lagen die kommunalen Home-Help-Quoten in mittelschwedischen Landkreisen (Jamtland, Dalarna und Västernorrland vor allem) und wenigen Gebieten im Süden wie Kalmar bei über elf bis 16 Prozent. In den meisten südlichen Landkreisen wie auch in Norbotten im äußersten Norden wurden dagegen nur fünf bis zehn Prozent erreicht (Stat JB 2011, Regionalkarte Abbildung 19.3, S. 441). Drei Viertel der Gemeinden bewegten sich im Mittelfeld oder wichen um maximal zwei Prozentpunkte nach oben oder unten ab. Bei den ab 80-Jährigen gab es 20 Gemeinden, die Quoten von 30 Prozent und mehr realisierten und am anderen Ende 31 Gemeinden, die Quoten zwischen 16 und 13 Prozent aufwiesen.⁷⁹ Vier Jahre später (1.10.2012) fällt auf, dass die Konzentration im mittleren Bereich noch etwas zugenommen hat. Knapp 50 Prozent der insgesamt 290 Gemeinden weichen maximal um einen Prozentpunkt vom Durchschnitt ab; 227 Gemeinden bewegen sich zwischen sieben und elf Prozent (Home-Help-Nutzer_innen im Alter von 65+ an der gleichaltrigen Bevölkerung). Bei den Zahlen ist zu berücksichtigen, dass sie sich auf das kommunale Management (Kommunvis fördelning) beziehen, damit also keine Gesamtschau beinhalten.

Betreute Wohnformen: Wie mit Ausnahme von Norwegen auch in den anderen skandinavischen Ländern, gewinnen die häusliche Pflege,

76 Von 2009 bis 2012 ging die Zahl dauerhafter Heimbewohner_innen um 2,3 Prozent zurück und die Kurznutzerzahl stieg um 3,1 Prozent. Quellen: Statistics Norway (Pflegeregister) und Statistical Yearbook of Norway 2013: Table 137, S. 146.

77 Die Daten für den Zeitraum ab 2008 wurden anhand des Tabellenanhang der jährlichen Statistiken von Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) selbst ausgewertet; siehe unter Literatur.

78 Angabe für 1993 aus: Socialstyrelsen (2008: 6).

79 Eigene Berechnung anhand der Daten für alle schwedischen Gemeinden (Tabelle „Antal personer 65- år i ordinärt boende som var beviljade hemtjänst den 30 juni 2008 fördelade efter ålder och kön. Kommunvis fördelning“).

Betreuung und Hilfe zu Lasten der Versorgung in speziellen Wohnformen an Bedeutung. Im Zeitraum von 2005 bis 2012 sind die Bewohnerzahlen bei allen Altersgruppen nicht nur relativ bezogen auf die jeweilige Bevölkerung, sondern auch absolut zurückgegangen. Schweden kommt hier nahe an Dänemark heran. Am 1.10.2009 lebten von den Pflegebedürftigen im Alter von 65+ noch 100.276 in Spezialwohnformen; der Anteil an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung betrug 6,1 Prozent; zum 1.10.2012 hat sich die Anzahl auf 86.781 Personen und der Anteil an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung auf noch 4,9 Prozent reduziert. Der Frauenanteil ging im Zeitraum von 2007 bis 2012 um einen Prozentpunkt von 70,4 auf 69,3 Prozent zurück.

3.2 Die Bedeutung öffentlicher Finanzierung: ein knapper Überblick

Nominal sind die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2012 stärker gestiegen als die Zahl älterer Menschen; bereinigt um den Inflationseffekt⁸⁰ blieb das reale Ausgabenwachstum jedoch hinter dem Zuwachs der ab 65-Jährigen zurück. Die Ausgaben der Kommunen sind dabei nicht erfasst. Allerdings haben die chronisch unterfinanzierten Kommunen ihre Netto-Ausgaben für Hilfe zur Pflege und für kommunale Alteneinrichtungen allein im Zeitraum von 2002 bis 2008 um fast ein Drittel gekürzt. Ergebnis: Pro Einwohner_in ab 65 Jahren wurden 2002 1.360 Euro an laufenden Mitteln eingesetzt, 2008 aber nur noch 1.210 Euro. In der aktuellen Debatte gibt es zwar den Ruf nach einer stärkeren Rolle der Kommunen als Gestalter einer gemeindebasierten pflegerischen Infrastruktur (FES/KDA 2013; Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD 2013: 85f.). Ohne zusätzliche Finanzierungsmittel wird sich hier aber wenig tun. Berücksichtigt man die Gegenbewegung rückläufiger kommunaler Altenhilfeausgaben, so erreicht Deutsch-

land sein oberstes Ziel: Die öffentlichen Ausgaben blieben relativ gesehen in etwa konstant. Nur ein Prozent der Wirtschaftsleistung investiert die öffentliche Hand in die Langfristpflege insgesamt und weniger als ein Prozent in die Langfristpflege der Altersgruppen von 65+.⁸¹ Bei isolierter Betrachtung der Pflegeversicherung haben sich als Ergebnis ausbleibender oder unzureichender Dynamisierungen (vgl. Paritätischer Gesamtverband 2014) phasenweise Zuspitzungen bei der Unterfinanzierung eingestellt, was dann durch vermeintlich große Pflegereformen korrigiert wurde. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 hatte diese Funktion; der vorher gesunkene BIP-Anteil stieg in der Folge (1999: 0,77 Prozent; 2007: 0,72 Prozent; 2009: 0,81 Prozent). Zwar hat die Große Koalition mit dem Ende 2014 verabschiedeten Pflegestärkungsgesetz 2014 einiges an überfälligen Verbesserungen auf den Weg gebracht. Dafür wird der Pflegebeitrag in zwei Stufen um insgesamt 0,5 Prozentpunkte angehoben. Lediglich 0,4 Beitragssatzpunkte sind aber als echte Zusatzmittel vorgesehen. Die Mehreinnahmen werden sich in der Größenordnung von fünf Milliarden Euro bewegen und kaum ausreichen, um neben dem Ausgleich des Preissteigerungseffektes und der Schaffung von fünf Pflegestufen den eklatanten Mangel an Betreuungskräften abzumildern. 2012 beliefen sich die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung auf 22,9 Milliarden Euro und die Leistungsausgaben alleine auf 21,9 Milliarden Euro. Daran gemessen wird die Einnahmehasis um ca. ein Fünftel gestärkt. Ergebnis dürfte ein Anstieg der öffentlichen Ausgaben auf ca. 1,1 bis 1,2 BIP-Prozentpunkte sein. Die Einnahmen aus 0,1 weiteren Beitragssatzpunkten sollen ab 2015 20 Jahre lang in einen Vorsorgefonds fließen und ab 2035 20 Jahre lang ausschließlich zur Stabilisierung der Beiträge von dort wieder entnommen werden. Die Bundesregierung hofft, so die demografische Welle untertunneln zu können, denn auch ohne jede Abpassung der Pflegebedarfskriterien an die konkreten persönlichen Bedarfe wird mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge

80 Das Preisniveau erhöhte sich von 1999 bis 2012 um 23 Prozent. Quelle: Eurostat, Datensatz „HVPI (2005 = 100) – Jährliche Daten (Durchschnittsindex und Veränderungsrate) [prc_hicp_aind] mit Update vom 15.5.2014.

81 Bei Einschluss der Ausgaben für Investitionen und Verwaltung (inkl. Heimaufsicht) wird ungefähr ein BIP-Prozentpunkt erreicht. Öffentliche und private Ausgaben zusammen erreichen eine Größenordnung von 1,2 bis 1,3 BIP-Prozentpunkten.

in den Ruhestand die Zahl der Pflegebedürftigen auf etwa 3,5 Millionen im Jahr 2030 und auf über vier Millionen im Jahr 2050 ansteigen. Bei der Beitragsgestaltung schaffe die Fondslösung Entlastung, wird argumentiert.⁸²

Bei den skandinavischen Ländern liegen die öffentlichen Ausgaben pro Einwohner_in vielfach so hoch wie in Deutschland⁸³ und auch die BIP-Anteile bewegen sich (vgl. Tabelle 3) in einer anderen Größenordnung. Wegen der größeren Reichweite und Leistungsdichte ist dies nicht weiter erstaunlich. Denkbar wäre jedoch, dass es wechselseitige oder einseitige Prozesse der Annäherung gibt: Deutschland könnte seinen Entwicklungsrückstand abbauen, die skandinavischen Länder durch restriktive Ausgabenpolitiken zurückfallen. Die vergleichende Analyse der Ausgabenentwicklung über mehr als eine Dekade liefert dafür keine Anhaltspunkte. Obwohl Deutschland, wenn auch abgeschwächt, weiter einen dynamischeren Alterungsprozess durchlief, verbleibt der Zuwachs bei den Pro-Kopf-Ausgaben unter den skandinavischen Niveaus und auch die Steigerung beim BIP-Anteil fällt geringer aus. Bei der Interpretation der Daten von Tabelle 3 muss berücksichtigt werden, dass die Einführung freier Trägerwahl (Dänemark: häusliche Pflege landesweit; Schweden: häusliche und institutionelle Pflege mit kommunalem Optionsrecht) die Bedeutung von Geldleistungen wachsen lässt. Geldleistungen gab es schon früher, wegen ihrer geringen Bedeutung wurden sie aber nicht überall erfasst. Die Gesamtausgaben pro Einwohner_in beinhalten in Dänemark ab 2007 auch diverse Geldleistungen. Einschließlich dieser Geldleistungen blieben die Ausgaben pro Kopf (EW wie EW ab 65 Jahren) nominal stabil. Real sind sie gesunken. Mit Blick auf die absolut wie relativ gesunkene Zahl der Leistungsempfänger_innen ist dies nur logisch. Relativ zu Deutschland gleichwohl liegen die Pro-Kopf-Ausgaben um 856 Euro

(2012) über dem deutschen Niveau; seit 1999 ein Zuwachs um fast 400 Euro. Gemessen am Jahr 2009, wo die Diskrepanz das größte Ausmaß erreicht hatte, ist jedoch eine Abflachung eingetreten. Bezieht man die Ausgaben nur auf die Jahrgänge 65+, ist die Ausgabendiskrepanz weit höher; die Ausgabenschere hat sich teilweise weniger (Dänemark), teilweise mehr (Finnland, Norwegen, Schweden) geöffnet als bei Bezugnahme auf die Einwohner_innen insgesamt. Für das Ausmaß ist mit entscheidend, ob die Pflege Behinderter einbezogen ist oder nicht. Bis 2010 lieferte die schwedische Statistik dazu differenzierte Daten. Ohne die Pflege für Behinderte betrug die Differenz 2010 zu Dänemark und Schweden über 5.000 Euro und die zu Norwegen über 9.000 Euro. Einschließlich der Behinderten, deren Pflege in Deutschland zum Teil in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung einbezogen ist, erhöht sich die Differenz zu Schweden auf über 7.000 Euro. Diese Unterschiede sind bedeutsam. Der entscheidende Punkt ist ein anderer: Gegenläufig zu Deutschland liegt das jährliche Ausgabenwachstum im Norden über dem Anstieg der Zahl älterer Menschen. Beispiel Schweden. Die Zahl der Einwohner_innen 65+ stieg im Zeitraum von 1999 bis 2012 um 29 Prozent, die rechnerischen Ausgaben pro Einwohner_in diesen Alters jedoch um gut 55 Prozent. Auch abzüglich des Inflationseffektes bleibt ein realer Zuwachs im Rahmen eines Systems, das schon in der Vergangenheit nicht als unterfinanziert angesehen werden konnte. Deutschland dagegen betreibt ein unterfinanziertes System. Der Finanzrahmen wurde seit 1999 so gestaltet, dass die realen Ausgaben pro Einwohner_in 65+ nicht steigen konnten. Dabei, die ermittelten absoluten Ausgabendifferenzen sind aufgrund von Kaufkraftunterschieden bei Dänemark und Schweden moderat, bei Norwegen stark überzeichnet. Nur bei Finnland ist annähernde Vergleichbarkeit gegeben.⁸⁴

82 In ihrer Antwort (vgl. BT-Drs. 18/1519) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 18/1374) taxiert die Bundesregierung das maximale Kapitalvolumen des Fonds auf 37 bis 42 Milliarden. Dabei sind die Durchschnittszinsen der vergangenen 20 Jahre zugrunde gelegt. Eine gesetzlich festgelegte Obergrenze für die Entnahme von Mitteln aus dem Fonds stelle außerdem sicher, dass das Geld nicht in kurzer Zeit verbraucht werde.

83 Zum Vergleich: Deutschland zählte 2012 17,5-mal so viele Menschen ab 65 Jahren wie Dänemark (DE: 16,9 Millionen DK: 968.100), gab über die Gesetzliche Pflegeversicherung aber nur das 3,5-Fache aus. Leistungsausgaben von 21,85 Milliarden Euro standen in Dänemark Leistungsausgaben von umgerechnet 6,3 Milliarden Euro gegenüber, wenn die Geldleistungen einbezogen werden und von 5,8 Milliarden Euro, wenn nur die Sachleistungen berücksichtigt werden. Die Ausgabendiskrepanz hat sich seit 1999 zunächst geweitet und ging ab 2010 wieder etwas zurück.

84 2007 z. B. lag die norwegische Kaufkraft pro Einwohner_in bei 53.477 PPP's gegenüber 35.961 PPP in Dänemark (+ 48,7 Prozent), 35.961 PPP's in Schweden, 34.700 PPP's in Finnland und 34.391 PPP's in Deutschland. Angaben nach Eurostat [Tabellencode: THJO].

Tabelle 3:

**Laufende öffentliche Pflegeausgaben 1999 bis 2012 im deutsch-skandinavischen Vergleich:
Jährliche Ausgaben je EW, pro 65+EW (€)¹ und BIP-Anteile (%)**

	1999	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Veränderung (%)
Deutschland (Gesetzliche Pflegeversicherung; alle Altersgruppen)²										
EW 65+ (Mio.): 1.1.d.J.	13,1	15,4	15,9	16,3	16,5	16,7	16,9	16,8	16,9	29,2
Ausgaben am BIP (%)	0,77	0,76	0,74	0,72	0,73	0,81	0,82	0,80	0,82	6,5
Ausgaben pro EW	190	206	208	212	221	236	250	256	267	40,5
Formelle Pflege	123	144	147	150	156	166	177	181	188	52,8
Dar. stationär	88	103	105	107	110	113	117	119	122	38,6
Ausgaben pro 65+EW	1.190	1.105	1.081	1.070	1.102	1.155	1.209	1.240	1.294	8,7
Informelle Pflege	416	334	321	315	327	340	352	359	383	-7,9
Formelle Pflege	776	774	762	757	777	816	856	879	912	17,5
Dar. stationär	549	554	546	542	548	555	566	576	590	7,5
Dänemark (laufende Ausgaben inkl. Behinderte); Eurokurs vom 10.06.2011: Bruch 2007										
EW 65+ (Tsd.): 1.1.d.J.	790,5	812,5	823,0	834,7	853	875,5	902,9	933,78	968,08	22,5
Ausgaben am BIP (%)	2,14	2,27	2,25	2,39	2,41	2,73	2,64	2,56	2,56	19,6
Ausgaben pro EW	652,4	863,0	903,4	997	1.035	1.107	1.126	1.106	1.123	72,1
Ohne Geldleistungen	652,4	863,0	903,4	913	946	1.018	1.038	1.023	1.037	59,0
Pflege und Betreuung	604,8	794,0	835,1	840	857	909	906	884	903	49,3
Prävention	k.A.	36,3	38,4	57	73	92	117	127	124	241,6
Ausgaben pro 65+EW	4.385	5.747	5.958	6.509	6.643	6.971	6.901	6.585	6.476	47,7
Ohne Geldleistungen	4.385	5.747	5.958	5.960	6.071	6.410	6.357	6.092	5.979	36,3
Pflege und Betreuung	4.065	5.288	5.507	5.483	5.501	5.722	5.552	5.262	5.206	28,1
Prävention	k.A.	241,7	253,4	374	470	581	715	754	717	196,6
Finnland (gesamte laufende Ausgaben; inkl. Behinderte)										
EW 65+ (1.1.): Tsd.	758,8	830,9	841,2	868,7	875,2	892,1	910,4	941,0	979,6	29,1
Anteil am BIP (%)	1,42	1,72	1,77	1,76	1,89	2,22	2,29	2,29	2,36	66,4
Ausgaben je EW	336	517	558	600	661	723	771	816	879	161,7
Institutionell	123	154	161	169	178	184	186	177	173	40,7
Home-Help	85	114	119	121	132	140	144	149	157	84,7
Sonstige Dienste	82,5	225	250	278	310	351	399	441	490	493,9
Ausgaben je 65+EW	2.283	3.257	3.487	3.643	4.003	4.318	4.532	4.659	4.846	112,2
Institutionell	838	969	1.005	1.025	1.080	1.099	1.093	1.011	954	13,8
Home-Help	577	716	745	738	799	837	847	849	864	49,7
Sonstige Dienste	868	1.572	1.738	1.880	2.124	2.382	2.591	2.799	3.028	248,8
Schweden (Nettogesamtkosten für Ältere und Behinderte; Eurokurs vom 10.6.2011)³										
EW 65+ (Tsd.): 1.1.d.J.	1.538	1.554	1.565	1.584	1.608	1.645	1.691	1.737	1.785	16,1
Anteil am BIP (%)	3,4	3,8	3,7	3,7	4,0	4,6	4,0	3,8	3,7	8,8
Ausgaben pro EW	945	1.271	1.317	1.372	1.445	1.459	1.494	1.546	1.592	68,5
Ausgaben pro 65+EW	5.442	7.369	7.614	7.909	8.252	8.207	8.256	8.379	8.457	55,4

(1) „Ausgaben pro 65+EW“ bezeichnet die rechnerischen Ausgaben pro Einwohner ab 65 Jahren.

(2) Ohne Ausgaben für den Medizinischen Dienst der Kassen. Unter formell sind erfasst: ambulante Sachleistungen, Beratung, Betreuung, Leistungen für die stationäre Pflege und Ausgaben für technische Hilfsmittel.

(3) Nach Leistungsbereichen aufgeschlüsselte Daten standen nicht zur Verfügung. Erfasst sind die Nettokosten der Gemeinden (inkl. investive Ausgaben). Der BIP-Anstieg im Zeitraum 2008 bis 2009 resultiert aus dem Einbruch der Wirtschaftsleistung von 338 Mrd. (2007) auf 296 Mrd. (2009).

Quelle: Die Daten zu Bevölkerung und Bruttoinlandsprodukt (BIP) stammen von Eurostat (vgl. Primärquellen im Literaturverzeichnis). Daten zu Deutschland, Dänemark und Schweden siehe die Primärquellen im Literaturverzeichnis. Die Daten zu Finnland stammen von der SOTKANet-Datenbank (Zugriff: 8/2014).

Wie nun sieht es aus, wenn eine Bereinigung um die Unterschiede in der Wirtschaftskraft vorgenommen wird? Anhand der Eurostat-Daten zum Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (Euro) wurden die bereinigten nominalen Ausgaben ermittelt.⁸⁵ Norwegen und Schweden gaben danach im Jahr 2012 rechnerisch pro älterem Einwohner/älterem Einwohnerin je etwas über 6.000 Euro aus, Dänemark etwas unter 5.000 Euro. Gegenüber 1999 stiegen die bereinigten öffentlichen Ausgaben pro Einwohner_in 65+ (NO: Einwohner_in 67+) zwischen einem Drittel (Schweden) und knapp 90 Prozent (Finnland), damit vier- bis neunfach so stark wie in Deutschland. Da sich das gesamtwirtschaftliche Preisniveau in den skandinavischen Ländern um 25 Prozent, in Deutschland aber um geringere 22 Prozent erhöht hat, ist es real etwas weniger.⁸⁶ Wirklich ins Gewicht fällt allerdings auch dieser Unterschied nicht. Die Frage nach Konvergenz contra Divergenz beantwortet sich dahingehend, dass inner-skandinavisch ein Angleichungsprozess zu verzeichnen ist. Die Ausgabendifferenz zu Deutschland ist dagegen auch bei Heranziehung bereinigter Daten größer und nicht kleiner geworden. Im Mittel stieg der deutsche Rückstand um mehr als zwei Drittel von 2.400 Euro (1999) auf 4.100 Euro (2012). Weder also die Bereinigung um Wirtschaftskraft- und Kaufkraftunterschiede, noch die Bereinigung um Verzerrungen aufgrund methodischer Erfassungsunterschiede ändert etwas an den Kernaussagen.

Finnland ist für den deutsch-skandinavischen Vergleich unter mehreren Gesichtspunkten besonders interessant. *Erstens* gehört das Land zur Euro-Zone mit einem Lebensstandard, der auf deutschem Niveau liegt. *Zweitens* dominieren zwar, wie auch sonst in den nordischen Ländern, Sachleistungen. Aber relativ gesehen spielen Geldleistungen eine weit größere Rolle als in den anderen nordischen Ländern. *Drittens* gibt es analog zu Island ein höheres Niveau an privater Finanzierung als in den skandinavischen Kernländern. Auch hinsichtlich dieses Punktes also

unterscheidet sich Finnland weniger stark von Deutschland als etwa Schweden. Als *Viertes* kommt ins Spiel, dass Finnland dabei ist, das Leistungsangebot am individuellen Bedarf der Nutzer_innen auszurichten. In Deutschland gibt es analoge Ankündigungen, die bislang ein leeres Versprechen blieben, weil der politische Wille zur Umsetzung fehlt. In Finnland umgekehrt lässt sich studieren, welche zusätzlichen Ausgaben öffentlich finanziert werden müssen, wenn mit hoher Qualität Leistungen dem individuellen Bedarf angepasst werden statt Individuen in vorgeformte Schemata zu pressen, wie es in Deutschland Praxis ist. Der Vergleich zeigt, dass der in Finnland politisch beschlossene Paradigmenwechsel an fehlenden Finanzierungsmitteln eher nicht scheitert. Während die Ausgabendiskrepanz, die Deutschland von Dänemark trennt, in den letzten Jahren etwas gesunken ist, vergrößerte sich die Distanz zu Finnland so stark, dass sie bei Berücksichtigung von Kaufkraftdifferenzen aktuell (2012) wenig hinter der von Dänemark zurücksteht. Sowohl 1999 wie 2012 hatte Deutschland 17,3-mal so viele Einwohner_innen im Alter von 65+ wie Finnland. Wählt man diese Älteren als Bezugsgröße, so steigerte Deutschland pro Einwohner_in 65+ seine Ausgaben nur um knapp neun Prozent, Finnland aber verdoppelte die Ausgaben. 1999 gab der Staat pro Einwohner_in 65+ rechnerisch 1.091 Euro mehr aus (bereinigt: 1.160 Euro); dieses Mehr verdreifachte sich bis 2012 auf 3.552 Euro (bereinigt: 3.156 Euro). Der zu Deutschland divergenten Entwicklung steht inner-skandinavisch eine konvergente Entwicklung gegenüber. Der Abstand zu Dänemark ist bis 2007 gewachsen, dann aber stark zurückgegangen. 2007 gab Dänemark rechnerisch pro Einwohner_in 65+ 2.900 Euro mehr aus als Finnland (bereinigt: 1.400 Euro); 2012 waren es noch 1.600 Euro (bereinigt: 360 Euro). Auch der Anteil am Bruttoinlandsprodukt hat sich dem von Dänemark angenähert. Es gibt bei den Gesamtausgaben also eine deutliche Konvergenz. Inwieweit dies auch für die Struktur der

85 Quelle: „BIP und Hauptkomponenten – Jeweilige Preise [nama_gdp_c] mit Update vom 6.5.2014“.

86 Das gesamtwirtschaftliche Preisniveau lag in Deutschland 2012 um 22,4 Prozent und im Schnitt der vier hier betrachteten nordischen Länder um 25,3 Prozent über dem Niveau von 1999. Quelle: Eurostat „HVPI (2005 = 100) – Jährliche Daten (Durchschnittsindex und Veränderungsrate) [prc_hicp_aind]“ mit Update vom 15.5.2014.

Ausgaben gilt, ist unklar, da Dänemark die Ausgaben anders gliedert. 80 Prozent der Ausgaben entfallen in Dänemark auf „Pflege und Betreuung für Ältere und Behinderte“, was Sonderwohnformen einschließt. Mehr als zehn Prozent werden auf präventive Maßnahmen, der Rest auf sonstige Heimkosten und diverse Unterstützungsmaßnahmen verwandt. In Finnland werden 60 Prozent der laufenden Ausgaben für „other services for older people“ eingesetzt; der Rest verteilt sich auf Home Help und die institutionelle Pflege. Die unterschiedliche Gliederung der Ausgaben erlaubt keinen Vergleich. Bei all dem ist zu berücksichtigen, dass Finnland erst ab Mitte der 1960er Jahre einen skandinavischen Typ von Wohlfahrtsstaat aufgebaut hat. Erst in diesem Kontext entwickelte sich ein primär öffentlich finanziertes Altenpflegesystem. Für Altenhilfe-Sachleistungen wurden 1980 pro Einwohner_in nur 35 Euro ausgegeben; bis 1995 hat sich der Betrag fast vervierfacht (auf 134 Euro). Für Sach- und Geldleistungen zusammen wurden 1995 dann 275 Euro eingesetzt. Durch das Bemühen, innerskandinavischen Anschluss zu finden, wurde diese dynamische Ausgabenentwicklung in den letzten Jahren zusätzlich befeuert.

Zu den Ausgaben für Prävention und Rehabilitation liegen der Verfasserin nicht durchgängig Daten vor. Die vorliegenden Daten deuten aber darauf hin, dass Deutschland hier den größten Rückstand aufweist. Nach Pflegeversicherungsgesetz genießen Prävention und Rehabilitation zwar Vorrang. Diese Vorrangregelung geht aber ins Leere, denn die Pflegeversicherung ist gar nicht Träger entsprechender Maßnahmen. Es gibt kein Budget, keine Leistungsarten, kein Personal. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist die Ausgaben der Pflegeversicherung für Prävention und Rehabilitation mit Null aus. Für den ambulanten Pflegebereich ändert sich daran nichts, wenn alle potenziellen Kostenträger, angefangen bei den öffentlichen Haushalten bis zur Unfallversicherung, in die Datenabfrage einbezogen werden. Lediglich für die stationäre Versorgung werden mit Kostenträgerschaft durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Ausga-

ben ausgewiesen. Diese fallen im Vergleich mit dem, was im Norden in Prävention investiert wird, mehr als kümmerlich aus. Auf Einwohner_innen ab 65 Jahren umgerechnet gaben die gesetzlichen Kassen 2009 32,5 Euro aus. Danach erfolgte keine Steigerung, sondern eine Absenkung auf 28,7 Euro im Jahr 2011. 2012 wurde dann wieder das alte Niveau von nominal 31,1 Euro erreicht. Schlussfolgerung: Prävention findet im deutschen System der Langfristpflege bestenfalls punktuell, keinesfalls systematisch statt. Andere Schlüsse lassen die Daten kaum zu. In Skandinavien dagegen ist der Ausbau von Maßnahmen der Aktivierung und Prävention so vorangekommen, dass es nahe liegt, ein systematisches Vorgehen anzunehmen. Die Kommunen haben ihre Ausgaben für präventive und aktivierende Maßnahmen in den letzten Jahren enorm gesteigert. Schon 2007 z.B. beliefen sich die Ausgaben der dänischen Gemeinden für „Preventive effort for the elderly and handicapped“ je Einwohner_in auf umgerechnet rund 57 Euro; 2012 waren es 124 Euro. Für „Activation of elderly and disabled“ setzen die norwegischen Gemeinden ähnliche Beträge ein. Über eine breite Palette gesundheitsfördernder Maßnahmen einschließlich der Gewährung von Diensten, die der Unfallvermeidung dienen (Hilfe beim Fensterputzen, z.B.), wird versucht, den Eintritt und das Voranschreiten von Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben. Die Vermutung liegt auf der Hand, dass die Vervielfachung der für Prävention und Aktivierung eingesetzten Mittel einer der Faktoren ist, der den Rückgang der Leistungsempfängerzahl erklärt. Ein weiterer, hier aber nicht näher untersuchter Faktor, ist im zunehmend systematischen Einsatz technischer Assistenzsysteme (Installation von Notruf- und Monitoringsystemen in den Wohnungen älterer Menschen) zu suchen. Technische Assistenzsysteme kommen auch in den anderen nordischen Ländern, in Schweden etwa, flächendeckend zum Einsatz. In Deutschland dagegen wird auch der Einsatz technischer Assistenzsysteme dadurch behindert, dass die Kostenträgerschaft nicht eindeutig geregelt ist.

3.3 Zusammenfassung

Tabelle 4 stellt zusammen, welche Anteile der Altersjahrgänge 65+ und 75+ (80+) im Zeitfenster der Jahre 2011/2012 in unseren Vergleichsländern formelle häusliche Leistungen auf Basis öffentlicher Voll- oder Teilfinanzierung erhalten haben und welche Anteile in Heimen, Pflegewohnungen oder sonstigen betreuten Wohnanlagen versorgt wurden. Wie ersichtlich, unterscheidet sich die Quote der nach deutschem Verständnis stationär Versorgten zwischen Deutschland, Dänemark und Schweden nicht gravierend. In den anderen Ländern werden zwar höhere Anteile erreicht. Auch dort jedoch sind sukzessive Rückgänge zu beobachten. Der Tendenz nach nähern sich die stationären Versorgungsquoten an. Die Entwicklung verläuft nicht synchron, aber zeitlich versetzt geht sie in die gleiche Richtung. Dies schließt die Struktur ein. Ein Trend weg vom klassischen Heim hin zu einer Vielfalt an pflegerischen Wohnformen prägt die Entwicklung annähernd in allen Vergleichsländern. Eine gewisse Ausnahme bildet Norwegen. Gegen den sonstigen Trend ist dort die Bedeutung von Pflegeheimen nicht gesunken, sondern gewachsen. Die hier vorgehaltenen Plätze wurden von 20.227 (1990) auf 38.496 (2010) erhöht; ihr Anteil an allen Plätzen institutioneller Pflegeversorgung (ohne die sonstigen Wohnungen für Ältere) verdoppelte sich (1990: 44,3 Prozent; 2011: 93,3 Prozent). Bei der Heimmutzung jedoch erfolgte analog zum Bedeutungszuwachs teilstationärer Versorgung in Deutschland eine Verschiebung in Richtung der Kurzzeitpflege.

Durch die Diversifizierung der institutionellen Versorgung mit Ausbau spezieller Versorgungswege für Menschen mit kognitiven Störungen verliert die Unterscheidung zwischen „häuslich“ (ambulant) und „institutionell“ (stationär) an Trennschärfe. Die Zuordnung neuer Wohnformen zum häuslichen oder institutionellen Bereich erfolgt nicht einheitlich. In Dänemark wird zwischen „Care in own home“ und „Care in nursing homes and nursing dwellings“ unterschieden. Analoges gilt für Island und Schweden. In

Norwegen andererseits wird zwischen häuslich und institutionell unterschieden und in Finnland uneinheitlich. Ältere, die in betreuten Wohnanlagen intensive Pflege (24-Stunden-Service) erfahren, werden statistisch dem institutionellen Bereich zugewiesen, rechtlich aber so behandelt, als würden sie Pflege in der eigenen Wohnung erhalten.

Welten trennen Deutschland dagegen von dem Grad, mit dem skandinavische Wohlfahrtsstaaten ältere Menschen dabei unterstützen, möglichst lange im eigenen häuslichen Umfeld zu verbleiben. Die Anteile liegen um das Vielfache so hoch. Hauptgrund sind die niedrigen Zugangsschwellen. Es reicht ein Unterstützungsbedarf von wenigen Stunden in der Woche resp. von einmal in der Woche (Finnland). Unabhängig von der Frage, ob die Leistungserbringung vorrangig informell oder formell erfolgt, gilt: Das Gros der skandinavischen Leistungsempfänger_innen könnte nach deutschem Recht weder die Pflegestufe 1 noch die Pflegestufe 0 erhalten. In Dänemark benötigen annähernd zwei Drittel der Empfänger_innen von Home-Help-Leistungen eine wöchentliche Unterstützung von weniger als zwei Stunden. Auch in den anderen nordischen Ländern liegt das wochendurchschnittliche Stundenvolumen pro Empfänger_in häuslicher Dienste weit unter der Schwelle, die das in Deutschland praktizierte Begutachtungsverfahren für die Zuweisung der untersten Pflegestufe voraussetzt.

Abgesehen von Island ist bei den formellen Pflegequoten innerskandinavisch eine Annäherung eingetreten. In Dänemark sind in den letzten Jahren nicht nur die Leistungsempfängerquoten stark zurückgegangen. Auch absolut erhielten 2011/2012 weit weniger Einwohner_innen im Alter ab 65 Jahren formelle Leistungen als im Zeitraum 2008/2009. In Finnland dagegen ist die Leistungsempfängerzahl absolut ungefähr im Gleichschritt mit der Wohnbevölkerung 65+ gewachsen, womit die formellen Quoten annähernd konstant blieben. In Norwegen trat ein Rückgang ein; er fiel gemessen an Dänemark aber moderat aus.

Tabelle 4:

Formelle Hilfs- und Pflegeleistungen für Einwohner ab 65 Jahren im deutsch-skandinavischen Vergleich: Pflegequoten und öffentliche Ausgaben 2011/2012

	DE	DK	FI	IS	NO	SE
Leistungsdaten: Leistungsempfänger in % der jeweiligen Bevölkerung (1.1.d.J.)¹						
Altersgruppe ab 65 Jahren (NO: 67+)						
Häusliche Hilfe und Pflege (Kernleistung nach jeweiligem System)	3,1	13,7	11,0	20,5	17,0	9,2
Bewohner von Pflegeheimen, Pflegewohnungen und betreuten Wohnanlagen	4,1	4,2	Rd. 6	7,5	6,0	4,9
Formell versorgte Bevölkerung insgesamt	7,2	17,9	Rd. 17	(28)	23,0	14,1
Altersgruppe ab 75 Jahren (IS und NO: 80+)						
Präventive Hausbesuche		26,1				
Häusliche Hilfe und Pflege (Kernleistung)	5,9	26,9	Rd. 13	43,7	34,2	17,4
Sonstige Leistungen (FI: Soziale Pflege)						
Bewohner von Pflegeheimen, Pflegewohnungen und betreuten Wohnanlagen	8,0	9,0	Rd. 9	22,2	K.A.	9,8
Formale versorgte Bevölkerung insgesamt (%): DK ohne präventive Hausbesuche	13,9	35,9	Rd.22	(65,9)		27,3
Öffentliche Ausgaben (% des BIP und pro Einwohner ab 65 Jahren)²						
Anteil am BIP (%)	Rd. 1,0	2,6	2,4	1,7	2,9	3,7
Leistungen im Rahmen informeller Pflege	383	5.759	4.846	K.A.	K.A.	8.457
Formelle häusliche Pflege nach jeweiligem System inkl. der Bereitstellung technischer Assistenzsysteme	912			K.A.	7.175	
Institutionelle Langzeitpflege				K.A.	6.307	
Prävention, Aktivierung (DE: GKV)	31			717	794	
Geld- und Sachleistungen insgesamt ³	1.326			6.476	K.A.	

(1) Gesamtquoten bei Island in Klammern, da sich die Home-Help-Quoten auf 2012, die Quoten zur institutionellen Pflege aber auf 2010 beziehen und Doppelzählungen nicht ausgeschlossen werden können. Bei Schweden ist nur das kommunale Management erfasst, nicht der private Einkauf von Pflegeleistungen gegen Kostenerstattungen und bei Norwegen ohne Altenwohnungen („Residents in dwellings for the aged and disabled“).

(2) Ohne Verwaltungsausgaben. Bei Deutschland Leistungsausgaben für alle Altersgruppen inkl. Pflege in Behindertenheimen; DK, IS, SE und NO Ausgaben zum Umrechnungskurs vom 11.6.2011. Für Island liegen der Verfasserin die benötigten Daten nur bis 2009 vor; die Angaben zum BIP-Anteil stammen von OECD 2013. Bei Finnland fallen die meisten Ausgaben in die Kategorie „Sonstige Unterstützungsdienste“. Da sich die hier zusammengefassten Leistungen über alle Bereiche erstrecken und Geld- wie Sachleistungen umfassen, wurde auf eine Aufschlüsselung verzichtet.

(3) Einbezogen sind die präventiven Ausgaben; in DE die von der Gesetzlichen Krankenversicherung in Altenheimen finanzierten Ausgaben für Prävention und Rehabilitation. Quelle: Gesundheitsberichterstattung (www.gbe-bund.de).

Quelle: Vgl. Tabelle 3 und die Primärquellen unter Literatur. Öffentliche Ausgaben nach OECD 2013.

Zwar also sind in den skandinavischen Ländern die Leistungsempfängerquoten teilweise rückläufig. Verbesserte Personalschlüssel, die starke Ausweitung von Maßnahmen der Prävention und Aktivierung unabhängig von der Zuerkennung von Pflegebedürftigkeit sowie reale Einkommenssteigerungen der im Pflegebereich Beschäftigten führen jedoch dazu, dass sich dies nur abgeschwächt in der Ausgabenentwicklung niederschlägt. In Norwegen stiegen die kommunalen Ausgaben allein von 2011 auf 2012 um acht Prozent und erreichten den Betrag von 95 Milliarden NOK (rd. 11,267 Milliarden Euro). Umgerechnet auf Einwohner_innen im Alter von 65 Jahren und älter ergibt sich eine Summe von 14.300 Euro je Einwohner_in diesen Alters. Auch in Finnland sind die rechnerisch auf jeden Einwohner, jede Einwohnerin im Alter ab 65 Jahren entfallenden Ausgaben kräftig gestiegen. 1999 lagen sie bei 2.300 Euro; 2012 mit gut 4.800 Euro mehr als doppelt so hoch. Real, d. h. nach Bereinigung um die gesamtwirtschaftliche Inflationsrate investiert der finnische Staat heute pro älterem/älterer Einwohner_in annähernd doppelt so viel an öffentlichen Mitteln wie Ende der 1990er Jahre. Mit großen Schritten ist Finnland dabei, seinen Rückstand gegenüber den skandinavischen Kernländern abzubauen. Dies allerdings hatte zur Voraussetzung, dass die Finanzpolitik den Finanzierungsrahmen so ausweitete, dass heute rund 2,4 Prozent der Wirtschaftsleistung in die Altenhilfe investiert werden gegenüber nur 1,4 Prozent im Jahr 1999. In scharfem Kontrast zu dieser Entwicklung steht, dass in Deutschland der öffentlich finanzierte BIP-Anteil durch ein Steuerungsregime, das darauf ausgerichtet ist, ein wachsendes Leistungsvolumen mit pro Leistungsempfänger_in real sinkenden öffentlichen Ausgaben zu finanzieren, auf niedrigem Niveau konstant gehalten wird. Das knappe Prozent der Wirtschaftsleistung, das dem deutschen Staat die pflegerische Versorgung der älteren Bevölkerung wert ist, nimmt sich dabei auch im breiten OECD-Vergleich niedrig aus.

Die von der Großen Koalition aus CDU/CSU und FDP beschlossene Verbesserung der Finanzausstattung im Volumen von 0,4 Beitragspunkten ist geeignet, den Kollaps des Systems zu verhindern. Ein wirklicher Paradigmenwechsel hin

zu einem servicebasierten System, das den Bedarfen der Individuen mit einerseits qualitativ hochstehenden Diensten gerecht wird und andererseits pflegende Angehörige wirksam unterstützt, ist in einem Finanzrahmen, der gegenüber heute nur um rd. ein Fünftel ausgeweitet wird, nicht darstellbar. Der Vergleich mit den nordischen Ländern lehrt vielmehr, dass öffentliche Ausgaben in der Größenordnung von über zwei Prozent des BIP erforderlich sind, wenn dem Anspruch, ein qualitativ hochwertiges und demenzgerechtes Altenhilfesystem zu betreiben, in der Praxis entsprochen werden soll.

Bei den öffentlichen Ausgaben ist der entscheidende Befund freilich nicht darin zu sehen, dass Deutschland für die Pflege und Betreuung der Älteren pro Einwohner_in resp. rechnerisch pro Einwohner_in ab 65 Jahren wesentlich weniger öffentliche Mittel einsetzt als die untersuchten skandinavischen Länder. Das Entscheidende ist ein eklatanter Mangel an Vorsorge. Die den Bedarf prägende reale Entwicklung ist durch eine schleichende Erosion der tragenden Säulen des familienbasierten Systems geprägt, was es erforderlich machen würde, die Personalkapazitäten auszuweiten und die in der Langzeitpflege Beschäftigten verstärkt so im Beruf zu halten, dass sukzessive eine Umstellung in Richtung eines in öffentlicher Verantwortung stehenden servicebasierten Systems gelingt. Die öffentliche Finanzausstattung – angesprochen ist hier nicht nur die Gesetzliche Pflegeversicherung, angesprochen sind auch die Haushalte von Ländern und Kommunen – unterstützt einen derartigen Entwicklungspfad jedoch gerade nicht. Nur nominal stiegen bei der Pflegeversicherung die Pro-Kopf-Ausgaben. Berücksichtigt man die allgemeine Preissteigerungsrate und den Rückzug der Kommunen aus der Erbringung von Leistungen für die Älteren, so sanken die rechnerischen Ausgaben pro Einwohner_in ab 65 Jahren. Die Differenz zu den skandinavischen Ländern wurde nicht vermindert, sondern ist weiter gewachsen. Dies erheblich in Relation zu Finnland, Norwegen und Schweden. In Relation zu Dänemark hat sich die Ausgabendifferenz in den letzten Jahren zwar vermindert, liegt aber immer noch weit über dem Niveau von Ende der 1990er Jahre.

4. Trägerstrukturen formeller Pflege und Beschäftigungspfade zwischen Highroad und Lowroad

4.1 Trägerstrukturen: Privates Geschäftsfeld contra kommunale Pflichtaufgabe

Gegen starke öffentliche Trägerschaften, wie sie in den skandinavischen Ländern trotz der erfolgten Öffnung für private Anbieter und der gestiegenen Praxis, Leistungen auszuschreiben, immer noch existieren, wird in Deutschland gerne das Mehr an Wahlfreiheit, das gemischte Trägerstrukturen bieten, ins Feld geführt. Bei der Pflege geht dieses Argument ins Leere. Zwar gibt es eine große Anzahl von Pflegeanbietern. Mit wachsender Tendenz ist deren Geschäftsmodell aber von gewerblichen Motiven geprägt. Der privat-gewerbliche Bereich konnte seinen Marktanteil (Anteil an den Leistungsempfänger_innen) von 1999 bis 2011 im ambulanten Bereich um mehr als ein Drittel und im stationären Bereich um über 43 Prozent steigern. Der frei-gemeinnützige Bereich fiel im ambulanten wie stationären Bereich relativ zurück. Öffentliche Träger nehmen ambulant nur eine marginale Rolle ein (Anteil von unter 1,5 Prozent) und bei der institutionellen Pflege resultiert aus dem Rückzug der Kommunen, dass der öffentliche Versorgungsanteil von elf Prozent (1999) auf 6,1 Prozent (2011) zurückging. Es hat sich eine Angebotsstruktur herausgebildet, die an dem Wunsch nicht weniger älterer Menschen, eher in eine städtische Einrichtung zu gehen als in eine privat-gewerbliche oder weltanschaulich gebundene, völlig vorbeigeht. Dabei, Gewinner der eingetretenen Entwicklung sind ausschließlich die For-Profit-Träger. Sie spielten vor der Verabschiedung der Pflegeversicherung noch gar keine Rolle, profitieren aber von dem Umstand, dass sich die Kostenvorteile prekarierteter Arbeit in fragmentierten privat-gewerblichen Strukturen, wo es kaum gewerkschaftliche Vertretungen gibt, viel besser durchsetzen lassen als dort, wo tarifli-

che Bindungen und ethische Ansprüche eine größere Rolle spielen. Beides gilt für öffentliche Träger, Letzteres für sowohl öffentliche wie freigeinnützige Träger (Auth 2013: 414ff.). Lange ignorierten die Wohlfahrtsverbände, welche Art von ruinösem Kosten senkungswettbewerb unter der Überschrift „Subsidiarität“ installiert worden war. Die Pointe dabei: Durch Anpassung an die Geschäftspraktiken renditeorientierter Träger haben frei-gemeinnützige Träger ethische Prinzipien guter Sozialarbeit aufgekündigt und den Kampf um die Verteidigung ihrer „Marktposition“ trotzdem verloren. Sie haben sich, so die späte Erkenntnis von Wolfgang Stadler, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt, in einem Gastbeitrag der Frankfurter Rundschau (Nr. 100 vom 30.4.2014: 10) „leichtfertigen ruinösen Marktbedingungen unterworfen“ und wurden „zu Erfüllungsgehilfen einer falsch verstandenen Subsidiarität“.

Die Entwicklung in den Bundesländern verlief weitgehend parallel zum Bundestrend; Unterschiede in den Ausgangsbedingungen sind dabei zu berücksichtigen.

Ambulanter Bereich: 1999 gab es eine klare Dominanz der frei-gemeinnützigen Träger. In sechs Bundesländern erreichten sie Marktanteile von über 60 (Thüringen: 61 Prozent) bis über 80 Prozent (Baden-Württemberg: 84 Prozent). In der folgenden Dekade hat sich die Zahl der Bundesländer mit Marktanteilen frei-gemeinnütziger Träger von über 60 Prozent mehr als halbiert. Umgekehrt verlief die Entwicklung bei den privat-gewerblichen Trägern. 1999 erreichten sie nur in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg Marktanteile von über 50 Prozent. Eine Dekade später dominieren sie in acht Bundesländern (darunter in allen ostdeutschen). Auf Gesamtdeutschland bezogen wurden 2011 annähernd

gleich viele Pflegebedürftige, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen, von For-Profit-Dienstleistern wie von Non-Profit-Dienstleistern versorgt. Es ist dem niedrigen Ausgangsniveau geschuldet, dass die Stellung der gewerblichen Träger in Süddeutschland trotz der dort weit überdurchschnittlichen Zuwächse noch begrenzt bleibt. Die Einbrüche jedoch sind beachtlich. In Baden-Württemberg erreichten frei-gemeinnützige Dienstleister 1999 einen Versorgungsanteil von über 84 Prozent, 2011 nur noch von knapp 76 Prozent. Öffentliche Träger spielen nur in Baden-Württemberg und Hessen eine gewisse Rolle. Nur in diesen beiden Bundesländern ging ein kleiner Teil des Anteilsverlustes der kirchlichen und frei-gemeinnützigen Träger temporär nicht an den gewerblichen Bereich. Nach 2009 jedoch schlug auch dort der Terrainverlust voll durch. In Hessen sank der Anteil von 7,5 Prozent (2009) auf 5,6 Prozent (2011).

Stationärer Bereich: Auch die stationäre Pflege ist davon geprägt, dass das wachsende Versorgungsvolumen überwiegend von den privat-gewerblichen Trägern aufgesogen wird. 1999 erreichten sie nur in vier Bundesländern (Berlin, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) Marktanteile von über 30 Prozent. Eine Dekade später lagen sie in zehn Bundesländern über der 30-Prozent-Marke; in Berlin, Niedersachsen und Schleswig-Holstein dominierten sie den Markt. Weitere zwei Jahre später erreichen sie in elf Bundesländern die 30-Prozent-Marke und dominieren in vier Bundesländern. Die Bundesländer mit starker Dominanz vor allem kirchlicher Träger sind auf zwei geschrumpft (Saarland und Nordrhein-Westfalen). Öffentliche Träger spielten im Jahr 1999 in zumindest sechs Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Sachsen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern) mit Anteilen von über 15 Prozent eine ernst zu nehmende Rolle. In zwei weiteren Bundesländern (Berlin, Schleswig-Holstein) lagen sie bei etwas über zehn Prozent. Nicht flächendeckend, wohl aber in der Hälfte der Bundesländer gab es ein öffentliches Angebot. Die damit verbundene Korrekturfunktion haben die Kommunen aufgegeben. Nur noch in drei Bundesländern erreichen öffentliche Träger 2011 einen Marktanteil von etwas über

zehn Prozent (Thüringen, Baden-Württemberg und Bayern).

Fazit: 1999 dominierten For-Profit-Träger bei ambulanten Diensten nur in zwei Bundesländern (Berlin und Hamburg), 2011 aber in zehn Bundesländern (Stadtstaaten, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und alle ost-deutschen Bundesländer außer Thüringen). Im stationären Bereich sind sie zu Lasten der Non-Profit-Träger gleichfalls auf dem Vormarsch und dominieren bereits in vier Bundesländern (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hamburg, Berlin).

In den skandinavischen Ländern werden die Altenhilfeleistungen weiterhin ganz überwiegend von öffentlichen, in der Regel kommunalen Trägern erbracht. Überwiegend bedeutet: im Schnitt zu ungefähr 80 Prozent. Einerseits. Andererseits hat, angeführt von Schweden, die private Leistungserbringung deutlich zugenommen. Wie stark, hängt an der Indikatorenwahl. Werden die geleisteten Stunden als Bemessungsgrundlage herangezogen, ergeben sich andere Ergebnisse als bei Betrachtung der Verteilung von Leistungsempfänger_innen auf unterschiedliche Dienstleistungsguppen. Wieder andere Ergebnisse erhält man, wenn die Zahl der Beschäftigten bei privaten Trägern mit der im öffentlichen Sektor verglichen wird. Im Vergleich mit Deutschland gibt es zumindest eine Gemeinsamkeit. Werden öffentliche und private Non-Profit-Träger den gewerblichen Trägern gegenübergestellt, so wurden hier wie dort mit der Vermarktlichung die Interessen gewinnorientierter Akteure bedient. Während es in den nordischen Ländern regional jedoch sehr unterschiedliche Entwicklungen gibt, hat sich in Deutschland kein einziges Bundesland vom generellen Trend abgesetzt. Ein solch durchgehender Privatisierungstrend existiert im Norden gerade nicht. Wie oben angesprochen, zeigten sich die norwegischen Gemeinden bislang weitgehend resistent. Im institutionellen Bereich ging der Anteil privater Betten in den letzten Jahren sogar leicht von 10,3 Prozent (2009) auf 9,6 Prozent (2012) zurück und im Privatsegment dominieren die nicht-gewinnorientierten Eigentümer. Die Isländische Statistik liefert bislang keine Angaben zum Privatsegment, was auf eine noch geringe Bedeutung schließen lässt. Zu Schweden als skan-

dinavischem Privatisierungsvorreiter habe ich oben bereits einiges ausgeführt (siehe auch Abb. 3). Zu Dänemark und Finnland, wo die Politik die Weichen später in Richtung Vermarktlichung gestellt hat, hier einige Befunde:

Dänemark: Die Privatisierung der Leistungserbringung konzentriert sich in Dänemark auf den häuslichen Bereich. Sie hat dort ein höheres Ausmaß erreicht als in Schweden, wo rd. 23 Prozent der Leistungserbringung bei privaten Anbietern liegt. Hintergrund sind unterschiedliche rechtliche Regelungen. Die freie Wahl des Dienstleisters gilt in Dänemark flächendeckend; dies aber begrenzt auf die häusliche Pflege. In Schweden können Gemeinden auch andere Wege gehen. Insbesondere bei praktischen Alltagshilfen entscheidet sich ein größerer Prozentsatz der Leistungsempfänger_innen für private Dienstleister_innen. Der Anteil stieg von 35 Prozent (2008) auf fast 48 Prozent (2013) kräftig an. Bei den Personal-Care-Diensten ist der Anteil auch gestiegen, erreicht aber erst acht Prozent (2013). An allen Home-Help-Leistungen erreichen Privatanbieter zwischenzeitlich einen Anteil von etwas über einem Drittel. Ganz anders sieht es im institutionellen Bereich aus. Hier können Pflegebedürftige zwischen unterschiedlichen Angeboten (klassisches Heim, betreute Wohnanlage, Pflegewohnung) wählen und es gibt eine garantierte Wartezeit. Ein Recht auf ein Privatangebot gibt es aber nicht. In der Folge ist der Privatanteil zwar auch im institutionellen Bereich gewachsen, erreicht aber (2013) noch keine zwei Prozent. Bei Fortschreibung des nach der Marktöffnung (2002) eingesetzten Trends dürfte es mehrere Dekaden dauern, ehe private Träger auch im institutionellen Bereich relevante Versorgungsanteile erreichen.

Finnland: Auf's Ganze gesehen haben Instrumente der Vermarktlichung in Finnland zwischenzeitlich eine ungefähr gleich große Bedeutung erlangt wie in Schweden. Der Trend setzte später ein, entfaltete dann aber eine größere Dynamik. Aus der Statistik zu den in Haushalten älterer Menschen durchgeführten Pflegebesuchen ergibt sich, dass die Gesamtzahl der Besuche von 20 Millionen (2006) auf 25,9 Millionen (2013), damit also um rund 30 Prozent gestiegen ist. Auch die von den Kommunen selbst durchge-

fürten Pflegebesuche sind gestiegen. Dies aber nur um 6,7 Prozent von 19,2 auf 20,5 Millionen. Der Eigenleistungsanteil der Gemeinden sank in der Folge von 96 Prozent im Jahr 2006 auf 79 Prozent im Jahr 2013. Bei Pflegeheimen ging der Kommunalanteil in den letzten Jahren zunächst geringfügig auf 86,6 Prozent (Stichtag: 31.12. 2009) zurück und stieg bis Ende 2012 dann wieder auf 87,4 Prozent an, was jedoch ausschließlich der schwindenden Bedeutung von Heimen geschuldet ist. Die Musik spielt längst beim wachsenden Segment des betreuten Wohnens mit 24-Stunden-Service. Hier haben die Gemeinden ihre eigenen Kapazitäten stark ausgebaut. Allein von Ende 2009 bis Ende 2012 nahm die Bewohnerzahl im kommunalen Bereich um 36 Prozent zu, womit sich auch der Kommunalanteil erhöhte (2008: 43,7 Prozent; 2009: 47,2 Prozent; 2012: 51,1 Prozent). Regional bestehen analog zu Schweden große Diskrepanzen. In den meisten Gemeinden gibt es ein kommunales Quasi-Monopol. 2009 erreichten private Betreiber bei der Heimversorgung in acht der 19 finnischen Provinzen Anteile von weniger als fünf Prozent; in acht weiteren zwischen fünf und weniger als zehn Prozent. Nur in drei Provinzen erreichten sie einen Versorgungsanteil von über zehn Prozent. Den höchsten Privatanteil erreichte UUSIMAA in Südfinnland mit gut 39 Prozent; Ende 2012 war er auf knapp 29 Prozent gesunken. Die gemeindegrenzüberschreitende Analyse liefert einen ähnlichen Befund, ohne dass sich ein klarer Zusammenhang zwischen geografischer Lage und/oder Gemeindegröße zeigt. Eher gibt es, wie auch in Schweden, Hinweise darauf, dass linksgeneigte Mehrheiten Kapazitätsausbau eher in kommunaler Trägerschaft betreiben, während rechtsgeneigte Mehrheiten Leistungen vermehrt aus-schreiben. Von 2009 bis 2012 gab es in Helsinki eine klare linke Mehrheit (45 von 85 Sitzen). In dieser Zeit erhöhte sich die Zahl der in kommunalen Heimen oder betreuten Wohnformen versorgten älteren Menschen von 2.157 auf 2.599; der Kommunalanteil stieg von 43,9 Prozent auf 51,9 Prozent. In Gemeinden mit während dieser Zeitspanne rechtsgeneigten Mehrheiten sind gegenläufige Entwicklungen zu beobachten.

Schweden: Differenzierte Aussagen zur Trägerstruktur sind nicht möglich, da die schwedische Statistik nicht Träger, sondern Managementformen (kommunal contra privat) unterscheidet. Die private Leistungserbringung basiert auf Geldleistungen, die an pflegende Angehörige oder private Dienstleister gezahlt wird. Zum Stichtag 1.10.2009 nutzten 86,2 Prozent der langfristigen Home-Help-Empfänger_innen das kommunale und 13,8 das private Arrangement. Bei den temporären Leistungsempfänger_innen lag die Privatquote niedriger (10,4 Prozent). Hinter der im Durchschnitt noch geringen Bedeutung privater Organisation von Pflege verbergen sich große regionale Unterschiede. In acht der 21 schwedischen Regionen gab es mit Anteilen von über 95 Prozent praktisch ein kommunales Monopol. In acht weiteren Regionen lag der Privatanteil bei sechs bis unter 14 Prozent und in den fünf restlichen bei über 15 Prozent. Fünf Jahre später, am 1.10.2013, ist der Anteil derjenigen, die das kommunale Management nutzen, auf 81,9 Prozent zurückgegangen. Unverändert allerdings gibt es acht Regionen mit Kommunalanteilen von 95 Prozent und mehr (darunter Kronobergs län; Kalmar län, Västra Götalands län und Dalarnas län). Die Gruppe mit Privatanteilen von sechs bis unter 14 Prozent ist aber auf sechs geschrumpft. In drei Regionen liegt der Privatanteil nun bei mindestens 25 Prozent (Stockholms län: 56,5 Prozent; Uppsala län: 27,4 Prozent; Gotlands län: 26 Prozent).⁸⁷ Die Privatisierung der Altenbetreuung konzentriert sich auf die Stockholmer Region und die benachbarte Region Uppsala. Schon 2009 erreichte der Privatanteil im Großraum Stockholm 42 Prozent und liegt nun beim dreifachen Landesdurchschnitt. Parallele Befun-

de gibt es bei Pflegeheimen und betreuten Wohnanlagen. Hier lag der Anteil privater Träger 2009 (bezogen auf die Bewohner_innen) landesweit bei 16,5 Prozent, in der Region Stockholm aber bei 43,6 Prozent.⁸⁸

Festzuhalten bleibt: Während in Deutschland gleichermaßen der ambulante wie der stationäre Bereich auf dem Pfad wachsender Kommerzialisierung unterwegs ist, gibt es in den skandinavischen Ländern differenzierte Entwicklungen. Die regionalen Unterschiede sind sehr groß. Auch in Finnland und Schweden, wo Marktinstrumente den größten Verbreitungsgrad gefunden haben, liegt in den allermeisten Gemeinden der kommunale Anteil an der Leistungserbringung weiter bei um die 90 Prozent und mehr. Die Gruppe an Gemeinden, wo private Dienstleister_innen weitgehend das Geschäft übernommen haben, ist noch überschaubar. Es handelt sich in Schweden durchweg um Gemeinden mit langjährig rechtsgeneigten politischen Mehrheiten, so wie auf der anderen Seite die Gemeinden, wo das kommunale Monopol faktisch fortexistiert, überwiegend durch linksgeneigte Mehrheiten geprägt sind.⁸⁹ In den größeren Städten ist die Entscheidungslage dabei eine etwas andere als in kleinen Gemeinden mit ihren häufig nur wenigen hundert älteren Einwohner_innen. Wenn nur ein Heim und einige Pflegewohnungen benötigt werden, ist für Trägervielfalt weder Platz noch Bedarf. In großen Städten stellt sich dies völlig anders dar. Soll das private Angebot eher eine ergänzende Funktion haben oder weit mehr, lautet die strategische Frage dort, wo die kommunalen Entscheidungsträger darüber befinden, ob sie Leistungen selbst erbringen oder ausschreiben.

87 Altenhilfestatistik zum Stichtag 1.10.2013 (Tabell 1. Antal personer 65–w år i ordinärt boende som var beviljade hemtjänst 1 oktober 2013 fördelade efter regiform samt antal beviljade/beräknade hemtjänststimmar under oktober 2013 fördelade efter regiform. Kommunvis fördelning); eigene Auswertung.

88 Quelle: Serviges officiella statistik 2010: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för Vissa insatser år 2009, Socialstyrelsen, März 2010, Tabelle 1 und 2 (S. 24-37).

89 Ausgewählt habe ich die Gemeinden mit den landesweit höchsten Privatanteilen und von der großen Gruppe mit faktischer Fortexistenz des kommunalen Monopols eine zufällige Auswahl gezogen. Ergebnis: Die Gemeinden, deren Privatanteile landesweit an der Spitze liegen, weisen stabile rechtsgeneigte Mehrheiten auf (Konservative als langjährig dominierende Partei); bei der Vergleichsgruppe stellen die Sozialdemokraten überwiegend die stärkste Partei und im Gemeinderat alleine oder mit anderen Parteien des linken Spektrums die Mehrheit. Wie stark der Rechts-Links-Faktor über alle 290 Gemeinden hinweg ist, kann damit nicht gesagt werden. Dass er eine Rolle spielt, schon.

4.2 Beschäftigungspfade: Highroad contra Lowroad

Historisch betrachtet waren Care-Aufgaben schon immer eine Domäne von Frauen. Die informelle Pflege in den Familien lastet in Deutschland zu rund drei Vierteln auf Frauen.⁹⁰ Im formellen Bereich liegt der Frauenanteil noch höher, höher auch als Ende der 1990er Jahre. Auch in den skandinavischen Ländern trägt Care-Arbeit, sei es in der Familie, sei es in der Pflegebranche ein weibliches Gesicht.⁹¹ Damit jedoch enden die Gemeinsamkeiten. In den skandinavischen Ländern bietet der Pflegesektor auf 1.000 Einwohner_innen gerechnet vielfach so viele Arbeitsplätze wie in Deutschland. Dies trotz des dort geringeren Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung und trotz des durchschnittlich besseren Gesundheitszustandes der Generation 65+ (vgl. Abb. 2). Care-Arbeitsplätze bieten auch im Norden keine üppigen, sondern lediglich akzeptable Verdienstmöglichkeiten wie Arbeitsbedingungen. Dazu gehört ein vergleichsweise hoher Professionalisierungsgrad mit existenzsichernden Löhnen auch für Geringqualifizierte und Teilzeitkräfte. Während der skandinavische Weg auf der „Highroad“⁹² verläuft, hat die deutsche Politik die Weichen so gestellt, dass die Pflegebranche in den Niedriglohnbereich abgedrängt wurde mit Teilzeit als Regel und einem zwar gestiegenen, vergleichsweise aber dennoch geringen Professionalisierungsgrad. Ein problematisches Verständnis von Produktivität (vgl. Reuter/Zinn 2011: 465f.)

hat daran ebenso Anteil wie die Geringschätzung von Tätigkeiten, die abseits dessen liegen, worüber sich die exportorientierte deutsche Wirtschaft definiert.

Für einen Vergleich wurden die drei skandinavischen Kernländer herangezogen. Zu Finnland liegen nur für den Zeitraum 2000 bis 2010 Daten vor. Die wesentlichen Befunde der erfolgten empirischen Auswertung⁹³ seien angesprochen.

Beschäftigungsentwicklung

Die Beschäftigungsrelevanz der skandinavischen Altenfürsorge ist höher, als mit Blick auf die größere Reichweite formeller Leistungen ohnehin zu erwarten war. Zum Tragen kommt im häuslichen Bereich das weitgehende Fehlen unentgeltlicher Schattenpflege und im institutionellen Bereich die Arbeit mit besseren Personalschlüsseln, als sie in deutschen Heimen üblich sind. Allein im kommunalen Sektor kommen in den skandinavischen Kernländern auf 1.000 Ältere etwa dreifach so viele Beschäftigte wie in Deutschland (Regelungsbereich der Pflegeversicherung). Die Differenz ist bei Betrachtung der vollzeitäquivalent Beschäftigten größer als bei Betrachtung von Kopffzahlen. Dahinter stehen gegenläufige Entwicklungen: eine rückläufige oder konstante Bedeutung von Teilzeitbeschäftigung in Skandinavien gegen eine Erosion von Vollzeitbeschäftigung in Deutschland.⁹⁴ Rein quantitativ verzeichnete die deutsche Pflegebranche eine kräftige

90 Diese Frauen stehen zumeist als Ehefrauen, Töchter, Schwieger- oder Enkelkinder in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zu der zu pflegenden Person. Wo Frauen nicht zur Verfügung stehen, rücken zunehmend auch Männer in die Pflegerolle.

91 Die Frauenanteile liegen auf ungefähr gleicher Höhe. In Deutschland stieg der Frauenanteil von 84,5 Prozent (1999) leicht auf 85,8 Prozent (2011). In Norwegen sank er seit 2008 leicht von 87,7 Prozent (2008) auf 86,2 Prozent (2012). Zugleich jedoch deuten Einzelbefunde darauf hin, dass analog zu Deutschland die Frauenanteile in den niedrigen Hierarchiestufen systematisch höher sind als im Management. So in Finnland, wo für das Jahr 2010 Daten vorliegen. Der Frauenanteil betrug im „Elderly Care Management“ 84,7 Prozent, im Bereich der „Senior nursing officers“ rund 93 Prozent und bei den „Home help nurses (home help services)“ 94,5 Prozent. Quelle: Personal der sozialen Dienste 2010 (Code Tr10_13, Tabelle 6).

92 Die Highroad steht für ein positives Wechselverhältnis von hoher bedarfsorientierter Dienstleistungsqualität und hoher Professionalität bei vergleichsweise guten Arbeits- und Entlohnungsbedingungen, vgl. Bosch/Lehndorff 2005.

93 Aus der deutschen Pflegestatistik und Gesundheitsberichterstattung wurden die Daten zu Beschäftigten im ambulanten und stationären Bereich nach Berufen und nach Art des Beschäftigungsverhältnisses ausgewertet. Die Auswertung zu den skandinavischen Ländern stützt sich auf Statistiken zur Beschäftigung nach Wirtschaftszweigen und dann vor allem auf Statistiken zur Entwicklung der Kommunalbeschäftigung (Gemeinden und Counties) nach Wirtschaftszweigen, Berufen, Tätigkeitsfeldern, Löhnen und Regionen.

94 In Dänemark sind in der Pflegebranche insgesamt zu knapp zwei Dritteln Vollzeitkräfte beschäftigt gegen nur rd. 30 Prozent in Deutschland. Zwischen öffentlichem und privatem Sektor gibt es dabei nur geringe Unterschiede. Mit Blick darauf, dass professionelle Pflege gleichermaßen in Deutschland wie den nordischen Ländern ein weibliches Gesicht hat, beinhaltet dies einen interessanten Befund: In Dänemark liegt die Teilzeitquote im frauenaffinen Carebereich auf dem Niveau der Teilzeitquote bei den abhängig beschäftigten Frauen insgesamt; in Deutschland dagegen wird der Umstand, dass fast jede zweite Frau Teilzeit beschäftigt ist, nicht unwesentlich aus den Gegebenheiten bei frauenaffinen Care-Berufen gespeist; dort nämlich ist die Teilzeitquote um rd. die Hälfte höher als bei den abhängig beschäftigten Frauen insgesamt.

Steigerung der Beschäftigtenzahlen um seit 1999 mehr als 58 (ambulant) resp. 50 Prozent (Heime). In absoluten Zahlen gab es Ende 2011 290.700 Beschäftigte in der häuslichen resp. ambulanten Pflege und 661.200 Beschäftigte im stationären Bereich. Die Beschäftigungsdichte auf 1.000 Ältere stieg von 47,8 (1999) auf 56,5 (2011). Zu einem Gutteil speiste sich dieses Wachstum jedoch aus einer weit überproportionalen Zunahme von Teilzeitbeschäftigung einschließlich eines starken Zuwachses an geringfügiger Beschäftigung; die Vollzeitbeschäftigungsquote sank von 43 auf 30,7 Prozent. Bei den ambulanten Diensten ist die Teilzeitquote mit gut 70 Prozent besonders hoch. In allen Bundesländern bestimmt Teilzeitbeschäftigung die Arbeit in der Pflege, was an der fachlichen Notwendigkeit, für die wachsende Gruppe älterer Menschen mit kognitiven Störungen ein stabiles personales Umfeld mit möglichst wenig Wechsel bei den Bezugspersonen zu schaffen, völlig vorbeigeht. Bei Betrachtung nur der regulär Beschäftigten, also ohne Auszubildende, Praktikanten etc. dominierte zumindest in den Heimen Ende der 1990er Jahre die Vollzeitbeschäftigung; 2011 dann waren dort nur noch gut 34 Prozent in Vollzeit beschäftigt. In keinem einzigen Bundesland arbeiten die bei ambulanten und/oder bei stationären Diensten Beschäftigten noch mehrheitlich in Vollzeit. Die nach betriebswirtschaftlichem Rationalisierungskalkül betriebene Expansion von Teilzeitbeschäftigung hat so stark an Gewicht gewonnen, dass im institutionellen Bereich nur noch drei Bundesländer (Berlin, Hamburg, Saarland) Vollzeitquoten von über 40 Prozent vorweisen können und bei ambulanten Diensten sogar nur noch zwei Bundesländer (Thüringen, Sachsen-Anhalt). Zur vollzeitäquivalenten Beschäftigung existiert keine Statistik. Für Deutschland insgesamt, nicht aber für die Bundesländer, erstellt das Statistische Bundesamt Schätzungen. Zum Jahresende 2011 gab es danach 193.300 rechnerische Vollzeitkräfte im ambulanten und 480.000 rechnerische Vollzeitkräfte im stationären Bereich. Bezieht man die geschätzten Vollzeitäquivalente auf die Zahl der Einwohner_innen 65+, stieg die Dichteziffer von 35,3 (2007) über 37,6 (2009) auf 40 (2011) leicht an. Da die ambulanten und stationären Dienstleis-

tungen zu rd. einem Fünftel an jüngere Leistungsbezieher_innen adressiert sind, liegt eine gewisse Überzeichnung vor, was durch hier nicht einbezogenen Bereiche (Personal in Altentagesstätten, z.B.) teilweise kompensiert wird.

Die nordischen Länder weisen das im öffentlichen Sektor beschäftigte Personal überwiegend in Vollzeitäquivalenten oder in Mannjahren aus. Auf Ältere bezogen errechnen sich Dichteziffern zwischen 117 (Dänemark 2013: ohne private Dienstleister) und rd. 190 (Norwegen 2012). Dies sind ungefähre Größenordnungen. Diverse Unschärfen verunmöglichen präzise Aussagen. Sie resultieren zum einen aus der unterschiedlichen Nutzung von Leistungsausschreibungen bei formaler Fortexistenz kommunaler Trägerschaft (Ausschreibung von Teilleistungen, womit Personal in den Privatsektor entschwindet) und dem sehr unterschiedlichen Anteilsgewinn privater Träger im Rahmen freier Wahlrechte. Private Dienstleister sind in der Care-Statistik überwiegend nur leistungsseitig, nicht aber bezogen auf den Personaleinsatz erfasst. Am Beispiel von Dänemark will ich darauf näher eingehen. Bevor für den Bereich der häuslichen Pflege das Recht auf freie Trägerwahl 2003 eingeführt wurde und sich in den Folgejahren praktisch etabliert hat, gab es eine nach Tätigkeitsfeldern gegliederte Statistik zum Personal des kommunalen Altenhilfeservice. Leistungsdaten und Personaldaten konnten direkt aufeinander bezogen werden. Diese Statistik wurde nach 2009 nicht weitergeführt. Nun gibt es auf der einen Seite die statistische Erfassung der abhängig Beschäftigten nach Wirtschaftszweigen, Arbeitszeiten und Sektoren und auf der anderen Seite Statistiken zur Gliederung des vollzeitäquivalent in unterschiedlichen Pflegeteilbereichen seitens der Kommunen beschäftigten Personals und zum Dritten Lohnstatistiken, die wieder anderen Abgrenzungskriterien folgen. Konnte man aufgrund der alten Statistiken feststellen, wieviel Personal einmal im Home-Help-Bereich und dann im institutionellen Bereich zu einem bestimmten Zeitpunkt beschäftigt war und wie sich dabei die Verdienstsituation nach Tätigkeit oder Beruf dargestellt hat, ist dies jetzt nicht mehr möglich. Der Wegfall direkter Verknüpfungsmöglichkeiten kann nur unzulänglich

geschlossen werden. Wie oben dargelegt, werden zwischenzeitlich rd. ein Drittel der Empfänger_innen häuslicher Dienste von einem privaten Dienstleister versorgt. Unter Würdigung des Umstandes, dass die in der Bedeutung geschrumpfte institutionelle Versorgung noch zu annähernd 99 Prozent in kommunaler Hand ist, könnte man erwarten, dass der Privatsektor im Saldo für 15 oder mehr Prozent des Personals steht. Da jedoch in der gesamten Pflegebranche (ohne Kinderbetreuung) nur acht Prozent der Beschäftigten einen privaten Arbeitgeber haben, setzt dies voraus, dass die Vermarktlichung bislang nur den Altenhilfebereich erfasst hat. In der Erwerbstätigengliederung nach Wirtschaftszweigen ist der uns interessierende Beschäftigungsbereich Teil von „Residential care“ (Wirtschaftszweig QB). „Residential Care“ umfasst neben der Altenpflege jedoch auch die Pflege von Kindern und Jugendlichen, die aus ihren problematischen Familien herausgenommen werden mussten, von erwerbsunfähigen Menschen mit psychischen Problemen usw. 2010 waren in der Branche 342.241 Personen beschäftigt.⁹⁵ Davon hatten 317.927 Personen einen öffentlichen Arbeitgeber (rund 93 Prozent) und bei den privaten Arbeitgebern dominierten mit knapp 70 Prozent Arbeitgeber des Non-Profit-Sektors. Bis 2012 ging die Beschäftigtenzahl auf 332.194 zurück; 92 Prozent davon waren im öffentlichen Sektor beschäftigt. Vergleicht man diese Zahlen mit den Statistiken, die das bei Kommunen beschäftigte Personal nach Bereichen und Berufen resp. Tätigkeiten gliedern, so erschließen sich die Zusammenhänge nur teilweise. Die Kommunen haben bei häuslichen Care-Diensten und im institutionellen Bereich (permanente und temporäre Pflege) seit 2010 erheblich Personal abgebaut und gegenläufig einiges an neuem Personal im Bereich von Prävention aufgebaut. Fasst man alle drei Bereiche zusammen, so sank das vollzeitäquivalente Personal um knapp sechs Prozent (2010: 124.000; 2013: 116.700). Die Dichte­ziffer ging im Zeitraum 2008 bis 2013 für alle drei Bereiche zusammen

von 140 auf 116,7 zurück; ohne Prävention und den institutionellen Bereich von 110,7 auf 89,6. Die privat Beschäftigten kommen dazu, lassen sich aber quantitativ nicht abgreifen. Demgegenüber nimmt die finnische Statistik zumindest bis 2010 eine Aufschlüsselung des insgesamt eingesetzten Personals nach Trägern vor. Ergebnis: Im Bereich der „Services for the Elderly“ waren im Jahr 2000 57.100 rechnerische Vollzeitkräfte beschäftigt. Bis 2010 stieg die Zahl auf 73.500. Die Dichte­ziffer bezogen auf 1.000 Ältere (65+) erhöhte sich von 74,4 auf 80,7, erreicht also gut das Doppelte des deutschen Niveaus. Die Beschäftigten verteilen sich zu je einem knappen Drittel auf Heime und die Intensivpflege (Sheltered housing activities for the elderly). Knapp 30 Prozent des Personals werden durch Home-Help-Tätigkeiten gebunden, zwei Prozent entfallen auf von den Kommunen organisierte Tagesaktivitäten für Ältere. Erfasst ist in der finnischen Statistik gleichermaßen das bei den Kommunen beschäftigte Personal wie auch das Personal bei Non-Profit- und For-Profit-Trägern. Im Jahr 2000 spielten For-Profit-Träger noch keine Rolle. 2010 dagegen waren nur noch zwei Drittel des Personals im öffentlichen Sektor beschäftigt und das restliche Drittel verteilt sich zu ungefähr gleichen Anteilen auf Non-Profit- und For-Profit-Träger.⁹⁶

Der zweite Faktor resultiert aus dem Umstand, dass die Leistungen des Systems der Langfristpflege in unterschiedlicher Weise auf ältere Einwohner_innen konzentriert sind. Überwiegend spielen Leistungsempfänger_innen im Alter von weniger als 65 Jahren nur eine geringe, tendenziell abnehmende Rolle. In Norwegen jedoch gestaltet sich dies, wie oben ausgeführt, etwas anders. Der Anteil von jüngeren Leistungsempfängern ist gewachsen und absorbiert einen beträchtlichen Teil des eingesetzten Stundenvolumens. Die offiziell ausgewiesene Dichte­ziffer, wonach 2012 auf 1.000 Einwohner_innen ab 67 Jahren 195 rechnerische Vollzeitkräfte kamen, ist daher zu hinterfragen. Unschärfen also sind zu diskutieren. An der Grundaussage, dass die nordischen

95 Quelle: Statistics Denmark, Datensätze „Employed salary earners by industry (DB07), scope, sector and time“ und „Employed salary earners by industry (DB07), scope, sector and time, main account, occupation and time“ (Code RES10); eigene Auswertung.

96 Quelle: Personal der sozialen Dienste 2010 (Code Tr10_13, Tabelle 1).

Länder für die Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung älterer Menschen auf Basis von Vollzeitäquivalenten größenordnungsmäßig mindestens doppelt (Finnland) so viel an regulär beschäftigtem Personal einsetzen wie Deutschland, ändert sich aber nichts. Auch die These inner-skandinavischer Konvergenz findet Bestätigung.

Berufsstruktur und Professionalisierungsgrad

Von 1999 bis 2007 gab es in Deutschland einen Trend hin zu Berufen mit höherer Qualifikation. Seither jedoch erfolgte tendenziell eine Rückentwicklung. War der Anteil von Pflegefachkräften bei ambulanten Diensten von 49,4 (1999) auf 57,1 Prozent (2007) gestiegen, sank er bis 2009 wieder auf 54,5 Prozent. Die Entwicklung in Heimen verlief parallel (1999: 31 Prozent; 2007: 36 Prozent; 2009: 34 Prozent). Auch die weitere Entwicklung bis 2011 signalisiert ein gewisses Abrücken vom Professionalisierungstrend. Zwar verfügte Ende 2011 von den in der Pflege Tätigen annähernd jede(r) Zweite über eine fachliche Ausbildung als staatlich anerkannte/r Altenpfleger_in, Gesundheits- und Krankenpfleger_in,⁹⁷ Sozialpädagoge, Ergotherapeut_in usw. Bei Zugrundlegung geschätzter Vollzeitäquivalente und der Anlegung eines weiten Fachkraftbegriffs lag die Quote der Fachkräfte bei 52 Prozent (Destatis 2013a: 17). Genauere Analysen jedoch zeigen zweierlei. Erstens wird beim Ausbau von Betreuungsleistungen weniger auf Fachkräfte als auf freiwillig Tätige gesetzt. Die „ehrenamtlich“ eingesetzten Kräfte mögen originär über eine gute Ausbildung verfügen, sind hinsichtlich ihrer pflegerischen Tätigkeit aber nur angelernt. Zweitens ist unter den regulär beschäftigten Fachkräften die Anzahl derjenigen mit der anspruchsvolleren Ausbildung unterproportional gewachsen. Am deutlichsten zeigt sich dies bei den Pflegekräften mit wissenschaftlicher Ausbildung. Die Akademisierung der Pflege muss sich in Deutschland gegen eine Ärzteschaft, die ihre Standesinteressen bedroht sieht, und eine Politik, die den ärztlichen

Standesinteressen verpflichtet ist, mühsam vorankämpfen. Zwar konnten sich pflegewissenschaftliche Studiengänge etablieren, aber eine Akademisierung resp. Halb-Akademisierung des „Nurses“-Berufes ist politisch weiterhin nicht gewollt. Dies findet in der Entwicklung der Beschäftigungsstruktur seinen Niederschlag. Parallel zur wachsenden Zahl von Absolvent_innen pflegewissenschaftlicher Ausbildungen stieg im Heimbereich zunächst auch die Zahl der Beschäftigten mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung von 808 (1999) auf 3.269 (2007) kräftig an. Danach jedoch ging sie wieder auf 2.870 (2011) zurück. Am Personal in den ambulanten Diensten stellten die hochqualifizierten Pflegefachkräfte Ende 2011 gerade einmal einen Anteil von 0,4 Prozent. In den Heimen stieg der Anteil auf 0,57 Prozent (2007) und ging dann ebenfalls zurück auf 0,44 Prozent (2011). Gesundheitspfleger_innen folgen in der Hierarchie. Auch bei ihnen ist jedoch ein Rückgang zu registrieren. Während das in Heimen beschäftigte Personal von 2007 bis 2011 um gut 15 Prozent wuchs, nahm die Zahl der Gesundheitspfleger_innen um zehn Prozent ab. Überproportional gewachsen ist bei Betrachtung des Gesamtzeitraumes von 1999 bis 2011 die Gruppe der Altenpfleger_innen (+ 75 Prozent). Altenpflege ist zwar ein pflegerischer Fachberuf, aber ein Beruf, den es so nur in Deutschland und Österreich gibt. Ohne Zusatzausbildung werden die in Deutschland ausgebildeten Altenpfleger_innen in den meisten anderen europäischen Ländern nicht als Pflegefachkraft anerkannt und sind deshalb in die EU-Datenbank zur Anerkennung regulierter Berufe⁹⁸ auch nicht einbezogen. Bei den pflegerischen Fachberufen also ist das formale Qualifikationsniveau seit 2007 wieder gesunken. Bei den therapeutischen und pädagogischen Berufen dagegen (Heilpädagog_innen, Sozialpädagoge_innen, Ergotherapeut_innen, Physiotherapeut_innen etc.) blieb der im Jahr 2007 erreichte Anteil ungefähr konstant.

Die Entwicklung ist dahingehend zu deuten, dass unter wachsendem Kostendruck viele Träger

97 Korrekte Berufsbezeichnung für das, was landläufig immer noch mit „Krankenschwester“ bezeichnet wird.

98 Regulated Professionals Database: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm (Zugriff: 29.7.2014).

bei ihrer Personalpolitik vermehrt auf billige Kräfte setzen. Da Berufe mit höherer Qualifikation aber auch eine viel höhere Quote von Vollzeitbeschäftigten aufweisen als Berufe mit geringerer Qualifikation, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die Marginalisierung regulärer Vollzeitarbeit zugunsten atypischer Beschäftigung die Qualifikationsstruktur nicht unberührt lässt. Bei weiterer Zunahme atypischer Beschäftigung ist daher kaum mit Fortschritten bei der Professionalisierung zu rechnen. In den skandinavischen Ländern verlief die Entwicklung unterschiedlich. In Dänemark blieb das Qualifikationsniveau in etwa stabil, verschob sich aber von den Pflegefachkräften hin zu Pädagog_innen und Physiotherapeut_innen. In Norwegen wiederum konzentriert sich die Beschäftigung erstens stärker auf höherqualifizierte Berufe als in Deutschland und zweitens haben diese in den letzten Jahren weiter an Gewicht gewonnen; 2005 stellten Pflegefachkräfte einen Anteil von 66,4 und 2010 von 68,7 Prozent. Bei der Zuordnung muss berücksichtigt werden, dass pflegerische Berufe in Deutschland auf einem niedrigeren Professionalisierungsniveau angesiedelt sind als in den skandinavischen Ländern.⁹⁹ Während akkreditierte Pflegefachkräfte („Nurses“) dort über einen Sekundar-II-Abschluss mit anschließendem Kurzstudiengang von drei bis vier Jahren Dauer verfügen, setzt die deutsche Fachschul-Ausbildung nur einen mittleren Schulabschluss, bei Altenpfleger_innen unter bestimmten Bedingungen sogar nur einen Hauptschulabschluss voraus.¹⁰⁰ Skandinavien vollzog die qualifikatorische Hochstufung der vorher semi-professionellen Pflege- und Therapieberufe bereits seit den 1970er Jahren (vgl. Heintze 2007: 278ff.). Dies verknüpft mit der Ausweitung von Frauenerwerbstätigkeit und einem doppelten Gleichstellungsanliegen: Gleichstellung durch Abbau von Frauendiskriminierungen im Erwerbssystem und Gleichstellung

durch Niveauehebungen bei pflegerischen und therapeutischen Berufen dahingehend, dass sich Medizin und Pflege auf Augenhöhe begegnen können. Ebenso wie in den Niederlanden hat sich eine generalisierte Pflegeausbildung etabliert. Wie angesprochen, begegnet die deutsche Politik der Akademisierung traditioneller Pflege- und Heilberufe zurückhaltend bis abwehrend. Bei den pflegewissenschaftlichen Studiengängen, die sich etablieren konnten, geht es mit wenigen Ausnahmen um neue Berufsbilder und nicht um die qualifikatorische Hochzoonung von etablierten Berufen mit langer Tradition.

Tabelle 5 stellt für den Zeitraum ab 2007 dar, wie sich in Deutschland und Norwegen die Berufs- resp. Tätigkeitsstruktur der Langfristpflege darstellt und entwickelt hat. Bei Deutschland sind nur die Heime einbezogen. Auf sie entfielen Ende 2011 70 Prozent der Beschäftigten und 73 Prozent der Vollzeitbeschäftigten. Bei Norwegen ist der gesamte Bereich der Langfristpflege einbezogen. Mit Blick auf die Unterschiede bei der Ausbildung von Pflegefachpersonal ist keine direkte Vergleichbarkeit gegeben. Deutlich wird jedoch, dass in Norwegen unter den Pflegefachkräften der Anteil von Pflegepersonal mit zumindest semi-akademischer Ausbildung von 20 Prozent (2007) auf 22,5 Prozent (2012) deutlich angewachsen ist. Bei den Pflegefachkräften mit mittlerer bis gehobener Qualifikation (Deutschland: Pflegefachkräfte ohne wissenschaftliche Ausbildung; Norwegen: pflegerische Assistenzkräfte und Hilfskräfte mit Sekundar-II-Abschluss) ist in beiden Ländern ein Rückgang zu registrieren, in Deutschland von 35 auf 32 Prozent, in Norwegen von 33 auf knapp 28 Prozent. In beiden Ländern hat im Gegenzug das Gewicht anderer Berufsgruppen zugenommen. In Norwegen stieg das Gewicht der pädagogischen und therapeutischen Berufe – überwiegend verfügen sie über einen akademischen Abschluss – deutlich, in Deutsch-

⁹⁹ Zur Entwicklung pflegerischer Ausbildungsgänge in Deutschland und anderen europäischen Ländern siehe Dielmann 1998, Robert Bosch Stiftung 2000, Rennen-Allhoff 2000, Rennen-Allhoff et al. 2000, Lamers/Lau 2002, Kümmerling 2009 und Schön 2011.

¹⁰⁰ In der Konsequenz werden examinierte deutsche Altenpfleger_innen bei einer Arbeitsaufnahme in Dänemark, Finnland oder Schweden dort nicht als „nurses“ beschäftigt, sondern als Sozial- oder Pflegeassistent_innen.

Tabelle 5:

Beschäftigungsstruktur in der Langfristpflege von Deutschland (Heime) und Norwegen (häuslich und institutionell): 2007 bis 2011/2012

	2007		2009		2011	2012
	DE	NO	DE	NO	DE	NO
Beschäftigte (DE VZ+TZ; NO: VZÄ): Tsd.	573,5	105,8	621,4	112,0	661,2	118,4
Beschäftigungsanteile verschiedener Berufs- resp. Funktionsgruppen (%)						
Pflegefach- und Therapiepersonal mit mittlerer bis hoher Qualifikation	44,5	66,8	42,9	66,8	43,2	68,3
Pflegewissenschaftliche Ausbildung	0,6	20,1	0,4	20,7	0,4	22,5
Pflegefachpersonal nach deutschem System ¹	35,3		33,4		31,9	
Assistenzkräfte nach norwegischem System (SEK-II-Schulabschluss)		33,0		32,1		27,8
Therapeutische und pädagogische Fachkräfte, Sozial- und Gesundheitsberufe; sonstige pflegerische Qualifikationen ²	8,6	13,7	9,1	14,0	10,9	18,0
Pflegehelfer nach deutscher Ausbildung	7,2		7,6		8,0	
Sonstiger Berufsabschluss	23,8		25,5		25,5	
Ohne Berufsabschluss (DE) resp. Hilfskräfte ohne SEK-II-Abschluss (NO)	18,2	27,3	18,9	27,5	18,4	26,4
Verwaltungs- und Hauswirtschaftskräfte	6,4	5,9	5,2	5,6	5,0	5,4

Erläuterung: Ein direkter Vergleich ist aufgrund unterschiedlicher Ausbildungen und Personalerfassungen nicht möglich. Da in Norwegen Auszubildende und dergleichen nicht zum Personal zählen, wurde die Bezugsbasis bei Deutschland entsprechend angepasst.

(1) Altenpfleger_innen, Gesundheitspfleger_innen, Kinderkrankenpfleger_innen, Familienpfleger_innen

(2) Heilpädagoge, Heilerzieher, Sozialpädagoge, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Beschäftigungstherapeut, Sozial- und Gesundheitsarbeiter. In Norwegen zusätzlich Ärzte.

Quelle: Deutschland: www.gbe-bund; Norwegen: „FTEs within the nursing and care services, by region, education, time and contents, 2007 - 2012“ (Personalregister).

land geringfügig. Überproportional gewachsen ist in Deutschland die Beschäftigtengruppe mit sonstigen pflegerischen Qualifikationen. Die Detailbetrachtung ergibt für Norwegen einen deutlichen Trend zur Höherqualifizierung. Er zeigt sich darin, dass gegenläufig zu Deutschland innerhalb der verschiedenen Gruppen meist die Beschäftigten mit den formal höheren Qualifikationen relativ stärker gewachsen sind als die Gruppe insgesamt. Beispiel: Während das erfasste VZÄ-Personal im Beobachtungszeitraum absolut um knapp 20 Prozent und der „Nurse-Anteil“ daran um zwölf Prozent anstieg, steigerten innerhalb der Nursegruppe die hochqualifizierten Kräfte („Geriatric Nurse“, „Nurse with other supplementary nursing education“) ihre Anteile weit überproportional, während die mit starkem Gewicht vertretene Berufsgruppe „Nurse without

other supplementary nursing education“ schwächer wuchs als die Gesamtgruppe. Das gleiche Muster findet sich in der Gruppe der Pflegehelfer_innen und Home-Help-Kräfte. Die Teilgruppe, die über einen SEK-II-Abschluss und eine berufliche Ausbildung verfügt, wuchs in absoluten Zahlen um 39 Prozent (von 7.500 auf 10.500); die Teilgruppe ohne SEK-II-Abschluss schrumpfte um nicht ganz drei Prozent (von 21.400 auf 20.800). Nur nach den Fachkräften zu sehen, ohne die Binnenstruktur auszuleuchten, reicht also nicht.

Arbeitszufriedenheit

Die „Nurses Early Exit Study“ (NEXT) lieferte auf Basis von Organisationsanalysen und Befragungen, die im Zeitraum von Herbst 2002 bis Herbst 2004 in elf europäischen Ländern durchgeführt

wurden, europäische Vergleichszahlen.¹⁰¹ In Deutschland ergab sich ein vergleichsweise geringes Maß an Zufriedenheit der Befragten mit ihren Arbeitsbedingungen und in der Konsequenz eine relativ hohe Ausstiegsbereitschaft. 46 Prozent Arbeitszufriedenheit wurden im Durchschnitt erreicht gegenüber 85 Prozent in Norwegen (bester Wert) und immerhin noch 64 Prozent in Finnland. Die Spannweite bei den untersuchten deutschen Heimen bewegte sich zwischen 20 Prozent und 80 Prozent Zufriedenheit. Ein Viertel der Pflegeheime brachte es auf ein Drittel Mitarbeiterzufriedenheit und weniger, ein Viertel am anderen Ende auf Zufriedenheitswerte von über 60 Prozent. Diese Polarisierung ist typisch für die Low-road. Auth 2013 (S. 418f.) zitiert Langzeitstudien, die belegen, dass sich die Arbeitsbedingungen seit der Einführung der Pflegeversicherung verschlechtert haben. Einerseits wurden mit Schaffung der Pflegeversicherung einklagbare Rechtsansprüche für die Pflegebedürftigen geschaffen; andererseits erzwingt das auf Geringhaltung der öffentlichen Ausgaben gerichtete Steuerregime personalwirtschaftlich Strategien, die unweigerlich auf Kosten der Beschäftigten gehen. Trotz des steigenden Bedarfs an Pflegepersonal wurde dementsprechend bei NEXT das Image des Pflegeberufs und die beruflichen Perspektiven von den Befragten eher negativ eingeschätzt. Jüngere Studien (DBFK 2009; Schmidt et al. 2011; Sonderauswertungen des DGB-Index „Gute Arbeit“¹⁰²) kommen zu gleichgerichteten Ergebnissen. In der Akut- wie der Langfristpflege haben

Pflegefachkräfte das Gefühl, aufgrund des immer stärker gewachsenen ökonomischen Drucks keine gute Arbeit verrichten zu können. Die Arbeit am Limit der eigenen Leistungsfähigkeit erlaubt dies nicht. Der durch die Ökonomisierung, besser gesagt: Fiskalisierung,¹⁰³ erzeugte Zeitdruck geht auf die Gesundheit der Pflegekräfte und beeinträchtigt die Pflegequalität. Unter diesen Bedingungen führt der steigende Bedarf an Fachpersonal, den der demografische Wandel unweigerlich mit sich bringt, nicht dazu, dass die Zukunft des Pflegeberufs positiv beurteilt wird. Bei einer von der Hans-Böckler-Stiftung im Krankenhausbereich durchgeführten Studie gaben 19 von 20 befragten Pflegekräften die Erwartung kund, dass unter den gegebenen Arbeitsbedingungen zukünftig immer weniger Menschen bereit seien, einen pflegerischen Beruf zu erlernen (Nock et al. 2013). Bei denjenigen, die ihn erlernt haben, resultiert aus dem tagtäglichen Konflikt zwischen hoher Identifikation mit dem Beruf und schlechten Arbeitsbedingungen ein instabiler Berufsverlauf;¹⁰⁴ Schweden schneidet hier besser ab (vgl. Theobald et al. 2013). Kaum eine Pflegefachkraft – dies kommt hinzu – ist körperlich und psychisch in der Lage, bis zum 65. Lebensjahr zu arbeiten (Quelle: Daten der Dt. Rentenversicherung). Gaben beim DGB-Index „Gute Arbeit“ 2008 50 Prozent der Pflegekräfte an, dass sie voraussichtlich nicht bis zur Rente durchhalten, waren es 2012 74 Prozent (DGB-Index „Gute Arbeit 2013“, zit. nach Fuchs 2014: 3). Auch die Abstimmung mit den Füßen ist als Alarmsignal zu werten. Wie we-

101 Zitiert aus: „Die NEXT-Studie – Relevanz der Ergebnisse für Deutschland“, Präsentation auf der 36. Delegiertenversammlung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBFK) am 30.4.2005 in Berlin. Dieses und weiteres Informationsmaterial siehe unter www.next-study.net.

102 „Sonderauswertung des DGB-Index' „Gute Arbeit“ – Umfrage: Kranken- und Altenpfleger beklagen schlechte Arbeitsbedingungen“, <http://presse.verdi.de/aktuelle-themen/pflegedienste> (6.5.2010; 22.8.2014) und http://www.verdi-news.de/download/dgb-index_altenpflege_end.pdf (22.8.2014).

103 „Ökonomisierung“ bezeichnet die ganze Palette von Strategien, mit denen öffentliche Versorgungsbereiche den Mechanismen von Markt und Wettbewerb unterworfen werden. Fiskalisierung ist eng damit verbunden. Bezogen auf „Care“ bezeichne ich damit eine Strategie, bei der eine absolut wachsende Zahl von Versorgungsfällen auf restringierte Einnahmen stößt. Mit einem real kaum wachsenden oder real sogar schrumpfenden Budget muss dann ein Mehr an Versorgungsleistungen erbracht werden.

104 Aus der Erwerbstätigenbefragung 2012 des Bundesinstituts für Berufsbildungsforschung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz- und Arbeitsmedizin ergibt sich, dass der Verbleib im Beruf höher ist als bei anderen typischen Frauenberufen. Es findet aber ein häufiger Arbeitgeberwechsel mit Phasen des Ausstiegs aus dem Beruf und dann erneutem Einstieg in den Beruf statt (Hall 2012). Dieses Muster ist gut nachzuvollziehen. Es resultiert aus individuellen Bewältigungsstrategien des Widerspruchs zwischen einerseits sehr hoher Identifikation mit dem Beruf, was über die gesamte Erwerbsbiographie hinweg zu einer hohen Verbleibquote führt, und andererseits der massiven Unzufriedenheit mit den je konkreten Arbeits- und Entlohnungsbedingungen, was zum häufigen Wechsel des Arbeitgebers und temporären Berufsausstiegen führt.

nig attraktiv der Pflegestandort Deutschland trotz des sich immer mehr zuspitzenden Fachkräftemangels für ausländische Fachkräfte ist, offenbart die Datenbank der EU-Kommission zur inner-europäischen Fachkräftemobilität. Von 2005 bis 2013 hat Deutschland 7.397 „Nurses“ ans europäische Ausland verloren; nur 3.260 wanderten umgekehrt zu; dies überwiegend aus Ländern, die dem europäischen Armenhaus zuzurechnen sind. Brisanz erlangt dieser Nettofachkraftexport mit Blick auf die in Zukunft stark wachsende Fachkraftlücke. Die Bertelsmann Stiftung geht davon aus, dass ab 2030 mehrere hunderttausend Fachkräfte fehlen. Nach dem Pflegereport 2030 der Stiftung¹⁰⁵ werden unter Status quo Bedingungen im Jahr 2030 in Vollzeitäquivalenten gerechnet in der ambulanten Pflege 117.000 rechnerische Vollzeitkräfte und in der stationären Pflege 317.000 Vollzeitkräfte fehlen. Die Autorinnen und Autoren der Studie (Prof. Heinz Rothgang und Mitarbeiter) haben den Versorgungsengpass unter verschiedenen Szenarien auch auf regionaler Ebene erfasst (zur Verteilung nach Bundesländern siehe Bertelsmann Stiftung 2012: 56; Tabelle 6). In vielen Landkreisen werde es zu erheblichen Versorgungsproblemen kommen, wenn heute nichts geschehe, lautet das Fazit. Neben neuen Versorgungskonzepten und der Erschließung von zivilgesellschaftlichem Engagement, um den Ausbau der ambulanten Versorgung zu flankieren, halten es die Autoren für zwingend, die Attraktivität der pflegenden Berufe zu steigern. Dies genau steht aber, sieht man von rein symbolischen Aktionen¹⁰⁷ ab, nicht auf der politischen Agenda. Statt der Zuspitzung von Versorgungsengpässen durch die tatsächliche Aufwertung pflegerischer Berufe zu begegnen, wird die in der Logik der Lowroad liegende Situation genutzt, um Ventile in Richtung Entprofessio-

nalisation zu öffnen. Stichworte sind das, was im Volksmund mit „Oma-Export“¹⁰⁷ bezeichnet wird genauso wie das Zulassen grauer Pflegemärkte und der politisch bewusst herbeigeführte Funktionswandel des Ehrenamtes in Richtung prekarisierter Freiwilligentätigkeit (siehe Notz 2010). Zudem sind die Bundesregierung wie auch die Länderregierungen bemüht, aus Schwellen- und Dritte-Welt-Ländern Fachkräfte anzuwerben. Bislang mit bescheidenem Erfolg. Aus der Antwort der Bundesregierung vom 6.9.2013 auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke (siehe BT-Drs. 17/14716) lässt sich schlussfolgern, dass über den Kanal amtlich regulierter Anwerbung auch perspektivisch nur ein Bruchteil der Lücke geschlossen werden kann, die der „Netto-Export“ von in Deutschland ausgebildetem Pflegefachpersonal bereits gerissen hat. Von ganzen 389 Pflegekräften ist im Rahmen des Projekts „Triple Win“ die Rede (a.a.O., S. 7). Zum Vergleich: Von 2005 bis 2013 fanden 711 aus Deutschland kommende Pflegefachkräfte in Skandinavien berufliche Anerkennung; umgekehrt fanden aus den fünf nordischen Ländern gerade einmal 39 „Nurses“ den Weg nach Deutschland.¹⁰⁸

Oben wurde thematisiert, dass die jüngste Entwicklung in den nordischen Ländern durch ein im Vergleich noch geringes, dabei aber dynamisch gewachsenes Niveau an Vermarktlichung mit auch dem Einsickern von Strategien der Fiskalisierung geprägt ist. Dies lässt die Arbeitsbedingungen nicht unberührt. Tendenziell jedenfalls beurteilen die Beschäftigten ihre Arbeitsbedingungen heute nicht mehr so gut wie noch vor einigen Jahren. Es gibt wachsende Klagen. Relativ zu Deutschland gleichwohl ist die Unzufriedenheit geringer. Dies zeigt das „Nurse Forecasting Projekt“ (RN4CAST). Von Anfang 2009 bis Dezember 2011 wurden in zwölf europäischen Län-

105 Auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2030 des „Wegweiser Kommune“ der Bertelsmann Stiftung sowie der Pflegestatistik aus dem Erhebungsjahr 2009 (Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte) führte Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen im Auftrag der Bertelsmann Stiftung Vorausberechnungen zur Situation der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 durch. Damit wurden erstmals für Deutschland kleinräumige Vorausberechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen und zur Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen sowie zu den vorhersehbaren Versorgungslücken erstellt. Neben dem Status-quo-Szenario wurden weitere Szenarien untersucht. Siehe Bertelsmann Stiftung 2012.

106 Im Besonderen fallen darunter die Image-Kampagnen, mit denen die Bundesregierung für den Pflegeberuf wirbt.

107 Unterbringung pflegebedürftiger Angehöriger in Heimen weit von Deutschland und dem bisherigen Wohnsitz entfernt. Etwa in Rumänien oder Thailand.

108 Quelle: EU-Datenbank (http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm).

den plus den USA Untersuchungen mit Schwerpunktsetzung bei Akutkrankenhäusern durchgeführt. Einbezogen waren seitens der nordischen Länder Finnland, Norwegen und Schweden. Auch wenn keine direkte Übertragbarkeit auf die Langfristpflege gegeben ist, liefern die Projektergebnisse doch wichtige Anhaltspunkte. In Norwegen und Schweden äußerten sich je ein gutes Fünftel und in Finnland etwas mehr als ein Viertel der befragten Pflegefachkräfte (FI: 27 Prozent; NO: 21 Prozent; SE: 22 Prozent) unzufrieden mit ihrem Job; in Deutschland allerdings waren es 37 Prozent (Aiken et al. 2012: Tabellen 3, 4).

Arbeitnehmerentgelte

Die in der Pflege Beschäftigten nehmen eine sehr verantwortungsvolle und vielfach belastende Tätigkeit wahr. Die Bezahlung trägt dem unterschiedlich Rechnung. Daten aus Lohnstrukturerhebungen lagen für Deutschland nicht vor.¹⁰⁹ Aus Befragungen und einer Vielzahl von Einzelbefunden ergibt sich jedoch die Schlussfolgerung, dass 2008/2010 weniger als ein Drittel der Altenpfleger_innen Monatsgehälter von brutto mehr als 2.000 Euro bezog, während umgekehrt auch von denjenigen, die in Vollzeit arbeiteten, mehr als ein Drittel unterhalb von 1.500 Euro verblieb. Die Ergebnisse des Lohnspiegel-Projektes der Hans-Böckler-Stiftung zeigen, dass binnen der folgenden fünf Jahre das Niveau nicht wesentlich gestiegen ist. Das Bruttomonatseinkommen (Basis: 38-Stunden-Woche) erreichte 2013 bei pflegerischen Tätigkeiten durchschnittlich 2.412 Euro.¹¹⁰ Relativ am besten verdienen Fachkräfte der Akutpflege, während sich die Durchschnittsgehälter in der Langfristpflege zwischen 1.890 Euro bei Helfer_innen und 2.600 Euro bei Führungskräften bewegen.¹¹¹ In der Gehaltshierarchie ganz oben steht die „OP-Schwester“ mit einem durch-

schnittlichen Bruttomonatsverdienst von gut 3.000 Euro, gefolgt von der „Anästhesie-Schwester“ mit durchschnittlich rund 2.900 Euro. Der Altenpflegeberuf andererseits steht unter den Fachberufen in der Gehaltshierarchie ganz unten mit einem Bruttomonatsverdienst von durchschnittlich 2.148 Euro; die „Krankenschwester“ (korrekt: Gesundheits- und Krankenpfleger_in) stellt sich mit 2.379 Euro etwas besser.

Die Hierarchie der Pflegeberufe findet ihr Pendant in der Hierarchie der ärztlichen Berufe, wo im Krankenhaussektor gleichfalls die stark aufs Operieren hin angelegten Fächer die besten Verdienstmöglichkeiten bieten. In letzter Zeit fand Beachtung, dass in Deutschland bei gleichen Diagnosen deutlich häufiger operiert wird als in anderen, etwa skandinavischen Ländern. Hier ist nicht der Ort, um die Gründe zu erörtern. Auf einen Zusammenhang möchte ich gleichwohl hinweisen. In den nordischen Ländern wird Qualität darüber definiert, dass bei einem konkreten Patienten/einer konkreten Patientin die Art von Behandlung zum Einsatz kommt, die bei Minimierung der Eingriffsintensität in der mittleren und längeren Frist die besten Ergebnisse bringt. Entsprechend zurückhaltend wird operiert. In Deutschland umgekehrt begünstigen die finanziellen Anreizsysteme das häufige Operieren und Qualität wird dann definiert als qualitativ gute OP-Ausführung unabhängig von der Frage, ob die OP überhaupt das beste Mittel der Wahl war. Ein auf viele operative Eingriffe hin gesteuertes Gesundheitssystem wie das deutsche führt logischerweise (1) zu einer Gehaltshierarchie, die diese Ausrichtung widerspiegelt, und (2) zu einem ineffizientem Einsatz von Mittelressourcen im Krankheitssystem mit Konzentration bei teuren Eingriffen statt vorgelagert die Priorität bei Prävention und guter Pflege zu setzen. Das Abschieben der Pflege auf die Lowroad steht in diesem

109 Die Daten des Statistischen Bundesamtes erfassen die Tarifverträge des öffentlichen Dienstes. Da es kaum ambulante Dienste in öffentlicher Trägerschaft gibt und der öffentliche Sektor auch im Heimbereich nur noch eine geringe Rolle spielt (vgl. oben), sind diese Daten für die Gesamtbranche wenig aussagekräftig. Dies umso mehr als sich kirchliche Träger immer weniger an den Tarifen des öffentlichen Dienstes orientieren.

110 Ergebnisse des Lohnspiegel-Projektes der Hans-Böckler-Stiftung, siehe Bispinck et al. 2013: 6, Tab. 1.

111 So auch die Ergebnisse einer Anfang 2015 veröffentlichten Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Selbst gut ausgebildete Fachkräfte bringen es in Westdeutschland im Mittel nur auf ein monatliches Bruttoeinkommen von 2.568 Euro (Ostdeutschland: 1.945 Euro). Zit. nach Süddeutsche Zeitung Nr. 22 vom 28.1.2015, S. 5.

größeren Zusammenhang. Dass die Durchschnittsgehälter in der Langfrstpflge gering sind bei gleichzeitig starker Spreizung zum Nachteil des Altenpflegeberufs ist so betrachtet nur ein Aspekt eines viel größeren Zusammenhangs.

Nachdem die Langfrstpflge zu einem Experimentierfeld für die Ausbreitung von Niedriglöhnen in einem qualitativ anspruchsvollen Tätigkeitsfeld gemacht worden war, musste der weiteren Ausbreitung von Dumpinglöhnen politisch ein Riegel vorgeschoben werden. 2010 wurde ein Mindestlohn von 8,50 Euro pro Stunde in Westdeutschland (inkl. Berlin) und von 7,50 Euro pro Stunde in Ostdeutschland eingeführt. Seit dem 1.7.2013 bis 31.12.2014 gilt ein erhöhter Mindestlohn von neun Euro pro Stunde in Westdeutschland (inkl. Berlin) und von acht Euro in Ostdeutschland.¹¹² Mit dem Mindestlohn sollen vor allem die Pflegehelfer_innen vor weiterem Lohndumping geschützt werden. Es deutet sich jedoch an, dass auch die examinierten Pflegefachkräfte häufig nur den Mindestlohn erhalten. Nach Umfragen des Lohnspiegels Pflege¹¹³ hält sich ein relevanter Teil der Arbeitgeber nicht an die Mindestlohnbestimmungen. Es passt diesbezüglich ins Bild, dass die Überprüfung lax geregelt ist und Statistiken gar nicht erst geführt werden.¹¹⁴

Von der Situation in Deutschland heben sich die Verdienste der im Pflegebereich der skandinavischen Länder Beschäftigten deutlich positiv ab. Generell kann gesagt werden, dass die Verdienste um ein Viertel bis ein Drittel höher liegen als in Deutschland. Die Spreizung zwischen den Pflegefachberufen ist zugleich geringer, was sich vorrangig an den dicht beieinander liegenden Durchschnittsgehältern zeigt. An der Spitze mit den relativ höchsten Gehältern liegt Norwegen. Finnland hat innerskandinavisch das niedrigste

Einkommensniveau; der Median lag im öffentlichen Sektor 2010 bei mtl. 2.772 Euro brutto.¹¹⁵ Landesweit existiert ein Pflege-Mindestlohn: Am 1.1.2010 belief er sich auf 2.100,39 Euro. Aus der Auswertung der kommunalen Verdienststatistiken von Dänemark ergibt sich, dass das Niveau durchgängig höher ist und die Dekade von Ende der 1990er Jahre bis 2009 nominale Gehaltszuwächse deutlich oberhalb der Preissteigerungsrate brachte. Schon die Stundenlöhne gering- bis mittelqualifizierter Kräfte lagen über den Niveaus von Pflegefachkräften in Deutschland. Deutsche Altenpfleger_innen, die in dänischen Altenpflegeheimen als Assistent_innen beschäftigt werden, konnten 2009/2010 ohne Nebenleistungen (Schichtzulagen etc.) mit einem Stundenlohn von 16 bis 17 Euro resp. einem Monatsgehalt bei regulär 37 Wochenstunden von 2.600 bis 2.800 Euro (plus Schichtzulagen) rechnen.¹¹⁶ Abbildung 5 stellt für die im kommunalen Altenhilfeservice beschäftigten Pflegefachkräfte („personal care-workers“) dar, wie sich in der Unterteilung nach unterem Quartil, oberem Quartil und dem Median ihre gesamten Bruttostundenlöhne von 1999 bis 2009 entwickelt haben. Zu entnehmen ist, dass nach beachtlichen Lohnzuwächsen im Jahr 2009 Stundenlöhne von im Schnitt (Medianwert) gut 25 Euro im häuslichen und gut 28 Euro im institutionellen Bereich realisiert werden. Zulagen aufgrund etwa von Schichtdiensten sind darin eingeschlossen wie auch Weihnachtsgelder, Urlaubsgelder usw. Während im häuslichen und institutionellen Bereich der Abstand zwischen oberem und unterem Quartil unverändert blieb, kam es zwischen dem häuslichen und dem institutionellen Einsatzbereich zu einer gewissen Einebnung der Gehaltsdifferenzen. Die Statistik, die der Abbildung 5 zugrunde liegt, wird seitens der amtlichen däni-

112 Der Mindestlohn gilt nur für die Pflegekräfte, die überwiegend Grundpflegeleistungen nach SGB XI erbringen, nicht aber für Hauswirtschaftskräfte und Demenzbetreuer.

113 <http://www.konfliktfeld-pflege.de/dateien/text/recht/lohnspiegel2011.html>; (13.9.2011).

114 Vgl. diesbezüglich die Antworten der Bundesregierung auf eine Anfrage der Grünen. Quelle: BT-Drs. 17/4133 v. 7.12.2010 (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Beate Müller-Gemmeke, Elisabeth Scharfenberg, Birgit Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN, Drs. 17/3590: Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche und Kontrolle des Pflegemindestlohns).

115 Angaben aus: Centre for Economic Development, Transport and Environment (o. J.): Foreign nurses guide to Finnish Working life 2010, S. 15.

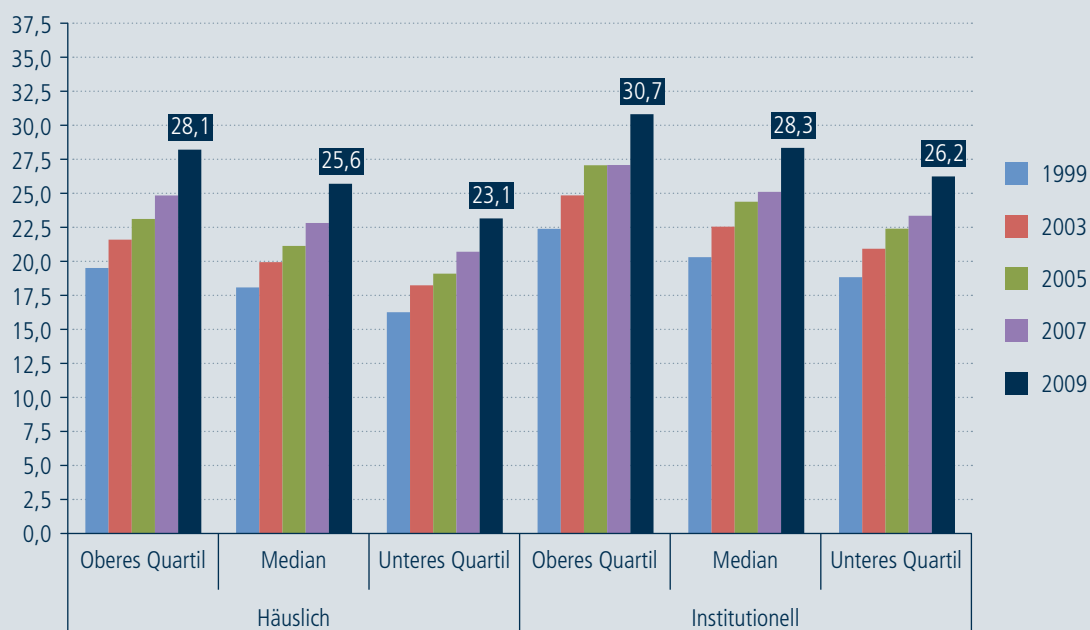
116 Angeboten wurden (Anzeige z.B. von Jobhunter, 18.9.2011) folgende Starterpakete: 26-wöchiger Dänischsprachkurs inkl. kostenloser Unterkunft, Verpflegung und 80 Euro pro Tag, anschließend Festanstellung in einem Pflegeheim (Vollzeit, 37 Wochenstunden, Gehalt: 2.600 Euro brutto + Schichtzulagen).

schen Statistik leider nicht fortgeführt. Die Anschlussstatistik (Code SLON) unterscheidet nicht mehr zwischen „häuslich“ und „institutionell“ und nimmt bei öffentlichen Arbeitgebern auch keine Unterteilung nach Zentralregierung und Lokalregierung mehr vor, sondern unterscheidet nun zwischen Zentralregierung und „Gemeinden plus Regionen“, Letzteres dann auch getrennt nach Gemeinden und Regionen. Gemäß angewachsener Bedeutung ist der Privatsektor in die neue Statistik integriert. Direkte Vergleichbarkeit mit der Vorläuferstatistik ist also nicht gegeben. Die zur neuen Abgrenzung vorliegenden Daten liefern jedoch Hinweise darauf, dass die in den häuslichen Bereich eingezogene Vermarktlichung mit einer anwachsenden Lohnspreizung einhergeht. Die „Personal Care Worker“, die im unteren Gehaltsbereich (Lower-Quartil-Bereich) beschäftigt sind, realisierten bei den Stundenlöhnen von 2010 bis 2012 nur eine Gehaltssteigerung von – über alle Sektoren hinweg – 1,7 Prozent, was preisbereinigt einer deutlichen Reallohnkürzung gleichkommt. Im Privatsektor fiel der Zuwachs

mit 1,4 Prozent noch etwas geringer aus, bei den öffentlichen Arbeitgebern von Gemeinden und Regionen mit 2,2 Prozent zwar höher, aber auch unter der Inflationsrate liegend. Ganz anders die Entwicklung bei den oberen Gehaltsgruppen (Upper Quartil). Hier stieg der Stundenlohn im Durchschnitt der Sektoren mit drei Prozent zwar auch geringer, als das Preisniveau im Zeitraum von 2010 bis 2012 anstieg (rund fünf Prozent), der Reallohnverlust fällt jedoch geringer aus. Nach Sektoren getrennt stehen dahinter sehr unterschiedliche Entwicklungen. Im Privatsektor erfolgte eine nominale Lohnkürzung um 0,9 Prozent, bei Gemeinden und Regionen eine überdurchschnittliche Steigerung um vier Prozent. Die auseinanderlaufende Gehaltsentwicklung hat dazu geführt, dass innerhalb von nur zwei Jahren Anzeichen polarisierter Gehaltsentwicklung nicht zu übersehen sind. Die These, dass auch im skandinavischen Kontext ein Zuwachs privater Leistungserbringung gleichbedeutend ist mit einem Zuwachs an Gehaltsspreizung, liegt auf der Hand.

Abbildung 5:

Die Entwicklung von Stundenlöhnen (brutto) von Pflegefachkräften im dänischen Home-Help-Service der Kommunen: 1999 bis 2009



Erläuterung: Die Umrechnung auf € erfolgte anhand des Kurses vom 10.6.2011; die Stundensätze beinhalten auch die tariflichen Sonderleistungen.

Quelle: Statistics Denmark, Tabelle „Earnings for local government employees by sex, components, occupation“; (Code LON42); eigene Auswertung.

Wie oben ausgeführt, ist Norwegen das skandinavische Land mit dem bislang geringsten Privatisierungsgrad. Die Gehälter liegen auf einem deutlich höheren Niveau als in den anderen nordischen Ländern, was sich allerdings relativiert mit Blick auf das ebenfalls höhere Bruttoinlandsprodukt pro Kopf und das auch höhere Durchschnittseinkommen sowie die höheren Lebenshaltungskosten. Nurses brachten es 2010 im kommunalen Dienst auf ein Monatsgehalt von im Durchschnitt 34.600 NOK¹¹⁷ (zum Umrechnungskurs vom 11.6.2011 rund 4.398 Euro) und 2013 auf 39.100 NOK. Wegen der Kurschwankungen gegenüber dem Euro, ergeben sich anders als bei Dänemark je nach Wahl des Umrechnungskurses deutlich unterschiedliche Euro-Beträge: Zum Kurs vom 11.6.2011 lag das Gehalt im Jahr 2013 bei umgerechnet rund 4.970 Euro; zum Kurs vom 1.7.2014 aber nur bei 4.640 Euro. Folgende Befunde stechen bei der Untersuchung der Entwicklung, die die Monatsgehälter des Pflegepersonals in Norwegen binnen des Fünf-Jahreszeitraums von 2008 bis 2013 genommen haben, hervor.¹¹⁸ Erstens realisierten alle Pflegebeschäftigten Reallohnzuwächse. Die Monatsgehälter stiegen um je ein gutes Fünftel; das Preisniveau dagegen lag 2013 nur um 11,6 Prozent über dem Niveau des Jahres 2007. Zweitens stiegen die Monatsgehälter der gering Qualifizierten (Home-Helfer) mit 21 Prozent leicht stärker als die der Nurses und der Pflegehelfer (+20,7 Prozent). Drittens blieb das Gehaltsgefüge stabil. Die überwiegend mit einer akademischen Ausbildung ausgestatteten Nurses verdienten 2008 im Schnitt zehn Prozent mehr als die Assistenzkräfte („nursing assistants and care assistants“); dies ist 2013 nicht anders. Leicht gesunken ist der Gehaltsrückstand der Hilfskräfte. Dies besonders bei Betrachtung des Basisgehalts. 2008 lag das Basisgehalt der Nurses um 21 Prozent höher, 2013 um geringere 19,7 Prozent.

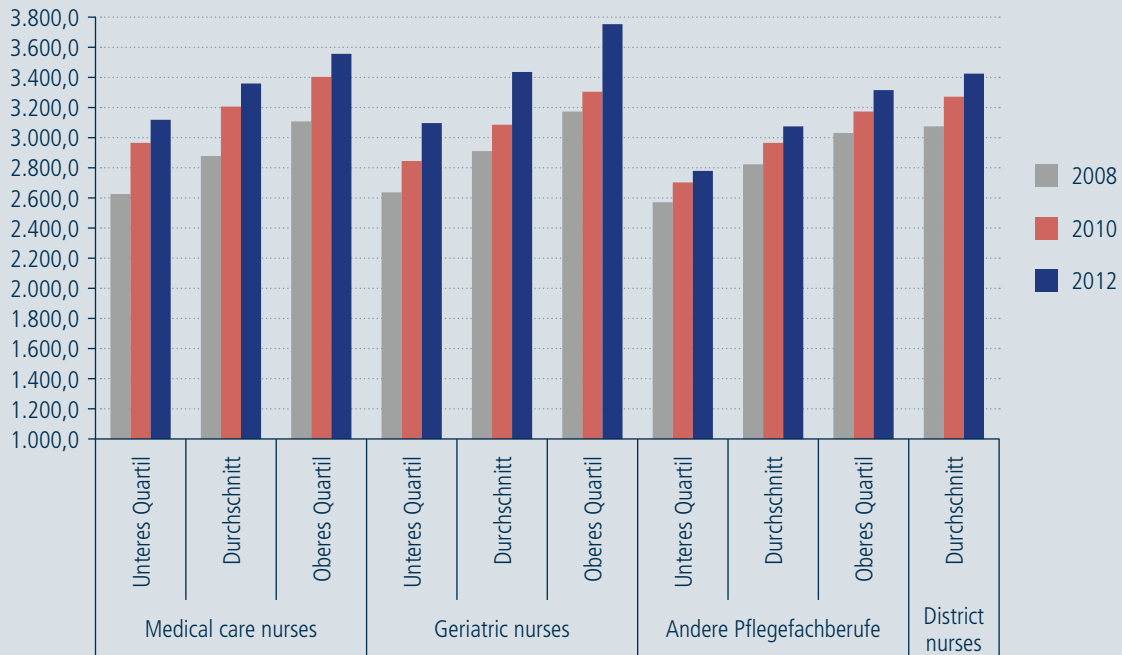
In Schweden bezogen 2005 die in der kommunalen Altenfürsorge Beschäftigten als Hilfskräfte Monatsgehälter von umgerechnet knapp 2.000 Euro und Pflegefachkräfte von rund 2.540 Euro (SALAR 2007: 63, Tab. 29). Näher untersucht wurde die Entwicklung beim Pflegefachpersonal. In Abbildung 6 sind die bei den Kommunen (Primargemeinden und Counties) im Bereich der Akut- wie Langfristpflege beschäftigten Nurses erfasst. Die Durchschnittsgehälter der verschiedenen Fachgruppen liegen hier nicht weit auseinander. 2012 betrug das monatliche Durchschnittseinkommen der „Geriatric Nurses“ umgerechnet etwa 3.428 Euro, das der „Medical Care Nurses“ 3.362 Euro und das der „District Nurses“ 3.427. Interessant ist zunächst einmal, dass – bei insgesamt flacherer Hierarchie – die Altenpflegefachkräfte konträr zu Deutschland in der Hierarchie oben und die medizinischen Pflegefachkräfte unten stehen. Nicht die enge Spezialisierung wird also honoriert, sondern das breite fachliche Fundament. Die auf Geriatrie spezialisierten Nurses müssen die Gesundheits- und Krankenpflege genauso beherrschen wie den Umgang mit dem, was das Alter so mit sich bringt. Alter ist keine Krankheit. Mit dem Alter aber stellen sich Funktionseinbußen in verschiedenen geistigen und körperlichen Leistungsbereichen gehäuft ein und es steigt das Risiko multimorbider Erkrankung. Die geriatrische Nurse muss diese breite Palette von Themen abdecken, die medizinische Nurse hat ein schmaleres Fundament, was sich in den leicht geringeren Verdiensten widerspiegelt. Für große Verdienstunterschiede gleichwohl gibt es keine sachliche Begründung, denn die Pflegefachausbildung ist generalisiert mit dem Abitur als Zugangsvoraussetzung. Abweichungen nach oben ergeben sich aus Zusatzqualifizierungen (Geriatrie, z.B.) oder dem Grad der Verantwortung. Umgekehrt stehen in Deutschland hinter dem langen Festhalten am Sonderausbildungsweg der Altenpflege weniger Sach- als Kostengründe. Man will sich die vergleichsweise billigen Fachkräfte erhalten.

117 Statistics Norway, Tabelle „Average monthly earnings for full-time employees in human health activities, per 1 December 2009 and 2010, by occupation. NOK and percentage change“.

118 Quelle: Statistic Norway, Tabelle Nr. 08683 „Average monthly earnings for full-time employees municipalities and county municipalities, by sex, industry/occupation, time and contents“, Update von 2014.

Abbildung 6:

Monatsgehälter (€) von kommunal beschäftigten „Nurses“ in Schweden 2008 bis 2012



Erläuterung: Umrechnung zum €-Kurs vom 10.6.2011.

Quelle: Statistics Sweden: Datensatz „Gehaltsstatistiken nach Tätigkeit und Beruf in Primärkommunen und Landkreisen“ (Monthly salary in the primary municipalities and county councils. Lower quartile, median, average, upper quartile). Interner Code: AM0106B1.

5. Resümee

Unbestritten stiftet eine hoch entwickelte öffentliche Infrastruktur der Pflege und Betreuung einen hohen gesellschaftlichen Nutzen. Dass dies Teil einer Wachstums- und Innovationsstrategie sein kann, die qualitativ hochwertige und gute Erwerbsmöglichkeiten ohne zusätzlichen Umweltverbrauch schafft, wird in Deutschland weitgehend verkannt. Dabei belegen die hier näher betrachteten skandinavischen Länder, dass Erfolge beim Export und eine qualitativ hochstehende öffentliche Pflegeinfrastruktur gut zusammengehen können. Notwendig ist es dazu allerdings, dass vom gesellschaftlichen Bedarf her gedacht wird. Die Teilkasko-Mentalität der Pflegeversicherung und die Kommerzialisierung der Anbieterstrukturen stehen dem entgegen. Ein grundlegender Widerspruch tritt zutage: Einerseits hat die gesellschaftliche Bindungskraft traditioneller Familienleitbilder stark abgenommen, andererseits bestehen die darauf begründeten ökonomischen und gesellschaftlichen Strukturen fort. Eine Dienstleistungspolitik, die dem Wandel bei den Familienleitbildern Rechnung trägt, existiert nicht. Stattdessen gibt es eine gespaltene Agenda, bei der Modernisierung nur soweit betrieben wird, wie es nichts kostet und damit zur Zementierung der bestehenden Verhältnisse, nicht aber zu ihrer Transformation beiträgt.

Als hinderlich erweist sich auch, dass Dienstleistungspolitik in Deutschland einseitig marktorientiert angelegt ist. Ob die damit verbundenen Tätigkeiten für die Gesellschaft von Nutzen sind oder nicht, interessiert nicht wirklich. Hohe Wertschätzung misst die Politik den Dienstleistungsbereichen zu, die man als eine Art Appendix des exportorientierten Produktionssektors begreifen kann. Binnenmarktbezogene Dienstleistungen werden weniger geschätzt. Die große Diskrepanz zwischen den Gehältern, die im produzierenden Gewerbe gezahlt werden und denen, die

im (privaten) Dienstleistungsgewerbe gezahlt werden, ist Ausfluss davon.

Das Abdrängen der Pflegebranche in den Niedriglohnbereich fügt sich in diesen Kontext. Um die Logik des dahinter stehenden Prozesses zu verstehen, müssen Pflegepolitik, Finanzpolitik und Arbeitsmarktpolitik in ihrem Zusammenwirken gesehen werden. Die Steuerung des pflegerischen Dienstleistungsangebotes erfolgt in Deutschland nicht qualitätsorientiert gemäß dem gesellschaftlichen Bedarf, sondern in Ausrichtung an der Geringhaltung öffentlicher Ausgaben. Ein vorrangig auf körperliche Defizite eingenger Pflegebegriff hat dabei die Funktion, den Anteil der nach Gesetz Pflegebedürftigen gering zu halten, und die Ausbremsung fachlich gebotener Höherstufung der Ausbildung von Pflegefachkräften soll vorsorgen, dass Ansprüche auf bessere Bezahlung gar nicht erst entstehen. Dass bei informeller Pflege durch Angehörige keine Lohnersatzzahlung erfolgt wie der Tendenz nach in den skandinavischen Kernländern, sondern nur eine als Pflegegeld bezeichnete Anerkennungsprämie gezahlt wird, läuft in einem familienbasierten Pflegesystem wie dem deutschen zugleich darauf hinaus, dass den sich sorgenden Angehörigen die Rolle eines billigen Pflegedienstes zugewiesen wird. Überwiegend sind es dabei die Frauen, die die Kosten privat zu tragen haben, die die Politik der Gemeinschaft der Steuer- resp. Beitragszahler_innen erspart.

Der demografische Wandel bringt familienbasierte Systeme freilich weit stärker unter Druck als die servicebasierten Systeme, denn (vgl. Kapitel 1) dauerhaft niedrige Geburtenraten sind eine der nicht-intendierten Nebenwirkungen des Fehlens einer breit ausgebauten öffentlichen Care-Infrastruktur. Es gibt mehrere Möglichkeiten, darauf zu reagieren. Vorwärtsgerichtet wäre ein Paradigmenwechsel hin zur Bedarfs- und Qualitäts-

steuerung. Dies jedoch stand und steht nicht auf der politischen Agenda. Voraussetzung wäre, dass die Finanzpolitik eine wieder höhere Staatsquote anpeilt. Tatsächlich jedoch wurde die Politik der Staatsquotensenkung nur kurzfristig aufgrund der Finanzkrise unterbrochen. Wenn die Politik aber gar nicht willens ist, den für qualitativ hochstehende Pflege erforderlichen Finanzrahmen bereitzustellen, bleibt als weiterer „Ausweg“ die Arbeitsmarktpolitik. Hier kommen nun die Arbeitsmarktreformen der Agenda-10-Politik ins Spiel. Eines ihrer wesentlichen und ja auch erreichten Ziele (vgl. u. a. Kalina/Weinkopf 2010) war die Ausweitung des Niedriglohnssektors. Argumentiert wurde zwar mit der Schaffung besserer Beschäftigungsmöglichkeiten für Geringqualifizierte (vgl. Fels et al. 2000). Während sich die Beschäftigungslage von Geringqualifizierten und von Langzeitarbeitslosen aber gar nicht verbessert hat (vgl. Heintze 2010b), wurden Menschen mit guter Berufsausbildung in den expandierenden Niedriglohnssektor abgedrängt. Die Negativspirale der Lowroad wurde so erst recht in Gang gesetzt. Bei der Pflege traf diese Arbeitsmarktpolitik auf eine Branche, die angesichts geringer Pflegesätze und zunehmend privat-gewerblicher Strukturen gar nicht über die notwendigen Ressourcen verfügte, um gegenzuhalten. Im öffentlichen Sektor ist Lohndumping aufgrund einer vergleichsweise hohen Tarifbindung schwer möglich. Nach der TVöD-Tabelle 2011 erhielten Pflegehelfer_innen mtl. (brutto) zwischen 1.753 und 1.996 Euro und examinierte Kräfte 2.050 bis 2.352 Euro. Aktuell (ab 1.3.2014) erreichen Fachkräfte in der Gehaltsgruppe E7 (Altenpfleger_innen, Physiotherapeut_innen, Ergotherapeut_innen) Monatsgehälter von 2.225 Euro bis maximal 2.888,50 Euro.¹¹⁹ Pflegebeschäftigte bei tarifgebundenen kommunalen Arbeitgebern beziehen damit, sofern sie in Vollzeit arbeiten, Gehälter oberhalb der Niedriglohnschwelle. In der Vergangenheit hatten sich die frei-gemeinnützigen Träger an den Tarifen des öffentlichen Dienstes orientiert. Unter dem verschärften Kostendruck

kam aber eine Entwicklung in Gang resp. beschleunigte sich, bei der das Lohndumping auch bei kirchlichen Trägern immer mehr um sich griff. Zusätzliche Schubkraft erhielt das Abdrängen der Pflegebranche in den Niedriglohnssektor durch den Rückzug der Kommunen aus dem Betrieb von Pflegeheimen. Die massive Verschiebung der Trägerstrukturen (vgl. unter 4.1) in Richtung privat-gewerblicher Anbieter fügt sich hier ein. Wegen vielfach fehlender Tarifbindung lässt sich Lohndumping im privat-gewerblichen Bereich nämlich besonders leicht praktizieren. Bei den Privaten gibt es ein Segment, dessen Adressaten Pflegebedürftige aus den oberen Einkommensschichten sind. Hier ist von einer ordentlichen Bezahlung des Personals auszugehen. Am anderen Ende stehen Heime, wo eine gesundheitsgefährdende Pflege praktiziert und die Beschäftigten massiv ausgebeutet werden. Hier dürften sich die Arbeitgeber konzentrieren, die selbst noch die Mindestlohnbestimmungen unterlaufen. Wohl ist bei den kirchlichen Trägern ein Bemühen erkennbar, sich durch Tarifverträge und eine insgesamt bessere Bezahlung von den privat-gewerblichen Trägern abzusetzen, aber dem sind enge Grenzen gesetzt, solange sich bei den Refinanzierungsbedingungen nichts Grundlegendes ändert. Verbesserungen, die substantiell genannt werden können, beinhaltet die von der Großen Koalition 2014 auf den Weg gebrachte Reform nicht. Es gibt Verbesserungen im Kleinen, die die Situation hie und da entspannen. Durch die geplante Schaffung von zukünftig fünf Pflegestufen erfolgt auch eine Weitung des bislang starr auf körperliche Defizite gerichteten Pflegebegriffs. Soweit absehbar, werden sich die Verbesserungen aber auf die Ausweitung von Leistungen für einerseits pflegende Angehörige und andererseits die wachsende Gruppe von Menschen mit dementieller Erkrankung, die bislang nur eingeschränkt leistungsberechtigt waren, konzentrieren. Von einer Besserstellung der im Bereich der Langfristpflege Beschäftigten ist wenig zu sehen. Einnahmen sind dafür ebenso wenig geplant wie

119 Quelle: <http://oeffentlicher-dienst.info/tvoed/vka/> (Tarifrechner, ÖD, Kommunen; Zugriff 23.8.14).

für eine größere Verantwortungsübernahme durch die Kommunen.

Aus Sicht der Verfasserin wird es ohne einen grundlegenden Paradigmenwechsel der Pflegepolitik und ihrer Finanzierung nicht möglich sein, die Negativspirale bei sowohl der Qualität und Erreichbarkeit guter Pflege und sozialer Betreuung wie auch den Arbeitsbedingungen der im Pflegebereich Tätigen zu durchbrechen. Ein wieder größeres Engagement der Kommunen als Leistungserbringer gehört dazu ebenso wie eine auf Höherqualifizierung gerichtete Reform der

Ausbildung pflegerischer Berufe. Skandinavische Länder halten für zukunftsweisende Reformen einiges an Ideen und guter politischer Praxis bereit. Sie zeigen, dass ein am gesellschaftlichen Bedarf ausgerichtetes Pflege- und Betreuungssystem, das gleichermaßen gute Dienstleistungsqualitäten wie Arbeitsbedingungen bietet, eine Frage des politischen Willens ist. Zugleich jedoch hat die Analyse auch gezeigt, dass mit anwachsender Privatisierung die Highroad-Strategie in Gefahr gerät.

6. Literaturverzeichnis

Sekundärliteratur

- Aiken, Linda H. et al. 2012: Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*. 2012 (BMJ 2012; 344; e1717 doi: 10.1136/bmj.31717 (20.3.2012).
- Auth, Diana 2013: Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: *WSI-Mitteilungen*, 6 (66), S. 412-422.
- Beadle-Brown, Julie; Kozma, Agnes (Hrsg.) 2007: Deinstitutionalisation and Community Living – Outcomes and Costs. Report of a European Studie, Volume 3: Country Reports, Canterbury (University of Kent).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2012: Themenreport „Pflege 2030“ – Was ist zu erwarten? Was ist zu tun (Autoren: Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer), Gütersloh, online: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-B114A098-CACFA7E1/bst/xcms_bst_dms_36923_39057_2.pdf (Zugriff: 22.8.2014).
- Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner et al. 2013: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BGM) 2014: Pflegeleistungen nach Einführung des Pflegestärkungsgesetz 1 – Stand: Kabinettsbeschluss 28. Mai 2014, Berlin.
- Bode, Ingo 2005: Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten. Die Disorganisierung der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheiten, in: *GERO-Diskussionspapier* Nr. 44, Nov. 2005.
- Bosch, Gerhard; Lehndorff, Steffen 2005: Introduction: Service Economies – High Road or Low Road?, in: Bosch, Gerhard; Lehndorff, Steffen: *Working in the Service Sector: A Tale from Different Worlds*. London: Routledge, S. 1-31.
- Brandt, Martina 2009: Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich, Wiesbaden.
- Breitscheidel, Markus 2011: „Gewaschen, gefüttert, abgehakt. Der unmenschliche Alltag in der mobilen Pflege“, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit 2014: Pflegeleistungen nach Einführung des Pflegestärkungsgesetz 1, Stand: Kabinettsbeschluss 28. Mai 2014, Berlin.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.) 2005: *Pflegevorsorge in Europa. Eine vergleichende Literaturanalyse* (Bearbeiter: Institut für Höhere Studien Kärnten), Klagenfurt (zit. als BMASK 2005).
- Centre for Economic Development, Transport and Environment (o.J.): *Foreign Nurses Guide to Finnish Working life 2010* (Bearbeiterin: Kilpeläinen, Taina).
- Christensen, Kaare et al. 2013: Physical and Cognitive Functioning of People Older than 90 Years: A Comparison of Two Danish Cohorts Born 10 Years Apart, in: *The Lancet*, Volume 382, Issue 9903, S. 1507-1513 (2 November 2013; doi:10.1016/S0140-6736(13)60777-1).
- Dallinger, Ursula; Theobald, Hildegard 2008: Pflege und Ungleichheit. Ungleiche Citizenship Rights im Internationalen Vergleich, in: Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas 2008: *Soziale Ungleichheit und Pflege*, Wiesbaden, S. 78-102.
- Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK) 2009: *Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/2009*.

- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) 2003: Informationsdienst Altersfragen, Heft 4, (Juli/August).
- Dielmann, Gerd 1998: Zur aktuellen Situation der Krankenpflegeausbildung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, in: Kollak, Ingrid; Pillen, Angelika (Hrsg.): Pflege-Ausbildung im Gespräch - Ein internationaler Vergleich, Frankfurt am Main, S. 279-293.
- Dittmann, Jörg 2008: Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege. Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa, in: Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI), 40 v. Juli 2008, S. 1-6.
- Erlandsson, Sara; Storm-Palle et al.: Marketising Trends in Swedish Eldercare: Competition, Choice and Calls for Stricter Regulation, in: Meagher, Gabrielle; Szebehely, Marta (Hrsg.) 2013, S. 23ff.
- Esping-Andersen, Gösta 1990: The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge: Polity Pr.
- Esping-Andersen, Gösta 2000: Social Foundations of Postindustrial Societies, Oxford: Oxford University Press.
- European Commission 2007a: Europe's Demographic Future. Facts and Figures on Challenges and Opportunities, Luxemburg, Oktober 2007.
- European Commission 2007b: Special Eurobarometer 273 – European Social Reality, Brüssel.
- European Commission 2009: 2009 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), European Economy 2/2009 (Directorate-General for Economic and Financial Affairs), Luxemburg.
- European Commission 2013: Mutual Information System on Social Protection: Social Protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland: Comparative Tables Mutual Information System on Social Protection in the Member States: http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en (Stand: 1. Juni 2013).
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Hrsg.) 2005: First European Quality of Life Survey, Luxembourg.
- Friedrich-Ebert-Stiftung; Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.) 2013: Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter, in: WISO Diskurs, August 2013, Bonn.
- Fuchs, Tatjana 2014: Pflege vor dem Kollaps. Notstand in der Pflege – Notstand der Pflegenden, München, Online-Publikation über Verdi-Mittelfranken.
- Haber Kern, Klaus 2009: Pflege in Europa – Familie und Wohlfahrtsstaat, Wiesbaden.
- Haber Kern, Klaus; Brandt, Martina 2010: Intergenerationale und professionelle Unterstützung älterer Personen in Europa, in: WSI-Mitteilungen 63 (4), S. 188-195.
- Hall, Anja 2012: Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf?, in: BiBB. BWP 6/2012, S. 16ff.
- Hammer, Elisabeth; Österle, August 2004: Zur zukünftigen Pflege und Betreuung älterer Menschen. Rahmenbedingungen, Politikansätze, Entwicklungsperspektiven, Wien.
- Heintze, Cornelia 2007: Bildung und Gesundheit als öffentliche Güter im wohlfahrtsstaatlichen Kontext – ein Vergleich zwischen Deutschland und skandinavischen Ländern hinsichtlich Finanzierung, Wohlfahrtsergebnissen und Beschäftigungsrelevanz, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Abschlussbericht vom 3. August 2007: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2006-918-4-1.pdf (7.11.2011).
- Heintze, Cornelia 2010a: Bewältigung des demografischen Wandels: Hilfs- und Pflegeleistungen für Ältere. Ein deutsch-skandinavischer Vergleich, in: Soziale Sicherheit, 59 (8), S. 263-269.
- Heintze, Cornelia 2010b: Das skandinavische Vorbild. Zur Rolle des Staates als Arbeitgeber, in: Vorgänge 49 (3), S. 50-61.
- Heintze, Cornelia 2013a: Mehr als ein Problem von Berufswahl und arbeitsmarktpolitischer Fehlanreize, in: Jansen, Mechthild M.; Röming, Angelika; Rohde, Marianne 2013: Frauen, Männer, Zukunft. Ein Genderhandbuch, München, S. 93-118.

- Heintze, Cornelia 2013b: Die Straße des Erfolgs: Rahmenbedingungen, Umfang und Finanzierung kommunaler Dienste im deutsch-skandinavischen Vergleich, Marburg.
- Isfort, Michael 2013: Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen, in: APuZ 63 (4-5), S. 29-35.
- Kalina, Thorsten; Weinkopf, Claudia 2010: Niedriglohnbeschäftigung 2008. Stagnation auf hohem Niveau – Lohnspektrum franst nach unten aus, IAQ-Report 6, Duisburg.
- Karsio, Olli; Anttonen, Anneli 2013: Marketisation of Eldercare in Finland: Legal Frames, Outsourcing Practices and Rapid Growth of For-profit Services, in: Meagher, Gabrielle; Szebehely, Marta (Hrsg.) 2013, S. 85-125.
- Klammer, Ute et al. 2011: Neue Wege – gleiche Chancen. Gutachten der Sachverständigenkommission an das BMFSFJ für den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Januar 2011 (Zit. als Gleichstellungsgutachten 2011).
- Kümmerling, Angelika 2009: Der lange Weg zur Professionalisierung der Altenpflege und seine (nicht?)-intendierten Folgen, in: Lehndorff, Steffen (Hrsg.) 2009: Abriss, Umbau, Renovierung. Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells, Hamburg, S. 136-165.
- Lehndorff, Steffen; Wagner, Alexandra; Franz, Christine 2010: Arbeitszeitentwicklung in Europa, Studie im Auftrag von: Fraktion der Vereinigten Europäischen Linken/Nordisch Grüne Linke Händel, hrsg. von Händel, Thomas; Troost, Axel 2010: Online-Publikation.
- Lamers, Andrea; Lau, Dirk 2002: Überblick über die Ausbildungssysteme für Pflegeberufe der europäischen Projektpartner, Zwischenbericht 5/2002, Projekt finanziert aus dem EU-Förderprogramm Leonardo da Vinci und mit Mitteln der Robert-Bosch-Stiftung.
- Meagher, Gabrielle; Szebehely, Marta (Hrsg.) 2013: Marketisation in Nordic Eldercare. A Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences, Stockholm.
- Mittnacht, Barbara 2009: Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. Entwicklungstrends und Perspektiven, Bremen (Dissertation).
- Mogge-Grotjahn; Bußmann, Ulrike 2003: Zukunft sozialer und pflegerischer Ausbildungsgänge und Berufsbilder in evangelischer Trägerschaft, hrsg. vom Rektorat der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum.
- Naegele, Gerhard 2014: 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht, Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), WISO Diskurs, Februar 2014, Bonn.
- Nissen, Nis Peter 2013: Danish Dementia Action Plan, Folien-Präsentation beim „International Symposium on National Dementia Strategy“ in Tokio am 29.1.2013.
- Nock, Lukas; Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine 2013: Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe. Reihe: Arbeitspapier, Arbeit und Soziales, Bd. 296, Düsseldorf.
- Notz, Gisela 2010: Freiwilligendienste für alle. Von der ehrenamtlichen Tätigkeit zur Prekarisierung der „freiwilligen“ Arbeit, Neu-Ulm.
- OECD 2011a: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Paris: www.oecd.org/health/longtermcare (3.9.2011).
- OECD 2011b: Pensions at a Glance 2011: Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries, Paris.
- OECD 2013: Health at a Glance 2013: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> und <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (24.7.2014).
- Paritätischer Gesamtverband (Hrsg.) 2014: Modellrechnungen zur Unterfinanzierung der ambulanten Pflege in der Sozialen Pflegeversicherung 1998 bis 2013, Berlin.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.) 2000: Bericht der Wissenschaftlergruppe der Arbeitsgruppe Benchmarking über Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschäftigungsmöglichkeiten gering qualifizierter Arbeitnehmer, Berlin (Bearbeiter: Fels, Gerhard; Heinze, Rolf; Pfarr, Heide; Streeck, Wolfgang), zit. als Fels et. al 2000.

- Rennen-Allhoff, Beate 2000: Qualifikatorische Rahmenbedingungen: Berufliche Bildung in der Pflege, in: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.) 2000: Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim, S. 283-306.
- Rennen-Allhoff, Beate; Bergmann-Tyacke, Inge 2000: Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa – Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten, Bern.
- Reuter, Norbert; Zinn, Karl Georg 2011: Moderne Gesellschaften brauchen eine aktive Dienstleistungspolitik, in WSI-Mitteilungen, 64 (9), S. 462-469.
- Robert Bosch Stiftung 2000: Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Stuttgart.
- Robert Koch Institut 2005: Altersdemenz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, Berlin.
- Robert Koch Institut 2004: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege, Berlin.
- Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Gleichstellungsberichtes der Bundesregierung (Hrsg.) 2011: Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebenslauf, Gutachten an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Essen.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten.
- Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.) 2011: Handbuch Pflegewissenschaft, Weinberg (u. a.).
- Schmidt, Sascha, G.; Palm, Rebecca et al. 2011: Arbeitsbedingte Prädiktoren für Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen; in: Pflege, 24 (2), S. 85-95.
- Schön, Jasmin 2011: Kooperative Pflegeausbildung: Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege – ein Beitrag zur Curriculumentwicklung an einer beruflichen Schule in Baden-Württemberg, in: Bonse-Rohmann, Mathias; Burchert, Heiko (Hrsg.): Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen, Bielefeld, S. 79-97.
- Skuban, Ralph 2004: Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt, (1. Auflage), Wiesbaden.
- Theobald, Hildegard 2007: Vergesellschaftung von Fürsorgearbeit – Erfahrungen aus der Altenbetreuung in Schweden, in: WSI-Mitteilungen, 60 (10), S. 561-567.
- Theobald, Hildegard; Szebehely, Marta; Preuß, Maren 2013: Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich (edition sigma).
- Trilling, Angelika; Klie, Thomas 2003: Die Ermittlung von pflegeskulturellen Orientierungen und Pflegebereitschaft als Instrument der Altenhilfeplanung, in: Klie, Thomas; Buhl, Anke; Entzian, Hildegard; Schmidt, Roland (Hrsg.) 2003: Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive, Frankfurt/Main, S. 111-120.
- Vabo, Mia; Christensen, Karen; Jacobsen, Frode F.; Trätteberg, Hakon D. 2013: Marketisation in Norwegian Eldercare: Preconditions, Trends and Resistance, in: Meagher, Gabrielle; Szebehely, Marta (Hrsg.) 2013: Marketisation in Nordic Eldercare. A Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences, Stockholm: S. 163-197.
- Wanger, Susanne 2011: Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit: Viele Frauen würden gerne länger arbeiten, IAB-Kurzbericht, 09/2011, Nürnberg, S. 8.
- Windeler, Jürgen; Görres, Stefan; Thomas, Stefanie; Kimmel, Andrea; Langner, Ingo; Reif, Karl; Wagner, Alexander 2009: Abschlussbericht. Endfassung. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Hauptphase 2 (vgl. unter www.bgm.bund.de/).
- Windmann, Antje 2011: Pflege. Im toten Winkel, in: DER SPIEGEL Nr. 28 v. 11.7.2011, S. 126 -129.

Eurostat-Datensätze und Primärquellen (Gesetze, Statistiken; Regierungsdokumente) nach Ländern¹²⁰

Eurostat Datensätze

Bevölkerung nach Altersgruppen (Bevölkerung am 1. Januar nach breite Altersgruppe und Geschlecht [demo_pjanbroad] mit Update vom 24.3.2014.

BIP und Hauptkomponenten – Jeweilige Preise [nama_gdp_c] mit Update vom 6.5.2014).

HVPI (2005 = 100) – Jährliche Daten (Durchschnittsindex und Veränderungsrate) [prc_hicp_aind] mit Update vom 15.5.2014.

Deutschland

Bundesgesundheitsministerium (BGM) 2008: Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung: http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Aus_den_Ministerien/4-bericht-entwicklung-pflegeversicherung.pdf (10.8.2011).

Bundesgesundheitsministerium (BGM) 2010: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, 5/2010.

Bundesministerium für Gesundheit (BGM) 2014: Pflegeversicherung im Überblick. Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Leistungen_der_Pflegeversicherung_im_Ueberblick_2014.pdf (18.4.2014).

Bundesgesundheitsministerium: <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> (6.8.2011).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2011: Soziale Sicherung im Überblick 2010, Bonn (Januar 2011).

Destatis 2007: Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

Destatis 2009: Finanzen und Steuern. Jahresrechnungsergebnisse kommunaler Haushalte 2007, Fachserie 14, Reihe 3.3, korrigiert am 11. März 2010.

Destatis 2010: Finanzen und Steuern: Jahresrechnungsergebnisse Kommunaler Haushalte 2008, Fachserie 14, Reihe 3.3, Wiesbaden 2010 (15. September).

Destatis 2011a: Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

Destatis 2011b: Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Zweiter Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige, Wiesbaden.

Destatis 2011c: Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Dritter Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste, Wiesbaden.

Destatis 2011d: Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Vierter Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime, Wiesbaden.

Destatis 2013a: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

Destatis 2013b: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Zweiter Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige, Wiesbaden.

¹²⁰ Bei Statistiken ohne die bereits im Text resp. in Fußnoten genau bezeichneten Quellen.

- Destatis 2013c: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Dritter Bericht: Ländervergleich – ambulante Pflegedienste, Wiesbaden.
- Destatis 2013d: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Vierter Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime, Wiesbaden.
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I, S. 1515).
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), BGBl. Nr. 20 vom 30.5.2008, S. 873.
- Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, 2013. Pflegeversicherungsgesetz (Stand 2013), SGB XI (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung), Stand: zuletzt geändert durch Art. 2a G v. 15.7.2013 I 2423.
- BT-Drs. 17/3012 v. 23.9.2010: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Dr. Martina Bunge, Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (Drs. 17/2219) – Umsetzung des neuen Pflegebegriffs (gemäß dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs).
- BT-Drs. 17/4133 v. 7.12.2010 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Beate Müller-Gemmeke, Elisabeth Scharfenberg, Birgit Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Drs. 17/3590) – Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche und Kontrolle des Pflegemindestlohns.
- BT-Drs. 17/14716, v. 6.9.2013 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Niema Movassat, Annette Groth, Heike Hänsel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 17/14579) – Anwerbung von Fachkräften aus den Ländern des Südens im Pflege- und Gesundheitsbereich.

Dänemark

- Consolidated Act No 1093 of 5 September 2013 on Social Services (om social service).
- Consolidated Act No. 1204 of 10 December 2009 on Social Housing (om almene boliger).
- Danish Ministry of the Interior and Health 2005: Report on health and long-term care in Denmark, Kopenhagen.
- Social Service Act von Dänemark. Er ist auf Englisch verfügbar unter: http://english.sm.dk/MinistryOfSocialWelfare/legislation/social_affairs/social_service_act/Sider/Start.aspx (5.12.2011).
- Statistical Yearbook 2011: <http://www.dst.dk/HomeUK/Statistics/ofs/Publications/Yearbook.aspx>; (10.8.2011).
- Statistical Yearbooks 2013: <http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/17957/sty2013.pdf> (13.8.2014).
- Statistical Yearbook 2014: <http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/17959/sy.pdf> (13.8.2014).
- Statistics Denmark (o. J.): <http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1024> (13.8.2014).
- Statistics Denmark:
- Datenbestände bis 2009/2010 mit den Codes FORHJBE1 (Hausbesuche), RESI (Nursing Dwellings), AED06 50558 (Permanent Home-Help), AED12 (Recipients Referral to Home Care, Free Choice, Who Use Private Contractor by Region, Sex, Type of Benefits, Age and Time); MH11476686 (Temporary Home-Help), VH33 4733 (private Anbieter).
- Datenbestände ab 2009/2010 mit teilweise neuem Zuschnitt:
- AED01: Home Care, Free Choice (Provided Hours per Week) by Region, Type of Benefits, Age and Sex;
- AED04: Home Care, Nursing Homes/Nursing Dwellings (Referral Hours Average per Week) by Region, Type of Benefits, Age and Sex;

AED05: Recipients Referral to Home Care, Nursing Homes/Nursing Dwellings by Region, Type of Benefits, Hours per Week, Age and Sex;
 AED10: Recipients of Preventative Home Visits by Region, Home Visits, Age and Sex;
 AED12: Recipients Referral to Home Care, Free Choice, who use Private Contractor by Region, Type of Benefits, Age and Sex;
 AED16: Free Choice of Dwelling and Average Waiting Time for Nursing Homes/Nursing Dwellings for Persons Aged 67 and Older by Region;
 AED021: Home Care, Free Choice (Referral Hours Average per Week) by Region, Type of Benefits, Age and Sex;
 AED022: Home Care, Free Choice (Referral Hours per Week) by Region, Type of Benefits, Age and Sex;
 MH11: Recipients of Temporary Home Help by Region, Frequency of Benefits and Age;
 REGR31: Region Accounts by Region, Account, Dranst and Kind;
 REGK11: Municipality Accounts (DKK 1.000) by Region, Main Account, Dranst and Kind;
 RESI01: Clients in Nursing Dwellings and Dwellings for the Elderly by Region, Age and Type of Measure;
 RESP01: Places in Social Measures by Region, Type of Measure and Number of Places;
 RES10: Staff Working with Nursing and Care, Full-time Employees by Region, Occupation and Main Account);
 SLON21: Earnings by Occupation, Sector, Salary, Salary Earners, Components and Sex;
 SLON40: Earnings by Industry (DB07), Sector, Salary, Salary Earners, Components and Sex;
 VH33: Private Suppliers of Home Help by Region.

Finnland

Act on Public Contracts 348/200: <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2007/en20070348.pdf>.

Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Care Services for Older Persons, Act No. 980/2012 (Unofficial Translation): <http://www.finlex.fi/> (18.7.2014).

Act on Voucher System in Social and Health Care System 569/2009: <http://www.finlex.fi/en/laki/ajantasa/2009/20090569>.

City of Helsinki 2012: Facts about Helsinki 2012, Helsinki.

Grundgesetz Finnlands (Verfassung vom 11. Juni 1999), Übersetzung des Justizministeriums: <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1999/de19990731.pdf> (27.3.2011).

Ministry of Social Affairs and Health 2013: Quality Recommendations to Guarantee a Good Quality of Life and Improves Services, Helsinki 2013, Framework for High Quality Services for Older People, Helsinki.

Ministry of Social Affairs and Health 2008: National Framework for High Quality Services for Older People, Helsinki.

National Institute for Health and Welfare (THL – Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos) 2011: Sozialbudget 2009: http://www.thl.fi/en_US/web/en/home (1.8.2011).

National Institute for Health and Welfare (THL) 2010a: Count of Regular Home-Care Clients on 30. November of 2009, Statistical Report 16/2010, Helsinki.

National Institute for Health and Welfare (THL) 2010b: Institutional Care and Housing Services in Social Care 2009. Statistical Report 25/2010, Helsinki.

National Institute for Health and Welfare (THL) 2011: Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2011, Helsinki.

- National Institute for Health and Welfare (THL) 2012: Social welfare and health care personnel in 2000, 2005 and 2007 - 2010 (Code Tr10_13).
- National Institute for Health and Welfare (THL) 2014: Liitetaulukko 1. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12.2012 maakunnittain ja kunnittain.
- National Institute for Health and Welfare (THL). Datenbank SATKANet: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> (24.7.2014).
- National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira) 2011: Working as a registered Nurse in Finland, Guidelines 2/2011, Helsinki.
- KELA 2012: Kelan tilastollinen vuosikirja – Statistical Yearbook of the Social Insurance Institution 2011: www.kela.fi/statistics (16.4.2014).
- Statistics Finland: Statistik der Care-Dienste (Count of Clients Receiving Home-care Service and Regular Home-care Clients; Regular Home-care Clients by Age and Municipality; Clients in Residential Homes for Older People and Other Similar Units on 31 Dec 2008, by Region and Municipality): http://tilastokeskus.fi/til/index_en.html und <http://www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/socialservices/index.htm> (1.8.2011).

Island

- Act on the Affairs of the Elderly, No. 125/1999 in der Fassung von Act No. 8/2014.
http://eng.velferdarraduneyti.is/media/acrobat-enskar_sidur/Act-on-the-Affairs-of-the-Elderly-No-125-1999-with-subsequent-amendments.pdf.
- Sozialgesetzgebung: Online über Wohlfahrtsministerium:
<http://eng.velferdarraduneyti.is/acts-of-Parliament/> (20.4.2015).
- Statistics Iceland (Social Affairs/Elderly/Municipal Social Services): Elderly Households Receiving Municipal Home-help Service by Type, Sex (Fjöldi heimila og vinnustun-da allt árið):
<http://www.statice.is/> (5.12.2011).
- Statistics Iceland, Sozialbudget (Financing of Social Protection Expenditure by Functions 2006-2009).
The Municipalities Social Service Act No. 40/1991 in der Fassung von No. 19/2013. Englische Übersetzung: Wohlfahrtsministeriums (Velferdarraduneytid):
<http://eng.velferdarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/3709> (20.4.2015).

Norwegen

Gesetz über Soziale Dienste (lov om sosiale tjenester) vom 13 Dezember 1991.

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008): Dementia Plan 2015 – Making the Most of the Good Days, Oslo.

Statistical Yearbook of Norway fortlaufend: <http://www.ssb.no/english/yearbook/stikkad.html>.

Statistics Norway: Statistik der Care-Dienste Current Expenditure on Health, by Function of Care. 1997-2009: <http://www.ssb.no/english/subjects/> > Advanced Search > „Current Expenditure on Health“ (5.12.2011).

Gross Operating Expenditure Municipal Health and Care, 2012 (2014).

Users of Home Based Services, by Kind of Service, 1992-2008.

Users of Home Based Services, by Age, 1992-2010.

Users of Home Based Services, and Residents in Institutions for the Elderly and Disabled. Need for Assistance and Kind of Service. 2007-2010.

Receivers of Respite Care, Personal Support Contact, Receiving Pay for Caring Work and User-controlled Assistance, Age, 2002-2010.

Average Numbers of Assigned Hours per Week for Users of Home Help and Home Nursing. Age and Need for Assistance, 2010.

Employed Persons per 4th Quarter, by Sex, Industry (SIC2007), Time and Contents (bis 4. Quartal 2013).

Man-years and Absence within the Nursing and Care Services, 1994-2010): <http://www.ssb.no/english/subjects> (3.9.2011).

Users of Home-based Services, by Age, by Kind of Service 2009-2012, Table 06969.

Users of Home-based Services and Residents in Institutions for the Elderly and Disabled. Need for Assistance and Kind of Service 2009-2012, Table 06971.

Residents in Dwellings for the Aged and Disabled 2010-2012, Table 04469.

Average Numbers of Assigned Hours per Week for Users of Home Help and Home Nursing. Age and Need for Assistance, Table 09933.

Average Monthly Earnings for Full-time Employees Municipalities and County Municipalities, by Sex, Industry/Occupation, Time and Contents, Update von 2014, Table 08683.

Health and Care Institutions, Beds and Rooms by Type and Ownership.

Schweden

Gesetz über Soziale Dienste von 2001 (Socialtjänstlagen).

Ministry of Health and Social Affairs: <http://www.sweden.gov.se/> > Ministries > Ministry of Health and Social Affairs > publications.

Socialstyrelsen 2008: Development in the Care for the Elderly in Sweden 2007, Oktober 2008.

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) 2010: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för Vissa insatser år 2009, März 2010, Tabellen S. 24ff.

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) 2011: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för Vissa insatser år 2010, März 2011: <http://www.socialstyrelsen.se/aldre> (5.12.2011).

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) 2012: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för Vissa insatser år 2011, Socialstyrelsen, März 2012: <http://www.socialstyrelsen.se/aldre> (13.8.2014).

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) 2013: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för Vissa insatser år 2012, März 2013: <http://www.socialstyrelsen.se/aldre> (13.8.2014).

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) 2014: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för Vissa insatser år 2013, Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/aldre> (13.8.2014).

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare): Datenbank: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/aldreomsorg> (13.8.2014).

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare): Publikationen zu den Älteren (nur auf Schwedisch): <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-3-32> (13.8.2014).

Statistics Sweden: Statistical Yearbook of Sweden, fortlaufend bis 2014:

Statistics Sweden (o.J.): Statistical Database: <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp?lang=2> (5.12.2011; 13.8.2014).

Statistics Sweden: Datenbank zu Wahlergebnissen: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START_ME_ME0001 (13.8.2014).

Statistics Sweden: „Number of Employees in the Primary Municipalities by Region, Activity, Sex and Period“ (Update 8/2011).

Statistics Sweden: Datensatz „Gross and Net Costs for Municipalities Operations, SEK per Capita by Region, Activity, Gross and net Costs and Year“ mit Update vom 25.6.2014.

Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) 2007: Care of the Elderly in Sweden Today, 2006, Stockholm (zit. als SALAR 2007).

Die Autorin

Dr. rer. pol. Cornelia Heintze ist Stadtkämmerin a. D.
Sie publiziert fachübergreifend im Bereich international
vergleichender Staats- und Wohlfahrtsforschung.



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

**Sozialkapital zwischen Stabilität und Wandel
Zum Einfluss von Wirtschaftskrisen und Konjunkturpolitik auf politisches und soziales Vertrauen**
WISO direkt

Außenwirtschaft

**Brauchen Investitionen im TTIP Schutz?
Überlegungen zum Investitionsschutz im
Transatlantischen Freihandelsabkommen**
WISO direkt

Außenwirtschaft

Europäische Krise, Krisenpolitik und Solidarität
WISO direkt

Außenwirtschaft

TTIP oder Transatlantische Währungs Kooperation?
WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

**Regionale Daseinsvorsorge
Begriff, Indikatoren, Gemeinschaftsaufgabe**
WISO Diskurs

Steuerpolitik

**Steuer- und Transferpolitik auf dem
Weg in die Sackgasse – eine Analyse der
Umverteilungswirkung**
WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

**Modernisierungsoptionen für die
handwerkliche Selbstverwaltung**
WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Die Umsetzung der Energieeffizienz-Richtlinie
unter Beachtung von Verbraucherinteressen**
WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Kommunikationsstrategien zur Beeinflussung
von Gesetzesinitiativen
Am Beispiel des Luftverkehrssteuergesetzes**
WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Psychisch krank in der Pflege – Psychische
Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten
zu Prävention und Rehabilitation**
WISO direkt

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Soziale Sicherung unter dem Brennglas
Altersarmut und Alterssicherung bei
Beschäftigten im deutschen Sozialsektor**
WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Zukunftsaufgabe Weiterbildung
Stand der Debatte und internationale
Anknüpfungspunkte zur Entwicklung
einer Arbeitsversicherung**
WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Humanisierung der Arbeit braucht Forschung
WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen –
gestalten und finanzieren**
WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

**Den demografischen Wandel durch Migration
gestalten – Möglichkeiten, Grenzen, Zukunftsperspektiven**
WISO direkt

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso

