

Dr. Cornelia Heintze

Stadtkämmerin a. D., Politologin
Leipzig

Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem – Welche Impulse liefert der Vergleich?

Während die Aufwertung pflegerischer Berufe in Deutschland nur sehr schleppend (Entlohnung, Personalbemessung) bis gar nicht (grundständige Akademisierung) vorankommt,¹ startete der Prozess im skandinavischen Raum bereits vor 40 Jahren. Bei der Anhebung der Ausbildung auf Hochschulniveau war Schweden führend. Ohne eine Unterteilung in Kranken- und Altenpflege vorzunehmen, wurde die akademische Pflegeausbildung bereits 1977 eingeführt. Die anderen vier nordisch-skandinavischen Länder folgten in der Art eines Geleitzuges. Wie auch bei der Hebammenausbildung, wo Deutschland erst jetzt und damit als letztes europäisches Land die grundständige Akademisierung auf den Weg gebracht hat, steht Gleches auch für die Pflege zu befürchten. Gegen eine substantielle Aufwertung stehen mächtige Interessen; ärztliche Standesorganisationen und die auf Gewinnerzielung ausgerichteten Trägerfraktionen des Gesundheits- und Pflegesystems spielen hierbei mit den politischen Entscheidungsträgern über Bande.



Auch im skandinavischen Raum erfolgte die Aufwertung der Pflege keineswegs im Selbstlauf. Es bedurfte zahlreicher politischer Kämpfe und Streiks, um die Wertigkeit der pflegerischen Profession sowie die

¹ Das VdK-Forum fand zu einem Zeitpunkt statt, als das Ende 2019 in der chinesischen Provinz Hubei ausgebrochene neuartige Coronavirus SAR-CoV-2 bereits dabei war; sich auch in Deutschland auszubreiten. Mitte März 2020 reagierte der Staat mit massiven Eingriffen in das öffentliche Leben bei gleichzeitigem Aufspannen eines Schutzschildes zur Abfederung der wirtschaftlichen Folgen. Der Shutdown verfolgt das Ziel, die Ausbreitung des Virus so zu verlangsamen, dass das deutsche Gesundheitssystem der Belastung standhält. Die in besonderer Weise geforderten und belasteten Pflegekräfte werden nun als systemisch wichtige Berufsgruppe mit viel Applaus bedacht; Bonuszahlungen sind in Vorbereitung. Sofern dies jedoch nur eine nette Geste bleibt und nicht einmündet in eine echte Aufwertung der Pflege mit Durchsetzung auch besserer Entgeltstrukturen bereits während der Corona-Krise, wird sich der bereits vor der Krise bestehende Pflegenotstand in und nach der Krise weiter verschärfen. Es gibt dann nämlich noch weniger Gründer, im Beruf zu bleiben respektive sich für einen pflegerischen Beruf zu entscheiden.

Arbeitsbedingungen der Pflegefach- und -assistenzkräfte auf ein Niveau zu bringen, das ein selbstständiges Agieren als eine der zentralen Säulen der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Davon, dass dies nicht nur der Identifikation mit dem Beruf dient, sondern für Patienten vielfältig Nutzen stiftet, können sich Delegationen aus Deutschland immer wieder ein Bild machen.

So 2018 etwa die Teilnehmer/-innen einer von der AOK organisierten Studienreise. Die in Schweden und Dänemark gemachten Erfahrungen wurden in einem Bericht für die September-Ausgabe 2018 der Zeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) festgehalten (T. Hommel 2018). Der Bericht verdeutlicht, wie die Pflege im Norden auf Augenhöhe mit der Medizin agiert. „So erledigen Pflegeprofis im Norden Europas Aufgaben, die in Deutschland in der Regel Ärzten vorbehalten sind: Sie besuchen kranke, ältere Menschen zu Hause, lotsen die Patienten an Haus- und Fachärzte oder an Kliniken und Gesundheitszentren weiter, beraten und schulen chronisch Kranke und verordnen mitunter selbstständig Medikamente.“ Daraus resultieren innovative Versorgungskonzepte.

Über den Besuch in einem dänischen Gesundheitszentrum für chronisch Kranke heißt es: „Geleitet werden die Einrichtungen, die an Freizeitclubs (...) erinnern, von spezialisierten Pflegerinnen und Pflegern. Nach Ärzten sucht man hier vergebens. In Einzelgesprächen und Gruppensitzungen beraten die Pflegeprofis Patienten, die an Diabetes, Übergewicht, Atemwegserkrankungen (COPD) oder anderen chronischen Erkrankungen laborieren. (...) In einem Aufnahmegerespräch, das etwa ein bis zwei Stunden dauert, wird die persönliche Krankengeschichte besprochen.“ Auf der Onlineseite von G+G finden sich kurze Statements der Studienreiseteilnehmer/-innen.

Das hohe berufliche Selbstbewusstsein und der hohe Organisationsgrad fiel in besonderer Weise auf. Frank Ahrend schreibt: „Am meisten beeindruckt hat mich die Arbeit auf Augenhöhe zwischen Pflegekraft und Arzt, das Selbstbewusstsein und das Selbstverständnis der Pflegeprofis sowie der hohe Organisationsgrad der Berufsgruppe.“ Ähnlich Jessica Senf: „Insbesondere die innere Haltung der Pflegekräfte in Dänemark und Schweden ist mir positiv aufgefallen. Pflegeprofis dort sind stolz auf ihre Arbeit und wissen, welche wichtige Rolle sie einnehmen. Für sie ist es eine Selbstverständlichkeit, Patienten ganzheitlich zu betrachten und sie entsprechend zu behandeln.“ Der Reisegruppe blieb nicht verborgen, dass der Norden mit ähnlichen Versorgungsproblemen kämpft wie Deutschland. „Interessant fand ich vor allem, dass in den skandinavischen Ländern letztlich dieselben Versorgungsprobleme wie bei uns bestehen: Multimorbidität, Chronizität und steigender Pflegebedarf. Die Pflegeprofession ist bei der Lösung dieser Probleme aber deutlich verantwortungsvoller und eigenständiger eingebunden als bei uns“, schreibt dazu Martina Sitte.

Die Bezugnahme auf die AOK-Studienreise habe ich gewählt, um Sie einzustimmen auf meine nachfolgenden Ausführungen. Ich gliedere meinen Vortrag in zwei große Blöcke. Im ersten Block will ich darlegen, dass der demografische Wandel gleiche Herausforderungen bedingt, denen trotz annähernd gleicher Qualitätsversprechen jedoch unterschiedlich begegnet wird. Worin die Unterschiede gründen und worin sie sich hauptsächlich äußern, stelle ich – unterlegt mit einigen empirischen Daten – im Überblick dar. Der zweite Block vertieft das Thema „Integration“ mit Blick nicht nur auf „integrierte Versorgungswege“, sondern

auch auf die Art der Finanzierung. Finanzierung und Leistungserbringung erfolgen in Skandinavien weitgehend aus einer Hand. Dies begünstigt die Schaffung integrierter Versorgungspfade von der Prävention und Gewährung kleiner Unterstützungsleistungen über größere Pakete der häuslichen Pflege bis zur institutionellen Versorgung, die mit Tageszentren startet und bis zur Rundumversorgung in Heimen, Pflegewohnungen oder auch Demenzdörfern reicht. Was durch die deutsche Brille höchst paternalistisch anmutet, ist aus skandinavischer Sicht Hilfe zur Selbsthilfe. Mit wie wenig bürokratischen Kosten der skandinavische Weg verbunden ist, zeigt die differenzierte Betrachtung der Gesundheitsausgaben.

Gleiche Herausforderungen, konträre Systeme – ein Überblick

Alternde Gesellschaften bedingen dynamisch wachsende Care-Bedarfe – Grenzen des familienbasierten deutschen Altenpflegesystems

Alternde Gesellschaften bedingen dynamisch wachsende Care-Bedarfe. Dies gilt gleichermaßen für Deutschland wie Skandinavien. In Deutschland stieg die Zahl der über 80-Jährigen von 3,3 Millionen (1995) auf 5,4 Millionen (2019) – ein Plus von 2,1 Millionen respektive 62 Prozent. In den fünf nordisch-skandinavischen Ländern bewegte sich die prozentuale Zunahme zwischen rund 30 Prozent in Norwegen und Schweden und 87 Prozent in Finnland. Von Finnland abgesehen durchlaufen die skandinavischen Länder aufgrund höherer Geburtenraten zwar einen moderateren Prozess der Alterung als Deutschland – der 80+-Bevölkerungsanteil stieg in Deutschland von 4,1 Prozent (1995) auf 6,5 Prozent (2019), in

Skandinavien von durchschnittlich 4,1 Prozent (1995) nur auf 4,9 Prozent (2019) –, gleichwohl kam es auch hier absolut gesehen zu einer deutlichen Zunahme der Zahl der ab 80-Jährigen von unter einer Million (1995) auf 1,34 Millionen im Jahr 2019.² Zum wachsenden Bedarf an Pflege und Alltagsunterstützung gesellen sich Veränderungen in der Struktur der Erkrankungen. Die Bedeutung chronischer Krankheiten wächst, wobei immer mehr Menschen an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig leiden, was wiederum das Risiko für schwere Krankheitsverläufe im Falle von Infektionen erhöht. Ein besonderes Problem stellen kognitive Störungen wie Demenz dar, da hier die Prävalenz mit dem Alter stark ansteigt. Nach den Angaben bei Alzheimer Europe sind Einwohner ab 80 Jahren zu mehr als 20 Prozent betroffen, was Pflegeheime in dem Maße, wie sich hier hochaltrige Menschen mit starkem Pflegebedarf konzentrieren, mehr oder weniger zu Demenzheimen macht; nach Angaben im AOK-Pflegereport 2017 leiden sieben von zehn Heimbewohnern unter Demenz (vgl. Jacobs, K. et al. 2017).

Die Zunahme des Care-Bedarfs bei gleichzeitiger Veränderung der Struktur unterstützungsbedürftiger Menschen trifft auf Änderungen bei den Lebensformen wie etwa die Zunahme von Einpersonenhaushalten oder der Anstieg kinderloser Paare.³

² Quelle: Eurostat, Datenbestand „Bevölkerung am 1. Januar nach Altersgruppe und Geschlecht [de-mo_pjangroup]“, Update vom 05.02.2020.

³ Der Anteil der Einpersonenhaushalte stieg von einem guten Drittel im Jahr 1991 auf 42 Prozent im Jahr 2018 (Destatis 2019, Tab.2.6.1, S. 59). Bei Frauen über 75 Jahre sind es sogar 7 von 10 Frauen, die alleine leben.

Hinzu kommt als weitere Facette des demografischen Wandels die Neujustierung der Geschlechterverhältnisse. Frauen haben bei Bildung und Ausbildung mit den Männern gleichgezogen. In der Konsequenz wollen die meisten Frauen nicht nur irgendwie, sondern in existenzsichernder Weise erwerbstätig sein. Und sie sollen dies auch, denn die Verschiebung der Struktur der Wohnbevölkerung in Richtung alter und hochaltriger Menschen senkt den Anteil der Einwohner, die sich im erwerbsfähigen Alter befinden, was es gesamtwirtschaftlich erforderlich macht, dass Frauen ihre Erwerbsbeteiligung steigern. Dies erfolgt. 2018 waren 78,1 Prozent der Frauen im Alter von 20 bis 64 Jahren erwerbstätig verglichen mit nur 64 Prozent im Jahr 1995. Rund jede zweite Frau arbeitet aber nur in Teilzeit, häufig zudem in kurzer Teilzeit. In Skandinavien ist die Erwerbstägenquote mit im Schnitt 81,3 Prozent höher und die Teilzeitquote geringer. Die skandinavischen Altenpflegesysteme sind für diese Veränderungen gut gerüstet. Altenpflege ist hier eine öffentliche Aufgabe. Nicht so in Deutschland. Rückgrat des deutschen Systems ist immer noch die Familie. Im Wege der Eigen- wie Fremdzuschreibung wird von Angehörigen erwartet, dass sie die Aufgaben der Pflege und Betreuung möglichst selbst übernehmen, zumindest aber organisieren. Die Voraussetzungen dafür aber schwinden in dem Maße, wie sich die Lebensformen ausdifferenzieren, die Familienmitglieder nicht mehr am gleichen Ort wohnen und die Aufrechterhaltung eigener Erwerbstätigkeit bei Töchtern und Söhnen in einen wachsenden Konflikt mit der Übernahme pflegerischer Verantwortung gerät. Wegen des Schwindens seiner Funktionsvoraussetzungen gerät das familienbasierte deutsche System unter erheblichen Druck.

Scheinbar gelingt es auch weiterhin, die Verfügbarkeit informeller Pflegeressourcen hochzuhalten. Der Preis dafür aber wächst. Dort, wo die Wohn- und Einkommensverhältnisse es zulassen, nutzen immer mehr Angehörige die Dienste von Agenturen, die gegen teils happe Provisionen Pflegepersonen aus dem osteuropäischen Raum vermitteln. Da die Politik wegschaut, gibt es zur Bedeutung dieser Art von Pflegearrangement keinerlei offizielle Daten. Von rund 300.000 Pflegebedürftigen, die unter Inanspruchnahme des Pflegegeldes in der eigenen Wohnung durch sogenannte Live-Ins versorgt werden, kann jedoch ausgegangen werden. Tendenz steigend. Da keine ambulanten Pflegedienste zum Einsatz kommen, werden diese Personen statistisch der Angehörigenpflege zugeschlagen. Die statistisch nicht erfasste Expansion des grauen Pflegemarktes überdeckt so die schleichenende Erosion der Angehörigenpflege.

Dort wiederum, wo Angehörige nicht nur Pflegearrangements organisieren, sondern die Pflege und Betreuung selbst leisten, riskieren sie, unter der Last der übernommenen Aufgabe zusammenzubrechen und selbst krank zu werden. Die öffentlichen Ausgaben, die sich die Pflegeversicherung erspart, laufen dann zeitverzögert bei der Krankenversicherung auf. Zum Risiko der Überforderung kommt das Risiko, wegen dauerhaft geringer Einzahlungen in die Rentenkasse im Alter auf Grundsicherungsniveau zu fallen, ergo zu verarmen. Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit gewinnt an Brisanz. Analog zur Kinderbetreuung müsste die professionelle Pflege und Betreuung hochgefahren werden. Die Politik verweigert sich dem jedoch. Hilfreich im Sinne einer willkommenen Ausrede ist

dabei, dass wegen der ausbleibenden systemischen Aufwertung der Altenpflege gar nicht genügend Personalressourcen verfügbar sind. So schließt sich der Kreis.

Auch in Skandinavien erfahren Pflegebedürftige Unterstützung durch Angehörige und/oder Freunde. Der zeitliche Umfang ist jedoch weit geringer und daher mit eigener Erwerbstätigkeit zu vereinbaren. Das, was Pflegeprofis besser können als Laien, liegt in deren Händen. Die gezielte Aktivierung und Gesunderhaltung pflegebedürftiger Menschen ist eines der Stichworte. Arrangements mit 24-Stunden-Service gibt es auch im Norden. Die öffentliche Vollfinanzierung bei zugleich hoher öffentlicher Regulierung – in Finnland ist die 24-Stunden-Betreuung eine eigene Leistungskategorie – errichtet gegen die Entwicklung grauer Pflegemarkte jedoch wirksame Sperren.

Systemübergreifend gleiche Qualitätsziele

Im skandinavischen Raum besteht das oberste Ziel darin, Menschen mit Unterstützungsbedarf die Leistungen zukommen zu lassen, die sie persönlich benötigen, um möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Werden die Einschränkungen so groß, dass dies immer schwerer zu gewährleisten ist, greifen zunächst Angebote der Tagespflege und dann der Versorgung in Heimen oder Pflegewohnungen. Auch dort jedoch geht es darum, Menschen nicht nur zu versorgen, sondern sie so zu aktivieren, dass sie sich weiter am Gemeinschaftsleben beteiligen können. Um Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Führung eines möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebens geht es auch im deutschen Pflege-

versicherungsrecht. „Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“, lautet die Vorgabe (Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI, § 2). Eng damit verbunden sind der Vorrang der häuslichen Pflege und der Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (SGB XI, § 3, § 5). Bei dem, was für Menschen mit Unterstützungsbedarf erreicht werden soll, gibt es also eine große Übereinstimmung. Auch die Qualitätsversprechen differieren kaum. Nach den einschlägigen Gesetzen der Bundesländer müssen die Pflegedienste eine Qualität der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse gewährleisten, insbesondere durch persönlich und fachlich geeignete Beschäftigte und eine personenzentrierte Pflege, die die Gesundheit und Selbstständigkeit der Nutzerinnen und Nutzer erhält und fördert.⁴

Für die Pflegerealität freilich ist nicht entscheidend, welche Qualitätsversprechen in den einschlägigen Gesetzen niedergelegt sind. Entscheidend ist die Frage, ob das etablierte System aufgrund seiner Grundlogik, die sich in unterschiedlichen Strukturen der Leistungserbringung und Finanzierung konkretisiert, überhaupt geeignet ist, den formulierten Ansprüchen gerecht zu werden. Prägend für den skandinavischen Weg ist das Modell des universalistischen Wohlfahrtsstaats: Der Staat (konkret: die Kommunen) finanziert und erbringt soziale Dienstleistungen unterschiedlicher Art, wenn ein Mensch persönlich Bedarf hat.

⁴ Für Bayern siehe das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PfleWoqG – v. 01.08.2008 i.D.F. vom 22.05.2013.

Er ist für die Ergebnisse (= Outcome) verantwortlich. Grundidee dahinter: Erziehung, Betreuung, Umsorgung ist eine demokratisch bestimmte Gemeinschaftsaufgabe. Alle Einwohner/-innen sollen gleichen Zugang haben zu den benötigten Serviceleistungen, unabhängig vom individuellen Einkommen und der Verfügbarkeit familiärer Ressourcen. Unterhaltsverpflichtungen der Kinder gegenüber ihren Eltern würden dieser Grundidee widersprechen und existieren daher schon lange nicht mehr. Mit Angehörigen besteht eine Beziehung der Kooperation; dies gilt für die Altenbetreuung in analoger Weise wie für die Kinderbetreuung.

Der umfassenden Rolle, die den Kommunen in Skandinavien zugebilligt wird, steht in Deutschland das Modell der Familienpflege mit nur ergänzenden staatlichen Leistungen gegenüber. Die Familie gilt als die ideale Institution für die Wahrnehmung von Pflege- und Betreuungsaufgaben, zumindest jedoch für die Organisierung dieser Aufgaben. Der Staat soll mit öffentlichen Leistungen nur subsidiär tätig werden. Dem entspricht, dass das durch Versicherungsbeiträge finanzierte öffentliche Unterstützungssystem erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit greift mit dann Wahlleistungen zwischen Cash und Care. Für die Ergebnisse trägt der Staat anders als in Skandinavien nur eingeschränkt Verantwortung. Er stellt den gesetzlichen Rahmen und legt die Beitragssätze fest; die Ausführung obliegt der Selbstverwaltung. Mit der Schaffung der Pflegeversicherung gilt für diese aber im Wesentlichen die Logik eines Preis-Wettbewerbs auf Märkten für ambulante und stationäre Leistungen.

Auch in den skandinavischen Ländern erfolgte eine gewisse Vermarktlichung der

Pflege. Während jedoch in Deutschland die konservative Idee vom bei sozialen Diensten nur subsidiär tätigen Staat die Privatisierung der Pflege begünstigte, entfaltete umgekehrt in den skandinavischen Ländern die starke Stellung des Wohlfahrtsstaats Sperrwirkungen gegen ein zu viel an Privatisierung. Wie sehr die Idee des Wohlfahrtsstaats zur kollektiven Identität gehört, machte 2016 in Dänemark eine von der damals rechtsgeneigten Regierung initiierte Befragung deutlich. Die Bevölkerung war aufgefordert, die wichtigsten kulturellen Bausteine der dänischen Gesellschaft zu identifizieren. 66.000 Bürger/-innen beteiligten sich. Auf Platz 1 landete der Wohlfahrtsstaat, die Wohlfahrtsgesellschaft (22.784 Nennungen), gefolgt von Freiheit (22.089 Nennungen) und Vertrauen (21.965 Nennungen).⁵

Anspruch und Realität der Langzeitpflege klaffen in Deutschland weit auseinander. Auch in den skandinavischen Ländern gibt es Diskrepanzen, kommen Missstände vor. Sie sind aber nicht systembedingt. Anders als in Deutschland sind die Systeme so konzipiert, dass sie den formulierten Ansprüchen nicht entgegenstehen. So ist es, um einen zentralen Punkt herauszugreifen, schon rein logisch unmöglich, die persönlichen Hilfebedarfe von in Deutschland zwischenzeitlich nahezu vier Millionen pflegebedürftigen Personen auf fünf Pflegegraden abzubilden. In den skandinavischen Ländern gibt es deshalb auch keine Pflegestufen oder Pflegegrade, sondern jeder unterstützungsbedürftige Mensch hat Anspruch auf seinen ganz individuellen Plan.

⁵ Zit. nach Bericht in Nordschleswiger vom 12.12.2016.

Tabelle 1: Professionelle Pflegequoten im Vergleich: 2017 oder letztverfügbares Jahr

	DE	DK	FI	IS	NO	SE
Bevölkerung im Alter von 65+ (NO: 67+)						
Anteil 65+ an der Wohnbevölkerung (01.01.2017)	21,2	19,1	20,9	14,0	16,6	19,8
Häusliche Pflege + Alltagsunterstützung: Klienten in % der 65+-Wohnbevölkerung (NO 67+)	4,2	11,1	10,4	20,2	16,0	11,9
Institutionelle Pflege (Heime): Bewohner in % der 65+-Wohnbevölkerung (NO 67+)	4,3	4,1	4,8		5,7	5,7
Formelle Pflegequote insgesamt (%)	8,5	15,2		20,2	21,7	17,6
Bevölkerung im Alter von 75+ (NO, SE: 80+)						
Anteil 75+ an der Wohnbevölkerung (01.01.2017)	11,3	7,8	9,1	5,9	7,0	8,6
Häusliche Pflege + Alltagsunterstützung: Klienten in % der gleichaltrigen Wohnbevölkerung	6,9	21,4	19,9	44,4	33,4	31,9
Institutionelle Pflege (Heime): Bewohner in % der gleichaltrigen Wohnbevölkerung	7,3	10,2	9,8		13,8	17,3
Formelle Quote insgesamt (%)	14,2	31,6		(44,4)	47,2	49,2

Legende: DE = Deutschland; DK = Dänemark; FI = Finnland; IS = Island; NO = Norwegen; SE = Schweden

Erläuterung: Bei DK seit 2008 Rückgang der formalen Pflegequoten (2008 erhielten 32,7 % der 75+-EW Home-Help-Leistungen. Bei Finnland keine Summenbildung, weil konsolidierte Daten fehlen. Bei Island existiert keine separate Heimstatistik mehr.

Quellen: Amtliche Statistiken, vgl. unter Statistische Quellen

Die Delegation der Leistungserbringung an einen Quasi-Markt bei gleichzeitiger Deckung der von der Pflegeversicherung übernommenen Leistungen macht es aber erforderlich, das komplexe Pflegegeschehen in Einzelverrichtungen zu zerstückeln, die mit Zeiteinheiten und Preisen versehen werden. Der gesetzlich normierte Anspruch auf personenzentrierte Pflege bleibt dabei auf der Stecke. Auch in Heimen kann er selten eingelöst werden, weil die Personaldecke dies nicht hergibt. Nötig wäre eine dem Bedarf entsprechende Personalbemessung. Bislang gibt es sie nicht. Einerseits ist die Familienpflege als tragende Säule des deutschen Systems mit dem, was ihr zugemutet wird, zunehmend überfordert. Andererseits ist das professionelle System gar nicht so aufgestellt und ausgebaut, dass es die Familien wirksam entlasten könnte.

Höhere öffentliche Ausgaben der Langzeitpflege aufgrund höherer Reichweite der Caredienste

Gesundheitsausgaben insgesamt gleichwohl niedriger

Wie aus Tabelle 1 für das Jahr 2017 ersichtlich, stellen die 65+-Einwohner/-innen sowie die 75+-Einwohner/-innen in Deutschland jeweils höhere Anteile an der Wohnbevölkerung als in den nordischen Ländern, wobei die Differenz zu Finnland gering, die zu Island und Norwegen aber ausgeprägt ist. Bei den Anteilen der Älteren (65+) und alten Menschen (75+), die institutionell in Heimen oder Pflegewohnungen betreut werden, sind die Unterschiede nicht sehr ausgeprägt. Tendenziell zwar liegen die Anteile in den skandinavischen Ländern etwas höher als in Deutschland, bei der 65+-Bevölkerung jedoch liegt der

Anteil institutioneller respektive stationärer Versorgung in Dänemark leicht niedriger als in Deutschland (DK: 4,1 %; DE: 4,3 %). Der Hauptunterschied besteht darin, dass vielfach so hohe Bevölkerungsanteile von älteren, alten und hochaltrigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit von professionellen Kräften Pflege- und Unterstützungsleistungen erhalten. In Deutschland erhielten Ende 2017 nur 6,9 Prozent der ab 75-Jährigen in der eigenen Häuslichkeit Leistungen von ambulanten Pflegediensten verglichen mit 21,4 Prozent in Dänemark und noch höheren Anteilen in Island, Norwegen und Schweden. In den beiden letztgenannten Ländern erhält annähernd jeder zweite Einwohner im Alter von 80+ Sachleistungen in der eigenen Häuslichkeit oder in Sonderwohnformen. Der zeitliche Umfang differiert stark. Die meisten Empfänger/-innen von Sachleistungen benötigen nur wenige Stunden Unterstützung pro Woche, um im vertrauten Umfeld weiter ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Andere benötigen mehrfach am Tag Unterstützung bis hin zum 24-Stunden-Service.

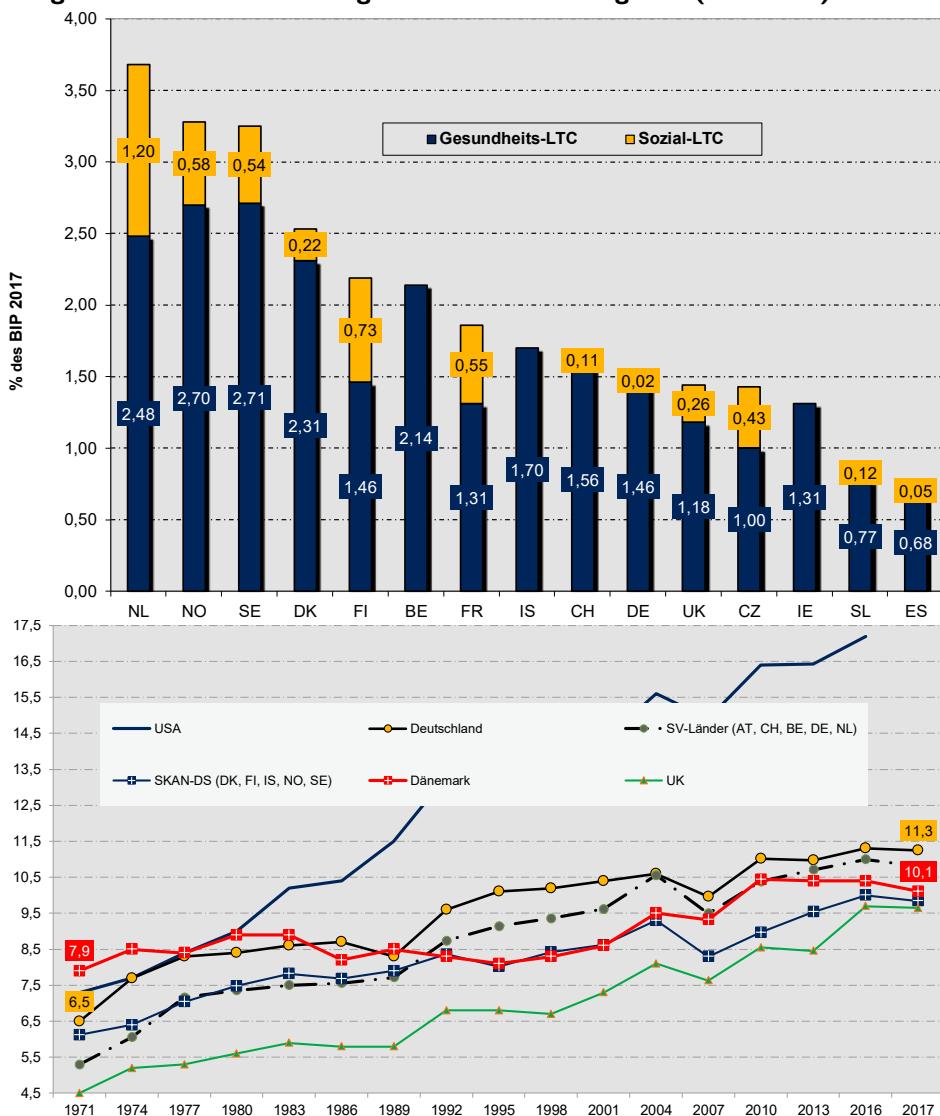
Die größere Reichweite des öffentlichen Unterstützungssystems korrespondiert mit höheren öffentlichen Ausgaben. Wie Abbildung 1 verdeutlicht, bedeuten höhere öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege aber nicht zwingend, dass damit auch die Gesundheitsausgaben insgesamt gemessen an der Wirtschaftsleistung (% des BIP) besonders hoch ausfallen. Für die Langzeitpflege geben die skandinavischen Länder trotz der dort geringeren Anteile alter und hochbetagter Menschen im Mittel 2,7 BIP-Prozentpunkte aus verglichen mit nur 1,48 Prozent in Deutschland. Während in Deutschland die soziale Komponente mit

nur 0,02 BIP-Prozentpunkten fast keine Rolle spielt, investieren die nordischen Länder hierfür im Mittel einen guten halben Prozentpunkt. Auch im Vergleich mit anderen Ländern ist die annähernde Nichtexistenz sozialer Dienste bemerkenswert und spiegelt den Rückzug der Kommunen aus der Altenhilfe bei gleichzeitiger Substitution professioneller Strukturen durch Ehrenamtler und freiwillig Tätige wider.⁶

Sich bei der Langzeitpflege einen schlanken Fuß zu machen, zahlt sich auf die lange Frist nicht aus. Trotz der Steigerung ihrer Altenpflegeausgaben gelang es den skandinavischen Ländern vergleichsweise gut, die Gesundheitsausgaben insgesamt unter Kontrolle zu halten. Als Staat rund 1,2 BIP-Prozentpunkte mehr als Deutschland für die Langzeitpflege einzusetzen, bedeutet nicht, dass damit auch die Gesundheitsausgaben insgesamt entsprechend steigen, im Gegenteil. Die Gesundheitsausgaben insgesamt sind seit Anfang der 70er-Jahre weniger stark gestiegen als in Deutschland und liegen heute im Mittel um einen guten BIP-Prozentpunkt unter dem deutschen Niveau. Von den öffentlich finanzierten laufenden Gesundheitsausgaben setzt Deutschland nur 13 Prozent für die Langzeitpflege ein verglichen mit über 24 bis 37 Prozent in Skandinavien und den Niederlanden. Auch in Skandinavien, vorneweg in Schweden mit Stockholm als Schwerpunkt, kam es nach der Aufgabe des kommunalen Versorgungsmonopols zu Prozessen der Vermarktlichung und Privatisierung. Sie stellen sich unterschiedlich dar.

⁶ Dementsprechend sind die Ausgaben für Soziale Dienste der Langfristpflege rückläufig. Im Jahr 2000 lagen sie mit 0,04 BIP-Prozentpunkten noch doppelt so hoch. Quelle: Siehe die Angabe unter der Abbildung 1

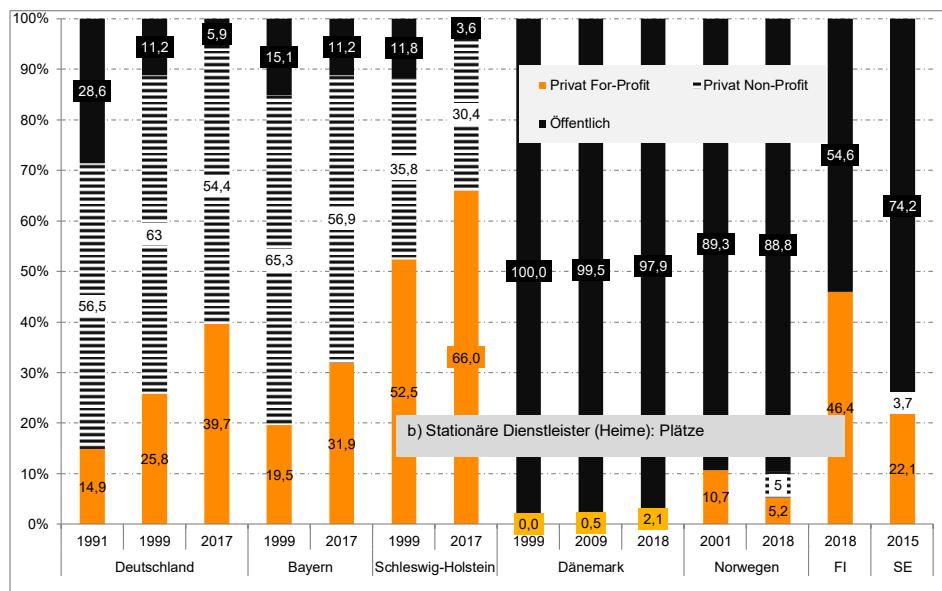
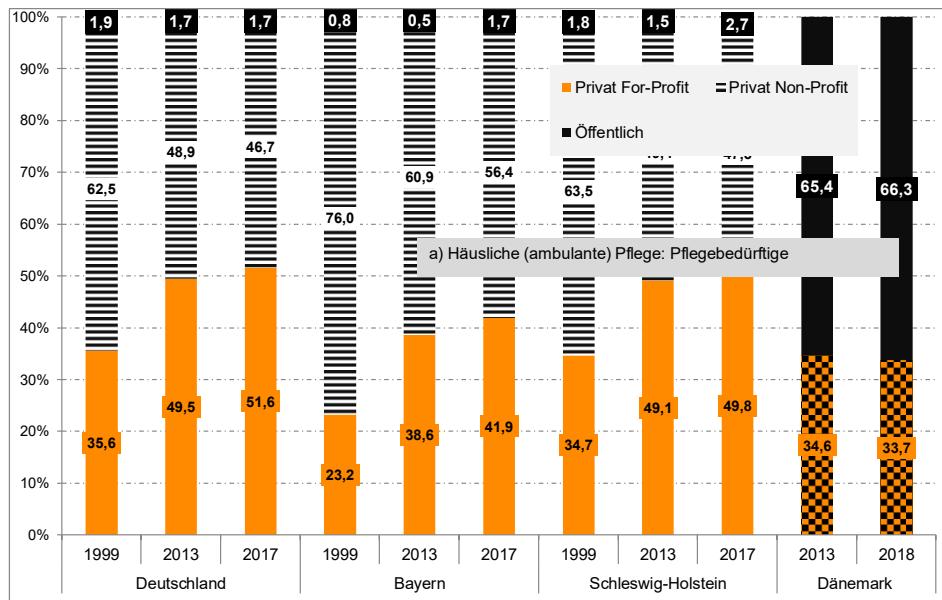
Abbildung 1: Öffentliche Ausgaben für die Gesundheits- und Sozialkomponente der Langzeitpflege (LTC) in Prozent des BIP im Jahr 2017 im europäischen Vergleich und die Entwicklung der Gesundheitsausgaben (% des BIP) seit 1971



Legende: NL = Niederlande; NO = Norwegen; SE = Schweden; DK = Dänemark; FI = Finnland; BE = Belgien; FR = Frankreich; IS = Island; CH = Schweiz; DE = Deutschland; UK = Vereinigtes Königreich; CZ = Tschechien; IE = Irland; SL = Slowenien; ES = Spanien; SKAN-DS=Skandinavien-Durchschnitt; SV=Sozialversicherung

Quellen: 1) Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_shal1_hchf]; Update 31.01.2020; 2) OECD Health Data.

Abbildung 2: Trägerstruktur der häuslichen (ambulanten) und stationären Langfristpflege in Heimen und Pflegewohnungen im Vergleich



Quellen: Amtliche Statistiken siehe unter Statistische Quellen

Den stärksten Vermarktlichungsprozess haben die Pflegesysteme von Schweden und Finnland durchlaufen, während sich Norwegen weitgehend resistent zeigte (vgl. die Beiträge in Meagher, Gabrielle et al. 2013). Dänemark und Island bewegen sich dazwischen.

In Schweden wurde das kommunale Monopol bereits Anfang der 90er Jahre aufgegeben. Dem Zeitgeist folgend gab es große Hoffnungen auf einerseits mehr Wahlmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen und andererseits geringere Kosten für die Kommunen. Wohl haben sich größere Wahlmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen eingestellt, aber auch eine zu Teilen große Unübersichtlichkeit und damit Überforderung. Die Hoffnung der Kommunen auf effizienzbedingt geringere Kosten hat sich eher nicht erfüllt. Anders als in Deutschland können kommerzielle Dienstleister untertarifliche Bezahlungen nicht als Wettbewerbsfaktor nutzen. Sie unterliegen der Tarifbindung und versuchen deshalb, gute Renditen über die Verschlechterung von Strukturparametern (Einhaltung nur von Mindeststandards bei der Qualifikationsstruktur, Outsourcing von Funktionsdiensten usw.) zu erwirtschaften. Gegenüber der Leistungserbringung in Eigenregie gibt es für die Kommunen meist keine direkte Kostensparnis, indirekt aber einen Anstieg der Steuerungskosten bei gleichzeitigem Verlust direkt durchgreifender Steuerung. Je mehr private Dienstleister es in einer Kommune gibt, umso größer wird der Steuerungsverlust. In den letzten Jahren sind deshalb einige Kommunen dazu übergegangen, bei der Neuvergabe von Leistungen die Anforderungen so hoch zu setzen, dass darüber ein Teil der Anbieter aussortiert werden kann. Lixenfeld (2020: S.

159f.) schildert den Fall einer schwedischen Kommune.

Als Erfolg kann der schwedische Weg der Vermarktlichung und teilweisen Privatisierung nicht angesehen werden. Als Dänemark unter einer rechtsgeneigten Regierung 2002 den Pflegemarkt für private Anbieter öffnete, wurde deshalb eine abweichende Strategie eingeschlagen. In Schweden wurde der Markt geöffnet, ohne Restriktionen für fachfremde Anbieter vorzusehen. International tätige Finanzinvestoren entdeckten Schweden als lukratives Betätigungsgebiet, wo sich risikolos gute Renditen erwirtschaften lassen. Die Renditen werden mit Steuergeldern finanziert, wobei etliche Investoren ihre Geschäftsmodelle so angelegt haben, dass sie in Schweden kaum oder gar keine Steuern zahlen. In Dänemark bieten sich für internationale Investoren kaum Anlagemöglichkeiten, was die Privatisierung nicht aus, aber abbremst. Zwar stieg der Anteil älterer und hochbetagter Menschen, die in privaten Heimen oder Pflegewohnungen (non-profit und for-profit) betreut werden, von 0,5 Prozent (2009) auf 2,1 Prozent (2018) prozentual gesehen kräftig an. Mehr als eine ergänzende Funktion erfüllt diese Versorgung bislang aber nicht.

In Deutschland ist die Situation komplett umgekehrt. Nur noch 5,9 Prozent der stationären Betten befinden sich in öffentlichem Eigentum; in Bayern immerhin liegt der Wert mit 11,2 Prozent noch annähernd doppelt so hoch (vgl. Abbildung 2). Die Privatisierung konzentriert sich in Dänemark auf die häuslichen Dienste mit Schwerpunkt „Hauswirtschaft“ respektive „Praktische Hilfe“. Rund ein Drittel der Pflegebedürftigen wählt zwischenzeitlich private Dienstleister (vgl. die Abbildung). Hintergrund ist

die Etablierung eines Rechtsanspruchs auf freie Wahl des Dienstleisters. Um diesen Rechtsanspruch zu erfüllen, müssen die dänischen Kommunen dafür sorgen, dass es vor Ort mindestens zwei Anbieter gibt, wovon ein Dienstleister die Gemeinde selbst sein kann. Eine analoge Regelung existiert in Schweden nicht. In der Konsequenz existiert dort eine sehr große Spannweite. In etwas mehr als der Hälfte der Gemeinden wie zum Beispiel in Halmstadt oder Malmö besteht weiterhin ein kommunales Monopol oder Quasimonopol. Auf der anderen Seite werden in einer kleineren Anzahl von Gemeinden wie z. B. in Uppsala weniger als 50 Prozent der Pflegebedürftigen im Rahmen des kommunalen Managements versorgt; in Stockholm ist der kommunale Anteil bei den häuslichen Diensten sogar auf unter 30 Prozent gesunken (01.10.2017).

Der Teilprivatisierung, die das dänische, finnische und schwedische Pflegesystem in unterschiedlicher Weise prägt, stehen in Norwegen und Island Verhältnisse gegenüber, die durch eine große Stabilität geprägt sind. Außerhalb von Oslo gibt es in Norwegen bislang kaum Privatisierungen. Die formale häusliche Pflege liegt weitestgehend in den Händen der Gemeinden, eine Statistik zur Trägerstruktur existiert daher gar nicht. Eine solche Statistik gibt es nur bezogen auf Heime. Gut 10 Prozent der Heimplätze befinden sich in privatem Eigentum, wobei seit einigen Jahren zwischen kommerziellen und nicht-kommerziellen Eigentümern unterschieden wird. Der kommerzielle Anteil liegt aktuell (2018) bei 5,2 Prozent (siehe Abbildung 2).

Integriertes öffentliches System – wesentliche Facetten

Skandinavien kombiniert hohe öffentliche Leistungsausgaben mit geringen Bürokratiekosten

Wir hatten gesehen (vgl. Abbildung 1), dass in Europa die meisten vergleichbar hoch entwickelten Länder deutlich mehr öffentliche Mittel für die Langzeitpflege einsetzen als Deutschland. Die nachfolgende Tabelle 2 nimmt nun eine Engführung auf den deutsch-skandinavischen Vergleich vor. Wie ersichtlich liegen die Euro-Ausgaben pro Einwohner in Dänemark, Schweden und Norwegen vielfach so hoch wie in Deutschland, wobei die Diskrepanz bei der Sozialkomponente extrem ausfällt. Kümmerlichen 6 Euro je Einwohner in Deutschland stehen Beträge zwischen 113 Euro in Dänemark und 390 Euro in Norwegen gegenüber. Berücksichtigt werden muss, dass die in Euro angegebene Differenz wegen des in Dänemark und Norwegen höheren Kaufkraftniveaus überzeichnet ist. Auf der anderen Seite jedoch hat Deutschland einen höheren Anteil alter und hochaltriger Menschen. Hinsichtlich Altersstruktur und Kaufkraftniveau liegen Deutschland und Finnland recht nahe beieinander. Pro Einwohner jedoch gibt auch Finnland 300 Euro mehr für die Langzeitpflege aus als Deutschland.

Dass stark vermarktlichte wie auch korporatistisch gesteuerte Gesundheitssysteme mit hohen Ausgaben für Governance (Verwaltung und Steuerung) assoziiert sind, wird selten beachtet. Mit ihren öffentlichen Gesundheitssystemen schneiden die skandinavischen Länder bei den Governance- respektive Bürokratiekosten besonders gut ab. Die BIP-Anteile fallen nicht halb so hoch aus

Tabelle 2: Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege (LTC) 2017: € pro EW und % des BIP im deutsch-skandinavischen Vergleich

	Deutschland		Dänemark		Finnland		Schweden		Norwegen	
	€/EW	BIP-%	€/EW	BIP-%	€/EW	BIP-%	€/EW	BIP-%	€/EW	BIP-%
LTC /Gesundheits-Leistungen)	580	1,46	1.175	2,31	592	1,46	1.281	2,71	1.816	2,7
LTC (Sozial-Leistungen)	6	0,02	113	0,22	295	0,73	254	0,54	390	0,58
LTC insgesamt	586	1,48	1.288	2,53	887	2,19	1.535	3,25	2.204	3,28
Nachrichtlich Verwaltung und Steuerung (öff. + priv)	208	0,53	125	0,25	33	0,08	88	0,19	48	0,07
Darlehen öffentlich	195	0,49	119	0,23	25	0,06	82	0,17	48	0,07

Quelle: Eurostat; Datensatz „Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth Sha11_hchf]“; Update 31.01.2020; eigene Auswertung

wie in Deutschland, das mit 0,53 BIP-Prozentpunkten respektive 208 Euro/EW innereuropäisch mit an der Spitze liegt. Noch weniger effizient ist Frankreich (0,64 % des BIP). Man kann von einem Bürokratieparadoxon sprechen. Gerade die Systeme, die dem Ideal größtmöglicher Staatsferne durch die Betonung der Selbstverwaltung und/oder der vermeintlichen Effizienz von Marktlösungen folgen, produzieren weit mehr Bürokratie als die staatlichen Systeme. Am wenigsten vermarktlert ist das norwegische Gesundheits- und Pflegesystem mit 80 Prozent weniger Ausgaben für Bürokratie respektive Governance, als sie in Deutschland anfallen, wobei diese Ausgaben in Norwegen ausschließlich öffentlich finanziert sind. Auch Finnland hat sehr geringe Bürokratiekosten.

Der aus Tabelle 2 ersichtliche Befund geringerer Governanceausgaben in Skandinavien und hoher Governanceausgaben in Deutschland erklärt sich über die Finanzierungsstrukturen wie auch die Strukturen der Leistungserbringung. Auf das erste Ursachenbündel will ich etwas näher eingehen. Die skandinavischen Systeme der Gesundheitsversorgung sind überwiegend steuer-

finanziert, das deutsche System gegenläufig beitragsfinanziert (Pflichtbeiträge zu gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherungen). Theoretisch lassen sich diesen konträren Finanzierungsformen jeweils spezifische Vor- und Nachteile zuschreiben, wobei die Vorteile der Steuerfinanzierung respektive der Finanzierung über öffentliche Haushalte zugleich die Nachteile der Beitragsfinanzierung sind und umgekehrt. Wenn in Deutschland von sozialer Sicherung die Rede ist, verbindet sich dies mit der Vorstellung von Sozialversicherungen. Auf die skandinavischen Länder übertragen, wird dann an Einwohnerversicherungen gedacht. Dies verkennt, dass die Gesundheitsversorgung analog zu Bildung und Erziehung keiner Versicherungslogik, sondern einer öffentlichen Bedarfslogik folgt. Die Versicherungslogik setzt den Eintritt eines „Schadensfalles“, bei der Langzeitpflege das Vorliegen erheblicher Pflegebedürftigkeit, voraus. Der Leistungsbezug ist dann an die Mitgliedschaft bei einer Versicherung gebunden. Diese erheben zur Finanzierung Beiträge, deren Höhe fix sein kann (Kopfpauschale) oder sich am Einkommen bemisst. In Deutschland werden die Beiträge zur

Pflegeversicherung gesetzlich festgelegt und beinhaltet ein festes Leistungspaket. Bei der Krankenversicherung ist dies anders. Hier gibt es für die Kassen gewisse Gestaltungsspielräume. Steuerfinanzierung folgt einer anderen Grundlogik. Da der Leistungsbezug nicht an das Vorliegen eines „Schadens“ (erhebliche Pflegebedürftigkeit) gebunden ist, lassen sich Maßnahmen zur Vermeidung des Eintritts erheblicher Pflegebedürftigkeit gut begründen. Die Finanzierung erfolgt dann aus dem allgemeinen Steueraufkommen, und leistungsberechtigt sind alle Einwohner einer Gemeinde; ihr Familien- oder Erwerbsstatus ist irrelevant.

Als Vorteile von Versicherungen, so wie sie in Deutschland (Pflichtversicherungen) ausgeprägt sind, können drei Punkte benannt werden:

- **Anspruchstransparenz:** Der Leistungsanspruch ist im Sinne von Wenn-Dann-Regeln klar definiert. Dies bezogen sowohl auf die Leistungshöhe wie auch die Kostenträgerschaft. Wenn die Begutachtung Pflegegrad 3 ergibt, dann besteht (Stand: August 2019) ein monatlicher Anspruch auf 545 Euro Pflegegeld bei informeller Pflege und auf 1.298 Euro bei Einschaltung ambulanter Dienste. Die Heimunterbringung wird mit 1.262 Euro bezuschusst. Hinsichtlich der Kostenträgerschaft greift eine Prüfkaskade, denn die Finanzierungsquellen stehen untereinander in einem hierarchischen Verhältnis. Wenn Krankenpflege vorliegt, zahlt die Krankenversicherung, wenn Langzeitpflege vorliegt, zahlt die Pflegeversicherung. Bietet sich die Durchführung einer Reha-Maßnahme an, um den Eintritt dauerhafter Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, kommen gleich mehrere

Kassen als potenzielle Financiers infrage, nicht jedoch die Pflegeversicherung.

- **Anspruchssicherheit:** Auf die gesetzlich festgelegten Leistungen besteht ein einklagbarer Rechtsanspruch. Einer Leistungsgewährung nach Kassenlage oder dem Ermessen von Pflegemanagern ist ein Riegel vorgeschoben.

- **Finanzierungstransparenz:** Das Beitragsaufkommen fließt nicht in den allgemeinen Staatshaushalt und gerät dadurch auch nicht in eine Finanzierungskonkurrenz mit anderen Aufgaben.

Den Vorteilen stehen zahlreiche Nachteile gegenüber – diese sind in den Vorteilen teilweise schon mit angelegt. Als wichtigste Nachteile können benannt werden:

- **Keine breite Risikobündelung**, da die Finanzierungsbasis beschränkt ist auf die Beitragszahler der jeweiligen Kasse. Dies beinhaltet die Gefahr, dass sich sehr unterschiedliche Risikokollektive bilden. Sofern es viele Kassen gibt und Wettbewerb zwischen den Kassen zugelassen ist, verstärkt dies die Selektionstendenz. Ein Teil der Kassen verfolgt Strategien der Rosinenpickerei, um bevorzugt Mitglieder mit eher gutem Gesundheitszustand an sich zu binden. Bei anderen Kassen sammeln sich dann Kollektive mit eher schlechtem Gesundheitszustand. Die Unterschiede bei den Risikoprofilen können so groß werden, dass ein Ausgleichsmechanismus notwendig wird, der dann aber wieder anfällig ist für Korruption. In Deutschland erhalten Krankenkassen mit „schlechten Risiken“ Ausgleichsmittel aus dem Risikostrukturfonds. Besonders groß sind die Verzerrungen zwischen der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung. Die Mitglieder der privaten Pflegeversi-

cherung sind in viel geringerem Umfang pflegebedürftig als die der sogenannten sozialen Pflegeversicherung. Da es trotzdem keinen Ausgleichsmechanismus gibt, konnte der private Versicherungszweig hohe Rücklagen bilden.

- **Keine breite Finanzierungsbasis:**

Die Koppelung an das Erwerbseinkommen lässt andere Einkommen außen vor. Dies schafft nicht nur Gerechtigkeitsprobleme, sondern tangiert auch die Ergebnisbigkeit der Finanzierungsbasis, wenn zum Beispiel die Bruttolohnsumme geringer wächst als das Bruttoinlandsprodukt. Dann schrumpft die Finanzierungsbasis.

- **Segmentierung statt freier Zugang für alle Einwohner:**

Die Aufteilung der Bevölkerung in Kollektive mit jeweils unterschiedlicher Risikostruktur macht den gesetzlichen Anspruch auf Leistungsgewährung nach individuellem Bedarf zur Makulatur. Der passgenaue Zuschnitt von Leistungspaketen erfordert nämlich eine Flexibilität, die durch die Wenn-Dann-Regeln ausgeschlossen ist. Verschärfend kommt hinzu, dass die Leistungen der Pflegeversicherung gedeckelt sind. Dies entfaltet sozial selektive Wirkungen; nur eine Minderheit kann sich hohe private Zuzahlungen leisten.

- **Verschiebebahnhöfe verhindern eine integrierte Leistungserbringung:**

Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive sollten Pflege, Betreuung und Alltagsassistenz ganzheitlich-integriert vom Bedarf des Pflegebedürftigen aus gestaltet werden. Integrierte Leistungsgewährung setzt jedoch ein integriertes Finanzierungssystem voraus. Je zerklüfteter das Finanzierungssystem ist mit zahlreichen Kassen und unterschiedlichen Sozialversicherungszweigen, umso we-

niger wahrscheinlich wird das Gelingen von Integration. Die Verankerung der gesetzlichen Pflicht zur Kooperation kann diesen Strukturmangel nicht ausgleichen. Integration gelingt im Ergebnis immer nur in Insellösungen, nie flächendeckend. So wäre es fachlich zum Beispiel geboten, dass Heimbewohner/-innen zahn- und allgemeinmedizinisch von den gleichen Ärzten betreut werden. Da die Heimbewohner/-innen aber sehr verschiedenen Kollektiven von Versicherten angehören, lässt sich dies im Rahmen der Versicherungslogik nur sehr schwer umsetzen. Folge: Es passiert kaum.

- **Hohe Verwaltungskosten:**

Bei einer Finanzierung über Pflichtversicherungen gibt es parallel zur Steuerverwaltung diverse Versicherungsverwaltungen. Logischerweise entstehen hier Kosten, die bei der Steuerfinanzierung gar nicht anfallen. Sofern zwischen den verschiedenen Kassen auch noch Wettbewerb zugelassen ist, entstehen neben den Verwaltungskosten weitere Kosten, zum Beispiel für Mitgliederwerbung.

Meine Beurteilung geht dahin, dass die Nachteile schon dem Grunde nach schwerer wiegen als die Vorteile. In dem Maße freilich, wie sich die Gesellschaft individualisiert hat und Erwerbsbiografien brüchiger geworden sind, erweist es sich als enormer Vorteil, wenn diesen Spaltungslien durch Bündelung der gesamten Bevölkerung in einem einzigen Risikokollektiv entgegengewirkt wird. Unterteilungen entlang von Status, Beruf, Branche, die sich während des Erwerbslebens immer häufiger ändern, werden irrelevant. Die Leistungsgestaltung kann entsprechend flexibel vorgenommen werden; sie umschließt alle und ist nicht an

ein bestimmtes Kassenkollektiv gebunden. Dort also, wo eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe vorliegt, erweist sich die Steuerfinanzierung als überlegen. Dies freilich unter einer Bedingung, die nicht in jedem Land und nicht zu jeder Zeit gegeben ist. Notwendig ist die Bereitschaft der Politik, für ein ergiebiges Steueraufkommen zu sorgen. Hier gibt es Unterschiede zwischen links- und rechtsgeneigter Politik. Linksgeneigte Politik ist dort, wo es erforderlich ist, eher bereit, Steuern zu erhöhen, als rechtsgeneigte Politik.

Die Folgen lassen sich im Vereinigten Königreich gut studieren. Der Staatliche Gesundheitsdienst (NHS) wurde nach 1945 von der Labour Party begründet, was weltweit Ausstrahlungseffekte entfaltete. Zahlreiche Länder, darunter ab den 60er Jahren auch die skandinavischen Länder, haben in der Folge steuerfinanzierte öffentliche Gesundheitsdienste eingerichtet. Nach mehr als drei Dekaden marktliberaler bis marktradikaler Politik ist der NHS heute allerdings das einzige Relikt des ehemaligen Wohlfahrtsstaats. Zwar konnten die konservativen Regierungen von Margaret Thatcher und ihrem Nachfolger John Major (1979 bis 1997) und dann von David Cameron und Theresa May (Mai 2010 bis Juli 2019) den NHS nicht zu Fall bringen, aber die von den Tories angeführten Regierungen haben durch ihre Steuerpolitik jeweils dafür gesorgt, dass für den NHS keine ausreichenden Finanzierungsmittel mobilisiert werden konnten. Bestenfalls blieb der BIP-Anteil konstant. Als 1997 die Labour Party die Regierung übernahm, war die finanzielle Auszehrung schon sehr weit fortgeschritten. In den Regierungsjahren der Labour Party gelang es, die staatlichen Ausgaben für Gesundheit um

fast drei BIP-Prozentpunkte anzuheben.⁷ Der Übergang zu einer Regierung aus Konservativen und Liberalen 2010 leitete dann aber eine erneute Schwächung ein. Während der Staatliche Britische Gesundheitsdienst so immer wieder Phasen der chronischen Unterfinanzierung durchläuft, gilt Gleichtes für die skandinavischen Länder nicht. Es sind verschiedene Mechanismen, die stabilisierend wirken. Regierungsbildung heißt heutzutage in den skandinavischen Ländern, dass sich mehr als zwei, häufig vier bis fünf Parteien auf eine Form der Zusammenarbeit verständigen. Die Wahrscheinlichkeit für eine entschiedene Steuersenkungspolitik, durch die die Finanzierungsbasis für die sozialen Sicherungssysteme nachhaltig geschwächt würde, ist dabei eher gering, zumal die Parteien, die die Regierung tragen, meist nicht durchgängig dem rechten politischen Spektrum angehören. In Island etwa gibt es aktuell eine Links-Rechts-Regierung unter einer links-grünen Ministerpräsidentin. In Dänemark regiert eine sozialdemokratische Minderheitsregierung, die sich im Parlament auf einen sogenannten „Roten Block“ aus Parteien, die dem linken politischen Lager zugehören, stützt. In Finnland gibt es unter der Sozialdemokratin Sanna Marin eine Fünf-Parteien-Koalition, die von der in der rechten Mitte zu verortenden Zentrumsparcie bis zur Linkspartei reicht.

⁷ Der für Tabelle 2 ausgewertete Datensatz liefert für das Vereinigte Königreich (UK) keine Daten. Hilfsweise kann jedoch auf den Datensatz „Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen (COFOG) [gov_10a_exp]; Update 24.02.2020“ zurückgegriffen werden. Für Gesundheit (laufende und investive Ausgaben) gab das UK 1997 nur noch kümmerliche 4,7 Prozent des BIPs aus; 2010 waren es 7,6 Prozent verglichen mit 7 Prozent, die in Deutschland über öffentliche Haushalte und Sozialversicherungen eingesetzt wurden.

Die in Schweden und Norwegen regierenden Minderheitsregierungen wiederum sind eher schwach. Die rot-grüne Minderheitsregierung von Schweden hängt im Parlament auch von der eher rechtsgeneigten Zentrumspartei ab; die Minderheitsregierung von Norwegen wiederum besteht unter Führung der Konservativen aus drei Parteien (Konservative, Sozialliberale, Christdemokraten) und ist im Parlament auf die Stützung durch die Rechtspopulisten angewiesen. Die skandinavischen Rechtspopulisten wiederum verfolgen anders als die AfD in Deutschland nicht auf allen Politikfeldern eine rechtsgeneigte Politik. So gab es in Dänemark von 2001 bis 2011 eine rechtsgeneigte Minderheitsregierung, die im Parlament von den Rechtsnationalisten der Dänischen Volkspartei gestützt wurde. Die Steuersenkungspläne der von den Wirtschaftsliberalen geführten Regierung fanden bei den Rechtspopulisten der Dänischen Volkspartei aber lange keine Unterstützung. Erst 2010 wurde ein Steuersenkungspaket mitgetragen, das eine teilweise Gegenfinanzierung durch neu eingeführte „Gesundheitssteuern“ vorsah.

Auch von der kommunalistischen Prägung der skandinavischen Wohlfahrtsstaaten gehen Bremswirkungen aus. Meist nämlich gibt es neben der Einkommensteuer, die dem Zentralstaat zufließt, eine kommunale Einkommensteuer, deren Sätze die Gemeinden in einem gewissen Rahmen selbst festlegen können. Bei alldem muss berücksichtigt werden, dass sich Beitragsfinanzierung und Unterfinanzierung nicht ausschließen. Wenn die Beitragssätze von der Regierung festgesetzt werden, dann kann dies auch in einer Weise geschehen, die Leistungsrationierungen oder geringe Leistungsniveaus

nach sich zieht. Die deutsche Rentenversicherung liefert dafür ein Lehrstück. Was anders und besser möglich wäre, zeigt der Vergleich mit Österreich.⁸

Die Betrachtung der empirisch ausgeprägten Systeme von Steuer- und Beitragsfinanzierungen liefert eine weitere Erkenntnis. Inwieweit nämlich die von mir dargelegten Nachteile der Beitragsfinanzierung zum Tragen kommen, hängt an der konkreten Ausgestaltung. Norwegen zum Beispiel lehrt, dass Sozialversicherungen so ausgestaltet werden können, dass der Unterschied zur Steuerfinanzierung zu einer Restgröße schrumpft. Nicht-Sachleistungen des Gesundheitssystems (zum Beispiel Kostenersstattungen derjenigen, die sich nicht an das Hausarztmodell angeschlossen haben) werden in Norwegen über Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Etwa 12 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben fallen darunter. Anders als in Deutschland gibt es dafür aber nicht diverse Kassen. Es gibt auch keine Einheitskrankenversicherung, sondern eine „Volksversicherung“ (folketrygden), in der alle Sozialversicherungszweige gebündelt sind. Die Finanzierung erfolgt auch nicht paritätisch, sondern die abhängig Beschäftigten zahlen geringere Beiträge als die Arbeitgeber; und selbstständig Tätige sind pflichtversichert. Weder Versicherungsfreigrenzen noch Beitragsbemessungsgrenzen existieren.⁹

⁸ Ich verweise diesbezüglich auf die Beiträge beim letzten VdK-Forum „Gute Renten heute und morgen. Wie sieht eine generationengerechte Alterssicherung aus?“

⁹ Mit Stand vom 01.07.2019 zahlen Arbeitnehmer und Freiberufler einen Globalbeitrag von 8,2 Prozent ihres Bruttoeinkommens und Selbstständige 11,4 Prozent des persönlichen Einkommens; der reguläre Arbeitgebersatz beträgt 14,1 Prozent (Quelle: MISSOC Stand 01.07.2019).

Die progressive Wirkung von Steuern auf Einkommen und Vermögen wurde hier also in das Sozialversicherungssystem transferiert. Diesem Grenzfall steht in Deutschland jedoch ein Versicherungssystem gegenüber, das alle Nachteile von Versicherungslösungen voll zur Entfaltung bringt.

Angelehnt an das norwegische Beispiel lassen sich fünf Voraussetzungen für die Minimierung der Nachteile von Versicherungslösungen formulieren:

1. Geringe Anzahl von Kassen:

in Deutschland nicht erfüllt (Stand 01.01.2020: 105 gesetzliche Kassen; rund 40 Privatkassen).

2. Kein Wettbewerb der Kassen untereinander:

in Deutschland nicht erfüllt (Gesetzliche Kassen stehen untereinander im Wettbewerb; Österreich liefert ein Gegenbeispiel. 85 Prozent der Bevölkerung sind seit 01.01.2020 in der Gesundheitskasse Österreich versichert; der Rest in wenigen anderen Kassen, zum Beispiel für Beamte).

3. Keine Untergliederung nach Sozialversicherungszweigen, dafür

Einheitskasse, um Verschiebebahnhöfe zwischen unterschiedlichen Sozialversicherungen zu verhindern: In Deutschland nicht erfüllt. Für Reha-Maßnahmen gibt es sieben potenzielle Kostenträger. Für die medizinische Reha sind üblicherweise die Krankenkassen zuständig. Bei Pflegebedürftigen haben sie an der Durchführung von Maßnahmen aber eher kein Interesse, da der finanzielle Gewinn von verminderter Pflegebedürftigkeit bei der Pflegeversicherung anfällt, die selbst nicht Kostenträger ist.

4. Keine Versicherungsfreigrenzen:

in Deutschland nicht erfüllt. Abhängig

Beschäftigte mit einem Jahreseinkommen ab 62.550 Euro brutto (= 5.212,50 Euro/Monat) können zwischen GKV und PKV wählen (§ 6 I Nr. 1 SGB V).

5. Keine oder hohe Beitragsbemessungsgrenzen: in Deutschland nicht erfüllt. Die Beitragsbemessungsgrenze liegt 2020 bei nur 56.250 Euro brutto (4.687,50 Euro /Monat). Das Sozialversicherungssystem entfaltet daher regressive Wirkungen, die die progressive Wirkung des Einkommensteuersystems teilweise zunichtemachen.

Kein kommunales Monopol mehr, aber zentrale Verantwortung der Kommunen besteht fort

Jedes der fünf nordisch-skandinavischen Länder nimmt für sich selbst in Anspruch, über ein eigenes System zu verfügen. Bei genauerer Betrachtung stimmt dies. Aus der deutschen Perspektive jedoch überwiegen die Gemeinsamkeiten. Fünf Gemeinsamkeiten möchte ich benennen:

- Der Sicherstellungsauftrag für bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung über Steuern liegt bei den Kommunen (Gemeinden + Provinzen/ Landkreise). Von den Zentralregierungen erhalten sie dazu finanzielle Unterstützung.
- Zwischen häuslicher und institutioneller Pflege bestehen fließende Übergänge; statistische Unterscheidungen sind daher teilweise (in Island vor allem) entfallen.
- Der demografische Wandel wird nicht sektorale über zerklüftete Strukturen wie in Deutschland, sondern integrativ als kommunale Querschnittsaufgabe bearbeitet. Dies gelingt umso besser, je geringer der Grad an Privatisierung und

Vermarktlichung ist.¹⁰

- Die informelle Pflege wird über Kontrakte der Kommunen mit den nicht-erwerbsmäßigen Pflegepersonen teilweise nahe an die formelle Pflege herangeführt.
- Das hohe Niveau an öffentlicher Regulierung und Finanzierung bremst das Entstehen grauer Pflegemarkte wirksam aus.

Was wir schon bei der näheren Beleuchtung der Finanzierung gesehen haben, gilt auch für die Leistungserbringung. Im Mittelpunkt steht die Kommune respektive die Gemeinde. Sie plant, steuert, ist Eigentümerin der meisten Pflegeimmobilien und erbringt das Gros der professionellen Dienste. Angehörige, ehrenamtlich Tätige und private Dienstleister werden von den Kommunen in das Pflegearrangement eingebunden. Von diesem Grundmodell gibt es fünf Varianten, die mit gewissen Besonderheiten verbunden sind.

So gibt es in Schweden die Besonderheit der Unterscheidung zwischen zwei Managementformen. Beim weit dominierenden kommunalen Management liegt die Zuständigkeit bei den Gemeinden. Pflegebedürftige können sich allerdings auch für ein privates Management entscheiden. In diesem Fall werden dann private Dienstleister engagiert oder Pflegeleistungen informell erbracht.

In Dänemark wiederum gibt es die Besonderheit, dass die auch in den anderen Ländern bestehende Möglichkeit der Schaffung von Ersatzarbeitsplätzen für pflegende Angehörige gesetzlich geregelt ist. Bei Auftreten eines plötzlichen Pflegefallen in der eigenen Familie oder auch bei Freunden im Umfang einer Vollzeitbeschäftigung gibt

es für nicht gewerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Möglichkeit einer temporären Anstellung bei der Gemeinde. Dazu wird eine Vereinbarung geschlossen. Die Pflegeperson verpflichtet sich darin, den in einem Pflege- und Dienstplan niedergelegten Pflege- und Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Person zur Ausführung zu bringen. Auf die dort fixierten Leistungen nämlich hat die oder der Pflegebedürftige in jedem Fall einen Anspruch. Für die Leistungserbringung erhält die Pflegeperson dann eine Lohnersatzleistung, und sie hat Anspruch auf Freizeit, Urlaub, Rente und eine Unfallversicherung. Dies übernimmt die Gemeinde. Das temporäre Beschäftigungsverhältnis mit der Gemeinde ist auf sechs Monate hin angelegt; eine Verlängerung um drei Monate ist möglich. Aktuell (01.01.2019) erhält die Pflegeperson ein Entgelt von monatlich 22.999 DKK, umgerechnet rund 3.081 Euro. Das Entgelt bemisst sich an den Einkünften von Pflegehilfskräften (Care Worker). Sofern das Entgelt aus der regulären eigenen Erwerbstätigkeit niedriger ist, erfolgt eine Kappung auf dieser Höhe. Das Beispiel zeigt zweierlei: Erstens geht das Bestreben dahin, keine Blackbox informeller Pflege entstehen zu lassen; zweitens soll der professionellen Pflege keine Konkurrenz durch Pflegearrangements erwachsen, bei denen ungelernte Kräfte dauerhaft Leistungen erbringen; deshalb die zeitliche Befristung.

Die Grundsäulen der heutigen Pflegesysteme kamen ab den 70er Jahren zur Ausprägung. Hier nahm – von Schweden aus

¹⁰ Schweden schneidet deshalb trotz hoher öffentlicher Ausgaben schlechter ab als Dänemark oder Norwegen. In den letzten Jahren allerdings wurde der Privatisierungsgrad etwas zurückgedrängt.

gehend – die eingangs angesprochene Akademisierung der Pflege ihren Anfang, und es wurde mit neuen Organisationsformen experimentiert. In Dänemark erwies sich dabei ein von 1984 bis 1988 in der Gemeinde Skaevinge (5000 Einwohner) durchgeführtes Projekt als wegweisend. Die Gemeinde führte bislang unabhängig voneinander arbeitende Dienste in multiprofessionellen Teams zusammen, was am Anfang nicht ohne Konflikte verlief, weil unterschiedliche Sichtweisen aufeinanderprallten. Ein bestehendes Altenpflegeheim wurde in ein Gesundheitszentrum umgewandelt mit Einbindung privater Mietwohnungen. An das Gesundheitszentrum wurde ein Pflegedienst mit 24-Stunden-Service angedockt, der nun für die gesamte Gemeinde zuständig war. So wurden die kommunalen Gesundheitsdienste für alle Einwohner unabhängig von ihrer Wohnform zugänglich. Der Vorrang der häuslichen Pflege war geboren und wurde sukzessive von den meisten dänischen Gemeinden übernommen.

Schaffung integrierter Versorgungsketten als Ziel

Mehr oder weniger alle nordischen Länder verfolgen das Ziel der Schaffung durchgängiger Versorgungsketten, die digital erfasst und dokumentiert werden. Noch ist dieses Ziel nicht erreicht, aber es gibt gute Fortschritte. Im deutschen Systemkontext wären sie nicht erreichbar, jedenfalls nicht flächendeckend. Am Anfang der Versorgungskette steht die Prävention. Sie ist in Dänemark neben dem Vorrang der häuslichen Pflege und Alltagsunterstützung (sogenannte „Home-Help-Leistungen“) die zweite zentrale Säule. Ihr Ursprung reicht in die 80er Jahre zurück.

Mitte der 80er Jahre ergab eine Studie, dass die Zahl der Krankenhouseinweisungen sinkt, wenn präventive Hausbesuche durchgeführt werden. Dies ist gut nachzuvollziehen. So nimmt mit dem Alter die Sehschärfe ab, und der Bewegungsapparat büßt an Flexibilität ein. Beides zusammen erhöht das Risiko für Stürze, die gravierende Folgen nach sich ziehen können, etwa wenn Menschen danach an den Rollstuhl gefesselt sind. Präventive Hausbesuche sind geeignet, derartige wie auch andere Risiken frühzeitig zu erkennen, was dann einmündet in Maßnahmen, die dem Gesundheitsschutz der älteren Menschen dienen. Zwar ist die Durchführung präventiver Hausbesuche mit hohen Kosten verbunden. Dem stehen zeitlich versetzt jedoch Kostensparnisse durch vermiedene Krankenbehandlungen und einen geringeren Pflegeaufwand gegenüber. Da beides bei den Gemeinden aufläuft, besteht ein finanzieller Anreiz für frühzeitige Intervention. Ähnliche Anreizstrukturen gibt es in Deutschland schon deshalb nicht, weil Kosten und Kostensparnis nicht an der gleichen Stelle anfallen.

Präventive Hausbesuche etablierten sich im dänischen System zunächst auf freiwilliger Basis. 2002 machte der Gesetzgeber die Durchführung aber zur Pflicht und nahm eine Vereinheitlichung vor. Zunächst wurden die Gemeinden verpflichtet, jedem Einwohner, jeder Einwohnerin, der oder die das 75. Lebensjahr erreicht hat und weder in der eigenen Häuslichkeit noch in Sonderwohnformen bereits unterstützende Leistungen erhält, mindestens zweimal jährlich ein Angebot auf Durchführung eines präventiven Hausbesuches zu unterbreiten. Die Bürger/-innen können dazu Ja oder Nein sagen. In den ersten Jahren nach der Schaf-

Tabelle 3: Präventive Hausbesuche in Dänemark 2008 bis 2019

	2008	2010	2014	2016	2018	2019
Wohnbevölkerung 75+						
Insgesamt	382.536	387.150	415.055	437.631	468.342	487.539
Frauen	235.525	235.712	246.105	256.056	270.232	279.817
Männer	147.011	151.438	168.950	181.575	198.110	207.722
Bei EW 75+ durchgeführte präventive Hausbesuche						
Durchgeführte Hausbesuche	143.036	134.613	104.072	95.122	98.554	102.005
Anteil an der 75+-Wohnbevölkerung	37,40 %	34,80 %	25,10 %	21,70 %	21,00 %	20,90 %
Frauen	37,80 %	34,80 %	25,60 %	22,30 %	22,00 %	21,80 %
Männer	36,80 %	34,70 %	24,30 %	20,90 %	18,30 %	18,00 %

Hintergrund: Starker Rückgang der Inanspruchnahme bei der Bevölkerung im Alter zwischen 75 und 79 Jahren (2008: 55,9 Tsd.; 2018: 17,7 Tsd.) aufgrund Änderung der gesetzlichen Grundlage.

Im Gegenzug leichter Anstieg bei den Absolutzahlen in der Altersgruppe 80+ (2014: 65.232; 2018: 68.131)

Quelle: Statistics Denmark, Datenbestand mit Code AED10, Update 2018/2019

fung der rechtlichen Verpflichtung lag die Absolutzahl und der Anteil durchgeföhrter Hausbesuche sehr hoch. Wie aus der Tabelle 3 ersichtlich, wurden 2008 143.000 Hausbesuche durchgeführt bei einer 75+-Bevölkerung von 382.500. Zieht man von der Zahl der 75+-Einwohner/-innen sowohl diejenigen ab, die Home-Help-Leistungen bezogen haben (124.986), wie auch die Bewohner/-innen von Seniorenheimen, Pflegeheimen und Pflegewohnungen (61.969), so gab es 2008 überhaupt nur 195.581 Einwohner/-innen im Alter von 75+, die Angebote für präventive Hausbesuche erhalten haben. Davon dürfte ein hoher Prozentsatz das Angebot angenommen haben. Da die Anzahl der durchgeföhrten Hausbesuche auch Doppeldurchführungen bei den gleichen Personen mit enthält, sind die in der Tabelle ausgewiesenen Anteile überzeichnet. Näherungsweise kann freilich gesagt werden, dass bis 2010 rund ein Drittel der 75+-Bevölkerung einbezogen war. Der Anteil ist nach 2010 zunächst auf ein Viertel

und 2018 auf ein Fünftel gesunken. Zu Teilen erklärt sich der Rückgang aus der Hochsetzung der Altersgrenze auf 80 Jahre. Die gesetzliche Änderung beinhaltet, dass es bei der Bevölkerung im Alter zwischen 75 und 79 Jahren nur noch bedarfsweise Angebote für präventive Hausbesuche geben soll. Entsprechend stark ging die Präsenz dieser Gruppe zurück (2008: 55.900; 2018: 17.700).

Auf die Prävention am Anfang der Versorgungskette folgt über diverse Zwischenstufen die Rund-um-Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Demenz). Vorreiter bei der Umsetzung anspruchsvoller Demenzpläne sind Norwegen und Dänemark, während Schweden und auch Finnland zurückhängen. Der dort höhere Grad an Vermarktlichung behindert die Schaffung geschlossener Versorgungsketten. Die Entscheidung für die Entwicklung einer Demenzstrategie und eines Demenzplanes wurde in Norwegen Anfang der Nullerjahre unter einer sozialdemokratisch

gefährten Regierung getroffen. Die damalige Bestandsaufnahme lieferte recht ernüchternde Befunde. Von den Seniorinnen und Senioren mit Diagnose Demenz wurden circa die Hälfte institutionell versorgt, mit der Konsequenz, dass vier von fünf Heimbewohnern eine Demenz-Störung aufwiesen. Die Masse der Einrichtungen gleichwohl war weder baulich noch konzeptionell darauf eingestellt. Beim Personal fehlte es an fachlicher Breite und adäquater Schulung. Wissenschaftliche Handlungsempfehlungen existierten, waren in der Pflegerealität von Heimen und Tagespflegezentren jedoch kaum angekommen. Auch die Schaffung integrierter Versorgungsketten war, von wenigen Vorreiterkommunen abgesehen, kaum in Angriff genommen worden. Um den Defiziten mit einer integrierten Gesamtstrategie zu begegnen, wurden folgende fünf Hauptstrategien definiert und jeweils mit einem Vier-Jahres-Aktionsplan unterlegt:

- 1.** Entwicklung von Qualität, Forschung und Planung
- 2.** Vergrößerung der Pflegekapazitäten und Hebung der Kompetenz des Personals
- 3.** Bessere Kooperation zwischen den Fachdisziplinen
- 4.** Aktive statt passive Pflege
- 5.** Partnerschaft mit Familien und lokalen gesellschaftlichen Akteuren

Der Demenzplan 2015 stand unter dem Motto „Proper Dementia Care is proper Care for everyone“ („Gute Pflege der Demenzkranken bedeutet gute Pflege für alle“). Die Umsetzung startete im Jahr 2008. Zwar konnten die festgelegten Ziele bis 2015 nicht zu 100 Prozent erreicht werden, aber in Einzelbereichen waren die erzielten Fortschritte doch beachtlich. Am schnells-

ten erfolgte die Umsetzung der ersten Hauptstrategie. Fünf regionale Forschungszentren wurden bis 2012/2013 errichtet. Ein Schwerpunkt liegt bei der Entwicklung milieubasierter Therapien und ihrer praktischen Erprobung. Dies mündet in Empfehlungen für psychosoziale Interventionen (ABC-Programme). Sehr viel schleppender erfolgt die Berücksichtigung der Empfehlungen in den Planungen der Gemeinden sowie deren Umsetzung.

Zum Stand der Entwicklung des Demenzplanes 2020 waren folgende Fortschritte zu registrieren:

- Steigerung der Kapazität des ärztlichen Heimpersonals (0,5 Stunden wöchentlich pro Heimbewohner), ebenso Steigerung des Einsatzes von Physiotherapeuten.
- Vergabe von Investitionszuschüssen für die Modernisierung und den Neubau von 11.794 demenzgerechten Plätzen (5.345 Einheiten mit 24-Stunden-Assistenz; 6.449 Plätze in Pflegeheimen). 20.000 Plätze, die baulich der Philosophie von „Small is beautiful“ folgen, sollen bis 2020 realisiert werden.
- Neun von zehn Gemeinden verfügen in den eigenen Pflegeheimen über spezielle Demenzeinheiten (Wohngruppen für fünf bis acht Personen je nach Schweregrad der Demenz mit festem Betreuungspersonal).
- Anteil der Gemeinden mit assistierten Pflegewohnplätzen stieg von 10 auf 24 Prozent.
- Weiterbildung (Dementia ABC-Programme) von 20.000 Pflegekräften aus 400 Kommunen (=94 Prozent der Gemeinden). Dies allerdings betraf nur Fachkräfte und soll nun auf Assistenzkräfte ausgedehnt werden.
- Geriatrische Qualifizierungsprogramme Bis Ende 2015 wurden rund 3.000 Hoch-

- schulabsolventen hierfür eingestellt.
- 50 Prozent der Gemeinden beschäftigten mit Stand 2013/2014 Demenzteams. Hier gibt es eine deutliche Zielverfehlung.
 - Vorhaltung strukturierter, milieubasierter Tagesangebote kommt nach Anfangsschwierigkeiten nur Stück für Stück voran.

Die Demenzstrategie war unter linker Regierungsführung (2005–2013) entwickelt und die Umsetzung auf den Weg gebracht worden. Nach der Regierungsübernahme durch eine rechtsgeneigte Koalition aus Konservativen und der rechtspopulistischen Fortschrittspartei im Oktober 2013 war zunächst offen, ob nahtlos an das Erreichte angeknüpft wird. Das von den Konservativen gestellte Gesundheitsministerium hat sich nach anfänglichem Zögern jedoch für die Erstellung eines Demenzplanes 2020 entschieden und dabei die grundsätzliche Ausrichtung unverändert gelassen. Es gibt im Demenzplan 2020 eine stärkere Akzentuierung des Einbezugs von Freiwilligenorganisationen. Ihnen soll auf systematischer Basis eine ergänzende Funktion zukommen. Auf der anderen Seite jedoch entschied die Regierung, dass die Schaffung von Tagesaktivitäten für häuslich versorgte Demenzkranke ab dem 01.01.2020 eine kommunale Pflichtaufgabe wird (Norwegian Ministry of Health and Care Services 2015, S. 45). Dies ist eine Konsequenz aus der schleppenden Umsetzung strukturierter, milieubasierter Tagesangebote durch die Kommunen.

Aktuelle Entwicklungen

Abgesehen von Finnland ist zu registrieren, dass sich bestehende Trends fortsetzen. So etwa der Trend weg von klassischen Heimformen hin zu Sonderwohnformen, die

zwischen Heim und normaler Wohnung angesiedelt sind, oder der Trend zum vermehrten Einsatz digitaler Technik. Auch der Trend in Richtung einer Konzentration von Demenzkranken in Heimen geht weiter, wobei zunehmend auch Demenzdörfer im Entstehen sind. In Dänemark allerdings ist die Konzentration geringer als in Norwegen. Dies hängt damit zusammen, dass alle dänischen Gemeinden Demenzkoordinatoren beschäftigen, die proaktiv tätig sein müssen und Demenz-Assessments durchführen, die in individuelle Demenzpläne münden. Dadurch können Demenzkranke länger in der eigenen Häuslichkeit versorgt bleiben. Im Zuge der Umsetzung des Demenzplanes 2020 dürfte es jedoch auch in Norwegen gelingen, Menschen mit Demenz verstärkt in der eigenen Häuslichkeit zu versorgen und über Tagesangebote zu beschäftigen.

Bei alldem muss gesehen werden, dass hinter dem Vorrang häuslicher Pflege auch Kostenargumente stehen. Besonders ausgeprägt ist das Bestreben, Kosten zu senken, in Finnland. Seit 2013 gibt es in der Konsequenz Restriktionen für die Heimnutzung. Finnische Gemeinden sind nun verpflichtet, Heimunterbringungen nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation vorzusehen. Zugleich jedoch wurden garantierte Wartezeiten eingeführt. Sie betragen maximal drei Monate; in Dänemark beträgt die maximale Wartezeit auf einen Heimplatz dagegen nur zwei Monate und besteht bereits seit 2009. Über die weitere Ausrichtung der Gesundheits- und Pflegepolitik existiert in Finnland erheblicher politischer Streit. An diesem Streit ist die letzte Regierung zerbrochen. Es gab vorzeitige Neuwahlen. Ob die derzeitige Fünf-Parteien-Koalition in der Lage sein wird, eine große Gesundheits- und Pflegere-

form zu verabschieden, ist eine offene Frage. Bisher gibt es dafür nur einen Zeitplan.

Auch Dänemark sieht sich mit Problemen konfrontiert. Sie betreffen das Personal. Wegen der in Norwegen besseren Arbeitsbedingungen gab es während der zurückliegenden Dekade eine nicht unerhebliche Abwanderung von Pflegepersonal nach Norwegen. Insbesondere bei den Assistenzkräften ist ein Notstand eingetreten, dessen Ursache auch in der bei Assistenzkräften stark verbreiteten Teilzeitkultur geortet wird. Zusammengesetzt aus Vertretern/-innen der Regierung, Gemeinden und Regionen wurde Anfang 2020 eine Taskforce gegründet, mit dem Auftrag, Maßnahmen zur Stärkung der Vollzeitarbeit auf den Weg zu bringen.

Resümee

Die große Stärke der skandinavischen Systeme der Langfristpflege (LTC) besteht in ihrer hohen Effizienz und Effektivität mit Schaffung integrierter Versorgungsketten von der Prävention und Rehabilitation über die häusliche Unterstützung bis zur Aktivierung und Versorgung auch in betreuten Wohnsettings/Heimen. Auf die Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren bin ich intensiv eingegangen. Sie lassen sich in fünf Hauptfaktoren zusammenfassen:

- Akademisierung der Pflegefachberufe mit generalisierter Ausbildung.
- Loslösung aus der Tradition des caritativen „Liebesdienstes“. Professionelle Carearbeit wurde zu einem normalen Beruf mit hohem Berufsethos.
- Hohes Niveau an kollektiver Interessenwahrnehmung auch mittels Streiks; der gewerkschaftliche Organisations-

grad ist unter allen Berufsgruppen einer der höchsten (bis zu 90 Prozent in Finnland und Island).

- Langzeitpflege als kommunale Aufgabe mit annähernder staatlicher Vollfinanzierung aus Steuermitteln: private Zuzahlungen gibt es bei Sozialdiensten und temporären Leistungen.
- Rationalität eines öffentlichen Bedarfs, was im Umkehrschluss bedeutet, dass Marktlogiken nur sehr eingeschränkt zum Tragen kommen.

Die Frage, welche Impulse Deutschland aufnehmen könnte, muss differenziert beantwortet werden. Einerseits kommt (West-) Deutschland aus einer ganz anderen Traditionslinie, und der Regelfall von Entwicklungen ist ihre Pfadabhängigkeit. Auf der anderen Seite hängt es an der politischen Kultur, ob Traditionen zum Gefängnis werden. Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem verzeichnet jedenfalls einige Brüche. In Finnland etwa mussten in den 60er Jahren die allermeisten Gesundheitsleistungen, so wie dies in den USA noch heute der Fall ist, privat bezahlt werden. Heute liegt der öffentliche Finanzierungsanteil auf deutschem Niveau. Auf Phasen pfadabhängiger Entwicklung folgten in den skandinavischen Ländern immer wieder Zeiten, wo in einen neuen Pfad abgebogen wurde. Das Fundament des heutigen Pflegesystems wurde ab den 70er Jahren mit der Einleitung eines Prozesses der Akademisierung und Aufwertung der Pflege gelegt. Es folgte der Aufbau einer flächendeckenden Infrastruktur professioneller häuslicher Pflege- und Unterstützungsdiene, der Ausbau präventiver Ansätze und die Schaffung von Durchlässigkeiten zwischen häuslicher und institutioneller (stationärer) Pflege.

In den 70er und 80er Jahren war Schweden führend. Das Einschwenken auf einen Pfad der Vermarktlichung und Privatisierung Anfang der 90er Jahre wurde mit dem Verlust dieser Vorrangstellung bezahlt. Für die gute Bewältigung der Herausforderungen einer alternden Gesellschaft bieten die nur wenig privatisierten Systeme von Dänemark und Norwegen bessere Voraussetzungen.

Im Skandinavienspiegel ist schärfer noch als bei den üblichen Nabelschaubetrachtungen zu erkennen, dass das deutsche Altenpflegecosystem seine Grenzen erreicht hat. Die deutsche politische Kultur allerdings folgt in sozialen Fragen dem Muster, zukunftsweisende neue Schritte erst dann anzupeilen, wenn es sich gar nicht mehr vermeiden lässt, und dann auch nur im geringstmöglichen Umfang. So funktioniert in Deutschland die Rentenpolitik und so funktioniert auch die Pflegepolitik. Leider. Es könnte auch anders sein.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (BGM) (Hg.): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: August 2019

Busse, Reinhard/Blümel, Miriam (2014): Germany. Health System Review, in: Health Systems in Transition, Vol 16 No. 2 (European Observatory on Health Systems and Policies)

Erlandsson, Sara/Storm, Palle/Stranz, Anneli/Szebehely, Marta/Trydegaard, Gun-Britt: Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation; in: Meagher, Gabrielle/Szebehely, Marta (Hg.) (2013): S. 23ff.

Heintze, Cornelia (2015, 2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland; Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung/2. akt. u. überarb. Aufl. Bonn (Online-Publikation: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf>)

Heintze, Cornelia (2015b): Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg, in: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Schwinger, A. (Hg.): Pflege-Report 2015 der AOK, Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit, Stuttgart, S. 55-71

Heintze, Cornelia (2016a): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland, Teil 1: Die wichtigsten Unterschiede der Systeme. In: Soziale Sicherheit, 65. Jg., H. 6, S. 239-244;

Heintze, Cornelia (2016b): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland, Teil 2: Finanzierung, Leistungserbringung und der Einfluss von Markt und Wettbewerb. In: Soziale Sicherheit, 65. Jg., H. 8, S. 301-308

Heintze, Cornelia (2017): Öffentliche Aufgabe braucht öffentliche Infrastruktur: Frauengleichstellung und der gesellschaftliche Wert öffentlich gestalteter Caredienste im deutsch-skandinavischen Vergleich, in: Häuser, A. et al. (Hg.) (2018): Care und die Wissenschaft vom Haushalt. Aktuelle Perspektiven der Haushaltswissenschaft, Heidelberg, S. 203-227

Heintze, Cornelia (2018): Herausforderung Demenz: Wie gute Praxis gelingen kann – ein Blick auf Norwegen, in: Gurny, Ruth/

- Ringger, Beat/Seifert, Kurt (Hg.) (2018): *Guutes Alter. Eine Gesellschaft des guten langen Lebens für alle*, Zürich: S. 131-141
- Hommel, Thomas (2018): G+G-Studienreise – Pflege auf Augenhöhe, in: *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, 9/2018: <https://www.gg-digital.de/2018/09/thema-des-monats/pflege-auf-augenhoehe/index.html>
- Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.) (2017): *Pflege-Report 2017 (AOK-Pflegereport 2017)*. Die Versorgung der Pflegebedürftigen, Stuttgart
- 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
- Lixenfeld, Christoph (2020): Schafft die Pflegeversicherung ab! Warum wir einen Neustart brauchen, Hamburg
- Meagher, Gabrielle/Szebehely, Marta (Hg.) (2013): *Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Stockholm
- Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the EU (MISSOC) (2019): http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en (Stand: 1.Juli 2019)
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008): *Dementia Plan 2015 – Making the most of the good days*, Oslo (u.a.)
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2015): *Dementia Plan 2020 – A more dementia-friendly society*, Oslo (12-2015)
- OECD (2019): *Health at a Glance. Europa 2018*: www.oecd.org/about/publications/Corrigendum_Health_at_a_Glance_Europe_2018.pdf
- Olejaz, Maria/Nielsen, Annegrete Juul/Rudkjøbing, Andreas et al. (2012): Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2): 1-192
- Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung), i. d. F. vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587)
- Vabo, Mia/Christensen, Karen/Jacobsen, Frode F./Trætteberg, Hakon D. (2013): Marketisation in Norwegian Eldercare: Preconditions, Trends and Resistance, in: Meagher, Gabrielle et al. (Hg) 2013, S. 163-197

Statistische Quellen

Deutschland

Destatis (2019): *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Destatis (2019): *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Länderergebnisse*, Wiesbaden

Destatis und Robert Koch-Institut: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*: www.gbe-bund.de

Denmark

Statistics Denmark (<http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>):

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

RESI01: Clients in nursing dwellings and dwellings for the elderly by region, age and type of measure

VH33: Private suppliers of home help by region

Finland

National Institute for Health and Welfare (THL) 2019: Liitetaulukko 1. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12.2018 maakunnittain ja kunnittain (Pflegestatistik)

Island

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/>; fortlaufend

Norwegen

Statistics Norway (<http://www.ssb.no/en/innrapportering>) > Statistik der Care-Dienste.

Users of home-based services and residents in institutions for the elderly and disabled. Need for assistance and kind of service. Health and care institutions, beds and rooms by type and ownership, fortlaufend

Schweden

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) (Fortlaufend bis 2018): Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2017 (Statistics on

Elderly and People with Impairments – Management Form 2017).