

Im Auftrag von VPOD und Denknetz Schweiz

**Skandinavien macht es vor:
Eine gute Langzeitpflege und –betreuung
ist gut für alle¹**

von
Cornelia Heintze

¹ Der Beitrag basiert auf einem Vortrag der Autorin bei der VPOD-Verbandskonferenz im Januar 2015 in Thun.

Inhaltsverzeichnis

1.	Systemvergleich im Kontext von Demografie und Geschlechterfragen	3
	Wie Frauenemanzipation und die Professionalisierung der Langfristpflege zusammenhängen	4
1.1		
1.2	Familien- oder staatsbasiert: Grundtypen von Care-Systemen im OECD-Raum	6
1.3	Höhere Geburtenraten, moderates Alterungstempo	9
1.4	Günstige Relation von gesunden Lebensjahren zu Lebenserwartung	11
2.	Pflege, soziale Betreuung und Alltagsunterstützung als Teil kommunaler Infrastruktur - die nordische Alternative	13
2.1	Entwicklung integrierter Leistungen. Das Beispiel Dänemark	13
2.2	Persönliche Bedarfslage: Zugang und Reichweite formeller Pflege	18
2.3	Gut gerüstet für die Schaffung demenzgerechter Versorgungsstrukturen	21
3	Entwicklungslogik aus der Perspektive öffentlicher Ausgaben und dem in der Langfristpflege beschäftigtem Personal	23
3.1	Hohe Pflegequalität erfordert eine auskömmliche öffentliche Finanzierung	23
3.2	Die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben relativ zur Zahl älterer Einwohner	25
3.3	Volkswirtschaftlich hohe Beschäftigungsrelevanz – quantitativ und qualitativ	31
4	Vermarktlichung führt zum Abrücken von der Highroad	38
5	Schlussbetrachtung	47
	Literaturverzeichnis	52

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

a) Abbildungen

1	Zusammenhang von Geburtenrate und Care-System: Europäische Länder im Vergleich 1980 bis 2012	10
2	Zusammenhang von Lebenserwartung zu gesunden Jahre bei 65-Jährigen (Männer) im Jahr 2012	12
3	Öffentliche Ausgaben (% des BIP) und Bevölkerungsanteil 65+ im OECD-Vergleich (2010/2011)	26
4	Entwicklung der öffentlichen Ausgaben pro 65+-Einwohner im Zeitraum von 1999 bis 2012/2013 in Euro (ohne Bereinigung der Differenzen im BIP-Pro-Kopf)	28
5	Rechnerische Vollzeitkräfte auf 1000 65+-Einwohner 2007 bis 2012/2013 im Vergleich	32
6	HeimbewohnerInnen nach Trägern im Vergleich skandinavischer Länder mit Deutschland und der Schweiz	45

b) Tabellen

1	Systeme der Altenfürsorge – konträre Grundarchitektur	8
2	Anteil der älteren Bevölkerung (%), die in den 5 nordischen Ländern formelle Leistungen bezieht (häusliche und institutionell): 2011/2012	19
3	Demenz: Betroffenheit und Stand der Entwicklung Nationaler Demenzstrategien	21
4	Die Norwegische Demenzstrategie 2015 im Überblick	23

1 Systemvergleich im Kontext von Demografie und Geschlechterfragen

1.1 Wie Frauenemanzipation und die Professionalisierung der Langfristpflege zusammenhängen

In vormodern-patriarchalischen Gesellschaften herrscht(e) zwischen den Geschlechtern eine strikt hierarchische Rollenverteilung. Das Sagen gleichermaßen im Staat, in der Gesellschaft und in der Familie hat(te) der Mann. Die Frau muss(te) sich unterordnen und in eine dienende Rolle schicken. Sie hat(te) die Kinder zu erziehen, den Haushalt zu versorgen und die pflegebedürftigen Familienangehörigen zu umsorgen. Ökonomisch blieb sie in einer abhängigen Position. Das Aufbrechen dieser Geschlechterordnung erfolgte in einem ebenso langen wie konflikträchtigen Prozess, der seinen Abschluss noch lange nicht gefunden hat. Grundlegend ist die Anerkennung gleicher Menschenrechte in allen Lebensbereichen, die Beseitigung diskriminierender Bestimmungen und die Etablierung einer aktiven Politik der Förderung von Gleichstellung. Auf Ebene der Vereinten Nationen wurde ein wesentlicher Grundstein mit der Verabschiedung der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* durch die Generalversammlung am 10. Dezember 1948 gelegt. Es folgten Konkretisierungen in weiteren Pakten und Konventionen.² Standards zur Bekämpfung der Frauendiskriminierung in den Bereichen Kultur, Soziales, Bildung, Politik und Gesetzgebung setzte dann die UN-Frauenrechtskonvention (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*) vom 18. Dezember 1979. Sie trat am 3. September 1981 in Kraft und verpflichtet die Unterzeichnerstaaten, Maßnahmen gegen den Fortbestand starrer Geschlechterrollen zu ergreifen und die Benachteiligung von Frauen in den verschiedenen Lebensbereichen abzubauen. Die Schweiz tat sich mit der Ratifizierung nicht gerade leicht. Seit dem 26. April 1997 ist die Schweiz jedoch Vertragspartnerin; damit hat sie sich rechtsverbindlich zur Umsetzung verpflichtet.³

Nun ist es eine Tatsache, dass rechtliche Bestimmungen und Realität lange weit auseinanderklaffen können, wenn Politik und Zivilgesellschaft nicht entschieden auf die Umsetzung hinarbeiten. Das Modell der patriarchalischen Gesellschaft verweigert den Frauen ganz offen gleiche Rechte. Indem sich diese offene Diskriminierung mit ihren nur abgeleiteten Frauenrechten erledigt hat, hat sich das Problem der Benachteiligung jedoch noch lange nicht erledigt. Subtile Mechanismen der strukturellen Diskriminierung sind geblieben. Ebenso das Unterlaufen des Gleichstellungsanspruchs durch gegenläufige kulturelle Praktiken. Dies weltweit, denn auch in den vergleichsweise hoch entwickelten Ländern des OECD-Raums ist ein egalitäres Geschlechtermodell bis heute nicht näherungsweise realisiert. Hinter der Fortexistenz weiblicher Benachteiligung steht, dass eine Vielzahl von Institutionen in Staat, Gesellschaft und den Sphären der Real- wie Finanzökonomie von geschlechtshierarchischen Machtverhältnissen durchzogen sind, die untereinander ein Netzwerk der Absicherung männlicher Vorherrschaft bilden. Fortschritte zu erzielen, die über die Modernisierung traditioneller Strukturen hinausgehen, erweist sich vor diesem Hintergrund als höchst schwierig. Die relativ größten Fortschritte sind in den fünf nordisch-

² Für den Gesamtbereich der sozialen Rechte etwa im UN-Sozialpakt (*Internationaler Pakt über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte*) von 1966.

³ Bisher haben 188 Staaten das Übereinkommen ratifiziert, darunter alle europäischen UN-Mitglieder. Die große Zahl der Unterzeichner-Staaten darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Länder gegenüber einzelnen Bestimmungen Vorbehalte geltend gemacht haben.

skandinavischen Ländern⁴ zu verzeichnen. Auf dem Global Gender Index, den das Weltwirtschaftsforum jährlich herausbringt, belegen sie seit Jahren, damit konstant, die ersten 5 Plätze, während es Deutschland und die Schweiz nicht unter die TOP TEN schaffen (World Economic Forum 2014). Die nordischen Länder kombinieren die Bestplatzierung bei der Geschlechtergleichstellung mit vorderen Rängen auf zahlreichen anderen Indizes von der Innovationsstärke bis zum Vertrauen der Bevölkerung in die politischen Institutionen. Zwischen der Gleichstellung der Geschlechter und der Performanz in anderen Bereichen bestehen offensichtlich positive Rückkoppelungsmechanismen: Was gut ist für das Voranbringen ausgewogener Entwicklungen zwischen den Geschlechtern ist auch gut für die Entwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft insgesamt.

Für das gute Abschneiden der nordischen Länder bei Fragen der Geschlechtergleichstellung gibt es ein breites Bündel an Gründen. Eine Schlüsselstellung freilich kommt dem politisch gezielt herbeigeführten hohen Grad an Vergesellschaftung von Sorge- resp. Carearbeit von der Kleinkindbetreuung bis zur „äldreomsorg“ („Altenumsorgung“) zu. In den 70er Jahren war es im kapitalistischen Westen ein Alleinstellungsmerkmal des skandinavischen Typs universalistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit, dass der Staat beim Befördern der Frauenemanzipation eine aktive Rolle übernimmt. Frauen sollten ökonomisch unabhängig werden. Das aber setzte neben einem Gleichziehen bei Bildung und Ausbildung voraus, dass er sich an den Aufgaben der Kindererziehung und Altenpflege partnerschaftlich beteiligt (Heintze 2006). Angesagt war der Aufbau einer kommunalen Care-Infrastruktur, durch den Eltern von Erziehungsaufgaben und erwachsene Kinder von der Pflege ihrer hochbetagten Eltern so entlastet werden, dass Frauen und Männer weitgehend gleichberechtigt am Erwerbsleben teilhaben können. Nicht im Rechtssinne, wohl aber faktisch ist diese Politik primär an Frauen adressiert, schließlich handelt es sich bei der Vielzahl an Arbeitsplätzen für ErzieherInnen, Pflegekräfte, Sozialpädagogen usw., die seitens der Kommunen geschaffen wurden, um frauenaffine Tätigkeiten, womit sich der Kreis quasi schließt. Die Strategie „*reproduction goes public*“ überführte ab den 60er Jahren einen Teil der bislang privat und unentgeltlich erbrachten sozialen Reproduktionsarbeit in den öffentlichen Sektor (Borchhorst/Teigen 2015: 37f.) und verknüpfte dies mit der Professionalisierung dieser Tätigkeiten. Daran, dass pflegerische Tätigkeiten ganz überwiegend von Frauen ausgeübt werden, änderte sich nichts. Wohl aber an der gesellschaftlichen Wertigkeit und an der innerfamiliären Arbeitsteilung. Pflege durchlief einen Akademisierungsprozess, der das Gefüge pflegerischer Berufe näher an medizinische Berufe heranführte. Es entstand eine generalisierte Pflegeausbildung, bei der die Pflegefachkräfte meist über eine semiakademische Ausbildung (Bachelorniveau) und die Assistenzkräfte über eine Ausbildung analog den deutschen Pflegefachkräften verfügen.⁵

Welchen Beitrag die Strategie der Vergesellschaftung von Care-Tätigkeiten für die Frauenemanzipation erbracht hat, zeigt sich an verschiedenen Indikatoren. Zum Beispiel daran, dass die Zahl von Frauen, die die eigene Erwerbstätigkeit aufgrund von Familienpflichten unterbrechen oder zeitlich zurücknehmen, weit unter dem EU-Durchschnitt liegt.⁶

⁴ Der Begriff Skandinavien wird hier im weiten Sinne, einschließlich Island und Finnland, damit also synonym zum Begriff „Nordische Länder“ gebraucht. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass es historisch weit zurückreichende gemeinsame Traditionslinien gibt und auch die Skandinavistik Literatur und Sprache aller fünf nordischen Länder umfasst. Zum gemeinsam geteilten Wertefundament vgl. Heintze 2002 (S. 259ff.).

⁵ Für Dänemark und Schweden siehe Beobachtungsstelle für gesellschaftliche Entwicklungen in Europa (Hrsg.) 2014.

⁶ 2009/2010 hatte in der EU Dänemark mit 1,4 Prozent gefolgt von Schweden (1,8%) die geringste Nicht-Erwerbsquote von Frauen wegen familiärer Verpflichtungen. Deutschland lag mit 9,2 Prozent nur im Mittelfeld. (Eurostat, PM 185/2010 v. 7.12.2010).

Auch kennzeichnet es die nordischen Länder, dass die Steigerung der Frauenbeschäftigung mit einer gewissen Umverteilung von Arbeitsvolumina zwischen den Geschlechtern verbunden ist: bei der entgeltlichen Erwerbsarbeit von Männern zu Frauen und bei der unentgeltlichen Haus- und Sorgearbeit von Frauen zu Männern.⁷ Dementsprechend auch kam es bei den Arbeitszeiten zu einem Prozess der Annäherung. In Dänemark konzentrieren sich Erwerbstätige beiderlei Geschlechts im Arbeitszeitkorridor von 30 bis 39 Wochenstunden. Über 70 Prozent der Männer wie der Frauen arbeiten in diesem Bereich zwischen langer Teilzeit und kurzer Vollzeit.⁸ Dies deckt sich mit den in Umfragen geäußerten Präferenzen. Danach nämlich haben sich die Arbeitszeitwünsche von Männern und Frauen europaweit stark angenähert. Frauen wie Männer wünschen sich eine vollwertige Beteiligung am Erwerbsleben in Form von kurzer Vollzeit- oder langer Teilzeitarbeit (vgl. Gleichstellungsgutachten 2011: S. 27; Wanger 2011). Die deutsche und die schweizerische Entwicklung freilich tragen dem nicht Rechnung. In der Schweiz sind bei Männern weiterhin Wochenarbeitszeiten von 40 Stunden und mehr die Regel, während sich Frauen auf die Arbeitszeit-Ränder konzentrieren. Ein Viertel der Frauen weist geringfügige Arbeitszeiten von in der Woche weniger als 20 Stunden auf, knapp zwei Fünftel arbeitet 40 Stunden und mehr. Während sich die Schweizer Arbeitszeitstruktur im Zeitraum von 2000 bis 2013 kaum verändert hat, ist die deutsche Entwicklung durch eine doppelte Polarisierung geprägt: Der Abstand zwischen den Geschlechtern ist gewachsen und zugleich die Spreizung unter Männern wie Frauen. Arbeitszeiten, die sich gut mit privaten Interessen und familiären Pflichten vereinbaren lassen, sind nicht in Sicht. Im Jahr 2000 arbeitete gut die Hälfte der Männer (51,1%) und ein gutes Viertel der Frauen (27%) 40 Stunden und mehr. Bis 2013 stieg der Anteil bei den Männern auf fast zwei Drittel (64,7%) und bei den Frauen auf 32,4 Prozent. Zwar liegt die Erwerbstätigenquote von Frauen (Alter: 20 bis 64 Jahre) heute (2013) in beiden deutschsprachigen Ländern auf skandinavischem Niveau (CH: 76,6%; DE: 72,3%, SKAN-DS: 75,6%) und der Prozentpunkte-Abstand zu den Männern hat sich eingeebnet (CH: 10,8; DE: 9,6; SKAN-DS: 5,1). Die Annäherung bei der Erwerbsintegration, die sich darin ausdrückt, erweist sich mit Blick auf die gegenläufige Entwicklung bei den Arbeitszeiten, jedoch als sehr vordergründig. Zumindest in Deutschland steht hinter der Steigerung weiblicher Beschäftigung gerade kein Anteilsgewinn am gesamtwirtschaftlichen Arbeitsvolumen. Das auf Frauen entfallende Arbeitsvolumen verteilt sich heute nur auf mehr weibliche Schultern. Dementsprechend auch stieg die Teilzeitbeschäftigungsquote der Frauen von 1995 bis 2013 um fast 12 Prozentpunkte auf jetzt rd. 46 Prozent; kleine Beschäftigungsverhältnisse („Mini-Jobs“) legten besonders zu.⁹ In der Schweiz ist das Muster ähnlich. Einerseits hat sich der weibliche Rückstand bei der Erwerbstätigkeit gegenüber Mitte der 90er Jahre annähernd halbiert; andererseits jedoch hat sich der Gender-Gap bei der Teilzeitbeschäftigung mehr als verdoppelt. Gut 62 Prozent der erwerbstätigen Frauen gehen in der Schweiz nur einer Teilzeitbeschäftigung nach (2013); Mitte der 90er Jahre lag die Teilzeit-Quote bei weniger als 55 Prozent. In den nordischen Ländern liegen nicht nur die Teilzeitbeschäftigungsquoten der Frauen durchgängig niedriger. Zwischen den Geschlechtern kam es auch zu ei-

⁷ So stieg in Schweden das gesamtwirtschaftliche Arbeitsvolumen im Zeitraum von 1976 bis 1986 um 4,5 Prozent, das der Frauen aber um 18 Prozent. Der Frauenanteil an der Erwerbsstundenzahl stieg in der Folge auf rd. 40 Prozent. Quelle: Statistics Sweden (geleistete Stunden in Mio. pro Woche 1976 bis 2005).

⁸ Quelle: OECD, Datensatz "Incidence of employment by usual weekly hours worked", Update 2014; eigene Auswertung.

⁹ Frauen von 20 bis 64 Jahren. Quelle: Eurostat „Teilzeitbeschäftigung als Prozentsatz der gesamten Beschäftigung, nach Geschlecht und Alter (%) [lfsa_eppga]“; Update vom 21.07.2014.

nem Prozess der Annäherung. 1995 lag die Teilzeitquote der Frauen im Schnitt um knapp 30 Prozentpunkte über der der Männer; 2013 sind es geringere 20,3 Prozentpunkte. In Deutschland umgekehrt stieg der Abstand auf rd. 37 Prozentpunkte an; in der Schweiz blieb er auf sehr hohem Niveau (1996: 48,3 Prozentpunkte; 2013: 49 Prozentpunkte) stabil. Die starke Zunahme resp. das konstant hohe Niveau weiblicher Teilzeitbeschäftigung erklärt sich nur zu Teilen aus freien Wahlentscheidungen. Es kommen zwei wichtige Momente hinzu: Zum einen sind es immer noch primär Frauen, die aufgrund familiärer Verpflichtungen eigene Erwerbs- und Karrierewünsche zurückstellen. Zum anderen wurden frauenaffine soziale Dienstleistungsberufe zu einem Experimentierfeld der Prekarisierung von Erwerbsarbeit. Die Pflegebranche z.B. beschäftigt heute weit mehr Personal als Mitte der 90er Jahre. Unbefristete und ordentlich bezahlte Vollzeitstellen wurden dabei aber zumindest in Deutschland kaum geschaffen. Nicht nur bei ambulanten Pflegediensten, sondern auch in Heimen wurde Teilzeitarbeit zur Regel, in Skandinavien umgekehrt dominiert zumindest der Tendenz nach die Vollzeitarbeit gleichermaßen bei der häuslichen wie der institutionellen Pflege.

1.2 Familien- oder staatsbasiert: Grundtypen von Care-Systemen im OECD-Raum

In den meisten hochentwickelten Ländern existieren politisch gestaltete Pflegearrangements, denen mehr oder weniger Systemcharakter¹⁰ zukommt. Dies gilt für alle fünf nordisch-skandinavischen Länder, die deutschsprachigen und die Benelux-Länder, ebenso für Japan und einzelne Länder aus dem angelsächsischen Raum. In den meisten ost-europäischen wie auch den südeuropäischen Ländern (Griechenland, Malta, Portugal etc.) liegen dagegen Arrangements vor, die bestenfalls rudimentär Kriterien eines Pflegesystems erfüllen. Ein öffentliches System, das für alle gleichermaßen gut erschwinglich und niedrigschwellig zugänglich ist, hat nur eine kleinere Gruppe von Ländern ausgeprägt. Neben den nordischen Ländern gehören die Niederlande und mit gewissen Einschränkungen Belgien dazu. In den deutschsprachigen Ländern dagegen wird an der Familienpflege als gesellschaftlicher Norm festgehalten. Wohl erfahren Angehörige öffentliche Unterstützung. Der Grundidee nach werden Pflege und soziale Betreuung jedoch als eine innerfamiliär zu organisierende Aufgabe angesehen; die öffentlichen Leistungen sind als Ergänzung gedacht.

Typen von Pflegesystemen zu unterscheiden, ist nur dort berechtigt, wo der Fundus an Gemeinsamkeiten, den verschiedene Länder teilen, größer ist als die Unterschiede, die es auf der anderen Seite auch gibt. Nähern wir uns unter systematischem Blickwinkel der Empirie von Pflegesystemen,¹¹ schälen sich **zwei Grundtypen** heraus, die sich entlang der wohlfahrtsstaatlichen Grundausrichtung in verschiedene Untertypen auffächern. In der Übersicht von *Tabelle 1* unterscheide ich die Grundtypen „familienbasiert-subsidiär“ und „staatsbasiert-universalistisch“. Familienbasierte Systeme haben ihren primären Anker in der Familie; die öffentliche Finanzierung und Leistungserbringung ist ergänzend bis subsidiär. Staatsbasierte Systeme sehen umgekehrt primär den Staat in der Verantwortung.

¹⁰ Nicht jedes Care-Arrangement, das sich in einer Gesellschaft mehr oder weniger urwüchsig entwickelt hat, kann als System betrachtet werden. System (altgriechisch *sýstēma* „das Zusammengestellte, Verbundene“) bezeichnet eine Gesamtheit von Elementen, die so miteinander verbunden sind und interagieren, dass sie als strukturierte systematische Ganzheit, ergo als Einheit angesehen werden können.

¹¹ Zu den Details der in Europa und der OECD ausgeprägten Arrangements von Pflege und Unterstützung älterer Personen vgl. Hammer/Österle 2004, Skuban 2004, Beadle-Brown/Kozma 2007, Brandt 2009, Haberkern/Brandt 2010, OECD 2011 und European Commission 2013.

Staatliche Akteure haben hier die Langfristpflege so als öffentliche Aufgabe zu organisieren, dass dem individuellen Bedarf entsprechend Leistungen guter Qualität für alle erhältlich und erschwinglich sind. Informelle Pflege durch Angehörige findet auch hier statt, bewegt sich aber auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Angehörige sind frei, Pflegeleistungen zu erbringen. Eine moralische Verpflichtung haben sie nicht.

Im Großen und Ganzen folgen die national ausgeprägten Pflegesysteme der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierung. 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 unterstützt die Gleichstellung der Geschlechter. Die Schweiz gehört nach dieser Typologie zusammen mit den anderen mitteleuropäischen Ländern (Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Niederlande) zu den konservativ-korporatistischen Sozialstaaten. Konservativ sind diese Sozialstaaten in mehrfacher Hinsicht. *Erstens* wurden in Form stark ausgeprägter Statusorientierungen ständestaatliche Muster konserviert. So dient das nur in den deutschsprachigen Ländern 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. *Drittens* bindet der konservative Sozialstaat die Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme an die Wahrung der Statusorientierung. Öffentlich bis teilweise öffentlich ist bei den Sozialversicherungssystemen die Finanzierung und Steuerung. Die Leistungserbringung dagegen basiert auf einer Mischstruktur aus gemeinnütziger, privat-gewerblicher und öffentlicher Leistungserbringung. In relativ strikter Weise erfüllt Deutschland die benannten Merkmale. Die Niederlande und Belgien dagegen haben bei der Pflege ein System ausgeprägt, das hinsichtlich des Grades an öffentlicher Finanzierung und der gesellschaftlichen Wertigkeit von Pflege nahe an den skandinavischen Ländern liegt. Auch die Schweiz nimmt zwischen Deutschland und den nordischen Ländern eine mittlere Position ein, liegt aber näher an Deutschland als die Niederlande oder Belgien. Ein höheres Gewicht hat die öffentliche Finanzierung und haben öffentliche Trägerschaften. Von der Akademisierung der Pflege ist die Schweiz aber ebenso weit entfernt wie Deutschland und ob sich die Versorgung wesentlich stärker am individuellen Bedarf orientiert als in Deutschland, steht zu bezweifeln.

Die jeweilige Grundausrichtung hat Konsequenzen für den Professionalisierungsgrad, die Zugangswege, das Leistungsspektrum, die Bereitstellung öffentlicher Mittel und die Steuerung (siehe die Übersicht). Wie sich Einzelmerkmale in eine bestimmte Gesamtlogik fügen sei an drei Beispielen erläutert. *Beispiel 1:* Das Festhalten an der Dominanz der Familienpflege verträgt sich schwer mit Fortschritten bei der Professionalisierung. Während nämlich die Familienpflege von der Annahme ausgeht, es lägen Allerweltstätigkeiten vor, gründet die Professionalisierung auf der Erkenntnis, dass die Anforderungen komplex sind und mit wachsender Alterung der Gesellschaft auch die fachlichen Anforderungen an gute Pflege steigen. Dem durch mehr Professionalisierung Rechnung zu tragen, läge nahe, geht aber kaum, ohne pflegerische Tätigkeiten tatsächlich aufzuwerten, was im Gegenzug die Vorstellung, es reiche der gute Wille einer liebenden Tochter oder Schwiegertochter nicht unberührt lässt. *Beispiel 2:* Als Goldstandard der Steuerung gilt die Orientierung an einem bestimmten Outcome. Im familienbasierten System geht dieser Steuerungsanspruch allerdings schon ganz grundsätzlich ins Leere. Erstens weil das Pflege-

Geschehen in den Familien eine Art Blackbox ist. Was pflegende Angehörige im Einzelfall tatsächlich leisten (können), wie gut sie die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten zu

Tabelle 1: Systeme der Altenfürsorge – konträre Grundarchitektur

Merkmale	Grundtypen	
	Familienbasiert-subsidiär	Staatsbasiert-universalistisch
Vorrangige Erbringung häuslichen Leistungen der Pflege und Betreuung	(1) Familie (Angehörige) (2) Ergänzend: Private Dienstleister (Non-profit und gewerblich)	(1) Kommunale Dienste (2) Ergänzend: Angehörige, Non-Profit-Dienstleister, Markt
Leistungsarten	Hohe Bedeutung von Geldleistungen; Nachrangigkeit von Sachleistungen	Sachleistungsprinzip dominiert
Abfolge der Zuständigkeiten	Auf Familie folgen Markt und Ehrenamt; Staat als Ausfallbürge	Auf der Familie folgt der Staat (Kommune) mit ergänzender Rolle von Markt und Ehrenamt
Struktur der professionellen Leistungserbringer	Private, zunehmend privat-gewerbliche Dienstleister; Versorgungsanteil kommunaler Dienstleister variiert (DE: sehr gering; CH: mittlere Bedeutung)	Kommunale Steuerung und dominant kommunale Leistungserbringung; Versorgungsanteil privater Anbieter ist noch klein, aber wachsend
Dienstleisterwahl	Freie Wahl des Dienstleisters auf einem Quasi-Mark	Unterschiedlich je nach Grad der Vermarktlichung
Steuerung	Zielt auf die Geringhaltung der öffentlichen Ausgaben und die Schaffung hoher Hürden für Leistungsgewährungen (Input-orientiert)	Zielt auf Qualität und Leistungspakete gemäß dem individuellen Nutzerbedarf (Outcome-orientiert)
Finanzierung	DE: Pflegeversicherung (beitragsfinanziert mit hohem Privatanteil); CH: Mischfinanzierung aus unterschiedlichen Quellen	Überwiegend öffentliche Bezahlung (steuerfinanziert); geringe (DK, SE, NO) bis mittlere (FI) private Zuzahlungen
Personalschlüssel	DE: Überwiegend an Minutenpflege ausgerichtet (Einhaltung von Mindeststandards) CH: Höhere Qualitätsansprüche als in DE	Orientiert an der Erfüllung guter fachlicher Standards
Arbeitsbedingungen bei professionellen Diensten	DE: Stark polarisiert; geringe Tarifbindung, hoher Anteil von Niedriglohnbeschäftigung CH: Geringerer Anteil von Niedriglohnbeschäftigung als in DE	Wenig polarisiert; hohe Tarifbindung; geringer Anteil von Niedriglohnbeschäftigung
Unterhaltverpflichtung	DE: Kinder sind unterhaltspflichtig CH: Kinder sind nicht unterhaltspflichtig	Zielt auf die Geringhaltung der öffentlichen Ausgaben und die Schaffung hoher Hürden für Leistungsgewährungen

Quelle: Eigene Darstellung (DE = Deutschland; CH = Schweiz)

nutzen wissen oder auch nicht, bleibt verborgen. Zweitens weil auch dort, wo professionelle Kräfte im Einsatz sind, für den Outcome aufgrund zersplitterter Verantwortlichkeiten

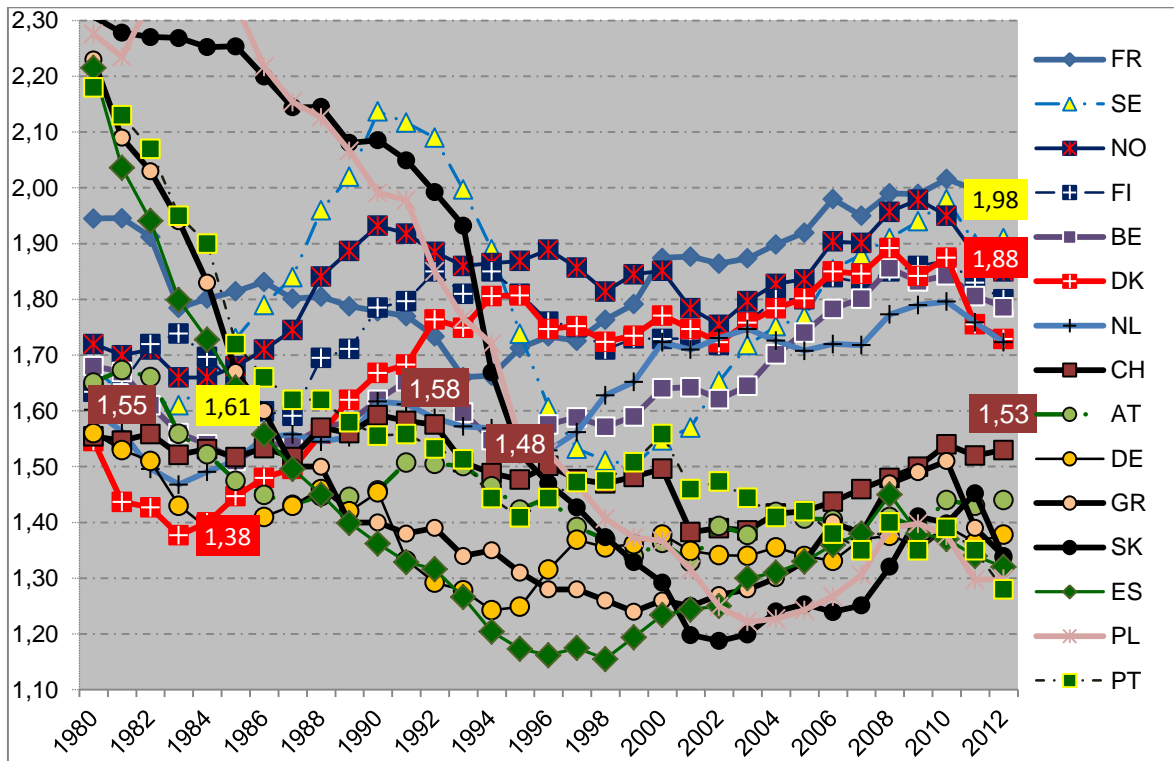
gar niemand wirklich verantwortlich ist. *Beispiel 3:* Die Frage, ob Leistungen primär als Geldleistungen oder primär als Sachleistungen gewährt werden, hat weitgreifende Folgen für das Niveau an sozialer Segregation, den Grad an Kommerzialisierung und auch die Anfälligkeit für die Entwicklung grauer Pflegemärkte. Zum letzten Punkt liegen eine Reihe von Studien vor. In familienbasierten Systemen, wo als ergänzende öffentliche Leistungen fast nur Geldleistungen vorliegen, wie in den südeuropäischen Ländern, besteht der Preis in der Ausbreitung grauer Pflegemärkte, weil mit den Geldzuschüssen über Migrationskanäle ein Mehr an Leistungen billiger eingekauft werden kann als auf dem regulären heimischen Pflegemarkt. Deutschland praktiziert bei den mit Rechtsanspruch versehenen Leistungen zwar ein enges Regulierungsregime. Dieses aber zielt nicht auf die Befriedigung persönlicher Bedarfe und auch nicht auf eine hohe Versorgungsqualität, sondern ist vorrangig auf die Geringhaltung öffentlicher Ausgaben gerichtet bei gleichzeitiger Sicherung von pflegerischen Mindeststandards dort, wo die Leistungen von ambulanten oder stationären Dienstleistern erbracht werden. Da das System öffentlich unterfinanziert ist, benötigt es Ventile zur Druckablassung. Für Familien, die sich auf dem regulären Arbeitsmarkt den Zukauf individuell benötigter Unterstützungsleistungen finanziell nicht leisten können, bietet der graue Markt ein solches Ventil. Da die Politik nicht willens ist, die Langfristpflege bedarfsorientiert als öffentliche Aufgabe auszugestalten, wird das Entstehen grauer Pflegemärkte stillschweigend in Kauf genommen. Hardy, Calveley und Shelly (2015: S. 31) rechnen daher auch Deutschland¹² und Österreich zu den Ländern, wo sich in Privathaushalten unregulierte Pflegearrangements mit Migranten ausbreiten. Die Schweiz dürfte sich dazugesellen. Im Gegensatz dazu schiebt die Sachleistungsorientierung, wie sie die nordischen Systeme prägt, der Entwicklung grauer Pflegemärkte einen Riegel vor.

1.3 Höhere Geburtenraten, moderates Alterungstempo

In allen hochentwickelten Volkswirtschaften steigt die Lebenserwartung und sinkt parallel zur wachsenden Erwerbsbeteiligung der Frauen die Geburtenrate. Ergebnis ist eine alternde Gesellschaft. Zunächst wächst der Anteil der ab 65-Jährigen und dann der Anteil der Hochaltrigen, während gegenläufig der Anteil der Jungen schrumpft und ohne Zuwanderung meist auch die Gruppe der Erwerbsfähigen, da mehr Menschen in Rente gehen als umgekehrt ins Erwerbsleben eintreten. In welchem Tempo der Alterungsprozess voranschreitet, differiert. Seit den 80er Jahren kristallisieren sich aus gegenläufigen Geleitzügen *zwei Ländergruppen* heraus (siehe Abb. 1). Die nordischen Länder und aus dem kontinentaleuropäischen Raum Belgien und die Niederlande konnten nach Tiefpunkten in der 80er Jahren ihre Geburtenraten wieder deutlich steigern. Zusammen mit Frankreich realisieren sie Geburtenraten im Bereich von 1,7 bis 2 Kindern pro Frau im gebärfähigen Alter. Die südeuropäischen, deutschsprachigen und die meisten postkommunistischen Länder bringen es nur auf Werte zwischen 1,3 bis 1,6. Die Schweiz ordnet sich in die zweite Gruppe ein. Seit Anfang der 80er Jahre konnte sie in keinem einzigen Jahr die Grenze von 1,6 übersteigen.

¹² Ende 2013 gab es in Deutschland 2,6 Mio. anerkannt Pflegebedürftige, von denen 1,25 Mio. ausschließlich durch Angehörige gepflegt wurden (Destatis 2015: S. 7). In der Realität kann dies bedeuten, dass Angehörige über Agenturen Pflegemigranten engagieren. Das Pflegegeld deckt dann einen Teil der Kosten.

Abbildung 1: Zusammenhang von Geburtenrate und Care-System: Europäische Länder im Vergleich 1980 bis 2012



Legende: FR = Frankreich; SE = Schweden; NO = Norwegen; FI = Finnland; BE = Belgien; DK = Dänemark; NL = Niederlande; CH = Schweiz; AT = Österreich; DE = Deutschland; GR = Griechenland; SK = Slowakei; ES = Spanien; PL = Polen; PT = Portugal

Quelle: OECD, Indikator GE2.2 "Trends in Total fertility since 1960"; Update vom Mai 2014

Auf die lange Sicht zeigt sich folgender Zusammenhang: 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 eine niedrige Frauenerwerbstätigkeit mit niedrigen Geburtenraten.¹³ Als vermittelnder Faktor erweist sich das Care-Regime eines Landes. Dort, wo eine gut ausgebaute öffentliche Betreuungsinfrastruktur für Kinder und Jugendliche wie auch für alte Menschen nachhaltig eine gute Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Karriere gewährleistet, fällt die Entscheidung für ein Kind leichter als dort, wo der Ausbaustand quantitativ und qualitativ hinter dem Bedarf zurück bleibt. Auch andere Faktoren spielen eine Rolle, aber der Ausbaustand öffentlicher Care-Infrastruktur ist von zentraler Bedeutung. Die gegenläufige Entwicklung nicht nur von Deutschland und Dänemark, sondern auch von Dänemark und der Schweiz sticht hervor. In den 60er Jahren lagen die durchschnittlichen Geburtenraten gleichauf (BRD: 2,43; Dänemark: 2,46; Schweiz 2,49). Der dann einsetzende Rückgang verlief zunächst parallel mit sogar dem Ergebnis, dass Dänemark in der ersten Hälfte der 80er Jahre das

¹³ Für den Zeitraum von 1999 bis 2012 habe ich den Zusammenhang für 24 EU-Mitgliedsländer plus die Schweiz, Norwegen und Island statistisch untersucht. Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang: Gut 40 Prozent der Varianz bei der Geburtenrate wird von der Höhe der Frauenerwerbstätigkeit bestimmt. Für die 60er Jahre hat die OECD einen gleich starken, nun aber negativen Zusammenhang ermittelt.

deutsche und das schweizerische Niveau unterschritt. Während jedoch Deutschland in den Folgejahren noch weiter absackte und die Schweiz das vergleichsweise niedrige Niveau beibehielt, vollzog Dänemark noch während der 80er Jahre einen Wiederanstieg auf ein höheres Niveau mit Stabilisierung dann im Bereich von 1,71 bis 1,89. Die Jahre, wo der Wiederanstieg gelang, sind geprägt durch den oben angesprochenen massiven Ausbau der öffentlichen Care-Infrastruktur mit Tausenden neuer Arbeitsplätze bei zunächst ausschließlich öffentlichen Arbeitgebern. Immer weniger wurden Frauen in der Folge vor die Entscheidung gestellt, sich entweder über Jahre voll oder teilweise aus eigener Erwerbstätigkeit zurückzuziehen, um zunächst Kinder und dann Angehörige zu pflegen und zu betreuen oder den Kinderwunsch aufzugeben.

1.4 Günstige Relation von gesunden Lebensjahren zu Lebenserwartung

Neben dem Absinken der Geburtenrate bewirkt die steigende Lebenserwartung eine Umschichtung im Bevölkerungsaufbau. 2011 konnten 65-jährige Frauen (Männer) im OECD-Durchschnitt erwarten, noch 20,9 Jahre (17,6 Jahre) zu leben - ein Zuwachs gegenüber 1960 von 6 Jahren bei Frauen und von 4,8 Jahren bei Männern (OECD 2013: S. 172). Mehr als die reine Quantität der Jahre, die Menschen nach dem Erwerbsleben noch vor sich haben, zählt jedoch, wie sich gesunde Lebensjahre und Lebensjahre, die von chronischen Erkrankungen geprägt sind, relativ zueinander entwickeln. Steigen mit der Lebenserwartung die gesunden Lebensjahre überproportional oder geht der Zuwachs an Jahren einher mit einer Ausweitung von Multimorbidität? Was „Alternde Gesellschaft“ konkret bedeutet und wie Pflegeplanung auszurichten ist, hängt entscheidend an der Antwort auf diese Frage.

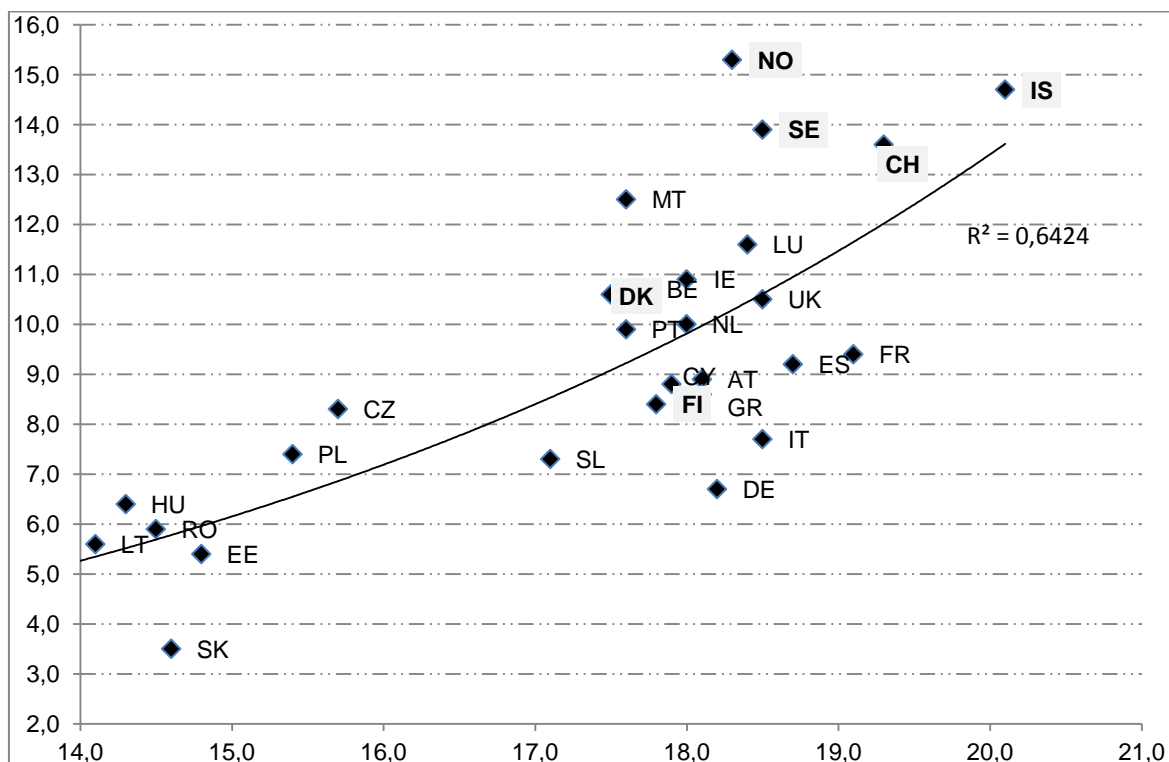
Zum Zusammenhang von Lebenserwartung und dem Anteil gesunder Lebensjahre daran existieren keine langen Zeitreihen. Die vorliegenden Daten umfassen nur den Zeitraum ab 1995 mit einem Bruch zwischen den Jahren 2003 und 2004.¹⁴ Für Deutschland liefern sie besorgniserregende Befunde, während die Schweiz sehr gut abschneidet, dabei allerdings datenmäßig erst seit 2008 erfasst ist. Frauen (Männer), die im Jahr 2012 das 65. Lebensjahr erreichten, haben in der Schweiz noch eine Lebenserwartung von 22,3 Jahren (19,3 Jahre). Im europäischen Vergleich erreicht die Schweiz damit bei Frauen den dritten Platz hinter Frankreich und Spanien, gefolgt von Italien, Finnland und Island. Bei den Männern wird nach Island (21,1 Jahre) der zweite Platz eingenommen. Der Anteil, den gesunde Lebensjahre an der Lebenserwartung älterer Menschen erreichen, liegt zwar unter den skandinavischen Niveaus, wo Werte bis zu 80 Prozent und mehr erreicht werden,¹⁵ aber entschieden höher als in Deutschland. Deutschland bewegt sich bei den gesunden Lebensjahren unter den Schlusslichtern. Frauen wie Männer erreichten 2012 noch nicht einmal 7 gesunde Lebensjahre. Damit entfallen in Deutschland nur knapp ein Drittel der Lebensjahre, die Menschen im Alter von 65 Jahren noch vor sich haben, auf Lebensjahre ohne dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen. Mitte der 90er Jahre lag dieser Anteil noch bei über 50 Prozent. Zwar stieg die Lebenserwartung der älteren Frauen in diesem Zeitraum von 18,7 Jahre auf 21,2 Jahre. Dem Plus von 2,5 Jahren steht jedoch ein Minus bei den gesunden Lebensjahren gegenüber. 1995 konnten die damals 65jährigen Frauen auf noch gut 10 gesunde Lebensjahre setzen; 2012 nur noch auf 6,9

¹⁴ In Europa wird die Zahl gesunder Lebensjahre jährlich von Eurostat kalkuliert (EU-SILC). Es gibt Daten zur Zeitspanne 1995 bis 2003 und Daten ab 2004 [Code: hlth_hlye]. Ausgewertet wurden die Daten mit Update vom 08.10.2014.

¹⁵ So bei den Männern, die in Norwegen im Zeitraum von 2008 bis 2012 das 65 Lebensjahr erreichten.

Jahre. Demgegenüber weist im Beobachtungszeitraum (ab 2004) von den skandinavischen Ländern nur Dänemark das Muster einer Expansion multimorbider Lebensjahre gleichermaßen bei Frauen wie Männern auf. Den anderen Ländern gelang eine Kombination aus Expansion gesunder und Kompression multimorbider Lebensjahre. Auch in der Schweiz basiert die Verlängerung der Lebenserwartung primär auf Gewinnen bei den gesunden Lebensjahren. Als Gemeinsamkeit kristallisiert sich somit heraus, dass es den Vergleichsländern der Tendenz nach gelingt, die sozialen und ökologischen Umfeldbedingungen im Wohnquartier, im Bildungssystem und in der Arbeitswelt so zu gestalten, dass die Weichen in Richtung „gesundes Altern“ gestellt sind.

Abbildung 2: Zusammenhang von Lebenserwartung zu gesunden Jahre bei 65-Jährigen (Männer) im Jahr 2012



Legende: AT = Österreich; BE = Belgien; CH = Schweiz; CY = Zypern; CZ = Tschechische Republik; DE = Deutschland; DK = Dänemark; EE = Estland; ES = Spanien; FI = Finnland; FR = Frankreich; GR = Griechenland; HU = Ungarn; IE = Irland; IS = Island; IT = Italien; LT = Litauen; LU = Luxemburg; LV = Lettland; MT = Malta; NL = Niederlande; NO = Norwegen; PT = Portugal; PL = Polen; RO = Rumänien; SE = Schweden; SK = Slowakei; SL = Slowenien; UK = Vereinigtes Königreich

Quelle: Eurostat, Datenbestand von Healthy Life Years (from 2004 onwards) [hlth_hlye]

Im Norden geht dieser Prozess einher mit einer Einebnung der Geschlechterdifferenz. In allen fünf nordischen Ländern konnten Männer bei der Lebenserwartung höhere Steigerungen realisieren als Frauen. Der geschlechtsspezifische Unterschied hat sich in der Folge vermindert.¹⁶ Im skandinavischen Durchschnitt sank der Gender-Gap von 2004 bis 2012 um fast ein Jahr (2004: 3,5 Jahre; 2012: 2,6 Jahre). Unter den deutschsprachigen

¹⁶ Beispiel Norwegen: Die Lebenserwartung der 65+-Frauen stagniert (2004-2012: + 0,3 Jahre); die der 65+-Männer hat sich dagegen um 1,2 Jahre erhöht. Dies geht einher mit einer annähernd gleich hohen Zunahme bei den gesunden Lebensjahren (Frauen: +3,2 Jahre; Männer: +3,1 Jahre).

Ländern ist abweichend dazu kein eindeutiger Trend auszumachen. In der Schweiz, ebenso in Österreich, liegt ein Auf und Ab im Korridor von 3,6 bis 3,0 Jahren vor. Abgesehen von Dänemark, das in den letzten Jahren zurückgefallen ist, fußt die hohe Steigerung der Lebenserwartung, die Männer in Skandinavien realisieren konnten, auf einer Expansion der gesunden Lebensjahre. In Island, Norwegen und Schweden erhöhten sich ihre gesunden Lebensjahre im Beobachtungszeitraum zwischen 2,9 Jahren (Island) und 3,8 Jahren (Schweden), während die Lebenserwartung um maximal (Schweden) ein Jahr stieg. Im Ergebnis belegen diese 3 Länder nun bei beiden Geschlechtern im europäischen Vergleich die drei besten Plätze. Die Schweiz folgt. Dass die Weichen im Norden etwas besser in Richtung gesundes Altern gestellt sind als in der Schweiz stellt nicht nur den dortigen Gesundheitssystemen ein gutes Zeugnis aus. Es verweist auf Lebensumstände, die der Gesundheit, nicht zuletzt der der Männer förderlich sind. Sie konnten ihren Rückstand gegenüber Frauen bei der Lebenserwartung merklich reduzieren. Das Streudiagramm von *Abbildung 2* verdeutlicht für 29 europäische Länder den Zusammenhang von Lebenserwartung und gesunden Lebensjahren bei Männern im Jahr 2012.

2 Pflege, soziale Betreuung und Alltagsunterstützung als Teil kommunaler Infrastruktur - die nordische Alternative

2.1 Entwicklung integrierter Leistungen. Das Beispiel Dänemark

Das Zeitfenster von Ende der 70er bis Ende der 90er Jahre steht für viele hochentwickelte Länder unter der Überschrift „Aufschwung Pflege“. In den nordischen Ländern erfolgte die Neuordnung der Langfrstpflge bereits ab den 70er Jahren. Länder mit familienbasierten Systemen haben weit später rechtliche Grundlagen für ein ergänzendes öffentliches Leistungssystem geschaffen. In Dänemark fand Ende der 70er Jahre eine intensive Debatte um eine Neuausrichtung der Pflegepolitik statt, die in konkrete Modellprojekte mündete. Zwei übergreifende Ziele wurden formuliert: **(1)** Zugänglichkeit der kommunalen Gesundheitsdienste für alle Einwohner unabhängig von ihrer Wohnform; **(2)** Prävention als Priorität, um die individuellen Möglichkeiten zu fördern und die gesundheitsbezogenen Ressourcen zu stärken. Als wegweisend erwies sich das Projekt der Gemeinde Skaevinge (5000 EW). Im Zeitraum von 1984 bis 1988 hat die Gemeinde drei einschneidende Veränderungen durchgeführt:

- Kommunale Dienste, die bislang unabhängig voneinander gearbeitet hatten, wurden in multiprofessionellen Teams zusammengeführt.
- Das bestehende Altenpflegeheim wurde in ein Gesundheitszentrum mit Einbindung privater Mietwohnungen umgewandelt.
- An das Gesundheitszentrum wurde ein Pflegedienst mit 24-Stunden-Service angedockt, der nun für die gesamte Gemeinde zuständig war.

Die Realisierung dieser Veränderungen verlief keineswegs problemlos. So pflegten und praktizierten die bislang unabhängig voneinander arbeitenden Dienste unterschiedliche Sichtweisen. Multiprofessionelles Zusammenwirken zielt aber gerade auf ein integriertes Vorgehen. Voraussetzung ist, dass die Akteure lernen, die unterschiedlichen beruflichen Zugänge zunächst einmal wechselseitig anzuerkennen, um auf dieser Basis dann gleichberechtigte Zusammenarbeit organisieren zu können. Dies war ein Lernprozess, der seine Zeit dauerte.

Im Ergebnis erwies sich der Ansatz, der häuslichen Pflege Vorrang vor der Heimunterbringung einzuräumen sowohl für die ehemaligen AltenheimbewohnerInnen wie auch für das nun multiprofessionelle Personal als zukunftssträchtig. Die meisten dänischen Kommunen haben den Ansatz in der Folge übernommen. Parallel fanden Versuche mit präventiv einzusetzenden Instrumenten statt. Mitte der 80er Jahre ergab dabei eine Studie, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen sinkt, wenn präventive Hausbesuche durchgeführt werden. Dies fiel auf fruchtbaren Boden, da die kommunale Regierungsebene für das eine wie das andere der Kostenträger ist; der neue Ansatz scheiterte also nicht im Gestrüpp verschiedener Kostenträgerschaften.¹⁷ Präventive Hausbesuche etablierten sich als eine zentrale Säule des dänischen Systems. 2002 machte der Gesetzgeber die Durchführung zur Pflicht und nahm eine Vereinheitlichung vor. Jede Gemeinde hat nun die rechtliche Verpflichtung, jedem Einwohner, jeder Einwohnerin, der oder die ohne fremde Hilfe alleine lebt und das 75. Lebensjahr erreicht hat, jährlich mindestens zwei präventive Hausbesuche anzubieten. Die BürgerInnen können dazu Ja oder Nein sagen. Die Annahmequote bewegt sich zwischen 25 bis etwas über 30 Prozent. Im Ergebnis werden jährlich zwischen 100 Tsd. bis 150 Tsd. Hausbesuche durchgeführt.¹⁸

Im Instrument des präventiven Hausbesuchs drückt sich ein Grundprinzip des skandinavischen Modells aus: Niemand soll vergessen werden oder verloren gehen. Das flächendeckende Sich-Kümmern um alle alten, allein lebenden EinwohnerInnen kontrastiert mit einem gerne bemühten Topoi. Wir sind ein kleines Land; hier kennt jeder jeden, sagen Dänen gerne von sich. Die rechtlich verpflichtenden präventiven Hausbesuche dementieren diese Selbstbeschreibung. Weder im isländischen Ministaat mit seinen nur 320 Tsd. Einwohnern noch im weit größeren Dänemark kennt jeder jeden. Weder hier noch dort verlässt sich die Politik daher auf die Selbstregulation sozialer Netzwerke. Die Individualisierung der Gesellschaft und die Flexibilisierung der Arbeitswelt bringen es mit sich, dass immer mehr Menschen alleine leben. Bei vielen älteren Menschen, die nicht mehr berufsbedingt sozial eingebunden sind, droht Einsamkeit. Es ist deshalb auch Zweck der präventiven Hausbesuche *“to enable both the elderly citizen and the municipality to make use of those offers available that can help the elderly sustain physical and social skills and prevent loneliness, loss of feeling of security etc.”* (Ministry of Health 2010). Aus der Perspektive konservativ-subsidiärer Sozialstaatlichkeit liegt hier eine paternalistische Politik der Rundumfürsorge vor, die Eigenverantwortung klein schreibt und staatliche Regelungen vorsieht, wo doch zunächst gelebte Nachbarschaft gefordert wäre. Aus der Perspektive skandinavischer Wohlfahrtsstaatlichkeit geht es genau umgekehrt darum, nicht erst

¹⁷ Dies gestaltet sich in Deutschland gänzlich anders. Das Pflegeversicherungsrecht postuliert zwar den Vorrang von Prävention und Rehabilitation, ignoriert aber, dass die Gesetzesvorschrift im gegliederten deutschen Gesundheitssystem praktisch ins Leere geht. Auf der einen Seite stehen die Pflegekassen. Sie haben weder Instrumente noch Ressourcen, denn sie gehören nicht zum Kreis der Träger präventiver und rehabilitativer Maßnahmen. Auf der anderen Seite stehen die Krankenkassen. Sie sind zwar Träger, haben aber kein Interesse, Maßnahmen zugunsten der Pflegekassen zu finanzieren. Auch andere Akteure haben an Prävention kein Interesse. So kann es für Heime betriebswirtschaftlich von Vorteil sein, wenn ein Heimbewohner nicht mehr selbst mobil ist, obwohl – sportmedizinische Studien haben dies immer wieder belegt - eine Mobilisierung mit gezielter Gymnastik möglich wäre. Bei der Einstufung würde die Mobilisierung nämlich zu einer Rückstufung, ergo zu weniger Geld von den Pflegekassen führen, obwohl der Betreuungsaufwand nicht sinken, sondern eher steigen würde. Ein mit etwas Unterstützung wieder selbständig gehfähiger Mensch akzeptiert nachts keine Windel mehr, sondern erwartet Begleitung beim Toilettengang. Er oder sie möchte dann auch im Garten herumlaufen und nicht einfach abgestellt werden. Dafür aber gibt es in vielen Heimen kein Personal.

¹⁸ Quelle: Statistics Denmark, “Recipients of preventative home visits by region, sex, home visits, age and time” (Code: AED10).

tätig zu werden, wenn Individuen zusammengebrochen sind, sondern schon vorbeugend wirksame Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten.

Präventive Hausbesuche kommen auch in anderen skandinavischen Ländern zum Einsatz. Nur in Dänemark jedoch handelt es sich um eine kommunale Pflichtaufgabe. So unterscheiden sich die skandinavischen Pflegesysteme in den Einzelelementen. Bei den Grundstrukturen, der Steuerung und Finanzierung sowie der aktiven Einbindung der Hilfebefürftigen weichen die in Dänemark bestehenden Regelungen demgegenüber nur wenig von denen der anderen nordischen Länder ab. Als Gemeinsamkeiten können herausgestellt werden:

- **Rechtliche Rahmenbedingungen:** Die primäre Zuständigkeit für die Erbringung von Pflege-, Betreuungs- und Hilfeleistungen für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Behinderte und Ältere liegt 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).
- **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.¹⁹ Allerdings gibt es teilweise, so in Finnland, auch Entwicklungen, die auf einen Mix mit mehr informeller Pflege gerichtet sind.²⁰
- **Pflegeverständnis:** Es gilt ein erweitertes, die Selbständigkeit 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 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 angesiedelt; bei der Heim-Trägerschaft bestehen unterschiedliche Regelungen. Überwiegend wurde die Zuständigkeit von den Landkreisen auf die Gemeinden übertragen. 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 Anfang der 90er Jahre und wurde später mit der Schaffung von Wahlrechten verknüpft. Finnland und Dänemark betraten den Weg der Vermarktlichung mit

¹⁹ 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".

²⁰ Nachdem die Inanspruchnahme von Pflegegeld (Informal Care Allowance) bis 1995 auf einen Anteil von nur noch rd. 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 Sachleistungsanspruchnahme gesunken sind, von 11,8 Prozent auf 11 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.

abweichenden Strategien erst Jahre später (Dänemark ab 2003). 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 durch Pflegehilfspersonal goutieren. Informell Pflegende erhalten kein Pflegegeld mit der Funktion einer Anerkennungsprämie wie z.B. in Deutschland, sondern bei Vollzeitpflege abgesehen von Island und Finnland Lohnersatzleistungen. Es korrespondiert mit der starken Erwerbsorientierung der skandinavischen Wohlfahrtsstaaten, dass dies bis zur temporären Schaffung von Ersatzarbeitsplätzen gehen kann. Pflegende Angehörige oder anderweitige Vertrauenspersonen sind dann gegen entsprechende Bezahlung im Auftrag ihrer Kommune tätig. In Dänemark,²¹ Schweden und Norwegen ist dies Praxis in einem Teil der Kommunen.
- **Qualität der Pflege und Qualifikation des Pflegepersonals:** Im dänischen System - Analoges gilt für die anderen nordischen Länder - wird Qualitätssicherung groß geschrieben. Die Gemeindevertretungen müssen Qualitätsstandards festlegen und publizieren. Sie stehen dafür ein, dass diese Standards bei den eigenen Einrichtungen und auch bei den privaten Anbietern eingehalten werden. Dafür muss mindestens einmal jährlich eine Qualitätsprüfung stattfinden, deren Ergebnisse öffentlich zugänglich sind. Es gibt durchweg eine generalisierte Pflegeausbildung. Die Qualifikation der Pflegefachkräfte wurde seit Ende der 70er Jahre sukzessive akademisiert.²² 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. Zur Entwicklung multiprofessioneller Teams siehe oben. 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 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 als Mitgestalter gesehen werden, betreffen Tagesroutinen, das Essen und das soziale Leben im Heim.²³

²¹ In Dänemark enthält die Sektion 118 des “Social Services Act” (Gesetz nur 1093 i.d.F. vom 5. September 2013) eine entsprechende Ermächtigung. Der Pflegebedürftige muss unter schweren körperlichen oder geistigen Funktionseinschränkungen resp. einer langwierigen Krankheit leiden. Für bis zu 6 Monaten mit Verlängerungsmöglichkeit um maximal weitere 3 Monate soll die Gemeinde dann ein Beschäftigungsverhältnis mit der pflegenden Person begründen. Voraussetzung ist, dass die benötigte Pflege vom zeitlichen Umfang her einer Vollzeitbeschäftigung entspricht, die informell pflegende Person persönlich für die Wahrnehmung der Aufgabe geeignet ist und sich die Parteien auf einen Pflegeplan verständigt haben. Die nahe Angehörige oder anderweitig vertraute Person erhält für die Wahrnehmung der Pflege dann monatlich 16.556 DKK (zum Umrechnungskurs vom 28.03.2015 waren dies 2.218 € resp. 2.321,15 CHF). Davon gehen ab 4 Prozent für die Pensionskasse (weitere 8 Prozent zahlt die Gemeinde in die Pensionskasse). Zwischen Gemeinde und Pflegeperson wird ein befristeter Arbeitsvertrag geschlossen. Die Befristung soll verhindern, dass das professionelle Pflegesystem durch vergleichsweise billigere Arrangements mit nahen Angehörigen unter Druck gerät.

²² Vgl. Heintze (2007: S. 278ff)

²³ Vgl. den Social Services Act von Dänemark, Part III, Chapter 5. In den anderen Ländern bestehen analoge Regelungen.

- **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 Anlass für Klagen über eine unzureichende Finanzausstattung - bezogen auf die Qualitätserwartungen möglicherweise zu Recht. Im internationalen Vergleich jedoch werden Spitzenwerte erreicht. 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.²⁴ Das Prinzip der Kostenfreiheit gilt nicht für die Wohn- und Essenskosten. Wer eine Einrichtung des 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.²⁵ Eine Heranziehung der Angehörigen zu den ungedeckten Kosten findet nicht statt. Hier besteht eine Parallelität zur Schweiz, während in Deutschland Kinder auch dort unterhaltspflichtig sind, wo zerrüttete Familienverhältnisse vorliegen.

Grob betrachtet ist der Zentralstaat für die Gesetzgebung und das übergeordnete Monitoring zuständig, die Lokalregierung jedoch für die konkrete Umsetzung incl. der Finanzierung. Traditionell fielen Finanz- und Leistungsverantwortung zusammen, wodurch der Pflegebereich vor der Landnahme durch gewinnorientierte Dienstleister abgeschottet wurde. Neoliberaler Politik ist die Versorgung aus einer Hand dementsprechend schon lange ein Dorn im Auge. Erst ab 2003 allerdings wurde auch in Dänemark der Weg Richtung Vermarktlichung geöffnet. Ältere Menschen können bei häuslicher Pflege die Home-Help-Leistungen ihrer Gemeinde in Anspruch nehmen oder die eines alternativen Anbieters. Sie können auch in eine andere Gemeinde wechseln und sie sind nicht verpflichtet, bei einem gewählten Anbieter zu bleiben, sondern können von Zeit zu Zeit einen Wechsel vornehmen. Für die Aufgabe des kommunalen Anbieter-Monopols gab es drei wesentliche Begründungen. *Erstens* wurde argumentiert, dass ältere Menschen dadurch Wahlmöglichkeiten erhalten, die ihnen vorher versperrt waren. *Zweitens* wurde der Schritt in den Kontext klarerer Aufgabentrennung gerückt. *Drittens* verbindet sich die Marktöffnung mit der Hoffnung auf Kostensenkung. Verglichen mit Schweden, wo die Tür Richtung Vermarktlichung bereits eine Dekade früher geöffnet wurde, ist die in Dänemark vorgenommene Öffnung zum einen limitiert, weil auf die häusliche Pflege beschränkt. Zum anderen jedoch ist sie weitergehend, weil das freie Wahlsystem flächendeckend eingeführt wurde, während sich in Schweden Gemeinden auch dagegen entscheiden können.²⁶ Die

²⁴ In Dänemark decken die privaten Zuzahlungen rd. 10 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 € entsprach. Bei medizinischen Pflegeleistungen nach dem Gesetz über Gesundheitsdienste lag die maximale jährliche Kostenbeteiligung bei 900 SEK (rd. 101 €).

²⁵ 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 (rd. 542 €) mussten 2009 in Schweden für den täglichen Bedarf verbleiben. Die öffentlichen Ausgaben für Wohnzuschüsse an Rentner sind nach 2009 deutlich gestiegen, und zwar von 6.907 Mio. SEK (2009) auf 7.594 Mio. SEK (2011). Quelle: Statistical Yearbook 2014, Table 18.8, S. 360.

²⁶ Interkommunal geht die Entwicklung auch deshalb stark auseinander. In den meisten Gemeinden, zumal kleineren Gemeinden mit linksgeneigten politischen Mehrheiten besteht das kommunale Versorgungsmonopol praktisch fort. In den Großstädten hängt es stark von den politischen Mehrheiten ab, welcher Grad an Vermarktlichung zwischenzeitlich erreicht ist.

empirischen Daten zeigen, dass in Dänemark von der Wechselmöglichkeit je nach Leistungsart sehr unterschiedlich Gebrauch gemacht wird. Im institutionellen Bereich besteht das kommunale Monopol annähernd fort. Auch bei Pflegeleistungen (Personal Care) entfällt bislang nur ein geringes Versorgungsvolumen auf private Anbieter. Bei praktischen Unterstützungsleistungen („Help on necessary practical duties“) dagegen sieht es anders aus. Hier konnten private Dienstleister rasch Marktanteile gewinnen und erreichten so 2012 einen Anteil von fast 43 Prozent. Bis 2013 ist dieser Anteil auf knapp 40 Prozent zurückgegangen. Es bleibt abzuwarten, ob die Expansion nur temporär ins Stocken geraten ist oder sich weiter fortsetzt. Auf die Gesamtleistungen bezogen lag der Anteil derjenigen, die sich für private Dienstleister entschieden haben, 2013 mit 21,4 Prozent leicht unter dem Niveau von 2011 (22,1%).²⁷

Die jüngste Weiterentwicklung der dänischen Seniorenpolitik betrifft den Zugang zu Pflegeheimen und altengerechten Wohnformen. Es gibt für Senioren ganz unterschiedliche Wohnformen vom klassischen Alten- und Pflegeheim bis zu Formen des betreuten Wohnens in Einzelappartements (Pflegehwohnungen) oder in Wohngruppen. Da die Nachfrage tendenziell größer ist als das Angebot, gilt seit dem 1.1.2009 eine *garantierte Wartezeit* von max. 2 Monaten für einen Heimplatz. Nur wenige Gemeinden überschreiten die Wartezeit (2012: Fredensborg, Lyngby-Taarbæk und Odder). Die durchschnittliche Wartezeit betrug 2012 rd. 3 Wochen.²⁸

2.2 *Persönliche Bedarfslage: Zugang und Reichweite formeller Pflege*

Der Grundphilosophie entsprechend gibt es einen sehr niedrighschwelligen Zugang zu Leistungen der Pflege und Alltagsunterstützung. Der Vergleich mit Deutschland ist aufschlussreich. Zwar ist es Zielstellung des Deutschen Pflegeversicherungsgesetzes, Pflegebedürftige bei der Führung eines möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebens so zu unterstützen, dass „*die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen*“ wiedergewonnen oder erhalten bleiben (Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI, § 2). Pflegebedürftig im Rechtssinne sind dabei jedoch nur Personen mit erheblichen bis schwersten Einschränkungen. Pflegestufe I (Erhebliche Pflegebedürftigkeit) 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 wöchentliche Zeitaufwand von im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten errechnet. Mehr als die Hälfte davon muss auf die Grundpflege entfallen. Schon die Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit legt somit die Hürde für die Anerkennung als „pflegebedürftig“ relativ hoch. Im Ergebnis erhalten gut 3 Prozent der ab 65-Jährigen in der eigenen Häuslichkeit pflegerische Sachleistungen²⁹ und gut 4 Prozent werden stationär versorgt. In den skandinavischen Ländern reichen bereits Bedarfe von wenigen Stunden in der Woche für die Zuerkennung häuslicher Dienste aus. Wie sich diese dann auf Leistungen der Grundpflege und von praktischen Assistenzdiensten verteilen, wird anhand des individuellen Bedarfs entschieden. Die Anteile der Älteren und Hochaltrigen, die Leistungen von Personal Care und/oder praktischer Hilfe erhalten, lie-

²⁷ Quelle: Statistics Denmark, Datenbestand „First-time referred recipients, free choice, who use private contractor, by region, sex, type of benefits, age and time“ (Code: AED13).

²⁸ Statistics Denmark, Daten mit Code AED15; eigene Auswertung.

²⁹ Dies immer häufiger in Kombination mit der Pflege durch Angehörige. Statistisch wird dieser Bereich unter „Ambulante Dienste“ erfasst.

gen in der Konsequenz vielfach so hoch wie in Deutschland und den anderen Ländern mit familienbasiertem Pflegesystem. Im Schnitt benötigen resp. erhalten die HilfeempfängerInnen wöchentlich dabei freilich nur wenige Unterstützungsstunden. In Dänemark sind es

Tabelle 2: Anteil der älteren Bevölkerung (%), die in den 5 nordischen Ländern formelle Leistungen bezieht (häusliche und institutionell): 2011/2012

	DK	FI	IS ¹	NO	SE ²
Altersgruppe ab 65 Jahren (NO: 67+)					
Häusliche Hilfe und Pflege (Kernleistung nach jeweiligem System)	13,7	11,0	20,5	17,0	9,2
Bewohner von Pflegeheimen, Pflegewohnungen und betreuten Wohnanlagen	4,2	Rd. 6	(7,5)	6,0	4,9
Formell versorgte Bevölkerung insgesamt	17,9	Rd. 17		23,0	14,1
Altersgruppe ab 75 Jahren (IS und NO: 80+)					
Häusliche Hilfe und Pflege (Kernleistung)	26,9	Rd. 13	43,7	34,2	17,4
Bewohner von Pflegeheimen, Pflegewohnungen und betreuten Wohnanlagen	9,0	Rd. 9	(22,2)	K.A.	9,8
Formale versorgte Bevölkerung insgesamt (%): DK ohne präventive Hausbesuche	35,9	Rd.22			27,3

1) Die jeweiligen Anteile institutioneller Versorgung sind in Klammern gesetzt, weil sich die Daten in Ermangelung einer aktuellen Statistik abweichend auf das Jahr 2010 beziehen. Auf die Angabe einer Gesamtquote wird verzichtet; es ist unklar ist, inwieweit die Home-Help-Statistik auch Sonderwohnformen, ergo die institutionelle Versorgung mitumfasst,

2) Versorgung im Rahmen des kommunalen Managements.

Quellen: Siehe im Literaturverzeichnis unter Primärquellen.

bei 3 von 4 HilfeempfängerInnen 2 bis 4 Stunden; nur bei knapp 3 Prozent der EmpfängerInnen häuslicher Dienste kommen wöchentliche Stundenvolumina von mehr als 20 Stunden zum Einsatz. In *Tabelle 2* sind für den Zeitraum 2011/2012 die formellen Pflegequoten dargestellt. Bei den 65+-Altersjahrgängen reicht die Spannweite von etwas über 9 Prozent, die in Schweden im Rahmen des Kommunalen Managements häuslich versorgt werden bis zu einem Fünftel, das in Island häusliche Dienste erhält. Dieser beachtlichen Spannweite stehen bei der Versorgung außerhalb der eigenen Häuslichkeit (Heime, betreute Wohnanlagen, Pflegewohnungen) Anteile gegenüber, die weniger stark differieren. Der Pflege- und Unterstützungsbedarf macht ab dem 75. Lebensjahr einen Sprung nach oben, was sich in der starken Zunahme der formellen Pflegequoten widerspiegelt. Innerskandinavisch ist die Spannweite bei den höheren Jahrgängen in analoger Weise ausgeprägt wie bei der Gesamtgruppe der Älteren (siehe *Tabelle 2*). Abgesehen von Finnland liegen die häuslichen und auch die institutionellen Pflegequoten bei den Jahrgängen ab 75 Jahren (Norwegen: ab 80 Jahre) in der Tendenz doppelt so hoch wie bei den Älteren insgesamt.

Über die zurückliegende Dekade betrachtet, haben sich die Pflegequoten innerskandinavisch angenähert. Bis 2009 wies Dänemark bei den häuslichen Diensten die höchste Versorgungsquote auf. Sie ist im Zuge von einerseits Sparmaßnahmen sowie andererseits

des Ausbaus präventiver Maßnahmen und der vermehrten Gewährung von temporären Leistungen um rd. ein Viertel zurückgegangen. Auch absolut sank die Zahl derjenigen, die permanente Home-Help-Leistungen beziehen von 154,6 Tsd. (2008) auf 132,8 Tsd. (2012).³⁰ In den anderen nordischen Ländern sind die häuslichen Pflegequoten annähernd stabil geblieben. Auch bei der institutionellen Pflege ist eine Annäherung eingetreten. In allen Vergleichsländern sank der Anteil Älterer, die institutionell versorgt werden. Gleichzeitig erfolgte ein Strukturwandel weg vom klassischen Heim und hin zu Wohn- und Versorgungsformen, die sich nur noch wenig von einer Versorgung in der eigenen Häuslichkeit unterscheiden. Die Erosion des klassischen Heims ist in Dänemark besonders ausgeprägt. Mitte der 80er Jahre wohnten fast 50 Tsd. ältere Menschen in Heimen; 2013 nur noch etwas mehr als 5 Tsd. Stark gestiegen ist im Gegenzug die Bedeutung insbesondere von Pflegewohnungen. Knapp 34 Tsd. ältere Menschen wurden 2013 in dieser Versorgungsform betreut.

Es muss als bemerkenswert hervorgehoben werden, dass die isländische Politik auf den Fast-Staatsbankrott, an dem der Mini-Staat nach dem Kollaps seines Bankensystems 2008/2009 vorbeischlitterte, anders als in den Krisenländern der Europäischen Union praktiziert, nicht mit einem massiven Abbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen reagierte, sondern im Gegenteil das hohe öffentliche Dienstleistungsniveau im Sinne automatischer Stabilisatoren wirken ließ. Mit dieser nachfrageorientierte Politik kam Island erstaunlich schnell aus der Krise heraus, während die EU-Krisenländer immer tiefer darin versanken.³¹ An der Langfristpflege zeigt sich der Erfolg nachfragegestützter Politik sehr deutlich. Der Anteil älterer Menschen, die Home-Help-Leistungen ihrer Gemeinde beziehen, blieb während der Krisenjahre stabil bei um die 20,5 Prozent.³² Die differenzierte Betrachtung nach Altersgruppen ergibt bei den ab 80-Jährigen einen stark ansteigenden Bedarf an häuslichen Diensten. Hier liegt die Quote gut doppelt so hoch wie bei den Älteren insgesamt (2012: 43,7%). Einschränkungen der Leistungsgewährung sind kaum auszumachen. Weder sank der Kreis der Leistungsbezieher, noch wurde das pro Haushalt eingesetzte Stundenvolumen krisenbedingt zurückgefahren. Das von den Gemeinden für Home-Help-Dienste eingesetzte Stundenvolumen ist von 723,3 Tsd. Std. (2007) auf 740,6 Std. (2012) gewachsen. Gewisse Kürzungen mag es gegeben haben, einmal durch eine leichte Verknappung des pro Haushalt eingesetzten Stundenvolumens und dann die Erhöhung von Zuzahlungen. Insgesamt jedoch war die Politik mit Erfolg darum bemüht, es nicht zu nennenswerten Leistungseinschränkungen kommen zu lassen.

³⁰ Personal-Care-Leistungen und praktische Hilfsleistungen nahmen dabei 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.

³¹ Die Unterschiede zeigen sich bei unterschiedlichen Indikatoren, angefangen beim Wirtschaftswachstum über die Reallohnentwicklung bis zur Entwicklung von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit. Die Jugendarbeitslosigkeit liegt in keinem EU-Krisenland heute (2014) unter den Werten bei Beginn der Krise. Besonders dramatisch sind die Folgeschäden des Scheiterns der Austeritätspolitik in den südeuropäischen Ländern. Waren 2009 in Portugal und Griechenland je rd. ein Viertel und in Spanien mehr als ein Drittel (37,7%) der unter 25-Jährigen arbeitslos, so sind es aktuell (2014) in Portugal 34,8 Prozent, in Griechenland 52,3 Prozent und im nach Lesart der Austeritätsanhänger vermeintlich so erfolgreichen Spanien 53,2 Prozent. Im Schnitt lag die Jugendarbeitslosigkeit 2014 in den südeuropäischen Krisenländern um 58 Prozent über dem Niveau von 2009. In Island dagegen sank sie von 16 Prozent (2009) auf 10 Prozent (2014). Quelle: Eurostat, Datensatz von „Arbeitslosenquoten nach Geschlecht und Altersgruppe - Jahresdurchschnitte, % [une_rt_a]“, Update: 05.03.2015.

³² Iceland Statistics, Tabelle "Elderly households receiving municipal home-help service by type, sex and age"

2.3 Gut gerüstet für die Schaffung demenzgerechter Versorgungsstrukturen

Bei Demenz handelt es sich um ein Krankheitssyndrom mit dauerhafter Störung höherer Funktionen der Großhirnrinde. Gedächtnis, Denken, Orientierung, Sprache und Urteilsvermögen können beeinträchtigt sein. Die kognitiven Einbußen werden meist begleitet von einem Verlust der emotionalen Kontrolle sowie von Veränderungen im Sozialverhalten. Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit dem Alter. Während die Erkrankungshäufigkeit bei Menschen im Alter von 60+ bei 6 bis 7 Prozent liegt, sind von den ab 90-Jährigen ein Drittel und mehr betroffen. Da die Zahl derjenigen, die ein hohes Alter erreichen, in allen Vergleichsländern wächst, ist mit einem starken Anstieg der Zahl demenziell Erkrankter zu rechnen. Prognosen erwarten für die Zeit bis 2040 ungefähr eine Verdoppelung verglichen mit den Jahren 2010/2011 (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Demenz: Betroffenheit und Stand der Entwicklung Nationaler Demenzstrategien

	Demenz (EW 60+) und erwarteter Anstieg (Stand der Entwicklung und Umsetzung Nationaler Demenzstrategien
Deutschland	Von rd. 1,5 Mio. (2012) auf 2,2 Mio. (2030); Prävalenz: 7%	Keine Nationale Demenzstrategie. Länderpläne sind in der Entwicklung (Schleswig-Holstein)
Schweiz	Von geschätzt rd. 129,5 Tsd. (2012 OECD) Anstieg auf 300.000 (2050) Prävalenz: 7,1%	Nationale Demenzstrategie 2014 – 2017 wurde Nov. 2013 beschlossen. Kantone verfolgen unterschiedliche Strategien
Dänemark	Von rd. 82,7 Tsd. (2012) auf 178 Tsd. (2040); Prävalenz: 6,3%	2010: Plan (befindet sich in der Umsetzung)
Finnland	Von rd. 95 Tsd. (2010) auf 130 Tsd. (2020); Prävalenz: 6,5%	2012: Leitlinien für eine demenzfreundliche Gesellschaft
Norwegen	Von 69 Tsd. (2010) auf 133 Tsd. (2040); Prävalenz: 7,1%	2007: Nationaler Demenzplan (Teil des Care-Pans 2015) mit Aktionsprogrammen; 2011 Überarbeitung.
Schweden	Von 168,5 Tsd. (2012) auf 133 Tsd. (2040); Prävalenz: 7,1%	2010: Demenzstrategie

Quellen: (1) Prävalenz: Alzheimer Europe (2013), "Prevalence of Dementia in Europe" und OECD Health Data, Okt. 2014. (2) Prognosen: Bundesgesundheitsministerium, Onlineeintrag mit Stand 08.05.2014

Menschen mit Demenz stellen für das Gesundheits- wie Pflegesystem eine erhebliche Herausforderung dar. Einmal, weil Demenz zu den teuersten Krankheitsgruppen gehört. Dann aber auch, weil es sich um eine unheilbare Erkrankung handelt, bei der mit medizinischer Versorgung allein wenig auszurichten ist. Benötigt werden sozialintegrative Versorgungskonzepte, die geeignet sind, **1)** auch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gesellschaftliche Teilhabe zu sichern und **2)** dem schnellen Voranschreiten der Erkrankung entgegenzuwirken. In familienbasierten Systemen sind es primär die Familien selbst, die Betreuung zu leisten versuchen und den überwiegenden Teil der pflegerischen Kosten tragen (u.a. RKI 2005: S. 23). Viele sind damit überfordert. Zunehmend wird deshalb bei der häuslichen Pflege ein Ventil in Richtung grauer Pflegemärkte gesucht und bei der Heimunterbringung auf Angebote in osteuropäischen oder südostasiatischen Heimen gesetzt, die mit niedrigeren Preisen bei gleichzeitig besserer Personalausstattung locken. Für die nordischen Länder ist dies zumindest bislang keine Option. Konsens ist hier, dass es eine öffentliche und gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die wachsende Gruppe von

Menschen mit dementiellen Störungen ihrem soziokulturellen Milieu entsprechend zu versorgen. Da bei der Versorgung im häuslichen Bereich nur rd. halb so hohe Kosten anfallen wie bei Intensivpflege im Heim oder in Pflegewohnungen,³³ sollen Heimunterbringungen möglichst vermieden werden. Die Herausforderung besteht darin, die Hirngesundheit so zu fördern, dass ein wachsender Anteil Hochaltriger in der häuslichen Versorgung gehalten werden kann. Dies hat Grenzen. Menschen mit schwerer Demenz nämlich benötigen eine Rund-um-Betreuung, die in der eigenen Häuslichkeit nur zu unverträglich hohen Kosten leistbar wäre. 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. Noch ist kein nordisches Land auf der Höhe dieser Herausforderung. Es gibt Nationale Leitlinien und teilweise auch bereits mit Aktionsplänen unterlegte Strategien. Welche Versorgungskonzepte bei Demenz tragfähig sind und wie die Implementation zu erfolgen hat, ist allerdings erst in Umrissen erkennbar. Immerhin, Demenz ist auf der politischen Tagesordnung schon deutlich länger präsent als in Ländern mit familienbasierter Langzeitpflege. Während Deutschland über erste Schritte der Entwicklung von Demenzstrategien auf Länderebene kaum hinausgekommen ist, gibt es in der Schweiz auf Ebene der Kantone zwar Einiges an Handlungsansätzen (vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2013) und seit Ende 2013 auch eine Nationale Demenzstrategie. Die Schweizer Strategie scheint jedoch stark medizinlastig zu sein. Demgegenüber werden im Norden Ansätze favorisiert, bei denen soziale Interventionen im Vordergrund stehen. Norwegen nimmt bei der Entwicklung und Umsetzung einer Nationalen Demenzstrategie eine gewisse Vorreiterrolle ein. Die Eckpunkte des Norwegischen Demenzplanes möchte ich vorstellen.

Blick auf die norwegische Demenzstrategie

Der Startschuss zur Entwicklung eines Nationalen Demenzplanes erfolgte in Norwegen bereits vor einer Dekade. Bei den vorgeschalteten Bestandsaufnahmen zeigten sich nicht wenige Defizite. Zunächst fiel auf, dass von den Senioren und Seniorinnen mit Diagnose Demenz ca. die Hälfte institutionell versorgt wird; vier von fünf HeimbewohnerInnen wiesen eine Demenz-Störung auf. Die Masse der Einrichtungen gleichwohl unterließ es, sich darauf baulich und mit neuen Versorgungskonzepten einzustellen. Beim Personal wurde ein Mangel an fachlicher Breite und adäquater Schulung festgestellt. Ein Transfer wissenschaftlicher Handlungsempfehlungen in die Pflegerealität von Heimen und Tagespflegezentren hatte kaum stattgefunden.

Die 2007 als Teil des Nationalen Care-Planes 2015 veröffentlichte und 2011 überarbeitete Demenzstrategie „*Making the most of the good days*“ verfolgt als Oberziel 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). 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 soll sowohl Schulung wie Unterstützung zuteilwerden. Der Plan beinhaltet folgende 5 Hauptstrategien, die jeweils mit einem 4-Jahres-Aktionsplan unterlegt

³³ In Finnland z.B. fielen 2010 im Bereich betreuten Wohnens mit Intensivpflege monatsdurchschnittlich pro Bewohner gut 3.800 € an verglichen mit rd. 1.585 € bei häuslicher Versorgung. Von den öffentlichen Gesamtausgaben der Langfristpflege entfallen in der Folge rd. 70 Prozent auf den institutionellen Bereich (2011: 2,7 Mrd. €). Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2013b: S. 37; Tab. 1).

sind (S. 14ff.). *Tabelle 4* gibt einen Überblick zu den wesentlichen Inhalten. Wie auch in Dänemark liegt die Schwerpunktsetzung im Bereich psychosozialer Interventionen. Von ihnen verspricht man sich mehr als von medizinisch-medikamentösen Interventionen. Statt die von innerer Unruhe geplagten Demenzkranken mit Medikamenten ruhig zu stellen, geht es darum, das alternde Gehirn so zu beschäftigen, dass die noch verfügbaren Ressourcen aktiviert, trainiert und vor weiterem Abbau geschützt werden. Die Gemeinden sollen dazu klar strukturierte Tagesprogramme entwickeln.

Tabelle 4: Die Norwegische Demenzstrategie 2015 im Überblick

Ziele, Prinzipien, Einzelstrategien	Aktionspläne
(1) Entwicklung von Qualität, Forschung und Planung	Schaffung von 5 regionalen Forschungszentren. Umsetzung ist bis 2012/2013 erfolgt. Schwerpunkt: Entwicklung milieubasierter Therapien; Integration in Gemeindeplanung
(2) Vergrößerung der Pflegekapazitäten gemäß dem Motto „Small is beautiful“	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kompakte Baueinheiten mit Zugang ins Freie ■ Wohngruppen aus je 4 bis 8 Personen: Betreuung mit festem Personalstamm ■ Bis 2020 demenzgerechter Umbau von 20.000 Plätzen; Schaffung von 4.000 neuen Plätzen.
(3) Hebung der Kompetenz des Personals; breitere Fachlichkeit; Ausweitung personeller Kapazitäten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pflegeeinrichtungen: Kapazität des ärztlichen Personals soll um 50 Prozent gesteigert werden ■ Einstellung von zusätzlich 10.000 Mannjahren an Fachkräften bis 2015 (Finanzierung: Zentralregierung) ■ Geriatriische Qualifizierungsprogramme : Bis Ende 2015 3.000 Hochschulabsolventen
(4) Aktive statt passive Pflege; Partnerschaft mit Familien und lokalen gesellschaftlichen Akteuren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Integrierte Versorgungsketten als Oberziel ■ Gemeinden sollen Tagesprogramme zur sinnvollen Beschäftigung von Demenzkranken entwickeln ■ Schaffung einer kommunalen Pflichtaufgabe wird erwogen

Quelle: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008).

Zur Umsetzung des Demenzplanes fand 2011 ein erstes Monitoring unter Federführung des “Norwegian Centre for Research, Education and Service Development” statt. Es gibt Fortschritte; die Hauptarbeit steht aber noch bevor. Ob und wie gut sie gelingt, bleibt abzuwarten. Die Voraussetzungen zumindest sind nicht ungünstig. Schon seit den 80er Jahren wurden integrierte Strukturen aufgebaut und die Professionalität der Pflege vorangetrieben sowie zunehmend multidisziplinär angelegt. Es gilt nun, diese Prinzipien auf die Begleitung von Menschen mit dementiellen Störungen auszuweiten.

3 Entwicklungslogik aus der Perspektive öffentlicher Ausgaben und dem in der Langfristpflege beschäftigtem Personal

3.1 Hohe Pflegequalität erfordert eine auskömmliche öffentliche Finanzierung

Gemäß der Baumol’schen Kostenkrankheit (Baumol 1967) geraten soziale Dienstleistungen in eine Abwärtsspirale, wenn die Bereitstellung von Finanzmitteln nicht dem Bedarf entsprechend dynamisch wächst. Nur so auch können die Gehälter der hier Beschäftigten mit der allgemeinen Lohnentwicklung mithalten. Vorausgesetzt ist, dass die gesamtwirtschaftliche und nicht die branchenspezifische Produktivitätsentwicklung zugrunde gelegt wird. Soziale Dienstleistungen sind Dienste am konkreten Menschen und daher personal-

intensiv. Die Möglichkeit zur Rationalisierung ist begrenzt mit dann meist negativen Effekten auf die Dienstleistungsqualität.³⁴ Wenn, wie in deutschen Pflegeheimen üblich, morgens für die Versorgung von 20 HeimbewohnerInnen nur 3 Kräfte im Einsatz sind verglichen mit 7 bis 8 Kräften in den nordischen Ländern, dann ist klar, dass persönliche Bedürfnisse, auf die im Norden ganz selbstverständlich eingegangen wird, auf der Strecke bleiben, weil dem Personal dafür schlicht die Zeit fehlt. Wohl sehen die Heimgesetze der deutschen Bundesländer vor, dass der Personaleinsatz nach Quantität und Qualität am Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse ausgerichtet wird.³⁵ Da der Bundesgesetzgeber die Höhe des Pflegeversicherungsbeitrages jedoch so steuert, dass auf der Leistungserbringung ein Kostendruck lastet, der eine angemessene Personalausstattung nur um den Preis erhöhter privater Finanzierung zulässt, brechen sich die aus der Fachperspektive formulierten Outcomeziele an der Finanzierungsrealität. Ergebnis: Auf die persönlichen Gewohnheiten und Wünsche von Pflegebedürftigen kann in den meisten Heimen – bei der ambulanten Pflege ist es ähnlich - kaum eingegangen werden. Statt persönlichen Bedarfen gerecht zu werden, geht es darum, die betriebswirtschaftlichen Abläufe so zu steuern, dass mit minimalem Personaleinsatz letztlich auch nur pflegerische Mindeststandards erfüllt werden. Aus Haftungsgründen wird dies dann mit großem bürokratischem Aufwand minutiös dokumentiert.

Die Durchökonomisierung mit Blick auf die Sicherung nur von Mindeststandards hat negative Folgen für die Lebensqualität und die Gesundheit der HeimbewohnerInnen. Ein Thema, das in den letzten Jahren zunehmend öffentliche Beachtung fand, ist die mittlerweile zwar etwas rückläufige, aber immer noch sehr hohe Zahl an vermeidbaren Fixierungen. In einem gewissen Umfang mögen Fixierungen fachlich geboten sein, im deutschen Heimalltag sind jedoch auch fachlich nicht gebotene Fixierungen an der Tagesordnung. Hintergrund ist der Umgang mit einer Dilemmasituation. Verwirrte, an Demenz erkrankte HeimbewohnerInnen haben einen erhöhten Bewegungsdrang. Da das Personal fehlt, um sie mit Betreuung in Bewegung zu halten, werden sie fixiert aus der Absicht heraus, sie so vor möglichen Schäden, etwa einem Sturz, zu bewahren. 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 11.08.2014, S. 46). Dadurch aber entsteht schnell ein Teufelskreis, der mit Grundsätzen guter Pflege und Betreuung kollidiert. Fixierung nämlich zieht Widerstand gegen die Fixierung nach sich. Gebrochen wird der Widerstand mit sedierenden Medikamenten,³⁶ die dann jedoch ähnlich wirken dürften wie erzwungene Passivität im Falle von altersbedingtem Muskelschwund: Der Verfall des Gehirn wird beschleunigt statt abgebremst. Während Menschen mit kognitiven Störungen häufig einen erhöhten Bewegungsdrang verspüren, haben andere alte Menschen verlernt, sich ausreichend zu bewegen. Ihr

³⁴ Die Anwendbarkeit des in der ökonomischen Wissenschaft etablierten, an Prozessen der industriellen Güterproduktion ausgerichteten Begriffs von Produktivität ist deshalb in Zweifel zu ziehen. Angewandt auf personenbezogene Dienstleistungen führt das industriell geprägte Produktivitätsverständnis in die Irre. Siehe dazu die Diskussion bei Baumann und Ringger (2013: S. 137ff.).

³⁵ Im Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz von 2008 i.d.F. vom 22. Mai 2013 (Art. 3, Nr. 4), heißt es etwa: Pflegedienste müssen eine angemessene „Qualität der pflegerischen Versorgung (...) nach dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse“ sichern. Hierzu gehört insbesondere, „dass ausreichend fachlich geeignetes Personal eingesetzt wird, um (...) eine nach Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit angemessene individuelle Lebensgestaltung zu ermöglichen.“ In den anderen Bundesländern bestehen analoge Zielstellungen.

³⁶ Nach dem Arzneimittelreport der Barmer Krankenversicherung erhält etwa jeder dritte Demenzkranke Neuroleptika zur Ruhigstellung.

Zutrauen in die eigene Bewegungsfähigkeit geht, je länger sie passiv bleiben, immer weiter zurück. Wege können dann nur noch in Begleitung und mit langsamen Schritten zurückgelegt werden. Wo Pflege nach ökonomischen Kriterien durchrationalisiert ist, wird man den Zeitbedarf für die Motivierung dieser alten Menschen zum selbständigen Gehen und die Begleitung dabei als zu hoch einschätzen. Eigenbewegung wird ersetzt durch den Transport im Rollstuhl und/oder das Liegenlassen im Bett, womit auch noch das restliche Mobilitätsvermögen verkümmert. Schließlich können sich diese Menschen gar nicht mehr selbständig auf den Beinen halten. Sie liegen ständig im Bett oder sitzen im Rollstuhl, was nicht nur eine Einbuße an persönlicher Autonomie und Lebensqualität darstellt, sondern auch erhöhte gesundheitliche Risiken nach sich zieht, etwa ein erhöhtes Risiko, Druckgeschwüre zu entwickeln.

Was Baumol als "Kostenkrankheit" bezeichnet hat, wird heute – anders als von ihm intendiert – gerne als "Kostenexplosion" interpretiert und gegen den Wohlfahrtsstaat gewendet. Tatsächlich jedoch ist es ein objektiver und für die Gesellschaft chancenreicher Prozess. Er liefert nämlich eine Teilantwort auf die Frage, wie langfristig Vollbeschäftigung gesichert werden kann, wenn es bei der Produktion und Distribution stofflicher Güter durch Prozesse der Rationalisierung und Automatisierung laufend zur Freisetzung von Arbeitskräften kommt. Gegenläufig dazu nämlich wächst der Bedarf an sozialen Dienstleistungen aufgrund des demografischen Wandels. Zu den Bereichen mit schrumpfendem Arbeitskräftebedarf gesellen sich also Beschäftigungsfelder von Bildung/Erziehung bis Altenpflege, wo zusätzliche Fachkräfte dringend gebraucht werden. Die Frage jedoch, ob dafür auch die Finanzierung bereitgestellt wird, entscheidet sich nicht marktförmig, sondern im politischen Prozess dort, wo Parlamente oder das Volk direkt Entscheidungen treffen zur Höhe der öffentlichen Einnahmen und ihrer Verwendung.

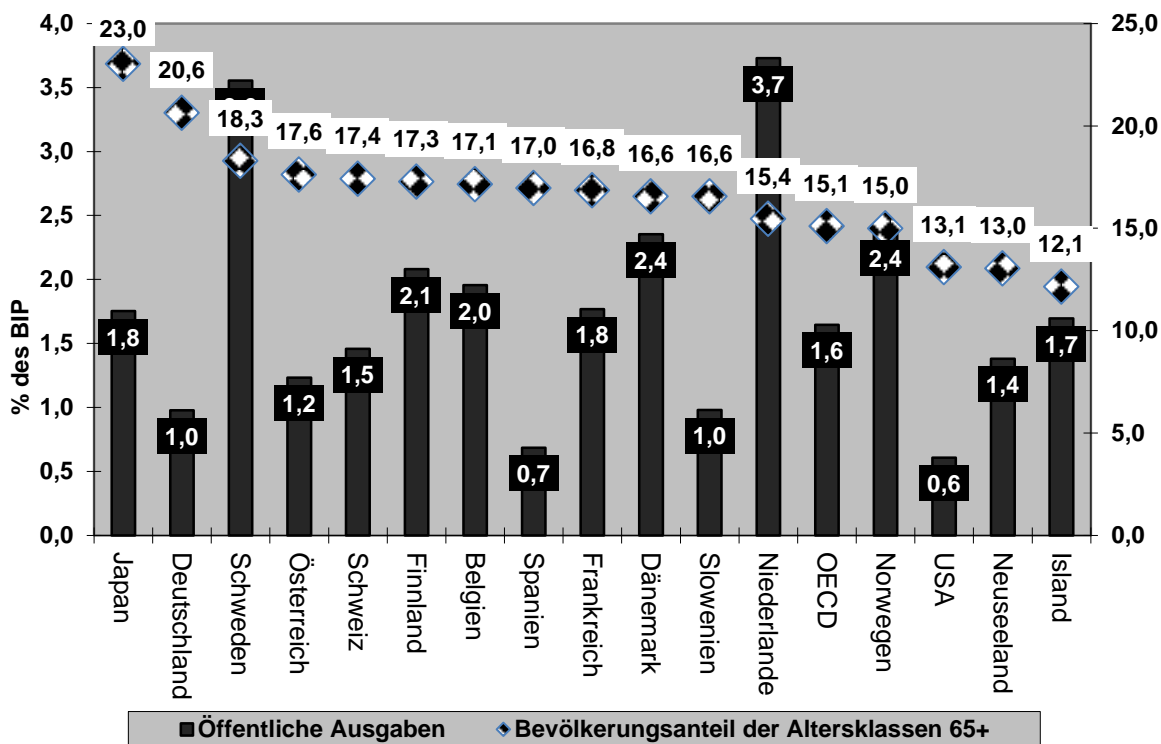
3.2 Die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben relativ zur Zahl älterer Einwohner

Die skandinavischen Länder haben die Finanzierung der Langfristpflege bislang so gesteuert, dass die Baumol'sche Kostenkrankheit vermieden und das System der Altenfürsorge auf der Highroad³⁷ gehalten wurde. Unter den hochentwickelten Ländern repräsentiert Deutschland einen der Antipoden. Die Schweiz liegt irgendwo dazwischen mit freilich größerer Nähe zu Deutschland als zu Skandinavien. Betrachten wir in einer Art Momentaufnahme zunächst den Einsatz öffentlicher Mittel gemessen an der Wirtschaftskraft und relativ zum Bevölkerungsanteil der Älteren im OECD-Vergleich. *Abbildung 3* ordnet dazu die 16 Vergleichsländer entlang des Bevölkerungsanteils der ab 65-Jährigen (rechte Achse). Die vertikalen Balken (linke Achse) bezeichnen den Anteil des Bruttoinlandsproduktes (BIP), den das jeweilige Land aus öffentlichen Quellen für die Finanzierung der Langfristpflege einsetzt. Länder mit familienbasierter Langfristpflege sind geprägt durch einen meist überdurchschnittlichen Anteil Älterer bei gleichzeitig unterdurchschnittlichem Einsatz öffentlicher Finanzmittel; Länder mit service- resp. staatsbasierter Langfristpflege umgekehrt dadurch, dass ein geringerer, teilweise unterdurchschnittlicher Anteil Älterer kombiniert wird mit in Relation dazu überdurchschnittlich hohen öffentlichen Ausgaben. Im skandinavischen Durchschnitt lag der Bevölkerungsanteil Älterer im Zeitraum 2010/2011 um rd. 5 Prozent, die öffentlichen Ausgaben in Prozent des BIP jedoch fast um die Hälfte über dem OECD-Durchschnitt. Die Gruppe der deutschsprachigen Länder mit ihren pri-

³⁷ Der Begriff steht für ein positives Wechselverhältnis von hoher bedarfsorientierter Dienstleistungsqualität und hoher Professionalität bei vergleichsweise guten Arbeits- und Entlohnungsbedingungen. Der Gegenbegriff „Lowroad“ kennzeichnet eine gegenläufige Wechselbeziehung. Vgl. Bosch/Lehndorff (2005).

mär familienbasierten Pflegesystemen (Deutschland, Österreich, Schweiz) weist das genteilige Muster auf. Der Anteil Älterer lag hier im Schnitt um 30 Prozent über dem OECD-Durchschnitt und der öffentlich investierte BIP-Anteil um knapp 26 Prozent (25,7%) unter dem OECD-Durchschnitt. Am größten ist die Diskrepanz bei Deutschland. Als innerhalb der Europäischen Gemeinschaft zentrale Wirtschaftsmacht könnte sich Deutschland ein hochwertiges System der Altenfürsorge leisten. Tatsächlich jedoch haben sich die maßgebenden Eliten für eine Billigdienstleistungsökonomie entschieden, deren öffentlich ungedeckte Kosten auf dem Rücken von Menschen mit Unterstützungsbedarf, ihren Angehörigen und den beruflich in der Altenpflege Tätigen abgeladen werden. Für einen Anteil Älterer, der um rd. 37 Prozent über dem OECD-Durchschnitt liegt, werden gut 40 Prozent geringere öffentlichen Mittel eingesetzt als im OECD-Schnitt. Bei Österreich und der Schweiz ist die Diskrepanz nicht ganz so krass.

Abbildung 3: Öffentliche Ausgaben (% des BIP) und Bevölkerungsanteil 65+ im OECD-Vergleich (2010/2011)



Quelle: Eurostat und OECD Health Data 2013; eigene Darstellung

Die finanzierungsseitige Logik der Lowroad tritt bei Betrachtung der zeitlichen Entwicklung noch weit besser zutage als in der Momentaufnahme. So liegt beim Vergleich der Antipoden Deutschland und Skandinavien der entscheidende Befund nicht allein und auch nicht vorrangig darin, dass die nordischen Länder relativ zum Anteil Älterer vielfach so hohe öffentliche Finanzmittel einsetzen. Gravierender ist, dass die Mittel seit der Schaffung einer gesetzlichen Pflegeversicherung nicht dynamisch gewachsen sind. Die inputorientierte Steuerung des deutschen Systems ist auf einen wachsenden Kostendruck hin angelegt mit der Folge eines grenzwertig niedrigen Personaleinsatzes bei gleichzeitiger Abschiebung dieses Personals in den Niedriglohnsektor (siehe unten). Obwohl Deutschland in der Konsequenz schon bei der Akutpflege – im Bereich der Langfristpflege ist die Situa-

tion noch dramatischer - unter 12 europäischen Ländern das Schlusslicht bildet³⁸ und die Gehälter des Altenpflegepersonals weit unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnittseinkommen liegen,³⁹ was den Pflegeberuf unattraktiv macht und einen wachsenden Fachkräftemangel nach sich zieht, werden noch nicht einmal die Kostensteigerungen, die bei dieser Art von Billigdienstleistungsökonomie aufgrund der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen entstehen, über die Entwicklung der Vergütungssätze angemessen gedeckt. Nach Modellrechnungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Ders. 2014) ist der reale Gegenwert der gewährten Geld- und Sachleistungen seit Ende der 90er Jahre kräftig gesunken. Während die Kosten der Pflegedienste trotz knapper Personaldecke und schlechter Bezahlung um 70 Prozent stiegen, wurden die Vergütungen nur um 15 Prozent erhöht. Im Bundesdurchschnitt erreicht die Unterfinanzierung mittlerweile fast 50 Prozent. Eine der Folgen ist: Um keine Verluste zu machen, haben viele Dienste die Arbeitsdichte so erhöht, dass die für Einzelverrichtungen auf dem Papier vorgesehenen Minuten⁴⁰ in der Praxis entweder gar nicht mehr bereitstehen oder nicht bezahlt werden. Das Anwachsen der Unterfinanzierung kommt über verschiedene Mechanismen zustande. Eine Strategie besteht darin, die Vergütungen nicht laufend, damit jährlich gemäß der allgemeinen Preissteigerung zu erhöhen, sondern sie über Jahre unverändert zu lassen. Der Inflationsausgleich erfolgt im Abstand mehrerer Jahre mit Raten, die keinen vollen Ausgleich liefern, politisch aber als erhebliche Verbesserung verkauft werden. So auch aktuell. Ende 2014 wurde ein sogenanntes „Pflegestärkungsgesetz“ („*Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften - Erstes Pflegestärkungsgesetz*“)⁴¹ beschlossen. Es beinhaltet eine Anhebung der 3 Jahre lang unverändert gebliebenen Vergütungen. Mit Wirkung ab dem 1.1.2015 stiegen sie um 4 Prozent; bei vollem Inflationsausgleich hätten es mehr als 5 Prozent sein müssen. Mit der praktizierten Art der Steuerung öffentlicher Ausgaben hat die deutsche Politik erreicht, dass die rechnerischen Ausgaben pro 65+-EinwohnerIn seit 1999 nominal nur geringfügig gestiegen sind, was real einer Kürzung gleichkommt. *Abbildung 4* zeichnet die Entwicklung nach und konfrontiert sie mit der der skandinavischen Länder sowie den SPITEX⁴²-Ausgaben in der Schweiz. Bei der Interpretation der Abbildung ist zu berück-

³⁸ Im Rahmen des von 2009 bis Ende 2011 in 12 Ländern durchgeführten „Nurse Forecasting Projekts“ (RN4CAST) wurde auch ermittelt, wieviel Personal in Krankenhäusern zur Pflege und Betreuung der Patienten im Einsatz ist. Die besten Personalschlüssel gab es in den 35 untersuchten norwegischen Kliniken. Auf eine Fachkraft kamen hier 5,4 und auf eine Fach- und Betreuungskraft 3,3 Patienten; in der Schweiz (Rang 5) waren es 7,9 resp. 5 Patienten. In Deutschland (letzter Platz hinter Spanien) ist das Fach- und Betreuungspersonal für dreimal so viel Patienten zuständig wie in Norwegen und für doppelt so viele wie in der Schweiz (Fachpersonal 1:13; Fach- und Betreuungspersonal 1:10,5). Vgl. Aiken et al. (2012: Tab. 3).

³⁹ 2013 lag das durchschnittliche mtl. Bruttoentgelt der Altenpflegefachkräfte in Westdeutschland bei 2.568 € und in Ostdeutschland bei 2.568 € (DGB, Arbeitsmarkt Aktuell Nr. 3, April 2015, S. 7). In keinem Bundesland erreichen AltenpflegerInnen auch nur 80 Prozent des landesspezifisch-durchschnittlichen Bruttoentgelts (Durchschnitt von Produzierendem Gewerbe und Dienstleistungen), in vier Bundesländern liegt der Verdienst um rd. 40 Prozent unter dem Durchschnitt (eigene Berechnung anhand der Verdienststatistik der Bundesländer).

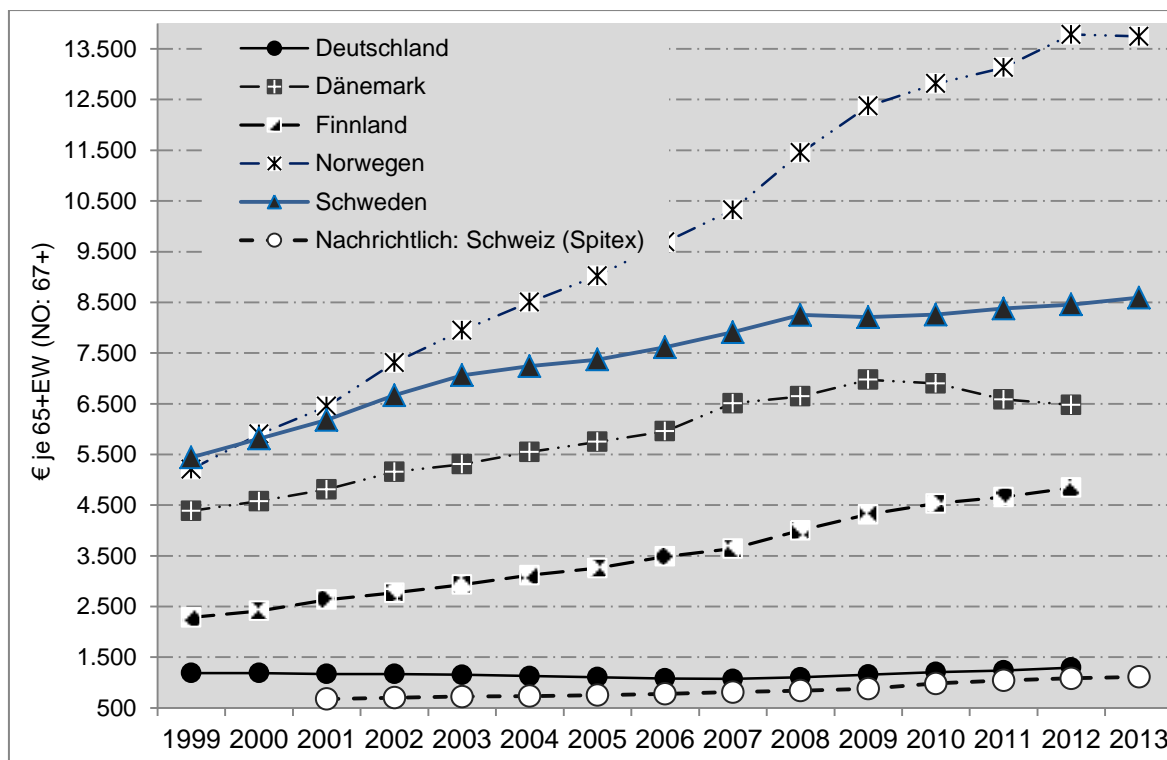
⁴⁰ In Deutschland werden nicht tatsächlich geleistete Stunden vergütet, sondern die pflegerischen Leistungen werden in Einzelverrichtungen zerstückelt, für die je ein bestimmter Zeitbedarf angenommen und vergütet wird (sogenannte „Minutenpflege“).

⁴¹ Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I Nr. 61, S. 2222).

⁴² SPITEX (= Spitalexterne Gesundheitsversorgung) steht in der Schweiz für überwiegend gemeinnützig erbrachte Leistungen der Pflege und Alltagsunterstützung, die betagte und behinderte Menschen in kantonaler Zuständigkeit außerhalb von Heimen erhalten (siehe Ringger 2012). Die Finanzierung ist wenig transparent, weil kantonal unterschiedlich. Bei den im engen Sinne pflegerischen Leistungen (medizinisch veranlasste Grundpflege) erfolgt die Vergütung nach schweizweit einheitlichen Stundensätzen. Sie lagen 2011 bei 54,6

sichtigen, dass keine Bereinigung der Daten um die Unterschiede bei den Kaufkraftniveaus resp. der Wirtschaftsleistung pro Kopf erfolgt ist. Direkt vergleichbar sind Deutschland und Finnland, da das finnische BIP pro Kopf ungefähr auf dem deutschen Niveau liegt und beide Länder zur Euro-Zone zählen, womit auch Verzerrungen aufgrund währungsbedingter Schwankungen, die den Binnenwert von Vergütungen gar nicht tangieren,

Abbildung 4: Entwicklung der öffentlichen Ausgaben pro 65+-Einwohner im Zeitraum von 1999 bis 2012/2013 in Euro (ohne Bereinigung der Differenzen im BIP-Pro-Kopf)



Erläuterungen: Die SPITEX-Statistik beinhaltet ab dem Jahr 2010 nicht wie in den Jahren zuvor nur die privaten Non-Profit-Organisationen und die öffentlich-rechtlichen Organisationen, sondern neu zusätzlich die privaten erwerbswirtschaftlichen Organisationen und die selbstständigen Pflegefachpersonen. Die Umrechnung auf Euro erfolgte wie bei den skandinavischen Ländern zum Kurs von Mitte 2011 (1 CHF = 0,8261 €). Unklar ist, ob es sich um die öffentlichen Nettoausgaben (Ausgaben nach Kostenbeitrag der EmpfängerInnen von SPITEX-Leistungen) handelt. Daher erfolgt nur eine nachrichtliche Berücksichtigung.

Quellen: Die Daten zur Bevölkerung im Alter von 65+ stammen von Eurostat. Die Daten zu den öffentlichen Ausgaben stammen bei Finnland von der SOTKANet-Datenbank (Zugriff: 8-2014) und bei der Schweiz vom Bundesamt für Statistik (SPITEX-Statistik). Bei den anderen Ländern siehe unter Primärquellen im Literaturverzeichnis.

bis 79,80 CHF (rd. 45 bis rd. 66 €). Kostendeckend sind diese Sätze nicht; Ringger (2012: S. 11) gibt die Finanzierungslücke mit rd. 20 Prozent an. Deckung erfolgt entweder über Mittel aus den kantonalen Budgets oder durch eine über den normalen Selbstbehalt hinausgehende Kostenbeteiligung der LeistungsempfängerInnen. Relativ zu Deutschland, ergo unter Berücksichtigung des in der Schweiz um rd. 80 Prozent höheren BIP's pro Kopf, finanziert die öffentliche Hand damit bessere Vergütungssätze als es in Deutschland der Fall ist. In Deutschland werden Pflegesachleistungen selbst nach der zum 1.1.2015 wirksam gewordenen Erhöhung bei Pflegestufe I (tägliches Zeitbedarft für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung: 90 Minuten) monatlich nur mit 468 € (bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz mit 689 €) vergütet. Der Vergütungssatz steigt bis auf 1.612 € bei Pflegestufe III. Voraussetzung für die Zuerkennung dieser aktuell höchsten Pflegestufe ist ein täglicher Pflegebedarf von mindestens 5 Stunden, von denen mindestens 4 Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen. Rechnerisch ergibt dies pro Stunde noch nicht einmal 11 €.

keine Rolle spielen. Das Pro-Kopf-BIP von Dänemark und Schweden überstieg das deutsche Niveau 2012/2013 dagegen um je rd. ein Drittel. Bei entsprechender Korrektur verlagern sich die Entwicklungslinien so nach unten, dass Dänemark im Jahr 2012 das finnische Ausgabenniveau nur noch wenig übersteigt. Dass die norwegische Kurve steil nach oben geht, spiegelt im Besonderen den starken Zuwachs beim BIP pro Kopf; es lag 1999 um 36 Prozent, liegt heute (2013) aber um 126 Prozent über dem deutschen Niveau. Bereinigt verläuft die norwegische Kurve oberhalb des dänischen Niveaus und dockt im Jahr 2013 an das schwedische Niveau an. Die Kurve zu den SPITEC-Ausgaben - sie beinhalten nur die Ausgaben für ambulante Pflegeleistungen - verlief nach Datenbereinigung ebenfalls etwas tiefer als in der Abbildung zu sehen.

Dass der Verzicht auf Datenbereinigung entlang der Unterschiede beim BIP pro Kopf und damit zusammenhängend der jeweiligen Kaufkraft zu einer Überzeichnung der tatsächlichen Unterschiede führt, gilt es zu berücksichtigen. Die Relativierung, die daraus resultiert, tangiert meine Grundaussage aber nicht. Dazu will ich den Vergleich zwischen Deutschland und Finnland in den Mittelpunkt rücken. Dieser ist insoweit von Belang, als Finnland analog zu Deutschland und der Schweiz Pflegeleistungen abweichend von den skandinavischen Kernländern nicht unentgeltlich gewährt und mit Deutschland auch die Gemeinsamkeit einer nur unzureichenden Bedarfsorientierung der gewährten Leistungen teilt. Anders als in Deutschland gibt es in Finnland jedoch den politischen Willen, das System bedarfsorientiert auf einer guten Qualitätsbasis neu auszurichten und die dafür nötigen Ausgabensteigerungen öffentlich zu finanzieren. Während die rechnerischen Ausgaben pro älterem Einwohner in Deutschland über den gesamten Zeitraum ab Ende der 90er Jahre schon rein nominal kaum gestiegen sind, haben sie sich in Finnland mehr als verdoppelt. Dem Ziel, seinen Entwicklungsrückstand gegenüber den anderen nordischen Ländern abzubauen, ist das Land damit ein gutes Stück nähergekommen. Nach Bereinigung um die Wirtschaftskraftunterschiede lag das finnische Ausgabenniveau 1999 um rd. 1.134 € unter dem dänischen und um rd. 1.443 € unter dem norwegischen Niveau. Bis 2012 wurde der Abstand zu Dänemark auf 359 € verringert und der zu Norwegen sank immerhin auf 1.348 €. Die innerskandinavische Entwicklung ist somit durch Konvergenz geprägt. Gegenläufig dazu hat sich Deutschland von skandinavischen Ausgabenniveaus immer weiter weg bewegt. Nun wäre denkbar, dass nur die rechnerischen Ausgaben pro 65+-EinwohnerIn real gesunken sind, nicht aber die Ausgaben pro älterem Leistungsbezieher. Für Dänemark trifft dieses zu, da der Anteil Älterer, die häusliche Leistungen beziehen oder institutionell versorgt werden, nach 2009 erheblich zurückgegangen ist. In Deutschland allerdings spricht schon das international schlechte Abschneiden bei der Entwicklung gesunder Lebensjahre (siehe die diesbezüglichen Ausführungen unter 1.4) gegen eine solche Vermutung. Die nähere Analyse bestätigt dies, denn die Zahl der vom Medizinischen Dienst der Kassen als regulär pflegebedürftig eingestuftem Älteren stieg im Gleichschritt mit der Gesamtzahl Älterer. Ende 1999 gab es 1,6 Mio. und Ende 2011 knapp 2,1 Mio. Pflegebedürftige im Alter ab 65 Jahren, was einem konstanten Anteil an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung von jeweils 12,3 Prozent entspricht. Daten für 2012 liegen nicht vor; die Pflegestatistik folgt einem Zwei-Jahres-Turnus. Publiziert sind seit März 2015 nun aber die Daten für 2013. Sie weisen aus, dass der Pflegebedürftigenanteil unter den Älteren zwischenzeitlich um ein halbes Prozent auf 12,8 Prozent gestiegen ist. Wird zusätzlich berücksichtigt, dass dementiell Erkrankte, die nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, zwischenzeitlich gewisse Leistungen (Pflegestufe 0) erhalten können, steigt der Anteil der LeistungsbezieherInnen auf gut 13 Prozent. Ergebnis: Ein

leicht gestiegener Anteil der im Rentenalter befindlichen Bevölkerung erhält Pflegeleistungen, für die real pro Kopf aber kein Mehr an öffentlichen Mitteln zum Einsatz kommt.

In welchem Umfang das schon in der Vergangenheit stark unterfinanzierte deutsche System einem weiter wachsenden Kostendruck ausgesetzt wurde, verdeutlicht der Ländervergleich der um den Preissteigerungseffekt bereinigten Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben. Sofern Fortschritte bei der Gesundheit Älterer nicht dazu führen, dass die Anteile Älterer, die ambulante oder stationäre Versorgung benötigen, sinken resp. Rückgänge bei der stationären Versorgung nur eingeschränkt zu Kostenentlastungen führen, da unter den HeimbewohnerInnen der Anteil von Menschen mit Demenz wächst, was einen steigenden Betreuungsbedarf nach sich zieht, sprechen Ausgabensteigerungen, die hinter dem allgemeinen Preisanstieg zurückbleiben, für einen wachsenden Kostendruck. Für Deutschland trifft dies voll zu. Leistungsseitig ist Folgendes zu konstatieren: (1) Der Gesamtanteil der Leistungsbezieher (Geld- und Sachleistungen) unter den Älteren blieb bis 2011 ungefähr stabil und stieg dann wegen vor allem der Leistungsausweitung auf Demenz-Kranke um einen knappen Prozentpunkt an; (2) Bei der professionellen Leistungserbringung kam es nicht zu einer Verschiebung weg von der stationären hin zur kostengünstigeren häuslichen Versorgung, sondern als Ergebnis schleichend schwindender familiärer Ressourcen lagen die Anteile bei beiden formellen Versorgungswegen 2011 um jeweils 0,2 Prozentpunkte leicht über dem Anteil des Jahres 1999. Das zu bewältigende Leistungsvolumen ist also nicht nur stärker gewachsen, als es dem Anstieg der Zahl regulär Pflegebedürftige entsprochen hätte, sondern hat sich auch leicht wegbewegt von der billigen Variante der ausschließlichen Pflege durch Angehörige. Bei konstanten Finanzierungsbedingungen hätten die um den Inflationseffekt bereinigten Ausgaben pro 65+-Einwohner somit über das Maß der Leistungsausweitung hinaus steigen müssen. Sie stiegen jedoch noch nicht einmal im Ausmaß der Leistungsausweitung, sondern sanken. Das allgemeine Preisniveau lag 2012 um 22,9 Prozent über dem Niveau des Jahres 1999, die rechnerischen Ausgaben der Pflegeversicherung pro 65+-Einwohner aber nur um 8,8 Prozent. Real erfolgte eine Kürzung um mehr als 10 Prozentpunkte. Demgegenüber stiegen die rechnerischen Ausgaben im Durchschnitt der vier hier betrachteten nordischen Länder um gut zwei Drittel stärker als es dem Preisanstieg entsprochen hätte. Real wurde im Jahresdurchschnitt ein Zuwachs zwischen 1,3 Prozent in Dänemark über 6 Prozent in Finnland bis zu fast 10 Prozent in Norwegen realisiert. In dieses Muster fügt sich auch die Entwicklung bei den SPITEX-Ausgaben der Schweiz, wobei Eurostat die schweizerische Inflationsrate erst ab dem Jahr 2006 ausweist. Im Schweizer Durchschnitt lag das Preisniveau 2013 nur um 3,5 Prozent über dem Niveau des Jahres 2006, die nominalen Ausgaben pro 65+-Einwohner jedoch um gut 40 Prozent. Nun bildet sich darin nur ein Teilausschnitt des Pflegegeschehens ab und die zugrunde gelegten Durchschnittszahlen – pro 65+-EinwohnerIn stiegen die Ausgaben von 820,7 CHF im Jahr 2001 auf 1.348,3 CHF im Jahr 2013 – berücksichtigen auch nicht, inwieweit der Anteil privater Zuzahlungen der LeistungsempfängerInnen über die Jahre gestiegen ist. Einen gewissen Korrekturbedarf nach unten angenommen, ist aber immer noch von einem realen Plus auszugehen. Ob es auskömmlich genug war, vermag die Verfasserin nicht zu beurteilen. Dazu müssten die Daten zur Entwicklung bei der stationären Versorgung mit ins Bild geholt und eine nach Kantonen differenzierte Betrachtung angestellt werden. Während nämlich in den nordischen Ländern die öffentlichen Pflegeausgaben pro 65+-EinwohnerIn regional nicht allzu stark streuen, weisen die Schweizer Kantone beim SPITEX-Aufwand je 65+-EinwohnerIn und den diesbezüglich im Beobachtungszeitraum erfolgten Steigerun-

gen große Unterschiede auf. Als Fazit festzuhalten bleibt, dass die Finanzausstattung in den nordischen Ländern zumindest bislang so erfolgt ist, dass die Baumol'sche „Kostenkrankheit“ vermieden wurde. Das konträre Modell sehen wir in Deutschland. Die Schweiz positioniert sich irgendwo dazwischen. Wo genau bedürfte näherer Analyse, die aber nicht Gegenstand dieses Beitrages ist.

3.3 Volkswirtschaftlich hohe Beschäftigungsrelevanz – quantitativ und qualitativ

Der Pflegesektor, wie auch soziale Dienste insgesamt, haben im skandinavischen Raum eine höhere gesellschaftliche Wertigkeit und in der Konsequenz beschäftigungspolitisch ein stärkeres Gewicht als in den deutschsprachigen Ländern. Die höhere Wertigkeit findet ihren Niederschlag in einer besseren Bezahlung, einer höheren Bedeutung von Vollzeitarbeit bei auch stärkerer Professionalisierung der Carearbeit mit Personalschlüsseln, die es ermöglichen, gute fachliche Standards in der Praxis zur Anwendung zu bringen. Gehälter auf der Höhe vergleichbarer Männerberufe hält die Pflegebranche auch im Norden nicht bereit. Insgesamt jedoch werden ordentliche Gehälter gezahlt und es gibt befriedigende bis gute Arbeitsbedingungen. Ein hoher Professionalisierungsgrad mit Vollzeit als Norm und die Vermeidung von Working poor gehört dazu. Während der skandinavische Weg im Großen und Ganzen auf der „Beschäftigungs-Highroad“ verläuft, hat die deutsche Politik die Pflegebranche in den Niedriglohnbereich abgedrängt mit schlechten Personalschlüsseln, Teilzeit als Regel und dem Festzurren von Sperrn gegen fachlich gebotene Höherqualifizierungen. Die Schweiz nimmt eine mittlere Position ein. Das Beschäftigungsgewicht und auch der Professionalisierungsgrad liegen deutlich unter dem skandinavischen, zugleich aber über dem deutschen Niveau. Die Verdienste des Schweizer Pflegepersonals fügen sich in das ein, was im Norden verdient wird und heben sich damit stark von Deutschland ab. Dies gilt auch bei Berücksichtigung der in der Schweiz höheren Lebenshaltungskosten. Einige wesentliche Befunde möchte ich vortragen.

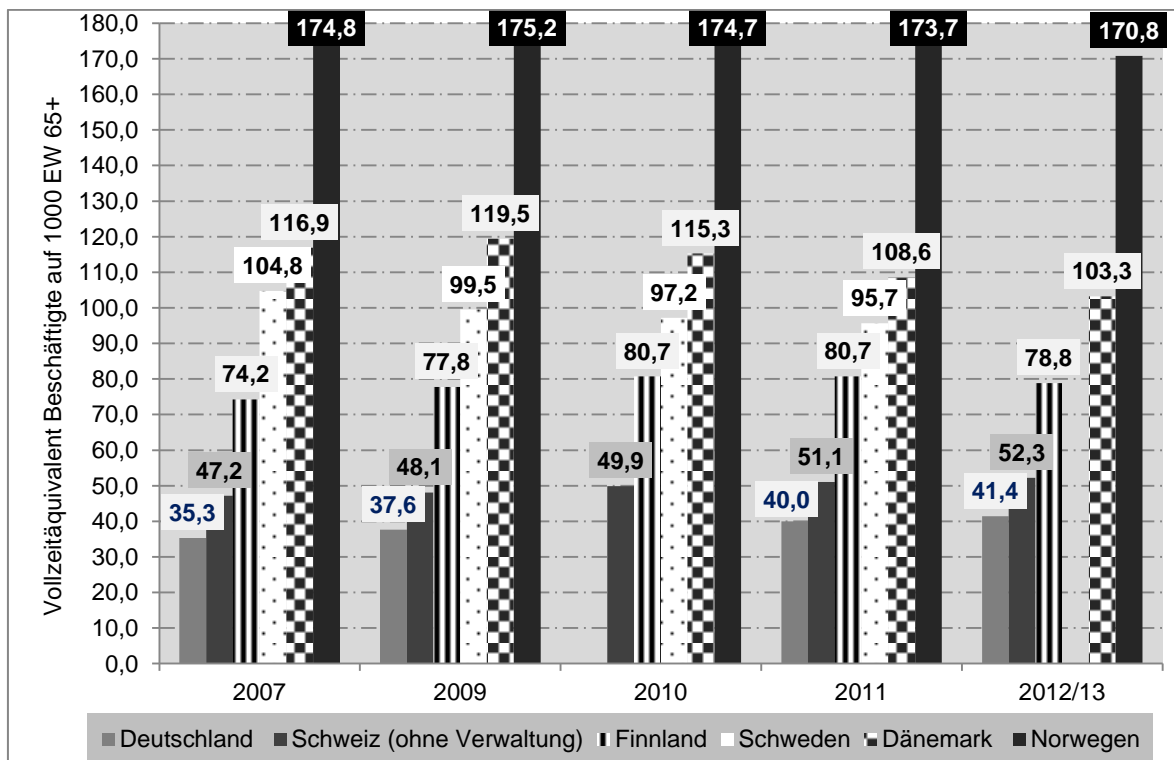
Gute Personalschlüssel und volkswirtschaftlich hohe Beschäftigungsrelevanz

Pro vollzeitäquivalentem Pflegefall arbeiten die nordischen Pflegesysteme mit einem vergleichsweise guten (Finnland) bis sehr guten (Norwegen)⁴³ Personalschlüssel. *Abbildung 5* verdeutlicht für den Zeitraum von 2007 bis 2012/13, wie sich das Beschäftigungsgewicht der Langfristpflege entlang der rechnerischen Vollzeitkräfte pro 65+-Einwohner entwickelt hat. Wie ersichtlich, bewegt sich das Beschäftigungsniveau der vier einbezogenen nordischen Länder auf einem deutlich höheren Niveau als das der beiden deutschsprachigen Länder. Unterschiede bei der Erfassung und statistischen Abgrenzung gilt es zu berücksichtigen. Sie betreffen gleichermaßen die einbezogenen pflegerischen Leistungen wie die Abgrenzung des Personals. In Deutschland, der Schweiz und Norwegen sind alle Leistungen der Langfristpflege unabhängig vom Alter der LeistungsempfängerInnen einbezogen, in Dänemark, Finnland und Schweden nur die Leistungen, die Ältere und Behinderte erhalten. Auch die Personalabgrenzung differiert. So zählen Auszubildende, Praktikanten und freiwillig Tätige in den nordischen Ländern nicht zum Personal, da hier kein reguläres Beschäftigungsverhältnis vorliegt. Auch die herangezogene Schweizer

⁴³ Gegenüber Schweden war Norwegen bei den Care-Diensten lange im Rückstand, konnte diesen aber sowohl bei der Kinderbetreuung wie bei der Langfristpflege abbauen. Dies schließt die Qualität ein. So hat sich der Personalschlüssel (Vollzeitäquivalent-Beschäftigte auf Vollzeitäquivalent-Pflegebedürftige) von 0,36 (1994) auf 0,59 (2011) verbessert: Quelle: Statistics Norway.

Statistik enthält diese Personen nicht; sondern erfasst nur regulär Berufstätige (Fach- und Assistenzberufe). Das deutsche Pflegesystem dagegen stützt sich in wachsendem Umfang auf Personen, die nicht regulär beschäftigt sind, ohne die das System aber kollabieren würde. Ende 2007 lag ihr Anteil am Personal der Heime bereits bei 7 Prozent (darunter ein Prozentpunkt Zivildienstleistende) und Ende 2013 gar bei 8 Prozent (darunter 1 Prozentpunkt Bundesfreiwilligendienst). Hinzu kommt, dass auch Personal einbezogen ist, das in angeschlossenen Seniorenheimen oder im Regelungsbereich der Krankenversicherung arbeitet. Auf der Zeitachse betrachtet, sind es relativ konstante 30 Prozent der Beschäftigten, die außerhalb der pflegerischen Versorgung tätig sind (vgl. Destatis fortlaufend, darunter Destatis 2015: S. 19). Während die Angabe für Deutschland in der Konsequenz doppelt überzeichnet ist, liegt bei der Schweiz einerseits eine Überzeichnung (Einbezug des für nicht-behinderte Leistungsbezieher unter 65 Jahren tätigen Personals) und andererseits eine Unterzeichnung (Verwaltungspersonal fehlt) vor. Der Einbezug von

Abbildung 5: Rechnerische Vollzeitkräfte auf 1000 65+-Einwohner 2007 bis 2012/2013 im Vergleich



Erläuterung: In Deutschland, Norwegen und der Schweiz beinhaltet das erfasste Personal die Pflege und Betreuung von Personen jeglichen Alters, in Dänemark, Finnland und Schweden nur der Älteren und Behinderten. Abgesehen von der Schweiz ist Verwaltungspersonal mit enthalten (Verwaltungspersonal der Pflegeeinrichtungen).

Quellen: Deutschland: Destatis 2009 bis 2013; Dänemark: Datenbestand mit Code RES10 (Staff working with nursing and care, full-time employees by region, occupation and main account); Finnland: SOKonet-Datenbank; Social welfare and health care personnel in 2000, 2005 and 2007–2010; Schweiz: Bundesamt für Statistik, Beschäftigte und Berufe im Gesundheitswesen mit Stand von Februar 2014 (Tabelle 14.3.5.3).

Verwaltungspersonal – nur für 2011 liegen mir hier Daten vor – führt zu einem Anstieg der Dichteziffer um ein knappes Fünftel (2011: 61). Bei einheitlicher Erfassung des regulär nach Vollzeitäquivalenten in der Pflege, sozialen Betreuung und Alltagsunterstützung älterer und behinderter Menschen eingesetzten Personals (incl. Verwaltung) ergäbe sich bei

Deutschland und Norwegen ein deutlicher Korrekturbedarf nach unten. Wie sich der Saldo aus Überzeichnung und Unterzeichnung bei der Schweiz auswirken würde, ist offen. Würde alternativ bei allen Ländern das für die Pflege und Betreuung unterstützungsbedürftiger Menschen jeglichen Alters (ohne Kinderbetreuung) eingesetzte Personal erfasst, ergäbe sich umgekehrt bei Dänemark, Finnland und Schweden ein Korrekturbedarf nach oben. Der Abstand zwischen den beiden deutschsprachigen Länder und der Skandinavienengruppe würde sich vergrößern, an der Rangfolge selbst aber wenig ändern. Deutschland weist die schlechteste Personalausstattung auf; dies trotz des Einbezugs von Personengruppen, die in den Statistiken der anderen Länder außen vor bleiben. Im nordischen Kontext ist die Personalausstattung in Finnland relativ am schlechtesten mit aber einer gewissen Tendenz zur Angleichung an das schwedische Niveau. Wie sich Norwegen bei Eingrenzung auf ältere und behinderte Leistungsempfänger platzieren würde, ist offen. Es gibt in Norwegen die Besonderheit, dass jüngere Personen unter den LeistungsempfängerInnen einen weit höheren Anteil stellen als in den anderen nordischen Ländern, einen doppelt so hohen Anteil auch wie in Deutschland (siehe Heintze 2015: S. 37 und S. 43). Ohne das hier gebundene Personal dürfte sich die Dichteziffer wenig von der dänischen resp. auch der schwedischen unterscheiden. In Dänemark hatte die Langfristpflege 2009 nach der Anzahl der Leistungsempfänger die innerskandinavisch größte Ausdehnung erreicht und das im Altenpflegeservice der Kommunen beschäftigte Personal lag relativ zur Anzahl älterer EinwohnerInnen deutlich über den Beschäftigungszahlen der anderen nordischen Länder.

Gesamtwirtschaftlich ist festzuhalten, dass die in Vollzeitäquivalenten ausgedrückte Beschäftigungsrelevanz von Care-Arbeit („longterm care-workers“) im Norden trotz des dort geringeren 65+-Anteils an der Wohnbevölkerung doppelt bis dreifach so hoch ist wie in Deutschland und auch noch bis zum gut Doppelten höher ausfällt als in der Schweiz.

Mehr Vollzeitarbeit und höhere Professionalität

In Deutschland war es eine zwingende Folge die Durchökonomisierung der Pflege, dass Teilzeit zur Regel wurde. Teilzeit als Regel lässt sich flexibel ausrichten an der Standardisierung von Einzelverrichtungen mit der Zielstellung, die basalen Grundbedürfnisse zu befriedigen. Dominierte 1999 in den Heimen unter den regulär Beschäftigten noch die Vollzeitarbeit mit einem Anteil von knapp 52 Prozent, so sank der Vollzeitbeschäftigtenanteil stetig auf aktuell (Ende 2013) wenig über 30 Prozent (32,4%);⁴⁴ im ambulanten Bereich wird sogar die 30-Prozent-Linie unterschritten. Auch in den nordischen Ländern ist Teilzeitarbeit verbreitet, spielt der Tendenz nach in der Pflege aber keine größere Rolle als bei der Frauenbeschäftigung insgesamt. Ein durchgängiger Trend weg von der Vollzeitarbeit wie in Deutschland existiert nicht. In Dänemark etwa lag auf die gesamte Care-Branche bezogen die Vollzeitquote 2009 bei 61,2 Prozent und 2012 bei 63,7 Prozent.⁴⁵ Damit lag sie gleichauf mit dem Anteil, den vollzeitbeschäftigte Frauen an den erwerbstätigen Frauen insgesamt stellen (2012: 63,6%).⁴⁶ Auch in Schweden hat Vollzeitarbeit eher

⁴⁴ Eigene Berechnung anhand der online unter „www.gbe-bund.de“ verfügbaren Datenbank (Datensatz zu „Personal in Pflegeheimen (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Beschäftigungsverhältnis“ (Zugriff: Mai 2015).

⁴⁵ Quelle: Statistics Denmark, Datenbestand „Employed salary earners by industry (DB07), scope, sector and time“.

⁴⁶ Ganz anders in Deutschland. Die Ende 2011 952 Tsd. Beschäftigten bei ambulanten und stationären Pflegediensten waren zu 70 Prozent teilzeitbeschäftigt gegenüber 45,6 Prozent Teilzeitbeschäftigung bei den erwerbstätigen Frauen insgesamt. Datenquelle: Eurostat, Datenbestand „Beschäftigung (hauptsächliche Angabe und Quote) - Jahresdurchschnitte [lfsi_emp_a]“; Update 15.01.2014.

zu- als abgenommen, spielt dabei aber eine größere Rolle als in Dänemark. Der dem ökonomischen Imperativ folgende Trend zur Beschäftigungsausweitung durch die Aufteilung voller Stellen in mehrere kleine Stellen, steht fachlichen Anforderungen entgegen. Mittlerweile weisen in Deutschland zwei von drei, in Norwegen gar drei von vier HeimbewohnerInnen eine kognitive Störung auf – Tendenz steigend. Sie benötigen ganzheitliche Betreuung mit festen Bezugspersonen, was unter der Rahmenbedingung eines hohen Kostendrucks nicht einlösbar ist. Die Durchökonomisierung basiert auf der Standardisierung von Einzelverrichtungen, die arbeitsteilig von verschiedenen Personen zur Ausführung gebracht werden. Dies kollidiert mit dem Versprechen, die pflegerische Versorgung an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen auszurichten und verstärkt bei den demenziell beeinträchtigten BewohnerInnen ihre innere Unruhe und ihre Betroffenheit von destruktivem Stress.

Nicht eindeutig zu beantworten ist die Frage, ob es übergreifend einen Trend in Richtung höherer Qualifikationen und höherer Professionalität gibt. In Deutschland schien es zunächst so, dass sich der Trend zu Berufen mit höherer Qualifikation trotz der Abdrängung der Langzeitpflege in den Niedriglohnsektor behaupten kann. So stieg der Professionalisierungsgrad bis 2007 an. Seither jedoch ist eine Rückentwicklung zu beobachten. Sie zeigt sich vor allem darin, dass innerhalb verschiedener Berufsgruppen eine Verlagerung in Richtung der Berufe mit dem etwas geringeren Qualifikationslevel erfolgt ist. So wuchs unter den regulär beschäftigten Fachkräften die Anzahl derjenigen mit der anspruchsvolleren Ausbildung unterproportional, Pflegekräfte mit wissenschaftlicher Ausbildung gibt es jetzt relativ noch seltener als 2007. Ohnehin muss sich in Deutschland die Akademisierung der Pflege mühsam gegen eine Ärzteschaft, die ihre Standesinteressen bedroht sieht und gegen eine Politik, die den ärztlichen Standesinteressen verpflichtet ist, vorankämpfen. Jahrzehnte nach den skandinavischen Ländern, wo Weichenstellungen in Richtung Akademisierung bereits ab den 70er Jahren vorgenommen wurden, konnten sich in der zurückliegenden Dekade zwar auch in Deutschland pflegewissenschaftliche Studiengänge etablieren, aber die Perspektive einer grundständischen Akademisierung resp. Halb-Akademisierung des „Nurse“-Berufes fehlt, da politisch nicht gewollt. Dies findet in der Entwicklung der Beschäftigungsstruktur seinen Niederschlag. Parallel zur wachsenden Zahl von Absolventen pflegewissenschaftlicher Ausbildungen stieg zunächst auch die Zahl der Beschäftigten mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung kräftig an; im Heimbereich etwa von 808 (1999) auf 3.269 (2007). Da die politisch gesetzten Rahmenbedingungen finanziell wie strukturell gegen eine vermehrte Beschäftigung von Fachpersonal mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung stehen, gingen die Zahlen dann aber wieder zurück. Ende 2013 stellte das akademisch gebildete Pflegefachpersonal an den in ambulanten und stationären Diensten insgesamt Beschäftigten noch nicht einmal einen Anteil von einem halben Prozent (0,41%); bei Betrachtung von Vollzeitäquivalenten erreichen sie auch nur ein halbes Prozent (Destatis 2015: Tabellen 2.5, 2.6, 3.7, 3.8). Das Abrücken vom Professionalisierungstrend (zu den verschiedenen Indikatoren vgl. Heintze 2015: S. 60ff.) dürfte sich in Zukunft noch verstärken, denn beim Ausbau von Betreuungsleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird primär auf nur angelernte und freiwillig tätige Kräfte gesetzt. In den nordischen Ländern erreichen Beschäftigte mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung Anteile von um die 20 Prozent und auch die Gesamtgruppe der Beschäftigten mit einer fachliche Qualifikation auf mindestens mittlerem Niveau ist höher als in Deutschland (siehe bei Heintze 2015 den Vergleich zwischen Deutschland und Norwegen in Tab. 6, S. 62). Zwar sind im Norden umgekehrt höhere Beschäftigtenanteile von Menschen ohne beruflichen Abschluss zu beobachten. Bei

der Bewertung ist jedoch zu berücksichtigen, dass dahinter ein wesentlich besserer Personalschlüssel steht und Leistungen der praktischen Alltagsassistenz gegenüber grundpflegerischen Leistungen ein viel höheres Gewicht einnehmen. Tief gegliederte Daten zur Qualifikationsstruktur im Schweizer System der Langfristpflege liegen mir nicht vor. Angaben für 2006⁴⁷ deuten jedoch auf ein Qualifikationsniveau, das dem von Deutschland sehr ähnlich ist. Pflegefachkräfte mit akademischer Ausbildung erreichten wie in Deutschland nur einen marginalen Anteil von weniger als 0,5 Prozent; der Anteil von Fachkräften mit nicht-akademischem Tertiärniveau unterschritt (Heime: 27%; Spitex: 30%) zwar das deutsche Niveau, umgekehrt jedoch gab es auch weniger Ungelernte (Heime: 12%; Spitex: 16% verglichen mit im Schnitt 18,2% in Deutschland).

Gehälter und Arbeitsbedingungen

Für die Lowroad sind *polarisierte Arbeitsbedingungen* typisch. Eine kleine Gruppe erfreut sich guter Arbeitsbedingungen, eine größere Gruppe beurteilt die eigenen Arbeitsbedingungen als schlecht und im Durchschnitt werden die Arbeitsbedingungen für eher nicht gut befunden. Dem entsprechen die Ergebnisse der von Herbst 2002 bis Herbst 2004 durchgeführten „Nurses Early Exit Study“ (NEXT).⁴⁸ Einbezogen waren nur Länder aus dem Kreis der Europäischen Gemeinschaft. Für Deutschland und die anderen Länder mit familienbasiertem System (Italien, Polen, Slowakei) erbrachte die Studie ein vergleichsweise geringes Maß an Zufriedenheit und in der Konsequenz eine relativ hohe Ausstiegsbereitschaft. Auch das Image des Pflegeberufs und die beruflichen Perspektiven wurden von den Befragten in den Ländern mit familienbasiertem System negativ eingeschätzt. Umgekehrt die Ergebnisse in den Ländern mit hoher Bedeutung öffentlich finanzierter Care-Leistungen. In Norwegen war die Arbeitszufriedenheit mit 85 Prozent am besten, gefolgt von den Niederlanden (80 %) und Belgien (75 %). In Finnland erreichte sie immerhin noch 64 Prozent gegenüber nur 46 Prozent in Deutschland und gar nur 38 Prozent in Polen.⁴⁹ Auch Schweden bietet Arbeitsbedingungen, die anders als in Deutschland auf die langfristige Bindung von Fachkräften hin angelegt sind (Theobald et al. 2013), wobei Langfriststudien belegen (Auth 2013, S. 418f. zitiert davon einige), dass sich in Deutschland die Arbeitsbedingungen seit der Einführung der Pflegeversicherung verschlechtert haben. Bei der vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) 2007 begonnenen jährlichen Berichterstattung zur Entwicklung der Arbeitsbedingungen aus Sicht der Beschäftigten beurteilten 2007/2008 von den in der Altenpflege Beschäftigten nur 12 Prozent ihre Arbeits- und Einkommenssituation als rundum gut, 52 Prozent dagegen als schlecht.⁵⁰

⁴⁷ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2009): obsan fact sheet, Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Perspektiven bis 2020, Tab. 1.

⁴⁸ Die Studie wurde mit Förderung der Europäischen Kommission in 11 europäischen Ländern durchgeführt. Seitens der skandinavischen Länder waren Finnland, Norwegen und Schweden einbezogen, nicht aber Island und Dänemark. Die kontinentaleuropäischen Alt-EU-Länder sind repräsentiert durch Deutschland, Frankreich, die Niederlande und Belgien. NEXT basiert auf Befragungen und Organisationsanalysen. Bei der Erstbefragung wurden 77.681 Pflegekräfte aus unterschiedlichen Einsatzfeldern kontaktiert. Die Rücklaufquote belief sich auf 51 Prozent.

⁴⁹ Zit. nach Präsentation wesentlicher Befunde auf der 36. Delegiertenversammlung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) am 30.04.2005 in Berlin und der Präsentation von PD DR. Hans-Martin Hasselhorn (UNI Wuppertal) zu „*Demografische Herausforderungen in der Pflege – Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie*“ auf der 12. Konferenz für Gesundheitsförderung im Krankenhaus in Saarbürg am 20.09.2007. Dieses und weiteres Informationsmaterial findet sich unter: www.next-study.net.

⁵⁰ Vgl. Fuchs, Tatjana 2008 (S. 3f.). Die Sonderauswertung 2013 zur Situation der Pflegebeschäftigten insgesamt lieferte gleichfalls alarmierende Befunde (Siehe die Darstellung bei Fuchs, Tatjana 2014).

Die gesellschaftliche Wertschätzung einer im gesamtgesellschaftlichen Interesse stehenden beruflichen Tätigkeit drückt sich nicht alleine, aber wesentlich im Verdienst aus. Wie sich länderübergreifend die Verdienste der professionell tätigen Pflegepersonen zueinander verhalten, erschließt sich nicht auf den ersten Blick durch Umrechnung in die jeweils andere Währung. Berücksichtigt werden müssen Unterschiede bei den Lebenshaltungskosten und die Positionierung relativ zu dem, was abhängig Beschäftigte im Landesdurchschnitt verdienen. Kaufpreisbereinigt liegen die Verdienste in den nordischen Ländern um ein Viertel bis ein Drittel höher als in Deutschland und weisen bei Beschäftigten mit formal gleichem Ausbildungsniveau eine vergleichsweise geringe Streuung auf.⁵¹ Überdurchschnittliche Verdienste erzielen nur die akademisch gebildeten Pflegekräfte („nurses“); die Gehälter der Assistenzkräfte reichen nicht an das gesamtwirtschaftliche Verdienstniveau heran und die Hilfskräfte bewegen sich deutlich darunter.

Gemessen an den Lebenshaltungskosten und dem gesamtwirtschaftlichen Einkommensgefüge sind die Unterschiede zwischen den nordischen Ländern nicht sehr ausgeprägt. In Dänemark liegen die Brutto-Verdienste⁵² der Assistenzkräfte um rd. 12 Prozent unter dem monatlichen Durchschnittsverdienst abhängig Beschäftigter von im Jahr 2012 38.883 DKK (rd. 5.183 €).⁵³ In Norwegen errechnet sich ein vergleichbar hoher Rückstand von rd. 15 Prozent bei Assistenzkräften und gut 25 Prozent bei Hilfskräften.⁵⁴ Finnland hat innerskandinavisch das geringste Einkommensniveau. Vom branchenübergreifenden Durchschnittseinkommen unterscheiden sich die Verdienste der Pflegekräfte allerdings nicht stärker als in den anderen nordischen Ländern. 2012 betrug der mtl. Durchschnittsverdienst bei Vollzeitbeschäftigung 3.206 € (Männer: 3.528 ; Frauen: 2.890 €). Die kommunal beschäftigten „Nurses“ mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung verdienten durchschnittlich knapp 10 Prozent mehr (3.448 €).⁵⁵ Knapp 13 Prozent unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnittsverdienst liegen die Monatseinkünfte der zahlenmäßig stark dominierenden Gruppe mit Assistenz Tätigkeit. Bei kommunalen Arbeitgebern verdienten sie – zu gut 90 Prozent sind es Frauen - zwischen rd. 2.600 € bis knapp 3.000 €; im Privatsektor rd. 8 Prozent weniger. In der Einkommensskala unten stehen die „Care Worker“. Ihr Durchschnittsgehalt (rd. 2.234 €) liegt um 30 Prozent unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

Die deutsche Lowroad prägt, dass die Gehälter der Pflegekräfte besonders tief liegen bei gleichzeitig starker Spreizung zum Nachteil der Altenpflege. In der Hierarchie oben stehen eng spezialisierte Pfl egetätigkeiten wie die „OP-Schwester“ oder die Pflegefachkräfte der Anästhesie, die breiter aufgestellte Altenpflege steht unten. Auf Bruttogehälter in Höhe dessen, was Assistenzkräfte in Finnland durchschnittlich verdienen, bringen es in Deutschland in der Altenpflege nur Fachkräfte mit Führungsfunktionen. Der Verdienstrückstand gegenüber dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnittsverdienst ist erheblich. 2013 lag der monatliche Durchschnittsverdienst vollzeitbeschäftigter ArbeitnehmerInnen (Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich) bei 3.794 € (Westdeutschland: 3.951 €; Ostdeutschland: 2.616 €). Der Medianverdienst vollzeitbeschäftigter Pflegefachkräfte blieb um ein Viertel unter dem ostdeutschen und um ein Drittel unter dem

⁵¹ In Schweden z.B. betrug 2012 das Durchschnittseinkommen (Median) der „Geriatric Nurses“ 3.428 €, das der „Medical Care Nurses“ 3.362 € und das der „District Nurses“ 3.427 €.

⁵² Auch alle folgenden Angaben betreffen die Bruttoverdienste.

⁵³ Statistical Yearbook 2014, Table 200.

⁵⁴ „Nurses“ brachten es 2013 im Schnitt auf ein Monatsgehalt von brutto 39.100 NOK (rd. 5.000 €), Assistenzkräfte von 35.500 NOK (rd. 4.500 €) und reine Hilfskräfte von noch 31.100 NOK (rd. 4.000 €).

⁵⁵ Angaben nach dem Statistischen Jahrbuch 2014, Tab. 418 bis 423 (S. 422 – 429)

westdeutschen Niveau (Ostdeutschland: 1.945 €; Westdeutschland: 2.568 €); HelferInnen resp. Assistenzkräfte erreichten im gesamtdeutschen Durchschnitt noch nicht einmal 50 Prozent (Ostdeutschland: 1.495 €; Westdeutschland: 1.855 €) dessen, was ArbeitnehmerInnen im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt verdienten. Das Bild ändert sich wenig, wenn als Referenzgröße nur die Beschäftigten der verschiedenen Dienstleistungsbereiche herangezogen werden, denn auch hier lagen die Medianverdienste mit 3.819 € in Westdeutschland und 2.598 € in Ostdeutschland um Längen über den Brutto-Einkommen der Altenpflegebeschäftigten.

Wie sich die Schweiz relativ dazu platziert, bedürfte der näheren Analyse, was nicht Aufgabenstellung dieses Beitrages ist. Die der Verfasserin vorliegenden Einzeldaten deuten darauf hin, dass die in der Pflege Beschäftigten Gehälter beziehen, die mit denen der nordischen Länder vergleichbar sind. Online finden sich Angaben zu Medianlöhnen nach Alter und Kanton. Danach werden bei einer 42 Stundenwoche aktuell Monatsgehälter in der Spannweite zwischen 5.300 bis 6.900 CHF erzielt.⁵⁶ Dem steht ein Medianeinkommen gegenüber, das 2012 gesamtwirtschaftlich bei 6.439 CHF (Männer: 6.840 CHF; Frauen: 5.808 CHF) lag. Im öffentlichen Sektor wird in der Schweiz deutlich besser verdient als im Privatsektor mit auch geringerem Gender Gap (2012: 13,6 Prozent gegenüber 19 Prozent im Privatsektor); der monatliche Medianverdienst lag im öffentlichen Sektor 2012 bei 7.750 CHF und im Privatsektor nur bei 6.118 CHF.⁵⁷ Bei der Bewertung sind zwei Momente mit zu berücksichtigen: Einmal die in den skandinavischen Kernländern geringere reguläre Arbeitszeit (Schweiz: 42 Wochenstunden;⁵⁸ Skandinavien: 36 bis 38 Wochenstunden); dann das höhere Niveau der öffentlichen Ausgaben für den Individualkonsum der Bürger und Bürgerinnen (Schweiz 2013: 6,2% des BIP; Skandinavien durchschnitt 2014: 17,1%).⁵⁹ Aus beidem resultiert, dass die kaufkraftbereinigten Netto-Stundenlöhne in der Schweiz weit höher sein müssen als in den nordischen Ländern, um unterm Strich auf das gleiche Niveau zu kommen. Während im Norden auch eine Teilzeitbeschäftigung ein existenzsicherndes Einkommen bietet, dürfte dies für die Schweiz eher nicht zutreffen. In zumindest Dänemark und Norwegen fallen die Gehälter der Teilzeitbeschäftigten gegen die der Vollzeitbeschäftigten nicht allzu sehr ab. 2013 betrug der Abstand in den Kommunen der norwegischen Kommunen kaum 3 Prozentpunkte.⁶⁰ Neben der beruflichen Zusammensetzung kommt darin die norwegische Arbeitszeitkultur zum Tragen. Genügend Zeit zu haben für private Aktivitäten, für Freunde und Familie, hat einen hohen Stellenwert. Lange Arbeitszeiten, wie sie die Schweiz prägen, sind out.⁶¹ Vollzeit definiert sich – wie im Einführungskapitel ausgeführt gilt Gleiches für Dänemark - über

⁵⁶ Quelle: P, Mülhauser, Das Lohnbuch (<http://pflege-berufe.ch>).

⁵⁷ Quelle: Schweizer Bundesamt für Statistik: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index.html> > Themen > 03 > Löhne (Zugriff: 15.05.2015)

⁵⁸ Die betriebsübliche Arbeitszeit lag 2013 gesamtwirtschaftlich bei 41,7 und im Gesundheits- und Sozialwesen bei 41,5 Wochenstunden (Quelle: Bundesamt für Statistik; Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit).

⁵⁹ Quelle: Eurostat, Datensatz „BIP und Hauptkomponenten (Produktionswert, Ausgaben und Einkommen) [nama_10_gdp]“; Update: 12.05.2015.

⁶⁰ Die Vollzeitbeschäftigten hatten ein Monatsverdienst von durchschnittlich 37.900 NOK (rd. 4.820 €). Quelle: Statistics Norway, Table 8684-2 (“Employees in municipalities and county municipalities, by sex, industry (SIC2007), settled working hours, time and contents”)

⁶¹ Die ganze große Mehrheit der männlichen Arbeitnehmer (2013: 84,9%) geht in der Schweiz einer regulären Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und mehr nach; bei den Frauen sind es noch 39 Prozent. Demgegenüber konzentrierten sich in Norwegen beide Geschlechter im Zeitkorridor von 30 bis 39 Wochenstunden. Nur 16,9 Prozent der Männer und 7,9 Prozent der Frauen arbeitet 40 Stunden und mehr pro Woche. Quelle: OECD, Datensatz „Incidence of employment by usual weekly hours worked“

regulär 35 bis 37 Stunden pro Woche und wer auf Teilzeit geht, favorisiert eher lange als kurze Teilzeit (75- bis 80-Prozent-Stellen). In den völlig unterschiedlichen Niveaus der öffentlichen Ausgaben für den Individualkonsum drückt sich wiederum aus, dass der Wohlfahrtsstaat im Norden weit stärker ausgebaut ist als in der Schweiz oder auch in Deutschland resp. Österreich. In der Folge muss in der Schweiz so manches privat finanziert werden, was im skandinavischen Raum über den Staat bereitgestellt wird und es gibt bei wohlfahrtsstaatlichen Leistungen der Tendenz nach höhere private Zuzahlungen (keine Gratisnutzung öffentlicher Bibliotheken, höhere Eigenbeiträge bei Musikschulen usw.).

4 Vermarktlichung führt zum Abrücken von der Highroad

Die schlechten Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten, die die Langfristpflege in Deutschland bietet, resultieren aus dem Zusammenwirken von Vermarktlichung und Unterfinanzierung. Oben (siehe unter Gliederungspunkt 3) habe ich das Problem der Unterfinanzierung thematisiert. Von Unterfinanzierung zu sprechen, macht überhaupt nur dort Sinn, wo wir es mit nicht-marktbestimmten Dienstleistungen zu tun haben. Bei marktbestimmten Dienstleistungen trifft eine bestimmte (kaufkräftige) Nachfrage auf ein bestimmtes Angebot. Die Deckung des Bedarfs wird in diesem Fall nicht als öffentliche Aufgabe betrachtet, sondern regelt sich über den Markt. Kommt nicht genügend an kaufkräftiger Nachfrage zustande, obwohl die Dienstleistung gesellschaftlich erwünscht ist, so entsteht auch kein Markt.

Zur Verdeutlichung sei die Entwicklung beim Ausbau formaler Kleinkindbetreuung angeführt. Noch bis in die 90er Jahre hinein, regelte der Markt in Westdeutschland und anderen Ländern mit familienbasierten Care-Systemen das Angebot an außerhäuslicher Betreuung von Kleinkindern unter 3 Jahren (U3-Kinder). Ergebnis: Die Anteile der U3-Kinder, die außerhäusliche Betreuung und Förderung erfuhren, verblieben auf niedrigem Niveau; ein flächendeckendes Angebot entstand nicht. In konkreten Zahlen ausgedrückt: Während in Dänemark und Island ein flächendeckend gutes, für alle Eltern finanziell erschwingliches kommunales Angebot dazu führte, dass bereits 2003/2004 je um die 60 Prozent der U3-Kinder öffentlich betreut wurden, es in Norwegen 43,7 und in Schweden noch 39,5 Prozent waren, besuchten zu dieser Zeit in den meisten westdeutschen Gemeinden keine fünf Prozent der unter U3-Kinder eine Krippe,⁶² in Österreich waren es 6,6, in Italien 6,3 und in Polen gar nur 2 Prozent.⁶³ In Ostdeutschland zwar hatte ein hohes Niveau an öffentlich organisierter Kleinkindbetreuung den Untergang der DDR überlebt, was den gesamtdeutschen Durchschnitt auf 9 Prozent an hob. Auf die Verhältnisse in den alten Bundesländern hatte dies aber keinen Einfluss. Die Schaffung von Krippenplätzen kam hier erst in Schwung, nachdem die formale Kleinkindbetreuung mit Blick auf Ziele, die sich die Europäische Gemeinschaft gegeben hatte, als defizitär erkannt und der Ausbau zu einer öffentlichen Aufgabe gemacht wurde. Auf einem sogenannten Krippengipfel verständigten sich Bund, Länder und Kommunen im April 2007 darauf, für Kinder ab dem 1. Lebensjahr einen Rechtsanspruch auf formale Betreuung zu schaffen. Als Zeitpunkt, ab dem der

⁶² Für Details siehe die vergleichende Darstellung bei Heintze 2013b (S. 309ff.)

⁶³ In der Schweiz lag zu diesem Zeitpunkt selbst die Betreuungsquote bei den 3 bis 5-jährigen Kindern noch leicht unter 50 Prozent und die formale Kleinkindbetreuung hatte eine so geringe Bedeutung, dass schweizweit gar keine Daten erhoben wurden. Quelle: OECD, Family Database, Indikator PF 11.1 („Average enrolment rate of children aged under three years of age in formal childcare“ und „Average enrolment rate of children aged three to five years of age in pre-school educational programmes“).

Rechtsanspruch greift, wurde der August 2013 fixiert und die Ressourcen für das zu schaffende Angebot so ausgelegt, dass nach Abschluss der Ausbauphase für bundesweit bis zu 35 Prozent der unter Dreijährigen ein Angebot verfügbar ist. In die Zielbestimmung floss ein, dass sich die Europäische Gemeinschaft auf eine Mindest-Betreuungsquote von einem Drittel der U3-Kinder verständigt hatte und in den östlichen Bundesländern durchweg höhere Quoten realisiert wurden.⁶⁴ Es wurde angenommen, dass der ungedeckte Bedarf in den alten Bundesländern tiefer liegt und im Osten mit einer weiteren Steigerung der Nachfrage kaum zu rechnen ist. Auch wollte man den bereitzustellenden Finanzrahmen knapp halten, was die Unterschätzung des Bedarfs begünstigte.⁶⁵ Als sich im Zuge der Umsetzung eine um 10 bis 20 Prozent höhere Nachfrage abzeichnete, bestärkte dies konservative Kräfte in ihrem Bemühen, nachfragedämpfende Maßnahmen zu ergreifen. Mit einem Betreuungsgeld werden auf Betreiben der CSU nun die Eltern „belohnt“, die das öffentlich organisierte Betreuungsangebot nicht nutzen.⁶⁶

Mit der gesetzlichen Fassung der Entscheidung zum Krippenausbau⁶⁷ und der Inangriffnahme seiner praktischen Umsetzung wurde die frühkindliche Betreuung und Bildung eingereiht in den Kanon der nicht-marktbestimmten Dienstleistungen. Rechtsansprüche gab es zuvor bereits in den östlichen Bundesländern, teilweise waren sie jedoch an die Erwerbstätigkeit der Mutter gebunden. Ein universelles Recht des Kindes begründeten solche an Bedarfsprüfungen gebundenen Regelungen nicht. Der nun bundesweit geschaffene Rechtsanspruch nimmt einen Perspektivwechsel vor. Unabhängig von der familiären Situation hat jedes Kind ab dem 1. Lebensjahr ein Recht auf Betreuung und frühe Förderung; die Inanspruchnahme ist nicht an Bedürftigkeitsprüfungen gebunden, liegt aber in den Händen der Eltern. Anspruch ist es also, die formale Kinderbetreuung so auf den U3-Bereich auszuweiten, dass die tatsächliche Nachfrage bedient werden kann. Dies nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ. Gerade qualitativ wird die Schaffung einer öffentlich verantworteten Infrastruktur der vorschulischen Kinderbetreuung seitens der Politik mit hehren Zielen befrachtet. Es geht darum, die Sprachkompetenz der Kinder zu stärken, in ihnen mathematisches, naturwissenschaftlich-technisches und auch musikalisches Verständnis zu wecken, einen Beitrag zur Integration von Kindern aus unterschiedlichen kulturellen und sozialen Milieus zu leisten, die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit laufend zu erfassen und mit den Eltern zu besprechen usw. Die Anforderungen an das Personal sind also stark gestiegen, was bedeutet hätte, massiv in die Ausbildung von ErzieherInnen sowie dann die Personalgewinnung und Personalbindung zu investieren. Als Ergebnis finanzieller Engpässe in den Landes- und Kommunalkassen erfolgte der

⁶⁴ Im Vorfeld des Krippengipfels lagen die Krippenbesuchsquoten zwischen 33,5 Prozent (Sachsen) und 50,2 Prozent (Sachsen-Anhalt). Quelle: Destatis, „Kinder unter 3 Jahren in Kindertagesbetreuung sowie Besuchsquoten nach Bundesländern im Jahr 2006“; Pressemitteilung vom 1. März 2007.

⁶⁵ Die OECD empfiehlt, für formale Childcare-Leistungen ein Prozent des BIP an öffentlichen Mitteln einzusetzen. Diese Empfehlung wurde ignoriert. 2005 lagen die öffentlichen Ausgaben bei nur 0,38 Prozent des BIP, in der Schweiz gar nur bei 0,23 Prozent (Quelle: OECD, Social Expenditure Database 1980 – 2005 und Education Database, Indikator P 10.1). Durch den Krippenausbau sollten sie zwar steigen, gleichwohl aber – so die Finanzplanung – deutlich unter der 1-Prozent-Linie gehalten werden.

⁶⁶ Wie befürchtet fallen darunter überproportional häufig sozial schwache Familien und Familien mit Migrationshintergrund. Dies zum Schaden der entsprechenden Kinder, denn durch zahlreiche Studien ist erwiesen, dass gerade deren Kinder von früher außerhäuslicher Betreuung besonders profitieren. Sie können so ihren Entwicklungsrückstand gegenüber Kindern aus sozial bevorteilten Familien im Sprachverständnis, bei der Persönlichkeitsentwicklung und in vielen praktischen Dingen bis zur Einschulung zu einem Gutteil abbauen, was sozial benachteiligten Kindern, die erst ab dem 3. oder 4. Lebensjahr einen Kindergarten besuchen, weit weniger gelingt.

⁶⁷ KiföG § 24 I; BGBl. I Nr. 574: 2404.

Ausbau dann aber vorrangig nur quantitativ. Die Personalausstattung bleibt in den meisten Bundesländern weit hinter dem Bedarf zurück; nach Berechnungen der Bertelsmann Stiftung fehlen bundesweit 120.000 ErzieherInnen.⁶⁸ Folge: Die hohen Qualitätsansprüche geraten in der Praxis vielfach zur Makulatur; nur eine Minderheit der Einrichtungen erreicht eine gute bis sehr gute Qualität.⁶⁹

Das Beispiel der Kinderbetreuung ist insoweit von Interesse, als sachlich Parallelen zur Altenbetreuung bestehen. Hier wie dort geht es um Care-Dienste, die einem öffentlichen Bedarf folgen, der sich im sozialen Nahraum einer Gemeinde äußert und folglich auch von dort aus am besten steuerbar ist. Es läge nahe, beide Bedarfsfelder in der kommunalen Zuständigkeit zu verorten. In allen nordischen Ländern wurde dieser Weg gewählt, nicht aber in Deutschland. Als nach langer Diskussion Mitte der 90er Jahre eine dem „*Teilkaskoprinzip*“ folgende Pflegeversicherung geschaffen wurde, die erheblich Pflegebedürftige mit Rechtsansprüchen auf Geld- und/oder Sachleistungen ausstattet, ging dieser „Fortschritt“ einher mit einer Entpflichtung und Selbstentpflichtung der Kommunen. Die Langfristpflege wurde abgeschoben in ein System staatsferner Selbstverwaltung mit diffuser Vermischung der Verantwortlichkeiten. Der von der Politik inszenierte Markt ist durch Spielregeln geprägt, die mit zwingender Logik Pflege zu einer Ware machen. Damit dies gelingt, wurde zum einen das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft. Es hatte eine Art Unverträglichkeit zwischen Renditeorientierung und öffentlicher Refinanzierung statuiert. Da die Geschäftsmodelle gewerblicher Anbieter aber auf Gewinne und deren Maximierung zielen, gab es unter dem Selbstkostendeckungsregime wenig privat-gewerbliche Dienste; die Versorgung lag überwiegend bei kirchlichen Trägern, gefolgt von sonstigen freigemeinnützigen und auch von öffentlichen Trägern. Des Weiteren wurden renditeorientierte Anbieter nicht nur zugelassen, sondern gegenüber öffentlichen Trägern privilegiert; Träger von ambulanten und stationären Diensten sollen nach Pflegeversicherungsrecht (SGB XI, § 11, Abs. 2) vorrangig freigemeinnützige und private (= privatgewerbliche) Träger sein.

An die Stelle der Selbstkostendeckung trat das Budgetprinzip. Es ist wie bei der Kinderbetreuung auf Unterfinanzierung hin angelegt. Dies führt einerseits zu einer Reihe von Gemeinsamkeiten. Andererseits jedoch macht es einen Unterschied, ob die Bearbeitung des aus der Unterfinanzierung resultierenden Kostendrucks Gegenstand ständiger Auseinandersetzung in den demokratisch legitimierten Gremien ist wie bei der Kinderbetreuung, oder ob die Auseinandersetzung in fragmentierten Strukturen und abseits direkter demokratischer Einflussnahme verläuft wie bei der Langfristpflege. Während die Kommunen bei der Altenpflege nur ein Akteur unter vielen sind, sind sie bei der Kinderbetreuung die Instanz, die für die Einlösung des Rechtsanspruchs und für eine auch hinsichtlich der Qualität bedarfsgerechte Steuerung die Verantwortung trägt. Wo neue Angebote entstehen, wer mit der Trägerschaft betraut wird, welche Zuzahlungen Eltern leisten müssen und wie

⁶⁸ Die Bertelsmann Stiftung empfiehlt für den Krippen-Bereich einen Personalschlüssel von 1:3 und bei Vorschul-Kindern über drei Jahren einen Personalschlüssel von 1:7,5. Gemessen daran gab es zum 1. März 2013 eine personelle Unterversorgung von bundesweit 120.000 fehlenden ErzieherInnen. Besonders groß ist die Lücke in den ostdeutschen Bundesländern. Hier sind zwar die Betreuungsquoten im Zusammenhang mit der Einführung eines bundesweit gültigen Rechtsanspruchs noch einmal gestiegen und liegen jetzt im Schnitt bei über 50 Prozent. Die Qualität steht aber weit zurück. Zit. nach Die Welt vom 25.07.2014 (Thomas Sebastian Vitzthum: „In deutschen Kitas fehlen 120.000 Erzieherinnen“)

⁶⁹ Eine vom Familienministerium beauftragte „Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit“ (NUBBEK-Studie) kam 2012 zu dem Ergebnis, dass die Qualität im Schnitt nur mittelmäßig ist. Weniger als 10 Prozent der außerfamiliären Betreuungssettings erreichen eine gute pädagogische Qualität. Siehe im Literaturverzeichnis unter Tietze et al. 2012.

die Platzvergabe erfolgt, wird innerhalb des von der Landesregierung gesetzten Rahmens im Gemeinderat verhandelt und ist damit direkter demokratischer Einflussnahme zugänglich. Unmittelbar resultiert daraus zwar keine bessere Finanzausstattung. Der Staat, als dessen unterste Stufe die Kommunen agieren, kann sich vor den Folgen einer unzureichenden Ressourcenausstattung aber auch nicht so leicht davonstellen wie bei der Langfristpflege, wo er praktisch gar nicht mehr in der Leistungsverantwortung steht und sich durch Übertragung an ein undurchsichtiges Geflecht von Selbstverwaltungsakteuren auch der Steuerungsaufgabe enthoben hat.

Es ist wesentlich diesem Unterschied geschuldet, dass die Unterfinanzierung in der Altenbetreuung greifbar stärker negativ zu Buche schlägt als bei der Kinderbetreuung. Dies fängt bei der Personalausstattung an, die in der Altenbetreuung weiter von guten fachlichen Standards entfernt ist als bei der Kinderbetreuung und reicht bis zu den Verdiensten, die in der Altenbetreuung gleichfalls schlechter sind.⁷⁰ Zwar werden nur rd. ein Drittel der Kinder in kommunalen Einrichtungen betreut.⁷¹ Damit jedoch erreichen die kommunal beschäftigten ErzieherInnen, die in deutlich höherer Zahl gewerkschaftlich organisiert sind als die ErzieherInnen in kirchlichen oder freigemeinnützigen Einrichtungen, die kritische Masse, die nötig ist, um im Wege von Arbeitskämpfen⁷² Schritt für Schritt eine höhere Wertigkeit des Erzieherberufes durchzusetzen.

In der Langfristpflege fehlt diese Voraussetzung. Die Trägerstruktur hat sich seit 1999 so weit in Richtung gewerblicher Träger verschoben, dass diese in zunehmend mehr Bundesländern die Marktführerschaft übernehmen konnten, während öffentliche Trägerschaften dahingehend marginalisiert wurden, dass es in immer mehr Städten und Gemeinden gar kein öffentliches Angebot mehr gibt. Die Entwicklung ist im häuslichen Pflegebereich besonders dramatisch. 1999 dominierten For-Profit-Träger bei ambulanten Diensten nur in zwei, 2011 aber in 10 Bundesländern. Öffentliche Träger spielen mit einem Anteil von weniger als 2 Prozent nur noch eine Rolle am Rande. Auch der Heimbereich ist davon geprägt, dass das wachsende Versorgungsvolumen überwiegend von den privatgewerblichen Trägern aufgesogen wird. 1999 erreichten sie nur in vier Bundesländern (Berlin, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) Marktanteile von über 30 Prozent. 2011 gilt dies für die dreifache Anzahl von Bundesländern. In 4 Bundesländern haben sie

⁷⁰ Nach der vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Verdienststatistik für 2013 (Destatis 2014a) liegt der bundesdurchschnittliche Bruttomonatsverdienst vollbeschäftigter ArbeitnehmerInnen (incl. Zulagen) in Kindertagesstätten um 7 Prozent über dem in Pflegeheimen. Datengrundlage ist hier die Lohnstrukturerhebung, in die auf Basis von Stichproben nur Einrichtungen mit mindestens 10 Beschäftigten einbezogen sind. Nach den Ergebnissen des Lohn-Spiegel-Projektes des Wirtschaftswissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung, das sich auf Online-Befragungen stützt, verdienen ErzieherInnen 2013 bei einer 38-Std.-Woche durchschnittlich 2.490 €, Fachkräfte der Altenpflege aber nur 2.188 €. Die im Erzieherbereich höhere Tarifbindung spielt dabei eine wesentliche Rolle. Sie erreicht über alle Beschäftigungsfelder (Kindertagesstätten, Heime der Jugendhilfe usw.) bei ErzieherInnen durchschnittlich 75 Prozent gegen nur 44 Prozent in Altenpflegeheimen. Auch der Lohnrückstand der Frauen gegenüber den Männern ist bei ErzieherInnen niedriger als bei Beschäftigten der Altenpflege. Siehe Bispinck, Reinhard et al. (2013, 2014)

⁷¹ Bundesweit existieren in Deutschland weder statistische Angaben zu Besuchsquoten nach Trägern noch zum Personal nach Trägern. Durch Vergleich der Entwicklung beim Personal der Kindertageseinrichtungen mit den Beschäftigtenzahlen im kommunalen Bereich des öffentlichen Dienstes (Beschäftigte in Tageseinrichtungen für Kinder) ergibt sich jedoch, dass der Anteil relativ stabil bei etwa einem Drittel liegt. So weist die Personalstandstatistik zum 30.06.2013 (Destatis 2014b, Tab. 5.1.1 ff.) 176.117 KITA-Beschäftigte bei kommunalen Arbeitgebern aus. Bezogen auf die im Folgejahr 2014 insgesamt 527.418 Beschäftigten in der Kinderbetreuung (Quelle: IAB-Kurzbericht Nr. 26/2014) ergibt dies einen Anteil von 35 Prozent.

⁷² 2009 gab es im Kita-Bereich regional beschränkte Arbeitsauseinandersetzungen. 2015 nun wird erstmals bundesweit und unbefristet gestreikt. Zum Zeitpunkt der Abfassung des Beitrages (Mitte Mai 2015) ist der Streik voll im Gange.

die Marktführerschaft übernommen, während umgekehrt die Bundesländer mit starker Dominanz vor allem kirchlicher Träger auf zwei geschrumpft sind (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 und 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 mehr als randständisches öffentliches Angebot. Die damit verbundene Korrekturfunktion haben die Kommunen aufgegeben. Nur noch in drei Bundesländern erreichten öffentliche Träger 2011 einen Marktanteil von etwas über zehn Prozent (Näheres siehe bei Heintze 2015: S. 53f.). Der Trend hat sich nach 2011 weiter fortgesetzt. Ende 2013 waren zwei Drittel der ambulanten Pflegedienste in der Hand von For-Profit-Trägern. Bei Heimen dominieren bundesweit zwar noch die nicht gewinnorientierten Einrichtungen. Der For-Profit-Anteil ist aber auf gut 40 Prozent angewachsen; nur noch 4,7 Prozent aller Pflegeheime befinden sich deutschlandweit in öffentlicher Trägerschaft (Destatis 2015: Tab. 2.1, S. 12 und 3.1. S. 21).

Gemäß der hier vertretenen These geht die Erwartung dahin, dass dort, wo die Marktführerschaft bei For-Profit-Akteuren liegt, tendenziell schlechtere Arbeitsbedingungen bestehen und die Durchschnittsverdienste des Altenpflegepersonals geringer ausfallen als in Ländern mit noch höherem Anteil gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaften. Die These findet bezogen auf die deutschen Bundesländer Bestätigung. Zwar besteht kein starker Zusammenhang. Statistisch jedoch kann gut ein Drittel der Varianz bei den Verdiensten mit dem Anteil gewinnorientierter Träger erklärt werden.⁷³ Je höher der bei For-Profit-Trägern liegende Versorgungsanteil (gemessen an der Klientenzahl), desto größer der Verdienstrückstand gemessen an dem, was in Vollzeit arbeitende ArbeitnehmerInnen im jeweiligen Bundesland im Jahr 2013 durchschnittlich verdienten. Im Heimbereich fanden sich 2011 For-Profit-Anteile von weniger als 30 Prozent nur noch im Saarland (SH), in Nordrhein-Westfalen (NW), Bayern (BY), Baden-Württemberg (BW) und Mecklenburg-Vorpommern (MV). Vier dieser fünf Bundesländer (SH, NW, BY, MV) gehören gleichzeitig zu der Fünfergruppe mit dem geringsten Verdienstrückstand bei den Pflegefachkräften; bei den Assistenzkräften sind es drei Länder (SH, NW, MV). Drehen wir die Betrachtung um, so erhalten wir zumindest bei den Assistenzkräften analoge Befunde. In den vier Bundesländern Berlin (BE), Hamburg (HH), Niedersachsen (NI) und Schleswig-Holstein (SH) erreichen For-Profit-Anbieter zwischenzeitlich einen Marktanteil von über 50 Prozent, was auf ein hohes Kommerzialisierungsniveau verweist. Drei dieser Bundesländer finden sich zugleich in der Fünfergruppe mit dem höchsten Lohnrückstand (BE, HH, NI).

Nun sind dies Momentaufnahmen. Es geht jedoch um einen Prozess, der dynamisch auf einer Abwärtsspirale verläuft. Als noch das Selbstkostendeckungsprinzip galt, lag die Tarifführerschaft beim öffentlichen Dienst, obwohl die meisten Altenpflegebeschäftigten bei kirchlichen Diensten beschäftigt waren. Deren Einrichtungen (katholische Caritas, evangelische Diakonie) orientierten sich bei ihren Tarifen am öffentlichen Dienst. In gewisser Weise wurde so ausgeglichen, dass den kirchlich Beschäftigten nach damaligem Rechts-

⁷³ Die Regressionsanalyse liefert (logarithmische Funktion) das Bestimmtheitsmaß 0,3866. Die lineare Regressionsanalyse ergibt ein geringeres Bestimmtheitsmaß von 0,3158. Der Befund ist signifikant zum Niveau <0,05. 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 lineare Regressionsanalyse den Wert 0,023482.

verständnis gar kein und nach heutigem Rechtsverständnis nur bedingt ein Streikrecht zusteht. Mit der politischen Etablierung eines Pflegemarktes, auf dem verschiedene Anbieter auf einer durch Unterfinanzierung geprägten Refinanzierungsbasis miteinander um Versorgungsanteile konkurrieren, kam ein Unterbietungswettbewerb in Gang. Da Teile der renditeorientierten Newcomer vergleichsweise wenig Skrupel hatten, sind durch Absenkungen bei Lohnstandards und die Ausgliederung von Betriebsteilen Kostenvorteile zu verschaffen, konnten sie sich einen stetig wachsenden Anteil am Versorgungskuchen sichern. Um den Preis der schrittweisen Aufgabe ihrer ethischen Prinzipien haben sich die gemeinnützigen Träger diesen Spielregeln mehr und mehr angepasst. Auch sie gingen nun dazu über, Einheiten aus der Produktionskette auszugliedern, um sie der Tarifwirkung zu entziehen, betriebliche Weiterbildungen einzuschränken und den Beschäftigten unbezahlte Überstunden abzuverlangen. Dem ohnehin fragwürdigen Anspruch, Dienstgemeinschaft zu sein, entzogen die kirchlichen Träger so selbst die Grundlage. Sie wurden zu Wirtschaftsbetrieben, die dies vor der Öffentlichkeit auch immer weniger verbergen konnten und können. Gleichwohl halten die kirchlichen Träger an der Fiktion der Dienstgemeinschaft fest, denn sie liefert die Legitimation dafür, dass den Beschäftigten kirchlicher Einrichtungen Persönlichkeitsrechte ebenso vorenthalten werden wie eine Reihe von Arbeitnehmerrechten.⁷⁴ Paradoxie dabei: Die frei-gemeinnützigen Akteure glaubten, sich in einer staatsfernen Veranstaltung des Wettbewerbs mit gewerblichen Trägern am besten behaupten zu können, weil dabei die Kommunen auf eine nur subsidiäre Rolle zurückgestutzt werden. Tatsächlich jedoch haben sie sich instrumentalisieren lassen für einen ruinösen Wettbewerb, aus dem sie nun als doppelte Verlierer hervorgehen: sie haben ihre ethischen Prinzipien guter sozialer Arbeit Stück um Stück aufgegeben und trotzdem Marktanteile verloren.

Der Politik ist natürlich nicht entgangen, dass der losgetretene Wettbewerb nach anderen Regeln verläuft, als suggeriert worden war. Versprochen wurde ein Wettbewerb um die besten Konzepte, die effizienteste Organisation, die höchste Qualitätserfüllung. Kurz: Mehr Leistung und bessere Qualität bei kaum steigenden Beitragssätzen. Tatsächlich jedoch wurden Qualitätsgarantien auf die Sicherung von Mindeststandards reduziert und die Arbeitsbedingungen nicht verbessert, sondern verschlechtert. In der Folge wanderten immer mehr Pflegefachkräfte aus, während gleichzeitig in Deutschland ein sich zuspitzender Fachkräftemangel die angespannte Personalsituation in vielen Einrichtungen noch zusätzlich verschärft. Um weiterem Lohndumping einen Riegel vorzuschieben, wurde 2010 ein Branchenmindestlohn von 8,50 € pro Stunde in Westdeutschland (incl. Berlin) und von 7,50 € pro Stunde in Ostdeutschland eingeführt und zwischenzeitlich so erhöht, dass er mit Stand von 2015 pro Stunden bei 9,40 € im Westen und 8,65 € im Osten liegt.⁷⁵ Auch zur Hebung der Qualität wurden Maßnahmen ergriffen. Sie sind aber nur

⁷⁴ Das deutsche Grundgesetz beinhaltet keine wirkliche Trennung von Staat und Kirche. Den Kirchen wird ein Selbstverwaltungsrecht und in der Folge ein Sonderweg im Arbeitsrecht auch dort zugestanden, wo die Allgemeinheit ihre Leistungserbringung über Steuern und Beiträge finanziert. Grundlegende Arbeitnehmerrechte (Streikrecht, Recht auf Bildung eines Betriebsrates usw.) werden den Beschäftigten in den kirchlichen Einrichtungen in der Konsequenz vorzuenthalten. Auch sind sie in ihrer Lebensgestaltung nicht frei, sondern unterliegen der Beachtung kirchlicher Moralvorstellungen. Die Kirchen räumen ihrem eigenen Selbstbestimmungsrecht Vorrang ein vor den individuellen Rechten der Beschäftigten. Legitimationsbasis für diesen Sonderweg ist die Vorstellung, die in kirchlicher Trägerschaft befindlichen Einrichtungen seien höheren Werten verpflichtete Dienstgemeinschaften und keinesfalls Wirtschaftsbetriebe. Bis heute gesteht der Gesetzgeber den Kirchen diesen Tendenzschutz zu und toleriert damit die Existenz von Beschäftigungsräumen, wo wesentliche Grund- und Menschenrechte außer Kraft gesetzt sind.

⁷⁵ Zunächst galt die Mindestlohnverordnung nur für die Pflegekräfte, die überwiegend Grundpflegeleistungen nach SGB XI erbringen, nicht aber für Hauswirtschaftskräfte und Demenzzbetreuer. Ab Oktober 2015 erweitert

kosmetischer Natur; an die Kernprobleme des deutschen Systems wagt sich die Politik nicht heran. Symptomatisch dafür ist das Scheitern von Bewertungsnoten für Heime, umgangssprachlich „Pflege-TÜV“ genannt. Hinter dem Projekt steht das Versprechen, den Preiswettbewerb durch Notenvergabe in einen Qualitätswettbewerb zu verwandeln. Durch die Schaffung eines Bewertungssystems mit Publikationspflicht der Ergebnisse würden, so das Credo, die auf dem Pflegemarkt angebotenen Leistungen transparent, damit für die Verbraucher vergleichbar. Angehörige und Pflegebedürftige könnten nun erkennen, welche Heime besonders gut sind und welche nicht. Durch Ausübung ihrer Konsumentensouveränität würden sie dann dafür sorgen, dass die „schlechten“ Heime vom Markt verschwinden und die „guten“ übrigbleiben. Zur Umsetzung nahm die Koalitionsregierung aus CDU/CSU und SPD in das am 28. Mai 2008 verabschiedete „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ (BGBl. Teil I, Nr. 20, S. 874ff.) entsprechende Regelungen auf. Die Kompetenz zur Festlegung der Kriterien und der Entwicklung einer darauf begründeten Bewertungssystematik übertrug sie den Akteuren der Selbstverwaltung (Pflegekassen, Pflegeträgervereinigungen, Sozialhilfeträger, Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände). Diese verständigten sich 2009 auf eine „Pflege-Transparenz-Vereinbarung“, die weder funktionieren sollte noch konnte. Angelegt ist sie nämlich nicht auf die Erfassung von Ergebnisqualitäten, sondern auf die Prüfung der Qualität der Pflegedokumentation. Da die Heime schnell lernten, worauf es ankommt und wie sie die Dokumentation gestalten müssen, um ein „Sehr-gut“ zu erhalten, konnten sich schon bald fast alle Heime mit der Note Eins („sehr gut“) schmücken (Bundesdurchschnitt: 1,3). Was die untereinander im Wettbewerb stehenden Akteure als vermeintlichen Beitrag zur Herstellung von Transparenz inszeniert hatten, entpuppte sich als Verwirrspiel. Der Ärger in der Politik über die irreführenden Noten ist nun groß, aber nicht glaubwürdig.⁷⁶ Läge der Politik an aussagekräftigen Bewertungen, so hätte sie nicht die Selbstverwaltung mit der Durchführung betraut, sondern eine unabhängige Instanz mit wissenschaftlichem Unterbau. Dann jedoch könnte transparent werden, was nicht transparent werden soll, nämlich dass sich Strukturen und Ressourcenausstattung der deutschen Langfristpflege mit hohen Qualitätszielen nicht vertragen. So aber geht das Wegschau-Spiel und das Spiel um die Vergabe des Schwarzen Peters nur in die nächste Runde.

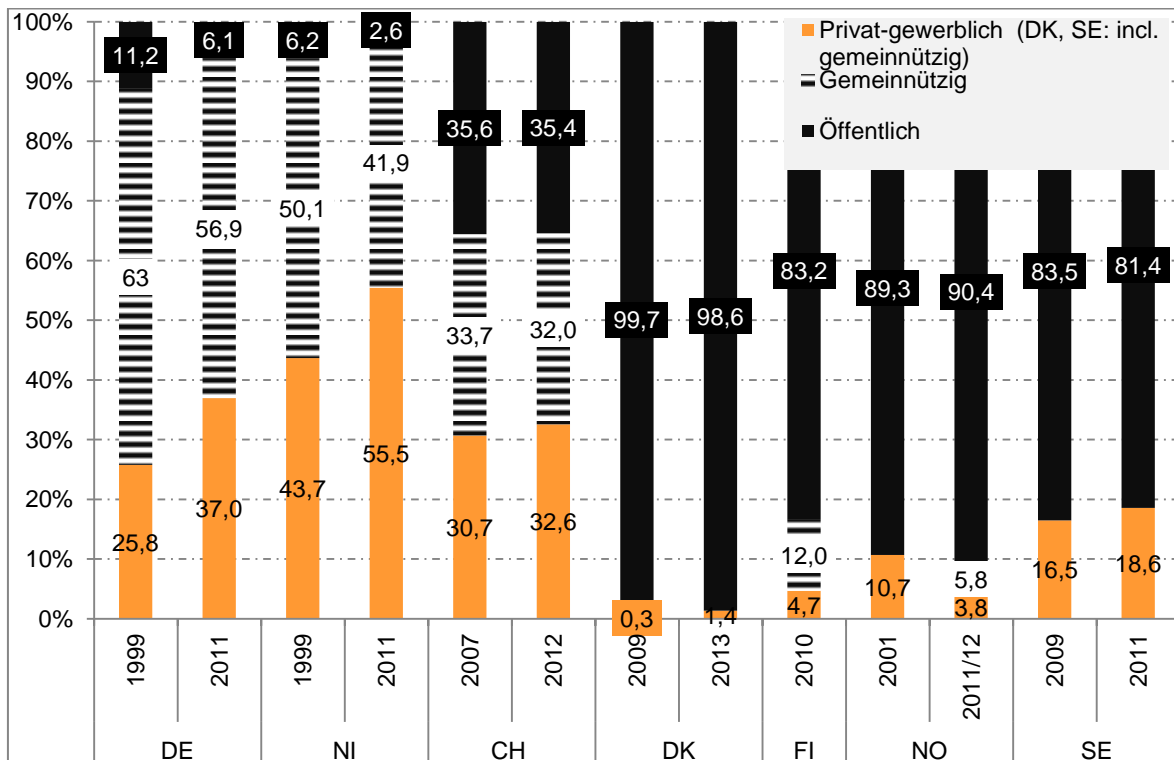
Wie oben angesprochen, liegt die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen zwischenzeitlich in den meisten deutschen Bundesländern mehrheitlich in der Hand gewerblicher Dienstleister mit Arbeitsbedingungen, die noch ein gutes Stück schlechter sind als bei Heimen. In der häuslichen Versorgung ist die Unterfinanzierung allerdings auch besonders eklatant. Die hier meist kleingewerblichen Dienstleister beziehen Vergütungen, mit denen sie trotz schlechter Bezahlung ihrer MitarbeiterInnen kaum über die Runden kommen. Bei den Heimen hat sich die Trägerstruktur ebenfalls stark in Richtung der For-Profit-Anbieter verschoben, bundesweit dominieren hier aber noch die nicht-renditeorientierten Anbieter. Welche Lehren der Vergleich mit Skandinavien beinhaltet, sei abschließend näher beleuchtet. *Abbildung 6* stellt dar, wie sich stationär und teilstationär versorgte Menschen einmal in den 4 nordischen Ländern Dänemark (DK), Finnland (FI),

sich der Geltungsbereich auf Betreuungskräfte insbesondere von dementen Personen, AlltagsbegleiterInnen sowie Assistenzkräfte.

⁷⁶ Karl-Josef Naumann, der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, befand: „Noten für Heime sind irreführend“ und plädierte für ihre Abschaffung (Tagesspiegel vom 17.11.2014). Gekommen ist es dazu bislang nicht.

Norwegen (NO) und Schweden (SE) und im Vergleich dazu in Deutschland insgesamt und dann im Bundesland Niedersachsen (NI) auf öffentliche und private Träger verteilen. Niedersachsen habe ich ausgewählt, weil es ein guter Repräsentant für die oben formulierte These ist: Im Beobachtungszeitraum (1999 – 2011) erfolgte eine weit überdurchschnittliche Kommerzialisierung (öffentlicher Versorgungsanteil: minus 60%; frei-gemeinnütziger Versorgungsanteil: minus 16%); dies verknüpft mit einem hohen Lohnrückstand. Alternativ hätte ich auch Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein oder einen der drei Stadtstaaten heranziehen können. Mit erfasst, hier allerdings mit den vollzeitäquivalenten Beschäftigungsanteilen, ist die Schweiz. Um den Entwicklungstrend aufzuzeigen, gelangen abgesehen von Finnland jeweils zwei Zeitpunkte zur Darstellung. Aus Gründen mangelnder Datenverfügbarkeit handelt es sich um unterschiedliche Zeitpunkte. Die Befunde freilich sind so eindeutig, dass dies die Aussagekraft nicht wesentlich beeinträchtigt.

Abbildung 6: HeimbewohnerInnen nach Trägern im Vergleich skandinavischer Länder mit Deutschland und der Schweiz¹



1) Bei Norwegen abweichend Bettenanteile, bei der Schweiz Darstellung der vollzeitäquivalenten Beschäftigungsanteile.

Quellen: Deutschland (DE) und Niedersachsen (NI): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.gbe-bund; Schweiz: Daten aus Ringger, Beat/Storz, Theresia: Alters- und Pflegeheime der Schweiz: Allgemeine Angaben, Löhne, Personalschlüssel, Tab. 6 (ohne Erstelldatum und Ort); Skandinavische Länder: siehe unter Primärquellen.

Wie ersichtlich erfolgt die Leistungserbringung in den skandinavischen Ländern ganz überwiegend öffentlich mit Anteilen zwischen gut 80 Prozent in Schweden und Finnland sowie 90 Prozent und mehr in Norwegen und Dänemark. In Deutschland umgekehrt liegt der private Versorgungsanteil bei über 90 Prozent, wovon 40 Prozent auf gewinnorientierte und 60 Prozent auf nicht-gewinnorientierte Trägerschaften entfallen. In der Schweiz gibt es keine klare Dominanz, sondern eine Drei-Säulen-Struktur mit einem gemessen an den Beschäftigtenzahlen noch leichten Übergewicht öffentlicher Heime. Bei

der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die nationalen Statistiken „private Trägerschaft“ gemäß der Grundausrichtung des eigenen Systems unterschiedlich abgrenzen. Die skandinavischen Länder haben ihren Anker in einer Versorgungsstruktur, die in der Vergangenheit ganz und heute noch ganz überwiegend durch die Einheit von öffentlicher Finanzierung und öffentlicher Leistungserbringung geprägt ist. Für die Statistik gab es daher lange gar keine Notwendigkeit der Differenzierung nach unterschiedlichen Trägerformen. Mit dem Eintritt in einen Prozess der Vermarktlichung wuchs das private Segment und wurde zunehmend auch als solches erfasst, zunächst aber nicht in der Differenzierung nach gemeinnützig und gewerblich. Neuerdings liefern Finnland und Norwegen differenzierte Daten. Diese sind bei Norwegen besonders interessant. Anders als in Schweden und Finnland zeigten sich die norwegischen Kommunen in der Vergangenheit weitgehend resistent gegen Praktiken der Vermarktlichung. Dies gleichermaßen bei der häuslichen wie der institutionellen Versorgung.⁷⁷ Im Heimbereich drückt sich dies darin aus, dass private Heimbetreiber ihren Anteil an den verfügbaren Betten im Beobachtungszeitraum von 2001 bis 2011/12 (Stichtag: 31.12.2011) nicht erhöhen konnten. Mit gewissen Schwankungen blieb der Privatanteil mit um die 10 Prozent auf niedrigem Niveau. Die Lieferung differenzierter Daten weist nun aus, dass 2011/2012 lediglich 3,8 Prozent der verfügbaren Betten auf gewerblich betriebene Heime entfallen.⁷⁸ Damit liegt der For-Profit-Anteil spiegelbildlich auf ähnlich tiefem Niveau wie in Niedersachsen der öffentliche Versorgungsanteil. In Finnland ist er etwas höher. Dänemark und Schweden praktizieren noch keine getrennte Erfassung. In Dänemark ist dies dem Umstand geschuldet, dass sich der Privatanteil von 2009 bis 2013 zwar vervierfacht hat, mit nun 1,3 Prozent aber immer noch auf einem Niveau liegt, das eine trennte Erfassung nicht unbedingt nahe legt. Schweden ist ein Sonderfall. Die Vermarktlichung ist hier am weitesten vorangeschritten. Trotzdem verzichtete man bislang auf die differenzierte Abbildung des Privatsegments. Angesichts der in den letzten Jahren zunehmend kritischen Wahrnehmung kommerzialisierte Leistungserbringung dürfte sich dies ändern. Gegenläufig zu Skandinavien grenzt die amtliche deutsche Statistik „privat“ ein auf gewerbliche Dienstleister. Auch in der Schweiz spiegelt die statistische Erfassung die Grundausrichtung des Systems. Während in Deutschland alle privaten Pflegeheime an der öffentlichen Refinanzierung partizipieren, teilt sich das Privatsegment in der Schweiz in öffentlich geförderte und öffentlich nicht geförderte Heime. Ersichtlich wird, dass die nicht öffentlich subventionierten Träger ihren Anteil an den rechnerischen Vollzeitkräften in der fünfjährigen Beobachtungsphase (2007 bis 2012) zwar um 1,9 Prozentpunkte steigern konnten, der auf öffentliche Heime entfallende Beschäftigtenanteil jedoch stabil blieb. Mit jeweils gut 35 Prozent liegt er etwas über dem Niveau, das in Deutschland auf die kommunalen Kitas entfällt. Die jahresdurchschnittliche Verschiebung in Richtung privat-finanzierter Heime erreicht auf Beschäftigte bezogen nur ein Drittel des Niveaus, mit dem deutschlandweit seit 1999 Marktanteile in den gewerblichen Bereich abwanderten.

Wie unter 2.1 ausgeführt, wurde in Schweden die Langzeitpflege bereits Anfang der 90er Jahre für rendite-orientierte Anbieter geöffnet. Die Spielregeln unterscheiden sich jedoch

⁷⁷ Noch 2012 praktizierten im häuslichen wie im institutionellen Bereich nur 7 Prozent der insgesamt 430 Gemeinden Verfahren der Leistungsvergabe (Vabo et al. 2013: 174, Tab. 1).

⁷⁸ Dies bei gewachsener Zahl von Betten und Heimen. Die Zahl der Betten stieg von 2009 bis 2013 von 41.071 auf 41.594 und die der Heime von 997 auf 1001. Die Zahl der im kommunalen Besitz befindlichen Heime erhöhte sich dabei von 915 auf 920. Der Anteil blieb bei knapp 92 Prozent stabil, während es im Privatsegment eine Verschiebung von „Private non-profit“ zu „Private commercial“ gab. Auf letztere entfallen nun 3,7 Prozent der Heime (2009: 3,3%). Quellen: Norway Statistics, Table Nr. 9928 und 9929.

in zweifacher Hinsicht stark von denen in Deutschland. **Erstens** investiert der schwedische Staat relativ zur Wirtschaftskraft und dem Anteil Älterer an der Wohnbevölkerung das Vierfache von dem, was der Politik in Deutschland die Langfristpflege wert ist (vgl. Abb. 3). Von Unterfinanzierung kann daher, anders als in Deutschland, eher nicht die Rede sein. **Zweitens** liegt die Steuerungskompetenz und die Verantwortung für eine Leistungserbringung nach Bedarf und in guter Qualität weiter bei den Kommunen und wird dort in den demokratisch legitimierten Gremien verhandelt, während im deutschen System – politisch so gewollt - für Ergebnisse niemand die Verantwortung trägt. Gleichwohl gibt es Parallelen. So darf der schwedenweit noch vergleichsweise geringe Versorgungsanteil privater Akteure nicht darüber hinwegtäuschen, dass dahinter eine Verschiebung in Richtung privater Leistungserbringung steht, die im Tempo der von Deutschland nicht unähnlich ist. Inwieweit die erfolgte Privatisierung bei der Dienstleistungsqualität und den Arbeitsbedingungen Verschlechterungen bedingt, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen, da die Befunde widersprüchlich sind und es an validen Daten mangelt. Hinweise auf Verschlechterungen gibt es aber zur Genüge (Näheres siehe bei Erlandsson et al. 2013) und es steht zu erwarten, dass sie zunehmen, sobald sich For-Profit-Investoren einen relevanten Anteil am Versorgungskuchen gesichert haben. Unter den gegebenen Bedingungen liegt die Marktführerschaft noch klar beim öffentlichen Sektor, was eine Tarifbindung stützt, die annähernd doppelt so hoch ist wie in Deutschland. Sollte Schweden die Highroad bei Beschäftigung und Qualität verlassen, was nicht sehr wahrscheinlich aber auch nicht ausgeschlossen ist, dann vermutlich ohne im Gegenzug die von den Marktbeurwertern versprochenen Steigerungen bei der Kosteneffizienz realisiert zu haben. Für Schweden wie auch die anderen nordischen Ländern zeigen die bei Meagher und Szebehely (2013) zitierten Studien, dass Kostenersparnisse entweder nicht nachweisbar sind (Finnland) oder sich beschränken auf die ersten Jahre (Dänemark und Schweden). Danach überwiegen tendenziell die Nachteile, weil Vermarktlichung und Privatisierung zu einem starken Anstieg der Transaktionskosten und einer Schwächung der kommunalen Steuerungsmöglichkeiten bei gleichzeitig wachsender Bürokratie führen. Damit nicht genug, im Regime der individuellen Freiheit der Wahl des Dienstleisters wächst die soziale Segregation, was neue Probleme und neue Kosten schafft. Die Unzufriedenheit mit dem eingeschlagenen Weg ist in den letzten Jahren deutlich gewachsen. Eine verschärfte öffentliche Regulierung steht auf der Tagesordnung. Ob sie zu einem Trendwechsel in Richtung von weniger Markt führt oder nur zu dem Versuch, die Kontrolle über das Marktgeschehen zu verstärken, ist offen.

5 Schlussbetrachtung

Die demografischen Veränderungen, die alternde Gesellschaften mit sich bringen, beinhalten zahlreiche Einzelfacetten vom Wandel dessen, was Familie bedeutet und wie sich soziale Beziehungen konstituieren bis zur Änderung von Krankheitsbildern in Richtung der Zunahme multimorbider Krankheitsverläufe im Alter und einer Zunahme des Bevölkerungsanteils mit Demenz. Als ein Schlüsselthema erweist sich die Aufwertung der gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Rolle von Frauen. Noch immer nämlich sind auch die hoch entwickelten westlichen Gesellschaften von Institutionen durchzogen, die untereinander ein Netzwerk der strukturellen Diskriminierung von Frauen bilden. Wirkliche Gleichstellung, im Einführungskapitel habe ich Einiges an Empirie dazu ausgebreitet, wurde bislang nirgends realisiert, auch nicht in den fünf nordisch-skandinavischen Ländern. Gleichwohl, der skandinavische Raum ist auf diesem Weg weiter vorangekommen

als die anderen hochentwickelten OECD-Länder und deshalb für die Bewältigung der Herausforderungen, die der demografische Wandel bereithält, auch besser aufgestellt. Anders als in Deutschland, Österreich oder der Schweiz kam die Egalisierung von Geschlechterverhältnissen früh als eine politische Gestaltungsaufgabe auf die Tagesordnung wohlfahrtsstaatlicher Interventionen. Gesetzt wurde nicht auf eine Strategie der Ausreichung kleiner Geldbeträge an all die in der Regel weiblichen Angehörigen, die die eigene Erwerbstätigkeit zurückstellen resp. reduzieren, um in der Familie zunächst Kinder zu erziehen und dann Sorgearbeit zu erbringen für Eltern, Schwiegereltern usw. Eine derartige Strategie hätte traditionelle Geschlechterverhältnisse zementiert, statt sie aufzubrechen. An dem wachsenden Wunsch von Frauen auf gleichberechtigte Teilhabe am Erwerbsleben wäre sie vorbeigegangen und auch an der Aufgabe gescheitert, Carearbeit durch Professionalisierung auf die Höhe der Anforderungen zu führen, die eine alternde Gesellschaft mit sich bringt. Nicht auf Alimentierung derjenigen, die unsichtbar in den Familien Care-Leistungen erbringen, wurde gesetzt, sondern auf das Sichtbarmachen und die professionelle Ausformung von Care-Tätigkeiten im Rahmen einer Strategie von „reproduction goes public.“ „Childcare“ und „Care for the elderly“ wurden zu einer öffentlichen Aufgabe, angesiedelt im Zuständigkeitsbereich von Kommunen. Es ging und geht dabei nicht um eine quasi Verstaatlichung der Erziehungsaufgaben von Eltern und der Fürsorge von Kindern für ihre hochbetagten Eltern. Die Intention ist eine andere: *Erstens* geht es darum, Frauen und Männer durch die Schaffung einer für alle gut zugänglichen öffentlichen Infrastruktur der Kinderbetreuung wie auch der Betreuung, Pflege und praktischen Alltagsassistenz von unterstützungsbedürftigen Menschen wirksam zu entlasten. *Zweitens* geht es darum, frauenaffine Tätigkeiten im Erwerbssystem auszubauen und gesellschaftlich aufzuwerten. Gelungen ist dies noch nicht perfekt. Die pro-aktive Politik des Staates hat jedoch emanzipatorisches Potential; sie stützt wirksam die Selbstbestimmung der Individuen. Demgegenüber gibt es in Deutschland gerade unter den 40+-Frauen eine größere Gruppe, die im Doppelstress steht: Die eigenen Kinder sind noch nicht aus dem Haus und schon wird es mit der guten Vereinbarkeit von Familie, Beruf und der Pflege eigener Interessen wieder nichts, weil Zeit zusätzlich von der Pflege der Eltern oder Schwiegereltern absorbiert wird. Gemäß aktueller Befragungen etwa des Monitors Familienleben oder der Vorwerk Familienstudie 2013 beurteilen unter den Erwachsenen insgesamt mehr als zwei Drittel die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als „nicht so gut.“ Die Negativbeurteilungen fallen bei Frauen höher aus als bei Männern und steigen mit sinkendem Nettohaushaltseinkommen (zit. nach Friedrich-Ebert-Stiftung 2015). Dies vor einem Hintergrund, bei dem Frauen beruflicher Tätigkeit mittlerweile eine ähnlich hohe Bedeutung beimessen wie Männer. Bisläng drehte sich der Vereinbarkeitsdiskurs um Paare kurz vor oder nach der Familiengründung. Die Doppelbelastung von Frauen ab 40 Jahren, die sich zwischen noch nicht selbständigen Kindern und schon pflegebedürftigen Eltern aufreiben, wurde kaum beachtet; auch nicht, dass diese Belastung mit dem Alter wächst und nicht abnimmt.⁷⁹ Zwar sehen sich in der mittleren Generation immer noch klare Mehrheiten zur Elternpflege moralisch verpflichtet (Frauen: 58%; Männer: 62%), was die offizielle Politik stützt. Eine noch größere Mehrheit jedoch sieht vorrangig den Staat in

⁷⁹ Von den 40- bis 59-jährigen Frauen, die ihre pflegebedürftigen Eltern oder Schwiegereltern selbst pflegen, fühlen sich nach einer repräsentativen Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach im Auftrag von Bild der Frau 36 Prozent häufiger eingeschränkt, weil sie ihren Alltag nicht mehr frei gestalten können (Bild der Frau 2015: Schaubild 35, S. 49). Mit den Jahren wächst diese Belastung, so dass sich Frauen im Alter von 55 bis 59 Jahren um rd. 50 Prozent stärker belastet fühlen als Frauen im Alter von 40 bis 44 Jahren (a.a.O. Schaubild 38, S. 53).

der Pflicht; die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern (Frauen: 75%; Männer: 80%).⁸⁰

In diesem Beitrag habe ich dargestellt, wie die nordischen Systeme der Langfristpflege aufgebaut sind, wie sie funktionieren und wodurch vor allem sie sich hinsichtlich Ressourceneinsatz und Finanzierung, Reichweite der Leistungserbringung, Arbeitsbedingungen und dem Grad an Vermarktlichung von familienbasierten Systemen wie dem deutschen unterscheiden. Deutlich wurde, dass nicht nur die Finanzierung und Steuerung weit stärker öffentlich geprägt ist und dominant aus einer Hand heraus erfolgt. Zur Highroad, auf der die nordischen Länder im Großen und Ganzen unterwegs sind, gehört auch, dass die Pflegefachberufe (semi-)akademisiert sind und die Leistungen ganz überwiegend öffentlich erbracht werden. Deutschland bildet eine Art Gegenmodell. Zentrales Ziel ist hier nicht die Schaffung einer niedrigschwellig verfügbaren Infrastruktur mit qualitativ hochstehenden Leistungen gemäß dem persönlichen Bedarf, sondern die Geringhaltung der öffentlichen Finanzierungsmittel. Dazu setzt die Politik weiter auf die Angehörigen als Hauptpflegedienst und ignoriert das Schwinden der familiären Ressourcen. Die Hürden für die Zuerkennung einer Pflegestufe sind entsprechend hoch und die Vergütungen bei anerkanntem Pflegebedarf auf wachsende Unterfinanzierung hin angelegt. Die Bearbeitung der Unterfinanzierung findet dann auf dem Rücken gleichermaßen der Unterstützungsbedürftigen und ihrer Angehörigen – sie erhalten keine ausreichende Unterstützung - wie der professionell Pflegenden statt, die in vermarktlichten Strukturen mit schlechten Arbeitsbedingungen und niedrigen Verdiensten konfrontiert sind. Ein Vergleich mit der Schweiz war nicht Gegenstand des Vortrages, auf dem diese schriftliche Ausarbeitung aufbaut. An einigen Stellen habe ich gleichwohl versucht mit ins Bild zu holen, wie sich relativ dazu die Verhältnisse in der Schweiz darstellen. Dies anhand von Daten der amtlichen Schweizer Statistik. Diese Einlassungen stehen unter dem Vorbehalt, dass ihnen kein vertieftes Wissen um das Schweizer System und die dort in den Kantonen recht unterschiedliche Entwicklung zugrunde liegt.

Die Highroad-Strategie der nordischen Länder hat nicht nur die Pflege auf annähernder Augenhöhe mit der Medizin neu platziert und die Frauengleichstellung beflügelt, sondern erweist sich auch mit Blick auf die innerfamiliäre Zufriedenheit, die Sicherung von sozialer Teilhabe und die zeitliche Hinausschiebung multimorbider Krankheitsverläufe als überlegen. Aus dem Blickwinkel derjenigen, die das konträr angelegte deutsche System für die bessere Alternative halten, weil es die Verantwortung für die Organisation der Pflege in den Familien belässt und den Staat auf eine subsidiäre Rolle beschränkt, stünde zu erwarten, dass in Ländern mit familienbasierten Pflegesystemen die Zufriedenheit mit dem Familienleben höher ist als in den nordischen Ländern. Die innerhalb der Europäischen Gemeinschaft zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen erhobenen Daten erzählen aber eine andere Geschichte. Danach ist die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Familienleben im nordischen Wohlfahrtsstaat am höchsten und in Ost- und Zentraleuropa am niedrigsten; Kontinental- und Südeuropa liegen dazwischen. Zwar hat sich die Skandinaviengruppe 2011 gegenüber 2007 verschlechtert. Die 2011 beim „Third European Quality of Life Survey“ (vgl. European Foundation for the Improvement of living and working conditions 2014: Abb. 20, S. 48) erreichten Punktwerte liegen deutlich unter denen der Erhebung von 2007, einmal weil Norwegen als Nicht-EU-Land nur 2007 einbezogen war und

⁸⁰ A.a.O., Schaubild 62, S. 78.

den Wert nach oben drückte, dann weil Dänemark zurückgefallen ist (a.a.O.: S. 44). Der Punktwert von Dänemark (-0,5) fiel ähnlich stark wie der von Deutschland (-0,6). Dafür aber gibt es kaum den Grund von „zu viel Wohlfahrtsstaat“, sondern eher im Gegenteil: Seit 2009 sehen sich die Kommunen gewissen Sparzwängen ausgesetzt; der oben angesprochene starke Rückgang des Anteils der Älteren, die 2012 verglichen mit 2009 permanente Home-Help-Leistungen erhielten, dürfte zu Teilen einer restriktiveren Leistungsgewährung geschuldet sein.

In Ländern mit familienbasiertem System wird die Langfristpflege eher aus dem Blickwinkel der Medizin und damit als Anhängsel des Gesundheitssystems betrachtet, in den skandinavischen Ländern umgekehrt stehen soziale Dienste im Mittelpunkt. Mit Blick auf die Gestaltung einer demenzgerechten Gesellschaft erweist sich die stärkere Verortung im Sozialsystem als Vorteil, denn die zukünftig stark wachsende Zahl an Menschen mit kognitiven Einschränkungen benötigt zu allererst Betreuung und Aktivierung, weniger dagegen medizinische Interventionen. Insgesamt aber geht es darum, die Langfristpflege zwischen Sozial- und Gesundheitssystem als eigenständiges System zu platzieren. Je besser es gelingt, bereits früh **1)** mit den Leistungsangeboten zu intervenieren, die individuell benötigt werden, um Einschränkungen bei körperlichen Funktionen und bei Alltagsverrichtungen auszugleichen und dabei **2)** den proklamierten Vorrang von Prävention und Rehabilitation in der Realität zur Geltung zu bringen, umso besser beurteilen alte und hochaltrige Menschen ihren Gesundheitszustand und das Niveau ihrer sozialen Teilhabe. Es gelingt in diesem Fall, die Entstehung schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit abzuschwächen resp. zeitlich hinauszuschieben, zu einem gewissen Prozentsatz vielleicht sogar ganz zu vermeiden. Was dadurch an Ausgaben für Krankenbehandlung vermieden wird, muss jedoch im Vorfeld investiert werden für soziale Dienste, für Prävention und Rehabilitation und für qualitativ hochstehende Pflegekonzepte, die den Menschen ganzheitlich als Persönlichkeit in den Blick nehmen und die gewährten Leistungspakete daran ausrichten. Wie zu erwarten, liegen unter den Älteren die Anteile derjenigen, die sich in ihren täglichen Aktivitäten beeinträchtigt sehen, in allen nordischen Ländern viel niedriger als in Deutschland und abgesehen von Finnland auch niedriger als in der Schweiz. Norwegen, Schweden, Dänemark und Island belegen im Vergleich der europäischen OECD-Länder die ersten vier Plätze, die Schweiz folgt auf Rang 6 (OECD, Health at a Glance 2013: Abb. 8.3.2, S. 175). In der Alterskohorte von 65 bis 74 Jahren sind es in Norwegen und Schweden nur um die 20 Prozent, die von Einschränkungen (in gewisser Hinsicht bis stark) berichten verglichen mit rd. 30 Prozent in der Schweiz, etwas mehr als 40 Prozent in Finnland und mehr 50 Prozent in Deutschland. Bei den ab 75-Jährigen sind es in den vier bestplatzierten Ländern durchweg weniger als 40 Prozent, die von Einschränkungen berichten – in Norwegen z.B. nur rd. 30 Prozent – verglichen mit rd. 75 Prozent in Deutschland.

Die insgesamt sehr positive Bewertung des skandinavischen Entwicklungspfades darf nicht dazu verleiten, Gefahrenpunkte auszublenden. Sie drohen aus der im Niveau immer noch geringen, in den letzten Jahren, mit Ausnahme von Norwegen, aber deutlich gewachsenen Vermarktlichung, die ein steigendes Maß an privater, auch privat-gewerblicher Leistungserbringung nach sich zieht. Diese innerskandinavisch zunehmend kritisch gesehene Entwicklung schwächt die soziale Kohärenz und untergräbt tendenziell die kommunale Steuerungskompetenz, ohne auf der anderen Seite Effizienzvorteile zu bringen. Dass der universalistische nordische Wohlfahrtsstaat seine Leistungen effizient erbringt, wird

selbst von hartgesottene Neoliberalen kaum in Zweifel gezogen.⁸¹ Anders als in Ländern mit schwacher Wohlfahrtsstaatlichkeit erwächst daraus also auch kein Argument für die Privatisierung der Leistungserbringung im Rahmen eines Konzeptes, bei dem der Staat sich aus der Eigenleistung zurückzieht. Letzteres prägt aber die Entwicklung der Langzeitpflege in Deutschland. Das Ineinandergreifen von Vermarktlichung und Kommerzialisierung ist in hier so weit vorangeschritten ist, dass renditeorientierte Träger eine Machtposition aufbauen konnten, an der auch eine änderungswillige Politik schwer vorbeikäme. Demgegenüber steht die Kommerzialisierung bei der Schweizer Spitex noch eher am Anfang. Renditeorientierte Spitex-Unternehmen sind zwar auf dem Vormarsch, der Kampf um die Frage der Verträglichkeit von Renditeorientierung und öffentlicher Finanzierung resp. Teilfinanzierung scheint jedoch noch im Fluss. Auch bei den Heimen gibt es in der Schweiz noch eine starke öffentliche und gemeinnützige Säule. In dem Bemühen, dies zu verteidigen, kann Einiges an Argumenten aus den deutschen Erfahrungen gewonnen werden. Dies freilich nur, sofern der alternative skandinavische Entwicklungspfad als Referenzmodell genutzt und der Blick nach Deutschland nicht getrübt wird durch die Botschaften, die die deutsche Politik ins Schaufenster stellt, während die Pflegerealität eine ganz andere ist.

⁸¹ Milton Friedman, einer der Oberväter des Neoliberalismus, äußerte sich 2006 in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung (SZ) wie folgt: SZ-Frage „Was ist mit Ländern wie Finnland, wo der Staat effizient ist, die Leute gerne Steuern bezahlen und die Wirtschaft wächst?“ Friedman: „Man trifft in dieser Welt auf alle möglichen Anomalien. Es gibt keinen Grund, warum Laisser-faire nicht auch in Skandinavien funktionieren würde. Vielleicht kommen sie auch dort eines Tages zu Sinnen.“ Quelle: SZ-magazin Nr. 25 v. 23. Juni 2006, Interview S. 18 – 23, hier: S. 22.

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 (20.03.2012)
- Auth, Diana 2013: Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: *WSI-Mitteilungen*, 6(66), S. 412 – 422.
- Baumann, Hans/Ringger, Beat 2013: Care, Produktivität und Emanzipation: Der Care-Imperativ, in: Baumann, Hans et. Al. 2013: *Care statt Cash. Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus*, Jahrbuch 13 von Denknetz, Zürich
- 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).
- Baumol, William J. 1967 'Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis', *American Economic Review* 57: S. 416–26.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) 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: 22.08.2014).
- Beobachtungsstelle für gesellschaftliche Entwicklungen in Europa (Hrsg.) 2014: (Alten)Pflegeausbildungen in Europa. Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU, Abschlussbericht (Bearbeiterinnen: Anna Waldhausen, Birgit Sittermann, Letitia Tuerk), Frankfurt/M.: <http://www.iss-ffm.de> (Zugriff: 20.04.2015).
- Bild der Frau (Hrsg.) 2015: *Frauen der Sandwich-Generation. Zwischen Kinderbetreuung und Unterstützung der Eltern*, Hamburg
- Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn 2013: *Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank*, Arbeitspapier 21 (Oktober 2013), Berlin.
- Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn 2014: *Was verdienen Erzieherinnen und Erzieher. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank*, Arbeitspapier 26 (Juli 2014), Berlin.
- Borchhorst, Anette/Teigen, Mari 2015: Gleichstellungspolitik in Nordeuropa. Quotenregelungen für Eltern und Führungskräfte, in: *WSI-Mitteilungen* 68 (1), S. 35 – 42.
- 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.
- 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).
- Destatis (2007). *Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.

- 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.
- 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.
- Destatis 2014a: Verdienste und Arbeitskosten 2013 – Arbeitnehmerverdienste, Fachserie 16, Reihe 2.3, Wiesbaden.
- Destatis 2014b: Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Dienstes, Fachserie 14, Reihe 6, Wiesbaden.
- Destatis 2015: Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), BGBl. Nr. 20 vom 30.05.2008, S 873.
- 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).
- 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/Stranz, Anneli/Szebehely, Marta/Trydegard, Gun-Britt: Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation; in: Meagher, Gabrielle/Szebehely, Marta (Hg.) (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 Commission 2014: Report on Progress on equality between women and men in 2013, S. 3
- European Foundation for the Improvement of living and working conditions (Hrsg.) 2014: Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Trends 2003 - 2012, 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.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) 2015: Inside the Gap 2/3. Zeit für Familie und Beruf – was Mütter und Väter wollen, in: Impulse für gerechte Verhältnisse in Politik, Gesellschaft und Wirtschaft Nr. 02 (AutorInnen: König, Barbara; Menge, Jonathan und Schildmann, Christina), Berlin
- Fuchs, Tatjana 2008: Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/innen. Ergebnisübersicht DGB-Index Gute Arbeit 2007/08 (Hrsg.: Internationales Institut für empirische Sozialökonomie München).
- Fuchs, Tatjana 2014: Pflege vor dem Kollaps. Notstand in der Pflege – Notstand der Pflegenden, München (Online-Publikation über Verdi-Mittelfranken).
- Hardy, Jane/Calveley, Moira/Shelly, Steve 2015: Arbeitsmigration im Gesundheitswesen: Trends und Auswirkungen, in: APuZ, 65 Jg.. Nr. 4-5, S. 28 – 36.
- Haberkern, Klaus 2009: Pflege in Europa – Familie und Wohlfahrtsstaat, Wiesbaden.
- Haberkern, Klaus/Brandt, Martina 2010: Intergenerationale und professionelle Unterstützung älterer Personen in Europa, in: WSI-Mitteilungen 63 (4), S. 188 – 195.
- Hammer, Elisabeth/Österle, August 2004: Zur zukünftigen Pflege und Betreuung älterer Menschen. Rahmenbedingungen, Politikansätze, Entwicklungsperspektiven, Wien.
- Heintze, Cornelia 2002: Die Zukunfts-Blockade. Klimawandel, BSE, Armut, Terrorismus – Warum in der Gesellschaft kollektives Vorsorgelernen misslingt, Berlin
- Heintze, Cornelia 2006: Staat als Partner. Deutsche wohlfahrtsstaatliche Perspektiven im Lichte skandinavischer Erfahrungen, in: Beier, Angelika/Eicker-Wolf, Kai et al. (Hg.) (2006): Investieren, sanieren, reformieren? Die Wirtschafts- und Sozialpolitik der schwarz-roten Koalition, Marburg, S. 111 – 146.
- 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 2013a: Mehr als ein Problem von Berufswahl und arbeitsmarktpolitischer Fehlansätze, In: Jansen, Mechthild M./Röming, Angelika, Rohde, Marianne (2013): Frauen, Männer, Zukunft. Ein Genderhandbuch, (Olzog): S. 93- 118.
- Heintze, Cornelia 2013b: Die Straße des Erfolgs: Rahmenbedingungen, Umfang und Finanzierung kommunaler Dienste im deutsch-skandinavischen Vergleich, Marburg.
- Heintze, Cornelia 2015: Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung älterer Menschen im deutsch-skandinavischen Vergleich, Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, aktualisierte und überarbeitete Kurzfassung in: WISO-Diskurs „Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem“, April 2015, Bonn.
- 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: Lehdorff, Steffen (Hrsg.) 2009: Abriss, Umbau, Renovierung. Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells, Hamburg, S. 136 – 165.
- 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).
- Naegele, Gerhard 2014: 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht, Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), WISO Diskurs, Februar 2014, Bonn.
- Notz, Gisela (2010): Freiwilligendienste für alle. Von der ehrenamtlichen Tätigkeit zur Prekarisierung der „freiwilligen“ Arbeit, Neu-Ulm.
- OECD 2011: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Paris: www.oecd.org/health/longtermcare (03.09.2011).
- 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> (24.07.2014).
- Paritätischer Gesamtverband (Hrsg.) 2014: Modellrechnungen zur Unterfinanzierung der ambulanten Pflege in der Sozialen Pflegeversicherung 1998 bis 2013, Berlin.
- Ringger, Beat 2012: Die Spitex in der Schweiz. Eine Auslegeordnung (Ausarbeitung im Auftrag von VPOD und SSP), Zürich.
- Ringger, Beat/Storz, Theresia 2014: Alters- und Pflegeheime der Schweiz. Allgemeine Angaben, Löhne, Personalschlüssel, o.O.
- Robert Koch Institut (RKI) 2005: Altersdemenz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, 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.
- Schmidt, Sascha, G./Palm, Rebecca/Dichter, Martin/Hasselhorn, Hans Martin 2011: Arbeitsbedingte Prädiktoren für Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen; in: Pflege, 24 (2), S. 85 – 95.
- Skuban, Ralph 2004: Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt, (1. Auflage), Wiesbaden.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2013: Bestandsaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen. Bericht über die Resultate der Umfrage in den Kantonen (Januar-April 2013), Bern.

- Tietze, Wolfgang/Becker-Stoll, Fabienne/Bensel, Joachim/Eckhardt, Andrea G./Haug-Schnabel, Gabriele/Kalicki, Bernhard/Keller, Heidi/Leyendecker, Birgit (Hrsg.) 2012: NUBBEK – Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit. Fragestellung und Ergebnisse im Überblick, Berlin.
- 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 pflegekulturellen 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 Noewegian Eldercare: Preconditions, Trends and Resistance, in: Meagher, Gabrielle et al. (Hrsg.) 2013, S. 163-197.
- Wanger, Susanne 2011: Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit: Viele Frauen würden gerne länger arbeiten. (IAB-Kurzbericht, 09/2011), Nürnberg, 8 S.
- World Economic Forum 2014: The Global Gender Gap Report 2014, Genf
(<https://agenda.weforum.org/topic/global-issues/gender-parity/>; letzter Zugriff: 11.03.2015)

Eurostat-Datensätze und Primärquellen (Gesetze, Statistiken; Regierungsdokumente) nach Ländern⁸²

Eurostat Datensätze

- Bevölkerung nach Altersgruppen (Bevölkerung am 1. Januar nach breite Altersgruppe und Geschlecht [demo_pjanbroad] mit Update vom 24.03.2014).
- BIP und Hauptkomponenten - Jeweilige Preise [nama_gdp_c] mit Update vom 06.05.2014).
- HVPI (2005 = 100) - Jährliche Daten (Durchschnittsindex und Veränderungsrate) [prc_hicp_aind] mit Update vom 15.05.2014.

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.
- Statistical Yearbook 2013: <http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/17957/sty2013.pdf>.
(13.08.2014)
- Statistical Yearbook 2014: <http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/17959/sy.pdf> (13.08.2014)
- Statistics Denmark (<http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1280>):
- 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 re-

⁸² Bei Statistiken ohne die bereits im Text resp. in Fußnoten genau bezeichneten Quellen.

gion, 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

Finland

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

Act on Voucher System in Social and Health Care System 569/2009:

<http://www.finlex.fi/en/laki/ajantasa/2009/20090569>.

Grundgesetz Finnlands (Verfassung vom 11. Juni 1999), Übersetzung des Justizministeriums:

<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1999/de19990731.pdf> (27.3.2011).

Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2013a): National Memory Programme 2012-2010. Creating a "Memory-Friendly" Finland, Report Nr. 9-2013, Helsinki.

Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2013b): Quality Recommendations to guarantee a good Quality of Life and Improves Services. Framework for high Quality Services for older people, Helsinki.

Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 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/> (18.07.2014).

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 SOTKANet:
<http://beta.sotkanet.fi/sotkanet/en/index#> (Zugriff: 22.05.2015).

Statistics Finland (2014): Suomen tilastollinen vuosikirja 2014 (Statistical Yearbook of Finland 2014), Helsinki.

Statistics Finland: http://tilastokeskus.fi/til/index_en.html und
<http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/en/StatFin/> (Zugriff: 22.05.2015):
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):

Island

Act on the Affairs of the Elderly, No. 125/1999 i. der Fassung von Act No. 153/2010.

Gesetze des Wohlfahrtsministeriums: <http://eng.velferdarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/3709>
(27.7.2011)

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> (27.7.2011).

Norwegen

Norwegen den Social Services Act (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 bis zur Einstellung der Veröffentlichung 2014::
<http://www.ssb.no/english/yearbook/stikkad.html>

Statistics Norway (<http://www.ssb.no/en/innrapportering>) > Statistik der Care-Dienste
Gross operating expenditure municipal health and care, 2012 (2014)
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;
Average age 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);
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, Table 09928 bis 09930.

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.

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare): Datenbank (nur in schwedisch): <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/aldreomsorg> (22.05.2015).

Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) 2011: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för Vissa insatser år 2010, März 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> (13.08.2014).

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> (13.08.2014).

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> (13.08.2014).

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

Statistics Sweden (o. J.): Statistical Database: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/> (22.05.2015)

““Number of employees in the primary municipalities by region, activity, sex and period”

„Gross and net costs for municipalities operations, SEK per capita by region, activity, gross and net costs and year“ mit Update vom 25.06.2014.

Schweiz

Bundesamt für Statistik, Spitex-Statistik, fortlaufend bis 2014.

Bundesamt für Statistik, Beschäftigte und Berufe im Gesundheitswesen, fortlaufend.

Bundesamt für Statistik, Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2012.