

WISO

Juli 2012

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem

Ein Vergleich zwischen fünf nordischen
Ländern und Deutschland





Expertise im Auftrag des Forums Politik und
Gesellschaft und der Abteilung Wirtschafts- und
Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem

Ein Vergleich zwischen fünf nordischen
Ländern und Deutschland

(Kurzfassung)

Cornelia Heintze

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
1. Einleitung und Zusammenfassung	5
2. Wie demografischer Wandel, Frauenerwerbstätigkeit und die Grundausrichtung der Pflegesysteme zusammenhängen	8
3. Pflegesysteme folgen überwiegend, aber nicht durchgängig der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierung	14
3.1 Deutschland: Enger Pflegebegriff stützt die Familiarisierung in einem Kernsicherungssystem	17
3.2 Skandinavische Länder: Universalistisches System mit weitem Pflegebegriff und Leistungserbringung durch die Kommunen	22
4. Formelle Pflege und Alltagsunterstützung: Leistungsempfänger, Leistungsarten und die Bedeutung öffentlicher Finanzierung	28
4.1 Empirischer Leistungsvergleich nach Reichweite und Leistungsdichte	28
4.2 Die Bedeutung öffentlicher Finanzierung: ein knapper Überblick	34
4.3 Zusammenfassung	36
5. Trägerstrukturen formeller Pflege und Beschäftigungspfade zwischen High Road und Low Road	38
5.1 Trägerstrukturen: Privates Geschäftsfeld contra kommunale Pflichtaufgabe	38
5.2 Beschäftigungspfade: High Road contra Low Road	40
6. Resümee	45
7. Literaturverzeichnis	47
Sekundärliteratur	47
Primärquellen (Gesetze, Statistiken, Regierungsdokumente) nach Ländern	49
8. Die Autorin	52

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

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Zusammenhang von Geburtenrate und Care-System: Europäische Länder im Vergleich	9
Abbildung 2:	Gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren: Frauen	12
Abbildung 3:	Bewohner über 65 Jahre in pflegerischen Wohnanlagen nach zeitlichem Umfang (Wochenstunden) empfangener Home-Help-Leistungen in Dänemark: 2007 bis 2010	31
Abbildung 4:	Die Entwicklung der Stundenlöhne (brutto) von Pflegefachkräften im dänischen Home-Help-Service der Kommunen: 1999 bis 2009	44
Tabelle 1:	Pflege der älteren Bevölkerung im Systemvergleich	15
Tabelle 2:	Deutsches Altenpflegesystem im Vergleich zu skandinavischen Altenpflegesystemen am Beispiel von Dänemark	27
Tabelle 3:	Laufende öffentliche Pflegeausgaben 1999 bis 2009/2010 im deutsch-skandinavischen Vergleich: Jährliche Ausgaben pro Einwohner (€) und BIP-Anteile (%)	35
Tabelle 4:	Formelle Hilfs- und Pflegeleistungen für Menschen ab 65 Jahren im deutsch-skandinavischen Vergleich im Jahr 2009: Pflegequoten und öffentliche Ausgaben	37
Tabelle 5:	Beschäftigungsdichten (auf 1.000 Einwohner ab 65 Jahren; NO: 67) im Jahr 2009: Deutschland und die skandinavischen Kernländer	42

Abkürzungsverzeichnis

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

1. Einleitung und Zusammenfassung

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

Aktuelle Reformen wie die Einführung der Familienpflegezeit, der „Pflege-Riester“ und die vorgesehenen marginalen Verbesserungen für Demenzzranke greifen zu kurz, denn sie basieren auf einer problematischen Grundannahme. Sie setzen voraus, dass in Zukunft noch mehr Pflegearbeit hauptsächlich von den Töchtern, Schwiegertöchtern, Enkelöchtern und Ehefrauen geleistet wird – im Privaten, unentgeltlich, oft unter Aufgabe der eigenen beruflichen Ziele und der eigenen ökonomischen Unabhängigkeit. Hier wird ein Modell für die Zukunft fortgeschrieben, für das schon heute die gesellschaftlichen Bedingungen erodieren: Die Zahl der „verfügbaren“ Töchter, Schwiegertöchter und Enkelöchtern sinkt, die Zahl der zu Pflegenden wächst; Frauen streben nicht nur in viel höherem Maße als früher auf den Arbeitsmarkt, sie wollen dort auch bleiben; Familien leben oft räumlich getrennt, in unterschiedlichen Städten. Und: Pflegeverantwortung kommt auch auf immer mehr Männer zu, weil sie als Singles leben oder weil sie bewusst selber Verantwortung übernehmen möchten.

Während sich Arbeitswelten, Geschlechterrollen und Familienarrangements verändern, bleiben die aktuellen Reformanstrengungen dem überholten Leitbild der unter einem Dach zusam-

menlebenden Großfamilie mit männlichem Familienernährer verhaftet; ökonomische und soziokulturelle Entwicklungen werden ausgeblendet. Das Problem liegt auf der Hand: Ein Pflegesystem, das für eine andere gesellschaftliche Realität „gemacht“ ist, überfordert die Pflegenden, stellt Familien dauerhaft vor die Zerreißprobe und treibt sie in legale Grauzonen, wenn sie sich professionelle Hilfe holen wollen (Stichwort: Pendelmigration). Überfällig ist darum eine gesellschaftliche Debatte darüber, wie ein Pflegesystem aussehen könnte, das den Möglichkeiten und Ressourcen der Pflegenden entspricht und den Pflegebedürftigen ein Leben in Autonomie und Würde ermöglicht. Mit der Expertise „Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem“ möchten wir einen Beitrag dazu leisten.

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

Die Zukunft des Pflegesystems:
familienbasiert oder servicebasiert?

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

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

Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden sind nach Esping-Andersen „sozialdemokratische Wohlfahrtsregime“. Dieser Typus ist geprägt durch ein umfassendes wohlfahrtsstaatliches Dienstleistungsangebot, es ist auf Egalität ausgerichtet und bietet die Basis für eine zumindest annähernd gleich hohe Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen. Diese Merkmale spiegeln sich in der Struktur des Pflegesystems wider. Kennzeichen des „servicebasierten Pflegesystems“ sind: Vorrang der formellen Pflege; mittlere bis hohe öffentliche Finanzierung (Bedarfssteuerung); ein weiter Pflegebegriff; hohe Professionalisierung; qualitativ hochwertige kommunale

Pflegeinfrastruktur. Das servicebasierte System zielt in erster Linie darauf ab, das professionelle Pflegesystem zu stützen und weiterzuentwickeln.

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

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

Zentrale Erkenntnisse aus der Expertise

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

zu lösen. Dort, wo Kinderbetreuung und Pflege stark „familiarisiert“ sind, sehen wir die niedrigsten Geburtenraten. Das zeigt: Investitionen in eine gute Pflege- und Betreuungsinfrastruktur erzeugen eine „demografische Dividende“, entschärfen also für die Zukunft das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden.

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

Deutschland in der Pflegefalle: Die Autorin beschreibt noch ein weiteres Phänomen, das zum Umdenken anhalten könnte: Menschen, die in hohem Maße und ohne Unterstützung über mehrere Jahre Angehörige pflegen, betreiben Raubbau an ihrer Gesundheit. Sie geraten in eine Spirale

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

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

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

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

Christina Schildmann
Forum Politik und Gesellschaft

Severin Schmidt
Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

2. Wie demografischer Wandel, Frauenerwerbstätigkeit und die Grundausrichtung der Pflegesysteme zusammenhängen

Europäische Gesellschaften sind alternde Gesellschaften. Der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten gewachsen und wird auf absehbare Zeit weiter zunehmen. In Deutschland nahm der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 1994 bis 2009 um rund ein Drittel zu, in den skandinavischen Ländern um deutlich weniger. Die unterschiedliche Dynamik führt dazu, dass Deutschland heute (2010) mit 20,6 Prozent in Europa die höchste und OECD-weit die nach Japan (23,1 Prozent) zweithöchste Alterung aufweist.¹ Die skandinavischen Länder bewegen sich demgegenüber mit Anteilen von 12,2 Prozent in Island, 15 Prozent in Norwegen und 16,6 Prozent in Dänemark überwiegend unter dem EU-Mittel. Ungefähr im EU-Mittel liegt Finnland (17,6 Prozent gegenüber 17,4 Prozent in der EU27). Nur Schweden weist mit 18,3 Prozent eine überdurchschnittliche Quote auf.

Hinter der in Deutschland besonders ausgeprägten Alterungsdynamik steht eine Kombinationswirkung aus dauerhaft niedriger Geburtenrate und fehlendem positiven Wanderungssaldo. Bis Anfang der 1980er Jahre ging die Geburtenrate in den skandinavischen Ländern teilweise (z. B. Norwegen,) noch stärker zurück als in West-Deutschland.² Während im skandinavischen Raum danach jedoch eine Trendwende gelang, verharrte die Geburtenrate in Deutschland nicht nur auf niedrigem Niveau, sondern reduzierte sich weiter. *Abbildung 1* verdeutlicht, dass dies kein zwangsläufiger Prozess war. Von den 13 er-

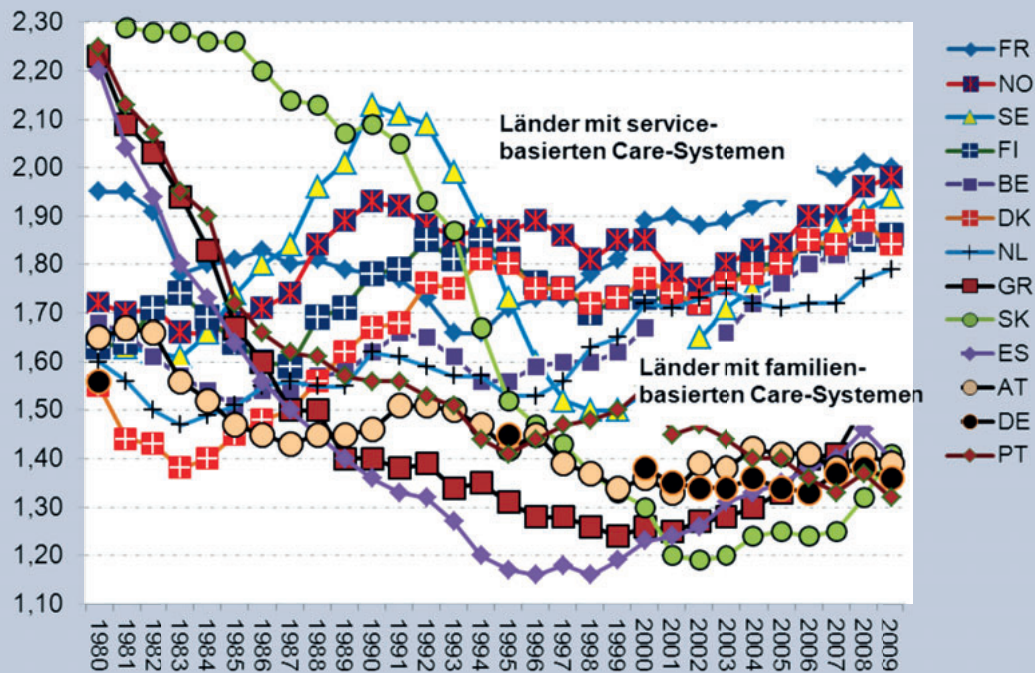
fassten Ländern hatten 1980 mehr als die Hälfte (Dänemark, Deutschland, Finnland, die Niederlande, Norwegen, Österreich und Schweden) eine vergleichbar niedrige Geburtenrate zwischen rund 1,6 und rund 1,7 Geburten pro Frau. Weit höhere Geburtenraten gab es in den südeuropäischen Ländern wie auch in Frankreich. Ab Mitte der 1980er Jahre kehrten sich die Entwicklungsmuster um. Über eine Art Scherenbewegung kristallisierten sich zwei Ländergruppen mit je ähnlichen Geburtenraten heraus. Deutschland wie auch Österreich ordnet sich nun in den Kreis der süd- wie osteuropäischen Länder ein. Die südeuropäischen Länder – Gleiches gilt zeitversetzt für die osteuropäischen Neu-EU-Mitgliedsländer – erlebten bei ihren Geburtenraten einen dramatischen Absturz. 1980 rangierten sie an der Spitze; nun bilden sie die Schlusslichter. Gegenläufig zum Geburtenabsturz in Süd- wie Osteuropa und dem Verharren auf niedrigem Niveau im deutschsprachigen Raum gelang den skandinavischen Ländern ein bemerkenswerter Wiederanstieg. Im Ergebnis erreichen alle nordischen Länder im Durchschnitt der betrachteten Dekade (1999 bis 2009) Werte von über 1,7 (DK und FI: 1,79; SE: 1,73, NO: 1,86; IS: 2,05); Belgien und die Niederlande durchliefen eine ähnliche Entwicklung. Die nun erreichten Werte sichern zwar nicht die Stabilität der Bevölkerung – das Stabilitätskriterium liegt bei rd. 2,1 –, sorgen aber dafür, dass die Gesellschaft nicht unter Anpassungsstress gerät, weil die Quote Älterer weit schneller wächst als die Gesellschaft in der Lage ist, sich

1 An dritter Stelle folgt Italien (20,3 Prozent). Angaben nach OECD Labour Force and Demographic Database, 2010.

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

Abbildung 1:

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



mental, wirtschaftlich und infrastrukturell darauf einzustellen.³

Bei der Frage nach den Ursachen der konträren Entwicklungen kristallisieren sich zwei miteinander verwobene Faktoren heraus. Der erste Faktor betrifft die Frauenerwerbstätigkeit. In ökonomisch höher entwickelten Gesellschaften geht die Geburtenrate dort besonders stark zurück und steigt in der Konsequenz der Anteil Älterer überproportional, wo die Gesellschaft noch stark auf traditionelle Geschlechterrollen und eine niedrige Frauenerwerbstätigkeit hin orientiert ist. Statistisch korreliert in traditionellen Gesellschaften eine niedrige Frauenerwerbstätigkeit mit hohen

Geburtenraten und in hoch entwickelten Gesellschaften – gegenläufig zu konservativen Familienleitbildern – eine niedrige Frauenerwerbstätigkeit mit niedrigen Geburtenraten. Die skandinavischen Länder kombinieren im internationalen Vergleich hohe Geburtenraten mit den höchsten Frauenerwerbstätigkeitsquoten, während die südeuropäischen Länder sowie die osteuropäischen Transformationsländer durch das gegenteilige Muster geprägt sind. Für den Zeitraum von 1999 bis 2010 wurde der Zusammenhang für 23 EU-Mitgliedsländer plus Norwegen und Island statistisch untersucht.⁴ Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang: Gut 40 Prozent der Varianz bei

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

4 Einbezogen wurden: Österreich, Belgien, Bulgarien, Tschechien, Deutschland, Dänemark, Estland, Spanien, Finnland, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Irland, Island, Litauen, Niederlande, Norwegen, Portugal, Slowenien.

der Geburtenrate wird von der Höhe der Frauenerwerbstätigkeit bestimmt.⁵

Zwar ist in Deutschland die Frauenerwerbstätigenquote in der betrachteten Zeitspanne von 57,4 Prozent (1999) auf 66,1 Prozent (2010) deutlich gestiegen. Dem entspricht jedoch kaum eine Zunahme bei der vollzeitäquivalenten Beschäftigung. Die vollzeitäquivalente Beschäftigung von Frauen lag 2007 in den skandinavischen EU-Mitgliedsländern zwischen 61,9 Prozent (Schweden) und 63,9 Prozent (Finnland), in Deutschland dagegen bei nur 48,2 Prozent (Lehndorff et al. 2010: 15, Tab. B). Mit den Arbeitszeitpräferenzen von Frauen lässt sich dieser niedrige Wert nicht erklären. Die Arbeitszeitwünsche von Männern und Frauen haben sich – dies ergeben Befragungen – europaweit stark angenähert. Frauen wie Männer wünschen demnach eine vollwertige Beteiligung am Erwerbsleben in Form von kurzer Vollzeitarbeit oder langer Teilzeitarbeit (vgl. Gleichstellungsgutachten 2011: 27; Wanger 2011). Der Konvergenz bei den geschlechterspezifischen Arbeitszeitwünschen entspricht in den skandinavischen Ländern eine Annäherung bei den Arbeitszeitstrukturen. Bei Männern wie Frauen ist der Bereich von regulärer Vollzeit (35 bis 39 Wochenstunden) und von kurzer Vollzeit (30 bis 34 Stunden) am stärksten besetzt. In diesem mittleren Bereich arbeiteten 2007 in Dänemark, Finnland und Norwegen jeweils rund zwei Drittel der Frauen und bis zu (Norwegen) 72 Prozent der Männer. Anders in Deutschland. Hier existiert zum einen ein starkes Geschlechtergefälle und zum anderen eine Polarisierung bei den Arbeitszeiten der Frauen. Auf der einen Seite findet sich mehr als ein Viertel der erwerbstätigen Frauen in männlich geprägten Arbeitszeitmustern (Wochenarbeitszeit von mehr als 40 Stunden), auf der ande-

ren Seite arbeitet mehr als jede fünfte Frau gegenüber nur vier Prozent der Männer in kurzer Teilzeit von regulär weniger als 19 Stunden in der Woche.⁶ Die Beschäftigungsform der Minijobs spielt in Skandinavien, im Gegensatz zu Deutschland, geschlechtsübergreifend nur eine marginale Rolle. Während Arbeitszeitpräferenzen und tatsächliche Arbeitszeiten in den skandinavischen Ländern also aufeinander abgestimmt sind, liefert die deutsche Entwicklung Hinweise auf eine wachsende Diskrepanz.⁷

An dieser Stelle kommt der zweite wichtige Faktor ins Spiel. Er betrifft die Vollwertigkeit der Arbeitsmarktintegration von Frauen. Frauen mit guter Ausbildung wollen ihren erlernten Beruf heute dauerhaft so praktizieren, dass sie ökonomisch selbstständig sind. Lernfähige Gesellschaften unterstützen diesen Prozess. Zum einen, indem sie Anreizstrukturen, die der steigenden Erwerbsneigung entgegenstehen (wie etwa das Ehegattensplittung) abschaffen; zum anderen, indem sie Tätigkeiten der Pflege, Sorge und Betreuungsarbeit, die traditionell in den Familien vorrangig von Frauen wahrgenommen werden, so professionalisieren und in eine öffentlich verantwortete Infrastruktur überführen, dass ein Gesellschaftsvertrag entsteht, der partnerschaftlich zwischen den Geschlechtern wie zwischen Familie und Staat neu austariert ist. Der Aufbau einer öffentlichen Infrastruktur von Betreuung und Pflege betrifft dabei nicht nur die Kinderbetreuung, sondern auch die häusliche und institutionelle⁸ Pflege älterer Menschen. Dort, wo eine qualitativ hochstehende öffentliche Infrastruktur gleichermaßen der Kinderbetreuung wie auch der Pflege und Betreuung alter Menschen existiert, lässt sich für Frauen, zunehmend aber auch für Männer, Familie und Beruf gut vereinbaren. Gleichzeitig

5 Eigene Berechnung anhand der Daten von Eurostat: Tabelle „demo_find-Fruchtbarkeitsziffern“ mit Update vom 4.5.2011 und Tabelle „Erwerbstätigkeit – Jahresdurchschnitte [lfsi_emp_a]“ mit Update vom 18.4.2011. Ermittelt wurde ein Korrelationswert von 0,65. Das Bestimmtheitsmaß beträgt 0,427. Der Befund ist signifikant zum Niveau <0,01. Signifikante Ergebnisse sind solche, die statistisch gegen die Möglichkeit eines rein zufälligen Zusammenhangs abgesichert sind. Nur bei einem P-Wert von weniger als 0,05 liegt ein signifikantes Ergebnis vor. In unserem Fall ergibt die Regressionsanalyse den Wert 0,00126766.

6 Datenquelle: OECD Labour Force Statistic 2010; eigene Auswertung.

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

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

entstehen Arbeitsplätze, die in dem Maße attraktiv sind, wie Tätigkeiten der Pflege und Betreuung eine Professionalisierung erfahren haben. Empirisch zeigt sich: Länder, die Pflege und Betreuung als eine öffentlich zu finanzierende und zu erbringende Aufgabe ausgeprägt haben, weisen Geburtenraten oberhalb von 1,7 aus; Länder mit familiarisierten Pflege- und Betreuungssystemen teilen dagegen das Merkmal niedriger Geburtenraten und mit wenigen Ausnahmen auch das Merkmal einer nicht vollwertigen Arbeitsmarktintegration von Frauen. Ins Bild passt, dass Nicht-Erwerbstätigkeit von Frauen wegen familiärer Verpflichtungen in Deutschland eine relevante Größenordnung von über neun Prozent erreicht gegenüber weniger als zwei Prozent in den skandinavischen Ländern.⁹

Die positiven Wirkungen einer öffentlich verantworteten Care-Ökonomie, die sich an den Bedarfen entlang des Lebenslaufs von Menschen orientiert, sind vielfältiger Natur. Die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein Moment. Die Beförderung der faktischen Geschlechtergleichstellung ein weiteres. Ein drittes Moment betrifft das Wachstumsmodell. Werden bislang unentgeltlich von in der Regel Frauen in Familien und sozialen Netzwerken erbrachte Care-Tätigkeiten auf professioneller Basis in das Erwerbssystem überführt, entsteht Einkommen und Wirtschaftswachstum ohne zusätzlichen Naturverbrauch. Unter ökologischen Gesichtspunkten sind ein Mehrkonsum und eine Mehrproduktion von sozialen Dienstleistungen ergo anzustreben. Auch ein Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung deutet sich an. Einerseits ist die steigende Lebenserwartung ein Segen; andererseits geht sie einher mit der Zunahme chronischer Erkrankungen, woraus erhöhte Anforderungen an gute Pflege und früh einsetzende Krankheits-

prävention erwachsen. Wird dies vernachlässigt, weil auf der gesellschaftlichen Ebene Gesundheitsprävention klein geschrieben wird, so mag die Lebenserwartung zwar weiter ansteigen, nicht aber die Zahl der gesunden Jahre. Sinkt die Zahl der gesunden Jahre und steigen im Gegenzug die Lebensjahre mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, wirkt dies im Gesundheitssystem als Kostentreiber, obwohl die Lebensqualität der Betroffenen gar nicht besser, sondern schlechter geworden ist. Länder, die Pflege im Alter als eine primär von Familien und sozialen Netzwerken zu erbringende Aufgabe begreifen, sind auch hier im Nachteil. Die Kombination von steigender Lebenserwartung bei sinkendem Anteil gesunder Lebensjahre bedeutet für pflegende Angehörige nämlich, dass sie in eine Spirale der permanenten Überforderung mit wachsenden gesundheitlichen Risiken geraten.¹⁰ In der deutschen Debatte um die Alterung der Gesellschaft wird dieser Aspekt wenig beleuchtet. Dabei ist er von großer Relevanz, denn vorliegende Daten deuten darauf hin, dass sich Deutschland in der beschriebenen Falle befindet. Menschen, die im Jahr 2009 das 65. Lebensjahr erreichten, konnten noch eine Lebensspanne von 19,3 Jahren erwarten. In Island, Schweden, Norwegen und Finnland war es etwas mehr (IS/SE: 19,8; FI/NO: 19,6), in Dänemark etwas weniger (18,2).¹¹ Während jedoch in Deutschland das Gros dieser Jahre durch chronische Erkrankungen geprägt sein dürfte, verhält es sich in den skandinavischen Ländern bei Männern wie Frauen umgekehrt. Abbildung 2 stellt die gesunden Jahre der 65-jährigen Frauen dar. Im Jahr 2000 lagen Deutschland, Dänemark und Schweden ziemlich gleichauf mit etwas über neun gesunden Jahren. Finnische Frauen bewegten sich abgeschlagen bei 6,9 Jahren. Dies hat sich umgekehrt. In allen skandinavischen Län-

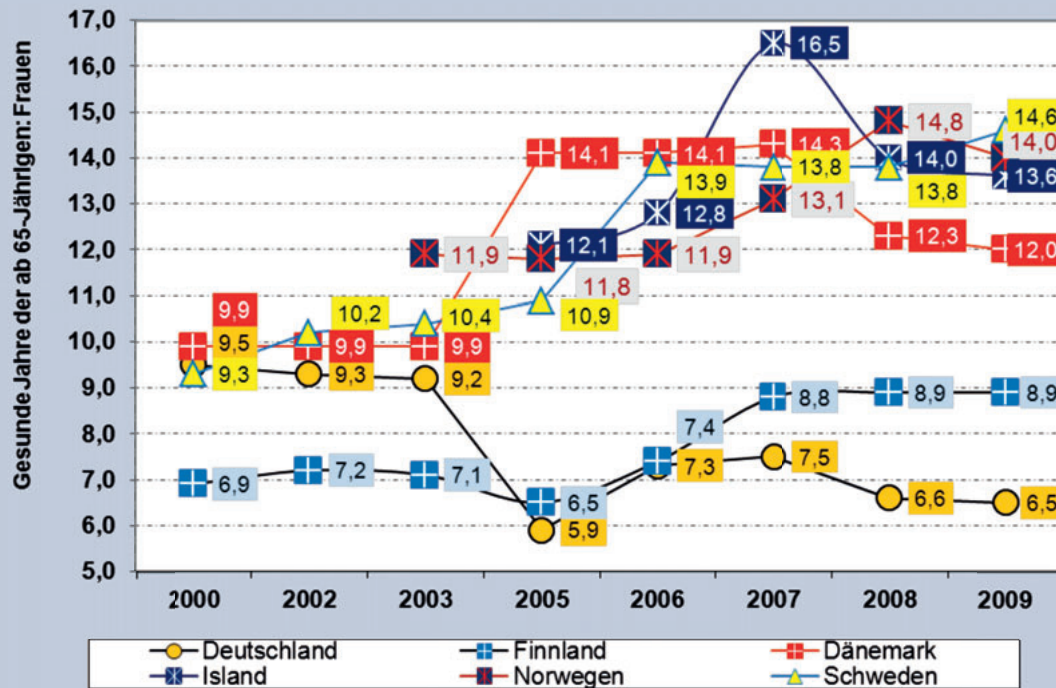
⁹ Dänemark hat mit 1,4 Prozent den EU-weit niedrigsten Wert. Eurostat, PM 185/2010 v. 7.12.2010.

¹⁰ Die Siemens Betriebskrankenkasse hat diesbezüglich eine Untersuchung durchgeführt. Ergebnis: Pflegende Angehörige werden weit überdurchschnittlich häufig krank und entwickeln Medikamentenabhängigkeiten. Bei chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen liegen sie um gut 50 Prozent über dem Durchschnitt. Stärker noch als die körperliche Belastung wirkt die psychische Belastung krankmachend. Die Depressionshäufigkeit liegt dreifach über dem Normalwert. Trotzdem, es fällt vielen pflegenden Angehörigen schwer, sich die Überforderung einzugestehen. Sie bewegen sich auf einer Negativspirale, die erst durchbrochen wird, wenn es zum Zusammenbruch kommt. Zit. nach Frankfurter Rundschau Nr. 23 v. 28.1.2011: 2.

¹¹ Vgl. Eurostat: „Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht“ [demo_mlexpec] mit Update vom 4.5.2011.

Abbildung 2:

Gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren: Frauen



Lesehilfe: Vor dem Jahr 2005 konnten in Deutschland diejenigen Frauen, die in dem jeweiligen Jahr 65 Jahre alt geworden waren, noch jeweils gut 9 von Gesundheit geprägte Lebensjahre erwarten. Ab dem Jahr 2005 sind es nur noch zwischen 6 und 7,5 Jahren.

Quelle: Eurostat, Strukturindikatoren über Gesundheit [hlth_hlye], Update vom 14.3.2011; eigene Darstellung.

dem gab es beim Gesundheitszustand älterer Frauen Fortschritte, in Deutschland Rückschritte. Bei den Männern ist das Muster ähnlich. Während in Deutschland von 2000 bis 2009 ein Rückgang der gesunden Lebensjahre von zehn auf 6,4 zu verzeichnen ist (-31,8 Prozent), sind skandinavische Männer dem Ziel des gesunden Alters ein Stück näher gekommen. Die Zuwächse bewegen sich zwischen einem Plus von knapp 50 Prozent in Schweden (von 9,4 Jahren auf 13,6 Jahre) und von knapp 29 Prozent in Finnland (von 5,8 auf 8,1 Jahre).

Die Veränderungen bei den gesunden Lebensjahren, die ältere Menschen noch zu erwarten haben, sind für unseren Zusammenhang von erheblicher Bedeutung. Wächst nämlich die Zahl gesunder Lebensjahre bei den Älteren in dem Maße wie auch ihre gesamte Lebenserwartung steigt, so verschiebt sich der Eintritt des medizini-

schen Pflegerisikos mit der steigenden Lebenserwartung. Tritt jedoch eine Entwicklung ein, wie sie die Daten von Abbildung 2 für Deutschland signalisieren, so kommt es zu einer Expansion der Zeitspanne, wo ältere Menschen chronisch krank und pflegebedürftig sind. Unsere Analyse führt zu folgender *These*: Ökonomisch hoch entwickelte Länder, die die Gleichstellung der Geschlechter aktiv betreiben, indem sie für Pflege und Betreuung am Anfang wie am Ende des Lebens eine für alle gut zugängliche servicebasierte Infrastruktur vorhalten, die Familien wirksam entlastet und unterstützt, erzielen höhere Geburtenraten als Länder, die diese Aufgaben primär den Familien und damit vorrangig den Frauen zuweisen. Zugleich ist die Frauenerwerbstätigkeit höher, denn erstens werden Frauen durch Familienpflichten weniger an der Ausübung beruflicher Tätigkeit gehindert und zweitens trägt die Care-Ökonomie

selbst zur Schaffung von Arbeitsplätzen bei. Da die Arbeitsplätze, die aus der Professionalisierung von Care-Tätigkeiten hervorgehen, nicht mit einem zusätzlichen Naturverbrauch einhergehen, fügt sich ein Mehrkonsum von solchen sozialen Dienstleistungen in eine auf sozial und ökologisch nachhaltige Wertschöpfungen gerichtete Wachstumsstrategie. Gesellschaftlich resultiert daraus ein Mehrwert, der über die Beförderung

der Geschlechtergleichstellung hinaus auch dem Altern in guter Gesundheit dient. Dass dieser Weg finanzierbar ist, zeigen all die Länder, die sich aus dem Vorrang familienbasierter Pflege gelöst haben. Neben den fünf nordisch-skandinavischen Ländern gehören dazu aus dem Bereich der kontinentaleuropäischen Sozialstaaten Belgien und die Niederlande.

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

„Wir brauchen ein neues Gesellschaftsmodell wie in Skandinavien. Pflege gehört dort zum Gemeinwesen, man setzt auf kommunale Infrastruktur und gesellschaftliches Engagement. Es gibt Nachbarschaftskonzepte und Altentagesstätten mit Öffnungszeiten, die den Arbeitszeiten entsprechen. Da existiert ein ganz anderer Zusammenhalt.“ (Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutscher Altenhilfe, zit. nach Windmann 2011: 129)

Im Großen und Ganzen folgen die national ausgeprägten Pflegesysteme¹² den jeweiligen wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierungen. Die Wohlfahrtstypologie von Esping-Andersen (1990, 1999, 2000), auf die üblicherweise Bezug genommen wird, unterscheidet drei bis vier verschiedene Typen. Die skandinavischen Länder sind durch ein umfassendes wohlfahrtsstaatliches Dienstleistungsangebot geprägt. Es ist auf Egalität ausgerichtet und bietet eine Basis für die immerhin angenäherte Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen. Deutschland gehört nach dieser Typologie zusammen mit den anderen mitteleuropäischen Ländern (Österreich, Schweiz, Frankreich, Belgien, Niederlande) zu den konservativ-korporatistischen Sozialstaaten. Konservativ sind diese Sozialstaaten in mehrfacher Hinsicht. *Ers-*ten haben sie in Form stark ausgeprägter Statusorientierungen ständestaatliche Muster konserviert. In den deutschsprachigen Ländern dient etwa das nur dort anzutreffende gegliederte Schulsystem mit seiner frühen Selektion der Statuskonservierung. Zweitens sind sie Familienernährer-Modelle. Nicht das Individuum mit je eigenständigen Rechten steht im Mittelpunkt,

sondern die Familie mit Haupternährer und zuverdienendem Partner. Wechselseitige Unterhaltspflichten, wie sie in Skandinavien schon lange nicht mehr existieren, halten die familiären Abhängigkeiten aufrecht. Drittens bindet der konservative Sozialstaat im zumindest deutschsprachigen Raum die Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme an die Wahrung der Statusorientierung. Bei der Krankenversicherung gibt es dementsprechend gesetzliche Kassen für primär Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, private Kassen für Selbstständige und Gutverdiener, Beihilfekassen für Beamte und Versorgungswerke wie etwa die Künstlersozialkasse für bestimmte Berufsgruppen. Öffentlich ist bei den Sozialversicherungssystemen die Finanzierung und Steuerung. Die Leistungserbringung dagegen basiert auf einer Mischstruktur aus frei-gemeinnütziger, privat-gewerblicher und öffentlicher Leistungserbringung.

Nun ist die Realität meist komplexer als es Modelle vorsehen. Auch Hybridsysteme, die Bausteine aus unterschiedlichen Systemkontexten kombinieren, kommen vor. Die Pflege liefert dafür ein gutes Beispiel. Theoretisch sind im Spannungsfeld von Familie, Markt, Staat und sozialen Netzwerken ganz unterschiedliche Arrangements denkbar. Die Spannweite reicht von familienbasiert-karitativen Ansätzen über Markt-Staat-Mischmodelle bis zur rein staatlichen Leistungserbringung. Welche Arrangements sich durchsetzen und wie sie sich entwickeln, hängt von vielen Faktoren ab und kann hier nicht näher beleuchtet werden. *Tabelle 1* versucht eine Systematisierung des Status quo. Sie folgt der Auffassung, dass zwei Fragen für die Abgrenzung inner-

¹² Zu den Details der in Europa und der OECD ausgeprägten Arrangements von Pflege und Unterstützung älterer Personen vgl. Hammer/Österle 2004; Skuban 2004; BMASK 2005; Beadle-Brown/Kozma 2007; Brandt 2009; Haberkern/Brandt 2010; OECD 2011a und das MISSOC-Informationssystem zu den sozialen Sicherungsleistungen.

halb von EU und OECD zentral sind: erstens die Frage, ob Pflegeleistungen eher informell oder formell, eher von den eigenen Familienangehörigen oder von professionellen Diensten erbracht werden und zweitens die Frage nach der Höhe öffentlicher Finanzierung in Bezug auf die Wirtschaftskraft. Wählt man dieses Doppel-Kriterium als Scheidelinie, ergeben sich zwei Grundtypen, die sich entlang der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierung in Sub-Typen auffächern. Als Grundtypen unterschieden werden ein familienbasiertes System mit geringem bis mittlerem öffentlichem Finanzierungsanteil und ein servicebasiertes System mit mittlerem bis hohem öffentlichem

Finanzierungsanteil. Im familienbasierten System hat die informelle Pflege durch Familienangehörige und soziale Netzwerke Vorrang vor der professionellen Pflege; im servicebasierten System ist es umgekehrt. Die Politik ist je nach Grundtyp anders ausgerichtet. Der familienbasierte Grundtyp korrespondiert mit einer Politik, die mehr an der Aufrechterhaltung eines möglichst hohen Anteils von Familienpflege als daran interessiert ist, eine qualitativ hochstehende und für alle gut zugängliche Pflegeinfrastruktur zu schaffen. Im servicebasierten System dagegen ist die Politik primär darauf ausgerichtet, das professionelle Pflegesystem zu stützen und weiterzuentwickeln,

Tabelle 1:

Pflege der älteren Bevölkerung im Systemvergleich

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

1 Die Zuordnung von Slowenien wie auch der Schweiz ist nicht eindeutig. In Slowenien liegt ein dominant öffentliches, auf Sachleistungen basierendes System vor mit allerdings kaum mittelhoher öffentlicher Finanzierung. Die Schweiz hat ähnlich hohe Pflegeausgaben wie Finnland (> 2 % des BIP) mit allerdings 60 % Privatfinanzierung. Gleichzeitig ist das System familienbasiert.
 2 Bei den F-1-Ländern hat Spanien (0,6 % des BIP) und bei den F-2-Ländern Österreich (1,1 % des BIP) den höchsten öffentlichen Finanzierungsanteil. Das österreichische System wird dabei anders als das deutsche über Steuern finanziert. In der Markt-Staat-Gruppe ist die Finanzierung in Neuseeland am stärksten öffentlich geprägt (1,3 % des BIP werden öffentlich, nur 0,1 % des BIP privat bereit gestellt). In der S-2-Gruppe liegen die Niederlande auf dem Niveau der skandinavischen Kernländer.

Quelle: Eigene Darstellung.

dies mit der Einschränkung, dass sich die Pflegepolitik im Markt-Staat-Untertyp (Variante S-2) vorrangig auf die öffentlichen Leistungen bezieht. Hier wie dort ist denkbar, dass die Weiterentwicklung Schritte beinhaltet, die auf eine Systemtransformation hinauslaufen – etwa weil das etablierte System wegen schlechter Ergebnisse so massiv unter Druck steht, dass eine Politik, die einen alternativen Ansatz verfolgt, dafür auch Mehrheiten gewinnen kann.

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

dürftigkeit nach verschiedenen Stufen feststellt und mit Ansprüchen auf Geld- und/oder Sachleistungen verknüpft, fehlt in den südeuropäischen Ländern. Die dortige Steuerung ist prekär und die Finanzierung gestaltet sich als Mischfinanzierung aus privaten Pflegeausgaben und öffentlichen Zuschüssen. Neben den skandinavischen Ländern und einer Teilgruppe aus dem kontinentaleuropäischen Raum gehören auch einzelne angelsächsische Länder zum servicebasierten Grundtyp. Ein Pflegearrangement, das die Bezeichnung „System“ rechtfertigt, existiert dort aber nur eingeschränkt. In Großbritannien prägt der staatliche Gesundheitsdienst (NHS) die medizinische Pflege; analog den skandinavischen Ländern wird sie kostenlos gewährt. Die nicht an den NHS angedockte Pflege ist als kommunale Aufgabe in jeder Region anders gestaltet, wobei meist hohe Zuzahlungen verlangt werden. Wo weder die universalistischen Leistungen des NHS greifen noch die Zugangskriterien für kommunale Leistungen erfüllt werden, gilt die Marktlogik.

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

ständnis von Pflege ein. Die familienpolitische Logik spricht für die Familiarisierung. Ziel der Politik ist es dabei, einerseits den für die Gesellschaft extrem billigen Familienpflegedienst durch etwas Unterstützung stabil und andererseits das Qualifikationsniveau der Pflegefachkräfte in einem Bereich zu halten, der sich mit niedriger Bezahlung vereinbaren lässt. Im F-2-Typ finden wir genau die angesprochenen, sich wechselseitig bedingenden Merkmale: (1) einen engen Pflegebegriff; (2) eine nur schleppend vorankommende Professionalisierung; (3) hohe Zutrittsbarrieren zu guter Pflege aufgrund einer zersplitterten, intransparenten Angebotsstruktur mit großen Qualitätsunterschieden; (4) eine hohe Bedeutung kommerzieller Träger einschließlich eines Einfallstors zum grauen Pflegemarkt, über den sich Angehörige preisgünstige Pflegehilfe organisieren und (5) eine auf die Geringhaltung der öffentlichen Ausgaben gerichtete Steuerung.

3.1 Deutschland: Enger Pflegebegriff stützt die Familiarisierung in einem Kernsicherungssystem

Der Herausforderung, die Hilfsbedürfnisse älterer Menschen mit gesetzlich verankerten Rechtsansprüchen auf die Gewährung sozialer Leistungen abzusichern, hat sich die deutsche Politik erst in den 1990er Jahren mit der Schaffung einer Pflegeversicherung im Elften Buch des Sozialgesetzbuches – SGB XI (1994) gestellt.¹³ Am 1. Januar 1995 wurde als 5. Säule des Sozialversicherungssystems eine Pflegeversicherung geschaffen. Sie dockt an die einerseits gesetzlichen und andererseits privaten Krankenversicherungen an. Jeder, der gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der Sozialen Pflegeversicherung versichert, und jeder privat Krankenversicherte muss eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte entrichten. Für Kinderlose gilt mit Vollendung

des 23. Lebensjahres ein von diesen allein zu entrichtender Zuschlag in Höhe von 0,25 Beitragsatzpunkten (§ 55 III). Die privaten Pflegeversicherungen erheben Prämien, die unabhängig sind vom Einkommen des Versicherten. Ist der privat Versicherte Arbeitnehmer, erhält er einen Zuschuss von seinem Arbeitgeber in der Höhe, die bei freiwilliger Mitgliedschaft in der Sozialen Pflegeversicherung anfallen würde. Die Soziale Pflegeversicherung arbeitet im Umlageverfahren; die Private Pflegeversicherung bedient sich des Anwartschaftsdeckungsverfahrens, bei dem Altersrückstellungen für den zukünftig voraussichtlich entstehenden Pflegebedarf gebildet werden. Tritt das Pflegerisiko ein und werden ambulante Dienste in Anspruch genommen, so gilt bei der Sozialen Pflegeversicherung das Sachleistungsprinzip, bei der Privaten Pflegeversicherung dagegen das Kostenerstattungsprinzip. *Schlussfolgerung:* Die Politik hat bei der Schaffung der Pflegeversicherung die Chance verpasst, ein nach einheitlichen Grundsätzen arbeitendes System zu schaffen. Der Konstruktionsfehler der Krankenfinanzierung, neben der Gesetzlichen Krankenversicherung ein privates Vollversicherungssystem etabliert zu haben, das nach einer konträren Logik arbeitet, wurde vom Krankenversicherungssystem auf das Pflegeversicherungssystem übertragen.

Mit der Schaffung einer Pflegeversicherung wurde Zweierlei anerkannt. Erstens, dass in der rasch älter werdenden deutschen Gesellschaft die Zahl der Pflegebedürftigen stark ansteigt. Darunter im Besonderen die Zahl der Schwerstpflegefälle, deren Pflege und Versorgung kaum noch von den Angehörigen geleistet werden kann. Zweitens, dass sich Familienstrukturen dahingehend geändert haben, dass parallel zum wachsenden Pflegebedarf das Reservoir potenziell pflegender Angehöriger sinkt. Die Effekte aus mehreren Prozessen kumulieren sich: In den Familien gibt es als Folge langjährig niedriger Geburtenraten weniger Kinder und es wächst die Zahl der kinderlos gebliebenen Älteren. Dort wiederum, wo Kinder vorhanden sind, bewirken Veränderungen in

13 1995 trat das Gesetz für die ambulante, 1996 für die stationäre Versorgung in Kraft. Die jüngste Weiterentwicklung datiert aus 2008. Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, BGBl. Nr. 20 vom 30.5.2008: 873) bringt Verbesserungen u.a. durch die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung, verbesserte Leistungen für Demenzerkrankte und die Schaffung von Pflegestützpunkten dort, wo sich ein Bundesland dafür entscheidet.

der Arbeitswelt, dass diese zunehmend fern des Wohnsitzes der Eltern berufstätig sind. Ohne ihre berufliche Existenz aufzugeben, können sie sich deshalb nur sporadisch um ihre Eltern kümmern.

Die Pflegeversicherung ist keine Altersversicherung. Die Leistungen richten sich altersunabhängig an alle, die pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind. Allerdings sind vier von fünf Pflegebedürftigen über 65 Jahre alt¹⁴ und jenseits des 70. Lebensjahres steigt das Pflegerisiko mit wachsendem Alter überproportional. Bei den 80 bis 85-Jährigen beträgt es bereits gut 20 Prozent und bei Menschen im Alter von 90 bis 95 Jahren sogar über 60 Prozent. Nach Geschlecht betrachtet sind deutlich mehr Frauen als Männer pflegebedürftig. Pflegebedürftig nach § 14 I SGB XI „sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße“ der Hilfe bedürfen. Ob Pflegebedürftigkeit gegeben ist, wird vom Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) festgestellt. Unterschieden wird nach drei Pflegestufen (SGB XI § 15) und drei Hauptleistungsarten. Definiert sind die Pflegestufen wie folgt:

- *Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)*: Sie setzt einen täglichen Hilfebedarf von mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) voraus. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Dies so, dass sich ein wöchentlicher Zeitaufwand von im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten errechnet. Mehr als die Hälfte davon muss auf die Grundpflege entfallen.
- *Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit)*: Gegenüber der Stufe I ist der Pflegebedarf hier so er-

höht, dass im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden anfallen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

- *Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit)*: Der Hilfebedarf ist bei dieser Stufe so groß, dass er jederzeit gegeben sein muss. Im Tagesdurchschnitt führt dies zu einem Zeitaufwand von mindestens fünf Stunden, wobei auf die Grundpflege vier Stunden entfallen müssen.¹⁵

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI), die nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, können ebenfalls Pflegeleistungen erhalten. Man spricht von der „Pflegestufe 0“. Sie stellt eine Art Auffanglinie für diejenigen dar, deren Pflegebedarf aufgrund des engen deutschen Pflegeverständnisses nur unzureichend berücksichtigt wird. Betroffen sind Menschen mit leichter Demenz und anderweitig reduzierter Selbststeuerungsfähigkeit. Bei diesem Personenkreis sind die körperlichen Fähigkeiten bezogen auf die Bereiche „Körperpflege, Ernährung und Mobilität“ häufig gar nicht eingeschränkt, wohl aber die Fähigkeit, den eigenen Alltag zu steuern und soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Die Anforderungen an gute Pflege und Betreuung sind hier teilweise viel höher als bei denjenigen, die von den Pflegestufen I bis III erfasst werden. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind nämlich in dem, was sie tun, unberechenbar. Sie können sich und andere in gefährliche Situationen bringen, sich unkooperativ verhalten und aggressiv werden. Für pflegende Angehörige bringt dies extreme Belastungen mit sich. Obwohl das Problem schon lange bekannt ist, hat sich die Politik bis heute einer Lösung verweigert. Der zusätzliche Betreuungsbetrag (100 bis 200 Euro im Monat), der nach § 45b SGB XI seit dem 1.7. 2008 gewährt werden kann, hat eher symbolische Qualität.¹⁶

14 Der Anteil ist in der zurückliegenden Dekade leicht angestiegen. Ende 1999 waren 79,9 Prozent und Ende 2009 83 Prozent der Pflegebedürftigen 65 Jahre und älter.

15 Quelle: Bundesgesundheitsministerium:

<http://www.bmg.bund.de/> > Pflege > Wer ist pflegebedürftig > Die Pflegestufen (Zugriff am 11.7.2011).

16 Das von der schwarz-gelben Bundesregierung im Frühjahr 2012 in den parlamentarischen Beratungsprozess eingebrachte „Pflege-Neuausrichtung-Gesetz“ (PNG) bringt keine grundlegende Änderung. Der soziale Betreuungsbedarf von Menschen mit beginnender oder fortgeschrittener Demenz wird nicht systematisch als eigenständige Leistungskategorie neben Grundpflege und Hauswirtschaftshilfe in das Pflegesystem eingebunden und dem Bedarf entsprechend dotiert. Lediglich bescheidene Aufstockungen bei den Leistungssätzen sind geplant. Bei Pflegestufe 0 ist die Größenordnung mit 25 €/mtl. rein symbolisch zu nennen; bei Pflegestufe I ist ein Mehrbetrag bei Sachleistungen von bis zu 225 €/mtl. und bei Pflegestufe II von 150 €/mtl. vorgesehen. Quelle: Bundesgesundheitsministerium (Stand vom 29.05.2012).

Wer als pflegebedürftig anerkannt ist, erhält Geld- und/oder Sachleistungen. Es existiert ein abgestuftes System. Die geringsten finanziellen Leistungen erhalten informell Pflegende über das Pflegegeld. Es stellt eine Art Anerkennungsprämie dar, die sich auf einem nicht existenzsichernden Niveau bewegt (ab dem 1.1.2012: 235 Euro/mtl. in Pflegestufe I und 700 Euro/mtl. in Pflegestufe III). Auskömmlich bemessen sind allerdings auch die Sätze, die die Kassen den ambulanten Pflegediensten direkt zahlen, nicht. Ab dem 1.1.2012 betragen sie in Pflegestufe I 450 Euro/mtl., in Pflegestufe II 1.100 Euro/mtl. und in Pflegestufe III 1.550 Euro/mtl. (Härtefälle: maximal 1.918 Euro). Grundlage sind eng bemessene Zeittakte für Einzelverrichtungen. Bei dieser „Minutenpflege“ kalkulieren Pflegedienste regelrecht mit dem Entstehen von unbezahlter Schattenpflege.¹⁷ Am größten ist die Kostenunterdeckung dort, wo eine 24-Stunden-Betreuung nötig ist. Diese wird von den Sätzen der Pflegeversicherung nicht annähernd gedeckt, woraus ein Einfallstor für den grauen Pflegemarkt erwächst. Bei der stationären Pflege zahlt die Pflegeversicherung für Grundpflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege Pauschalbeträge. Mindestens 25 Prozent des Heimentgeltes muss der Versicherte oder seine Familie selbst tragen, dabei auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung; sie fallen grundsätzlich nicht in den Erstattungsbereich der Pflegeversicherung. Wegen der eingeschränkten Kostenübernahme spricht man von einem Kernsicherungssystem oder umgangssprachlich von einer „Teilkasko-Versicherung.“¹⁸ Wo weder der

Pflegebedürftige selbst noch seine Angehörigen finanziell zur Übernahme ungedeckter Kosten in der Lage sind, sind die Kommunen zur Kostenübernahme verpflichtet.¹⁹

Pflegebedürftige können zwischen folgenden Hauptleistungsarten wählen:

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

Die Leistungsarten (1) und (2) dürfen kombiniert werden. Auch gibt es Leistungen der Kurzzeitpflege, teilstationäre Leistungen, Leistungen bei Pflegevertretung und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (vgl. im Einzelnen BGM 2010 und BMAS 2011: 108-110). Bei Heimunterbringung übernimmt die Pflegeversicherung (Stand: 2012) monatlich Pauschalbeträge in Höhe von 1.023 Euro (Pflegestufe I), 1.279 Euro (Pflegestufe II) und 1.550 Euro (Pflegestufe III, bei Härtefällen: bis 1.918 Euro).

Jedes Pflegesystem gründet auf einer bestimmten Philosophie und einem bestimmten Pflegebegriff. Das deutsche System mit seinem engen Pflegeverständnis grenzt diejenigen aus, bei denen die Einschränkungen aus sozialer Isolation, beginnender Demenzerkrankung²⁰, gelegentlicher Altersverwirrtheit oder einer eingeschränkten Fähigkeit, den eigenen Alltag zu bewältigen, herrühren. Die Ausgrenzung folgt dem subsidiären Ansatz des familienbasierten Systems. Ziel ist das Kleinhalten des Kreises derjenigen, die alternativ zur Familienpflege professionelle

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

18 „Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung, die alle Kosten im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit übernimmt. Sie trägt mit ihrem Leistungsangebot dazu bei, die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen persönlichen und finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu tragen.“ (Dritter Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung: 12)

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

20 Demenz ist eine schleichend beginnende und dann fortschreitende Erkrankung, die fast nur bei älteren Menschen auftritt. Derzeit leiden in Deutschland in etwa 1,2 Millionen Menschen über 65 Jahren an Demenz, das entspricht sieben Prozent dieser Altersgruppe. Aufgrund des demografischen Wandels wird mit einer erheblichen Zunahme der Zahl von Demenzkranken gerechnet. Dabei, schon heute sind mehr als zwei Drittel aller Pflegeheimbewohner an Demenz erkrankt. (SVR 2009: 487)

Dienste in Anspruch nehmen können und damit ein hoher Grad an Kostenprivatisierung.²¹ Pflege, die auf basale Grundfunktionen zielt, lässt sich als Minutenpflege durchrationalisieren. Bei den pflegerischen, psychologischen und sozialen Unterstützungsleistungen, die Menschen mit reduzierter Alltagskompetenz benötigen, ist dies kaum möglich. Da mit der Alterung wie auch der Individualisierung der Gesellschaft der Kreis von Menschen stark wächst, für den das deutsche Pflegesystem keine Leistungen vorsieht, die auf rechtlich gesicherter Basis flächendeckend verfügbar sind,²² stößt das familiarisierte System zunehmend an seine Grenzen. Vor diesem Hintergrund wird schon lange eine Erweiterung des engen Pflegeverständnisses von SGB XI gefordert. Ein vom Bundesgesundheitsministerium (BGM) 2006 eingesetzter Beirat hat 2007 einen Vorschlag für einen neuen Pflegebegriff und ein geändertes Begutachtungsinstrument vorgelegt. Die praktische Erprobung wurde im Oktober 2008 erfolgreich abgeschlossen (vgl. Windeler et al. 2009). Als Maßstab der Pflegebedürftigkeit soll die Selbstständigkeit einer Person fungieren. Pflegebedürftig wären danach Menschen, *„deren Selbstständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, beim Umgang mit Krankheiten oder bei der Gestaltung wichtiger Lebensbereiche aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft oder vorübergehend beeinträchtigt ist“* (zit. nach SVR 2009: 482). Dieses Verständnis hätte weitreichende Folgen für die Begutachtung. Sie müsste nicht mehr klären, ob sich die Person selbstständig anziehen, waschen etc. kann. Wenn Selbstständigkeit in den Mittelpunkt rückt, geht es um die Klärung der Frage, ob die Person ohne fremde Hilfe in der Lage ist, die zur täglichen Körperpflege notwendigen Aktivitäten durchzuführen, ihre

psychischen Probleme zu bewältigen, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Die eng auf körperliche Verrichtungen bezogene Pflege würde bei der Umsetzung eines solchen Ansatzes eine psychosoziale Weiterung erfahren, die viele gegen das deutsche Pflegesystem vorgebrachte Kritikpunkte auffangen könnte. Mehrere Jahre sind seit der Vorlage des Vorschlages bereits vergangen, ohne dass eine Umsetzung in Sicht wäre. Mit Blick auf die tragenden Prinzipien des deutschen Pflegesystems (vgl. Tab. 1 und Tab. 2) ist dies kaum verwunderlich. Würde es nicht nur deklamatorisch, sondern tatsächlich zu einem Paradigmenwechsel im Pflegeverständnis kommen, hätte dies Konsequenzen: für den Kreis der Pflegebedürftigen (er würde stark ansteigen); für die öffentliche Finanzierung (sie müsste von jetzt 0,9 Prozent des BIP auf zwei Prozent und mehr ansteigen); und für die Qualifikation des Pflegepersonals (diese müsste um psychologische und sozialpädagogische Komponenten angereichert werden). Von der derzeitigen Bundesregierung ist nicht zu erwarten, dass sie in dieser Richtung gestalterisch tätig wird.

Die große Bedeutung, die Familienpflege durch Angehörige im deutschen System hat, wird gern mit den Präferenzen der Bevölkerung erklärt. Dies ist nur die halbe Wahrheit. Wohl gibt es in Deutschland eine Präferenz für Pflege durch Familienangehörige.²³ Diese Präferenz ist jedoch nicht unabhängig von den Rahmenbedingungen. Aus einer im Herbst 2007 europaweit im Rahmen von Eurobarometer durchgeführten Befragung ergibt sich, dass die deutsche Bevölkerung die Erreichbarkeit guter Pflege ähnlich negativ beurteilt wie dies sonst nur für süd- und osteuropäische Länder zutrifft. Auch die Zweifel an der

21 Eine gemeinsame Studie des Helmholtz Zentrums München und des Universitätsklinikums Erlangen zeigt, dass Pflege durch Angehörige 80 Prozent der gesellschaftlichen Versorgungskosten von zu Hause lebenden Demenzzkranken deckt. Die von den Angehörigen erbrachten Leistungen wurden dabei zu marktüblichen Stundensätzen berechnet. Zitiert nach der PM des Helmholtz Zentrums München vom 23.8.2011. Original-Publikation: Schwarzkopf, L. et al., Costs of Care for Dementia Patients in Community Setting: An Analysis for Mild and Moderate Disease Stage, *Value in Health* (2011): doi:10.1016/j.jval.2011.04.005.

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

23 In den skandinavischen Ländern favorisiert die Bevölkerung zu 70 bis 80 Prozent formelle Pflege über Gemeinschaftsdienste gegenüber einem Drittel bis nicht ganz 40 Prozent in Deutschland. Quellen: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2004, zit. nach Local Authorities (2006: 41) und OASIS-Projekt (Old Age and Autonomie: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity), zit. nach Deutsches Zentrum für Altersfragen, Informationsdienst Altersfragen, Heft 4/2003: 2ff. (Juli/August).

Pflegequalität sind in den familiarisierten Systemen deutlich stärker ausgeprägt als in den service-basierten Systemen. Dittmann (2008: 3f.) schreibt: „In der aktuellen Eurobarometer-Umfrage gaben nur 13 Prozent der Dänen an, dass sie oder nahestehende Familienangehörige sich stationäre Pflegedienste finanziell nicht leisten können; ambulante Pflege können sich nur vier Prozent der Dänen nicht leisten (...). In Deutschland werden stationäre und ambulante Pflegedienste häufiger für unerschwinglich gehalten als im EU-Durchschnitt. 55 Prozent der Deutschen betrachten ambulante Dienste als zu teuer. Noch dramatischer fällt hierzulande der Befund für Pflegeheime aus: Rund 75 Prozent der Deutschen halten die stationären Dienste für nicht erschwinglich! Eine solche Negativeinschätzung findet sich in keinem anderen Land mit vergleichbarem Wohlfahrtstypus.“ Auch die Bewertung der Qualität fällt nur bei den ambulanten Diensten relativ gut aus. Die stationären Leistungen werden von 35 Prozent der Ostdeutschen und 42 Prozent der Westdeutschen als „ziemlich schlecht“ oder „sehr schlecht“ eingeschätzt. Nur in den osteuropäischen Ländern sowie in Griechenland und Italien fällt die Bewertung noch negativer aus. Die Präferenz von Familienpflege ist vor diesem Hintergrund zu sehen, denn wenn statt transparenter Strukturen fragmentierte Strukturen die Versorgung prägen,²⁴ wenn die Finanzierung so ist, dass sich nur bestimmte Bevölkerungskreise gute Pflege leisten können und wenn die Qualität der institutionellen Pflege als eher schlecht wahrgenommen wird, dann sind Pflegebedürftige auf die eigene Familie verwiesen. Angehörige wiederum sehen sich vielfach vor allem deshalb in der Pflicht, weil sie kein Vertrauen in die Qualität von vor allem Heimen haben. Würden sich die Finanzierungsbedingungen verbessern und stünde eine qualitativ hochstehende Pflegeinfrastruktur mit niedrigschwelligen Ange-

boten zu Verfügung, bliebe dies nicht ohne Einfluss auf die Präferenzen.

Trotzdem: In allen Bundesländern hat die ausschließliche Pflege von als pflegebedürftig anerkannten Personen durch Angehörige binnen der zurückliegenden Dekade an Terrain eingebüßt.²⁵ 1999 lag sie deutschlandweit bei 51 Prozent und regional in zehn Bundesländern über der 50-Prozent-Schwelle. Bei der Pflegestufe I wurde deutschlandweit sogar ein Anteil von gut 60 Prozent Familienpflege erreicht; nur Hamburg lag leicht unter der 50-Prozent-Schwelle. Eine Dekade später dominiert die Familienpflege über alle Pflegestufen hinweg nur noch in Hessen, und bei Pflegestufe I liegen nun drei Bundesländer (Hamburg, Sachsen und Schleswig-Holstein) unter der 50-Prozent-Schwelle. In den Pflegestufen II und III dominiert jetzt die Inanspruchnahme von formeller Pflege; teils in Kombination mit der Familienpflege. Die prozentualen Rückgänge belaufen sich auf insgesamt 5,4 Prozent mit nach Pflegestufen und Bundesländern deutlichen Unterschieden. Bei Pflegestufe I besteht eine Spannweite zwischen -0,7 Prozentpunkten in Berlin und -9,7 Prozentpunkten in Niedersachsen. Bei den Pflegestufen II und III steigt die Spannweite; sie beträgt bei der Pflegestufe II -1,8 Prozentpunkte in Hamburg und -16,2 Prozentpunkte in Sachsen-Anhalt. Zunehmend erweist sich die klassische Familienpflege „als Auslaufmodell“ (Trilling/Klie 2003: 119). Der schleichende Erosionsprozess wird gestützt durch die Abnahme auch der ideologischen Bindekraft familiarisierter Pflege. Windmann (2011: 128) zitiert eine von der AOK beauftragte Studie der Universität Hamburg. Danach sahen 1997 noch 58,8 Prozent der deutschen Bevölkerung in der Pflege von Angehörigen eine moralische Verpflichtung; 2009 waren es nur noch 45 Prozent.

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

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

3.2 Skandinavische Länder: Universalistisches System mit weitem Pflegebegriff und Leistungserbringung durch die Kommunen

Skandinavische Politik betrieb von den späten 1960er bis Mitte der 1990er Jahre einen dynamischen Ausbau der Care-Ökonomie von der Kinderbetreuung bis zur Altenpflege. Dies geschah in der Art eines Geleitzuges, bei dem Schweden lange vorne lag, in den letzten Jahren aber von Dänemark, Norwegen und teilweise auch von Island überholt wurde. Auf die Systemaufbauphase folgte eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung mit Änderungen bei der Steuerung, der Zulassung privater Anbieter und einem Ausbau von Nutzerwie Wahlrechten, dies unterschiedlich ambitioniert. Relativ am weitesten entwickelt sind im internationalen Vergleich die Pflegesysteme der skandinavischen Kernländer und Islands. Finnland liegt zurück.

Bei der Suche nach den gemeinsam geteilten Merkmalen der skandinavischen Altenhilfesysteme²⁶ kristallisiert sich Folgendes heraus:

- **Rechtliche Rahmenbedingungen:** In allen nordischen Ländern liegt die primäre Zuständigkeit für die Erbringung von Pflege-, Betreuungs- und Hilfsleistungen für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Behinderte und Ältere bei den Kommunen. Die Leistungen der kommunalen Care-Ökonomie sind in den Gesetzen über Gesundheitsdienste und Soziale Dienste geregelt, die – am Lebenslauf von Individuen orientiert – tendenziell das gesamte Spektrum gesundheitsorientierter und sozialer Dienste umfassen. In Island existiert daneben eine übergreifende Spezialgesetzgebung betreffs der geriatrischen, sozialen und anderen Angelegenheiten älterer Menschen (Gesetz Nr. 125 von 1999 in der Fassung des Gesetzes Nr. 153
- von 2010). Noch vergleichsweise wenig integriert ist die Gesetzgebung von Finnland. Andererseits ist in Finnland der Wohlfahrtsstaat verfassungsrechtlich am stärksten verankert²⁷ und es sind gesetzliche Veränderungen im Gange, die einen Ausbau bezwecken.
- **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.²⁸
- **Pflegeverständnis:** Es gilt ein erweitertes, die Selbstständigkeit der Person in den Mittelpunkt rückendes Pflegeverständnis. Ältere Menschen sollen in ihrem Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben unterstützt werden; sie haben ein Recht auf ein Altern in Würde. Die Altenhilfesysteme sind auf dieses Ziel hin orientiert, indem sie abgestuft unterschiedliche Maßnahmen von klassischer Pflege über soziale Maßnahmen bis zur pädagogischen und physiotherapeutischen Aktivierung integrieren. Pflegestufen wie in Deutschland existieren nicht; allerdings muss die Begutachtung einen Mindestbedarf ergeben, damit Leistungen in Anspruch genommen werden können. Wo die Grenze liegt, entscheiden die Kommunen im Rahmen der Durchführung von Assessments.
- **Örtliche Planung und Leistungserbringung:** Die Zuständigkeit für die örtliche/regionale Planung wie Leistungserbringung obliegt den Kommunen resp. der lokalen Regierungsebene. Der häusliche Service ist bei den Gemeinden und die Heim-Trägerschaft in der Regel bei den Landkreisen angesiedelt. Es steht den

26 Die Darstellung basiert auf den einschlägigen Gesetzen und regierungsoffiziellen Dokumenten. Zu den Quellen siehe unter Literatur (Primärquellen). Für nähere Angaben vgl. die Langfassung der Studie.

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

28 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“.

Kommunen frei, ob sie die Leistungen selbst erbringen oder extern beauftragen resp. einkaufen. Im Zusammenhang mit der Schaffung von Wahlrechten hat Schweden bereits Anfang der 1990er Jahre, Dänemark dagegen erst Anfang des neuen Jahrhunderts private Träger zugelassen. Sie unterliegen der Steuerung durch die Lokalregierungen.

- **Regelungen bei Familienpflege:** Servicebasiert sind die skandinavischen Pflegesysteme auch deshalb, weil sie bei anerkanntem Bedarf die Erbringung von Leistungen durch Familienangehörige oder Bekannte überwiegend in Anlehnung an die Alternative einer formellen Leistungserbringung goutieren. Informell Pflegende erhalten kein Pflegegeld mit der Funktion einer Anerkennungsprämie wie in Deutschland, sondern abgesehen von Finnland Lohnersatzleistungen. Es korrespondiert mit der starken Erwerbsorientierung der skandinavischen Wohlfahrtsstaaten, dass dies bis zur temporären Schaffung von Ersatzarbeitsplätzen gehen kann. Pflegende Angehörige sind dann gegen entsprechende Bezahlung im Auftrag ihrer Kommune tätig.²⁹ In Dänemark, Schweden und Norwegen ist dies Praxis in einem Teil der Kommunen.
- **Qualität der Pflege und Qualifikation des Pflegepersonals:** Es gibt eine generalisierte Pflegeausbildung. Die Qualifikation der Pflegefachkräfte wurde seit Ende der 1970er Jahre sukzessive akademisiert.³⁰ In der Folge gewann „Pflege“ als wissenschaftliche Disziplin Profil und es wurden früh Pflegestandards definiert und zur Anwendung gebracht, bei denen medizinische, pflegerische und psychosoziale Sichtweisen gleichberechtigt zum Tragen kommen. Überwiegend sind Hilfsleistungen Teil eines integralen Systems von Pflege und All-

tagsunterstützung. 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 Angehörigen 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.³¹
- **Finanzierung:** Mit gewissen Ausnahmen (Finnland) gilt für langfristig angelegte Pflegeleistungen der Grundsatz der Kostenfreiheit. Kostenträger sind die Kommunen. Die kommunale Finanzausstattung entscheidet damit ganz wesentlich über die Reichweite und Qualität des Systems. Aus skandinavischer Sicht gibt es immer wieder Klagen über eine unzureichende Finanzausstattung – bezogen auf die etablierten Qualitätsstandards möglicherweise zurecht. Nach deutschen Maßstäben jedoch ist die finanzielle Ausstattung alles in allem sehr gut. Eine eigene kommunale Einkommensteuer hat daran wesentlichen Anteil. Zudem existiert ein Finanzausgleichssystem mit Zuwendungen vom Zentralstaat. Für bestimmte Leistungen (außergewöhnliche oder temporäre Leistungen) können die Gemeinden einkommensabhängige Gebühren erheben.³² Das Prinzip der Kostenfreiheit gilt – dies deckt sich mit Deutschland – nicht für die Wohn- und Essenskosten. Wer eine Einrichtung des betreuten Wohnens bezieht oder in einem Pflegeheim ein Zimmer hat, muss Unterkunft und Verpfle-

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

30 Vgl. Heintze 2007: 278ff.

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

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

gung aus seinen Renteneinkünften bestreiten. Bedürftige sind Zuschussberechtigt resp. haben Anspruch auf reduzierte Sätze.³³ Eine Heranziehung der Angehörigen zu den ungedeckten Kosten wie in Deutschland findet nicht statt. Auf den finnischen Entwicklungsrückstand sei näher eingegangen. Die skandinavischen Systeme sind getragen von der Idee, dem einzelnen Individuum im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ das an staatlichen Unterstützungsleistungen zu kommen zu lassen, das er oder sie benötigt, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Bei vielen älteren Menschen reicht es, wenn sie regelmäßig ins kommunale Seniorenzentrum kommen oder gebracht werden, wo sie dann mit anderen älteren Menschen gemeinsam essen und gewissen Aktivitäten nachgehen. Wird permanente Pflege und häusliche Unterstützung benötigt, kann es um wenige Stunden pro Woche ebenso gehen wie um einen 24-Stunden-Service. Zwischen einem gelegentlichen Bringservice (ins Seniorenzentrum, in die städtische Bibliothek usw.) und einem 24-Stunden-Service sind zahlreiche Abstufungen und individuelle Arrangements möglich. Dabei kommen Bemessungskriterien zum Einsatz, werden aber von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich gehandhabt. Eine rechtliche Normierung analog den deutschen Pflegestufen existiert nicht. Der individualisierte Ansatz ist in Island und den skandinavischen Kernländern weitgehend umgesetzt. Das Finnische System dagegen ist hinsichtlich der Aspekte „Orientierung am individuellen Bedarf“, „Lebenslauforientierung“ und „Qualitätssteuerung“ weniger entwickelt. Es gibt Anstrengungen, den Entwicklungsrückstand durch eine Qualitätsoffensive³⁴ und eine stärkere Ausrichtung auf die individuelle häusliche Unterstützung abzubauen. Seit Herbst

2009 wird an einer Neugestaltung der gesetzlichen Grundlagen gearbeitet. Zukünftig soll der individuelle Bedarf über ein Assessment, das verschiedene Aspekte beleuchtet, ermittelt werden und den Kommunen wird die Pflicht auferlegt, älteren Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf eine Assistenzkraft zur Seite zu stellen.³⁵

Deutliche Unterschiede weist Finnland auch hinsichtlich der Dominanz von Sachleistungen auf. Während Geldleistungen in Dänemark und Island gar keine und in Schweden nur eine geringe Rolle spielen, ist die Sachleistungsorientierung in Finnland weniger stringent. Rentner können ein Pflegegeld (Pensioners' care allowance – Eläkkeensaajien hoitotuki) zwischen 57,55 Euro/mtl. und maximal 302,96 Euro/mtl. und ein spezielles Rentnerwohngeld (Pensioners housing allowance – Eläkkeensaajien asumistuki)³⁶ erhalten. Das finnische Pflegegeld hat eine andere Funktion als das deutsche Pflegegeld; es dient nicht der Abgeltung informeller Pflegeleistungen, sondern der Bezuschussung der erhöhten finanziellen Belastung, die mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Findet informelle Pflege statt, erhalten die Pflegepersonen Leistungen, die von den Gemeinden festgelegt werden, aber mindestens 336,41 Euro/mtl. betragen. Die informell Pflegenden schließen dazu mit der Gemeinde einen Kontrakt ab. Auch in Norwegen können pflegebedingt erhöhte Ausgaben bezuschusst werden. Die Jahresbeträge belaufen sich im Minimum auf 7.452 NOK (rd. 950 Euro) bis maximal 13.356 NOK (rd. 4.749 Euro). Informell Pflegenden erhalten monatlich 13.356 NOK (rd. 1.700 Euro). Bei besonderen Belastungen können Zulagen gewährt werden.³⁷

Im innerskandinavischen Vergleich hat jedes Land ein spezifisches Profil. Das *dänische Profil* ist

33 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 Euro) mussten 2009 in Schweden für den täglichen Bedarf verbleiben.

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

35 The Finnish Ministry of Social Affairs and Health: „A law to ensure the right of older persons to care according to their needs“, PM Nr. 68/2011 vom 9.3.2011. Zum Umsetzungsstand liegen keine Erkenntnisse vor. Die Parlamentswahlen vom 17. April 2011 mündeten in einen Regierungswechsel. Nach dem in Finnland nicht unüblichen Modell sogenannter Regenbogenkoalitionen konstituierte sich unter Führung des bisherigen Finanzministers Jyrki Katainen von der konservativen Nationalen Sammlungspartei eine Sechs-Parteien-Koalition (sog. „Six-Pack“). Sie reicht von den Konservativen bis zum Linksbündnis.

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

37 Angaben für 2011 nach MISSOC, Update vom Januar 2011.

u. a. durch eine relativ strikte Ausformung von Nutzerrechten und Anbieterpflichten geprägt. Die Gemeindevertretungen müssen Qualitätsstandards nicht nur festlegen und publizieren, sondern auch die Einhaltung gewährleisten. Ebenso sind sie zur Durchführung *präventiver Hausbesuche* verpflichtet. Jeder Einwohner, jede Einwohnerin, der oder die ohne fremde Hilfe alleine lebt und das 75. Lebensjahr erreicht hat, erhält jährlich mindestens zwei Angebote für einen präventiven Hausbesuch. Die Bürgerinnen und Bürger können dazu Ja oder Nein sagen. Grundprinzip dahinter: Niemand soll vergessen werden oder verloren gehen. Garantiert ist für Senioren auch, dass sich die Wartezeiten beim Zugang zu Pflegeheimen, Pflegewohnungen und anderen altengerechten Wohnformen in engen Grenzen halten. Seit dem 1.1.2009 gilt eine *garantierte Wartezeit* von max. zwei Monaten.³⁸ Das *schwedische Profil* ist dadurch geprägt, dass zwei Pflegemanagementwege möglich sind: ein kommunaler und ein privater. Das kommunale Management ist das bei weitem dominante; das private bündelt die Leistungserbringung durch private Anbieter mit der Familienpflege. Die schwedische Pflegepolitik durchlief in den 1990er Jahren eine kritische Phase. Vorher großzügig gewährte häusliche Hilfen wurden aus Kostengründen zurückgefahren, so dass es temporär (zweite Hälfte der 1990er Jahre³⁹) eine gewisse Verschiebung in Richtung informeller Pflegearrangements gab. Die restriktive Bewilligungspraxis – sie wurde später wieder gelockert⁴⁰ – hat das vorher hohe Vertrauen in die Qualität und Verlässlichkeit der kommunalen Sozialdienste beschädigt. Demgegenüber zeichnet sich die dänische Politik durch ein hohes Maß an Verlässlichkeit aus. Aktuell gibt es seitens der schwedischen Politik einerseits

Bemühungen, durch kommunale Leistungsausweitungen außerhalb des regulären Systems Pluspunkte zu sammeln.⁴¹ Andererseits wird auf mehr Markt hingearbeitet, indem die Gemeinden Gutscheine ausgeben, mit denen private Anbieter bezahlt werden können. Ein diesbezügliches Gesetz trat im Januar 2009 in Kraft.

In Island ist die Alterung der Bevölkerung weit weniger fortgeschritten als in allen Vergleichsländern. Trotzdem hat die kleine Inselrepublik bereits ein hoch entwickeltes Altenhilfesystem mit eigenem Profil ausgeprägt. Vier Merkmale können als Besonderheiten benannt werden. *Erstens* teilen sich Kommunen, die zuständigen Ministerien (Sozial- und Gesundheitsministerium) und ein Nationaler Beirat für die Angelegenheiten Älterer die Aufgabenwahrnehmung. *Zweitens* besteht eine Mischfinanzierung aus öffentlichen Fonds, Eigenmitteln der Kommunen und einkommensabhängigen Gebühren; Kostenfreiheit der pflegerischen Leistungen wie in den anderen skandinavischen Ländern besteht nicht. *Drittens* ist häusliche Rundum-Betreuung im isländischen System nicht vorgesehen; wer eine 24-Stunden-Betreuung benötigt, muss sein häusliches Umfeld gegen ein betreutes Apartment oder ein Zimmer im Pflegeheim eintauschen. *Viertens* verfügt Island mit dem Gesetz betreffs der Angelegenheiten älterer Menschen von 1999 i.d.F. von 2010 (Lög um málefni aldraðra) über eine Spezialgesetzgebung.⁴²

In Schweden, Dänemark und Finnland ist die neuere Entwicklung durch die Einführung von Wettbewerbselementen bei gleichzeitig gestärkten Wahlrechten der Nutzerinnen und Nutzer geprägt (vgl. OECD 2011b: 304ff.). Schweden hat sich bereits Anfang der 1990er Jahre vom kommunalen Pflege-Monopol verabschiedet und

38 <http://english.sm.dk/social-issues/Elderly-people/home-care-services/Sider/Start.aspx> > Residential accommodation; Zugriff am 22. Juli 2010.

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

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

41 Seit 2006 sind Gemeinden gesetzlich ermächtigt, praktische Hilfen beim Fensterputzen, der Frühjahrsreinigung usw. auch den älteren Menschen zu offerieren, die kein Assessment durchlaufen haben und nicht pflegebedürftig sind. Ziel ist es, das bei Älteren erhöhte Unfall- und Verletzungsrisiko zu reduzieren. Die Gemeinden können für die Leistungen im Rahmen ihrer Selbstkosten Gebühren nehmen. Nach Information des Sozialministeriums gibt es jedoch viele Gemeinden, die die Dienste kostenlos oder zu sehr geringen Gebühren anbieten. (Ministry of Health and Social Affairs, 7. Juli 2009 mit Update vom 15.9.2010; <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2061>).

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

privat-gewerbliche Anbieter zugelassen. Dänemark folgte eine Dekade später. Seit 2003 gilt in Dänemark das Prinzip der freien Wahl. Ältere Menschen können die Pflegeleistungen ihrer Gemeinde in Anspruch nehmen oder die eines Privat-anbieters. Wie auch in Schweden können sie 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. Die empirischen Daten (vgl. unten) zeigen, dass von der Wechselmöglichkeit je nach Leistungsart sehr unterschiedlich Gebrauch gemacht wird. Im institutionellen Bereich besteht das kommunale Monopol annähernd fort und auch bei häuslichen Pflegeleistungen (Personal Care) entfällt bislang nur ein geringes Marktvolumen auf private Anbieter. Bei praktischen Unterstützungsleistungen sieht es anders aus.

Trotz deutlicher Unterschiede im Detail besteht innerskandinavisch ein breiter Fundus an Gemeinsamkeiten. Zwischen Deutschland und den skandinavischen Ländern überwiegen umgekehrt die Unterschiede. Gemeinsam ist allen sechs Vergleichsländern, dass die Pflegesysteme auf die Dominanz häuslicher Pflege ausgerichtet sind, was auch dem Wunsch älterer Menschen entspricht. Die Wege zur Zielerreichung sind im familienbasierten deutschen System aber andere als in den servicebasierten skandinavischen Systemen. Menschen ohne körperliche Defizite, aber mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind in Skandinavien teilweise (Finnland) bis voll leistungsberechtigt, in Deutschland dagegen auf Unterstützung durch Angehörige oder soziale Netzwerke angewiesen. Die Dominanz häuslicher

Pflege ergibt sich in Skandinavien nicht aus der Familien-, sondern aus der Bedarfsorientierung der dortigen Systeme und der Steuerung aus einer Hand. Neben den häuslichen Diensten kommt dabei den Tageseinrichtungen eine wichtige Funktion zu. Sie sichern die Verpflegung, die soziale Teilhabe und die gesundheitliche Überwachung auch der Senioren, die noch nicht pflegebedürftig sind.

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

Tabelle 2:

Deutsches Altenpflegesystem im Vergleich zu skandinavischen Altenpflegesystemen am Beispiel von Dänemark

	Deutschland	Dänemark
Grundprinzipien	<ul style="list-style-type: none"> • Absicherung im Rahmen der traditionellen Sozialversicherungslogik (gesetzliche und private Kassen): Pflegeversicherung als „Teil-Kasko-Versicherung“ • Betonung des Subsidiaritätsprinzips (Vorrang von Familie und privater Leistungserbringung) • Ausgabenorientierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Staat als Instanz für Finanzierung und Erbringung der Dienste für alle Bürger („universales Einwohner-versorgungsprinzip“) • Betonung des Prinzips institutioneller Solidarität • Bedarfsorientierung
Wichtigste gesetzliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • SGB XI (Pflegeversicherung), SGB XII • Heimgesetze der Bundesländer 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetz über Soziale Dienste • Gesetz über Wohnungen für Ältere und Behinderte
Pflegebedürftigkeitsbegriff und Ausgestaltung des Leistungskatalogs	<ul style="list-style-type: none"> • Gerichtsfester Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem Ziel der Ausgabensteuerung • Enge Leistungsdefinition (Grundpflege + Hauswirtschaft) 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungserbringung folgt dem individuellen Bedarf • Enge Verbindung von Prävention, Alltagsunterstützung und Pflege
Anspruchsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung • Fünf Jahre Mindestversicherungszeit • Pflegebedürftigkeit im Sinne des §14 SGB XI 	<ul style="list-style-type: none"> • Einwohner der Gemeinde • Individueller Bedarf • Einzelentscheidung der Gemeinde
Leistungsformen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegegeld bei informeller Pflege • Sach- + Geldleistungen im häuslichen Bereich • Pauschale Geldleistung in der stationären Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Sachleistungsprinzip • Pflegenden Angehörige können bei Vollzeiteinsatz Ersatzarbeitsplatz bei der Kommune erhalten (zeitlich limitiert)
Nur Betreuung + Alltagsunterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkt im Rahmen von Pflegestufe 0 bei Demenkrankten; im Prinzip aber kein rechtlicher Anspruch 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja
Steuerungsinstanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzlicher Rahmen: Bund und Länder • Örtliche Bedarfsplanung: Kommunen • Leistungssteuerung: Selbstverwaltungssystem von Kassen und Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzlicher Rahmen: Zentralregierung • Operative Steuerung: Lokalregierungen (Kommunen)
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzlicher Anspruch, aber in der Praxis nicht umgesetzt • Die Gefahr der Herabsetzung der Pflegestufe steht präventiven Ansätzen entgegen • Die Anreizstrukturen konterkarieren präventive Ansätze 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktisch relevanter Grundsatz • Prägt die Hilfs- und Pflegekonzepte inkl. der multidisziplinären Berufsstrukturen
Wahlfreiheit	<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja (seit 2002/2003)
Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Frei-gemeinnützige und gewerbliche Anbieter dominieren • Kommunen haben sich marginalisiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Primär: Dienste und Einrichtungen der Kommunen • Private Anbieter (gemeinnützig oder gewerblich) spielen bei Hauswirtschaftsleistungen eine größere Rolle
Zuständigkeitsprofil	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Integriert
Finanzierung der Pflegeleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialbeiträge (Soziale Pflegeversicherung) • Versicherungsprämien (Private Pflichtversicherung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Steuerfinanzierung • Gebühren für temporäre Leistungen

Quelle: Eigene Darstellung.

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

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

In Deutschland ist die Pflegestatistik noch ein recht junges Geschöpf. Die erste Erhebung fand 1999 statt. Seither werden im Zwei-Jahres-Turnus mit Stichtagen am 15.12. (häusliche Leistungen) und 31.12. (stationäre Leistungen) die Zahl der Einrichtungen, der Beschäftigten in den einschlägigen Berufen und die versorgten Bewohner/Patienten erfasst.⁴³ Ergänzt wird die Pflegestatistik durch weniger detaillierte, dafür aber jährlich verfügbare Statistiken im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und durch die Geschäftsstatistiken der Sozialen wie Privaten Pflegeversicherung. Über die laufenden und vermögenswirksamen Ausgaben der Kommunen geben die vom Statistischen Bundesamt publizierten Rechnungsergebnisse der kommunalen Haushalte Auskunft. Eine konsolidierte Gesamtstatistik, die die Leistungs- und die Finanzierungsseite aller öffentlichen und privaten Akteure zusammenführt, existiert nicht. Dies ist in den skandinavischen Ländern nicht anders. Allerdings ist die Leistungsseite dort als Registerstatistik erfasst. Die Kommunen als Leistungsverantwortliche liefern dazu für jeden Altersjahrgang Daten nach Geschlecht, Leistungsart, zeit-

lichem Umfang der Leistungsgewährung (Stunden oder Anzahl der Besuche) und teilweise noch nach weiteren Merkmalen (Island: Haushaltstyp). Die Finanzierungsseite ergibt sich aus den Rechnungsergebnissen der Kommunen.

Auftragsgemäß konzentriert sich die durchgeführte empirische Analyse auf die formell erbrachten Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen älterer Menschen, dies in der Querschnittsbetrachtung anhand differenzierter Merkmale (Regionen, Alter, Geschlecht) wie auch im Längsschnitt, um Entwicklungen deutlich zu machen. Die wesentlichen Befunde mit einigen ausgewählten Vertiefungen werden nachfolgend vorgestellt.⁴⁴

4.1 Empirischer Leistungsvergleich nach Reichweite und Leistungsdichte

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

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

44 Detaillierte Daten finden sich in der Langfassung der Studie. Siehe dort die Tabellen 5 bis 12.

rentenalter fixiert. In der Mehrzahl der OECD-Länder liegt es bei 65 Jahren mit Tendenz zur Anhebung auf 67 Jahre. Meine Datenauswertung orientiert sich an diesem Rahmen.

Deutschland

Ende 2009 waren 2,34 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Dies entspricht einem Zuwachs von 16 Prozent gegenüber 1999. Ab 65-Jährige stellten 1999 knapp 80 Prozent und 2009 gut 83 Prozent der Pflegebedürftigen und von denjenigen, die professionelle Leistungen erhalten, sind neun von zehn über 65 Jahre alt. Im Beobachtungszeitraum stieg in der Bevölkerung die Altersgruppe von 65+ um knapp 27 Prozent auf 16,9 Millionen und die Altersgruppe von 75+ um knapp 26 Prozent auf 7,3 Millionen. Die Zahl der Empfänger formeller Leistungen gleichen Alters stieg deutlich stärker um rd. ein Drittel: 1999 erhielten von 1,6 Millionen Pflegebedürftigen im Alter von 65+ knapp 900.000 professionelle Leistungen; zehn Jahre später waren es 1,2 Millionen von 1,9 Millionen Pflegebedürftigen. Bei der Altersgruppe ab 75 Jahren verlief die Entwicklung parallel. Sowohl bei den ab 75-Jährigen wie bei der größeren Gruppe der ab 65-Jährigen überwiegt der Zuwachs bei den ambulanten Pflegeleistungen etwas den bei stationären Leistungen. Bevor sich Pflegebedürftige für eine vollstationäre Heimunterbringung entscheiden, wird zunehmend die Möglichkeit einer teilstationären Unterbringung im Bedarfsfalle genutzt. Die Nutzerzahlen bei dieser Leistungsform sind von 1999 bis 2009 um 216 Prozent (ab 65-Jährige) resp. 219 Prozent (ab 75-Jährige) gestiegen, haben sich also jeweils verdreifacht.

In der amtlichen deutschen Statistik beschreibt die Pflegequote den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe

zum Jahresende unabhängig davon, ob die Versorgung formell oder informell erfolgt. Auf die Gesamtbevölkerung bezogen hat sich der Pflegebedürftigenanteil von 2,5 (1999 bis 2003) auf 2,9 Prozent erhöht, wobei die Pflegequote unter den Frauen mit 3,76 zu 1,92 bei den Männern annähernd doppelt so hoch ist (Destatis 2011b: 8, Tab. 2.1). Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen (2009 = 1,62 Millionen = 69,3 Prozent) werden zu Hause versorgt; knapp 31 Prozent vollstationär in Heimen. Die häusliche Pflege erfolgt meist durch Angehörige. Im Jahr 2009 wurden 1.065,56 Millionen Pflegebedürftige (46 Prozent der 2,338 Millionen Pflegebedürftigen aller Altersstufen) ausschließlich von den Angehörigen gepflegt (Pflegegeldempfänger nach § 37 SGB XI). Bei 555.200 (2007: 504.200) Pflegebedürftigen waren professionelle ambulante Dienste im Einsatz, dies teilweise ergänzend zur Familienpflege.⁴⁵

Regional gibt es bei der amtlichen Pflegequote ein deutliches Nord-Süd- und Ost-West-Gefälle. Die mit 3,72 höchste Pflegequote gab es 2009 in Mecklenburg-Vorpommern, gefolgt von anderen ostdeutschen Bundesländern (Brandenburg, Thüringen, Sachsen-Anhalt) mit Quoten von jeweils 3,42; die niedrigsten Pflegequoten finden sich im Süden in Baden-Württemberg (2,29) und Bayern (2,55). Die Destatis-Pflegestatistik betrachtet bei den Älteren die Altersgruppen 75 bis unter 85 Jahre, 85 bis 90 Jahre und die über 90-Jährigen. Bei diesen Altersgruppen bleibt das regionale Muster tendenziell bestehen.

Nimmt man von den Pflegebedürftigen im Alter ab 65 Jahren nur diejenigen in den Blick, die formelle Leistungen erhalten und setzt sie in Beziehung zur Bevölkerung gleichen Alters, ergibt sich für 2009 eine häusliche Pflegequote von um die drei Prozent.⁴⁶ Die institutionelle (stationäre) Pflegequote ist von etwas unter vier Prozent im Jahr 1999 auf 4,12 Prozent im Jahr 2009 angestiegen. Ambulante und stationäre Pflegequote

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

46 Unter drei Prozent, wenn den Stichtagen der deutschen Pflegestatistik entsprechend die Bevölkerung zum 31.12. d. J. die Bezugsquote bildet, und rd. drei Prozent, wenn die Bevölkerung zum 1.1. d.J. herangezogen wird. Bei den von der Verfasserin vorgenommenen Berechnungen werden die Bevölkerungsdaten vom 1.1. zugrunde gelegt, da zu diesem Stichtag nach Geschlecht und Alter differenzierte Eurostat-Daten vorliegen.

zusammengenommen, erhielten 1999 knapp 900.000 Ältere ab 65 Jahren (= 6,72 Prozent der entsprechenden Bevölkerung) in ambulanter oder stationärer Form formelle Pflegeleistungen. Die Zahl dieser Leistungsempfängerinnen und -empfänger stieg von knapp einer Million (2003) auf 1,2 Millionen im Jahr 2009. Das entspricht einer formellen Pflegequote von etwas über sieben Prozent. Bei den Ab-75-Jährigen fällt die Pflegequote ungefähr doppelt so hoch aus.

Dänemark: Starke Verschiebungen zwischen den Leistungsarten

Für die empirische Längsschnitterfassung bedeutet die Kommunalreform von 2007 eine Zäsur. Statistiken reichen bis zum Jahr 2007 und starten mit teilweise anderen Abgrenzungsmerkmalen ab 2007 neu. Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen Leistungen der medizinischen Pflege, der persönlichen Betreuung und der praktischen Alltagsunterstützung. Die letzten beiden Kategorien werden statistisch unter „Home Help“ erfasst. „Home“ meint dabei nicht nur die angestammte Wohnung, sondern auch die Pflegewohnung. Für den Zeitraum von 2007 bis 2010 können unter Berücksichtigung auch älterer Datenbestände folgende Befunde als wesentlich festgehalten werden:

- Die Bevölkerung ab 65 Jahren stieg um 8,2 Prozent; die Nutzerzahlen von Home-Help-Leistungen aber um gut neun Prozent (2007: 238.000; 2010: 260.000). Care-Leistungen und praktische Hilfsleistungen nahmen dabei eine unterschiedliche Entwicklung. Die Gruppe derjenigen, die Care-Leistungen allein oder in Kombination mit praktischer Hilfe erhält, ging von 82.500 auf 80.200 (-2,8 Prozent) zurück. Gegenläufig stieg die Nutzerzahl von praktischer Alltagsunterstützung um 15,4 Prozent auf 179.600 im Jahr 2010.
- Die Bewohnerzahl in Pflegeheimen und betreuten Wohnformen blieb mit einem Anteil von rd. fünf Prozent an der jeweiligen Bevölkerung annähernd konstant. Stark an Zuspruch verloren haben klassische Pflegeheime (-28,8

Prozent). Der Trend geht in Richtung von Wohnformen, die als eine Art Mittelding zwischen eigener Wohnung und Pflegeheim wahrgenommen werden. Ihr Anteil stieg von knapp 73 Prozent (2007) auf gut 81 Prozent (2010).

- Trotz gewisser Schwankungen gilt: Von der Generation 65+ erhält rd. ein Viertel dauerhaft Unterstützungsleistungen. Leicht abgenommen hat die Quote bei den unter 80-Jährigen, zugenommen dagegen bei den ab 80-Jährigen. Bei den ab 80-Jährigen erhielten 2007 zwei Drittel, 2010 aber drei Viertel Leistungen der Betreuung und/oder Alltagsunterstützung.

Wie oben thematisiert, setzt die Leistungsgewährung in Dänemark keinen täglichen Mindestpflegebedarf voraus; auch Leistungen von weniger als zwei Wochenstunden sind möglich. *Abbildung 3* zeigt die Verteilung bei pflegerischen Wohnanlagen. Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner erhalten Unterstützungsleistungen von zwölf Wochenstunden und mehr. Abgenommen hat dabei die Gruppe mit mehr als 20 Wochenstunden. 2008 stellte sie einen Anteil von 55 Prozent, 2010 aber nur noch von gut 30 Prozent.

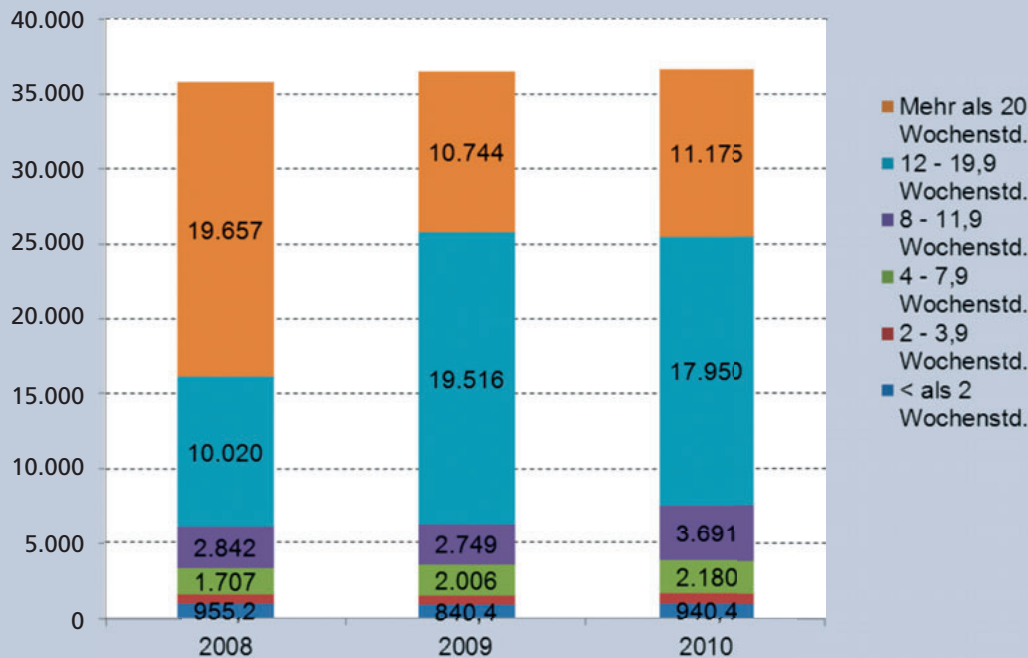
Der Pflege- und Unterstützungsbedarf steigt ab dem 75. Lebensjahr stark an. Dies spiegelt sich in einer starken Zunahme der Leistungsdichte. Wer nicht betreut wohnt und auch keine häuslichen Leistungen erhält, wird regelrecht belagert. Nachdem das Instrument der präventiven Hausbesuche 2002 zu einer kommunalen Pflichtaufgabe wurde, gingen die Nutzerzahlen zunächst in die Höhe, pegelten sich dann aber auf dem Niveau von Ende der 1990er Jahre ein. Deutlich über 120.000 Menschen resp. ein rundes Drittel der jeweiligen Bevölkerung nutzen jedes Jahr das ihnen unterbreitete Angebot.

Die jüngste Innovation im dänischen Pflegesystem besteht in der Einführung einer garantierten Wartezeit für betreute Wohnplätze von maximal zwei Monaten. Aus der Wartezeitstatistik ergibt sich, dass die gesetzliche Garantie im Startjahr von zwei Dritteln der Kommunen und im Folgejahr (2010) von drei Vierteln eingehalten wurde.⁴⁷

47 Statistics Denmark, Datenbestand mit Code AED16; eigene Auswertung.

Abbildung 3:

Bewohner über 65 Jahre in pflegerischen Wohnanlagen nach zeitlichem Umfang (Wochenstunden) empfangener Home-Help-Leistungen in Dänemark: 2007 bis 2010



Erläuterung: Der Statistik liegen die Daten für 35.798 Bewohner im Jahr 2008, 36.538 Bewohner im Jahr 2009 und 36.671 Bewohner im Jahr 2010 zugrunde.

Quelle: Statistics Denmark, Daten mit Code AED05 (Number of recipients of permanent home help – nursing dwellings – by region, sex, type of benefits, hours per week, age and time); eigene Auswertung.

Finnland

Gemessen an Dänemark bewegen sich die finnischen Serviceleistungen auf einem bescheidenen Niveau.⁴⁸ Bei den ab 75-Jährigen sind die Unterschiede besonders gravierend. In Dänemark sind rund zwei Drittel der Einwohner diesen Alters in das öffentliche Servicesystem eingebunden. Ein kleiner Teil wohnt in Heimen und betreuten Wohnanlagen; der überwiegende Teil bezieht reguläre Service-Leistungen oder nimmt präventive Hausbesuche in Anspruch. Demgegenüber bezogen Ende 2009 in Finnland nur knapp 22 Prozent der ab 75-Jährigen formelle Pflegeleistungen. Zum Vergleich: In Deutschland waren es 14 Prozent.

Sowohl bei den ab 65-Jährigen wie bei den ab 75-Jährigen stieg die Zahl derjenigen, die häusliche Pflege erhalten, stärker als die jeweilige Bevölkerung. Betrachtet man die Entwicklung seit 1999, erweist sich die Quote der Home-Care-Besitzer relativ zur jeweiligen Bevölkerung als annähernd stabil (Statistischer Bericht 25/2010: 17). Bei der Gruppe der ab 75-Jährigen gibt es eine leichte Steigerung auf 11,6 Prozent (2009), wobei die politische Zielmarke lautet: 13 bis 14 Prozent. Sie wird klar verfehlt. Regional streuten die Werte zwischen 9,0 und 15,3 Prozent; bei gemeindscharfer Betrachtung ist das Gefälle noch größer.⁴⁹ Es sind nicht die größeren Städte, die den Zielkorridor erreicht oder überschritten haben, son-

⁴⁸ Die Daten entstammen den Statistischen Berichten des National Institute for Health and Welfare (THL) (2010) sowie den Angaben des Gesundheitsministeriums.

⁴⁹ Statistik mit Code Tr16_10- (Tab. 1 = Liitetaulukko 1. Kotihoidon laskennan piirissä olevat asiakkaat ja säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11.2009); eigene Auswertung.

dern kleinere Gemeinden. Ein ebenfalls großes Gefälle tut sich bei der 24-Stunden-Pflege auf. Im Landesdurchschnitt sind es sechs Prozent der regulären Home-Care-Bezieher, die rund um die Uhr betreut werden; regional differiert die Quote zwischen 3,3 und 22,2 Prozent.

Von 2000 bis 2009 (Stichtag: 31. Dezember) gab es einen stetigen Anteilsgewinn bei den betreuten Wohnformen zulasten sowohl der normalen Altenheime wie der Pflegeheime (Statistischer Bericht 25/2010: 17, Abb. 1). Im Jahr 2000 lag die Quote der Pflegeheimbewohner an der Altersgruppe der ab 75-Jährigen bei über fünf Prozent und die der Bewohner in betreuten Wohnanlagen bei unter zwei Prozent. 2006 trafen sich die beiden Quoten bei rd. vier Prozent und 2009 überstieg die Bewohnerquote von betreuten Wohnanlagen die von Pflegeheimen um 1,6 Prozentpunkte. Das Gesicht der Bewohner ist dabei weiblich; der Frauenanteil liegt bei über 70 Prozent.

Island

Beachtet werden muss: Home-Help-Leistungen fallen unter den Geltungsbereich des Gesetzes über Kommunale Soziale Dienste; Langfristpflege, geriatrische Dienste und der Heimbereich in den Geltungsbereich des Gesetzes über die Angelegenheiten Älterer. Für die Dekade von 2000 bis 2010 gibt es folgende wesentliche Befunde:

- Die Leistungsempfängerzahl ist weit stärker gestiegen (+ 31,6 Prozent) als die Zahl der Älteren in der Bevölkerung (+ 17,8 Prozent). Mit einem Anteil von 63 Prozent ist die Frauendominanz dabei weniger stark ausgeprägt als in den Vergleichsländern.⁵⁰
- Geschlechtsübergreifend fallen die Zuwächse im Leistungsbezug überproportional auf Single-Haushalte. Das Merkmal „Haushaltstyp“ wird seit 2004 erhoben. Von 2004 bis 2010 stieg die Zahl der Leistungsempfänger insgesamt um 21,4 Prozent. Bei männlichen Singles lag das Plus doppelt so hoch (+ 42,4 Prozent), bei weiblichen Singles etwas über dem Durchschnitt (+ 28,2 Prozent).

- Einschränkungen der Leistungsgewährung aufgrund der schweren Finanz- und Wirtschaftskrise sind bislang nicht festzustellen. Weder sank der Kreis der Leistungsbezieher, noch wurde das pro Haushalt eingesetzte Stundenvolumen zurückgefahren. Dieses lag 2009 zwar unter den Niveaus von 2008 und 2007, aber über den Niveaus von 2005 und 2006. Dies ist ein Zwischenfazit. Erst in einigen Jahren wird sich zeigen, ob die Sparpolitik noch zu statistisch durchschlagenden Kürzungen im Altersservice führt oder nicht.

Auch in Island ist eine Verschiebung zu häuslichen Leistungen und Plätzen in Tagespflegezentren festzustellen. Der Heimbewohneranteil ging über alle Altersgruppen hinweg zurück. Bei der Altersgruppe von 70 bis 74 Jahren wohnten in der ersten Hälfte der 1990er Jahre fast vier Prozent in einem Heim, in den letzten Jahren waren es nur noch um die 2,5 Prozent. Bei den Hochbetagten im Alter von 85 bis 89 Jahren wohnten in der ersten Hälfte der 1990er Jahre rd. 37 Prozent im Heim; aktuell aber nur noch ein gutes Viertel. Über alle Altersgruppen hinweg sank die Heimquote von 10,7 im Jahr 1993 auf 7,5 im Jahr 2010.

Norwegen

Die norwegische Statistik unterscheidet sich von denen in den anderen skandinavischen Ländern. Die Begrifflichkeiten differieren und auch die Gruppe der „Älteren“ ist anders abgegrenzt; bezeichnet wird damit die Generation 67+. Die kommunalen Leistungen der häuslichen Pflege und Alltagsunterstützung, die diesem Bevölkerungsteil zufließen, wurden entsprechend der Datenverfügbarkeit für den Zeitraum 1996 bis 2010 untersucht. Folgende Befunde sind als wesentlich anzusehen:

- Obwohl die Bevölkerung von 67+ im Zeitraum von 1996 bis 2010 um weniger als ein Prozent wuchs, stieg die Zahl derjenigen, die Home-Help und Home-Nursing-Leistungen alleine oder in Kombination erhalten, um fast ein

⁵⁰ Iceland Statistics, Tabelle „Elderly households receiving municipal home-help service by type, sex“.

Viertel. Darin enthalten sind allerdings auch jüngere Jahrgänge. Für das Jahr 2010 liegen vorläufige Daten zur Altersstruktur und dem durchschnittlichen wöchentlichen Stundeneinsatz vor.⁵¹ Ergebnis: Nicht ganz 80 Prozent der Leistungsempfänger gehören zur Generation 50+ und etwas weniger als zwei Drittel zur Generation 67+. Bei der Altersgruppe von 67 bis 89 Jahren liegt die durchschnittliche Wochenstundenzahl bei unter fünf Stunden, bei der Generation 90+ steigt sie auf 5,3 Stunden.

- Seit 2007 liegt die Zahl Älterer, die kommunale häusliche Dienste in Anspruch nehmen, absolut wie relativ zur entsprechenden Bevölkerung unter den Zahlen, die eine Dekade zuvor erreicht wurden. In der Spitze (2002) gehörten rd. ein Fünftel der älteren Bevölkerung zu den Leistungsbeziehern. Nach den noch vorläufigen Daten für 2010 sind es jetzt nur noch 17,3 Prozent. Bei den ab 80-Jährigen ist eine parallele Entwicklung zu registrieren. Die Nutzerquote bewegte sich bei dieser Altersgruppe im Zeitraum von 1998 bis 2002 bei um die 40 Prozent und ging dann zurück auf heute noch gut 34 Prozent. Anders bestellt ist es bei den Hochbetagten. Hier gibt es steigende Nutzerzahlen; jeder Zweite resp. jede Zweite diesen Alters erhält häusliche Dienste.
- Innerskandinavisch nimmt Norwegen bei der Reichweite kommunaler Dienste für ältere Menschen zusammen mit Dänemark und Island eine Spitzenposition ein (vgl. Tab. 4). Die Quoten der Älteren und Alten, die häusliche oder institutionelle Leistungen erhalten, sind vergleichbar hoch. Der in Dänemark wie Island beobachtete Terraingewinn häuslicher Pflege zu Lasten institutioneller Versorgung und von allgemeinen Unterstützungsleistungen zu Lasten dessen, was in Norwegen unter „*home nursing*“ und in Dänemark unter „*personal care*“ firmiert, ist allerdings nicht erkennbar. Die Heimquote verharrt stabil bei zehn bis elf Prozent der jeweiligen Bevölkerung.

Schweden

Die sozialen Dienstleistungen der Kommunen für ihre älteren Bürgerinnen und Bürger firmieren unter dem Oberbegriff „Äldreomsorg“ (Altenfürsorge). Reguläre und temporäre häusliche Hilfe (Home-Help) fallen ebenso darunter wie Essen auf Rädern, Transportdienste oder die Installation von häuslichen Notrufanlagen. Die vorgenommene Auswertung umfasst den Zeitraum von 2000 bis 2009. Als wichtige Befunde sind zu nennen:

- **Home-Help-Leistungen:** Die Zahl der Leistungsempfänger ab 65 Jahren ist stärker gewachsen als die Bevölkerung dieses Alters. Zum 30.6.2008 bezogen 152.854 Personen ab dem 65. Lebensjahr, die reguläre Wohnungen bewohnen, kommunale Home-Help-Dienste (Hemtjänst i ordinärt boende) und zum 1.10.2009 177.332. Die Leistungsempfängerquote stieg von 7,9 Prozent (2000) auf 10,8 Prozent (2009). Eine parallele Entwicklung gibt es bei den ab 80-Jährigen. Ihre Quote stieg auf nun 22,5 Prozent. Damit ist wieder das Niveau von 1993 erreicht, wo 23 Prozent⁵² dauerhaft häusliche Hilfe erhielten. Der Frauenanteil liegt bei gut zwei Dritteln (Statistisches Jahrbuch 2011: 449, Tab. 19.15).
- **Regionale Unterschiede:** In mittelschwedischen Landkreisen (Jamtland, Dalarna und Västernorrland vor allem) und wenigen Gebieten im Süden wie Kalmar liegen die kommunalen Home-Help-Quoten bei über 11 bis 16 Prozent. In den meisten südlichen Landkreisen wie auch in Norbotten im äußersten Norden werden dagegen nur fünf bis zehn Prozent erreicht (Statistisches Jahrbuch 2011: 441, Abb. 19.3). Drei Viertel der Gemeinden bewegen sich im Mittelfeld oder weichen um maximal zwei Prozentpunkte nach oben oder unten ab. Bei den ab 80-Jährigen gibt es 20 Gemeinden, die Quoten von 30 Prozent und mehr realisieren und am anderen Ende 31 Gemeinden, die Quoten zwischen 16 und 13 Prozent aufwei-

51 Statistics Norway, Tabelle „Average numbers of assigned hours per week for users of home help and home nursing. Age and need for assistance. 2010“.

52 Angabe für 1993 aus: Socialstyrelsen 2008: 6.

sen.⁵³ Bei diesen Zahlen ist zu berücksichtigen, dass ein geringer Anteil von kommunal versorgten älteren Menschen nicht bedeuten muss, dass die entsprechende Gemeinde einen geringen Anteil von Leistungsberechtigten hat. Es kann auch bedeuten, dass der Privatanteil überproportional hoch ist.

- **Betreute Wohnanlagen:** Wie mit Ausnahme von Norwegen auch in den anderen skandinavischen Ländern gewinnt die häusliche Pflege, Betreuung und Hilfe zu Lasten der Versorgung in speziellen Wohnanlagen an Bedeutung. Im Zeitraum von 2005 bis 2009 sind die Bewohnerzahlen bei allen Altersgruppen nicht nur relativ bezogen auf die jeweilige Bevölkerung, sondern auch absolut zurückgegangen. Bei den kommunal gemanagten Einrichtungen stellen Frauen rund 70 Prozent der Bewohner, wobei ihr Anteil von Altersgruppe zu Altersgruppe wächst. Bei den 65- bis 74-Jährigen sind Frauen noch in der Minderzahl, bei den über 90-Jährigen sind dann vier von fünf Bewohnern Frauen.⁵⁴

4.2 Die Bedeutung öffentlicher Finanzierung: ein knapper Überblick

Nominal sind die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2010 etwas stärker gestiegen als die Zahl älterer Menschen; bereinigt um den Inflationseffekt⁵⁵ blieb das reale Ausgabenwachstum jedoch deutlich hinter dem Zuwachs der ab 65-Jährigen zurück. Bei Einbezug der Rechnungsergebnisse der Kommunen – Daten lagen hier nur bis 2008 vor – verschärft sich dieser Befund noch, da die chronisch unterfinanzierten Kommunen ihre

Netto-Ausgaben für Hilfe zur Pflege und für kommunale Alteneinrichtungen allein im Zeitraum von 2002 bis 2008 um fast ein Drittel gekürzt haben. Ergebnis: Pro Einwohner ab 65 Jahren wurden 2002 1.360 Euro an laufenden Mitteln eingesetzt, 2008 aber nur noch 1.210 Euro. Auch der Anteil am Bruttoinlandsprodukt, der über die öffentliche Hand verausgabt wird, stieg nur bei isolierter Betrachtung der Pflegeversicherung (1999: 0,77 Prozent; 2010: 0,82 Prozent), wobei die mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 in Kraft getretenen Leistungsverbesserungen nicht mehr bewirkten, als vorher erfolgte Rückgänge zu korrigieren.⁵⁶

Bei den skandinavischen Ländern liegen die öffentlichen Ausgaben pro Einwohner im Alter von 65+ vielfach so hoch wie in Deutschland⁵⁷ und auch die BIP-Anteile bewegen sich (vgl. Tab. 2 u. 3) in einer anderen Größenordnung. Wegen der größeren Reichweite und Leistungsdichte ist dies nicht weiter erstaunlich. Denkbar wäre jedoch, dass es wechselseitige oder einseitige Prozesse der Annäherung gibt: Deutschland könnte seinen Entwicklungsrückstand abbauen, die skandinavischen Länder durch restriktive Ausgabenpolitiken zurückfallen. Die vergleichende Analyse der Ausgabenentwicklung über eine gute Dekade (vgl. Tab. 3) liefert dafür keine Anhaltspunkte. Obwohl Deutschland einen weit dynamischeren Alterungsprozess vollzog als die skandinavischen Länder, verbleibt der Zuwachs bei den Pro-Kopf-Ausgaben mit jahresdurchschnittlich 2,9 Prozent weit unter den skandinavischen Niveaus und auch die Steigerung beim BIP-Anteil fällt geringer aus. Die Ausgaben pro Einwohner lagen 1999 in Dänemark um gut 460 Euro über denen von Deutschland, 2010 aber um rd. 788 Euro. In Relation zu Schweden ist die

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

54 Register zum 30.6.2008, Tabelle 7 (Antal personer 65- år som bodde permanent i särskilt boende den 30 juni 2008 fördelade efter ålder och kön.); eigene Auswertung.

55 Eigene Berechnung nach: Eurostat, Tabelle „HVPI – Gesamtindex – Inflationsrate des Jahresdurchschnitts“ [tsieb060]; HVPI = Veränderungsrate des Jahresdurchschnitts der Harmonisierten Verbraucherpreisindizes.

56 Bei Einschluss der Ausgaben für Investitionen und Verwaltung (incl. Heimaufsicht) werden ungefähr 0,9 BIP-Prozentpunkte erreicht. Öffentliche und private Ausgaben zusammen dürften einen BIP-Anteil in der Größenordnung von 1,1 bis 1,3 ergeben.

57 Zum Vergleich: Deutschland zählte 2009 19,3-mal so viele Menschen ab 65 Jahren wie Dänemark (DE: 16,9 Millionen; DK: 875,5 Tsd.), gab über die Soziale Pflegeversicherung aber nur knapp das 3,5-Fache für Geld- und Sachleistungen aus (DE: 19,3 Milliarden Euro; DK: rd. 5,6 Milliarden Euro).

Tabelle 3:

Laufende öffentliche Pflegeausgaben 1999 bis 2009/2010 im deutsch-skandinavischen Vergleich: Jährliche Ausgaben pro EW (€)¹ und BIP-Anteile (%)

	1999	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Veränderung p.a. (%)
Deutschland (Pflegeversicherung: alle Altersgruppen)²										
Bevölkerung ab 65 Jahren (Mio.); 1.1.d.J.	13,1	13,7	14,4	15,4	15,9	16,3	16,5	16,7	16,9	2,7
Ausgaben am BIP (%)	0,77	0,76	0,77	0,76	0,74	0,72	0,73	0,81	0,82	0,5
Ausgaben pro EW	189,5	194,9	201,6	205,8	207,9	212,0	221,4	235,7	249,7	2,9
Informelle Pflege	66,3	63,2	63,2	62,3	61,7	62,3	65,7	69,4	72,7	0,9
Formelle Pflege	123,1	131,5	138,4	143,5	146,3	149,5	155,7	166,1	177,1	4,0
Ausgaben pro EW 65+	1.189	1.170	1.152	1.105	1.081	1.070	1.102	1.154	1.209	0,2
Informelle Pflege	416,3	379,7	361,5	334,5	320,7	314,7	326,9	340,1	352,0	-1,4
Formelle Pflege	772,9	790,1	790,9	770,5	759,9	755,2	774,9	814,2	857,3	1,0
Dänemark (inkl. Behinderte)										
Bevölkerung ab 65 Jahren (Tsd.); 1.1.d.J.	790,5	791,9	798,4	812,5	823,0	834,7	853,0	875,5	902,9	1,3
Ausgaben am BIP (%)	2,14	2,14	2,27	2,27	2,25	2,20	2,23	2,48	2,47	1,4
Ausgaben pro EW	652,4	711,9	786,7	863,0	903,4	913,4	945,8	1.018	1.038	5,4
Pflege und Betreuung	604,8	666,7	721,0	794,0	835,1	840,2	856,9	908,9	906,5	4,5
Prävention	K.A.	K.A.	30,1	36,3	38,4	57,3	73,2	92,3	116,8	42,0
Pflegeheime	47,6	45,2	35,6	32,7	29,9	15,8	15,7	17,1	14,7	-6,3
Ausgaben pro EW 65+	4.385	4.808	5.305	5.747	5.958	5.960	6.071	6.410	6.357	4,1
Pflege und Betreuung	4.065	4.503	4.862	5.288	5.507	5.483	5.501	5.722	5.552	3,3
Prävention	0,0	0,0	203,2	241,7	253,4	374,1	470,1	581,1	715,4	36,9
Pflegeheime	320,1	305,3	239,9	217,9	197,3	103,4	100,4	107,6	90,2	-6,5
Norwegen (Langzeitpflege: alle Altersgruppen)										
Bevölkerung ab 65 Jahren (Tsd.); 1.1.d.J.	688,0	678,8	673,6	677,7	682,5	685,6	693,3	704,8	722,7	0,5
Ausgaben am BIP (%)	2,05	2,03	2,37	2,20	2,14	2,18	2,20	2,55		2,5
Ausgaben pro EW	726	879	1.056	1.183	1.266	1.345	1.484	1.575		11,7
Institutionell	501,6	594,9	699,7	755,6	800,2	834,6	919,3	976,4		9,5
Häuslich	224,5	284,1	356,5	427,1	465,6	510,0	564,2	598,6		16,7
Ausgaben pro EW 65+	4.692	5.831	7.138	8.039	8.606	9.181	10.137	10.725		12,9
Institutionell	3.241	3.946	4.729	5.136	5.441	5.698	6.282	6.649		10,5
Häuslich	1.451	1.885	2.409	2.903	3.166	3.483	3.855	4.076		18,1
Schweden (Ältere plus Behinderte; Ältere ohne Behinderte): Daten für 2010 vorläufig										
Bevölkerung ab 65 Jahren (Tsd.); 1.1.d.J.	1.538	1.531	1.534	1.554	1.565	1.584	1.608	1.645	1.691	0,9
Ausgaben am BIP (%)					2,8	2,8	2,9	3,0	2,9	
Ausgaben pro EW (Ältere und Behinderte)	945	1.065	1.211	1.271	1.317	1.373	1.445	1.459	1.495	5,3
Ausgaben pro EW (Ältere)					1.011	1.043	1.094	1.103	1.124	2,8
Ausgaben pro EW 65+					6.425	6.611	6.867	6.824	6.832	1,6

1 Umrechnung auf € jeweils zum Kurs vom 10.6.2011.

2 Ausgaben pro EW 65+ bezeichnet die rechnerischen Ausgaben pro EW ab 65 Jahren.

Quelle: Vgl. Literaturverzeichnis, Primärquellen.

Tendenz die gleiche. 2006 lagen die Netto-pro-Kopf-Kosten der schwedischen Gemeinden (ohne Behinderte) um rd. 803 Euro über denen der Sozialen Pflegeversicherung für alle Altersgruppen (inkl. Behinderte); bis 2010 stieg die Differenz auf rd. 874 Euro.

Bezieht man die Ausgaben nur auf die Generation 65+, geht die Ausgabenschere noch weiter auseinander. Ende der 1990er Jahre gaben Dänemark und Norwegen rechnerisch pro Einwohner ab 65 Jahre etwas über 3.000 Euro mehr aus als Deutschland. 2010 beträgt die Differenz zu Dänemark und Schweden über 5.000 Euro und die zu Norwegen über 9.000 Euro. Die norwegischen Daten reduzieren sich freilich auf etwa das dänische Niveau, wenn die unterschiedliche Kaufkraft berücksichtigt wird.⁵⁸ Es bleibt der Befund einer zwischen Deutschland und den skandinavischen Kernländern divergenten Entwicklung. Eine Bereinigung um gewisse Verzerrungen aufgrund methodischer Erfassungsunterschiede würde daran nichts ändern.

Die aus *Tabelle 3* ersichtliche Grundtendenz bleibt auch bestehen, wenn wir Finnland ins Bild holen.⁵⁹ 1999 lagen die Pro-Kopf-Ausgaben von Deutschland um 64 Euro unter denen von Finnland, 2009 aber um 217,4 Euro. Bei den rechnerischen Ausgaben pro ab 65-Jährigem stieg die Differenz von gut 500 Euro (1999) auf fast 1.475 Euro (2009). Bei Finnland ist zu berücksichtigen, dass das Land erst ab Mitte der 60er Jahre einen skandinavischen Typ von Wohlfahrtsstaat aufgebaut hat. Erst in diesem Kontext entwickelte sich ein primär öffentlich finanziertes Altenpflegesystem. Für Altenhilfe-Sachleistungen wurden 1980 pro Einwohner nur 34,74 Euro ausgegeben; bis 1990 hat sich der Betrag fast vervierfacht (auf 134,38 Euro). Die dynamische Ausgabenentwicklung setzte sich bis in die jüngste Zeit fort; die jährlichen Brutto-pro-Kopf-Ausgaben bezogen auf Einwohner ab 65 Jahren haben sich von gut 1.000 Euro (1990) auf 2.290 Euro (2009) mehr als ver-

doppelt, wobei die Nettoausgaben allerdings um rd. 20 Prozent niedriger liegen.

4.3 Zusammenfassung

Tabelle 4 stellt zusammen, welche Anteile der Generationen 65+, 75+ und 80+ im Jahr 2009 in unseren Vergleichsländern formelle häusliche Leistungen auf Basis öffentlicher Voll- oder Teilfinanzierung erhalten haben und welche Anteile in Heimen, Pflegewohnungen oder sonstigen betreuten Wohnanlagen versorgt wurden. Wie ersichtlich unterscheidet sich die Quote der nach deutschem Verständnis stationär Versorgten zwischen Deutschland, Dänemark, Finnland und Schweden nicht gravierend. In Island liegt sie allerdings gut doppelt und in Norwegen fast zweieinhalbfach so hoch. Welten trennen Deutschland dagegen von dem Grad, mit dem skandinavische Wohlfahrtsstaaten ältere Menschen dabei unterstützen, möglichst lange im eigenen häuslichen Umfeld zu verbleiben. Deutschland hat gut 19 Mal so viele Einwohner ab 65 Jahren wie Dänemark. Schon die Zahl derjenigen, die nach dem engen deutschen Pflegebegriff im Jahr 2009 als pflegebedürftig eingestuft wurden, liegt jedoch nur gut sieben Mal über der Zahl, die in Dänemark permanente häusliche Hilfe erhält. In der Relation zu Finnland ist die Differenz am kleinsten und erreicht bei Schweden ein mittleres Niveau.

Bei den öffentlichen Ausgaben ist der entscheidende Befund nicht darin zu sehen, dass Deutschland für die Pflege und Betreuung der Älteren pro Einwohner resp. rechnerisch pro Einwohner ab 65 Jahren wesentlich weniger öffentliche Mittel einsetzt als die untersuchten skandinavischen Länder. Das Entscheidende ist vielmehr, dass es eine schleichende Erosion der tragenden Säulen des familienbasierten Systems gibt, ohne dass über eine reale Steigerung der öf-

58 2007 lag die norwegische Kaufkraft pro Einwohner bei 53.477 PPP's gegenüber 35.961 PPP's in Dänemark (+ 48,7 Prozent), 35.961 PPP's in Schweden, 34.700 PPP's in Finnland und 34.391 PPP's in Deutschland. Angaben nach Eurostat [Tabellencode: THJO].

59 Gleiches gilt für Island bis zum Fast-Kollaps. Die Entwicklung seit 2008 ist durch Inflation im Innern und einen massiven Außenwertverlust der Isländischen Krone geprägt. Im Verhältnis zum Euro büßte die Isländische Krone drei Viertel ihres Wertes ein. Belastbare Aussagen sind vor diesem Hintergrund kaum zu formulieren.

fentlichen Finanzausstattung eine Perspektive eröffnet wird in Richtung eines in öffentlicher Verantwortung stehenden servicebasierten Systems. Nur nominal stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben. Berücksichtigt man die allgemeine Preissteigerungsrate und den Rückzug der Kommunen

aus der Erbringung von Leistungen für die Älteren, so sanken die rechnerischen Ausgaben pro Einwohner ab 65 Jahren. Die Differenz zu den skandinavischen Ländern wurde nicht vermindert, sondern ist gewachsen.

Tabelle 4:

Formelle Hilfs- und Pflegeleistungen für Menschen ab 65 Jahren im deutsch-skandinavischen Vergleich im Jahr 2009: Pflegequoten und öffentliche Ausgaben

	DE	DK ¹	FI	IS	NO	SE ²
Leistungsdaten: Leistungsempfänger in % der jeweiligen Bevölkerung (1.1.d.J.)						
Altersgruppe ab 65 Jahren (NO: 67+)						
Häusliche Hilfe und Pflege (Kernleistung nach jeweiligem System)	3,0	(30,4)	6,4	20,1	17,7	10,8 (12,5)
Bewohner von Pflegeheimen, Pflegewohnungen und betreuten Wohnanlagen	4,2	(4,8)		8,4	10,3	4,8 (5,8)
Formell versorgte Bevölkerung insgesamt (ohne allgemeine Seniorenheime)	7,2	30,4 ¹		28,5	28	16,6
Altersgruppe ab 75 Jahren (DK, NO, SE: ab 80 Jahren); IS: Daten für 2010						
Präventive Hausbesuche		32,7				
Häusliche Hilfe und Pflege (Kernleistung)	6,0		11,6	35,3	34,5	22,5
Dar. 24-Stunden-Service			6			
Sonstige Leistungen (FI: Soziale Pflege)			1,5			
Bewohner von Pflegeheimen, Pflegewohnungen und betreuten Wohnanlagen	8,5		8,8	14,9		
Leistungsbezieher insgesamt	14,5	75,2 ¹	21,9	50,2		
Öffentliche Ausgaben (€ pro Einwohner ab 65 Jahren)³						
Informelle Pflege: Geldleistungen	340			0,0		
Präventionsmaßnahmen		581				
Häusliche Pflege (nach jeweiligem System); DE incl. technische Hilfen	224	5.722		(613)	4.076	
Institutionelle Pflege (Geld- oder Sachleistung)	592	108		(541)	6.649	
Geld- und Sachleistungen insgesamt ⁴	1.154	6.410	2.290	(1.154)	10.725	6.824

1 Angaben teilweise in Klammern. Da die Bewohner von betreuten Wohnanlagen zugleich Nutzer von Home-Help sind, ergäbe sich bei Addition eine Doppelerfassung. Bei den Ausgaben der institutionellen Pflege handelt es sich um Netto-Kosten.

2 In Klammern die Quoten inkl. Privatarrangements (Familienpflege, private Dienstleister).

3 Ohne Verwaltungsausgaben. Bei Deutschland inkl. der geldlichen Unterstützung der Familienpflege und der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Behinderte und Leistungsempfängerinnen und -empfänger unter 65 Jahren; bei DK, IS, SE und NO Ausgaben zum Umrechnungskurs vom 11.6.2011. Bei Island sind die Euro-Beträge stark beeinflusst durch den massiven Außenwertverlust der isländischen Krone im Zuge der Finanzkrise und daher in Klammern gesetzt.

4 Bei Dänemark inkl. der Ausgaben für präventive Hausbesuche und ältere Behinderte, aber ohne Geldleistungen (spielen in Dänemark keine Rolle).

Quelle: Vgl. Primärquellen unter Literatur.

5. Trägerstrukturen formeller Pflege und Beschäftigungspfade zwischen High Road und Low Road

5.1 Trägerstrukturen: Privates Geschäftsfeld contra kommunale Pflichtaufgabe

Gegen stark öffentliche Trägerschaften, wie sie in den skandinavischen Ländern trotz der erfolgten Öffnung für private Anbieter immer noch existieren, wird in Deutschland gerne das Mehr an Wahlfreiheit, das gemischte Trägerstrukturen bieten, ins Feld geführt. Bei der Pflege geht dieses Argument ins Leere. Zwar gibt es eine große Anzahl von Pflegeanbietern. Mit wachsender Tendenz ist deren Geschäftsmodell aber von gewerblichen Motiven geprägt. Der privat-gewerbliche Bereich konnte seinen Marktanteil (Anteil an den Leistungsempfängern) von 1999 bis 2009 im ambulanten Bereich um fast ein Drittel und im stationären Bereich um über 38 Prozent steigern. Der frei-gemeinnützige Bereich fiel im ambulanten wie stationären Bereich relativ zurück. Öffentliche Träger nehmen ambulant nur eine marginale Rolle ein (Anteil von unter zwei Prozent) und bei der institutionellen Pflege resultiert aus dem Rückzug der Kommunen, dass nicht nur der öffentliche Versorgungsanteil von elf Prozent (1999) auf 6,5 Prozent (2009) zurückging, auch die Bettenzahl sank (1999: 59.800; 2009 55.000).⁶⁰ Es hat sich eine Angebotsstruktur herausgebildet, die an dem Wunsch nicht weniger älterer Menschen, eher in eine städtische Einrichtung zu gehen als in eine privat-gewerbliche oder weltanschaulich gebundene, völlig vorbeigeht.

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

- **Ambulanter Bereich:** 1999 gab es eine klare Dominanz der frei-gemeinnützigen Träger. In sechs Bundesländern erreichten sie Marktanteile von über 60 (Thüringen: 61 Prozent) bis über 80 Prozent (Baden-Württemberg: 84 Prozent). In der folgenden Dekade hat sich die Zahl der Bundesländer mit Marktanteilen freigemeinnütziger Träger von über 60 Prozent halbiert. Umgekehrt verlief die Entwicklung bei den privat-gewerblichen Trägern. 1999 erreichten sie nur in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg Marktanteile von über 50 Prozent. Eine Dekade später dominieren sie in acht Bundesländern (darunter in allen ostdeutschen). Es ist dem niedrigen Ausgangsniveau geschuldet, dass ihre Stellung in Süddeutschland trotz der dort weit überdurchschnittlichen Zuwächse noch begrenzt bleibt. Öffentliche Träger spielen nur in Baden-Württemberg und Hessen eine gewisse Rolle. Gegenläufig zum Bundestrend sind deren Marktanteile in Baden-Württemberg von 3,8 auf 4,3 Prozent und in Hessen von sieben auf 7,5 Prozent gestiegen. Nur in diesen beiden Bundesländern ging ein kleiner Teil des Anteilsverlustes der kirchlichen und frei-gemeinnützigen Träger nicht an den gewerblichen Bereich.
- **Stationärer Bereich:** Auch die stationäre Pflege ist davon geprägt, dass das wachsende Versorgungsvolumen überwiegend von den privat-gewerblichen Trägern aufgesogen wird. 1999 erreichten sie nur in vier Bundesländern (Berlin, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) Versorgungsanteile von über 30 Prozent. Eine Dekade später liegen sie in zehn

⁶⁰ Genauere Angaben enthält die Langfassung der Studie (siehe dort die Tabellen 17 bis 19).

Bundesländern über der 30-Prozent-Marke; in Berlin, Niedersachsen und Schleswig-Holstein dominieren sie den Markt. Die Bundesländer mit starker Dominanz vor allem kirchlicher Träger sind auf zwei geschrumpft (Saarland und Nordrhein-Westfalen). Öffentliche Träger spielten im Jahr 1999 in zumindest sechs Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Sachsen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern) mit Anteilen von über 15 Prozent eine ernst zu nehmende Rolle. In zwei weiteren Bundesländern (Berlin, Schleswig-Holstein) lagen sie bei etwas über zehn Prozent. Nicht flächendeckend, wohl aber in der Hälfte der Bundesländer gab es ein öffentliches Angebot. Die damit verbundene Korrekturfunktion haben die Kommunen aufgegeben. Nur noch in drei Bundesländern erreichen öffentliche Träger 2009 einen Marktanteil von etwas über zehn Prozent (Thüringen, Baden-Württemberg und Bayern).

Tendenziell hat die private Leistungserbringung auch in den skandinavischen Ländern zugenommen. Ein durchgehender Privatisierungstrend existiert aber nicht. In Norwegen etwa weist die Bettenstatistik den Privatanteil seit 2001 aus. Ein Anteilsgewinn privater Träger (frei-gemeinnützige und gewerbliche) erfolgte seither nicht (2001: 10,7 Prozent; 2010 10,8 Prozent).⁶¹ Auch in Finnland, wo private Anbieter traditionell eine stärkere Stellung haben als in den anderen nordischen Ländern, kann von einem durchgehenden Privatisierungstrend keine Rede sein. Bei Pflegeheimen ging der Kommunalanteil in den letzten Jahren zwar geringfügig auf 86,6 Prozent (Stichtag: 31.12.2009) zurück, stieg aber gegenläufig beim wachsenden Marktsegment der betreuten Wohnanlagen mit 24-Stunden-Service (2008: 43,7 Prozent; 2009: 47,2 Prozent). Während in Deutschland gleichermaßen der ambulante wie der stationäre Bereich auf dem Pfad wachsender Kommerzialisierung unterwegs ist, gibt es in den skandinavischen Ländern differenzierte Entwicklungen. Auch regional verbieten sich Rückschlüsse

aus etwa den Gegebenheiten in und um Helsinki auf andere Regionen. In der regionalen Betrachtung⁶² liegen bei Heimen die Anteile privater Betreiber an der Versorgung in acht der 19 finnischen Provinzen bei unter fünf Prozent; in acht weiteren zwischen fünf und weniger als zehn Prozent. Nur in drei Provinzen erreichen sie einen Versorgungsanteil von über zehn Prozent. Den höchsten Privatanteil erreicht UUSIMAA in Südfinnland mit gut 39 Prozent. Die gemeindscharfe Analyse liefert einen ähnlichen Befund, ohne dass sich ein klarer Zusammenhang zwischen geografischer Lage und/oder Gemeindegröße zeigt. Beispiel: In UUSIMAA liegen mit Helsinki (rd. 580.000 EW) und Espoo (rd. 242.000 EW) die beiden größten finnischen Städte. Helsinki hat einen Privatanteil von rd. 55 Prozent, Espoo nur von rd. fünf Prozent. Auch bei den betreuten Wohnanlagen mit 24-Stunden-Service ist die Spannweite beachtlich. Hier allerdings ist ein Zusammenhang mit der Gemeindegröße erkennbar: überdurchschnittliche Privatanteile finden wir vorrangig in den Groß- und Mittelstädten; in kleineren Gemeinden dominieren kommunale Einrichtungen.

Von besonderem Interesse ist die Entwicklung in Dänemark und Schweden nach der Abschaffung des kommunalen Monopols. 2010 hatten in Dänemark im institutionellen Bereich von den 44.883 Heim-Bewohnern und Heim-Bewohnerinnen ab 65 Jahren nur 1,1 Prozent einen privaten Betreiber. Bei Fortschreibung des nach der Marktöffnung (2002) eingesetzten Trends dürfte es eine Dekade und länger dauern, ehe private Träger relevante Versorgungsanteile erreichen. Im häuslichen Bereich gestalten sich die Verhältnisse anders. Bei den praktischen Hilfsdiensten bringen es private Träger bereits jetzt (2010) auf einen Marktanteil von einem Viertel. Bei den eigentlichen Pflege- und Betreuungstätigkeiten dagegen gibt es zwar beeindruckende Wachstumszahlen. Angesichts des niedrigen Ausgangsniveaus ist der Anteil von 2007 bis 2010 jedoch eher bescheiden von 3,9 auf 5,6 Prozent

61 Statistics Norway, Tabelle „Institutions for the aged and disabled. 1996 - 2010“, Update vom 12.7.2011.

62 Liitetaulukko 1. Vanhainkotien ja vastaavien yksiköiden asiakkaat 31.12.2008 maakunnittain ja kunnittain („Clients in residential homes for older people and other similar units on 31 Dec 2008, by region and municipality“), eigene Auswertung.

gestiegen. Auch in Schweden, wo die Marktöffnung bereits eine Dekade früher erfolgte, halten sich die Terraingewinne privater Anbieter in Grenzen. Aussagen sind bei der häuslichen Pflege allerdings nur indirekt möglich, da die schwedische Statistik hier nicht Träger, sondern Managementformen (kommunal contra privat) unterscheidet. Die private Leistungserbringung basiert auf Geldleistungen, die an pflegende Angehörige oder private Dienstleister gezahlt werden. Zum Stichtag 1.10.2009 nutzten 86,2 Prozent der langfristigen Home-Help-Empfängerinnen und -empfänger das kommunale und nur 13,8 das private Arrangement. Bei den temporären Leistungsempfängern lag die Privatquote noch niedriger (10,4 Prozent). Hinter der im Durchschnitt geringen Bedeutung privater Leistungserbringung verbergen sich große regionale Unterschiede. In acht der 21 schwedischen Regionen (u. a. in Västra Götalands, Jönköping und Örebro) gibt es mit Anteilen von über 95 Prozent praktisch ein kommunales Monopol. In acht weiteren Regionen liegt der Privatanteil bei sechs bis unter 14 Prozent und in den fünf restlichen bei über 15 Prozent. Die Privatisierung der Altenbetreuung konzentriert sich auf die Stockholmer Region und die benachbarte Region Uppsala. Im Großraum Stockholm erreicht der Privatanteil mit 42 Prozent den dreifachen Landesdurchschnitt. Parallele Befunde gibt es bei Pflegeheimen und betreuten Wohnanlagen. Hier liegt der Anteil privater Träger (bezogen auf die Bewohner) landesweit bei 16,5 Prozent, in der Region Stockholm aber bei 43,6 Prozent.⁶³

5.2 Beschäftigungspfade: High Road contra Low Road

Historisch betrachtet waren Care-Aufgaben schon immer eine Domäne von Frauen. Die informelle Pflege in den Familien lastet in Deutschland zu fast 80 Prozent auf Frauen⁶⁴ und im formellen Bereich liegt der Frauenanteil an den Beschäftigten auf vergleichbarem Niveau. Auch in den skandinavischen Ländern trägt Care-Arbeit, sei es in der Familie, sei es in der Pflegebranche ein weibliches Gesicht. Damit jedoch enden die Gemeinsamkeiten. In den skandinavischen Ländern bietet der Pflegesektor auf 1.000 Einwohner gerechnet vielfach so viele Arbeitsplätze wie in Deutschland. Dies trotz des dort geringeren Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung und trotz des durchschnittlich besseren Gesundheitszustandes der Generation 65+ (vgl. Abb. 2). Diese Arbeitsplätze bieten keine üppigen, aber doch ordentliche Verdienstmöglichkeiten wie Arbeitsbedingungen. Dazu gehört ein vergleichsweise hoher Professionalisierungsgrad mit Vollzeit als Norm und existenzsichernden Löhnen auch für Geringqualifizierte und Teilzeitkräfte. Während der skandinavische Weg auf dem „High Road“⁶⁵ verläuft, hat die deutsche Politik die Weichen so gestellt, dass die Pflegebranche in den Niedriglohnbereich abgedrängt wurde mit Teilzeit als Regel und einem vergleichsweise geringen Professionalisierungsgrad. Ein problematisches Verständnis von Produktivität (vgl. Reuter/Zinn 2011: 465f.) hat daran ebenso Anteil wie die Geringschätzung von Tätigkeiten, die abseits dessen liegen, worüber sich die exportorientierte deutsche Wirtschaft definiert.

Die wesentlichen Befunde der erfolgten empirischen Auswertung⁶⁶ seien angesprochen.

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

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

65 Die High Road steht für ein positives Wechselverhältnis von hoher bedarfsorientierter Dienstleistungsqualität und hoher Professionalität bei vergleichsweise guten Arbeits- und Entlohnungsbedingungen. Vgl. Bosch/Lehndorff 2005.

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

Beschäftigungsentwicklung

Die Beschäftigungsrelevanz der skandinavischen Altenfürsorge ist höher als mit Blick auf die größere Reichweite formeller Leistungen ohnehin zu erwarten war. Zum Tragen kommt im häuslichen Bereich das weitgehende Fehlen unentgeltlicher Schattenpflege und im institutionellen Bereich die Arbeit mit besseren Personalschlüsseln, als sie in deutschen Heimen üblich sind. Für einen genaueren Vergleich wurden die drei skandinavischen Kernländer herangezogen. Allein im kommunalen Sektor kommen dort auf 1.000 Ältere drei- bis vierfach so viele Beschäftigte wie in Deutschland (Regelungsbereich der Pflegeversicherung). Wie Tabelle 5 ausweist, ist die Differenz bei Betrachtung der vollzeitäquivalent Beschäftigten größer als bei Betrachtung von Kopffzahlen. Dahinter steht eine ambivalente Entwicklung. Rein quantitativ verzeichnete die deutsche Pflegebranche eine kräftige Steigerung der Beschäftigtenzahlen um seit 1999 46 (ambulant) resp. 41 Prozent (Heime). Die Gesamtbeschäftigtenzahl wuchs dabei von 624.700 (1999) auf 890.300 (2009) und die Beschäftigungsdichte auf 1.000 Ältere stieg von 47,8 (1999) auf den in Tabelle 5 aufgeführten Wert (53,2). Zu einem Gutteil speiste sich dieses Wachstum jedoch aus einer weit überproportionalen Zunahme von Teilzeitbeschäftigung einschließlich eines starken Zuwachses an geringfügiger Beschäftigung in den westlichen Bundesländern; die Vollzeitbeschäftigungsquote sank von 43 auf 31 Prozent. In allen Bundesländern dominiert heute die Teilzeitbeschäftigung. Bei ambulanten Diensten erreicht sie in vier Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) fast die 80-Prozentmarke und auch in Heimen werden Teilzeitquoten von meist um die 60 Prozent herum erreicht. Auch in den skandinavischen Vergleichsländern nahm die Beschäftigung zu. Teilweise stiegen auch die Dichteziffern noch einmal an, so in Norwegen von 140 rechnerischen Vollzeitkräften auf 1.000 Ältere im Jahr 1999 auf

198 im Jahr 2010. Eine Expansion von Teilzeitbeschäftigung fand aber nicht statt.⁶⁷

Berufsstruktur und Professionalisierungsgrad

Von 1999 bis 2007 gab es in Deutschland einen Trend hin zu Berufen mit höherer Qualifikation. Seither jedoch erfolgte eine Rückentwicklung. War der Anteil von Pflegefachkräften bei ambulanten Diensten von 49,4 auf 57,1 Prozent gestiegen, sank er danach wieder auf 54,5 Prozent. Die Entwicklung in Heimen verlief parallel (1999: 31 Prozent; 2007: 36 Prozent; 2009: 34 Prozent). Ob dies als bloße Konsolidierung zu interpretieren ist oder ein Abrücken vom Professionalisierungstrend signalisiert, wird sich in einigen Jahren zeigen. Bei vielen Trägern zumindest setzt die Personalpolitik vermehrt auf billige Kräfte. Da Berufe mit höherer Qualifikation aber auch eine viel höhere Quote von Vollzeitbeschäftigten aufweisen als Berufe mit geringerer Qualifikation, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die Marginalisierung regulärer Vollzeitarbeit zugunsten atypischer Beschäftigung die Qualifikationsstruktur nicht unberührt lässt. Bei weiterer Zunahme atypischer Beschäftigung ist daher kaum mit Fortschritten bei der Professionalisierung zu rechnen. In den skandinavischen Ländern verlief die Entwicklung unterschiedlich. In Dänemark blieb das Qualifikationsniveau in etwa stabil, verschob sich aber von den Pflegefachkräften hin zu Pädagogen und Physiotherapeuten. In Norwegen wiederum konzentriert sich die Beschäftigung erstens stärker auf höherqualifizierte Berufe als in Deutschland und zweitens haben diese in den letzten Jahren weiter an Gewicht gewonnen; 2005 stellten Pflegefachkräfte einen Anteil von 66,4 und 2010 von 68,7 Prozent. Bei der Bewertung muss berücksichtigt werden, dass pflegerische Berufe in Deutschland auf einem niedrigeren Professionalisierungsniveau angesiedelt sind als in den skandinavischen Ländern.⁶⁸ Während akkreditierte Pflegefachkräfte („Nurses“) dort über einen Sekundar-II-Abschluss mit anschließendem Kurz-

67 In Dänemark ist Vollzeit die Regel, wobei im öffentlichen Sektor neun von zehn Beschäftigten Vollzeit arbeiten, im privaten Sektor aber nur knapp acht von zehn. In Schweden spielt Vollzeit eine viel geringere Rolle. Im Beobachtungszeitraum stieg der Vollzeitanteil jedoch (2000: 38 Prozent; 2005: 44,9 Prozent).

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

studiengang von drei bis vier Jahren Dauer verfügen, setzt die deutsche Fachschul-Ausbildung nur einen mittleren Schulabschluss, bei Altenpflegerinnen sogar nur einen Hauptschulabschluss voraus.⁶⁹ Skandinavien vollzog die qualifikatorische Hochstufung der vorher semi-professionellen Pflege- und Therapieberufe bereits seit den 1970er Jahren (vgl. Heintze 2007: 278ff.). Dies verknüpft mit der Ausweitung von Frauenerwerbstätigkeit und einem doppelten Gleichstellungsanliegen: Gleichstellung durch Abbau von Frauendiskriminierungen im Erwerbssystem und Gleichstellung durch Niveauehebungen bei pflegerischen und therapeutischen Berufen dahingehend, dass sich Medizin und Pflege auf Augenhöhe begegnen können. Ebenso wie in den Niederlanden hat sich eine generalisierte Pflegeausbildung etabliert. Der Akademisierung traditioneller Pflege- und Heilberufe begegnet die deutsche Politik zurückhaltend bis abwehrend. Zwar gibt es pflegewissenschaftliche Studiengänge. Mit wenigen Ausnahmen geht es dabei jedoch

um neue Berufsbilder mit noch sehr geringen Beschäftigtenzahlen und nicht um die qualifikatorische Hochzoonung von etablierten Berufen mit langer Tradition.

Arbeitszufriedenheit

Die „Nurses Early Exit Study“ (NEXT) lieferte auf Basis von Organisationsanalysen und Befragungen, die im Zeitraum von Herbst 2002 bis Herbst 2004 in elf europäischen Ländern durchgeführt wurden, europäische Vergleichszahlen.⁷⁰ In Deutschland ergab sich ein vergleichsweise geringes Maß an Zufriedenheit der Befragten mit ihren Arbeitsbedingungen und in der Konsequenz eine relativ hohe Ausstiegsbereitschaft. 46 Prozent Arbeitszufriedenheit wurden im Durchschnitt erreicht gegenüber 85 Prozent in Norwegen (bester Wert) und immerhin noch 64 Prozent in Finnland. Die Spannweite bei den untersuchten deutschen Heimen bewegte sich zwischen 20 Prozent und 80 Prozent Zufrieden-

Tabelle 5:

Beschäftigungsdichten (auf 1.000 Einwohner ab 65 Jahren; NO: 67) im Jahr 2009: Deutschland und die skandinavischen Kernländer

	DE	DK ¹	NO	SE ^{1,2}
Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte	53,2	144,2		164
Häusliche (ambulante) Pflege	16,1	70,8		
Institutionelle (stationäre) Pflege	37,1	73,4		
Vollzeitäquivalent Beschäftigte	37,6	119,5	198	
Häusliche (ambulante) Pflege	10,6			
Institutionelle (stationäre) Pflege	27,1			

Erläuterung: Erfasst sind die im jeweiligen nationalen Care-System Beschäftigten. Die Berechnung der Dichteziffern erfolgte bei Deutschland, Dänemark und Schweden anhand der Bevölkerungszahlen vom 1.1. d. J. Die norwegischen Zahlen stammen dagegen aus der amtlichen Statistik selbst (Bevölkerungsdaten vom Jahresende).

1 Ohne Privatsektor resp. ohne private Arrangements.

2 Die Daten zu Schweden beziehen sich auf das Jahr 2005 (SALAR 2007).

Quellen: Deutschland: <http://gbe-bund.de/> (Datenzugriff am 5.7.2011); Dänemark: Tabellen „Earnings for local government employees by sex, components, occupation“ (Code LON 42) und „Staff in measures for elderly people, full-time employees by function, Region and time“ (Code RES10); eigene Auswertung.

69 In der Konsequenz werden examinierte deutsche Altenpflegerinnen und -pfleger bei einer Arbeitsaufnahme in Dänemark, Finnland oder Schweden dort nicht als „nurses“ beschäftigt, sondern als Sozial- oder Pflegeassistenten.

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

heit. Ein Viertel der Pflegeheime brachte es auf ein Drittel Mitarbeiterzufriedenheit und weniger, ein Viertel am anderen Ende auf Zufriedenheitswerte von über 60 Prozent. Diese Polarisierung ist typisch für die Low Road. Auch das Image des Pflegeberufs und die beruflichen Perspektiven wurden von den Befragten eher negativ eingeschätzt. Jüngere Studien (DBFK 2009; Schmidt et al. 2011; Sonderauswertung des DGB-Index „Gute Arbeit“⁷¹) kommen zu gleichgerichteten Ergebnissen.

Arbeitnehmerentgelte

Die in der Pflege Beschäftigten nehmen eine sehr verantwortungsvolle und vielfach belastende Tätigkeit wahr. Die Bezahlung trägt dem unterschiedlich Rechnung. Daten aus Lohnstrukturerhebungen lagen für Deutschland nicht vor.⁷² Aus Befragungen und einer Vielzahl von Einzelbefunden ergibt sich jedoch die Schlussfolgerung, dass weniger als ein Drittel der Altenpflegerinnen und -pfleger Monatsgehälter von brutto mehr als 2.000 Euro bezieht, während umgekehrt auch von denjenigen, die in Vollzeit arbeiten, mehr als ein Drittel unterhalb von 1.500 Euro verbleibt. 2010 wurde ein Mindestlohn von 8,50 Euro pro Stunde in Westdeutschland und von 7,50 Euro pro Stunde in Ostdeutschland eingeführt.⁷³ Eigentlich sollten mit dem Mindestlohn die Pflegehelfer vor weiterem Lohndumping geschützt werden. Es deutet sich jedoch an, dass auch die examinierten Pflegefachkräfte häufig nur den Mindestlohn erhalten. Nach Umfragen des Lohnspiegels Pflege⁷⁴ hält sich ein relevanter Teil der

Arbeitgeber nicht an die Mindestlohnbestimmungen. Es passt diesbezüglich ins Bild, dass die Überprüfung lax geregelt ist und Statistiken gar nicht erst geführt werden.⁷⁵ Von der Situation in Deutschland heben sich die Verdienste der im Pflegebereich der skandinavischen Länder Beschäftigten deutlich positiv ab. Aus der Auswertung der kommunalen Verdienststatistiken von Dänemark ergibt sich, dass das Niveau durchgängig höher ist und die zurückliegende Dekade nominale Gehaltszuwächse deutlich oberhalb der Preissteigerungsrate brachte. Schon die Stundenlöhne gering- bis mittelqualifizierter Kräfte liegen über den Niveaus von Pflegefachkräften in Deutschland. Deutsche Altenpflegerinnen und -pfleger, die in dänischen Altenpflegeheimen als Assistenten beschäftigt werden, können ohne Nebenleistungen (Schichtzulagen etc.) mit einem Stundenlohn von 16 bis 17 Euro resp. einem Monatsgehalt bei regulär 37 Wochenstunden von 2.600 bis 2.800 Euro (plus Schichtzulagen) rechnen.⁷⁶ *Abbildung 4* stellt für die Pflegefachkräfte („personal care-workers“) dar, wie sich in der Unterteilung nach unterem Quartil, oberem Quartil und dem Median ihre gesamten Bruttostundenlöhne von 1999 bis 2009 entwickelt haben. Zu entnehmen ist, dass nach beachtlichen Lohnzuwächsen im Jahr 2009 Stundenlöhne von im Schnitt (Medianwert) gut 25 Euro im häuslichen und gut 28 Euro im institutionellen Bereich realisiert werden. Zulagen aufgrund etwa von Schichtdiensten sind darin eingeschlossen wie auch Weihnachtsgelder, Urlaubsgelder usw. In Norwegen bewegen sich die Gehälter auf einem höheren Niveau. Dies relativiert sich mit Blick auf das

71 „Sonderauswertung des DGB-Index ‚Gute Arbeit‘ – Umfrage: Kranken- und Altenpfleger beklagen schlechte Arbeitsbedingungen“, <http://presse.verdi.de/aktuelle-themen/pflegedienste> (6.5.2010).

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

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

74 <http://www.konfliktfeld-pflege.de/> > Arbeitsrecht > Lohnspiegel Pflege 2011 (13.9.2011).

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

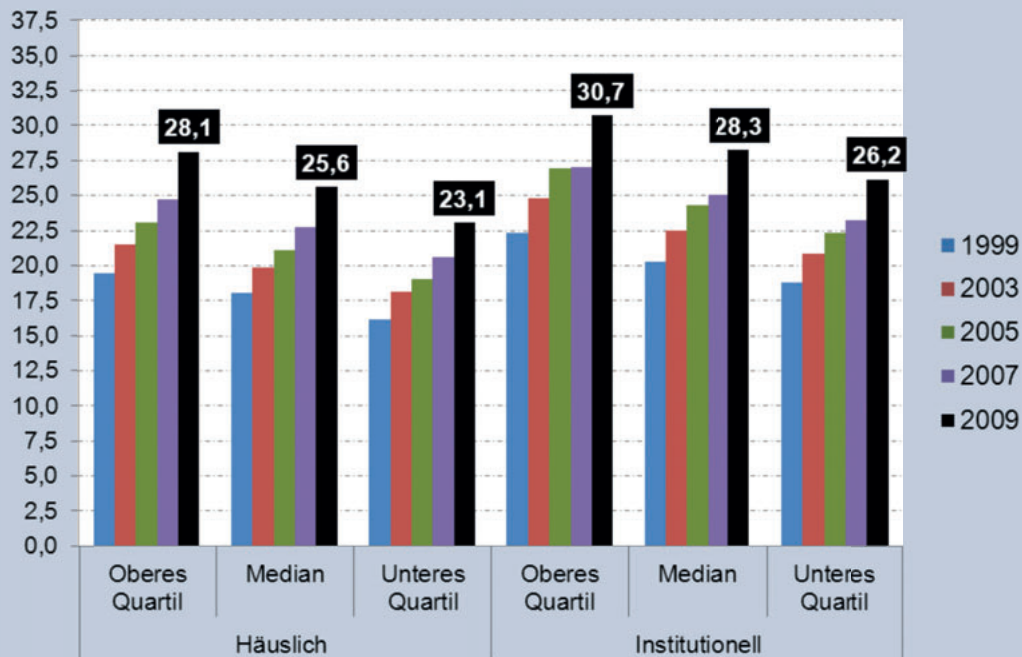
76 Aktuell (18.9.2011) bietet Jobhunter.de eines der üblichen Starterpakete an. Es beinhaltet einen 26 wöchigen Dänischsprachkurs inkl. kostenlose Unterkunft, Verpflegung und 80,- Euro pro Tag, anschließend Festanstellung in einem Pflegeheim (Vollzeit, 37 Wochenstunden, Gehalt: 2.600,- Euro brutto + Schichtzulagen).

ebenfalls höhere Bruttoinlandsprodukt pro Kopf und das auch höhere Durchschnittseinkommen. Pflegeassistenten verdienten dort 2010 im Gesundheitssystem im Schnitt mtl. 31.600 NOK (rd. 4.016 Euro) und Pflegefachkräfte brachten es auf ein Monatsgehalt von 34.600 NOK (rd. 4.398 Euro).⁷⁷ Im Sozialservice der Kommunen sind die Gehälter ähnlich hoch. Die „Home-Helper“ beziehen aber ein geringeres Gehalt von im Schnitt 28.000 NOK (rd. 3.559 Euro).⁷⁸ Zu Schweden liegen nur Daten bis 2005 vor (SALAR 2007: 63,

Tab. 29). Danach bezogen die in der kommunalen Altenfürsorge Beschäftigten 2005 Monatsgehälter von auf heutiger Euro-Basis zwischen 1.982 Euro (Pflegehilfskräfte) und 2.540 Euro (Pflegefachkräfte). Finnland hat innerskandinavisch das niedrigste Einkommensniveau. Der Median lag im öffentlichen Sektor 2010 bei mtl. 2.772 Euro brutto.⁷⁹ Landesweit existiert ein Pflege-Mindestlohn von seit dem 1.1.2010 2.100,39 Euro.

Abbildung 4:

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



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

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

77 Statistics Norway, Tabelle „Average monthly earnings for full-time employees in human health activities, per 1 December 2009 and 2010, by occupation“. NOK and percentage change“, 3.9.2010.
 78 Statistics Norway, Tabelle „Average monthly earnings for full-time employees - municipalities and county per 1 December 2009 and 2010, by industry. NOK and percentage change“: http://www.ssb.no/lonnkomm_en/tab-2011-03-16-03-en.html (15.9.2011).
 79 Angaben aus: Centre for Economic Development, Transport and Environment (o.J.): Foreign nurses guide to Finnish Working life 2010: 15.

6. Resümee

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

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

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

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

Der demografische Wandel bringt familienbasierte Systeme freilich weit stärker unter Druck als die servicebasierten Systeme, denn (siehe unter 2, S. 8ff.) dauerhaft niedrige Geburtenraten sind eine der nicht-intendierten Nebenwirkungen des Fehlens einer breit ausgebauten öffentlichen Care-Infrastruktur. Es gibt mehrere Möglichkeiten, darauf zu reagieren. Vorwärtsgerichtet wäre ein Paradigmenwechsels hin zur Bedarfs-

und Qualitätssteuerung. Dies jedoch stand und steht nicht auf der politischen Agenda. Voraussetzung wäre, dass die Finanzpolitik eine (wieder) höhere Staatsquote anpeilt. Tatsächlich jedoch wurde die Politik der Staatsquotensenkung nur kurzfristig aufgrund der Finanzkrise unterbrochen. Wenn die Politik aber gar nicht willens ist, den für qualitativ hochstehende Pflege erforderlichen Finanzrahmen bereitzustellen, bleibt als weiterer „Ausweg“ die Arbeitsmarktpolitik. Hier kommen nun die Arbeitsmarktreformen der Agenda-10-Politik ins Spiel. Eines ihrer wesentlichen und ja auch erreichten Ziele (vgl. u. a. Kalina/Weinkopf 2010) war die Ausweitung des Niedriglohnssektors. Argumentiert wurde mit der Schaffung besserer Beschäftigungsmöglichkeiten für Geringqualifizierte (vgl. Fels et al. 1999). Während sich die Beschäftigungslage von Geringqualifizierten und von Langzeitarbeitslosen aber gar nicht verbessert hat (vgl. Heintze 2010b), wurden Menschen mit guter Berufsausbildung in den expandierenden Niedriglohnsektor abgedrängt. Die Negativspirale der Low Road wurde so erst recht in Gang gesetzt. Bei der Pflege traf diese Arbeitsmarktpolitik auf eine Branche, die angesichts geringer Beitragssätze und zunehmend privat-gewerblicher Strukturen gar nicht über die notwendigen Ressourcen verfügte und verfügt, um gegenzuhalten. Im öffentlichen Sektor ist Lohndumping aufgrund einer vergleichsweise hohen Tarifbindung schwer möglich. Nach der TVöD-Tabelle 2011 erhalten Pflegehelfer hier aktuell mtl. (brutto) zwischen 1.753 und 1.996 Euro und examinierte Kräfte 2.050 bis 2.352 Euro. Pflegebeschäftigte bei tarifgebundenen kommunalen Arbeitgebern beziehen damit, sofern sie in Vollzeit arbeiten, Gehälter oberhalb der Niedriglohnschwelle. In der Vergangenheit hatten sich die frei-gemeinnützigen Träger an den Tarifen des öffentlichen Dienstes orientiert. Unter dem verschärften Kosten-

druck kam aber eine Entwicklung in Gang resp. beschleunigte sich, bei der das Lohndumping auch bei kirchlichen Trägern immer mehr um sich griff. Zusätzliche Schubkraft erhielt das Abdrängen der Pflegebranche in den Niedriglohnsektor durch den Rückzug der Kommunen aus dem Betrieb von Pflegeheimen. Die massive Verschiebung der Trägerstrukturen (vgl. unter 5.1, S. 38f.) in Richtung privat-gewerblicher Anbieter fügt sich hier ein. Wegen vielfach fehlender Tarifbindung lässt sich Lohndumping im privat-gewerblichen Bereich nämlich besonders leicht praktizieren. Bei den Privaten gibt es ein Segment, dessen Adressaten Pflegebedürftige aus den oberen Einkommenschichten sind. Hier ist von einer ordentlichen Bezahlung des Personals auszugehen. Am anderen Ende stehen Heime, wo eine gesundheitsgefährdende Pflege praktiziert und die Beschäftigten massiv ausgebeutet werden. Hier dürften sich die Arbeitgeber konzentrieren, die selbst noch die Mindestlohnbestimmungen unterlaufen.

Aus Sicht der Verfasserin wird es ohne einen grundlegenden Paradigmenwechsel der Pflegepolitik und ihrer Finanzierung nicht möglich sein, die Negativspirale bei sowohl der Qualität und Erreichbarkeit guter Pflege und sozialer Betreuung wie auch den Arbeitsbedingungen der im Pflegebereich Tätigen zu durchbrechen. Ein wieder größeres Engagement der Kommunen als Leistungserbringer gehört dazu ebenso wie eine auf Höherqualifizierung gerichtete Reform der Ausbildung pflegerischer Berufe. Skandinavische Länder halten für zukunftsweisende Reformen einiges an Ideen und guter politischer Praxis bereit. Sie zeigen, dass ein am gesellschaftlichen Bedarf ausgerichtetes Pflege- und Betreuungssystem, das gleichermaßen gute Dienstleistungsqualitäten wie Arbeitsbedingungen bietet, eine Frage des politischen Willens ist.

7. Literaturverzeichnis

Sekundärliteratur

- 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).
- Bode, Ingo 2005: Alter(n) auf dem Markt der Möglichkeiten. Die Disorganisierung der Seniorenversorgung und ihre Folgen für die Strukturen sozialer Ungleichheiten, in: GERO-Diskussionspapier Nr. 44, Nov. 2005.
- Bosch, Gerhard; Lehndorff, Steffen 2005: Introduction: service economies – high road or low road? In: Bosch, Gerhard; Lehndorff, Steffen: Working in the service sector: a tale from different worlds. London: Routledge, S. 1-31.
- Brandt, Martina 2009: Hilfe zwischen Generationen. Ein europäischer Vergleich, Wiesbaden.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.) 2005: Pflegevorsorge in Europa. Eine vergleichende Literaturanalyse (Bearbeiter: Institut für Höhere Studien Kärnten), Klagenfurt (zit. als BMASK 2005).
- Centre for Economic Development, Transport and Environment o.J.: Foreign nurses guide to Finnish Working life 2010 (Bearbeiterin: Kilpeläinen, Taina).
- Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK) 2009: Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/2009.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) 2003: Informationsdienst Altersfragen, Heft 4, (Juli/August).
- Dielmann, Gerd 1998: Zur aktuellen Situation der Krankenpflegeausbildung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, in: Kollak, Ingrid; Pillen, Angelika (Hrsg.): Pflege-Ausbildung im Gespräch – Ein internationaler Vergleich, Frankfurt am Main, S. 279-293.
- Dittmann, Jörg 2008: Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege. Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa, in: Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI), 40 vom Juli 2008, S. 1-6.
- 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 Foundation for the Improvement of living and working conditions (Hrsg.) 2005: First European Quality of Life Survey, Luxemburg.
- 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 2007: Bildung und Gesundheit als öffentliche Güter im wohlfahrtsstaatlichen Kontext – ein Vergleich zwischen Deutschland und skandinavischen Ländern hinsichtlich Finanzierung, Wohlfahrtsergebnissen und Beschäftigungsrelevanz, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Abschlussbericht vom 3. August 2007: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2006-918-4-1.pdf (7.11.2011).
- Heintze, Cornelia 2010a: Bewältigung des demografischen Wandels: Hilfs- und Pflegeleistungen für Ältere. Ein deutsch-skandinavischer Vergleich, in: Soziale Sicherheit, 59 (8), S. 263-269.
- Heintze, Cornelia 2010b: Das skandinavische Vorbild. Zur Rolle des Staates als Arbeitgeber, in: Vorgänge 49 (3), S. 50-61.
- Kalina, Thorsten; Weinkopf, Claudia 2010: Niedriglohnbeschäftigung 2008. Stagnation auf hohem Niveau – Lohnspektrum franst nach unten aus. IAQ-Report 6, Duisburg.
- Kümmerling, Angelika 2009: Der lange Weg zur Professionalisierung der Altenpflege und seine (nicht?)-intendierten Folgen, in: Lehndorff, Steffen (Hrsg.) 2009: Abriss, Umbau, Renovierung. Studien zum Wandel des deutschen Kapitalismusmodells, Hamburg, S. 136-165.
- 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.
- MISSOC 2011: http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do;jsessionid=pMy1NQyT41jZVmJJFd8Hmh0s4bRLFQgyLFQMnn1lv7QQ3T2WsdDs!290389336?year=20100101&lang=en (31.7.2011).
- Mitnacht, Barbara 2009: Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. Entwicklungstrends und Perspektiven, Bremen (Dissertation).
- Mogge-Grotjahn, Hildegard; Bußmann, Ulrike 2003: Zukunft sozialer und pflegerischer Ausbildungsgänge und Berufsbilder in evangelischer Trägerschaft (hrsg. vom Rektorat der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe), Bochum.
- OECD 2011a: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Paris: www.oecd.org/health/longtermcare (3.9.2011).
- OECD 2011b: Pensions at a Glance 2011: Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries, Paris.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.) 2000: Bericht der Wissenschaftlergruppe der Arbeitsgruppe Benchmarking über Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschäftigungsmöglichkeiten gering qualifizierter Arbeitnehmer, Berlin (Bearbeiter: Fels, Gerhard; Heinze, Rolf; Pfarr, Heide; Streeck, Wolfgang, zit. als Fels et al. 2000).
- Rennen-Allhoff, Beate 2000: Qualifikatorische Rahmenbedingungen: Berufliche Bildung in der Pflege, in: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, D. (Hrsg.) 2000: Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim, S. 283-306.
- Rennen-Allhoff, Beate; Bergmann-Tyacke, Inge 2000: Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe in Europa – Ausbildungsstandards in den EU-Mitgliedstaaten, Bern.
- Reuter, Norbert; Zinn, Karl Georg 2011: Moderne Gesellschaften brauchen eine aktive Dienstleistungspolitik, in: WSI-Mitteilungen, 64 (9), S. 462-469.
- Robert Bosch Stiftung 2000: Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Stuttgart.
- Robert Koch Institut 2005: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Altersdemenz, Berlin.
- Robert Koch Institut 2004: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Pflege, Berlin.
- Sachverständigenkommission zur Erstellung des Ersten Gleichstellungsberichtes der Bundesregierung (Hrsg.) 2011: Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebenslauf, Gutachten an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Essen (zit. als Gleichstellungsgutachten 2011).

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten.
- Schaeffer, Doris; Wingefeld, Klaus (Hrsg.) 2011: Handbuch Pflegewissenschaft, Weinberg (u. a.).
- 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.
- Schön, Jasmin 2011: Kooperative Pflegeausbildung: Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege – ein Beitrag zur Curriculumentwicklung an einer beruflichen Schule in Baden-Württemberg, in: Bonse-Rohmann, Mathias; Burchert, Heiko (Hrsg.): *Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen*, Bielefeld, S. 79-97.
- Skuban, Ralph 2004: *Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt*, (1. Auflage), Wiesbaden.
- Theobald, Hildegard 2007: Vergesellschaftung von Fürsorgearbeit – Erfahrungen aus der Altenbetreuung in Schweden, in: *WSI-Mitteilungen*, 60 (10), S. 561-567.
- Trilling, Angelika; Klie, Thomas 2003: Die Ermittlung von pflegeskulturellen Orientierungen und Pflegebereitschaft als Instrument der Altenhilfeplanung, in: Klie, Thomas; Buhl, Anke; Entzian, Hildegard; Schmidt, Roland (Hrsg.) 2003: *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive*, Frankfurt/Main, S. 111-120.
- Wanger, Susanne 2011: Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit: Viele Frauen würden gerne länger arbeiten (IAB-Kurzbericht, 09/2011), Nürnberg, 8 S.
- Windeler, J.; Görres, S.; Thomas, S.; Kimmel, A.; Langner, I.; Reif, K.; Wagner, A. 2009: Abschlussbericht. Endfassung. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Hauptphase 2 (vgl. unter <http://bmg.bund.de/> > Publikationen > Windeler).
- Windmann, Antje 2011: Pflege. Im toten Winkel, in: *DER SPIEGEL* Nr. 28 v. 11.7.2011, S. 126-129.

Primärquellen (Gesetze, Statistiken, Regierungsdokumente) nach Ländern⁸⁰

Deutschland

- BT-Drs. 15/4125 v. 4.11.2004: Unterrichtung der Bundesregierung, Dritter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung; <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/041/1504125.pdf> (Zugriff: 10.8.2011)
- BT-Drs. 17/3012 vom 23.9.2010: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Dr. Martina Bunge, Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE (Drs. 17/2219) – Umsetzung des neuen Pflegebegriffs (gemäß dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs).
- BT-Drs. 17/4133 vom 7.12.2010: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Beate Müller-Gemmeke, Elisabeth Scharfenberg, Birgit Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Drs. 17/3590) – Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche und Kontrolle des Pflegemindestlohns.
- Bundesgesundheitsministerium (BGM) 2010: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, 5/2010.
- Bundesgesundheitsministerium:
<http://www.bmg.bund.de/> > Pflege > Zahlen und Fakten (6.8.2011).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2011: Soziale Sicherung im Überblick 2010, Bonn (Januar 2011).
- Destatis 2007: *Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- Destatis 2009: *Finanzen und Steuern. Jahresrechnungsergebnisse kommunaler Haushalte 2007*, Fachserie 14, Reihe 3.3, korrigiert am 11. März 2010.
- Destatis 2010: *Finanzen und Steuern: Jahresrechnungsergebnisse kommunaler Haushalte 2008*, Fachserie 14, Reihe 3.3, Wiesbaden 2010 (15. September).

⁸⁰ Bei Statistiken ohne die bereits im Text resp. in Fußnoten genau bezeichneten Quellen.

- 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.
- Deutscher Bundestag, 16. WP, Unterrichtung durch die Bundesregierung (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, BT-Drs. 16/7772 vom 17.1.2008:
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/077/1607772.pdf> (10.8.2011)
- BT-Ders. 15/4125 v. 4.11.2004: Unterrichtung der Bundesregierung. Dritter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung:
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/15/041/1504125.pdf> (Zugriff: 10.8.2011).
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I, S. 1515).
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), BGBl. Nr. 20 vom 30.05.2008, S. 873.
- Pflegeversicherungsgesetz (Stand 2010), SGB XI (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung), zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 30.7.2009, BGBl I 2495.

*Dänemark**

- Consolidated Act No 941 of 1 October 2009 on Social Service Benefits (om social service).
- Consolidated Act No. 1204 of 10 December 2009 on Social Housing (om almene boliger).
- Danish Ministry of the Interior and Health 2005: Report on health and long-term care in Denmark, Kopenhagen.
- Social Service Act von Dänemark. Er ist auf Englisch verfügbar unter:
<http://english.sm.dk/Sider/Velkommen.aspx> >Legislation > Social Affairs > Consolidation Act on Social Services (5.12.2011).
- Statistical Yearbooks 2010: <http://www.dst.dk/en/> > Search „Statistical Yearbook“ (Zugriff: 18.7.2012).
- Statistical Yearbook 2011: <http://www.dst.dk/en/> > Search „Statistical Yearbook“ (Zugriff: 18.7.2012).
- Statistics Denmark o.J.: <http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1024> (10.8.2011).
- Statistics Denmark: Datenbestände der Codes FORHJBE1 (Hausbesuche), RESI0151005 (Nursing Dwellings), AED06 50558 (Permanent Home-Help), MH11476686 (Temporary Home-Help), VH33 4733 (private Anbieter).
- Statistics Denmark: Kommunale Rechnungsergebnisse – „Accounts of municipalities by region, kind, dranst, function and time“ (Code REG31 bis 2006; danach REGK31).

Finnland

- Grundgesetz Finnlands (Verfassung vom 11. Juni 1999), Übersetzung des Justizministeriums,
<http://www.finlex.fi/pdf/saadkaan/S9990731.PDF> (18.7.2012).
- Ministry of Social Affairs and Health 2008: National Framework for high Quality Services for older people, Helsinki.
- National Institute for Health and Welfare (THL – Terveystieteiden tutkimuskeskus) 2011: Sozialbudget 2009: http://www.thl.fi/en_US/web/en/home (1.8.2011).
- National Institute for Health and Welfare (THL) 2010: Count of Regular Home-Care Clients on 30. November of 2009, Statistical Report 16/2010, Helsinki.
- National Institute for Health and Welfare (THL) 2010: Institutional Care and Housing Services in Social Care 2009. Statistical Report 25/2010, Helsinki.
- National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira) 2011: Working as a registered Nurse in Finland, Guidelines 2/2011, Helsinki.

* Zugriff zur vollen Datenbank nur über Passwort (kostenlos).

Statistics Finland: Statistik der Care-Dienste (Count of clients receiving home-care service and regular home-care clients; Regular home-care clients by age and municipality; Clients in residential homes for older people and other similar units on 31 Dec 2008, by region and municipality), http://tilastokeskus.fi/til/index_en.html und <http://www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/socialservices/index.htm> (1.8.2011).

Island

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

Gesetze des Wohlfahrtsministeriums: <http://www.government.is/> > Ministry of Welfare > Search „elderly“.

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. 152/2010. Englische Übersetzung: Wohlfahrtsministerium (Velferdarraduneytid),

http://eng.velferdarraduneyti.is/media/acrobat-ens-kar_sidur/The_Municipalities_Social_Services_Act_No_40_1991_with_subsequent_amendments.pdf (27.7.2011). Englische Übersetzung: Wohlfahrtsministeriums: <http://eng.velferdarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/3709> (18.7.2012).

Norwegen

Norwegen den Social Services Act (lov om sosiale tjenester) vom 13. Dezember 1991.

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

Statistics Norway: „Current expenditure on health, by function of care. 1997-2009, (<http://www.ssb.no/english/subjects/> > Advanced search > „Current expenditure on health“ 5.12.2011).

Statistics Norway: Statistik der Care-Dienste (Users of home based services, by kind of service. 1992-2008; Users of home-based services, by age. 1992-2010; Users of home-based services and residents in institutions for the elderly and disabled. Need for assistance and kind of service. 2007-2010; Receivers of respite care, personal support contact, receiving pay for caring work and user-controlled assistance. Age. 2002-2010; Average numbers of assigned hours per week for users of home help and home nursing. Age and need for assistance. 2010: Man-years and absence within the nursing and care services. 1994-2010; <http://www.ssb.no/english/subjects> (3.9.2011).

*Schweden**

Gesetz über Soziale Dienste von 2001 (Socialtjänstlagen).

Ministry of Health and Social Affairs: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/12073/a/129494> (5.12.2011).

Serviges officiella statistik 2010: Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för Vis-sa insatser år 2009, Socialstyrelsen, März 2010, Tabellen S. 24ff.

Socialstyrelsen 2008: Development in the care for the elderly in Sweden 2007, Oktober 2008.

Statistical Yearbook of Sweden bis 2012: <http://www.scb.se/> > English > Finding Statistics > Statistical Yearbook > Publication > PDF (letzter Zugriff: 17.6.2012).

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

Statistics Sweden, „Number of employees in the primary municipalities by region, activity, sex and period“ (Update 8/2011).

Statistics Sweden: „Gross and net costs for municipalities operations“ (Code OE0107V3).

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

* Zugriff zur vollen Datenbank nur über Passwort (kostenlos).

Die Autorin

Dr. rer. pol. Cornelia Heintze

ist Stadtkämmerin a. D. Sie publiziert fachübergreifend im Bereich international vergleichender Staats- und Wohlfahrtsforschung.



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Staatsschulden, Demokratie und Ungleichheit

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Wohlstand, Wachstum, Investitionen

Junge Wissenschaft für wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Zur Produktivitätsentwicklung Deutschlands im internationalen Vergleich

WISO Diskurs

Außenwirtschaft

Optionen im Euroraum

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Industriennahe Dienstleistungen – Bedeutung und Entwicklungspotenziale

WISO Diskurs

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!

WISO direkt

Steuerpolitik

Progressive Sozialversicherungsbeiträge – Entlastung der Beschäftigten oder Verfestigung des Niedriglohnssektors?

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

Wirtschaftliche Nachhaltigkeit statt Shareholder Value – Das genossenschaftliche Geschäftsmodell

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Verbrauchte Zukunft – Mentale und soziale Voraussetzungen verantwortungsvollen Konsums

WISO Diskurs

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Ziele und Wege zu einer leiseren Mobilität

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Kommunikation in der Gesundheitspolitik – Netzwerk, Akteure, Strategien

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Soziale Sicherung für Soloselbstständige in der Kreativwirtschaft

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft

Von heimlichen Helden und blinden Flecken

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Verantwortung braucht Transparenz

Die rechtliche Verankerung unternehmerischer Pflichten zur Offenlegung von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen

WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

Für eine soziale und ökologische Dienstleistungsinnovationspolitik

WISO direkt

Gesprächskreis Migration und Integration

Migrationsfamilien als Partner von Erziehung und Bildung

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterforschung

Erfolgreiche Geschlechterpolitik

Ansprüche – Entwicklungen – Ergebnisse

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso