

# Wie sieht die sorgende Gesellschaft der Zukunft aus?



Cornelia Heintze

## Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem

– Ein Vergleich des deutschen und nordischen Systems (Teil 1)

### Das deutsche Altenpflegesystem: familienbasiert

Die Zielsetzung, allen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auf einer verlässlichen Grundlage die Pflege, soziale Betreuung und Alltagsunterstützung zukommen zu lassen, die sie individuell benötigen, um möglichst lange ein eigenständiges Leben in Würde und bei guter Gesundheit führen zu können, teilt Deutschland mit den skandinavischen Ländern. Gleiches gilt für weitere gesetzlich normierte Ziele. Beispielhaft anführen möchte ich den Vorrang von Prävention und Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden (u.a. Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI, § 5) und den Anspruch, eine Qualität nach dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse zu gewährleisten.

Den zahlreichen Gemeinsamkeiten bei der Formulierung erwünschter Ergebnisse stehen Systemwelten gegenüber, die auf konträren Grundideen gründen. Das deutsche Altenpflegesystem ist familienbasiert. Die primäre Verantwortung für die Organisation, die Finanzierung und auch die Leistungserbringung selbst wird den Ange-

hörigen zugewiesen. Die öffentlich finanzierten Leistungen sollen die informelle Pflege unterstützen und ergänzen. Dies mit Geld- und Sachleistungen, seit 2015 auch mit Rechten auf die zeitweise Unterbrechung oder Reduktion eigener Erwerbstätigkeit.

Als Mitte der 90-iger Jahre nach langer Diskussion als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems eine Pflegepflichtversicherung geschaffen wurde, ging es dieser Grundidee entsprechend nicht darum, die Langfristpflege zu einer öffentlichen Aufgabe mit umfassendem Leistungskatalog analog der Krankenversicherung zu machen. Die Pflegeversicherung war vor allem als Antwort auf ein eklatant gestiegenes Verarmungsrisiko der in Heimen lebenden Pflegebedürftigen gedacht. Mit der Übernahme von mehr öffentlicher Verantwortung sollte erreicht werden, dass die der Bedürftigkeitsprüfung unterliegende kommunale Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“ weitgehend entfällt, weil an ihre Stelle Versicherungsleistungen treten. An der traditionellen Idee, dass die Familie die ideale Institution für Betreuung und Pflege ist, wurde nicht gerüttelt. Die geschaffene Pflegepflichtversicherung – sie unterteilt sich in einen gesetzlichen und einen privaten Zweig – beinhaltet demgemäß nicht nur keine Vollversicherung; Rechtsansprüche auf Leistungen bestehen nur dort, wo der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) das Vorliegen erheblicher, schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit attestiert.

Bis 2016 wurden 3 Pflegestufen unterschieden und es gab zusätzlich eine Stufe Null für Menschen mit Demenz. Lange schon stand dieses Konzept in der Kritik, weil es mit einem auf körperliche Defizite zu-

arbeitete, der der stark gewachsenen Gruppe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht gerecht wurde. Im Zuge der jüngsten Pflegereformen kommt seit 2017 ein Konzept mit erweitertem Pflegebegriff zur Umsetzung, bei dem die 3 + 1 Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt werden. Messlatte ist jetzt der Grad der Selbstständigkeit. Ob die Beeinträchtigung körperlich begründet ist oder aus kognitiven Einschränkungen herrührt, spielt keine Rolle mehr.

### Das nordische Altenpflegesystem: eine öffentliche Aufgabe, die zentrale Verantwortung liegt beim Staat

Anders als in Deutschland ist die Organisation, Finanzierung und Erbringung von Care-Leistungen in den nordisch-skandinavischen Ländern eine öffentliche Aufgabe. Jeder Einwohner, jede Einwohnerin hat gegenüber der eigenen Kommune als lokalem Staat ein Recht auf die Unterstützungsdienste, die persönlich benötigt werden, um ein hohes Maß an Selbstständigkeit wie auch an gesellschaftlicher Teilhabe zu bewahren. Dies ist unabhängig von der Verfügbarkeit familiärer Ressourcen. Pflege und soziale Betreuung durch Angehörige und Freunde findet statt. Weder rechtlich noch moralisch gibt es dazu aber irgendeine Verpflichtung. Die zentrale Verantwortung liegt beim Staat, nicht bei der Familie. Dies mit weitreichenden Konsequenzen. So widerspräche es der Logik des skandinavischen Systems, wenn Kinder, wie es in Deutschland immer noch der Fall ist (§ 1601 BGB), gegenüber ihren Eltern unterhaltsverpflichtet wären. Wo die Rente bei stationärer Versorgung zur Deckung der Wohnkosten eines Heimes oder einer Pflegewohnung nicht ausreicht, tritt der Staat für die Differenz ein.

„Äldreomsorg“ (Altenfürsorge) fügt sich im Norden ein in ein universalistisches Verständnis von Wohlfahrtstaatlichkeit. Der Staat steht anders als in Deutschland nicht hinter Familie, Markt und Ehrenamt am Ende der Kette (subsidiäres Staatsverständnis), sondern in einer direkten Beziehung zu seinen BürgerInnen. Diese schließen, um Careleistungen zu erhalten, daher auch keine Versicherung ab, sondern erhalten die benötigten Leistungen von ihrer Gemeinde. Die relativ höhere gesellschaftliche Wertigkeit,

die der Sorgearbeit in diesem wohlfahrtsstaatlichen Kontext zukommt, zeigt sich bei zahlreichen Indikatoren, angefangen bei der schon in den 70-er Jahren eingeleiteten Akademisierung der pflegerischen Fachberufe über die Niedrigschwelligkeit des Angebots von Sachleistungen bis zur Finanzierung. Die eingesetzten öffentlichen Mittel sind gemessen an der Wirtschaftskraft im Schnitt zweieinhalbfach so hoch wie in Deutschland und die Beschäftigung von Altenhilfepersonal relativ zur Zahl älterer EinwohnerInnen ist es ebenfalls (siehe

**Übersicht:** Demografische Strukturdaten, Empfänger professioneller Leistungen und Personaldichten im deutsch-skandinavischem Vergleich

	DE	DK	FI	IS	NO	SE
<b>Demografische Strukturdaten</b>						
Bevölkerung 65+: % der Wohnbevölkerung (1.1.2015)	21,0	18,6	19,9	13,5	16,1	19,6
Bevölkerung 75+: % der Wohnbevölkerung (1.1.2015)	10,7	7,5	8,7	6,0	7,0	8,6
Gesunde Lebensjahre von Frauen im Alter von 65 Jahren (2005 - 2014 im Durchschnitt) <sup>1</sup>	7,0	13,1	8,5	14,2	14,6	13,9
Gesunde Lebensjahre von Männern im Alter von 65 Jahren (2005 - 2014 im Durchschnitt)	6,9	12,0	7,9	14,1	14,1	12,9
<b>Empfänger professioneller Pflegeleistungen<sup>2</sup> im Alter von 65+ (% der gleichaltrigen Bevölkerung im Jahr 2013; SE 2014)</b>						
Häuslich/ambulant (ab 65-Jährige; NO 67+)	3,3	12,7	10,4	20,2	16,0	11,9
Institutionell/stationär (ab 65-Jährige; NO: 67+)	4,5	4,1	4,8	(7,5)	5,7	5,7
Formelle Pflegequote insgesamt	7,8	16,8			21,7	17,6
<b>Empfänger professioneller Pflegeleistungen im Alter von 75+ (NO + SE: 80+) (% der gleichaltrigen Bevölkerung im Jahr 2013; SE 2014)</b>						
Professionelle häusliche Langfrist-Care-Leistungen (%)	5,9	25,1	19,9	44,4	33,4	31,9
Institutionelle Versorgung in Heimen oder Pflegewohnungen (%)	8,2	10,2	9,8	k.A.	13,8	17,3
Professionelle häusliche Langfrist-Care-Leistungen (%)	14,1	35,3	Rd. 30		47,2	49,2
<b>Institutionelle Versorgung (Betten nach Trägern): Anteil (% 2013/14 (FI 2010; SE 2011))</b>						
Öffentlich	5,8	98,5	83,2	> 80	88,9	81,4
Privat Non-Profit (DE: freigemeinnützig)	56,2	1,5	12,0		4,9	18,6
Privat-gewerblich 1	37,9		4,7		9,2	
<b>VZA-Beschäftigte auf 1000 65+.EW 2013 sE 2011)</b>						
Rechnerische Vollzeitkräfte (SE: Beschäftigtenzahl)	41	107	87	k.A.	168	123

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

1) Lesehilfe: Die Frauen, die im Zeitraum von 2005 bis 2015 65 Jahre alt wurden, haben im Schnitt noch geschätzte gesunde Lebensjahre zwischen 7 Jahren in Deutschland und 4,6 Jahren in Norwegen vor sich.

2) DE: incl. kombinierte Inanspruchnahme von Pflegegeld und von Sachleistungen; FI und IS: eine konsolidierte Gesamtstatistik fehlt. Daher sind hier nur die EmpfängerInnen von Home-Help-Leistungen erfasst; von der Angabe einer Gesamtpflegequote wird abgesehen.

Quellen: (1) Demografische Strukturdaten: Eurostat-Datenbank, „Population on 1 January by five years age group and sex [demo-piangroup]“ mit Update vom 7.2.2017 und „Gesunde Lebensjahre (ab 2004) [hlth\_hlye]“ mit Update vom 22.04.2016;

BIP und Hauptkomponenten - jeweilige Preise [nama\_gdp\_c] mit update vom 15.02.2017 (2) Daten zur formellen Pflege: Amtliche Statistik; genaue Quellenangaben siehe bei Heintze 2015, a.a.O.

Übersichtstabelle). Damit gelingt es, Pflege und Alltagsunterstützung im Kontext integrierter Strukturen so zu organisieren, dass gleichermaßen beim Service wie bei den Arbeitsbedingungen derjenigen, die professionell in der Altenhilfe tätig sind, eine befriedigende bis gute Qualität die Regel ist. Nachfolgend will ich die Unterschiede anhand vier Betrachtungsperspektiven verdeutlichen.

### **Bedeutung der persönlichen Bedarfstage bei der Leistungsgewährung**

Es markiert einen Fortschritt – im Besonderen profitieren davon dementiell erkrankte Menschen –, dass sich das Pflegeverständnis mittlerweile auch in Deutschland von der Verengung auf körperliche Gebrechen gelöst hat. Daran allerdings, dass ein hochbürokratisches Beurteilungsverfahren zur Anwendung kommt, das mit starren Eingruppierungen – früher 3 + 1 Stufen, jetzt 5 Grade – arbeitet und nur bei erheblichem Hilfebedarfe Leistungen zuerkennt, ändert sich nichts. Im Mittelpunkt steht weiterhin weniger der konkrete Mensch mit seinem möglicherweise nur geringen Hilfebedarf; im Mittelpunkt steht die Frage, ob die Einschränkungen bei seiner Alltagskompetenz – gemessen in Punkten – groß genug sind, um im sozialrechtlichen Sinne Pflegebedürftigkeit zu begründen.

Die skandinavischen Länder folgen einer anderen Philosophie. Da sich die individuell höchst unterschiedlichen Bedarfe nicht in ein bürokratisch vordefiniertes Raster pressen lassen, gibt es weder Pflegestufen noch Pflegegrade. Bei den von den Kommunen in eigener Verantwortung durchgeführten Pflege-Assessments geht es darum, dem unterstützungsbedürftigen Menschen die sozialen, alltagspraktischen und medizinisch-pflegerischen Hilfeleistungen zukommen zu lassen, die für seine Gesunderhaltung und ein möglichst selbstbestimmtes Leben erforderlich sind. Was aus deutschem Blickwinkel paternalistisch anmuten mag, ist nach skandinavischem Verständnis Hilfe zur Selbsthilfe. Meist nämlich reichen wenige Stunden Unterstützung pro Woche aus; lediglich eine kleine Gruppe benötigt Betreuung rund um die Uhr.

Nicht nur wegen der geringeren Bedeutung der Angehörigenpflege, sondern auch wegen dieser Niedrigschwelligkeit des Angebots an formalen Unterstützungsleistungen (Home Nursing, Personal Care, Practical Assistance) liegt bei den ab 65-Jährigen und noch mehr

bei den ab 75-Jährigen der Bevölkerungsanteil, der in der eigenen Häuslichkeit professionell umsorgt wird, vielfach so hoch wie in Deutschland. Einem Anteil von 3,3 Prozent der ab 65-Jährigen in Deutschland stehen Anteile zwischen 12 Prozent in Finnland und 20 Prozent in Island gegenüber. Bei den ab 75-Jährigen fällt die Differenz noch weit größer aus. Die Anteile älterer und hochaltriger Menschen, die außerhalb der eigenen Häuslichkeit in Sonderwohnformen (Heime, betreute Wohnanlagen, Pflegewohnungen) versorgt werden, liegen demgegenüber dicht beieinander. Bei der Gesamtgruppe der ab 65-Jährigen bewegt sich der Anteil in Deutschland, Dänemark und Finnland zwischen vier und fünf Prozent; Norwegen und Schweden realisieren etwas höhere Anteile (2013/14: 5,7 Prozent). Auch hier allerdings weitet sich die Differenz, je höher das Alter der Gruppe ist, die betrachtet wird (vgl. die Angaben in der Übersichtstabelle).

Die meisten Menschen möchten im Alter möglichst lange im gewohnten Umfeld der eigenen Häuslichkeit verbleiben. Wo sich die häusliche Versorgung nur noch schwer aufrechterhalten lässt, kann es ein starkes Argument sein, wenn Eigenrhythmen und Gewohnheiten im Heim nicht aufgegeben werden müssen. So ist die Chronobiologie der Menschen z.B. sehr verschieden. Menschen vom Typ Lerche gehen früh zu Bett und stehen früh auf; bei Eulen ist es umgekehrt. Entsprechend dann auch wollen die einen ihre Morgentoilette schon in den frühen Morgenstunden durchlaufen und die anderen einige Stunden länger schlafen. Sofern Pflege, so wie in den "Wohn- und Teilhabegesetzen" der Bundesländer vorgeschrieben „personenzentriert“ erfolgt, geht sie auf diese unterschiedlichen Bedürfnissen ein. Vorausgesetzt freilich sind ausreichend bemessene Personalschlüssel. Skandinavische Länder setzen für eine gleiche Zahl von HeimbewohnerInnen rund dreimal so viel an Personal ein wie in Deutschland. Wer wollte bestreiten, dass mit einer um so viel besseren Personalausstattung Zeit für individuelle Betreuung, für Aktivierung und für so Manches verfügbar ist, was Pflegekräfte in Deutschland auch gerne leisten würden, wenn es denn die Personaldecke zuließe?

**Vorrang für Prävention und Gesundheits-erhaltung: Anspruch und Realität**  
Hoch entwickelte Gesellschaften sind

alternde Gesellschaften. Der Anteil junger Menschen und der Anteil derjenigen, die sich im erwerbsfähigen Alter befinden, sinkt; parallel steigen die Bevölkerungsanteile der Altersgruppen von 65+, 75+, 80+ usw. Da mit dem Alter das Risiko für eine ganze Reihe chronischer Erkrankungen steigt – Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, Gelenkverschleiß, Demenz sind wichtige Stichworte –, gewinnt die Frage nach dem Anteil, der von der Gesamtlebenserwartung auf gesunde Lebensjahre entfällt, wachsende Bedeutung. Steigen mit der Lebenserwartung die gesunden Lebensjahre überproportional oder geht der Zuwachs an Jahren einher mit einer Ausweitung von Multimorbidität? Antwort auf diese Frage gibt der vom Statistischen Amt der europäischen Gemeinschaft (Eurostat) auf Grundlage eines Schätzverfahrens ermittelte Indikator „Gesunde Lebensjahre“ (HLY). Abgesehen von Finnland erreichen die nordischen Länder hier Bestwerte. Frauen, die in der Dekade von 2005 bis 2014 65 Jahre alt wurden, kommen im Schnitt auf verbleibende 12,9, Männer auf 12,7 gesunde Lebensjahre verglichen mit nur sieben resp. 6,9 gesunden Jahren in Deutschland. Für Einzeldaten siehe die Tabelle.

Nicht nur dieser Befund, sondern auch der Umstand, dass in Deutschland doppelt so hohe Anteile Älterer wie in Norwegen, Schweden, Dänemark oder Island von Einschränkungen bei ihren Alltagsaktivitäten berichten, kontrastiert mit dem gesetzlich normierten Anspruch, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten" (Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI, § 2) und der Prävention so Vorrang einzuräumen, dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit vermieden oder zeitlich hinausgeschoben wird. Die große Kluft zwischen Anspruch und Realität verweist auf Schwachpunkte des Pflege- wie auch des Gesundheitssystems insgesamt. Bei der Akutversorgung von Kranken ist das deutsche Gesundheitswesen sehr leistungsfähig, bei der Prävention und im Umgang mit Multimorbidität sieht es anders aus. Das Problem ist vielschichtig. Es beginnt schon damit, dass sich die Vermeidung von Schäden schwer mit der Logik eines Versicherungssystems vereinbaren lässt, zumal wenn es viele Kassen gibt und diese untereinander im Wettbewerb stehen. Zur Versicherungslogik gehört die Bindung der Leistungsgewährung an den

Eintritt des Schadensfalles. Wenig verwunderlich weist das deutsche System daher eine geringe Präventionsorientierung auf. In den nordischen Ländern gelingt die Implementation besser, weil die Versorgung auf öffentlichen Diensten fußt, bei denen Leistungserbringung und Leistungsfinanzierung weitgehend zusammenfallen. Es rechnet sich für Kommunen, wenn die Zahl von Knochenbrüchen dadurch sinkt, dass sie alten Menschen bei besonders unfallträchtigen Haushaltsverrichtungen, beispielsweise beim Fensterputzen, Hilfsstellung zukommen lassen. Den möglichen Mehrausgaben nämlich stehen konkrete Einsparungen, einmal bei der Behandlung und Nachsorge von Knochenbrüchen, dann bei der Langfristpflege gegenüber.

Dass Prävention im deutschen Altenpflegesystem bislang kaum angekommen ist, erklärt sich freilich nicht ausschließlich über die Hürden, die von der Versicherungslogik ausgehen. Es kommen weitere Faktoren hinzu. So waren die Pflegekassen bislang gar nicht Träger präventiver und rehabilitativer Maßnahmen. Zuständig für SeniorInnen sind die Krankenkassen. Sie aber haben keinen ökonomischen Anreiz, mit Ausgaben in Vorleistung zu gehen, deren Nutzen dann bei den Pflegekassen anfällt. Lediglich in Altenheimen wurden überhaupt gewisse Präventionsausgaben getätigt; 2013 kümmerliche sieben Euro pro Einwohner. In Skandinavien werden ganz andere Summen investiert. Beispiel Dänemark. Einerseits zwar – dies stößt auf reichlich Kritik – führen Sparzwänge dazu, dass Kommunen Leistungen der permanenten Hilfe seit einigen Jahren restriktiver gewähren. Andererseits haben sich die Ausgaben bei der Haushaltsposition „Preventive effort for the elderly and handicapped“ von 2,4 Mio. DKK (2007) auf 8,03 Mio. DKK (2015) mehr als verdreifacht. Die rechnerischen Ausgaben pro 65+-EinwohnerIn stiegen von 376 Euro (2007) auf 1.023 Euro (2015).

**Dr.<sup>in</sup> rer. pol. Cornelia Heintze**  
Stadtkämmerin a. D.  
Politologin und Coach  
Sie publiziert fachübergreifend im  
Bereich international vergleichender  
Staats- und Wohlfahrtsforschung

Fortsetzung nächste Ausgabe.

Erstveröffentlichung: „Stimme der Familie“, Heft 6/2016, Jg. 63, hrsg. v. Familienbund der Katholiken, Berlin



## Regressaggressionen

Ins Heim hätt i schon längst wulln, damit i meine Leut net zur Last foll, aber wia da Regress noch aktiv war, hom die Kinda imma gsogt, na Mama wir schoffen des schon, bitte bleib daham, wir holten olle zsamm, sunst is des Haus weg, die gehen ins Grundbuach und fort is des Häuserl.

Es is imma schwieriger gworden, amol bin i deppert hergfallen, dann homs a 24 Stunden Pflege organisiert, wor eh lieab, aber aunstrengend a, für mi und für sie. Vastaunden homma beide an Schaß aber fürs Hirn is eh xund, wennst die auf wos neichs konzentrieren musst. Bis i draufkumman bin, wos sie mit „Exerzizi, Exerzizi“ meint, hots a Zeitl dauert, aber nochdem ma dann immer turmt hoben, denk i, sie hot damit die Übungen gmeint.

Kaum hob i mi an Ane gwöhnt, is schon die Aundere kumman. Des hot mir Mut gmocht, wieder söbstständig zwerden. Seither wüll i vom Ausziagn nix mehr wissen! Hob i guat hinkriegt, seit einiger Zeit kumm i mit da Hauskrankenpflege und ana Heimhilfe ganz gut klar.

Und dann homs den Regress obgschofft! Aber ganz komisch ... daham, für die 24 Stunden Pflege und Heimhilfe etc. zohlst weiterhin zuwi, aber wennst ins Heim gehst, is ois gratis, quasi all inklusiv!

Oh je, und des hom die Jungen dafragt. Mehr hättst net braucht!  
Af amol faungens an, ... Oma, du wulltest ja früher immer ins Heim gehen, wir Kinder san zsammgsessen und haben beratschlagt, dass du in die Seniorenresistenz darfst, weil du des so gern willst, wir werden des Finanzielle schon schaffen, des soll net deine Sorge sein.

Die Enkerl san hinter der Tür gstanden: Schere, Stein, Papier, des Zimmer von der Oma ghört bold mir!

Und i hob Regressaggressionen!  
Pfiat Euch!

**Ermi-Oma**

Eure Ermi-Oma

Markus Hirtler, Sozialmanager, hat über 20 Jahre als Pfleger, Pflegedienstleiter und Heimleiter gearbeitet. Mit seiner Kunstfigur „Ermi-Oma“ erhebt der Kabarettist seine Stimme für die Menschen, die in unserer „Altersentsorgungsgesellschaft“ nicht gerne gehört werden.