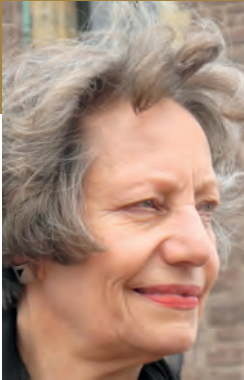


Wie sieht die sorgende Gesellschaft der Zukunft aus?



Cornelia Heintze

Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem

– Ein Vergleich des deutschen und nordischen Systems (Teil 2)

Das dänische Altenpflegesystem: familienbasiert

Zentrale Säule im dänischen Präventionskonzept sind die präventiven Hausbesuche. Sie dienen der Gesunderhaltung, auch mit der Funktion, Prozessen der Vereinsamung älterer Menschen rechtzeitig entgegen zu treten. Seit 2002 ist der "präventive Hausbesuch" als kommunale Pflichtaufgabe einheitlich geregelt. 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 können dazu Ja oder Nein sagen. Zusätzlich zu dem guten Drittel der ab 75-Jährigen, die dauerhaft formelle Leistungen erhalten, wird über dieses Instrument ein weiteres Viertel der Altersgruppe von 75+ erreicht.

Von dem systematischen Vorgehen, das hier deutlich wird, ist Deutschland weit entfernt. Nach Jahren des Ringens und der Ankündigungen hat der Bundestag am 24. Juli 2015 zwar endlich ein Präventionsgesetz verabschiedet (BGBl. I Nr.3r, S. 1368), das den

Bereich der Langfristpflege mit umfasst. Pflegekassen sind bei der stationären Versorgung nun auch Träger präventiver Maßnahmen. Dies ist zu begrüßen. Die gesetzlich vorgegebenen Mittel – 30 Cent jährlich pro Versichertem – sind freilich so gering bemessen, dass sich damit keine systematische Präventionsarbeit finanzieren lässt.

Unterstützung pflegender Angehöriger

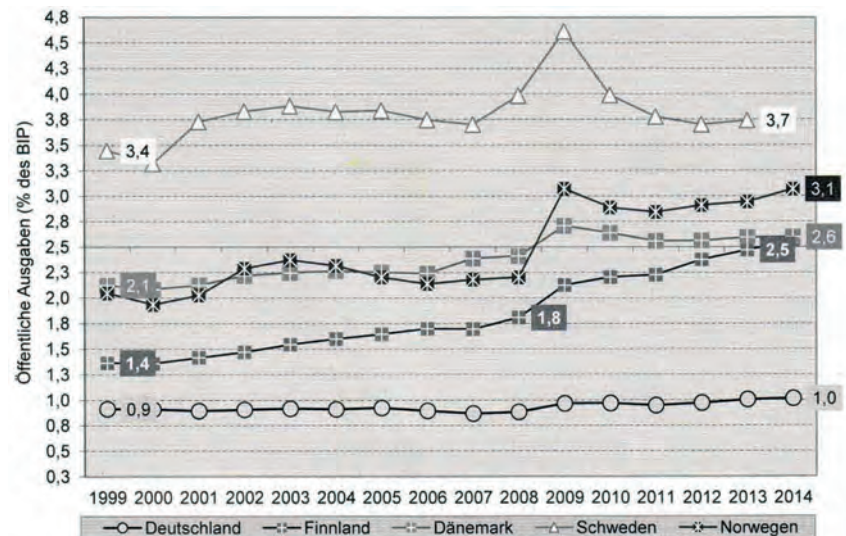
Von den anerkannt Pflegebedürftigen werden in Deutschland rund 48 Prozent ausschließlich von ihren Angehörigen gepflegt. Da jedoch – anders als in Skandinavien – die Zuerkennung von Leistungen einen erheblichen Grad an Pflegebedürftigkeit voraussetzt, liegt die tatsächliche Zahl dauerhaft unterstützungsbedürftiger Personen weit höher, als es von der amtlichen Statistik ausgewiesen wird – mit in der Konsequenz auch einer höheren Bedeutung informeller Pflege. Nach den Schätzangaben im 6. Altenbericht (BT. Drs. 17/3815, S. 186) kann davon ausgegangen werden, dass auf jeden anerkannt Pflegebedürftigen – Ende 2015 waren dies 2,86 Mio., darunter 2,44 Mio. Ältere ab 65 Jahren – zwei Personen mit Pflegebedarfen unterhalb der gesetzlichen Schwelle kommen. Aktuellere Schätzungen liegen nicht vor; der Ende 2016 publizierte 7. Altenbericht trifft dazu keine Aussage.

In den nordischen Ländern spielt die ausschließliche Angehörigenpflege schon der anderen Grundausrichtung entsprechend eine geringere Rolle. In der Folge allerdings existieren auch kaum Statistiken. Bei Norwegen deuten Schätzungen auf einen Anteil von rund 10 Prozent hin. Tendenziell am höchsten, deshalb auch statistisch erfasst, dürfte die Bedeutung informeller Pflege in Finnland sein. 2014 wurden 2,6 Prozent der EinwohnerInnen im Alter von 65+ gegen

Zahlung eines Pflegegeldes informell gepflegt, dem standen 10,6 Prozent gegenüber, die Home-Help-Leistungen und 6,2 Prozent, die reguläre häusliche Pflege erhielten. Trotz der quantitativ geringeren Bedeutung reiner Angehörigenpflege ist die staatliche Unterstützung höher. In Deutschland führt die ideologische Überhöhung der Familienpflege nicht selten dazu, dass die informell Pflegenden – zu zwei Dritteln handelt es sich um Frauen – Belastungen auf sich nehmen, die sie dauerhaft kaum tragen können. Permanente Überlastung aber hat seinen Preis. Greifbar wird er anhand der Auswertung von Kassendaten. Pflegenden Angehörige weisen danach einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf als nicht-pflegende Angehörige (siehe DAK-Pflegereport 2015, S. 24ff). In den nordischen Ländern ist der Staat bemüht, die informelle Pflege nahe an die formelle Pflege heranzuführen. Dies zum Schutz der Pflegebedürftigen vor Fehlpflege und der Angehörigen vor Überforderung. Auf das Beispiel von Dänemark möchte ich stichwortartig kurz eingehen:

- Bei der regulären Übernahme von Pflege durch eine nichtgewerbsmäßige Pflegeperson (in der Regel: Angehörige), schließt die informell pflegende Person mit der Gemeinde einen Kontakt, der Rechte und Pflichten regelt.
- Der Pflege- und Unterstützungsbedarf wird bei der formellen wie der informellen Pflege in einem Pflegeplan niedergelegt. Auf die dort fixierten Leistungen hat die/der Pflegebedürftige in jedem Fall einen Anspruch.
- Die informelle Pflegeperson erhält ein Pflegegeld und hat Anspruch auf Freizeit, Urlaub, Rente und eine Unfallversicherung. Dies übernimmt die Gemeinde.

Abbildung: Öffentliche Ausgaben der Langfristpflege in % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) 1999 - 2014 im deutsch-skandinavischen Vergleich



Erläuterung: 2014 entsprach ein BIP-Prozentpunkt in Deutschland 30 Mrd. €.

Quellen: (1) BIP: Eurostat, "BIP und Hauptkomponenten, [name_to_gdp]";

(2) Öffentliche Ausgaben der Langfristpflege: Nationale amtliche Statistik (DK, FI, NO; SE: Kommunale Rechnungsergebnisse; DE: Gesamtausgaben der Sozialen Pflegeversicherung und Rechnungsergebnisse der Kommunen)

- Bei temporärer Pflege (2.8. plötzlich eintretender Pflegefall) im Umfang einer Vollzeitbeschäftigung kann ein zeitlich befristetes Arbeitsverhältnis mit der Gemeinde zustande kommen respektive wird eine Lohnersatzleistung gewährt. Das temporäre Beschäftigungsverhältnis mit der Gemeinde ist auf maximal sechs Monate beschränkt. Aktuell (2016) erhält die Pflegeperson dann ein Entgelt von 21.546 DKK, umgerechnet rund 2.882 Euro/monatlich.

In der Falle des doppelten Privatvorrangs

Mit der Schaffung der Pflegeversicherung wurde unter dem Label der Subsidiarität ein doppelter Privatvorrang etabliert: privat-gewerbliche Dienstleister wurden den freigeinnützigen Dienstleistern gleichgestellt; beide gehen den öffentlichen Trägern vor. Dies als Teil eines Sets von Spielregeln, die über den Preiswettbewerb eines Quasimarktes auf eine stetig wachsende Privatisierung sowohl der Kosten wie der Leistungserbringung gerichtet sind. Die Politik erreicht so ihr primäres Ziel der Geringhaltung der Beitragssätze und damit der öffentlichen Ausgaben, ohne in Haftung dafür genommen zu werden, dass die gesetzlich normierten Qualitätsziele schon aus Kostengründen in der Realität kaum ankommen. Die Erreichung von Qualitätszielen hat sie an die Selbstverwaltung der untereinander im Wettbewerb stehenden Marktakteure delegiert. Um rund ein Drittel lag die Zahl der Leistungsempfänger 2013 höher als 1999 mit auch wachsender Konzentration bei Personen, die 80 Jahre und älter sind. Trotzdem bewegten sich die öffentlichen Ausgaben (inclusive der kommunalen Altenhilfeausgaben) 2014 mit nur einem Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) kaum über dem Niveau von 1999. Wie

aus der Abbildung ersichtlich, investierten die nordischen Länder schon Ende der 90er Jahre höhere Anteile und haben dieses Niveau zwischenzeitlich noch gesteigert. Im Besonderen gilt dies für Finnland. Das dortige System war in den 90er Jahre nicht auf der Höhe der anderen skandinavischen Länder. Im Bestreben Anschluss zu finden, wurde der öffentlich investierte BIP-Anteil von 1,37 (1999) auf 2,56 (2014) Prozent angehoben. Um dieses Niveau bezogen auf das Jahr 2014 zu erreichen, müsste Deutschland seine öffentlichen Ausgaben um gut 46 Mrd. Euro steigern. Tatsächlich jedoch ist noch nicht einmal eine Dynamisierung der Ausgaben geplant; bei den jüngsten Pflegereformen wurde beschlossen, den Beitragssatz auf dem niedrigen Niveau von ab dem 1.1.2017 2,55 respektive 2,8 Prozentpunkten für Kinderlose bis zum Jahr 2022 einzufrieren. Dies ist eine Garantie dafür, dass sich die Spirale stetig wachsender Kostenprivatisierung unvermindert fortsetzt.

Auch bei der Leistungserbringung stehen die Weichen weiter auf Privatisierung. Vor Einführung der Pflegeversicherung spielten die gewinnorientierte Träger kaum eine Rolle. Es dominierten die freigemeinnützigen Non-Profit-Akteure. Gleichzeitig jedoch

gab es eine kritische Masse kommunaler Träger, so dass die Tarife des öffentlichen Dienstes Bindungskraft auch für die kirchlichen Träger entfaltet. Mit der Erosion öffentlicher Trägerschaften – 2013 entfiel auf sie weniger als fünf Prozent des Leistungsvolumens – und dem Siegeszug kommerzieller Anbieter, die ausgehend von Nord- und Ostdeutschland in zunehmend mehr Bundesländern die Marktführerschaft übernommen haben, ist dies entfallen. Die Altenpflege wurde zu einem von Niedriglöhnen geprägten Beschäftigungsfeld mit nur noch geringer Tarifbindung. Relativ am höchsten (gemessen am Durchschnittseinkommen des jeweiligen Bundeslandes) sind die Einkommen der Altenpflegefach- und -hilfskräfte tendenziell in den Bundesländern, wo wie im Saarland, Bayern oder Nordrhein-Westfalen der Kommerzialisierungsgrad noch vergleichsweise gering ist. Da die Kehrseite jedoch in höheren privaten Zuzahlungen besteht, können sich just im Saarland besonders viele Menschen einen Heimplatz finanziell gar nicht mehr leisten. So aber schnappt die Falle zu. Einen Ausweg aus dieser Negativentwicklung kann es ohne die Übernahme von deutlich mehr öffentlicher Verantwortung bei der Finanzierung, Steuerung und Leistungserbringung bei gleichzeitiger Absenkung

des Kommerzialisierungsgrades nicht geben.

An Deutschland gemessen ist die im skandinavischen Raum erfolgte Privatisierung und Vermarktlichung gering und betrifft zudem nur die Leistungserbringung. Kommunen haben Versorgungsanteile abgegeben, bleiben aber die zentralen Akteure; im Schnitt haben vier von fünf der im Pflegebereich Beschäftigten einen kommunalen Arbeitgeber. Die Tarifbindung in der Folge ist annähernd flächendeckend. Gleichwohl sind die innerskandinavischen Unterschiede gewachsen.

Anfang der 90er Jahre trieb zunächst Schweden, dann Finnland die Öffnung für private Anbieter voran; eine Dekade später (2002/2003) folgte Dänemark. Kommunen können Leistungen nun im Wettbewerb ausschreiben und Pflegebedürftige den Dienstleister teilweise frei wählen. Auf die Gesamtleistungen bezogen (häusliche und institutionelle Versorgung) hat sich in Schweden das größte Privatsegment entwickelt, während umgekehrt in Norwegen weniger als 10 Prozent der öffentlichen Ausgaben an Privatakteure fließen. Die von der Vermarktlichung erhofften Qualitäts-

und Effizienzgewinne sind nicht eingetreten. Eingetreten sind Verschlechterungen bei der Qualifikation des Personals und der kommunalen Steuerung. An die Stelle direkter Steuerung tritt bei der Vergabe von Leistungen die indirekte Steuerung über Verträge. Dass in Schweden immer noch kein nationaler Demenzplan in der Umsetzung ist, könnte damit in Zusammenhang stehen. Jedenfalls ist auffällig, um wieviel weiter Norwegen bei der gezielt auf Demenzkranke ausgerichteten Weiterentwicklung seiner pflegerischen Infrastruktur ist. Als 2005 die Entwicklung des Nationalen Demenzplanes 2015 startete – er ging ab 2007 in die Umsetzung – war das Thema „Demenz“ in der Gemeindeplanung noch kaum angekommen. Zwischenzeitlich beschäftigen 94 Prozent der Gemeinden speziell geschultes Personal und der Anteil von Gemeinden, die Tagesangebote für in der eigenen Häuslichkeit versorgte Demenzkranke vorhalten, stieg von 44 Prozent (2010) auf 71 Prozent (2014). Ab 1. Januar 2020 soll es dann überall integrierte Versorgungsketten geben; die Vorhaltung Zielgruppen gerechter Tagesangebote wird gemäß Festlegung im Demenzplan 2020 dann zu einer kommunalen Pflichtaufgabe.

Schlussbemerkung

Es geht bei internationalen Vergleichen nicht darum, ein anderes System zu übernehmen. Die Funktion ist eine andere. Internationale Vergleiche, zumal solche mit Ländern, die bestimmte Ziele besser erreichen, halten uns einen Spiegel vor, der Instrument der Selbsterkenntnis sein kann. Wer den Blick über den Tellerrand scheut, wird kaum zu neuen Ufern vordringen. Betriebsblindheit wie auch der Verzicht auf die kritische Infragestellung lange gepflegter Glaubenssätze verhindern dann gemeinsam, dass neue Weichenstellungen gewagt werden. Dass diese immer am eigenen System andocken müssen, ist geschenkt. Es geht darum, aus Vergleichen zu lernen und die Lerneffekte für eigenes Handeln fruchtbar zu machen.

Dr.ⁱⁿ rer. pol. Cornelia Heintze
Stadtkämmerin a. D.
Politologin und Coach

Sie publiziert fachübergreifend im
Bereich international vergleichender
Staats- und Wohlfahrtsforschung

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

Ausgewählte Textpassagen aus der Originalstudie

“Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland” (Download www.fes.de > Suche “Highroad”)

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.

Welten trennen Deutschland dagegen von dem Grad, mit dem skandinavische Wohlfahrtsstaaten ältere Menschen dabei unterstützen, **möglichst lange im eigenen häuslichen Umfeld zu verbleiben.** Die Anteile liegen um das Vielfache so hoch. Hauptgrund sind die niedrigen Zugangsschwellen. Es reicht ein Unterstützungsbedarf von wenigen Stunden in der Woche resp. von einmal in der Woche (Finnland). ... Das Gros der skandinavischen LeistungsempfängerInnen könnte nach deutschem Recht weder die Pflegestufe 1 noch die Pflegestufe 0 erhalten. **In Dänemark benötigen annähernd zwei Drittel der EmpfängerInnen von Home-Help-Leistungen eine wöchentliche Unterstützung von weniger als zwei Stunden.** Auch in den anderen nordischen Ländern liegt das wochendurchschnittliche Stundenvolumen pro EmpfängerIn häuslicher Dienste weit unter der Schwelle, die das in Deutschland praktizierte Begutachtungsverfahren für die Zuweisung der untersten Pflegestufe voraussetzt. ... **Der Vergleich mit den nordischen Ländern lehrt vielmehr, dass öffentliche Ausgaben in der Größenordnung von über zwei Prozent des BIP erforderlich sind, wenn dem Anspruch, ein qualitativ hochwertiges und demenzgerechtes Altenhilfesystem zu betreiben, in der Praxis entsprochen werden soll.**