

VdK-Forum

Megathema Pflege

Reichen neue Akzente oder
brauchen wir einen Neustart?



VdK-Forum
München
5. März 2020

SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



unabhängig. solidarisch. stark.

Herausgeber:

Sozialverband VdK Bayern e.V.
Schellingstraße 31
80799 München
Telefon: 089 / 2117-0
Telefax: 089 / 2117-258
eMail: info@vdk.de
Internet: www.vdk-bayern.de

Für die Beiträge sind die jeweiligen Autoren verantwortlich.
Alle Fotos © Sozialverband VdK Bayern, außer:
Verena Bentele © Susie Knoll (Seite 8)
Dr. Cornelia Heintze © privat (Seite 20)

Druck:

Druckerei Dimetria-VdK gemeinnützige GmbH
Rennbahnstraße 48
94315 Straubing
Telefon: 09421 / 9290-100
Telefax: 09421 / 9290-109
eMail: info@dimetria.de
Internet: www.dimetria.de

VdK-Forum

Inhalt

Michael Pausder

Begrüßung

S. 5 – 7

Verena Bentele

Grußwort

S. 8 – 11

Dr. Frank Berner

Was müssen Kommunen in der Pflege leisten? –

Erkenntnisse aus dem Siebten Altersbericht der Bundesregierung

S. 12 – 19

Dr. Cornelia Heintze

Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem –

Welche Impulse liefert der Vergleich?

S. 20 – 46

Hermann Imhof

Herausforderungen in der Pflege –

Bestandsaufnahme aus bayerischer Sicht

S. 47 – 54

Prof. Dr. Stefan Greß/Christian Jesberger

Perspektiven für die Pflegeversicherung

S. 55 – 64

Die Expertenrunden des sozialpolitischen Forums des Sozialverbands VdK Bayern.



Von links: VdK-Landesvorsitzende Ulrike Mascher, Dr. Frank Berner, VdK-Präsidentin Verena Bentele, VdK-Landesgeschäftsführer Michael Pausder, Dr. Cornelia Heintze, Prof. Dr. Stefan Greß



Von links: stv. VdK-Landesvorsitzender Hermann Imhof, VdK-Präsidentin Verena Bentele, MdL Bernhard Seidenath, VdK-Landesvorsitzende Ulrike Mascher, MdL Ruth Waldmann, Dr. Cornelia Heintze, VdK-Landesgeschäftsführer Michael Pausder, Prof. Dr. Stefan Greß, Moderator Nikolaus Nützel

Michael Pausder

Landesgeschäftsführer des
Sozialverbands VdK Bayern e.V.
München

Begrüßung

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich begrüße Sie zu unserem VdK-Forum
zum Megathema Pflege mit dem Untertitel
„Reichen neue Akzente oder brauchen wir
einen Neustart?“

Ein völliger Neustart wäre wohl übertrieben, aber kleinere Reformen reichen sicher auch nicht mehr aus. Da brauchen wir schon gravierendere Eingriffe ins Pflegesystem, um den künftigen Herausforderungen gerecht zu werden, ähnlich wie bei der Rente, bei der wir mit Nachdruck einen Systemwechsel hin zu einer Erwerbstätigenversicherung fordern, in die auch Selbstständige, Beamte und Abgeordnete einzahlen.

Und gerade dafür wollten wir am 28. März 2020 hier in München auf die Straße gehen. Höhere Gewalt in Form des Coronavirus hat uns nun einen Strich durch die Rechnung gemacht. Schweren Herzens haben wir uns am Montag für eine Absage unserer Demo entschieden.

An erster Stelle stehen für uns die Gesundheit und der Schutz unserer Mitglieder und aller Demonstrationsteilnehmer, unter denen viele Senioren sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen gewesen wären. Wir



wollten sie keinen unkalkulierbaren Ansteckungs-Risiken aussetzen, wie es Menschenansammlungen mit vielen Tausend Teilnehmern mit sich bringen können.

In der Demo-Vorbereitung steckte richtig viel Arbeit drin.

Mein besonderer Dank gilt deshalb hier zunächst allen rund 60 heute anwesenden ehren- und hauptamtlichen VdK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in den vergangenen Monaten in ihren Bezirken, Kreis- und Ortsverbänden unglaublich viele Menschen für die geplante Demo „Soziales Klima retten!“ mobilisiert haben.

Über 300 voll besetzte Busse waren bereits angemeldet.

Sie haben wirklich alles dafür getan, damit viele Tausende VdKlerinnen und VdKler und andere Interessierte gekommen wären.

Aber aufgeschoben ist nicht aufgehoben: Unsere Großdemonstration werden wir zu gegebener Zeit nachholen. Das Corona-

virus wird hoffentlich bald wieder verschwunden sein, die sozialen Missstände in unserem Land werden es leider nicht sein. Wachsende Altersarmut, ungerechte Rentenbesteuerung, unbezahlbare Mieten und Pflege, die arm macht – das sind alles Gründe, um dieses oder nächstes Jahr auf die Straße zu gehen.

Doch jetzt zum heutigen Fachforum: Das Thema Pflege bildet für den VdK schon seit Jahrzehnten ein Schwerpunktthema. Die gesetzliche Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung ist 1995 nicht zuletzt auch wegen des jahrelangen hartnäckigen Drängens des VdK eingeführt worden.

Die letzten beiden größeren Reformen hat ebenfalls der VdK mit angeschoben mit seiner Kampagne „Pflege geht jeden an“ im Jahr 2011 sowie mit seiner weiteren Kampagne „Große Pflegereform jetzt!“ im Jahr 2014.

Wir haben uns durchgesetzt mit unserer langjährigen Forderung nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der endlich dafür sorgte, dass seit 2017 demenziell Erkrankte nicht mehr durchs Raster der gesetzlichen Pflegeversicherung fallen.

2014 haben wir auch öffentlichkeitswirksam Verfassungsbeschwerden für menschenwürdige Bedingungen in allen Pflegeheimen erhoben. Diese wurde zwar vom Bundesverfassungsgericht nicht angenommen, hat aber sicher mit dazu beigetragen, dass Rahmenbedingungen in stationären Einrichtungen zum Wohle pflegebedürftiger Menschen verbessert wurden.

2020 ist nun nicht nur das von der WHO ausgerufenen „Internationale Jahr der Pflegenden und Hebammen“, sondern auch das Jahr, in dem Gesundheitsminister Jens Spahn für Mitte des Jahres einen Vorschlag angekündigt hat, wie die künftige Finanzierung der Pflege aussehen kann.

Fakt ist, dass unsere Pflegebedürftigen und Pflegenden in Deutschland persönlich, finanziell und personell unzumutbaren Belastungen ausgesetzt sind. Immer mehr pflegende Angehörige müssen die Erfahrung machen, dass Pflege krank und arm macht. Ein „Weiter so!“ kann keinesfalls die Lösung sein. Es sind weitreichende und nachhaltige Änderungen notwendig, und zwar an erster Stelle die Einführung einer Pflegevollversicherung.

Wir haben für unser heutiges Forum wieder einmal anerkannte Fachleute gewinnen können, die ich an dieser Stelle gerne begrüßen möchte.

Den Auftakt macht heute die Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland und stellvertretende Landesvorsitzende des Sozialverbands VdK Bayern und ehemalige Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, Herzlich willkommen, Verena Bentele!

Wir freuen uns auch auf die Ausführungen von Dr. Frank Berner vom Deutschen Zentrum für Altersfragen und der dort angesiedelten Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung. Sein Vortrag lautet „Was müssen Kommunen in der Pflege leisten? – Erkenntnisse aus dem Siebten Altersbericht der Bundesregierung“. Auch Sie, Herr Dr. Berner, heißen wir ganz herzlich willkommen!

Ebenso herzlich begrüßen wir die Politologin Dr. Cornelia Heintze aus Leipzig. Sie wird uns den skandinavischen Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem vorstellen, und wir werden sehen, ob Deutschland sich davon nicht einiges abschauen könnte. Wir sind schon sehr gespannt auf Ihre Ausführungen, Frau Dr. Heintze!

Nach dem Mittagessen wird Hermann Imhof, stellvertretender Landesvorsitzender des Sozialverbands VdK Bayern und früherer Landtagsabgeordneter und Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung, die Herausforderungen in der Pflege aus bayerischer Sicht analysieren. Herzlich willkommen, lieber Hermann Imhof!

Der weitere Verlauf des Nachmittags wird dann unter der Fragestellung stehen, welche Änderungen in der Pflegeversicherung und insbesondere in der Pflegefinanzierung notwendig und möglich sind.

Einen Impuls dazu werden wir von Prof. Dr. Stefan Greß von der Hochschule Fulda bekommen.

Anschließend werden wir diese Frage mit ihm sowie unserer Landesvorsitzenden Ulrike Mascher, dem Landtagsabgeordneten und Vorsitzenden des Gesundheits- und Pflegeausschusses des Bayerischen Landtags, Bernhard Seidenath von der CSU, sowie der stellvertretenden Ausschussvorsitzenden, Ruth Waldmann von der SPD, in einer Diskussionsrunde erörtern. Herzlich willkommen Ihnen allen.

Besonders begrüßen möchte ich noch den heutigen Moderator Nikolaus Nützel vom Bayerischen Rundfunk.

Wir kennen uns mittlerweile seit über 20 Jahren. Im Jahr 2000 haben Sie für den BR und für dpa einen Hintergrundbericht über die im Vergleich zu anderen Organisationen ungewöhnlich gute Mitgliederentwicklung des VdK Bayern gemacht.

Damals hatten wir gerade das 400.000. Mitglied aufgenommen.

Heute sind es über 714.000, und täglich kommen zwischen 150 und 200 neue Mitglieder dazu. Das freut uns, vor allem auch, weil es unsere Schlagkraft und politische Durchsetzungsfähigkeit erhöht.

Lieber Herr Nützel, ich freue mich sehr, dass Sie als ausgewiesener Gesundheits- und Pflegeexperte des Bayerischen Rundfunks heute die Moderation übernehmen. Vielen Dank.

Verena Bentele

Präsidentin des Sozialverbands VdK
Deutschland e.V.
Berlin

Grußwort

Ich freue mich sehr, dass wir heute über das große Thema Pflege sprechen können: Viele Fragen sind offen, und es gibt meines Erachtens oft noch zu wenig Lösungen und Erkenntnisse, darauf möchte ich in meiner Rede eingehen. Beim sozialpolitischen Forum geht es darum, sich innerverbandlich und mit Expertinnen und Experten auszutauschen, sowie um Impulse aus der Wissenschaft. In diesem Zusammenhang freut es mich sehr, die Referentinnen und Referenten des Tages begrüßen und willkommen heißen zu dürfen: Dr. Frank Berner vom Deutschen Zentrum für Altersfragen in Berlin, Dr. Cornelia Heintze, Stadtkämmerin a. D. und Politologin in Leipzig, unseren stellvertretenden Landesvorsitzenden und ehemaligen Patienten- und Pflegebeauftragten der Bayerischen Staatsregierung, Hermann Imhof, und von der Hochschule Fulda Prof. Dr. Stefan Greß. Außerdem möchte ich unsere weiteren Podiumsteilnehmer des Nachmittages begrüßen. Neben unserer Ehrenpräsidentin und Landesvorsitzenden Ulrike Mascher sind dies die Landtagsabgeordneten Bernhard Seidenath und Ruth Waldmann.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe VdKlerinnen und VdKler,
in diesen bewegten Zeiten möchte ich zunächst allen hier im Raum danken. Danke,



dass Sie heute alle hier sind und mit uns ins Gespräch kommen. Aus gegebenem Anlass möchte ich ein paar Worte zu unserer leider abgesagten Großdemonstration sagen. „Soziales Klima retten!“, dieser Slogan ist und bleibt aktueller denn je. Der VdK bleibt bei seinen Ankündigungen, und wir werden daher unser Engagement gegen Altersarmut und für eine gerechte Rente aufrechterhalten und die Demonstration nachholen. Nur gemeinsam können wir etwas für eine gute Rente und auch für bessere Bedingungen in der Pflege erreichen.

Damit komme ich zu unserem heutigen Thema, nämlich der Pflege. Wir wissen alle, in den Familien wird Unglaubliches geleistet. Diese Worte hat auch unsere Bundeskanzlerin Frau Dr. Angela Merkel benutzt, und diesen Worten kann ich mich nur mit voller Überzeugung anschließen.

Aktuell gehen wir davon aus, dass Angehörige nicht nur Unglaubliches leisten, sondern

dass sie es fast nicht mehr bewältigen können. Pflegebedürftige Personen sind teils unterversorgt und pflegende Angehörige sind oft überfordert. Das hören wir tagtäglich von unseren Mitgliedern – viele von ihnen sind Menschen, die selbst Pflege benötigen oder Angehörige pflegen. Kürzlich hat uns eine Frau, die ihren Ehemann pflegt, erzählt, dass sie eigentlich selbst dringend in die Reha müsste, diese aber absagen musste, weil kein Kurzzeitpflegeplatz zu bekommen war. Solche Nachrichten stimmen uns sehr besorgt und sind für uns als Sozialverband VdK einerseits ein Grund, warum wir heute das Forum zum Thema Pflege machen, warum wir uns aber andererseits auch in der Zukunft neben den Megathemen Altersarmut und Rente weiter intensiv mit der Pflege beschäftigen wollen.

Pflegende Angehörige beuten sich selbst oft psychisch und physisch so aus, dass sie während oder nach der Pflege von Angehörigen häufig selbst zum Pflegefall werden.

Und das Problem wird immer größer: Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen steigt immer weiter an. Vor 20 Jahren gab es zwei Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland, heute sind es schon 1,4 Millionen mehr:

Fest steht, die meisten Menschen wollen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit in den eigenen vier Wänden versorgt werden – sie wollen ihr gewohntes Umfeld nicht verlassen. Zu Hause sind die Strukturen bekannt, und dort fühlt man sich wohl, geborgen und vertraut. Ein anderer Grund ist aber sicherlich auch ein finanzieller, nämlich, dass für viele Menschen Pflege in einer Einrichtung schlichtweg nicht zu finanzieren ist. Viele wollen ihre Angehörigen, vor allem Kinder

und Enkel, nicht mit den Kosten der Pflege im Pflegeheim belasten. Deshalb werden in Deutschland und auch in Bayern mehr als 70 % der Pflegebedürftigen zu Hause entweder durch Angehörige oder zusammen mit ambulanten Pflegediensten gepflegt.

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste steigt stetig an, sodass es heute mehr ambulante Pflegedienste als Pflegeheime in Bayern gibt. Obwohl es immer mehr Dienste gibt, sind es trotzdem noch viel zu wenig – sie können längst nicht mehr all das leisten und abdecken, was eigentlich von den pflegebedürftigen Menschen in Bayern gebraucht wird. Es gibt sogar Regionen in Bayern, wie zum Beispiel Fürstfeldbruck, wo man mehr als ein halbes Jahr auf die Unterstützung durch einen Pflegedienst warten muss. Und dann keineswegs immer zu den eigenen Vorstellungen.

Für die pflegenden Angehörigen sind dies riesige Herausforderungen, aber in erster Linie für die Pflegebedürftigen selbst. Denn auch pflegebedürftige Menschen haben natürlich ihren eigenen und für viele Jahre hinweg gelebten Lebensrhythmus. Sie können und wollen beispielsweise weiterhin früh aufstehen und nicht aus Gründen der Flexibilität oder der Nichterreichbarkeit eines Pflegedienstes morgens bis 10 oder 11 Uhr im Bett bleiben.

Für mich ist es wirklich eine der spannenden Fragen, wie wir die Pflege flexibel zu Hause so organisieren können, dass es für die Menschen, die Pflege brauchen, auch praktikabel ist – sie sich einerseits gut versorgt fühlen, aber andererseits auch die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige stimmen. Die Herausforderungen für pflegende Angehörige sind vielfältig: Sie

bekommen zu wenig Unterstützung, und Kurzzeitpflegeplätze sind knapp. Ein großes Problem ist auch die Vereinbarkeit von Pflege, Alltag, Beruf und eigener Gesundheit. Für all diese Herausforderungen sind neue und individuelle Lösungen dringend nötig und erforderlich.

Die zentrale Forderung des VdK ist deshalb schon seit Langem eine Pflegevollversicherung. Die Pflegevollversicherung soll eine Versicherung sein, die so funktioniert wie die Krankenversicherung. Das bedeutet, dass alle pflegerischen Leistungen von der Pflegevollversicherung abgedeckt werden müssen, was heute so nicht zutrifft.

Um konkret fordern und einschätzen zu können, was eine Pflegevollversicherung abdecken sollte, brauchen wir mehr Wissen über die Bedarfe und Bedürfnisse in der ambulanten Pflege. Die Pflegeversicherung besteht seit gut 25 Jahren, aber Forschungsfelder in der ambulanten Pflege gibt es kaum. Die Versorgungssituation ist weitgehend unbekannt, und wissenschaftliche Erkenntnisse sind dringend notwendig.

Meiner Meinung nach hat die Politik allerdings nur ein begrenztes Interesse daran, mehr Wissen und wissenschaftliche Erkenntnisse zu haben. Denn jeder von uns weiß, wer Erkenntnisse hat, müsste auch handeln: Nach Erkenntnis kommt Handlungsdruck. Für Politikerinnen und Politiker ist der schwierig auszuhalten. Sie müssten dann natürlich auch Konzepte dafür haben, wie man Menschen gewinnt, die in der Pflege arbeiten, wie man tatsächlich die bisherigen Systeme in den Einrichtungen auf neue Füße stellen kann, und wie man den Gewinn, der in der Pflege erzielt wird,

auch ein Stück weit zugunsten von Qualität und Versorgung einschränken kann. All diese Entscheidungen sind für unsere politisch Verantwortlichen zugegebenermaßen schwierig zu treffen.

Genau aus diesem Grund hat sich der VdK zum Ziel gesetzt, nach 25 Jahren Pflegeversicherung für wichtige und wesentliche Impulse zu sorgen, wie die Pflegeversicherung umgebaut werden könnte, was in der Pflege notwendig ist, um Menschen besser zu unterstützen, und was für unsere Mitglieder, für die Pflegebedürftigen selbst und deren Angehörige die richtige, gute Unterstützung wäre, damit sie in der eigenen Häuslichkeit oder wo sie sonst Pflege wollen, gute Unterstützung bekommen.

Wie sieht die Situation in der ambulanten Pflege in Deutschland wirklich aus? Was brauchen die Millionen pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause gepflegt werden, und die pflegenden Angehörigen? Besteht eher ein pflegerischer Bedarf, ein Bedarf im Haushalt oder in der Begleitung? Braucht es finanzielle Unterstützung, wie ein persönliches Budget für die Pflege, das je nach Bedarf, z. B. in familiären Notsituationen, eingesetzt werden kann, oder sind andere Wege besser?

Um diese Fragen zu beantworten, führt der VdK in Kooperation mit der Hochschule Osnabrück unter der Leitung von Prof. Dr. Andreas Büscher eine groß angelegte Studie durch. Was die Regierung seit über 20 Jahren versäumt hat, nehmen wir jetzt in die Hand. Wir nutzen unsere Ressourcen und das Wissen unserer Mitglieder, die selbst einen Pflegebedarf haben oder pflegende Angehörige sind. Wir wollen wissenschaftlich bestätigen,

was unseren Sozialrechtsberaterinnen und -beratern und den Zuständigen am Pflege-telefon tagtäglich begegnet: dass es sich nämlich nicht um Einzelfälle handelt, sondern dass strukturelle Probleme vorliegen.

Fest steht, das System stößt trotz der bisherigen Reformen inhaltlich, personell und finanziell an seine Grenzen. Deshalb muss eine Reform so gestaltet werden, dass sie die Menschen miteinbezieht, die betroffen sind. Für die Pflege braucht es daher mutige Konzepte: Um eine bessere Situation für viele Menschen zu ermöglichen, reicht es sicherlich nicht aus, nur an kleinen Schraubchen zu drehen. Mit ein paar neuen Stellen in der Pflege, die ja auch schon schwer genug zu besetzen sind, werden wir die immer größer werdenden Herausforderungen und den wachsenden Pflegebedarf in unserer Gesellschaft nicht bewältigen können.

Mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus unserer Untersuchung werden wir unseren politischen Forderungskatalog konkretisieren und uns für genau solche Reformen einsetzen.

Beispielsweise könnten diese Erkenntnisse die weitere Diskussion zu einer Pflegevollversicherung ankurbeln bzw. präzisieren. Sie könnten aber auch unabhängig davon einen Beitrag zur Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen und Unterstützung von Pflegehaushalten leisten. Eine zentrale Forderung des VdK war immer, dass speziell für die häusliche Pflege Pflegearrangements ermöglicht werden müssen, die eine passgenaue und individuelle Pflege und Betreuung in der eigenen Häuslichkeit sichern.

Mit dieser Studie haben wir die Karten in der Hand, weil wir damit die Einzigen sind,

die so wichtige Informationen zusammentragen und auswerten – und genau diese Informationen sind für eine zukunfts-feste Pflegeversicherung wesentlich.

Zum Schluss ist es für mich heute auch noch mal wichtig, all denen zu danken, die durch ihre Rechtsberatung, durch die Beratung am Pflege-telefon und in vielen Gesprächen mit Mitgliedern den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen selbst sehr viel Mut für die tagtäglichen Herausforderungen machen.

Die häusliche Pflege ist wie erwähnt sicherlich immer eine individuelle Sache. Für viele Menschen ist die Situation zwar vielleicht theoretisch absehbar, aber praktisch, wenn man in die Situation kommt und Pflegebedarf im näheren Umfeld hat, kommen dann doch ganz viele Probleme auf, die vorher so gar nicht planbar waren. Und dass wir dazu heute nach den vielen Kampagnen, mit denen wir die Pflegereformen mitinitiiert haben, auch den Auftakt bei unserem Pflegeforum bieten, das macht mir dann doch wieder Mut und stimmt mich optimistisch, dass wir auch für die Pflege neue und wichtige Impulse setzen können. Vielen Dank an alle, die heute einen Input geben und uns aus wissenschaftlicher und politischer Sicht bereichern.

Ich freue mich sehr darauf und bin gespannt, was wir heute von Ihnen allen noch zu hören kriegen. Ich glaube, dass wir tatsächlich nur gemeinsam bei Themen wie Altersarmut und Pflege wirklich etwas erreichen können, egal ob heute bei unserem Forum oder in ein paar Monaten bei einer Demo. Dies ist für mich immer eine große Motivation, hier im VdK kräftig mitzuarbeiten.

Dr. Frank Berner

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Geschäftsstelle für die Altersberich-
te der Bundesregierung
Berlin

Was müssen Kommu- nen in der Pflege leisten? Erkenntnisse aus dem Siebten Altersbericht der Bundesregierung



Je älter ein Mensch wird, desto kleiner wird oft sein Aktionsradius und desto mehr wird sein Wohnort zum Lebensmittelpunkt. Für ältere Menschen hat der Wohnort deshalb mehr noch als für jüngere Menschen eine besondere Bedeutung. Im Umfeld der Wohnung sind sie unterwegs, hier versorgen sie sich mit Gütern ihres täglichen Bedarfs, hier nehmen sie Dienstleistungen in Anspruch, hier verbringen sie große Teile ihrer Freizeit. Viele ältere Menschen engagieren sich vor Ort für das Gemeinwohl und übernehmen Mitverantwortung. Auch die praktische Unterstützung sowie die Versorgung und Pflege gesundheitlich eingeschränkter älterer Menschen ist räumlich weitgehend an ihren Wohnort gebunden. Teilhabe und Lebensqualität im Alter hängen also nicht nur von bundesweit einheitlich geregelten Strukturen (etwa der sozialen Pflegeversicherung) ab, sondern in großem Maße auch von der lokalen Infrastruktur und den sozialen Netzen am Wohn- und Lebensort.

Zugleich wird es aufgrund des sozialen Wandels immer weniger selbstverständlich, dass Unterstützung und Pflege für alte Menschen von Familienangehörigen erbracht werden. Im Ergebnis steht das familiäre Pflegepotenzial zunehmend unter Druck. Diese Situation wird durch einen sich bereits abzeichnenden Fachkräftemangel in der professionellen Pflege noch verschärft.

Aus diesen Gründen ist es zu einer zentralen Frage geworden, wie vor Ort die Versorgung derjenigen Menschen sichergestellt werden kann, die aus gesundheitlichen Gründen auf Unterstützung, Hilfe oder Pflege angewiesen sind. Die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Siebten Altersberichts der Bundesregierung (die Siebte Altersberichtscommission) wurde von der Bundesregierung beauftragt, sich mit dieser Frage zu befassen und einen Bericht zum Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und

Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ zu erstellen.¹ Sie sollte in ihrem Bericht herausarbeiten, an welche lokalen Voraussetzungen die gesellschaftliche Teilhabe und eine möglichst lange selbstständige Lebensführung alter Menschen geknüpft sind. Sie sollte außerdem zeigen, unter welchen Bedingungen und auf welche Weise die Kommunen und die lokale Politik Strukturen der Sorge und Mitverantwortung aufbauen und gestalten können, und entsprechende Empfehlungen an die Politik formulieren. Der Siebte Altersbericht der Bundesregierung wurde im November 2016 veröffentlicht (Deutscher Bundestag 2016).

Ein modernisiertes Verständnis von Daseinsvorsorge

Im Siebten Altersbericht wird zunächst herausgearbeitet, dass es zwischen den Regionen, Kreisen, Gemeinden und Quartieren in Deutschland hinsichtlich verschiedener wirtschaftlicher und demografischer Indikatoren große Unterschiede gibt. Vieles deutet darauf hin, dass sich manche dieser regionalen Unterschiede in Zukunft sogar eher noch vergrößern statt verkleinern werden. Auch aus diesem Grund wird in der letzten Zeit vermehrt diskutiert, ob und wie die durch das Grundgesetz als Politikziel vorgegebene Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den verschiedenen Teilen und Räumen Deutschlands überhaupt erreicht oder erhalten werden kann.² Die regionalen Unterschiede prägen die Gestaltungs- und Handlungsspielräume der Kommunen und wirken sich auf die Lebenslagen und Lebensbedingungen der dort lebenden Menschen aus. Jede Kommune steht spezifischen Herausforderungen gegenüber und braucht dementsprechend angepasste Lösungen. So ist beispielsweise in vielen ländlichen

Regionen die Mobilität der älteren Menschen und die Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung ein brennendes Thema, in Ballungsräumen stehen hingegen eher die Versorgung mit bezahlbarem Wohnraum, die Gestaltung von Quartieren und die Belebung von Nachbarschaften im Vordergrund.

Zur räumlichen Ungleichheit zwischen verschiedenen Kommunen und Regionen kommt die soziale Ungleichheit innerhalb der Gruppe der älteren Menschen. Große Teile der älteren Bevölkerung verfügen derzeit über ausreichende finanzielle, gesundheitliche und soziale Ressourcen, um ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Es gibt jedoch auch viele ältere Frauen und Männer, die finanziell, gesundheitlich und sozial benachteiligt sind. Viele Studien zeigen, dass sozial benachteiligte Menschen weniger an partizipativen Planungs- und Entscheidungsprozessen sowie am freiwilligen Engagement teilnehmen und tendenziell kleinere

¹ Die Altersberichterstattung der Bundesregierung geht zurück auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 1994. Dieser Beschluss gibt der Bundesregierung auf, dem Bundestag in jeder Legislaturperiode einen Bericht zur Lebenssituation der älteren Menschen in Deutschland vorzulegen. Erarbeitet werden die Berichte von unabhängigen Sachverständigenkommissionen, die mit Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachrichtungen besetzt werden. Die Altersberichte der Bundesregierung prägen die öffentliche Diskussion zu Fragen der Politik für ältere Menschen wesentlich mit. (vgl. 2019)

² Siehe: Unser Plan für Deutschland – Gleichwertige Lebensverhältnisse überall. Schlussfolgerungen von Bundesminister Horst Seehofer als Vorsitzendem sowie Bundesministerin Julia Klöckner und Bundesministerin Dr. Franziska Giffey als Co-Vorsitzenden zur Arbeit der Kommission „Gleichwertige Lebensverhältnisse“ (http://www.bmi.bund.de/Shared-Docs/downloads/DE/publikationen/themen/heimat-integration/schlussfolgerungen-kom-gl.pdf?__blob=publicationFile&v=1) [Zugriff am 31. August 2020].

und weniger belastbare soziale Netzwerke haben als Menschen aus besser gestellten sozialen Schichten. Maßnahmen und Projekte zur Stärkung von Unterstützungsnetzwerken (Verantwortungsgemeinschaften oder sorgende Gemeinschaften), zur Beteiligung an Planungs- und Entscheidungsprozessen (Partizipation) und zur Beteiligung am freiwilligen Engagement müssen sich deshalb daran messen lassen, wie gut es ihnen gelingt, benachteiligte Menschen zu erreichen und einzubinden, etwa Menschen mit sehr niedrigem Einkommen, zurückgezogene lebende Menschen, Menschen mit Mobilitätseinschränkungen oder Menschen mit Sprachbarrieren.

Aus Sicht der Siebten Altersberichtscommission erfordern die sozialräumliche Ungleichheit sowie die Vielfalt von Lebensentwürfen und Lebenslagen ein erweitertes Verständnis von kommunaler Daseinsvorsorge: Daseinsvorsorge sollte nicht mehr nur im klassischen Sinne verstanden werden als die staatliche Erbringung von Gütern und Dienstleistungen, mit denen die Menschen als Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger versorgt werden. Die kommunale Daseinsvorsorge sollte darüber hinaus die Menschen vor Ort in die Lage versetzen (*Befähigung*), ein gutes Leben eigenständig und selbstbestimmt zu führen, in Selbst- und Mitverantwortung am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und dieses mitzugestalten. Dieser Befähigungsansatz berücksichtigt ausdrücklich soziale Ungleichheiten sowie die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Anforderungen in verschiedenen Regionen und Kommunen. Es ist kaum möglich, die Leistungen der Daseinsvorsorge für alle Kommunen und Bevölkerungsgruppen allgemeingültig zu definieren und zu stan-

dardisieren. Die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge sollte vielmehr von den vor Ort festgestellten Bedarfen abgeleitet werden und kann sich deshalb von Kommune zu Kommune unterscheiden.

Angesichts einer zunehmenden Komplexität der verschiedenen gesellschaftlichen Handlungsfelder hält die Altersberichtscommission es zudem für sinnvoll, dass mehr und mehr Ziele der Daseinsvorsorge im Zusammenwirken verschiedener Akteure erreicht werden (*gemischte Produktion von Daseinsvorsorge*). Im Idealfall wirken dabei Kommune, Unternehmen, Verbände, Vereine, Netzwerke sowie einzelne Bürgerinnen und Bürger gemeinwohlbezogen zusammen. Es gehört zu den Aufgaben der Kommunen, relevante Akteure in die gemeinschaftliche Produktion von Daseinsvorsorge einzubinden und ihr Zusammenwirken zu organisieren. Die kommunale Verwaltung muss dazu ihr eigenes Rollenverständnis erweitern: Zu ihren Aufgaben gehört es auch, Entwicklungen anzustoßen, Prozesse zu moderieren, Akteure zu aktivieren, miteinander zu vernetzen und ihre Zusammenarbeit zu koordinieren.

Kommunalisierung der Pflege

Diese Grundsätze einer erweiterten Daseinsvorsorge können auch auf den Bereich der pflegerischen Versorgung übertragen werden: Die Landschaft der pflegerischen Versorgungsangebote sollte an die lokale Situation und die Bedarfe vor Ort angepasst werden, zu diesem Zweck sollten die Kommunen die Vernetzung und die Kooperation pflegerelevanter lokaler Akteure vortreiben.

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre wurde

die Steuerung des Leistungsrechts beim Bund zentralisiert, zugleich wurde für die Entwicklung von Versorgungsangeboten ein wettbewerblich gesteuerter Pflegemarkt geschaffen. Inzwischen zeigt sich in vieler Hinsicht, dass diese Konstruktion die realen Bedarfe pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen nicht decken kann. Ein deutliches Indiz dafür ist die zunehmende Zahl von aus anderen Ländern kommenden 24-Stunden-Haushaltskräften (*Care Migrants*) in Pflegehaushalten: Viele Familien, in denen die Angehörigen die Pflege und Betreuung nicht leisten können oder wollen, und die dennoch einen Umzug des pflegebedürftigen Familienmitglieds in eine stationäre Einrichtung vermeiden wollen, wissen sich offenbar nicht anders zu helfen, als außerhalb des formalen Pflegesystems (soziale Pflegeversicherung) transnationale Haushalts- oder Pflegekräfte zu beschäftigen.

Damit die von der sozialen Pflegeversicherung finanzierten Angebote der pflegerischen Versorgung besser auf die Bedarfe der Menschen vor Ort zugeschnitten werden können, hat die Siebte Altersberichts-kommission dem Bund und den Ländern in ihrem Bericht empfohlen, den Kommunen eine stärkere Rolle in der Gestaltung der pflegerischen Versorgungslandschaft einzuräumen. Auch andere Akteure fordern eine Kommunalisierung der Pflege (z. B. Scharfenberg 2017; DEVAP 2018; Pitschas und Thiele 2018; Klie 2020).

Die Rolle der Kommunen in der Pflege

Mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung wurden Steuerungskompetenzen für das Leistungsrecht weitgehend an den Bund und die Länder übertragen, die Pfl-

gekassen mit der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung betraut und ein Markt für die Steuerung der Angebotslandschaft eingerichtet. Als Folge haben die Kommunen nur noch wenige Funktionen in der Pflegepolitik, ihnen sind keine starken hierarchischen Instrumente zur Gestaltung der Pflegelandschaft geblieben (Brüker u.a. 2017; Brettschneider 2020). In der Folge haben viele Kommunen auch selbst den Anspruch aufgegeben, die Pflege mitzugestalten. Auch das im Jahr 2017 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz III hat in dieser Hinsicht keine wesentlichen Veränderungen angestoßen, obwohl es eigentlich zum Ziel hatte, die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken. Nichtsdestotrotz können Kommunen auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen mit einer Vielzahl von kleinen Stellschrauben Einfluss nehmen. Die Ergebnisse eines Forschungsprojekts an der Universität Potsdam zeigen dies eindrücklich (Plazek und Schnitger 2016).

In diesem Forschungsprojekt wurden Erklärungen dafür gesucht, dass der Anteil der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen an allen pflegebedürftigen Personen (der sogenannte ambulante Versorgungsanteil) in verschiedenen Kommunen unterschiedlich hoch ist. In der Studie konnten vier Steuerungsansätze identifiziert werden, mit denen Kommunen Einfluss auf den ambulanten Versorgungsanteil nehmen können:

- 1) Die Kommune baut effektive Gremien zur Vernetzung der lokalen Pflegeakteure auf. Solche Vernetzungsgremien haben sich als besonders wirkungsvoll erwiesen, wenn die Gremien und die entsprechenden Netzwerke offen und inklusiv

sind, wenn die Kommune eine aktive Koordinationsrolle im Netzwerk einnimmt, wenn gemeinsame Zielvorstellungen vereinbart werden und wenn die Wohlfahrtsverbände vor Ort kooperationsbereit sind.

- 2) Die Kommune nutzt aktiv ihre vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten. Die Kommune kann Einfluss auf die Landschaft der Versorgungsformen nehmen, wenn die Sozialdezernentin oder der Sozialdezernent sowie die kommunale Verwaltung den Anspruch und den Willen entwickeln, ihre bestehenden Möglichkeiten zur Steuerung der Versorgungslandschaft bestmöglich zu nutzen. Weil die Kommunen nicht verpflichtet sind, sich in der Pflegepolitik wesentlich zu engagieren, hängt das Ausmaß des kommunalen Engagements in diesem Bereich vor allem davon ab, welche Priorität die Verwaltungsspitzen diesem Thema geben. Unter anderem können die folgenden Möglichkeiten genutzt werden: die Koordination von Vernetzungsgremien (siehe Punkt 1), die Etablierung partizipativer Pflegeplanungen, der Aufbau von Beratungsangeboten. Voraussetzung dafür sind ausreichende Personalressourcen sowie planerische und koordinierende Kompetenzen in der Verwaltung.
- 3) Die Kommune berät Investoren und Träger. Trotz des grundsätzlich freien Marktzugangs für alle Träger können die Kommunen durch eine entsprechende Beratung von Investoren und Trägern ambulante Versorgungsformen stärken und die Ansiedlung stationärer Versorgungseinrichtungen erschweren. Voraussetzung dafür ist, dass alle beteiligten Verwaltungsstellen und am besten auch

alle Kommunen in einer Region an einem Strang ziehen.

- 4) Die Kommune unterstützt den Aufbau von Tagespflegeeinrichtungen. Durch Gespräche mit und Beratung von potenziellen Trägern können Kommunen den Aufbau oder Ausbau von Angeboten der Tagespflege und der Kurzzeitpflege entscheidend voranbringen. Pflegende Angehörige können dadurch wesentlich entlastet, der ambulante Versorgungssektor kann damit gestärkt werden.

Insgesamt zeigt die Studie, dass die Kommune „eine entscheidende Rolle als Initiatorin und Moderatorin von kommunalen Steuerungsprozessen“ bei der Gestaltung der Versorgungslandschaft vor Ort zukommt (Platzek und Schnitgert 2016: 74).

In gewissen Grenzen können die Kommunen also auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen Anstöße geben, um im Zusammenspiel mit anderen lokalen Akteuren die pflegerische Versorgungslandschaft vor Ort mitzugestalten. Die Siebte Altersberichtskommission fordert die Verantwortlichen in den Kommunen auf, einen entsprechenden Gestaltungsanspruch und Gestaltungswillen zu entwickeln und die (begrenzten) Möglichkeiten zu nutzen. Darüber hinaus fordert die Kommission den Bund und die Länder auf, den Einfluss der Kommunen auf die Gestaltung der Versorgungsstrukturen grundsätzlich zu stärken, die Pflegepolitik also stärker zu „verörtlichen“. Dazu ist es nötig, den Kommunen im Bereich der Pflege mehr Mitwirkungsrechte und bessere Steuerungsinstrumente an die Hand zu geben. Um sie vor Überforderung und Überlastung zu schützen, dürfen Kom-

munen allerdings nur dann mehr Verantwortung und neue Aufgaben zugewiesen werden, wenn sie gleichzeitig ausreichend mit den nötigen Kompetenzen und finanziellen Mitteln ausgestattet werden. Die Siebte Altersberichtskommission schlägt vor, die finanziellen Handlungsspielräume der Kommunen mithilfe einer neuen Gemeinschaftsaufgabe „Daseinsvorsorge für strukturschwache Kommunen“ zu erweitern. Vor allem für kleine Kommunen mit kleinen Verwaltungen wäre es zudem hilfreich, von den Ländern strategische Unterstützung und Beratung zu bekommen.³

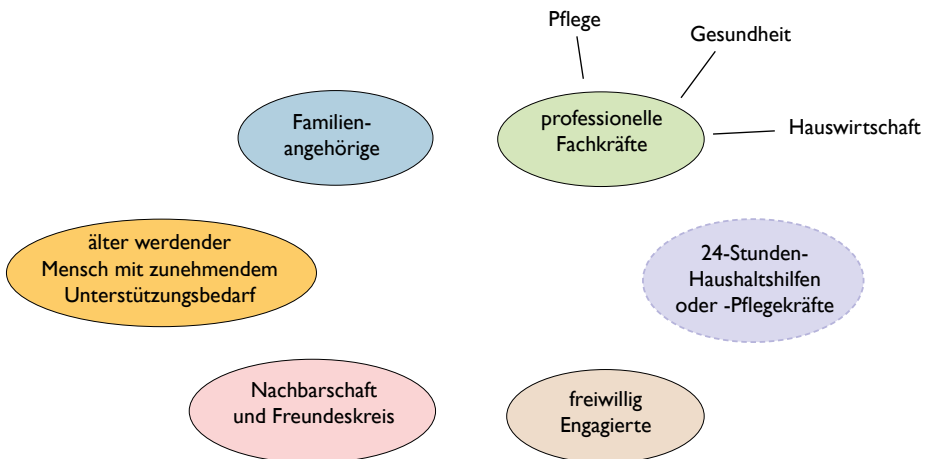
Lokale Sorgestrukturen

Ein gutes Älterwerden auch bei zunehmendem Unterstützungsbedarf hängt jedoch nicht nur von der Gestaltung und den Angeboten der pflegerischen Versorgung im engeren Sinne ab. Wie Menschen aller Altersgruppen haben auch ältere Menschen vielfältige Bedarfe, die nur im Zusammenwirken verschiedener Akteure angemessen befriedigt werden können. Solche Netzwerke oder Konstellationen von Akteuren aus verschiedenen Handlungsfeldern können

als *lokale Sorgestrukturen* bezeichnet werden. „Sorge“ geht über die pflegerische Versorgung hinaus und „bezieht die Breite der (gegenseitigen) Unterstützung und Lebensgestaltung ein“ (Klie 2020: 267). Erst durch die gegenseitige Sorge erleben Menschen auch soziale und emotionale Unterstützung und erfahren Zugehörigkeit.

Die folgende Abbildung zeigt exemplarisch, aus welchen Akteuren lokale Netzwerke der gegenseitigen Sorge und Mitverantwortung bestehen oder bestehen können. Sorgestrukturen funktionieren dann am besten, wenn sich Familienangehörige, professionelle Fachkräfte, Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde sowie freiwillig Engagierte zusammen um einen Menschen kümmern. Ältere Menschen sind dabei nicht nur diejenigen, um die andere sich sorgen und kümmern, sondern oftmals

³ Einige Bundesländer haben bereits entsprechende Strukturen etabliert, etwa Rheinland-Pfalz. Siehe: <https://www.lzg-rlp.de/de/servicestelle-fuer-kommunale-pflegestrukturplanung-und-sozialraumentwicklung.html> [Zugriff am 31. August 2020].



sind es ältere Menschen, die sich auf vielfältige Weise (etwa als Familienangehörige, Freunde/-innen, Nachbarn/-innen oder freiwillig Engagierte) um andere sorgen und kümmern – häufig auch noch dann, wenn bei ihnen selbst der Bedarf an Unterstützung größer wird. Lokale Sorgestrukturen, in denen Akteure aus verschiedenen Handlungsfeldern koordiniert zusammenwirken, können pflegende Angehörige entlasten und können alltagspraktische, soziale und emotionale Unterstützung leisten, die im Leistungsspektrum der sozialen Pflegeversicherung gar nicht vorgesehen sind oder von dieser nur ungenügend erbracht werden können. Sie sind deshalb kein Ersatz für die soziale Pflegeversicherung oder sollen deren Unzulänglichkeiten nicht als Lückenbüsser ausgleichen, sondern sie ergänzen die Pflegeversicherung, sodass Menschen mit Unterstützungsbedarf in all ihren sozialen und emotionalen Sinnbezügen angesprochen werden.

Es ist eine wichtige Aufgabe der lokalen Politik und Verwaltung, solche lokalen Sorgestrukturen systematisch zu fördern und aufzubauen. Die Kommune sollte dabei diejenigen Organisationen im Gemeinwesen, die im weitesten Sinne im Bereich der Altenhilfe aktiv sind, miteinander vernetzen. Dies kann am besten sozialraum- oder quartiersbezogen erfolgen: Die Erfahrung zeigt, dass tragfähige Sorgestrukturen vor allem dann entstehen und gefestigt werden können, wenn in einer Kommune die Quartiersentwicklung oder die sozialraumbezogene Gestaltung des demografischen Wandels zu einer prioritären Aufgabe gemacht wurde. Oftmals ist dies die Entscheidung eines oder einer einzelnen Schlüsselperson mit Entscheidungsbefugnis (z. B. einer Landrätin oder eines Landrats bzw. einer Bürger-

meisterin oder eines Bürgermeisters). Selbst wenn eine Kommune einen entsprechenden Gestaltungsanspruch entwickelt, ist es jedoch oft schwierig, entsprechende Stellen für Netzwerkarbeit oder Moderationsrollen zu finanzieren. Die Kommunen sollten deshalb von Bund und Ländern in die Lage versetzt werden, quartiersbezogene Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Die Siebte Altersberichtskommission empfiehlt der Bundesregierung, die Möglichkeit zu prüfen, kommunale Investitionen in die Entwicklung von Quartieren und zum Aufbau von Sorgestrukturen aus der Sozialversicherung zu refinanzieren.

Fazit

Bei der Gestaltung des Lebens vor Ort unter den Bedingungen des demografischen Wandels kommt es entscheidend auf die Kommunen an! Auch mit Blick auf das Leben im Alter müssen die Kommunen „Motoren im Sozialraum“ werden, wie es in der Strategie „Quartier 2020“ des Landes Baden-Württemberg heißt.⁴ Die Siebte Altersberichtskommission fordert in ihrem Bericht den Bund und die Länder dazu auf, die Kommunen in die Lage zu versetzen und darin zu unterstützen, „den spezifischen Bedingungen und Herausforderungen der Sorge und Pflege vor Ort zu begegnen, Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung zu nehmen und gemeinsam mit zivilgesellschaftlichen Akteuren wohnortnahe Sorgearrangements zu fördern“ (Deutscher Bundestag 2016: 294).

⁴ <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/soziales/quartiersentwicklung/> [Zugriff am 31. August 2020].

Literatur

- Brettschneider, Antonio (2020): Die Rolle der Kommunen: Ziele, Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten kommunaler Pflegepolitik. In: Klaus Jacobs u. a. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin und Heidelberg: Springer: 219-238.
- Brüker, Daniela, Petra Kaiser, Simone Leiber und Sigrid Leitner (2017): Die Rolle der Kommunen in der Pflegepolitik. Zeitschrift für Sozialreform 63 (2): 301-332.
- Deutscher Bundestag (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Bundestags-Drucksache 18/10210 vom 02.11.2016.
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) (2018): Kommunale Strukturplanung Alter und Pflege. https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/DEVAP_Position_kommunale_Strukturplanung_Alter_und_Pflege.pdf [Zugriff am 31. August 2020].
- Klie, Thomas (2020): Pflege und Sorge – Gleichwertige Lebensbedingungen, Pflegeversicherung und die neue Bedeutung von Kommunen. Sozialer Fortschritt 69 (4): 265-277.
- Pitschas, Rainer und Günter Thiele (2018): Re-Kommunalisierung der Pflege durch sozialräumliches Infrastruktur-Management. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge 98 (2): 86-88.
- Plazek, Michael und Moritz Schnitger (2016): Demographie konkret – Pflege kommunal gestalten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Scharfenberg, Elisabeth (2017): Mehr Mut zum Querdenken. Autorenpapier zur Pflegepolitik. <http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/Autorenpapier%20zur%20Pflegepolitik.pdf> [Zugriff am 31. August 2020].

Dr. Cornelia Heintze

Stadtkämmerin a. D., Politologin
Leipzig

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gleiche Herausforderungen, konträre Systeme – ein Überblick

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Systemübergreifend gleiche Qualitätsziele

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

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

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

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

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

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

Auch in den skandinavischen Ländern erfolgte eine gewisse Vermarktlichung der

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

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

⁵ Zit. nach Bericht in Nordschleswiger vom 12.12.2016.

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

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

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

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

Quellen: Amtliche Statistiken, vgl. unter Statistische Quellen

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

Höhere öffentliche Ausgaben der Langzeitpflege aufgrund höherer Reichweite der Caredienste Gesundheitsausgaben insgesamt gleichwohl niedriger

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

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

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

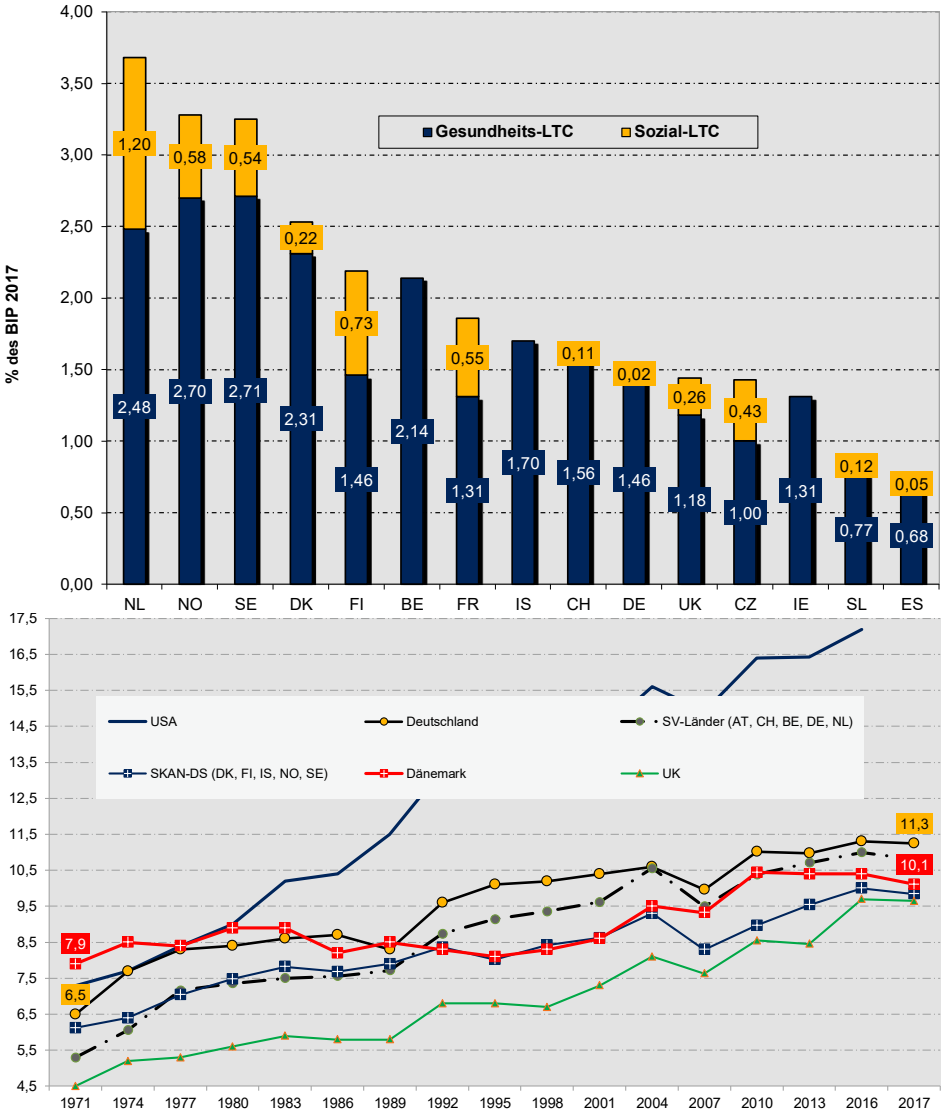
nur 0,02 BIP-Prozentpunkten fast keine Rolle spielt, investieren die nordischen Länder hierfür im Mittel einen guten halben Prozentpunkt. Auch im Vergleich mit anderen Ländern ist die annähernde Nichtexistenz sozialer Dienste bemerkenswert und spiegelt den Rückzug der Kommunen aus der Altenhilfe bei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

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

Auch in Skandinavien, vorneweg in Schweden mit Stockholm als Schwerpunkt, kam es nach der Aufgabe des kommunalen Versorgungsmonopols zu Prozessen der Vermarktlichung und Privatisierung. Sie stellen sich unterschiedlich dar:

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

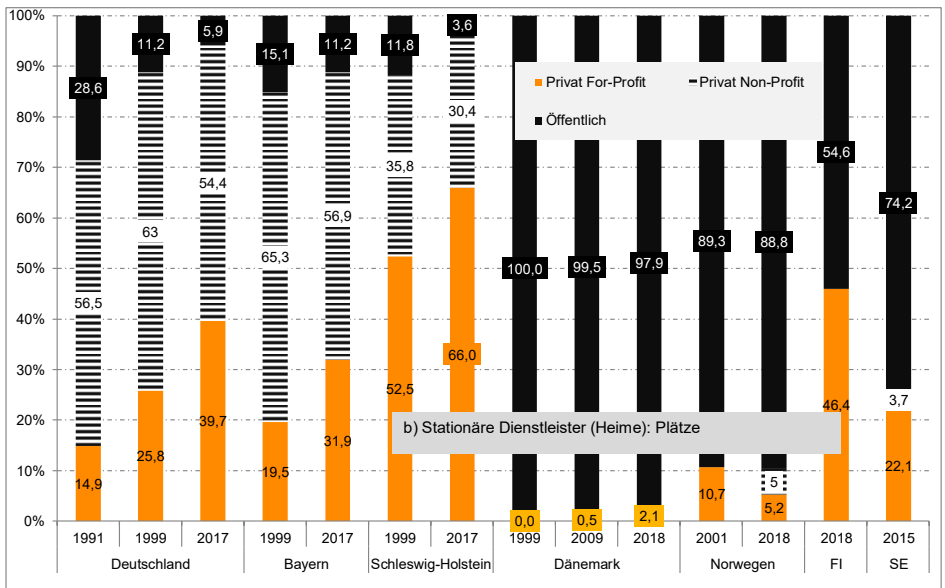
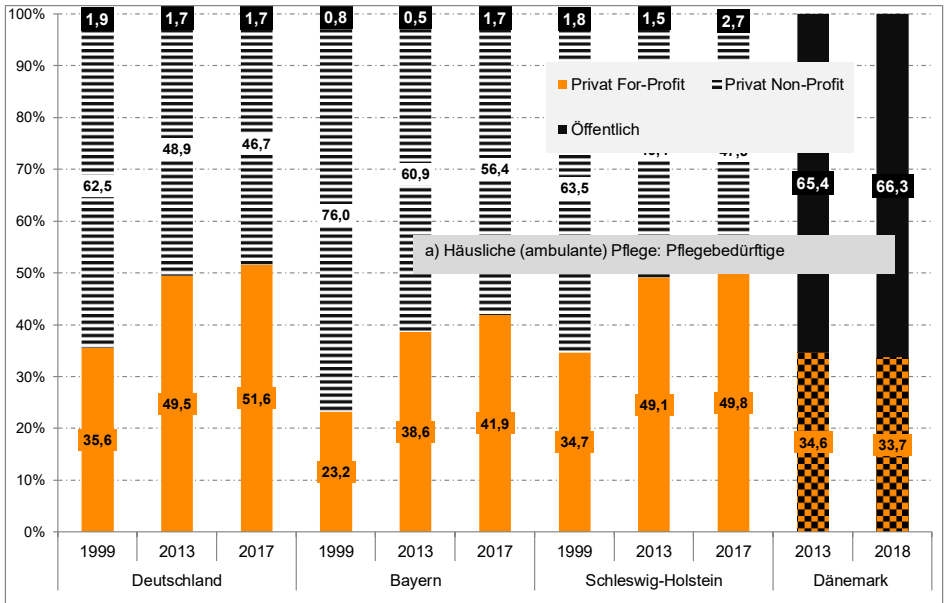
Abbildung 1: Öffentliche Ausgaben für die Gesundheits- und Sozialkomponente der Langzeitpflege (LTC) in Prozent des BIP im Jahr 2017 im europäischen Vergleich und die Entwicklung der Gesundheitsausgaben (% des BIP) seit 1971



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

Quellen: 1) Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update 31.01.2020; 2) OECD Health Data.

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



Quellen: Amtliche Statistiken siehe unter Statistische Quellen

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

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

159f.) schildert den Fall einer schwedischen Kommune.

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

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

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

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

Integriertes öffentliches System – wesentliche Facetten

Skandinavier kombiniert hohe öffentliche Leistungsausgaben mit geringen Bürokratiekosten

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

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

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

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

Quelle: Eurostat; Datensatz „Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]“; Update 31.01.2020; eigene Auswertung

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

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

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

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

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

- **Anspruchstransparenz:** Der Leistungsanspruch ist im Sinne von Wenn-Dann-Regeln klar definiert. Dies bezogen sowohl auf die Leistungshöhe wie auch die Kostenträgerschaft. Wenn die Begutachtung Pflegegrad 3 ergibt, dann besteht (Stand: August 2019) ein monatlicher Anspruch auf 545 Euro Pflegegeld bei informeller Pflege und auf 1.298 Euro bei Einschaltung ambulanter Dienste. Die Heimunterbringung wird mit 1.262 Euro bezuschusst. Hinsichtlich der Kostenträgerschaft greift eine Prüfkaskade, denn die Finanzierungsquellen stehen untereinander in einem hierarchischen Verhältnis. Wenn Krankenpflege vorliegt, zahlt die Krankenversicherung, wenn Langzeitpflege vorliegt, zahlt die Pflegeversicherung. Bietet sich die Durchführung einer Reha-Maßnahme an, um den Eintritt dauerhafter Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, kommen gleich mehrere
- **Anspruchssicherheit:** Auf die gesetzlich festgelegten Leistungen besteht ein einklagbarer Rechtsanspruch. Einer Leistungsgewährung nach Kassenlage oder dem Ermessen von Pflegemanagern ist ein Riegel vorgeschoben.
- **Finanzierungstransparenz:** Das Beitragsaufkommen fließt nicht in den allgemeinen Staatshaushalt und gerät dadurch auch nicht in eine Finanzierungskonkurrenz mit anderen Aufgaben.

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

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

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

• **Keine breite Finanzierungsbasis:**

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

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

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

• **Verschiebepflicht verhindern eine integrierte Leistungserbringung:**

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

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

• **Hohe Verwaltungskosten:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Keine Versicherungsfreigrenzen: in Deutschland nicht erfüllt. Abhängig

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

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

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

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

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

Vermarktlichung ist.¹⁰

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

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

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

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

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

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

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

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

Schaffung integrierter Versorgungsketten als Ziel

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

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

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

Tabelle 3: Präventive Hausbesuche in Dänemark 2008 bis 2019

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

schulabsolventen hierfür eingestellt.

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

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

Aktuelle Entwicklungen

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

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

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

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

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

Resümee

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ringger, Beat/Seifert, Kurt (Hg.) (2018): *Gutes Alter. Eine Gesellschaft des guten langen Lebens für alle*, Zürich: S. 131-141

Hommel, Thomas (2018): G+G-Studienreise – Pflege auf Augenhöhe, in: *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, 9/2018; <https://www.gg-digital.de/2018/09/thema-des-monats/pflege-auf-augenhoehe/index.html>

Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.) (2017): *Pflege-Report 2017 (AOK-Pflegereport 2017). Die Versorgung der Pflegebedürftigen*, Stuttgart

Karsio, Olli/Anttonen, Anneli (2013): *Marketisation of eldercare in Finland: legal frames, outsourcing practices and rapid growth of for-profit services*, in: Meagher, Gabrielle/Szebehely, Marta (Hrsg.) 2013, S. 85-125

Lixenfeld, Christoph (2020): *Schafft die Pflegeversicherung ab! Warum wir einen Neustart brauchen*, Hamburg

Meagher, Gabrielle/Szebehely, Marta (Hg.) (2013): *Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Stockholm

Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the EU (MISSOC) (2019): http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en (Stand: 1. Juli 2019)

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2008): *Dementia Plan 2015 – Making the most of the good days*, Oslo (u.a.)

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2015): *Dementia Plan 2020 –*

A more dementia-friendly society, Oslo (12-2015)

OECD (2019): *Health at a Glance. Europa 2018*; www.oecd.org/about/publishing/Corrigendum_Health_at_a_Glance_Europe_2018.pdf

Olejaz, Maria/Nielsen, Annegrete Juul/Rudkjøbing, Andreas et al. (2012): *Denmark: Health system review. Health Systems in Transition*, 14(2): 1-192

Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung), i. d. F. vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587)

Vabo, Mia/Christensen, Karen/Jacobsen, Frode F./Trätteberg, Hakon D. (2013): *Marketisation in Norwegian Eldercare: Preconditions, Trends and Resistance*, in: Meagher, Gabrielle et al. (Hg.) 2013, S. 163-197

Statistische Quellen

Deutschland

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

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

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

Denmark

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

AED10: Recipients of preventative home visits by region, home visits, age and sex
AED12: Recipients referral to home care, free choice, who use private contractor by region, type of benefits, age and sex

Elderly and People with Impairments – Management Form 2017).

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

VH33: Private suppliers of home help by region

Finland

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

Island

Statistics Iceland (Social Affairs/Elderly/Municipal Social Services): Elderly households receiving municipal home-help service by type, sex (Fjöldi heimila og vinnustunda allt árið): <http://www.statice.is/>; fortlaufend

Norwegen

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

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

Schweden

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

Hermann Imhof

Stv. Landesvorsitzender des Sozialverbands VdK Bayern e.V.

Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung a. D. Nürnberg

Herausforderungen in der Pflege – Bestandsaufnahme aus bayerischer Sicht

„Pflege geht jeden an“ – so lautete der Titel einer Kampagne, die der VdK 2011 gestartet hatte. Der VdK hat damals schon die pflegenden Angehörigen in den Fokus der Aktion gerückt, denn sie spielen in den meisten Diskussionen um die Zukunft der Pflege kaum eine Rolle.

Der VdK bekam dazu viel Zuspruch aus den Reihen der Pflegenden, die sich allein und isoliert in ihren vier Wänden fühlen und regelmäßig keine Zeit und keine Kraft haben, ihre Anliegen in die Öffentlichkeit zu tragen und ihre Interessen politisch durchzusetzen. Auch als Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung haben mein Büro und ich viele Rückmeldungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erhalten.

Gleichwohl ist das Thema Pflege generell in öffentlichen Diskussionen, zumal im Fernsehen, ein absolutes Nischenthema: Der VdK hat sich mal die bundesweit bekannten Polit-Talk-Formate „Anne Will“, „Maischberger“, „Maybritt Illner“ und „Hart aber fair“ genauer angeschaut. Da wird über vieles gesprochen, doch Pflege ist im letzten Jahr



genau einmal, und zwar bei „Hart aber fair“ unter dem Titel: „Beispiel Pflege: Was schafft die Groko noch?“ angesprochen worden. Lediglich bei Markus Lanz – eigentlich ja eher ein Boulevardtalk – durften die Journalistin Ruth Schneeberger als pflegende Angehörige und der Pflegeazubi Alexander Jorde, bekannt aus einem Gespräch in der Wahl-Arena 2017 mit Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel, Einblick in ihre persönlichen Erfahrungen mit der Pflege geben.

Das Thema Pflege, so scheint es, führt in der Öffentlichkeit und im allgemeinen Bewusstsein immer noch ein „Stiefmütterchen-Dasein“. Und wenn über Pflege diskutiert wird, dann häufig im Zusammenhang mit beruflicher Pflege. So zum Beispiel bei der „Konzertierten Aktion Pflege“, die im letzten Jahr gestartet wurde. Mit dieser gemeinsamen Aktion von Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey, Bundesarbeitsminister Hubertus Heil und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn soll bundesweit nach Tarif

bezahlt, ein am Bedarf orientierter Personalschlüssel eingeführt, die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte beschleunigt und die Zahl der Auszubildenden und Ausbildungseinrichtungen gesteigert werden.

Das ist alles wichtig und richtig. Doch gleichzeitig nur ein Ausschnitt dessen, wo's brennt: Denn Pflege geht jeden an und betrifft schon heute unmittelbar und direkt eine Vielzahl von Menschen.

Aktuell beziehen 3,685 Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung sowie rund 235.000 Menschen im Parallelsystem der privaten Pflegeversicherung. Zusammen also mehr als 3,9 Millionen Menschen (Stand bundesweit August 2019). Mehr als 400.000 davon leben in Bayern.

Weitere drei bis fünf Millionen Menschen sind als Angehörige oder private Pflegepersonen an der Pflege im klassischen Sinn und der weiteren Unterstützung im Alltagsleben beteiligt.

Etwa 390.000 Arbeitnehmer sind bei ambulanten Pflegediensten beschäftigt. Rund 764.000 Menschen arbeiten derzeit in deutschen Pflegeheimen.

Zusammen sind das zwischen acht und zehn Millionen Menschen – mehr als 11 Prozent der Bevölkerung, die unmittelbar und tagtäglich mit unserem Pflegesystem konfrontiert sind.

Und mit Gesamtausgaben von mehr als 38 Milliarden Euro (2018) nur in der sozialen Pflegeversicherung und einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 1,5 Prozentpunkten ein nicht zu unterschätzender Wirtschafts- und Haushaltsfaktor. Aber auf der anderen Seite ein Bereich, dessen Rah-

menbedingungen und Probleme scheinbar dennoch so unwichtig erscheinen, dass sie auf der Bildfläche viel zu wenig auftauchen.

Natürlich hat sich zuletzt einiges in Sachen Pflege getan. Drei Pflegestärkungsgesetze, ein Pflegeberufegesetz und ein Beitragssatzanpassungsgesetz wurden verabschiedet.

Durch das zweite Pflegestärkungsgesetz, auf das wir viele Jahre gewartet haben, werden seit 2017 demenziell erkrankte Menschen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff endlich gleichberechtigt in der Pflegeversicherung berücksichtigt. Die gegenüber 2016 deutlich höhere Zahl der Pflegebedürftigen zeigt nun unverblümt das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in Deutschland. Und in der Folge erhalten auch mehr Menschen Leistungen.

Grundsätzlich sind wir sehr froh über diese Ergebnisse der Pflegereformen. Das sind entscheidende Fortschritte für viele pflegebedürftigen Menschen und ihre Familien.

Die Grundprobleme sind aber weiterhin ungelöst

1. Beginnend mit der konkreten Beratung und Unterstützung in einer plötzlich eintretenden Pflegesituation.

Auch Profis im Pflegesystem machen immer wieder die Erfahrung, dass sich die theoretische Kenntnis der Pflegeversicherung und die tatsächliche praktische Organisation einer Pflegesituation für einen pflegebedürftigen Angehörigen deutlich unterscheiden können. Umso beängstigender und schwieriger ist dies für Menschen, die plötzlich mit

dem Thema Pflege konfrontiert werden. Viele fühlen sich immer noch viel zu wenig über die generellen Leistungen und Angebote der Pflegeversicherung sowie konkrete unterstützende Hilfen informiert. Aus Studien wissen wir, dass pflegende Angehörige sich mehr detaillierte Informationen, insbesondere woher sie tatsächliche Hilfe im Einzelfall bekommen, wünschen. Die Information allein, dass man einen Anspruch auf bestimmte Leistungen hat, reicht nicht.

In einem Flächenland wie Bayern brauchen wir deshalb deutlich mehr wohnortnahe, niedrighschwellig zugängliche, aber umfassend und unabhängig beratende und tätige Beratungs- und Unterstützungsangebote als wir bisher haben.

Vor zehn Jahren wurde die Einrichtung von 60 Pflegestützpunkten in Bayern angekündigt. Aktuell gibt es erst neun. Und auch wenn wir 109 Fachstellen für pflegende Angehörige in Bayern haben, zeigt doch die Realität, dass diese Stellen den konkreten Unterstützungsbedarf bei Weitem nicht abdecken.

Optimalerweise beraten Pflegestützpunkte nicht nur, sondern haben ein Case- und Care-Management, wie die einzelne Situation eines Pflegebedürftigen bestmöglich gestaltet werden kann. Sie stimmen auf Wunsch des Pflegebedürftigen das gesamte Leistungsspektrum und individuelle und umfassende Versorgungspläne auf ihn ab. Echte Pflegestützpunkte bewirken darüber hinaus eine gemeinsame Koordinierung und Steuerung von Leistungen in ihrer Region und steigern die Beratungseffizienz durch eine enge Vernetzung der verschiedenen Versorgungssysteme und aller an der Stützpunktarbeit beteiligten Träger.

Der VdK fordert daher, dass zentrale Pflegestützpunkte endlich flächendeckend, das heißt in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt eingerichtet werden. Mit 96 Standorten könnte den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen weitaus besser als bisher geholfen werden. Dies könnte ihnen echte Erleichterung verschaffen.

Ein entsprechendes Initiativrecht haben mittlerweile auch die Kommunen und Bezirke erhalten. Das bayerische Gesundheitsministerium hat zudem ein Förderprogramm auf die Beine gestellt (pro Pflegestützpunkt einmalig maximal bis zu 20.000 Euro, obgleich das Kuratorium Deutsche Altershilfe die Kosten für einen Pflegestützpunkt nach Pilotprojekten pro Jahr auf etwa 80.000 Euro beziffert). Im Doppelhaushalt 2019/2020 stehen 900.000 Euro dafür sowie für verstärkte Vernetzung und einen Wissenstransfer zur Verfügung.

Nachdem sich Kranken- und Pflegekassen sowie die kommunalen Spitzenverbände in Bayern lange nicht auf eine Rahmenvereinbarung und ein Kooperations- oder ein Angestelltenmodell einigen konnten, haben wir die Sorge, dass diese Abstimmungsschwierigkeiten als auch die zu erwartenden Kosten Landkreise und Kommunen davon abhalten werden, hier wirklich umfassend und wirksam tätig zu werden. Ein dringender Appell daher von hier an alle Gebietskörperschaften und Kassen, diese Chance nicht ungenutzt verstreichen zu lassen.

In den Vorträgen meiner Vorredner haben wir auch gehört, dass den Kommunen und Landkreisen generell ein zentraler Verantwortungsbereich für die Pflege zukommt, der von vielen über die Jahre, zumal nach

dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs XI, nicht ausreichend ausgefüllt worden ist – sei es aus finanziellen Erwägungen, aus Unkenntnis oder weil sich die Verhältnisse vor Ort schlicht und einfach geändert haben. Denn mit der zunehmenden Singularisierung (gerade) älterer Menschen, steigender Pflegebedürftigkeit, steigenden Zahlen von Demenzerkrankungen und – gemessen am Bedarf – zu wenig privat oder beruflich Pflegenden haben sich heute auch die Anforderungen an die Versorgungsinfrastruktur auf kommunaler Ebene gewandelt.

Gerade deshalb muss aber dringend ein verstärktes Augenmerk auf die sozialräumliche Dimension der medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen gelegt werden. Wenn der Freistaat Bayern nun, wie von Gesundheitsministerin Huml angekündigt, im Laufe des Jahres eine landesweite Koordinationsstelle einrichten will, die Kommunen bei der Verbesserung der pflegerischen Infrastruktur vor Ort unterstützen soll, so ist das erfreulich, aber auch überfällig.

Denn die Kommunen müssen unterstützt werden, lokale Versorgungskonzepte zu schaffen und wohnortnahe Sorgearrangements zu etablieren. Die einmalige Erstellung eines seniorenpolitischen Gesamtkonzepts reicht hierfür bei Weitem nicht aus.

Um Doppelstrukturen zu vermeiden, sollte aus unserer Sicht das Angebot der bereits bestehenden und erfolgreich tätigen Koordinationsstelle Wohnen im Alter um die Pflegeplanung erweitert und damit ein Ansprechpartner für Wohnen und Pflege im Alter für die Kommunen installiert werden. Darüber hinaus sollte das Angebot von den

Kommunen aber nicht nur optional, sondern verpflichtend genutzt werden müssen, um zu flächendeckenden und nachhaltigen Lösungen für die Bürgerinnen und Bürger zu kommen.

2. Ein weiteres Grundproblem unserer Pflegestruktur ist die Nichtverfügbarkeit von Angeboten.

Wir müssen aufpassen, dass Verbesserungen nicht nur im Gesetz stehen, sondern auch bei den Betroffenen ankommen. Denn vielerorts gibt es keine Anbieter von Leistungen der Pflegeversicherung, also zum Beispiel keine Kurzzeit- und Tagespflegeplätze, keine Angebote zur Betreuung und Unterstützung im Alltag und auch keine Pflegedienste zur Unterstützung bei der häuslichen Pflege.

Das SGB XI regelt beispielsweise ganz klar, dass ein pflegender Angehöriger den Anspruch hat, für die Dauer eines Urlaubs oder eines eigenen Krankenhausaufenthalts, das pflegebedürftige Familienmitglied in einer stationären Einrichtung unterzubringen, und dass die Pflegekasse die Kosten dafür bis zu einem bestimmten Betrag übernimmt. Tatsächlich finden Betroffene in Bayern aber kaum Angebote für Kurzzeit- und stationäre Verhinderungspflege.

Eine IGES-Studie im Auftrag des Bayerischen Gesundheitsministeriums hat vor Kurzem bestätigt, dass ein flächendeckender Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen in Bayern besteht. Von den 96 Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns könne nur in zehn Fällen von einem regional (tendenziell) ausreichenden Kurzzeitpflegeangebot ausgegangen werden. Gerade für jüngere

Personen und für Versicherte mit einem besonders hohen Versorgungsaufwand gibt es besonders wenige Pflegeplätze.

Und auch qualitativ gibt es ordentlich Nachbesserungsbedarf: Die Studie hat nämlich auch ergeben, dass besondere Versorgungskonzepte für Kurzzeitpflege nur in seltenen Fällen existieren.

Der Grund für die geringe und sogar sinkende Zahl an Kurzzeitpflegeplätzen liegt darin, dass sich die Kurzzeitpflege für die Träger finanziell nicht rechnet. Ministerpräsident Söder hatte im Rahmen seines Pflegepakets ein Förderprogramm für die Einrichtung von 500 zusätzlichen Kurzzeitpflegeplätzen aufgelegt, was ja durchaus als lobenswert zu sehen ist. Aber diese Investitionsoffensive greift nicht so richtig. Bis jetzt sind gerade mal 64 Kurzzeitpflegeplätze neu eingerichtet worden – und auch nur durch eine Umänderung von Langzeitpflegeplätzen in Kurzzeitpflegeplätze, nicht aber durch die Schaffung neuer Plätze.

Weiterhin sind wir deshalb von einer flächendeckenden Versorgung meilenweit entfernt. Deswegen fordern wir eine verbindliche Quote für Kurzzeitpflegeplätze in allen Pflegeeinrichtungen samt ausreichender Refinanzierung, um häusliche Pflege dauerhaft zu unterstützen. Und auch der Vorschlag von IGES, räumlich abgetrennte Versorgungseinheiten ausschließlich für Kurzzeitpflege mit eigenem Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen in jeder Region einzurichten, verdient besondere Aufmerksamkeit.

Nach wie vor völlig unzureichend ist auch die Zahl der Angebote zur Unterstützung von Pflegebedürftigen im Alltag. Bereits ab Pflegegrad 1 erhält theoretisch jeder, der zu

Hause gepflegt wird, monatlich 125 Euro, die unter anderem für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden können. Diese umfassen Betreuungs- und Entlastungsangebote für die Pflegebedürftigen selbst, aber auch Angebote zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, wie zum Beispiel Haushaltshilfen. Mit dieser Unterstützung sollen die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können – wie das der Wunsch der meisten Betroffenen ist. Zertifizierte Anbieter erbringen solche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die Pflegebedürftigen rufen diese ab und reichen die Rechnung bei der Pflegekasse ein, die diese übernimmt. So weit die Theorie.

In der Praxis gestaltet sich die Suche nach einem solchen zertifizierten Anbieter jedoch genauso schwierig wie die berühmte Suche nach der Nadel im Heuhaufen.

Einer Pressemitteilung des bayerischen Gesundheitsministeriums Ende Oktober 2019 konnte entnommen werden, dass es in Bayern mittlerweile 1.211 Unterstützungsangebote gibt. Ein Jahr zuvor waren es noch 959 Angebote. Damit ist die Zahl der Angebote leicht gestiegen.

Das wird sicherlich auch daran liegen, dass sich der VdK hartnäckig für eine Erleichterung der Anforderungen für die Anerkennung der Betreuungs- und Entlastungsangebote starkmacht. So wurden die entsprechenden Anerkennungsregelungen ein Stück weit entschärft, sodass seit Anfang 2019 auch kleinere Träger mit ihrem bestehenden Personal – wie zum Beispiel Sozialpädagogen oder Pflegekräften – haushaltsnahe Dienstleistungen einfacher aufbauen können. Außerdem wurde die erforderliche

Schulung vereinfacht und auf 40 Schulungseinheiten verkürzt. Seit Anfang 2019 gibt es in der Folge nur noch einen einheitlichen Lehrplan, nach dem alle geschult werden, die Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen möchten.

Die Zunahme der Angebote ändert aber nichts daran, dass weiterhin nur ein Bruchteil der Betroffenen die gesetzlich vorgesehene Leistung überhaupt in Anspruch nehmen kann – und das bei einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen in Bayern. Nach wie vor können keine Einzelpersonen beauftragt und bezahlt werden.

Auch wegen dieser vielen Schwierigkeiten plädiert der VdK für die Einführung eines Entlastungsbudgets, für das der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, kürzlich Überlegungen vorgelegt hat.

Wir müssen es den Menschen, die Hilfe brauchen, einfacher machen und bürokratische Hürden abbauen. Ihnen bleibt kaum Zeit und Kraft, sich mit komplizierten Abrechnungssystemen zu beschäftigen. Ein Entlastungsbudget wäre aus Sicht des VdK der richtige Weg, um die häusliche Pflege passgenauer und damit einfacher zu gestalten. Alle bestehenden Leistungen der Pflegeversicherung könnten in Budgets für Pflege und Entlastung gebündelt werden. Pflegebedürftige könnten so gezielt die Leistungen einkaufen, die sie brauchen und wann sie sie brauchen.

3. Aber wir müssen auch die Angehörigen selbst besser in den Focus nehmen: Denn mittlerweile geht der sogenannte größte deutsche Pflegedienst selbst am Stock.

Pflegende Angehörige müssen über praktische Entlastungsmöglichkeiten und Erleichterungen im Pflegealltag informiert und fachspezifisch geschult werden. Wir müssen ihnen helfen, neue Pflegetechniken zu erlernen, ihnen den Umgang mit besonderen Verhaltensweisen nahebringen und sie gezielt ansprechen und ermuntern, eigene Entlastungsangebote, zum Beispiel Angebote zu den Themen Freiraum, Anerkennung und Wertschätzung, soziale Kontakte oder körperliche Aktivität, wahrzunehmen.

Die besten Entspannungstechniken werden aber dann auch nichts bringen, wenn die eigene Existenz gefährdet ist. Viele pflegende Angehörige fühlen sich finanziell überfordert: durch ein reduziertes Einkommen und fehlende Rentenbeiträge, durch gesteigerte Ausgaben, beispielsweise durch Fahrtkosten, Rezeptgebühren, Wohnungsumbauten usw. Finanzielle Auswirkungen durch die Pflege wirken dadurch bis ins Alter fort.

Wir brauchen daher bessere Möglichkeiten, Beruf und Pflege zu vereinbaren: Für pflegende Angehörige müssen Lösungen geschaffen werden, flexibler in der Arbeitsgestaltung zu werden, zum Beispiel durch flexible Arbeitszeitmodelle und Angebote zur örtlich flexiblen Arbeitsgestaltung wie Telearbeit und Homeoffice.

Unternehmen sollten spezifische betriebsinterne Angebote für pflegende Angehörige schaffen. Ich denke da an Arbeitszeitkonten, individuelle Absprachen und auch betriebs-

interne Beratungs- und Vermittlungsangebote zur Pflege.

Der VdK fordert des Weiteren die Einführung einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung und eine Pflegezeit in Anlehnung an das Elterngeld und an die Elternzeit, also ein sogenanntes Pflegepersonengeld und eine entsprechende Pflegepersonenzeit. Außerdem benötigen wir die Gleichstellung der Beiträge zur Rentenversicherung mit Zeiten der Kindererziehung, und zwar auch für Pflegenden, die bereits in Rente sind. Wir dürfen die Last der Pflege nicht den Angehörigen auferlegen, sondern müssen sie als das betrachten, was sie ist: eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

4. Für den VdK ist überdies klar: Gute Pflege muss bezahlbar sein.

Doch trotz der Leistungsverbesserungen eilen die Kosten in der Pflege immer noch mit großen Schritten davon. Vor allem in der stationären Versorgung ist dies evident: So liegt aktuell der durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil an den Pflegekosten in Bayern bei rund 899 Euro (Stand Januar 2020). Das heißt zusätzlich zu den Pflegekosten, die von der Pflegeversicherung in den verschiedenen Pflegegraden übernommen werden, müssen die Menschen für die reine Pflege noch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zuschießen. Damit hat es aber noch kein Ende: Hinzu kommen Unterkunfts- und Verpflegungskosten, und außerdem die sogenannten Investitionskosten. Durchschnittlich belaufen sich die Gesamtkosten für einen Pflegeheimplatz in Bayern dabei derzeit auf sage und schreibe 1.969 Euro. Im Mai 2017 waren es noch 1.713 Euro. Also eine rasante

Kostensteigerung um mehr als 250 Euro innerhalb von zweieinhalb Jahren.

Hinzu kommt, dass die Aufschlüsselung der Kosten durch die Heime zwischen den verschiedenen Einrichtungen völlig uneinheitlich ist und selbst von Profis nicht immer nachvollzogen werden kann. Eine bundesweit einheitliche und verständlich aufbereitete Darstellung der Heimpreise wäre da dringend notwendig.

Vielen Menschen wird erst im Pflegefall klar, dass sich die Pflegeversicherung nur an den reinen Pflegekosten beteiligt. Alle weiteren Kosten müssen selbst geschultert, also durch eigene Einkünfte beglichen werden, wie zum Beispiel durch die Altersrente.

Zum Vergleich: 2018 haben bayerische Bestandrentner durchschnittlich 1.179 Euro, bayerische Rentnerinnen durchschnittlich nur 680 Euro erhalten. Die Finanzierungslücke ist also evident.

Wegen der hohen Eigenanteile zur Finanzierung der Pflege mussten zuletzt immer mehr Pflegeheimbewohner Sozialhilfe, also Hilfe zur Pflege, beantragen, mit der Folge des Unterhaltsrückgriffs bei den Kindern. Mit dem Angehörigen-Entlastungsgesetz werden Kinder von Pflegebedürftigen seit 01. Januar 2020 nun erst ab einem Jahreseinkommen über 100.000 Euro zur Unterhaltspflicht herangezogen, so wie das auch bei der Grundsicherung im Alter geregelt ist. Ein großer Erfolg für den VdK und die bayerische Politik, die sich dafür starkgemacht hatte.

Aber an diesem Punkt stellt sich auch die Frage, ob wir weiterhin einzelne Regelungen

gen singulär verbessern wollen, oder ob nicht die Pflegeversicherung als solche grundlegend verändert beziehungsweise weiterentwickelt werden müsste. Einen entsprechenden Beschluss hat beispielsweise die Arbeits- und Sozialministerkonferenz im November gefasst. Und auch Bundesgesundheitsminister Spahn hat für 2020 eine Debatte über die künftige Finanzierung der Pflegeversicherung angekündigt.

In der Vergangenheit hat sich der VdK bereits für eine jährliche automatische Anpassung der Pflegeleistungen starkgemacht – ebenso wie für einen Solidarausgleich mit der privaten Pflegeversicherung und ihren milliardenschweren Rücklagen (2018 mehr als 36 Mrd. Euro).

Aber das wird angesichts der Dimensionen, die auf uns zukommen, nicht ausreichen. Der VdK plädiert für eine Pflegevollversicherung, die sämtliche Kosten der Pflege abdeckt. Dafür müssen Steuerzuschüsse eingesetzt werden. Besonders wichtig ist dem VdK dabei, dass die ambulante Pflege dabei nicht außen vor bleiben darf. Deshalb müssen wir die Finanzierung der Pflegeversicherung neu aufstellen.

Mit diesen Spotlights zu den Herausforderungen in der Pflege will ich es an dieser Stelle belassen.

Der Sozialverband VdK wird weiterhin für nachhaltige Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen als auch für Pflegekräfte kämpfen. Da dürfen Sie ganz sicher sein. Und auch die Staatsregierung werden wir weiter mit pflege- und senienpolitischen Forderungen des VdK konfrontieren.

Prof. Dr. Stefan Greß
Christian Jesberger

Hochschule Fulda

Perspektiven für die Pflegeversicherung¹

Die Organisation und Finanzierung der ambulanten wie stationären Langzeitpflege ist nicht erst seit Einführung der Pflegeversicherung als eigenständigem Zweig der Sozialversicherung ein Dauerthema in der politischen und wissenschaftlichen Debatte. Dieser sich sowohl auf Finanzierungs- wie auf Steuerungsaufgaben beziehende und seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 in den Grundzügen weitgehend konstante Mix aus finanzieller Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen, Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung und Steuerfinanzierung steht derzeit auf dem Prüfstand. Hintergrund dieser Entwicklung auf der Finanzierungsseite sind primär die schlechten Arbeitsbedingungen und die im Vergleich zur Akutkrankenpflege deutlich schlechtere Entlohnung in der Langzeitpflege. Die schlechten Arbeitsbedingungen – verursacht vor allem durch einen akuten Personalmangel – führen in Kombination mit der unterdurchschnittlichen Entlohnung dazu, dass sich Pflegekräfte aus ihrem Beruf zurückziehen und damit den Personalmangel noch weiter verschärfen. Gegenmaßnahmen gegen diesen Trend – etwa steigende Vergütungen – mildern zwar die beschriebene Problematik. Steigende Vergütungen für die Pflegekräfte werden nach der derzeitigen Finanzierungslogik nicht von der Pflegeversicherung, sondern



Prof. Dr. Stefan Greß

im Rahmen steigender Eigenanteile von den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen beziehungsweise den kommunalen Sozialhilfeträgern finanziert (Greß/Stegmüller 2019). Damit wird die Finanzierungsfunktion der Pflegeversicherung sukzessive ausgehöhlt.

Vor diesem Hintergrund stellen wir die oben angedeuteten aktuellen Herausforderungen für das Verhältnis für den Finanzierungsmix in der Pflegeversicherung ausführlicher dar. Im Anschluss diskutieren wir Lösungsoptionen, die aus unserer Sicht in einer Neujustierung der Finanzierungsverantwortung und Finanzierungslogik in der Pflegeversicherung liegen.

¹ Eine Langfassung dieses Beitrags erscheint unter dem Titel „Pflege im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung, Versicherung und staatlicher Fürsorge“ in dem von Jürgen Zerth herausgegebenen Sammelband „Pflege-Perspektiven – ordnungspolitische Aspekte, Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine gute Praxis der Pflege“ im medhochzwei-Verlag.

Aktuelle Problemfelder

In diesem Abschnitt analysieren wir zwei zentrale Problemfelder in der Langzeitpflege, die primär die Finanzierung von pflegerischen Leistungen betreffen. Erstens steigen die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege in den letzten Jahren sehr stark an. Diese Entwicklung höhlt sukzessive die Finanzierungsfunktion und damit auch die Legitimation der Pflegeversicherung aus. Zweitens wirkt sich die Risikoselektion der privaten Krankenvollversicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung mittelbar auch auf die soziale Pflegeversicherung (SPV) und die private Pflegepflichtversicherung aus. Von einer schon im Jahr 2001 vom Bundesverfassungsgericht angemahnten gerechten Lastenverteilung zwischen den beiden Zweigen einer Pflegevolksversicherung kann weiterhin keine Rede sein.

Steigende Eigenanteile in der stationären Versorgung

Die ursprüngliche Gründungsidee der Pflegeversicherung bestand darin, dass Pflegebedürftige durch Beitragszahlungen Ansprüche auf die Finanzierung pflegerischer Leistungen erwerben sollten. Die Leistungsgewährung nach Antragstellung und Begutachtung sollte zumindest im Grundsatz eine häufig als entwürdigend empfundene Bedürftigkeitsprüfung beim Sozialamt ersetzen. Für die kommunalen Sozialhilfeträger ergab sich als Konsequenz eine deutliche finanzielle Entlastung. Insbesondere aus Finanzierungsgründen – und damit nicht zuletzt aus Gründen der politischen Durchsetzbarkeit – ist die gesetzliche Pflegeversicherung im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung als Teilleistungssystem konzipiert. Das bedeutet zunächst, dass nur ein Teil des

festgestellten Bedarfs aus den Mitteln der Pflegeversicherung finanziert wird.

Der Begriff des Teilleistungssystems ist zwar nicht einheitlich definiert, impliziert zumindest in der stationären pflegerischen Versorgung jedoch unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten. Unstrittig ist, dass die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, weil diese Kosten der Lebensführung auch außerhalb einer Pflegeeinrichtung angefallen wären. Die Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten liegt grundsätzlich bei den Bundesländern. Diese sollen gemäß der gesetzlichen Regelung in § 9 SGB XI zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen Einsparungen einsetzen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen. Die Pflegeversicherung soll schließlich pflegebedingte Kosten finanzieren. Es lässt sich durchaus kontrovers diskutieren, ob der Gesetzgeber bei der Einführung der Pflegeversicherung eine vollständige Finanzierung der pflegebedingten Kosten durch die Pflegeversicherung zum Ziel hatte (Rothgang 2018). Empirisch zeigt sich jedoch bei der Analyse der von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Eigenanteile, dass der für die pflegebedingten Kosten zu zahlende Eigenanteil bei der Einführung der Pflegeversicherung sehr gering beziehungsweise nahe null gewesen ist.²

² Bundesweite Daten hierzu liegen erst seit 1999 vor. Daten aus Nordrhein-Westfalen bestätigen jedoch einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten, der direkt nach der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 zumindest in den Pflegestufen I und II nahe null lag (Rothgang 2018).

Tabelle 1: Entwicklung der Eigenanteile 1999 bis 2017

Jahr	Unterkunft/Verpflegung	Investitionskosten	Pflegekosten	Gesamt
1999	560	293	244	1.097
2001	578	332	302	1.212
2003	578	360	393	1.331
2005	578	376	423	1.377
2007	608	387	454	1.449
2009	617	397	513	1.527
2011	629	408	532	1.569
2013	651	418	596	1.665
2015	681	416	643	1.740
2017	714	401	628	1.743

Quelle: (Rothgang/Müller 2019). Werte für Pflegestufe II bzw. Pflegegrad 3.

Die Entwicklung der Eigenanteile in den Jahren 1999 bis 2017 (vgl. Tabelle 1) zeigt, dass sich die oben beschriebenen Finanzierungszuständigkeiten sukzessive zu Lasten der Pflegebedürftigen verschoben haben. Diese Entwicklung ist weniger in den vergleichsweise moderat steigenden Eigenanteilen für Unterkunft und Verpflegung begründet.

Vielmehr haben die Bundesländer ihre gesetzlich normierte – allerdings schwer durchsetzbare – Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten vernachlässigt. Deutlich stärker sind die Eigenanteile für die pflegebedingten Kosten gestiegen. Ursache hierfür ist die in der Finanzierungssystematik nicht angelegte Dynamisierung von Leistungen der Pflegeversicherung. So war der Leistungsbetrag in der stationären Versorgung von 1994 bis 2008 konstant, sodass steigende Kosten ausschließlich von den Pflegebedürftigen zu tragen waren.³ Die Dynamik beim Anstieg der pflegebe-

dingten Kosten hat sich aktuell deutlich verschärft. Hintergrund sind für die Attraktivität des Pflegeberufs dringend notwendige Verbesserungen bei der Entlohnung, die derzeit schon weitgehend ohne gesetzliche Interventionen zu steigenden Kosten für die Einrichtungsträger und damit zu steigenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen für die Pflegebedürftigen führen (vgl. Tabelle 2).

Dieser Effekt wird noch verstärkt, wenn die Maßnahmen des Gesetzgebers vor allem im Rahmen des Pflegelohneverbesserungsgesetzes greifen. Eine Schließung der Vergütungslücke zwischen Kranken- und Altenpflege würde alleine zu einem Finanzierungsbedarf von rund fünf Mrd. Euro führen (Greib/Jacobs 2016). Hinzu kommt der Finanzierungsbedarf für zusätzliches Pflege-

³ In den Jahren 2008, 2010 und 2012 kam es dann zu Anpassungen des Leistungsbetrags – im stationären Sektor aber nur in der Pflegestufe III.

Tabelle 2: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile nach Bundesländern 2018 bis 2020

	2018	2020	2018-2020
Mecklenburg-Vorpommern	292	522	230
Sachsen-Anhalt	271	498	227
Sachsen	278	504	226
Schleswig-Holstein	333	547	214
Thüringen	214	421	207
Brandenburg	506	699	193
Baden-Württemberg	829	1.006	177
Bayern	733	899	166
Bremen	438	593	155
Niedersachsen	376	526	150
Hessen	566	714	148
Bund	593	731	138
Saarland	781	917	136
Rheinland-Pfalz	601	705	104
Berlin	841	939	98
Nordrhein-Westfalen	691	783	92
Hamburg	572	661	89

Quelle: Verband der Ersatzkassen. Angaben pro Kopf in Euro (Kochskämper 2019)

personal im Rahmen des bis Ende Juni 2020 zu erprobenden wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI. Die derzeitige Finanzierungssystematik in der Pflegeversicherung führt dazu, dass diese dringend notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels ausschließlich von den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und den kommunalen Sozialhilfeträgern zu finanzieren sind. Damit werden nach und nach die Finanzierungsfunktion und damit auch die Legitimation der Pflegeversicherung ausgehöhlt.

Ungleiche Lastenverteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegeversicherung

Die oben diskutierten steigenden Eigenanteile verschieben die Finanzierungsverantwortung sukzessive von den Versicherten zu den Pflegebedürftigen. Ursache ist vor allem die schon bei der Gründung der Pflegeversicherung angelegte mangelnde Leistungsdynamisierung, die vor allem bei rasch steigenden Kosten besonders virulent wird. Ebenfalls bei der Gründung der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber die Zerteilung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung auch in der Pflegeversicherung angelegt. Allerdings haben die Versicherten kein eigenständiges Wahlrecht zwischen sozialer Pflegeversicherung

und privater Pflegepflichtversicherung. Die Wahlentscheidung in der Krankenversicherung gilt auch für die Pflegeversicherung. Im Unterschied zur Krankenversicherung haben die Pflegeversicherten allerdings identische Leistungsansprüche in den beiden Versicherungszweigen. Auch das Begutachtungsverfahren ist identisch. Unterschiede in der Ausgabenentwicklung müssen daher auf unterschiedlich hohe Pflegerisiken zurückgehen.

Ein Blick auf die Finanzkennzahlen in den beiden Zweigen der Pflegeversicherung zeigt, dass es sich um zwei grundsätzlich verschiedene Risikopools in den beiden Versicherungszweigen handelt (vgl. Tabelle 3). Die Anzahl der Pflegebedürftigen je 100 Versicherte war in der SPV im Jahr 2017 mehr als doppelt so hoch wie in der PPV. Zwar nähern sich die Altersstrukturen zwischen den beiden Versicherungszweigen nach und nach an – in der Pflegeprävalenz gibt es seit 2005 jedoch nur eine marginale Annäherung zwischen den beiden Versicherungszweigen. Ähnliches gilt für die Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro. Hier sind die Ausgaben in der SPV weiterhin fast konstant doppelt so hoch wie

in der PPV. Die Privatversicherten haben daher nicht nur ein niedrigeres Pflegerisiko – insbesondere wegen des engen Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Pflegebedürftigkeit. Im Durchschnitt ist außerdem das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit geringer als in der sozialen Pflegeversicherung. In der Konsequenz ist nicht überraschend, dass die Ausgaben je Versichertem selbst nach Berücksichtigung der Beihilfeausgaben in der SPV die Ausgaben der PPV um den Faktor 2,5 übertreffen. Auch diese Relation ist seit 2005 annähernd konstant geblieben.

Die vom Bundesverfassungsgericht im Jahr 2001 geforderte ausgewogene Lastenverteilung bei der Einführung einer Pflegevolksversicherung in Gestalt von zwei Versicherungszweigen ist damit weiterhin nicht erreicht (BVerfG 2001a). Die Versichertengemeinschaft der privaten Pflegepflichtversicherung muss bei identischem Leistungsanspruch deutlich geringere Lasten tragen als die Versichertengemeinschaft der sozialen Pflegeversicherung. Unverändert wird damit die Finanzierungsfunktion und damit auch die Legitimation der sozialen Pflegeversicherung geschwächt.

Tabelle 3: Finanzkennzahlen Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung 2005 und 2017

	SPV	PPV	Relation SPV/PPV	SPV	PPV	Relation SPV/PPV
	2005			2017		
Anzahl Pflegebedürftiger je 100 Versicherte	2,77	1,27	2,2	4,57	2,27	2,0
Leistungsausgaben je Pflegebedürftigem in €	8.699	4.744	1,8	10.763	5.790	1,9
Leistungsausgaben je Versichertem in € einschließlich Beihilfeausgaben	241	90	2,7	492	197	2,5

Quelle: (Grefß et al. 2019).

Lösungsansätze

Der oben beschriebene Anstieg der Eigenanteile ist wesentlich auf die im Hinblick auf den Kostenanstieg nicht hinreichende Leistungsdynamisierung zurückzuführen. Die derzeit geltende gesetzliche Regelung hierzu sieht vor, dass gemäß § 30 SGB XI die Bundesregierung im Abstand von drei Jahren – erneut im Jahr 2020 – die Notwendigkeit und die Höhe einer Anpassung der Leistungen prüft. Die Bundesregierung wird außerdem dazu ermächtigt, die Anpassung per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats vorzunehmen. Als Orientierungswert dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei Kalenderjahren. Der Anstieg soll jedoch nicht stärker ausfallen als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. In dieser Vorgabe ist schon angelegt, dass eine ab 2021 mögliche Leistungsdynamisierung den insbesondere durch die überproportional steigenden Lohnkosten bedingten Anstieg der Eigenanteile in der stationären Pflege nur teilweise kompensieren könnte.

Für eine bessere Planbarkeit der aufzubringenden Eigenanteile wird daher sowohl von wissenschaftlicher als auch von politischer Seite vorgeschlagen, die Finanzierungslogik in der Pflegeversicherung umzukehren. Dies würde bedeuten, dass statt der Höhe der Leistungsbeträge die Höhe der Eigenanteile festgeschrieben wird (Bundesrat 2019; Rothgang/Kalwitzki 2017). Dieser sogenannte Sockel-Spitze-Tausch könnte zudem vorsehen, dass auch die Dauer des aufzubringenden Eigenanteils begrenzt wird. Das Risiko steigender Kosten – etwa durch Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals und bessere Vergütung – würde von den Pflegebedürftigen auf die Versicherungsgemein-

schaft verlagert.

Eine solche Neujustierung der Finanzierungsverantwortung hätte jedoch wichtige politische Festlegungen zur Voraussetzung. In jedem Fall müsste die Höhe des zumutbaren Eigenanteils definiert werden. Eine Möglichkeit bestände darin, den Eigenanteil zu einem bestimmten Zeitpunkt einzufrieren. Das wäre für die Versicherungsgemeinschaft zunächst kostenneutral, würde aber zu zusätzlichen Belastungen in der Zukunft führen. Allerdings würde ein Einfrieren der Eigenanteile dazu führen, dass Pflegebedürftige in Regionen mit zum Umstellungszeitpunkt niedrigen Eigenanteilen dauerhaft weniger zahlen müssten als Pflegebedürftige in Regionen mit hohen Eigenanteilen. Das ist problematisch, weil niedrige Eigenanteile aus ungünstigen Personalschlüsseln und niedrigen Lohnkosten resultieren. Eine Alternative könnte daher darin bestehen, einen festen Eigenanteil auf dem Niveau des Bundeslandes mit dem zum Umstellungszeitpunkt niedrigsten Eigenanteil festzuschreiben (Greß/Stegmüller 2018). Damit würde auch für die Pflegebedürftigen in Bundesländern mit hohen Eigenanteilen der aufgrund der Kostenentwicklung und mangelnden Leistungsdynamisierung entstandene Kaufkraftverlust weitgehend kompensiert werden. In der Konsequenz wäre die Umkehrung der Finanzierungslogik allerdings nicht mehr kostenneutral für die Versicherungsgemeinschaft. Diese Belastungen könnten durch weitere Finanzierungsmaßnahmen abgedeckt werden.

In der politischen und der wissenschaftlichen Debatte besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass die Finanzierung der Behandlungspflege in der stationären Versorgung durch die Pflegeversicherung

nicht sachgerecht ist. Es gibt gute inhaltliche Argumente, ähnlich wie in der ambulanten pflegerischen Versorgung, die Finanzierungszuständigkeit eher in der Kranken- als in der Pflegeversicherung zu sehen. Der Gesetzgeber hat daher in einem ersten Schritt im Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 37 Abs. 2a SGB V dazu verpflichtet, zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten. Dieser Finanzierungsbeitrag der Krankenkassen wird auch dann fällig, wenn die im Gesetz vorgesehene Besetzung von 13.000 zusätzlichen Stellen nicht oder nicht vollständig erfolgt.

Eine vollständige Finanzierung der Behandlungspflege im stationären Setting würde die Pflegeversicherung um weitere zwei Mrd. Euro entlasten. Diese Summe entspricht einem Anstieg des Zusatzbeitragssatzes in der Krankenversicherung um 0,13 Beitragssatzpunkte. Gegen eine solche Maßnahme lässt sich erstens einwenden, dass keine neue Finanzierungsquelle erschlossen wird. Es werden lediglich Mittel von der Kranken- in die Pflegeversicherung verschoben. Letztlich besteht der zentrale Effekt darin, dass die Eigenanteile der Versicherten in der stationären Langzeitpflege zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft in der GKV stabilisiert werden können. Dagegen spricht zweitens das von der Bundesregierung im Koalitionsvertrag formulierte Ziel, die Belastung durch Sozialversicherungsträger unter der Zielmarke von 40 Prozent zu halten. Hierfür ist es unerheblich, ob der Beitragssatz in der gesetzlichen Kranken- oder in der sozialen

Pflegeversicherung steigt. Aus unserer Sicht sollte die Entscheidung über die finanzielle Zuständigkeit bei der Finanzierung der Behandlungspflege in der stationären pflegerischen Versorgung daher weniger von fiskalischen als von inhaltlichen Erwägungen geleitet werden.

Insbesondere die Bundesländer erheben Forderungen nach einer Teilfinanzierung der Pflegeversicherung durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss (ASMK 2018; Bundesrat 2019). Diese Forderung ist aus Ländersicht durchaus nachzuvollziehen, weil durch die steigenden Eigenanteile auch die kommunalen Sozialhilfeträger zunehmend belastet werden. Einen Bundeszuschuss gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen seit dem Jahr 2004. In der Krankenversicherung sind die Erfahrungen mit diesem Finanzierungsinstrument durchaus zwiespältig. Einerseits stabilisiert der Steuerzuschuss in Höhe von aktuell 14,5 Mrd. Euro den Beitragssatz in der GKV. Ohne den Bundeszuschuss müssten die Zusatzbeitragssätze im Durchschnitt um etwa einen Beitragssatzpunkt höher sein. Außerdem zeichnet sich das Steuersystem insgesamt durch eine höhere Finanzierungsgerechtigkeit aus als die derzeitige Beitragsfinanzierung. Das Problem des Bundeszuschusses in der Krankenversicherung besteht in der schwachen Regelbindung. Der Begriff der versicherungsfremden Leistungen ist unklar und wird unterschiedlich interpretiert. Alleine die häufig darunter gefasste beitragsfreie Finanzierung der Ausgaben für Kinder und Jugendliche würden einen mindestens doppelt so hohen Bundeszuschuss erfordern. Insofern war die Höhe des Bundeszuschusses in der Krankenversicherung häufig abhängig

von der Haushaltslage (Greß/Bieback 2014). In der sozialen Pflegeversicherung gibt es bisher keinen Bundeszuschuss. Die Analogie zur GKV stößt relativ rasch an Grenzen, weil die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen als Rechtfertigungsgrund keineswegs eindeutig in Betracht kommt. Das Bundesverfassungsgericht hat schon im Jahr 2001 festgestellt, dass Familien mit Kindern für die soziale Pflegeversicherung nicht primär einen Kostenfaktor darstellen. Vielmehr würden die kinderlosen Versicherten in größerem Umfang einen Nutzen aus der Erziehungs- und Betreuungsleistung für die zukünftigen Beitragszahler ziehen. Als Konsequenz hat das Gericht gefordert, diese Benachteiligung von Versicherten im Beitragsrecht auszugleichen (BVerfG 2001b). Kinderlose Versicherte müssen daher seit dem Jahr 2005 einen um 0,25 Prozentpunkte höheren Beitragsatz aufbringen, an dem der Arbeitgeber nicht beteiligt ist. Insofern würde es auch wenig Sinn ergeben, einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss mit der Belastung der Versichertengemeinschaft durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen zu rechtfertigen.⁴

Eine enge Regelbindung könnte sich dagegen durch die Koppelung des Steuerzuschusses an die von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen zur sozialen Absicherung von nicht professionell tätigen Pflegepersonen nach § 44 SGB XI ergeben. Der GKV-Spitzenverband beziffert das entsprechende Finanzvolumen auf etwa 2,7 Mrd. Euro. Dies entspricht knapp 0,2 Beitragsatzpunkten (GKV-Spitzenverband 2018). Eine darüber hinausgehende Rechtfertigung eines Bundeszuschusses ist aus unserer Sicht nicht zu erkennen (Greß et al. 2019).

Die ungleiche Lastenverteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegeversicherung wird durch die bisher genannten Maßnahmen nicht aufgehoben. Allenfalls ein bundesfinanzierter Steuerzuschuss würde die Lasten etwas gleicher verteilen, da dazu auch Steuermittel von Privatversicherten verwendet würden. Sachgerechter wäre jedoch ein Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten, weil diese sich bisher der systemübergreifenden Solidarität einer vom Bundesverfassungsgericht postulierten Pflegevolksversicherung entziehen. Die Notwendigkeit eines solchen Finanzierungsbeitrags lässt sich nicht nur aus den weit unterdurchschnittlichen Ausgabenrisiken der Versicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung ableiten. Zudem ist ihr Einkommen mehr als doppelt so hoch wie das der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung. Würden die Versicherten in der PPV nach den gleichen Prinzipien zu Beiträgen herangezogen wie die Versicherten in der SPV, so würden zusätzliche Finanzmittel in Höhe von etwa 5,8 Mrd. Euro generiert werden. Damit könnte der Beitragsatz in der SPV um etwa 0,4 Beitragsatzpunkte gesenkt werden (Greß et al. 2019). Alternativ ständen diese Mittel für die Stabilisierung beziehungsweise Senkung der Eigenanteile zur Verfügung. Zusätzliche Beitragsatzeffekte durch eine Verbreiterung der Einnahmehasis – etwa durch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze oder die Verbeitragung weiterer Einkommensarten – sind in dieser Berechnung noch gar nicht berücksichtigt (Rothgang/Domhoff 2019).

⁴ Die Höhe des Beitragszuschlags ist politisch festgelegt. Der Gesetzgeber hat demzufolge durchaus die Option, zusätzliche Finanzierungsmittel durch eine Erhöhung alleine dieses, die Arbeitgeber nicht belastenden, Beitragszuschlags zu generieren.

Zusammenfassung und Ausblick

Der bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung konsentierende Mix der Finanzierungsverantwortung steht aktuell auf dem Prüfstand. In der stationären Pflege verschiebt sich diese Verantwortung durch die steigenden Eigenanteile zunehmend von der Versichertengemeinschaft hin zu den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und damit auch zu den kommunalen Sozialhilfeträgern. Der gesellschaftliche Konsens bei der Einführung der Pflegeversicherung wird damit im doppelten Sinne unterlaufen. So wird die Finanzierung von Pflegeleistungen durch Hilfe zur Pflege bei Fortdauer der aktuellen Entwicklungen zukünftig weiter ansteigen. Außerdem nutzen die Bundesländer die ursprünglich durch die Einführung der Pflegeversicherung realisierten Einsparungen nicht zur Finanzierung der Investitionskosten, was sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Kommunen belastet. In der Summe geraten die Finanzierungsfunktion und damit die Legitimation der Pflegeversicherung zunehmend unter Druck.

Des Weiteren hat der Gesetzgeber bis heute keine ausgewogene Lastenteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung realisiert. Die Risikopools der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung unterscheiden sich durch eine dauerhaft niedrigere Pflegeprävalenz und niedrigere Fallkosten im privaten Zweig. Außerdem sind die durchschnittlichen Einkommen in der privaten Pflegepflichtversicherung mehr als doppelt so hoch wie in der sozialen Pflegeversicherung. Beide Entwicklungen sind konstant im Zeitablauf. Eine Angleichung der Risikostrukturen in den beiden Versicherungszweigen ist weder zu erkennen noch zu erwarten.

Die derzeit kursierenden Reformvorschläge setzen kurzfristig auf eine Neujustierung der Finanzierungsverantwortung durch eine Stabilisierung bzw. Senkung der Eigenanteile im Rahmen eines Sockel-Spitze-Tausches. Zur Vermeidung einer übermäßigen Belastung der Versichertengemeinschaft in der Pflegeversicherung könnte die Behandlungspflege in der stationären Versorgung komplett durch die Krankenversicherung finanziert werden. Ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss könnte die Beitragszahler ebenfalls entlasten. Eine doppelte Funktion hätte ein Finanzierungsbeitrag der privat Pflegeversicherten. Hiermit könnte der Gesetzgeber nicht nur die Eigenanteile stabilisieren, sondern auch eine ausgewogene Lastenverteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegeversicherung realisieren.

Literatur

ASMK (2018). Externes Ergebnisprotokoll der 95. Konferenz der Minister und Ministerinnen, Senatoren und Senatorinnen für Arbeit und Soziales der Länder. Download unter https://asmkintern.rlp.de/fileadmin/asmkintern/Beschluesse/Beschluesse_95_ASMK_Extern/Externes_Ergebnisprotokoll_ASMK_2018.pdf am 07.01.2019.

Bundesrat (2019). Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Antrag der Länder Hamburg, Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein. Berlin, Drucksache 106/19 vom 01.03.2019.

BVerfG (2001a). Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001. Karlsruhe, Bundesverfassungsgericht 1 BvR 2014/95.

BVerfG (2001b). Urteil des Ersten Senats vom

03. April 2001 - 1 BvR 1629/94 - Rn. (1-75), http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1b-vr162994.html, Download am 07.01.2019.

GKV-Spitzenverband (2018). Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 22.11.2018 zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Beitragssatzanpassung (Drucksache 19/5464) vom 06.11.2018. Berlin, Deutscher Bundestag, Ausschussdrucksache 19(14)0047(8.2).

Greß, S./K.-J. Bieback (2014). „Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit.“ ifo Schnelldienst 67(7): 6-9.

Greß, S./D. Haun/K. Jacobs (2019). Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege – aber woher? K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Berlin/Heidelberg, Springer: 241-54.

Greß, S./K. Jacobs (2016). Kosten und Finanzierung von Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege. Pflege-Report 2016: Die Pflegenden im Fokus. K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Stuttgart, Schattauer: 263-74.

Greß, S./K. Stegmüller (2018). Umsetzung und Implementierung der Personalstandards nach § 113c SGB XI in der Langzeitpflege. Fulda, pg-papers: Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit - 02/2018.

Greß, S./K. Stegmüller (2019). Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege.

Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege – aber woher? K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Berlin/Heidelberg, Springer: 159-66.

Kochskämper, S. (2019). Pflegeheimkosten und Eigenanteile. Wird Pflege immer teurer? Köln, IW-Report 41/19.

Rothgang, H. (2018). Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten“. BT-Drucksache 19/960 anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 4. Juni 2018. Berlin, Deutscher Bundestag, Ausschussdrucksache 19(14)0014(15) vom 04.06.2018.

Rothgang, H./D. Domhoff (2019). Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung. Working Paper Forschungsförderung Nr. 150.

Rothgang, H./T. Kalwitzki (2017). Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, Initiative Pro-Pflegereform.

Rothgang, H./R. Müller (2019). Pflegerreport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Berlin, Barmer: