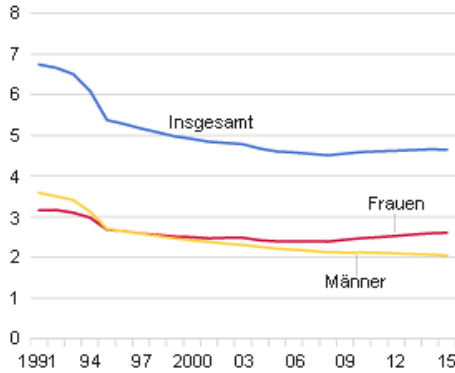


Beschäftigte im öffentlichen Dienst
in Mill.



© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2016

Cornelia Heintze



Soziale und öffentliche Dienste – Fehlentwicklungen im Gesundheits- und Pflegesystem



**Memo-Sommerschule
am 14.09.2016 in Bielefeld**

Nur zwölf Minuten für jeden Pflegebedürftigen
FR Nr. 263 12.11.15
In deutschen Pflegeheimen sind Pflegekräfte nachts im Schnitt allein für 52 Menschen zuständig. Damit bleiben den Pflegekräften zwölf Minuten für jeden Patienten pro Nacht für Inkontinenzversorgung, Verabreichung von Medikamenten und weitere Hilfen. Dies geht aus einer Untersuchung der Universität Witten-Herdecke hervor. 8,7 Prozent der befragten Nachtdienstler hatten angegeben, sogar für mehr als 100 Heimbewohner zuständig zu sein. epd
S 8

1) Staat als Arbeitgeber im internationalen Vergleich – Einführung

- Sektorale Beschäftigungsentwicklung: Die Bedeutung öffentlicher Dienste wächst
- Das Image der Berufe öffentlicher Einrichtungen ist hoch, aber..
- Leistungsstaat contra marktschaffender Staat: Deutschland mit hohem Privatisierungsgrad

2) Vermarktlichung von Gesundheit: Einige Schlaglichter

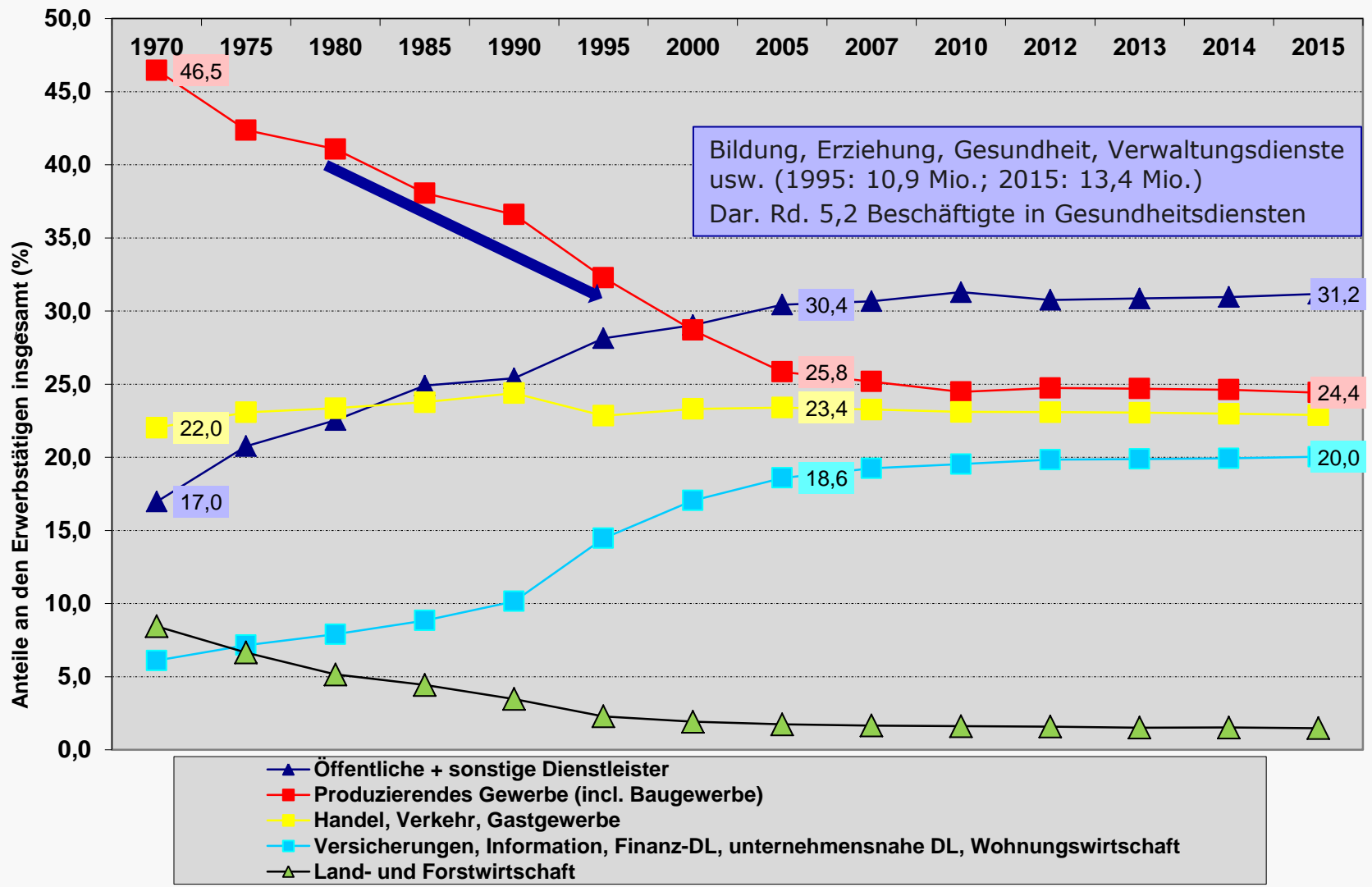
- Drei Grundtypen von Gesundheitssystemen: Einige Anmerkungen
- Öffentliche Gesundheitsdienste schneiden gut ab
- Kommerzialisierungstrend im deutschen Krankenhauswesen: Einige Befunde
- Deutschland als Schlusslicht: Gute Pflege wird in Kliniken zur Ausnahme
- Outsourcing kostet Menschenleben
- Selbstverwaltung wurde zur Selbstbedienung: Zitat

3) Langfristpflege im Schraubstock von Markt, Wettbewerb und der Idealisierung informeller Pflege

- Gleiche Qualitätsziele, konträre Systeme: öffentliche Verantwortung contra entstaatlichte Selbstverwaltung
- Pflege-Highroad und das Kostendilemma sozialer Dienste
- Hohes öffentliches Ausgabenniveau als zentrale Bedingung für den Pflege-Highroad
- Blick auf die Empfänger von Leistungen der Langfristpflege
- Trägerstrukturen im Vergleich: Langfristpflege
- Pflegenotstand als Dauerzustand: Wachsende Versorgungslücke
- Zusammenhang von Kommerzialisierungsgrad und geringen Löhnen

Ausblick: Bringen die Pflegestärkungsgesetze substantielle Verbesserungen?

Erwerbstätige nach Wirtschaftszweigen: Lange Frist



Quelle: Statistisches Bundesamt, VGR – Inlandsproduktrechnung, Lange Reihe ab 1970, 2015 + PM vom 18.8.16

Berufe des Öffentlichen Dienstes (ÖD) und der ÖD als Arbeitgeber haben kein schlechtes Image

Repräsentative Berufe-Umfrage von forsa im Auftrag des Beamtenbundes (August 2016):
 Im Ranking der **beliebtesten Berufe** liegen mit Feuerwehrleuten (93 Prozent), Ärzten und Pflegern (87 Prozent) oder Polizisten bzw. Erziehern (82 Prozent) auch 2016 die öffentlich Bediensteten ganz vorn. Die größten Gewinner im Berufe-Ranking der Deutschen (seit 2007) arbeiten bei der Müllabfuhr (+10 Prozent) oder als Briefträger (+8 Prozent), Lehrer und „Beamte“ (+7 Prozent).
 Berufe mit schlechtem Ansehen: Marketing-, Bank- und Versicherungsfachleute, Unternehmer, Journalisten (Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von FORSA)

Studentenbefragung 2016
 Viele Studenten finden eine Karriere beim Arbeitgeber Staat attraktiv. Knapp jeder dritte (**32 Prozent**) gab in einer Umfrage an, nach dem Abschluss im öffentlichen Dienst arbeiten zu wollen. Das geht aus einer Umfrage des Beratungsunternehmens EY unter 3500 Studenten hervor. Vor zwei Jahren hatten sich noch 30 Prozent so entschieden.
 42 Prozent der Frauen,
 23 Prozent der Männer

Schülerumfrage 2016:

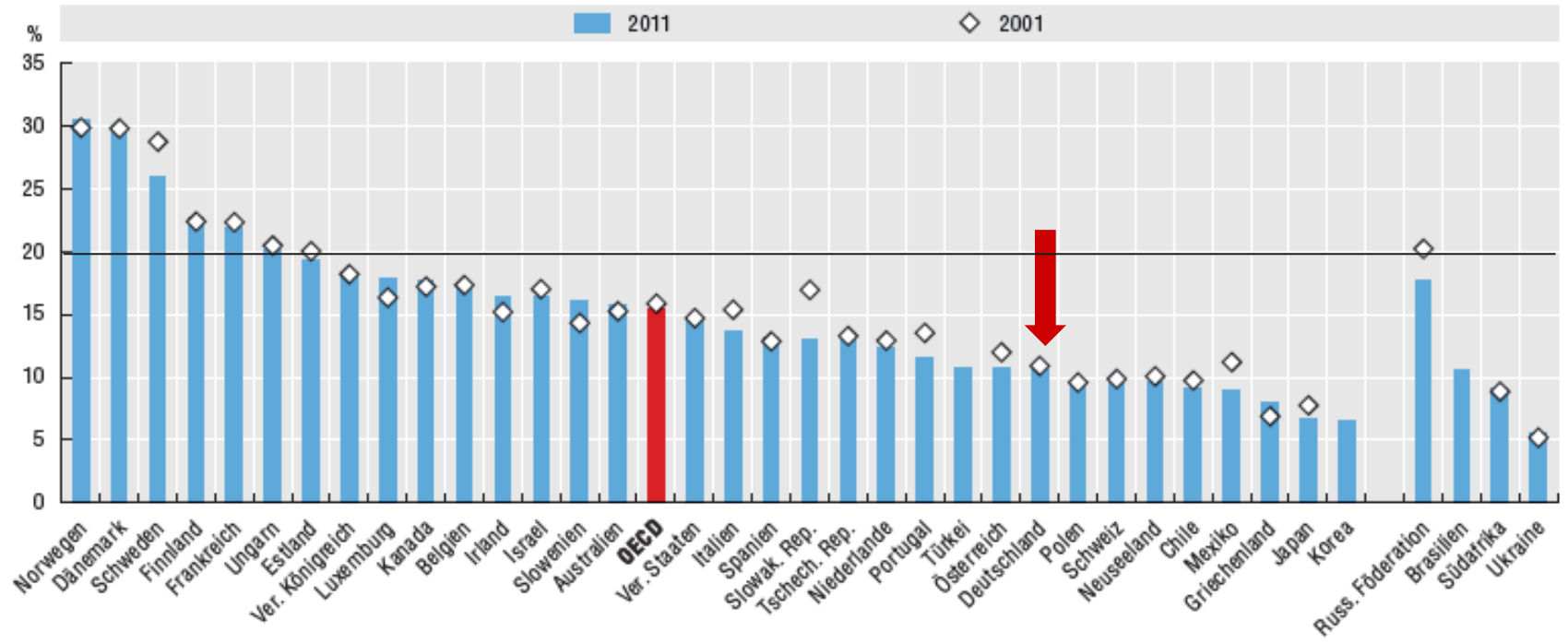
Die **5 beliebtesten** Branchen

Automobilindustrie	15,8%
Öffentlicher Sektor/NGOs	14,2%
Konsumgüter	12,8%
Handel	10,9%
Transport/Logistik/Tourismus	9,5%

Trendence Institut aus Berlin in Kooperation mit Gesamt-, Haupt- und Realschulen sowie Gymnasien in ganz Deutschland. Befragt wurden 17.000 Schülerinnen und Schüler der Klassen 8 bis 13 an allgemeinbildenden Schulen zum Thema berufliche Zukunft sowie über die für sie attraktivsten Arbeitgeber befragt.
<https://www.schuelerbarometer.de/schuelerbarometer/die-studie/studienergebnisse.html>; Abruf 11.9.16)

Im breiten internationalen Vergleich hat Deutschland nur einen sehr kleinen Leistungsstaat; die Erbringung öffentlicher Dienste ist überwiegend privatisiert

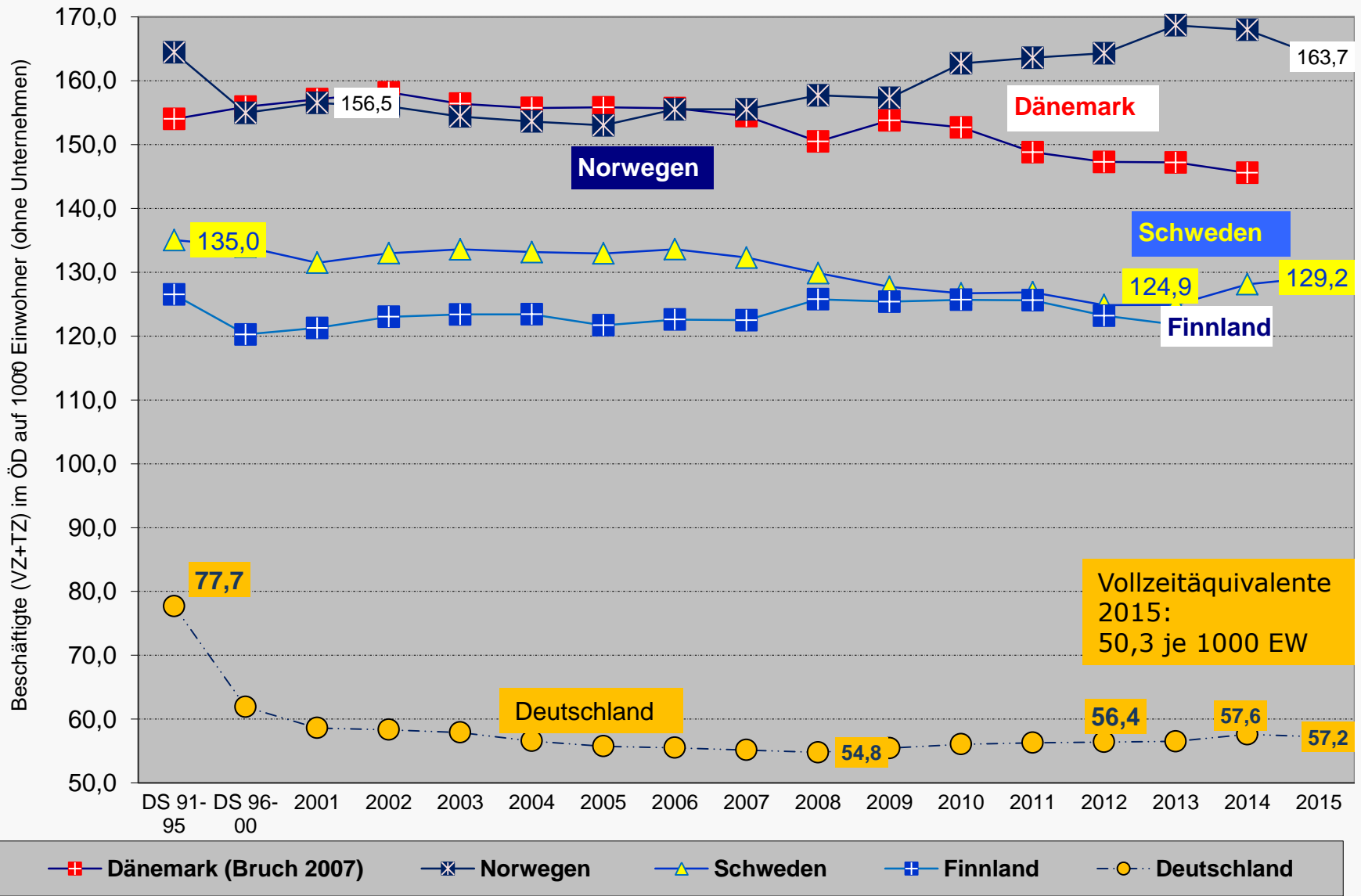
5.1. Beschäftigung im Sektor Staat in Prozent der Erwerbsbevölkerung (2001 und 2011)



Quelle: Internationale Arbeitsorganisation (ILO), LABORSTA (Datenbank); OECD Labour Force Statistics (Datenbank). Die Daten für Korea wurden von Regierungsvertretern zur Verfügung gestellt.

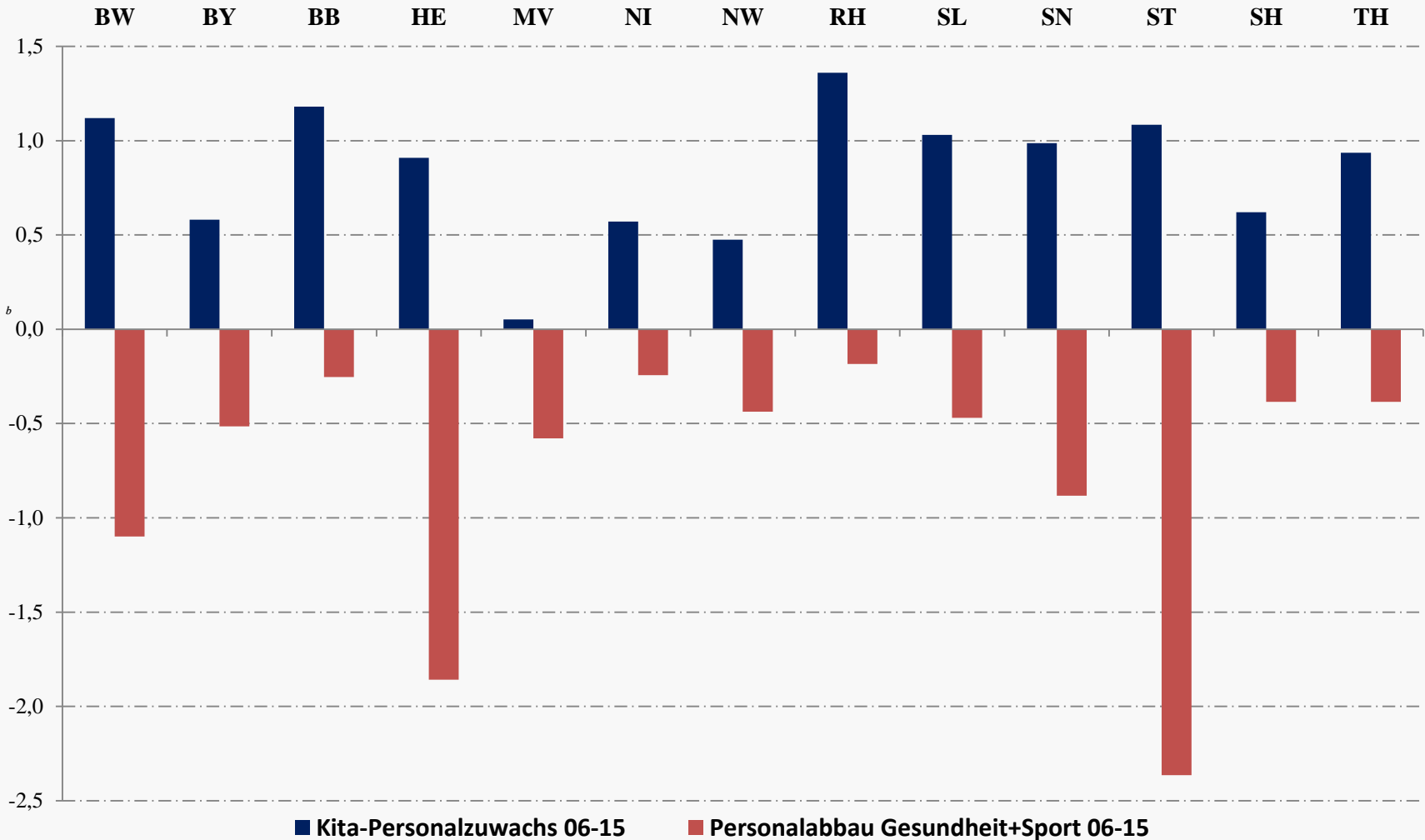
Quelle: OECD (2014): Regierung auf einen Blick 2013, S. 111

Der Öffentliche Dienst wurde an den Rand des Zusammenbruchs gebracht: Beschäftigte auf 1000 EW im Vergleich zu Skandinavien



Datenquellen : Vgl. Heintze 2013 (Updates der entsprechenden Statistiken; bei Dänemark Statistikrevision mit ab 2008 geänderten Daten unter Code RAS305)

Kommunale Arbeitgeber haben im Bereich des Gesundheitsdienste mehr Personal abgebaut als umgekehrt in Kindertagesstätten geschaffen wurden: Veränderung bei den Vollzeitäquivalenten auf 1000 Einwohner 2006 und 2015 nach Bundesländern



Datenquellen : Statistisches Bundesamt, Fachserie 14 Finanzen und Steuern. Reihe 6 Personal des öffentlichen Dienstes, Jahrgänge 2003 – 2016 fortlaufend

Auch Bereiche sind wichtig, die sich im toten Winkel der öffentlichen Wahrnehmung befinden

Das stille Sterben

„Wir haben in den letzten zehn Jahren **1.100 Bäder** verloren (...)\", sagte DLRG-Präsident Klaus Wilkens. Fast 320 weitere Bäder seien aufgrund weiterer Sparmaßnahmen der Kommunen akut von der Schließung bedroht.

Konnten Ende der 80er Jahr noch mehr als **90 Prozent** der Viertklässler in Westdeutschland schwimmen, seien es nun bundesweit im Schnitt nur noch **70 Prozent**. (DLRG, PM 1.6.2012)

Folgen: 2011: rd. 400 Ertrunkene

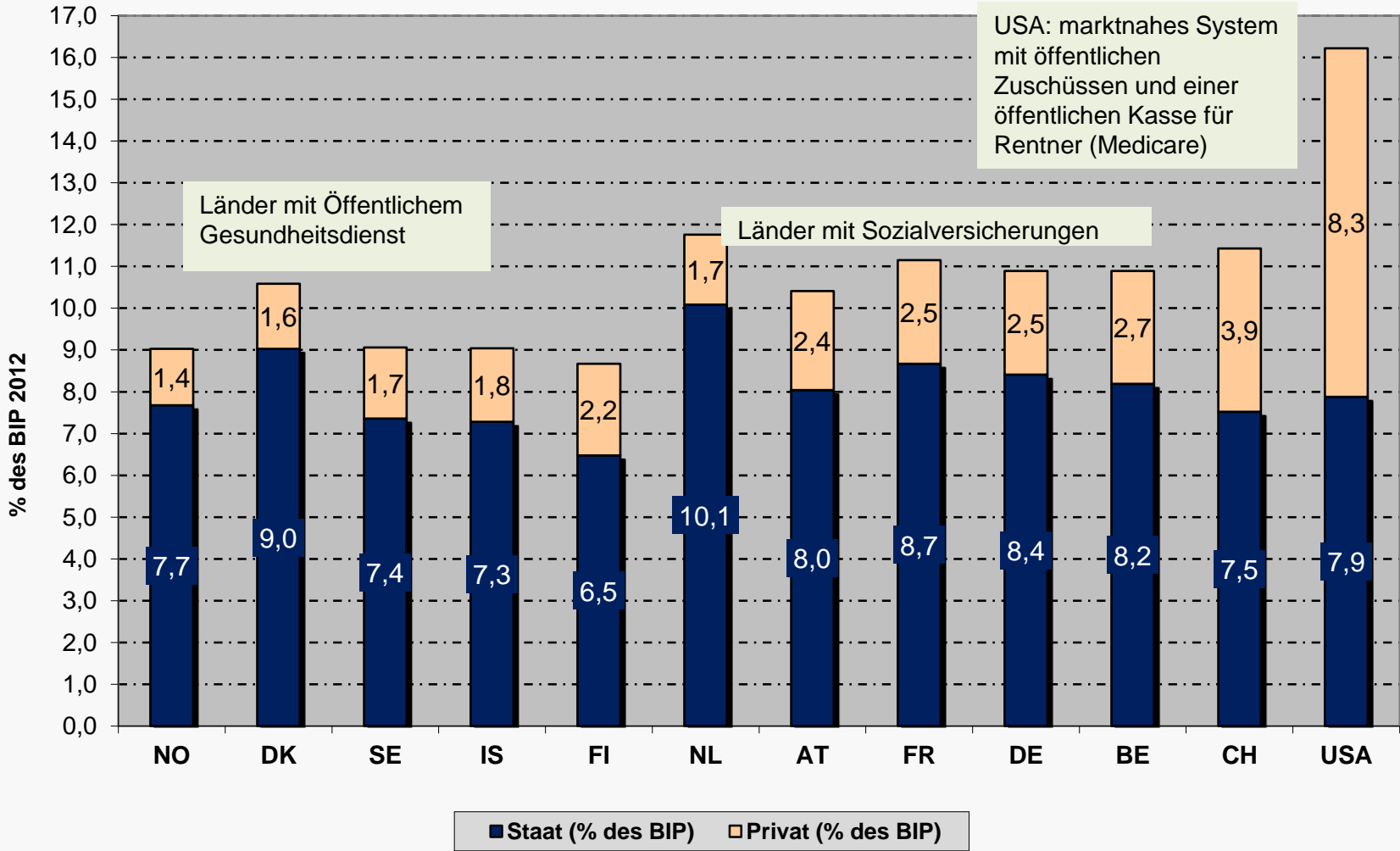
2015: rd. 500 Ertrunkene, (dar. 27 Flüchtlinge)

2

Vermarktlichung von Gesundheit: Ausgewählte Schlaglichter

- Drei Grundtypen von Gesundheitssystem
- Hoher Privatisierungsgrad, regional große Unterschiede
- Hierarchie zwischen ärztlichen und pflegerischen Berufen hat sich verschärft
- Deutschland als Schlusslicht: Gute Pflege ist in Kliniken nicht mehr möglich
- Behandlungsempfehlungen folgen dem, was Gewinne verspricht
- Outsourcing kostet Menschenleben

Drei Typen von Gesundheitssystemen hinsichtlich Kosten und Finanzierung



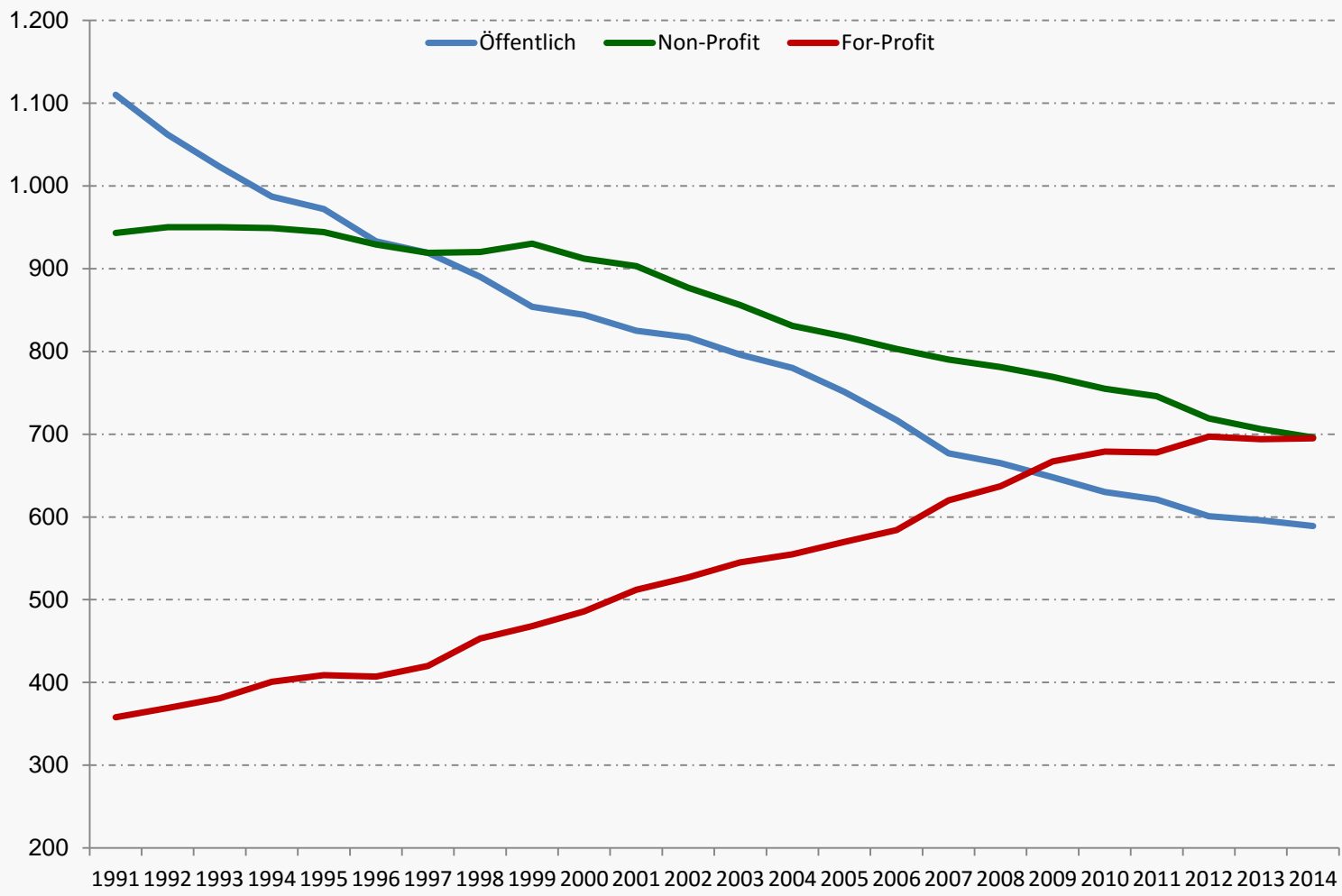
Quelle: Eurostat; Ausgaben der Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung nach Kostenträgern der Gesundheitsversorgung - % [hlth_sha3p]; Update von 2015

Gute Ergebnisse in Ländern mit öffentlichem Gesundheitsdienst, schlechte Ergebnisse in den USA

	DK	FI	IS	NO	SE	UK	AT	DE	FR	NL	CH	US
Lebenserwartung: Frauen (OECD-Rang, 2012)	24	10	8	15	14	23	11	17	3	22	4	28
Lebenserwartung: Männer (OECD-Rang)	18	22	1	9	6	13	17	16	14	11	2	26
Geschlechterdifferenz absolut (2012)	4	6	2,7	4	3,7	3,7	5,2	4,7	6,5	3,7	4,3	4,9
Einschätzung der eigenen Gesundheit als gut bis sehr gut (gerundet) 2012	71	67	77	79	81	75	70	65	68	76	82	
Einschätzung der eigenen Gesundheit als schlecht bis sehr schlecht (gerundet) 2012	7,7	6,7	5,0	6,3	4,3	8,2	9,0	8,5	8,5	5,8	3,1	
Diabetes-Prävalenz 2013 (Erwachsene 20-79 Jahre)	6,3	5,8	3,2	4,7	4,7	4,9	6,6	8,3	5,4	5,2	5,9	
Kindersterblichkeit 2005 (OECD Health Data): Auf 1000 Kinder im Alter < 5 Jahren	4,4	3,0	2,3	3,1	2,4	5,1	4,2	3,9	3,8	4,9	4,2	6,9
Kindersterblichkeit 2012	3,5	2,6	2,1	2,8	3,0	4,6	3,9	3,9	4,2	4,0	4,2	6,9
Kaiserschnitttrate 2011 (%): gerundet	21,1	15	15	17	16,4	23,8	28	32	21	15,6	33	32

OECD, Health at a Glance 2014 (u.a. Self-reported health status 2012; Save the children 2015); BT-Drs. 18/2365 (18.8.2014)

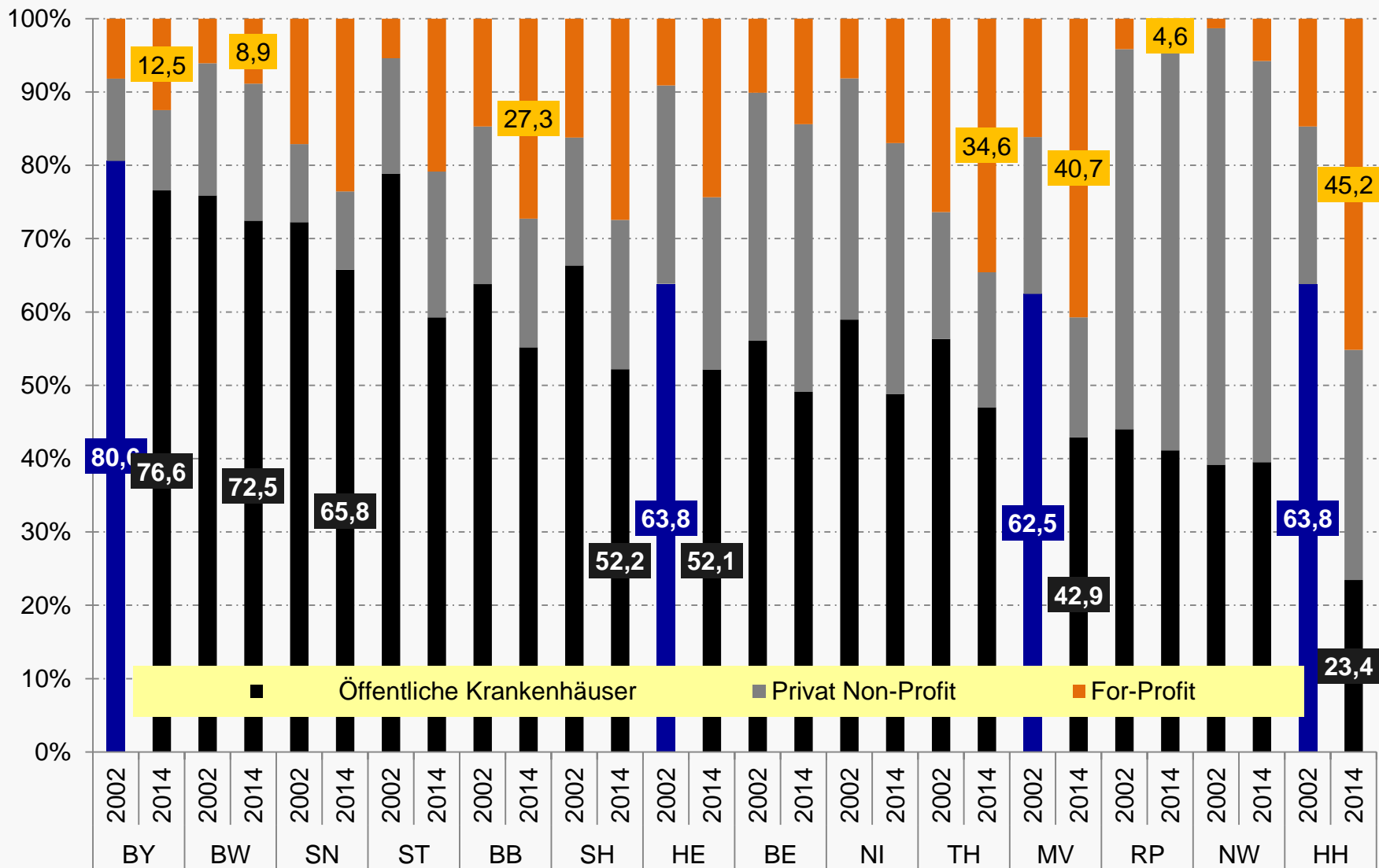
Trägerstruktur der Krankenhäuser hat sich stark in Richtung For-Profit verschoben



Quelle: Destatis, Krankenhausstatistik (Fachserie 12, Reihe 6.1.1., 2015, S. 14)

Privatisierung in Süddeutschland (noch) am geringsten:

Verteilung des Krankenhauspersonals auf Träger in Bundesländern 2002 und 2014



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Datenbestand „Ärztliches und nicht-ärztliches Personal in Krankenhäusern, Vorsorge- und REHA-Einrichtungen nach Trägern und Bundesländern“; eigene Auswertung

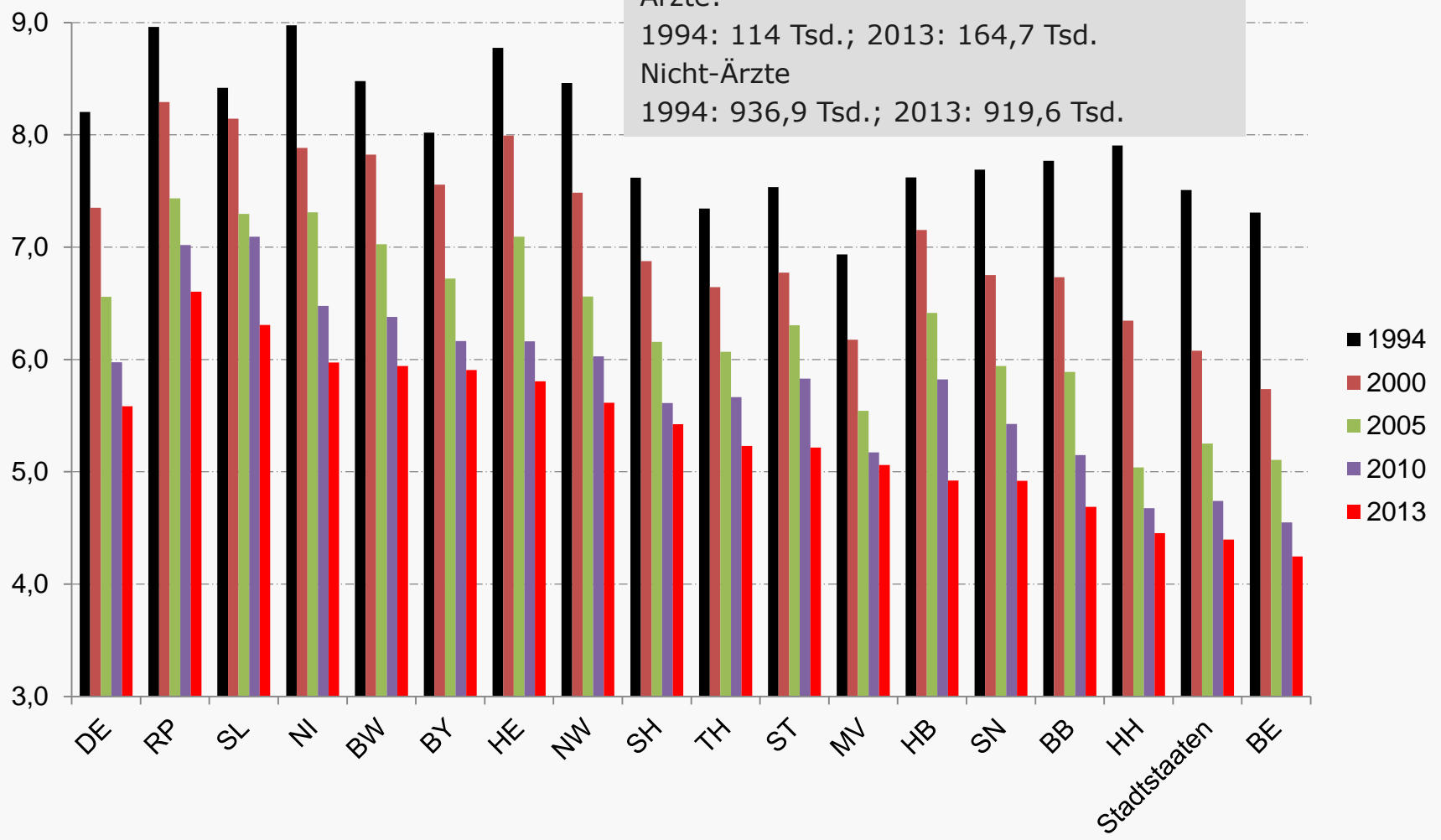
Je höher die Kommerzialisierung, umso schlechter die Relation von Nicht-ärztlichem Personal pro Arzt

	2000	2005	2010	2012/13
Finnland				
Beschäftigte auf 1000 EW	15,9	17,6	18,1	18,1
Öffentl. Sektor (%)	91,5	91,8	92,4	92,5%
Privater Non-Profit-Sektor (%)	6,1	5,5	3,9	3,5%
Gewerblicher Sektor (%)	1,6	2,5	3,6	4,0%
Nicht-ärztliches Personal pro Arzt				9,0
Deutschland				
Beschäftigte auf 1000 EW	13,4	12,9	13,6	14,4
Dar. Öffentl. Sektor (%)		58,2%	54,6%	54,3%
Privater Non-Profit-Sektor (freigemeinnützig) (%)		31,8%	31,5%	31,2%
Gewerblicher Sektor (%)		10,0%	13,9%	14,5%
Nicht-ärztliches Personal pro Arzt	7,4	6,6	6,0	5,6
Schleswig-Holstein				
Beschäftigte auf 1000 EW	12,6	11,6	12,2	13,2
Öffentl. Sektor (%)		61,0%	57,9%	51,5%
Privater Non-Profit-Sektor (%)		20,2%	19,7%	19,1%
Gewerblicher Sektor (%)		18,8%	22,4%	29,4%
Nicht-ärztliches Personal pro Arzt	6,9	6,2	5,6	5,4
Bayern				
Beschäftigte auf 1000 EW	13,8	13,0	13,9	14,8
Öffentl. Sektor (%)		78,7%	77,1%	76,7%
Privater Non-Profit-Sektor (%)		11,4%	10,9%	11,1%
Gewerblicher Sektor (%)		9,9%	12,0%	12,2%
Nicht-ärztliches Personal pro Arzt	7,6	6,7	6,2	5,9

Quellen: DE: Gesundheitsberichterstattung; FI: Amtlich Statistik, Personal im Gesundheitswesen. **Hinweis:** Zentrale Strukturparameter sind in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern deutlich besser als in gewerblichen (Ausbildungsquote und das dort eingesetzte Personal...)

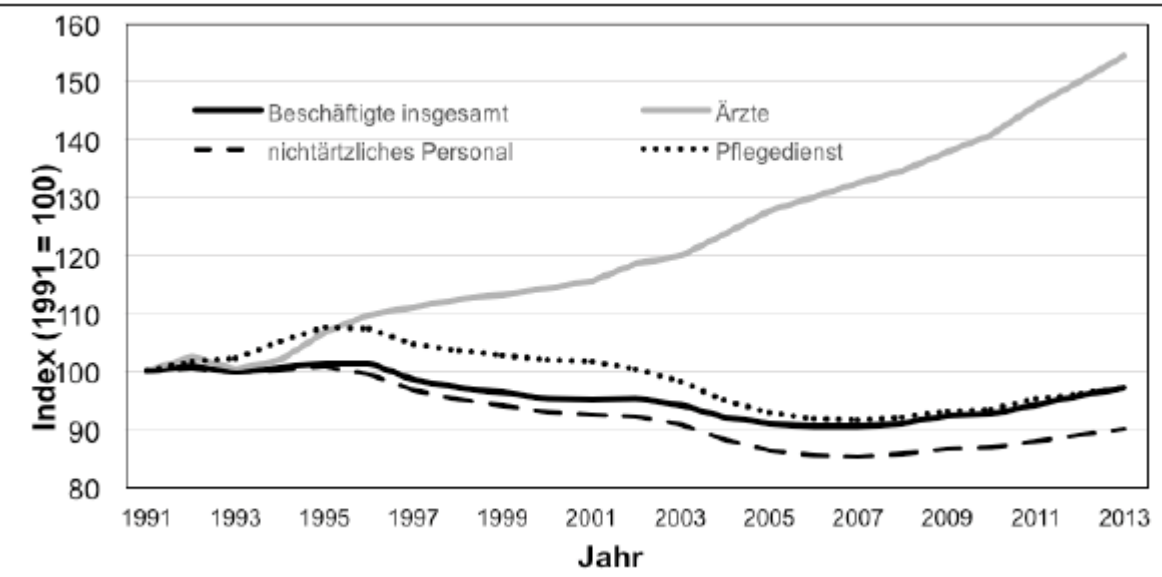
Ökonomisierung und Kommerzialisierung des deutschen Krankenhauswesens seit 1993: Folgen für die Relation von Ärzten zu nicht-ärztlichem Personal (ohne Azubis)

Ärzte:
1994: 114 Tsd.; 2013: 164,7 Tsd.
Nicht-Ärzte
1994: 936,9 Tsd.; 2013: 919,6 Tsd.

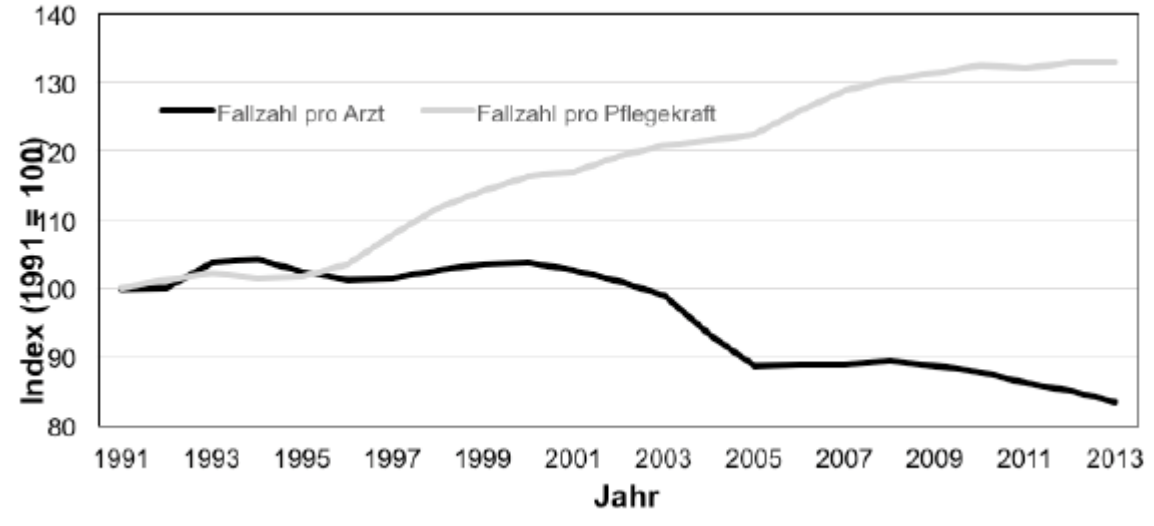


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Datenbestand „Ärztliches und nicht-ärztliches Personal in Krankenhäusern, Vorsorge- und REHA-Einrichtungen nach Bundesländern“; eigene Auswertung

Im kommerzialisierten System verschärft sich die Hierarchie zwischen Ärzten und Pflegepersonal - Chef- und Oberärzte sind für die Maximierung der Erlöse zuständig: Blick auf die Folgen



Quelle: Eicker-Wolf 2015: Zur Situation der Pflegekräfte im Krankenhaus, in: WISO-Info 1/2015, S. 19ff.



Deutschland als Schlusslicht bei der Personalausstattung

Relation von Patienten zu Pflegepersonal (Akutpflege in Kliniken): 12 europäische Länder im Vergleich („Nurse Forecasting Projekt“ (RN4CAST) 2009 bis 12/2011)

Land	Rang	Patienten pro Pflegefachkraft	Patienten pro Pflege- und Betreuungspersonal	Anzahl untersuchter Kliniken
Norwegen	1	5,4	3,3	35
Irland	2	6,9	5,0	30
Niederlande	3	7,0	5,0	28
Schweden	4	7,7	4,2	79
Schweiz	5	7,9	5,0	35
Finnland	6	8,3	5,3	32
England	7	8,6	4,8	56
Griechenland	8	10,2	6,2	24
Polen	9	10,5	7,1	30
Belgien	10	10,7	7,9	67
Spanien	11	12,6	6,8	33
Deutschland	12	13,0	10,5	49

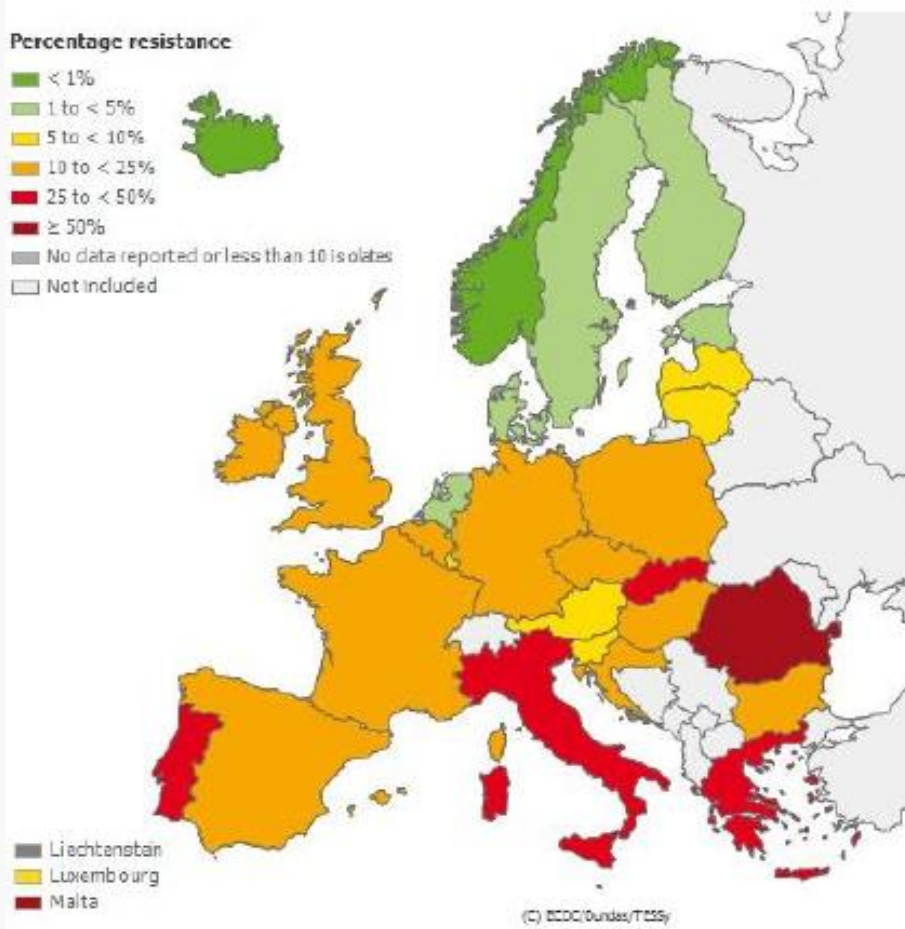
Quelle: Aiken et al. 2012: Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care, Tab. 3

BMJ 2012;344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717 (Published 20 March 2012)

Outsourcing von Funktionsbereichen kostet Menschenleben:

Beispiel Krankenhausreinigung

Wednesday, 25th March 2015



Robert-Koch-Institut: 400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen pro Jahr; mind. 15.000 Todesfälle

Ein erheblicher Teil wäre vermeidbar durch angemessene Hygiene

Reinigungsdienst der Klinik spielt dabei wichtige Rolle.

Forscher verschiedener Universitäten (Cornell, Illionis, Emory) haben untersucht, was Outsourcing bezogen auf bestimmte Erreger bewirkt.

Ergebnis: Keimfreie Kliniken setzten im Schnitt nur **7 Prozent** ihres Reinigungsbudgets für externe DL ein; die von den Krankenhauskeimen betroffenen Kliniken setzten im Schnitt **26 Prozent** des Reinigungsbudgets für externe Dienstleister ein. Je mehr Outsourcing, umso mehr Krankenhausinfektionen.

Figure 2. Distribution of MRSA in EARS-Net (previously EARSS) c
 Map downloaded from ECDC's TESSy database on 28/07/2014:
<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Pages/Database.aspx>

Quelle: Adam Seth Litwin, Ariel C. Avgar, Edmund R. Becker: Superbugs versus Outsourced Cleaners: Employment Arrangements and the Spread of Health Care-Associated Infections, Industrial and Labor Relations Review, Juni 2016 (online)

Abkehr vom Vermarktlichungs- und Privatisierungskurs ist nötig

Die Privatisierung und Kommerzialisierung begünstigt bedenkliche Fehlentwicklungen

Zum STERN-Bericht vom Sommer 2016 über schlechte Hygiene in Hamburger Krankenhäusern (Hinweis: Marktführerschaft liegt in Hamburg bei den kommerziellen Trägern) erklärt Dr. Susann Breßlein, stellvertretende Vorsitzende des IVKK:

*„Das Ergebnis des Stern-Tests ist erschreckend. Aber es ist bezeichnend zugleich für die fatalen Auswirkungen, die die Krankenhauspolitik der letzten Jahre hat. Kliniken stehen nicht nur unter Effizienzdruck. Sie stehen unter blankem Ergebnisdruck. Alles muss immer noch billiger gehen. Dienste wie Reinigung können unter solchen Bedingungen **kaum noch autonom inhouse** erbracht werden. Wir fordern eine Umkehr des unheilvollen Kommerzialisierungstrends im Krankenhaus. Kliniken müssen von dem Zwang befreit werden, sich über ihre Ertragskraft zu rechtfertigen. Effizient und qualitativ hochwertig arbeitende Krankenhäuser müssen überleben können. Gesundheit ist keine Ware, die sich in Heller und Pfennig bemessen lässt, sondern ein Wert an sich, der sich über die Qualität der medizinischen Versorgung definiert!“*

(Quelle: Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK); PM vom 11.08.2016

<http://www.ivkk.de/mitteilungen/2061-hygienmaengel-fatale-folgen-der-krankenhauspolitik>; Abruf 12.09.2016)

Selbstverwaltung als Selbstbedienung

(Dina Michels, Kaufmännische Krankenkasse)

Wie bekommt man das Thema Korruption in den Griff?

Ich bin skeptisch, ob uns das je gelingen wird. Wir haben es zum einen mit einem völlig intransparenten System zu tun. Die Politik scheint auch nicht gewillt, das zu ändern. Zum anderen haben wir eine unglaubliche Fülle von Anbietern, die miteinander konkurrieren. Gerade in Ballungszentren herrscht ein brutaler Verdrängungswettbewerb. Berlin zum Beispiel ist in dieser Hinsicht ein Moloch. Wer überleben will, muss erfinderisch sein und im Zweifel zu illegalen Mitteln greifen.

gegeben. Der Onkologe erhält eine Umsatzbeteiligung, weil er das Rezept für die extrem teuren Chemotherapien direkt in eine bestimmte Apotheke gibt. Kliniken fordern von Pflegeeinrichtungen Geld dafür, dass sie Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus dorthin schleusen. Das ist alles verboten, sowohl nach dem Berufsrecht als auch

Nicht einmal etwas Optimismus bei Ihnen?

Das Gesundheitswesen ist so ein Sumpf, dass ich nur wenig Hoffnung habe. Wer clever ist, wird nicht entdeckt. Korruption können wir eben nicht durch die Abrechnungsdaten entdecken. Wir müssen darauf setzen, dass es auch durch den Druck der Öffentlichkeit einen Mentalitätswechsel gibt, sowohl bei den Akteuren im Gesundheitswesen, als

Sind das Einzelfälle?

Mitnichten. Nach Schätzungen aus der Branche sind mehr als die Hälfte aller Akteure im Gesundheitswesen in solche illegalen Machenschaften verwickelt. Die Größenordnung scheint mir plausibel. Man muss es leider so sagen: Das deutsche Gesundheitswesen ist korrupt. Und das

FR Nr 206 v.
3.14.09 2016

3

Langfristpflege im Schraubstock von Markt, Wettbewerb und der Idealisierung von informeller Pflege

- Gleiche Qualitätsziele, konträre Systeme: öffentliche Verantwortung contra entstaatlichte Selbstverwaltung
- Pflege-Highroad und das Kostendilemma sozialer Dienste
- Hohes öffentliches Ausgabenniveau als zentrale Bedingung für den Pflege-Highroad
- Systemvergleich anhand zentraler Indikatoren
- Blick auf die Empfänger von Leistungen der Langfristpflege
- Trägerstrukturen im Vergleich: Langfristpflege
- Pflagenotstand als Dauerzustand: Wachsende Versorgungslücke
- Zusammenhang von Kommerzialisierungsgrad und geringen Löhnen

Zur Einstimmung

Dr. Heintze

BERATUNG
COACHING

Angela Merkel (CDU) am Mittwoch, den 29. Januar 2014, im Bundestag:

Mit Blick auf die gewaltigen Pflegeleistungen, die in den Familien von Angehörigen erbracht werden.

"Sie sind die stillen Helden unserer Gesellschaft,"

Sollen wir stolz sein auf dieses stille HeldInnentum.

„Nein, glücklich das Land, das keine Helden nötig hat.“ könnten wir mit Brecht **antworten** (Bertolt Brecht, Das Leben des Galilei, 1939 von Brecht im dänischen Asyl geschrieben und 1943 zur Musik von Hans Eisler in Zürich uraufgeführt)

Statement einer österreichischen Pflegefachkraft nach 4 Jahren Berufspraxis in Dänemark:

*„Bin jetzt seit knapp 4 Jahren in Dänemark und **erlebe eine komplett andere Professionalisierung der Pflege.***

*Berufspolitik - Ja natürlich! **Mehr Kompetenzen (auch nicht-pflegerische Grundkompetenzen) und im Gegenzug mehr Lohn und aber auch Verantwortung (...)** . Auch in Dänemark ist der Pflegeberuf ein klassischer Frauenberuf, aber dennoch hatten es genau die Frauen geschafft sich von den Ärzten im speziellen und Männer im generellen zu distanzieren und haben für ihre Sache gekämpft. Die røde-strømper-bevægelse (Rote-Strümpfe-Bewegung) in den 1960ern zeigte sehr schön, dass es sich allemal lohnt für seine Sache zu kämpfen. Heute ist der Pflegeberuf ideologisch weit von den Kirchen weg (es ist halt eine ganz normale Dienstleistung die man als Pflegekraft leistet und nicht etwa aus Nächstenliebe oder weil man das Herz am rechten Fleck hat (Zitat FPÖ-Politikerin im österreichischem Parlament). **Der Pflegeberuf ist gesellschaftlich anerkannt** (finanziell und die Unis werden auch von Studienbeginnern in der Pflege geradezu überrannt) **und das Gehalt einer Pflegekraft liegt eindeutig über dem des dänischen Medianeinkommens, während man in Österreich weit unter dem Medianeinkommen sein Auslangen finden muss (wird wohl in D auch so sein?)“***

Online-Portal „Krankenschwester.de“, Eintrag einer Pflegefachkraft aus Österreich mit Pseudonym „Danwolfi“ am 30.08.2013

Systemübergreifend gleiche Qualitätsziele

Vorrang von Prävention und REHA, Pflege nach individuellem Bedarf bei Einhaltung fachwissenschaftlicher Standards

Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Führung eines möglichst **selbständigen und selbstbestimmten Lebens**. „Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI, § 2).

Vorrang von Prävention und häuslicher Pflege (u.a. Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI, § 3; § 5)

Alle Bundesländer definieren die im Kern gleichen Qualitäts-Ziele.

Pflegedienste müssen danach 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.**

(Für Nordrhein-Westfalen siehe u.a. das Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen - GEPA vom 2.10.2014; Wohn- und Teilhabegesetz – WTG vom 2.10.2014; Alten- und Pflegesetz - APG NRW v. 2.10.14)

Pflege-Highroad und das Kostendilemma sozialer Dienste

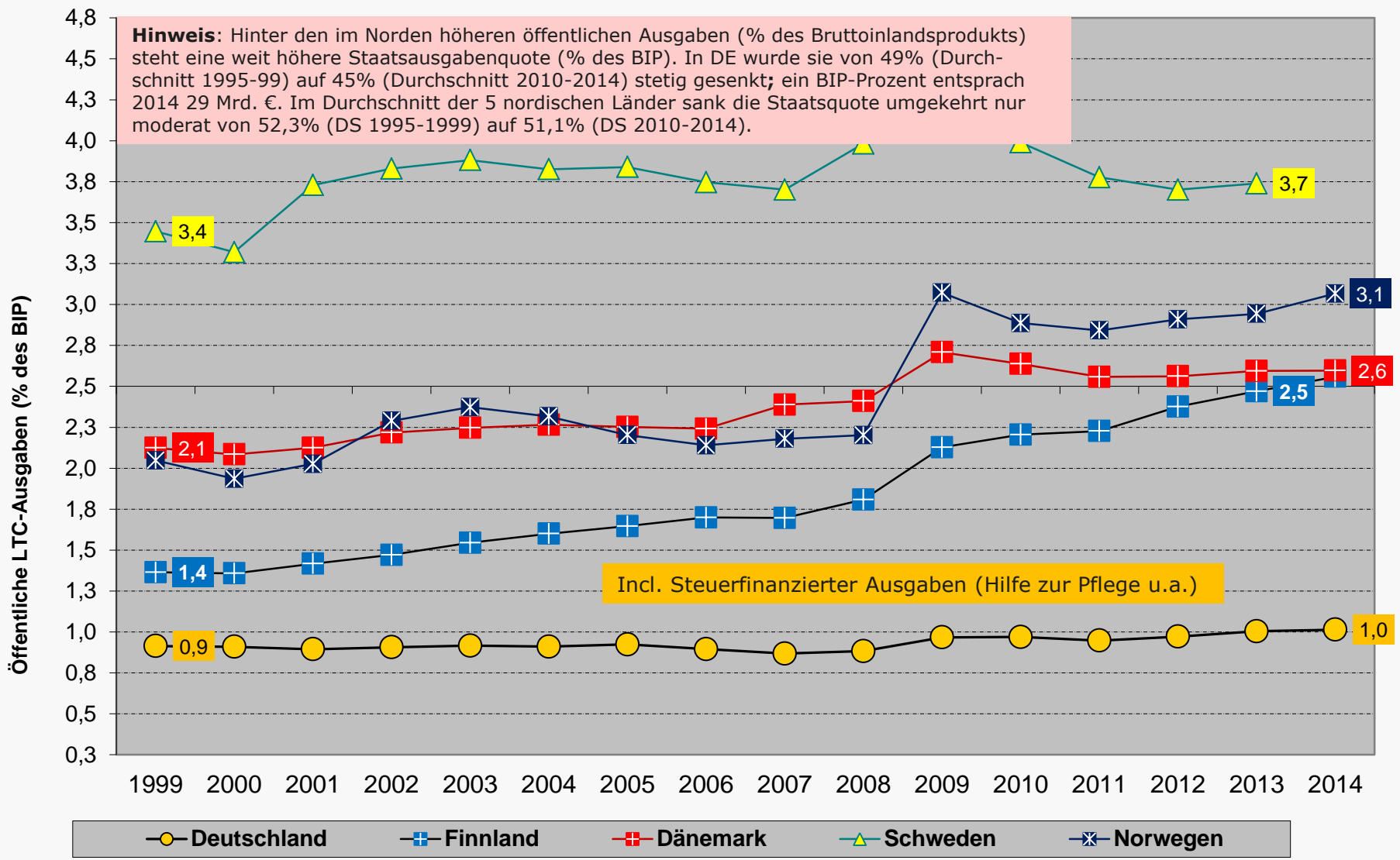
- Hohe Arbeitsintensität und ein geringes Rationalisierungspotential bedingen eine stetige Kostenerhöhung sozialer Dienste relativ zu anderen Gütern und Dienstleistungen.
- Unter restriktiven Finanzierungsbedingungen geraten die für diese Dienste verfügbaren Ressourcen daher unter wachsendem ökonomischem Druck. **Folgen:**
 - Qualifikationsanforderungen und Arbeitsbedingungen driften auseinander
 - Berufsethos bleibt auf der Strecke; hohe Fluktuation bei den Beschäftigten....
- Das vom US-amerikanischen Ökonomen Baumol 1967 als „*Kostenkrankheit*“ beschriebene Spezifikum kann politisch unterschiedliche Antworten finden. Paradigmatisch stehen sich 2 Wege konträr gegenüber (mit Mischformen dazwischen):
 - (1) Privatisierung der Kostensteigerungen und Vermarktlichung der Leistungserbringung
 - (2) Anpassung der öffentlichen Ausgaben an den wachsenden Finanzierungsbedarf bei gleichzeitigem Bemühen, Ressourcen möglichst effektiv einzusetzen.
- Deutschland hat sich für Weg (1) im Rahmen eines entstaatlichten Systems der Langfristpflege entschieden und auch in der Akutpflege die Tür weit geöffnet für die Mechanismen von Markt und Wettbewerb **➡ Pflege wird zur Ware**
- Die skandinavischen Ländern verfolgen im Kern Weg (2) mit allerdings auch gewissen Vermarktlichungen der öffentlichen Versorgung.
- Die gesellschaftliche Wertschätzung der Care-Arbeit und die gesellschaftliche Wertschätzung der Erwerbsarbeit von Frauen sind dabei 2 Seiten der gleichen Medaille. Im Lowroad äußert sich daher auch die Geringschätzung frauenaffiner Tätigkeiten

(Baumol, W.J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, in: American Economic Review 57, p. 416-26)

Hohe + dynamisch wachsende öffentliche Ausgaben als zentrale Voraussetzung des Pflege-Highroads:

In Skandinavien tendenziell erfüllt, in Deutschland nicht

Hinweis: Hinter den im Norden höheren öffentlichen Ausgaben (% des Bruttoinlandsprodukts) steht eine weit höhere Staatsausgabenquote (% des BIP). In DE wurde sie von 49% (Durchschnitt 1995-99) auf 45% (Durchschnitt 2010-2014) stetig gesenkt; ein BIP-Prozent entsprach 2014 29 Mrd. €. Im Durchschnitt der 5 nordischen Länder sank die Staatsquote umgekehrt nur moderat von 52,3% (DS 1995-1999) auf 51,1% (DS 2010-2014).



Quelle: Eurostat; BIP und Hauptkomponenten, [nama_10_gdp]Eurostat; LTC-Ausgaben : nationale amtliche Statistik (DK, FI, NO; SE Kommunale Rechnungsergebnisse; DE: Gesamtausgaben der Sozialen Pflegeversicherung; Rechnungsergebnisse der Kommunen

Soziale Dienste brauchen dynamisch wachsende öffentliche Finanzierungsmittel: Ausgaben der Langfristpflege 1999 - 2012

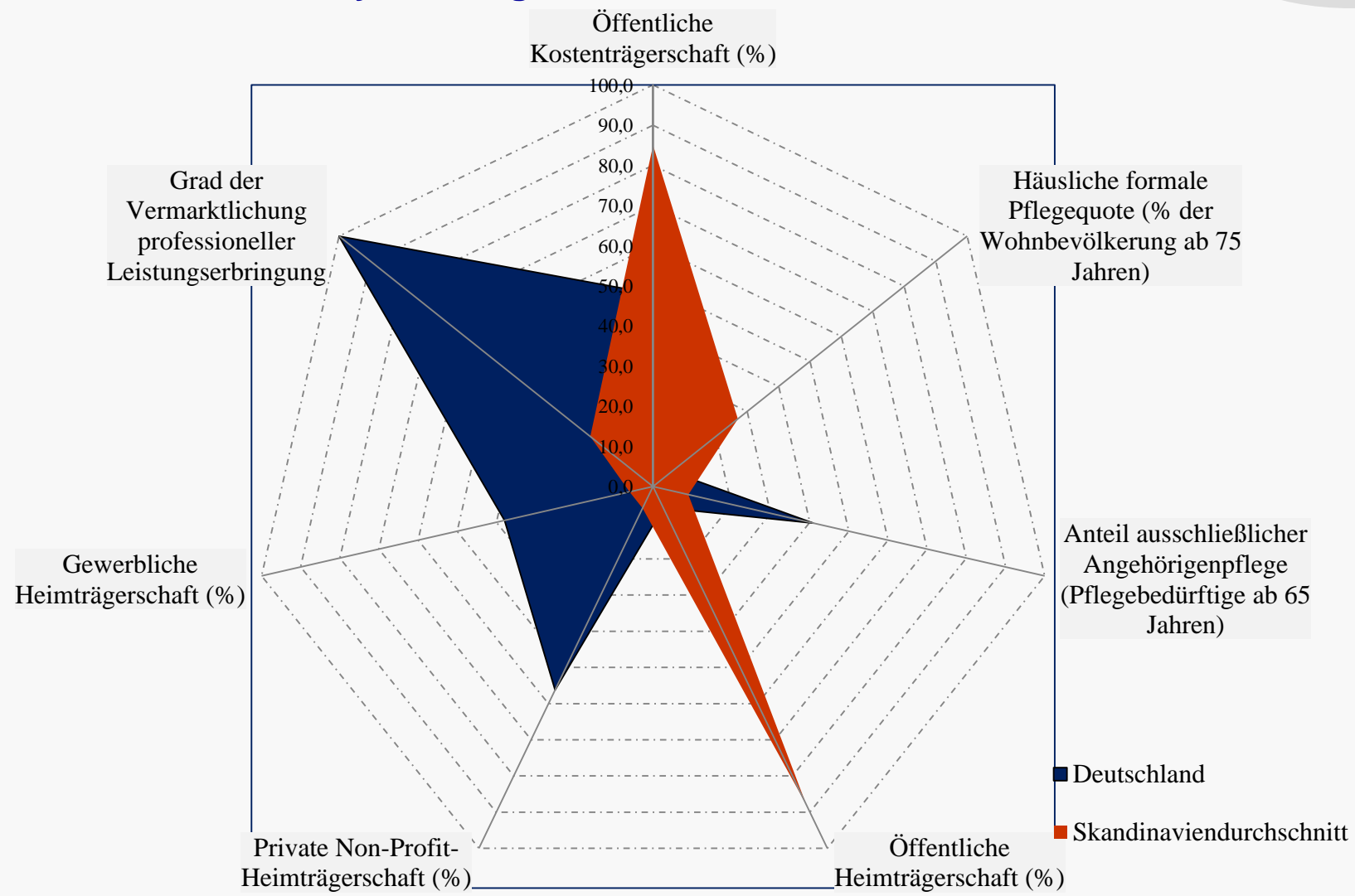
	1999	2005	2008	2011	2012	Veränderung (%)
Deutschland (Gesetzliche Pflegeversicherung; alle Altersgruppen)						
EW 65+ (Mio.): 1.1.d.J.	13,1	15,4	16,5	16,8	16,9	29,2
Ausgaben am BIP (%)	0,77	0,76	0,73	0,8	0,82	6
Ausgaben pro EW	190	206	221	256	267	40,8
Ausgaben pro 65+EW	1.190	1.105	1.102	1.240	1.294	8,8
Dänemark (laufende Ausgaben incl. Behinderte); Eurokurs vom 10.06.2011: Bruch 2007						
EW (Tsd.): 1.1.d.J.	790,5	812,5	853	933,78	968,08	22,5
Ausgaben am BIP (%)	2,14	2,27	2,41	2,56	2,56	19,6
Ausgaben pro EW	652,4	863	1.035	1.106	1.123	72,2
Ausgaben pro 65+EW	4.385	5.747	6.643	6.585	6.476	47,7
Finnland (gesamte laufende Ausgaben; ohne Behinderte)						
EW 65+ (1.1.): Tsd.	758,8	830,9	875,2	941	979,6	28,7
Anteil am BIP (%)	1,42	1,72	1,89	2,29	2,36	66,4
Ausgaben je EW	336	517	661	816	879	161,7
Ausgaben je 65+EW	2.283	3.257	4.003	4.659	4.846	112,2
Schweden (Nettogesamtkosten für Ältere und Behinderte; Eurokurs vom 10.06.2011)						
EW 65+ (Tsd.): 1.1.d.J.	1.538	1.554	1.608	1.737	1.785	16
Anteil am BIP (%)	3,4	3,8	4	3,8	3,7	7,4
Ausgaben pro EW	945	1.271	1.445	1.546	1.592	68,4
Ausgaben pro 65+EW	5.442	7.369	8.252	8.379	8.457	55,4

Die Logik des deutschen Pflegesystem konterkariert die gesetzlich formulierten Qualitätsansprüche: Pflegeversicherung als staatsferne Wettbewerbsveranstaltung

Bindung der Schaffung von Rechtsansprüchen auf Leistungen (bei erheblicher Pflegebedürftigkeit) **an Spielregeln, die auf die Kommerzialisierung der Leistungen und die Prekarisierung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen gerichtet sind:**

- Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips = **Zulassung von For-Profit-Anbietern**
- Verschärfte Subsidiarität durch **Vorrang gewerblicher vor öffentlichen Trägern**
- Statt bedarfsorientierter Einnahmesteuerung **Beitragsstabilität durch Fiskalisierung:** Mit nicht dynamisch gemäß dem Pflegebedarf und den Kosten steigenden Vergütungen wird ein wachsendes Leistungsvolumen bewältigt
- **Entstaatlichung:** Der Gesetzgeber gestaltet einen auf Unterfinanzierung hin angelegten Finanzrahmen und formuliert Outcomeziele, für deren Erreichung er keine Verantwortung trägt. Die Binnensteuerung obliegt den Selbstverwaltungsakteuren. Sie stehen untereinander im (Preis-)Wettbewerb um Marktanteile.

3.4b LTC: Deutschland und der skandinavische Durchschnitt
 Schematischer¹ Systemvergleich



¹ Überwiegend anhand von Daten für 2012/13; teilweise Schätzwerte (zur Angehörigenpflege etwa liegen für die nordischen Länder nur eingeschränkt Daten vor); eigene Darstellung

Hohe Reichweite der professionellen häuslichen Unterstützung macht den Unterschied: 2012/2014

	DE	DK	FI	IS	NO	SE
	2013	2013	2013	2013	2013	2014
Bevölkerung im Alter von 65+ (NO 67+; FI bei häuslichen Leistungen nur Home-Help)						
Bevölkerung im Alter von 65+ am 1.1.2014 (% der Wohnbevölkerung)	20,8	18,2	19,4	13,2	15,9	19,4
Professionelle häusliche Langfrist-Care-Leistungen (%)	3,3	12,7	10,4	20,2	16	11,9
Institutionelle Versorgung in Heimen oder Pflegewohnungen (%)	4,5	4,1	4,8	k.A.	5,7	5,7
Insgesamt	7,8	16,8	Rd. 15		21,7	17,6
Bevölkerung im Alter von 75+ (SE und NO 80+; FI bei häuslichen Leistungen nur Home-Help)						
Bevölkerung im Alter von 75+ am 1.1.2014 (% der Wohnbevölkerung)	10,2	7,4	8,5	6,0	7,0	8,5
Professionelle häusliche Langfrist-Care-Leistungen (%)	5,9	25,1	19,9	44,4	33,4	31,9
Institutionelle Versorgung in Heimen oder Pflegewohnungen (%)	8,2	10,2	9,8	k.A.	13,8	17,3
Insgesamt	14,1	35,3	Rd. 30		47,2	49,2

Quellen: www.gbe-bund, Stat. BA (update 2015). Für genaue Quellenangabe siehe die FES-Studie von Heintze, Update 2015 (SE: Socialstyrelsens statistikdatabas 2016-02-20). Angabe zu Finnland aus amtlicher Statistik 2015

Hausgemachter Pflegernotstand:

Blick auf die vermarktlichte Trägerstruktur und die dort Beschäftigten

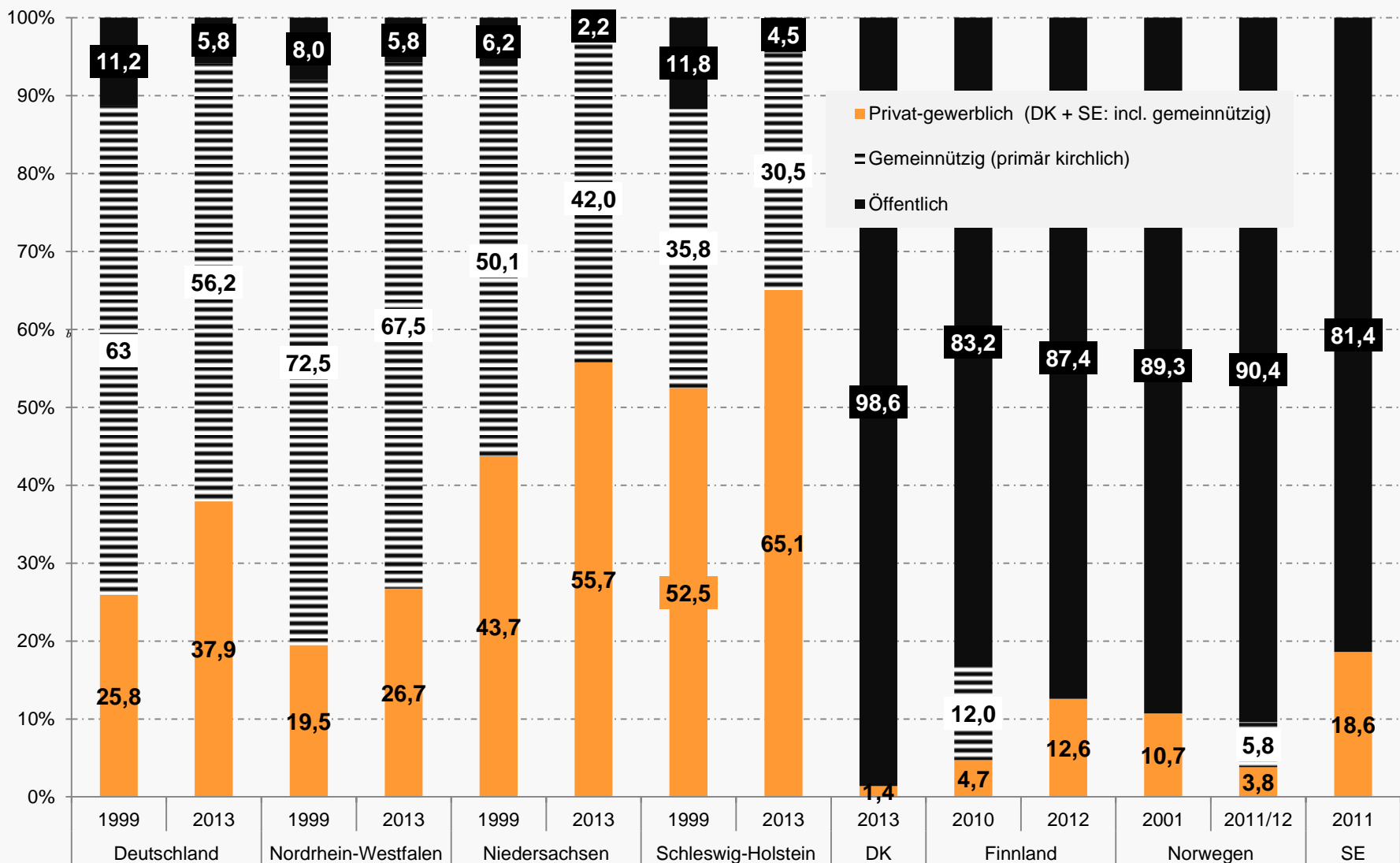
b

Langfristpflege als staatsferne Wettbewerbs- und Selbstverwaltungsveranstaltung: Folgen für die Beschäftigten

- **Entkommunalisierung:** 2013 wurden bundesweit weniger als 5 Prozent der häuslichen und institutionellen Leistungen durch öffentliche Anbieter erbracht; in den meisten Gemeinden existiert kein öffentliches Angebot mehr
- Mit der **Marginalisierung des öffentlichen Angebots** **wuchs die tariffreie Zone;** For-Profit-Akteure sind meist OT-Arbeitgeber
- Bearbeitung der wachsenden Unterfinanzierung durch einen **ruinösen Preiswettbewerb**
- Im Preiswettbewerb sind die **For-Profit-Träger im Vorteil; Marktführerschaft geht sukzessive an sie über.**
- **Pflege wird zur Ware;** Outsourcing erfolgt nach ökonomischen Kriterien; demokratische Mitwirkung fehlt
- **Polarisierung von Pflegequalitäten:** 10 bis max 20 Prozent Leistung mit guter Qualität; rd. 20 Prozent gesundheitsgefährdende Pflege; im Regelfall nur Sicherung von Mindeststandards (Pflegerinnen bewerten nur die Einhaltung von Mindeststandards)
- **Polarisierung von Arbeits- und Entlohnungsbedingungen:** Minderheit mit guten, Mehrheit mit unbefriedigenden Arbeitsbedingungen

For-Profit-Akteure als Gewinner der Marktöffnung

– gilt auch für Skandinavien: Blick auf Heime

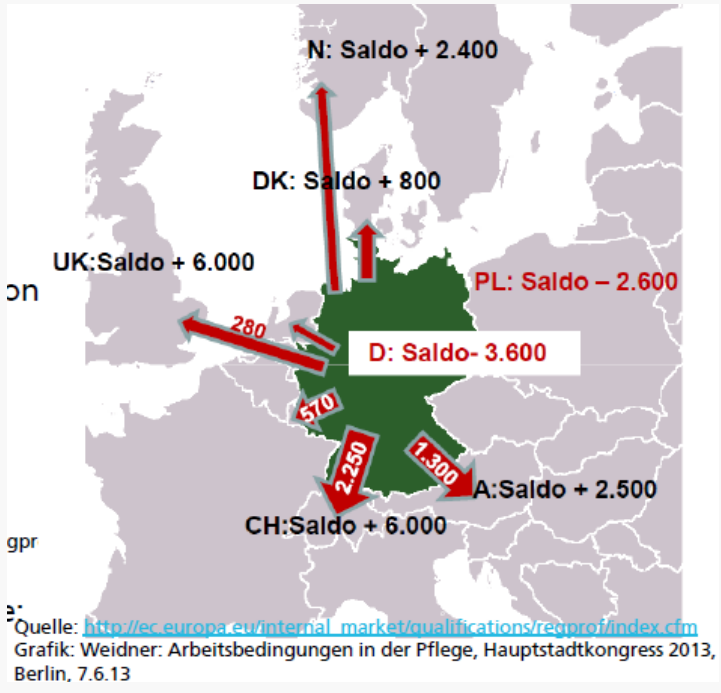


Wer pflegt uns in Zukunft? – Die Lowroad-Falle

Zunehmende Professionalisierung wäre nötig, aber die Politik hat die Stärkung des professionellen Systems (absichtlich) versäumt

Status-Quo (2014) und Prognosen

- ➔ Einige Zehntausend Stellen sind nicht besetzt. Gleichzeitig: **Nettoexport von Fachkräften.** Im Saldo sind von 2005 bis 2015 innereuropäisch rd. **5.999** Pflegefachkräfte (ohne Altenpflege) mehr ab- als zugewandert. Quelle: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm.
- ➔ **Bertelsmann-Stiftung 2012 (Pflegerreport 2030):** Bis zu 500.000 Vollzeitpflegekräfte könnten fehlen (Status-quo-Szenario: 434 Tsd.). Eine Personalbemessung gemäß pflegewissenschaftlicher Standards ist dabei nicht vorgesehen, sondern Fortsetzung schlechter Personalschlüssel



Michael Graber-Dünow (Altenpfleger und Heimleiter in Frankfurt)

„Wenn eine Pflegekraft bis zu 15 pflegebedürftige Menschen versorgen soll, liegt es auf der Hand, dass tagtäglich unzählige Bewohnerbedürfnisse unbefriedigt bleiben müssen...“

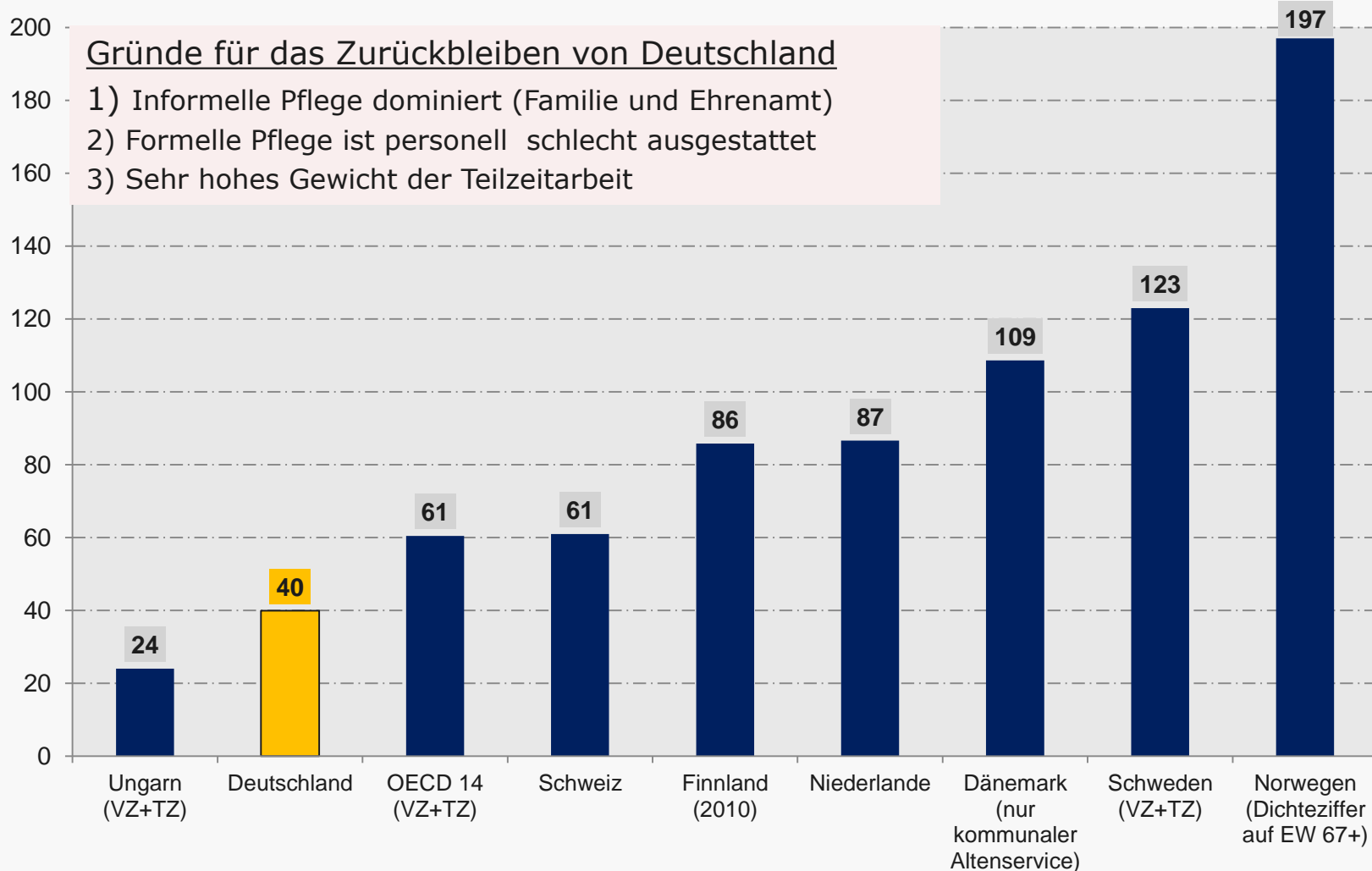
Das gesamte Altenhilfesystem ist so marode, dass es angesichts der schon seit einer gefühlten Ewigkeit bekannten demografischen Entwicklung in Kürze endgültig vor die Wand fahren und in der Pflegekatastrophe enden wird.“

Quelle: Ders. (2013): Billige Augenwischerei. Antifolterstelle soll Pflegeheime kontrollieren, in: Dr. med Mabuse 205, Sep./Okt. 2013: S. 14f.

Personalausstattung muss die Qualitätsziele stützen

Rechnerische Vollzeitkräfte auf 1000 Ältere 2011 im Vergleich

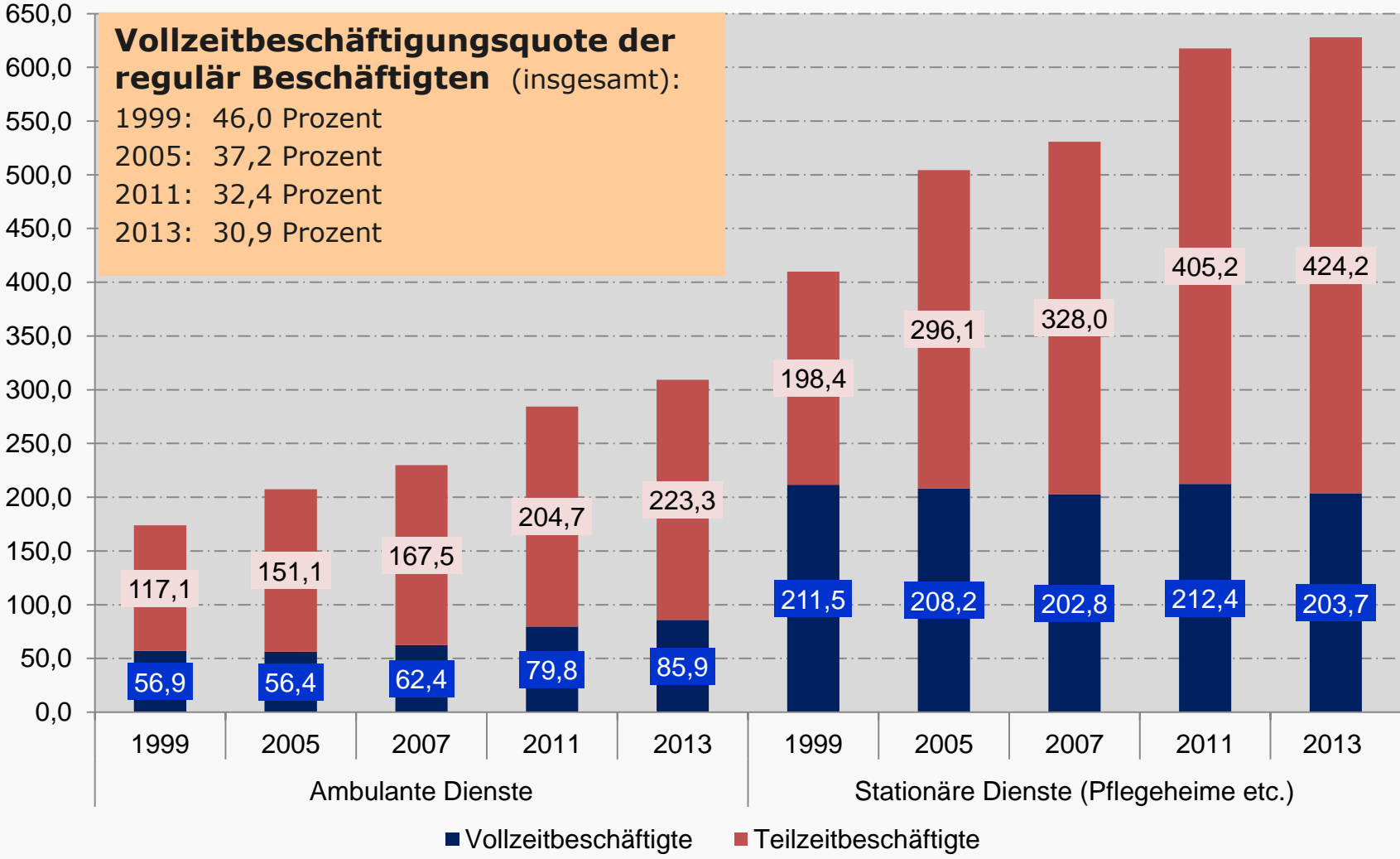
Schweden, Ungarn und OECD14 abweichend (Vollzeit+Teilzeit 2013)



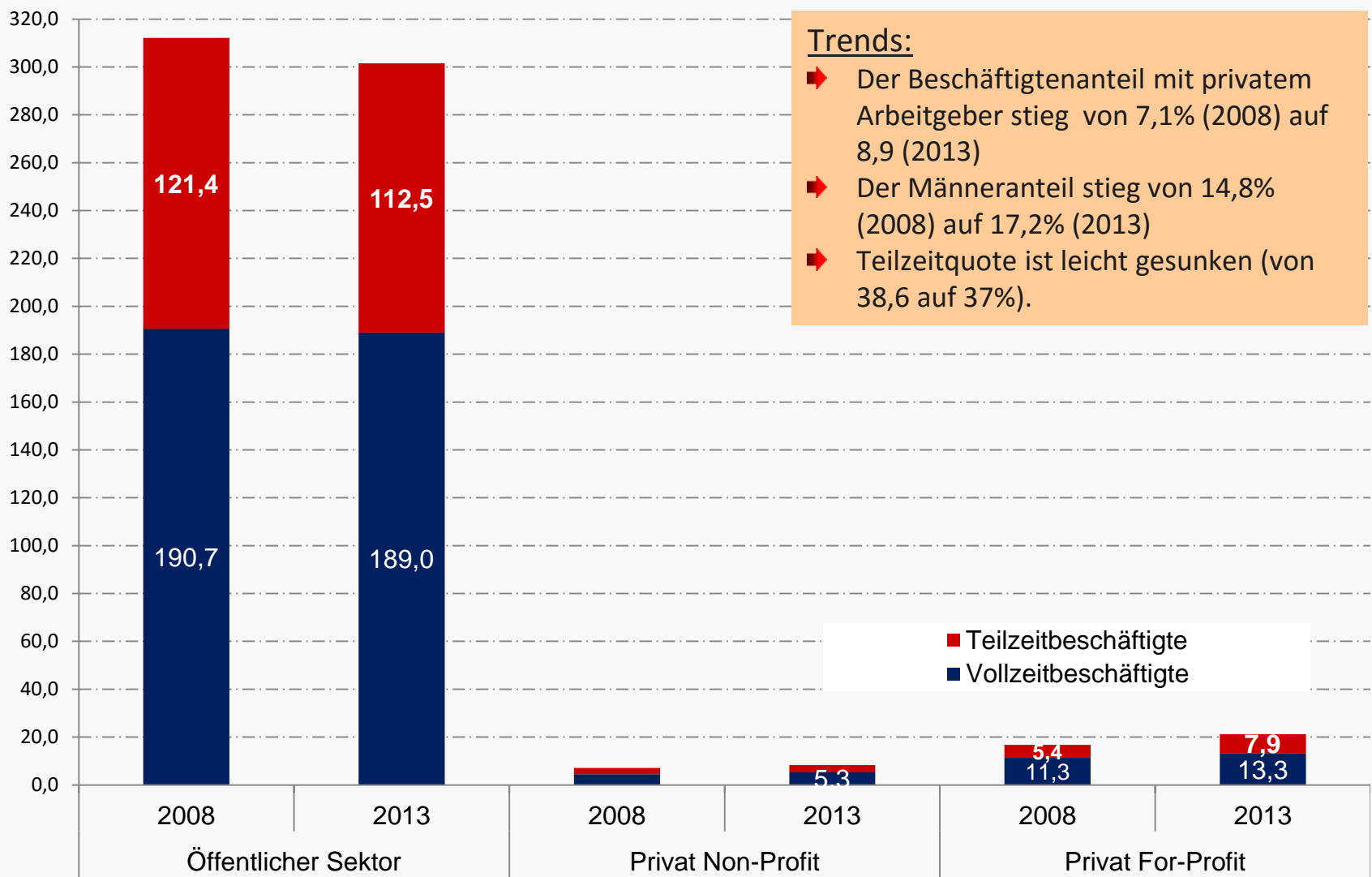
Quellen: Amtliche Statistiken; abgesehen von Norwegen eigene Berechnung (bei Norwegen Entnahme von Statistics Norway; Daten für Ungarn, Schweden und den OECD-14-Durchschnitt aus OECD-Health-Statistics 2015)

Beschäftigungswachstum bei der Langfristpflege: Ausweitung von Teilzeit bei gleichzeitiger Verschlechterung der Personalschlüssel

(Angaben in 1000)



Dagegen Dänemark: Vollzeitarbeit dominiert

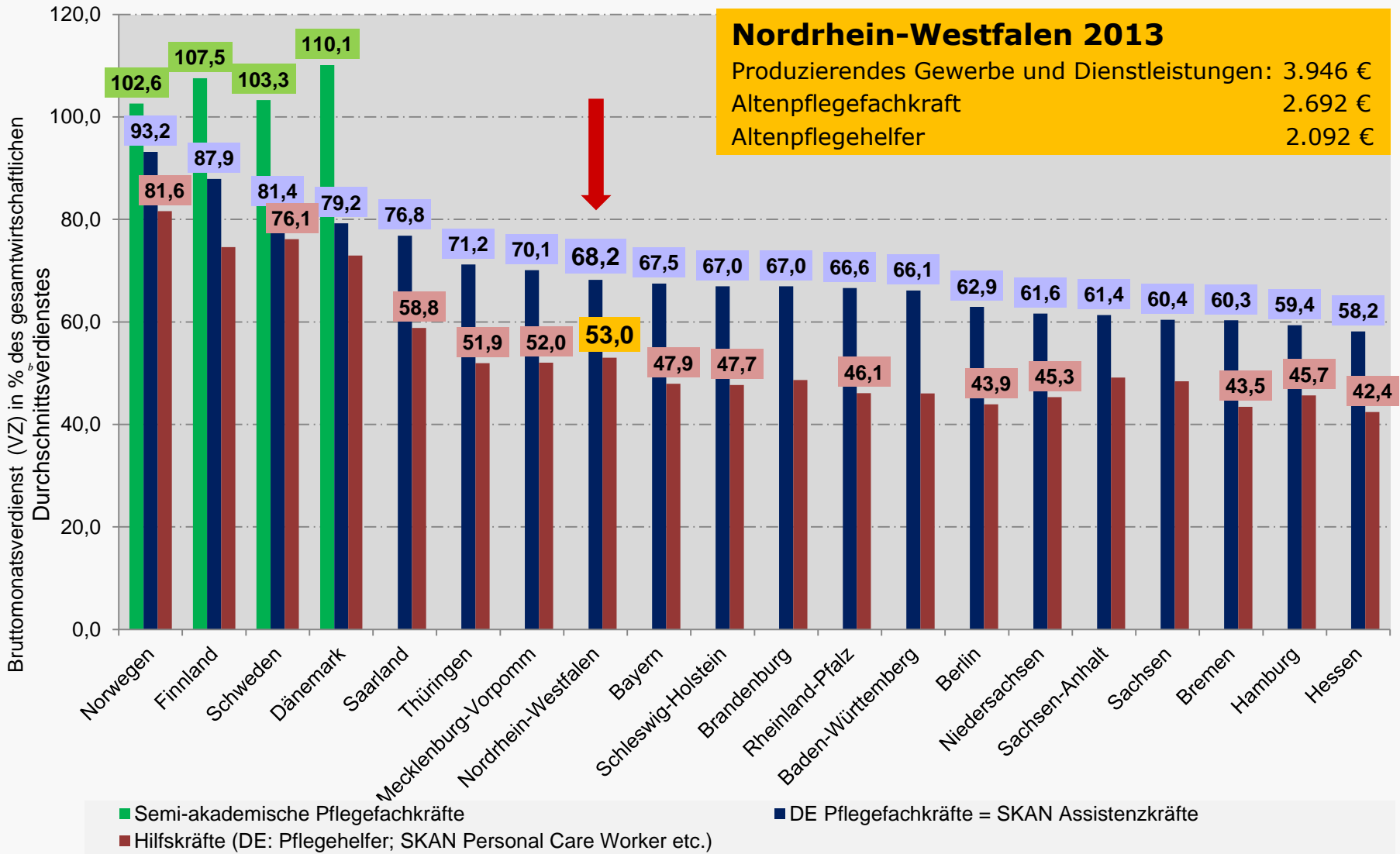


Trends:

- Der Beschäftigtenanteil mit privatem Arbeitgeber stieg von 7,1% (2008) auf 8,9 (2013)
- Der Männeranteil stieg von 14,8% (2008) auf 17,2% (2013)
- Teilzeitquote ist leicht gesunken (von 38,6 auf 37%).

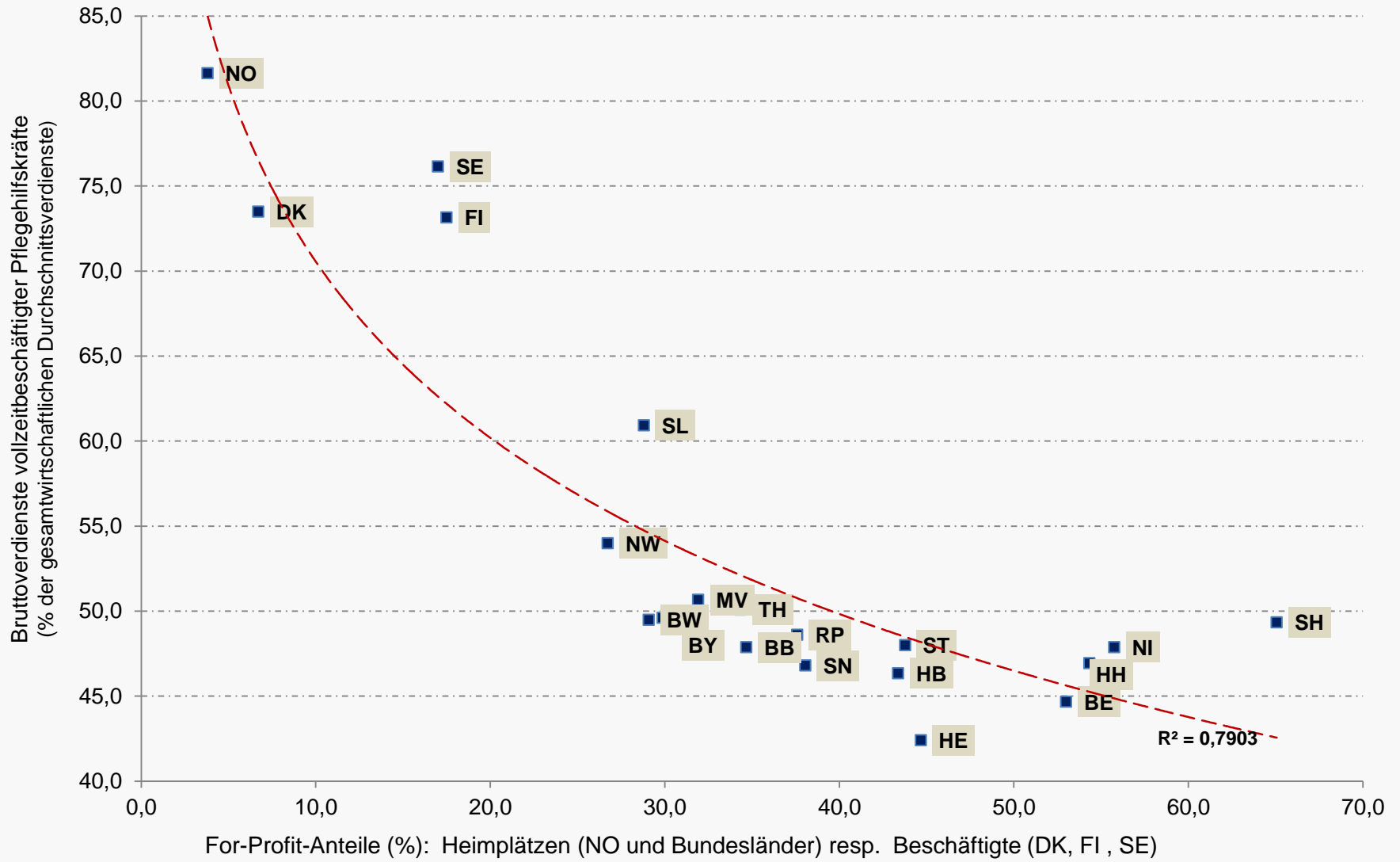
Quelle: Statistics Denmark, Daten mit Code „RAS307“ (Employed salary earners (end November) by sex, scope, industry“, eigene Auswertung

Bruttoverdienste (Monatsdurchschnitt incl. Zulagen) der Pflegebeschäftigten gemessen am gesamtwirtschaftlichen Landes-Durchschnitt (2012/13)



Erläuterung: Bei DK incl. Nurses in der Akutpflege; bei SE nur kommunal beschäftigte Nurses; FI: Werte für 2012; NO: Bezug zum Median-Einkommen. Das Qualifikationsniveau der skandinavische Assistenzkräfte liegt unter dem der deutschen Fachkräfte.
Quellen: Amtliche Verdienststatistiken (Berufe, Sektoren, Wirtschaftszweige); eigene Auswertung

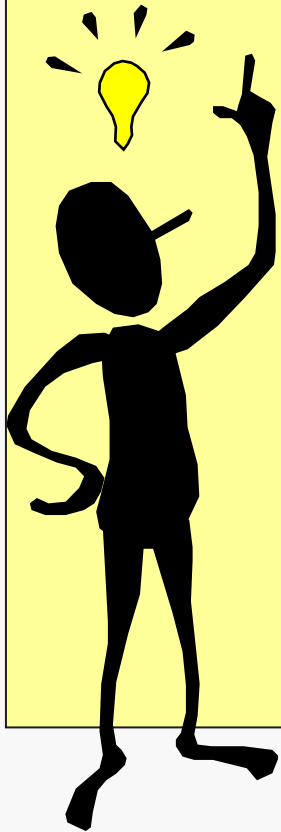
Zwischen dem Anteil gewerblicher Einrichtungen und der Gehaltshöhe besteht ein starker Zusammenhang



Quellen: Pflegestatistik 2013; DGB, Arbeitsmarkt Aktuell Nr. 3, April 2015, S. 7; GENESIS Länderstatistik zu Bruttoverdiensten nach Wirtschaftszweigen; amtliche Lohnstatistiken der nordischen Länder (u.a.); eigene Auswertung

- Erhöhungen der Vergütungssätze (+ 4%): keine Dynamisierung, nur nachträglicher Inflationsausgleich
- Besserer Einbezug von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in das Pflegesystem bleibt unzureichend
- Umsetzung des neuen „Pflegebegriffs“ macht aus bislang 3 Pflegestufen 5 Pflegegrade. Bedarfsorientiert wird das System dadurch nicht
- Keine Korrektur an der Ausrichtung auf einen politisch inszenierten Markt der wetteifernden Billigangebote
- Geringe Bezahlung der Pflegekräfte wird beklagt; für Abhilfe erklärt sich die Politik als nicht zuständig
- Statt perspektivisch die Personalschlüssel zu realisieren, die für eine gute personenzentrierte Pflege benötigt werden, wird das Grundproblem erneut vertagt (Delegation an die Selbstverwaltung, die bis 2020 Vorschläge erarbeiten soll). Politik drückt sich einmal mehr vor der Verantwortung.
- Dekade 1996 – 2016 brachte nur marginale Anhebung der Beitragssätze von 1,7 auf 2,36 Prozentpunkte. Beitragssatz soll ab 2017 bis 2022 bei 2,55 Prozentpunkten verbleiben. Läuft auf weitere Kostenprivatisierung und Leistungskommerzialisierung zu.
- Gleichzeitig wird mit der Schaffung von 20.000 Stellen für Betreuungskräfte eine Scheinverbesserung auf den Weg gebracht. Vom ganzheitlich personenzentrierten Pflegeansatz wird Betreuung abgespalten und zu einer Aufgabe für Billigkräfte und freiwillig Tätige. Pflegekräfte werden so zukünftig noch mehr reine Fließbandarbeiterinnen sein.

Fazit: Reform bringt bei Randthemen einige überfällige Verbesserungen. Die Hauptprobleme werden nicht angegangen. Stattdessen Schaffung weiterer Ventile für die Polarisierung pflegerischen Leistungen entlang des Geldbeutels. Von einer Reform, die auf die Schaffung eines zukunftsfähigen, qualitativ hochwertigen Pflegesystems zielt, kann keine Rede sein.



Vielen Dank für Eure
Aufmerksamkeit

Konträre Systeme der Langfristpflege resp. Altenfürsorge – die Grundarchitektur

Stichworte	Deutschland	Nordische Länder
Bezeichnung des Grundtyps	Familienbasiert-subsidiär	Servicebasiert-universalistisch
Wer vor allem erbringt die (häuslichen) Leistungen?	(1) Familie (Angehörige) (2) Ergänzend: Private Dienstleister (Non-profit und gewerblich)	(1) Kommunale Dienste (2) Ergänzend: Angehörige, Non-Profit-Dienstleister, Markt
Was folgt prioritär auf die Familie?	Markt und Ehrenamt	Staat
Steuerungslogik	Input-orientiert	Outcome-orientiert (operative Steuerung liegt bei den Kommunen; Einnahmenplanung als abgeleitete Größe)
Finanzierung	Öffentliche Teilfinanzierung	Überwiegend öffentliche Finanzierung
Personalschlüssel	An Minutenpflege ausgerichtet; Standardisierung von Leistungen	Orientiert an der Erfüllung wissenschaftlicher Standards (Hohe Bedeutung von Pflegewissenschaft)
Arbeitsbedingungen	Stark prekariert und polarisiert; geringe Tarifbindung (hoher Anteil von Niedriglohnbeschäftigung)	Wenig polarisiert; hohe Tarifbindung; geringer Anteil von Niedriglohnbeschäftigung
Unterhaltsregelungen	Angehörige sind zum Unterhalt verpflichtet (Elternunterhalt nach § 1601 BGB; subsidiär greift die „Hilfe zur Pflege“ als kommunale Sozialhilfeleistung)	Erwachsene Familienangehörige sind untereinander nicht (mehr) unterhaltspflichtig; Staat ist Adressat.

Was können wir vom Norden lernen?

Sechs Lektionen

Dr. Heintze

1. Wenn auf die Familie Markt und Ehrenamt folgen, dann dient das nur einer Minderheit und nicht der Mehrheit. Grundlegende Verbesserungen erfordern **mehr staatliches Handeln, mehr öffentliche Steuerung und Verantwortungsübernahme.**
2. Ohne **massive Verstärkung der öffentlichen Finanzierung (Verdoppelung des BIP-Anteils)** kann die Logik der Billigdienstleistungsökonomie nicht verlassen werden, bleiben die Aufwertung des Pflegeberufs und die Ausrichtung an persönlichen Bedarfen leere Versprechen. Dass es möglich ist, den Anteil der nationalen Wirtschaftskraft, der öffentlich verausgabt wird, binnen einer Dekade annähernd zu verdoppeln, zeigt das finnische Beispiel.
3. **Die Reaktivierung der Rolle von Kommunen** als Infrastrukturplaner und Dienstleister im Rahmen der Schaffung von versorgungs- und betreuungssicheren Wohnkonzepten gehört auf die Tagesordnung. Die derzeitige Zersplitterung von Angeboten befördert Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme. Bündelung, Koordinierung und Steuerung ist nötig. Dies kann aber nur gelingen über die Zuweisung klarer Kompetenzen und von Finanzierungsmitteln, die sowohl auskömmlich wie nachhaltig angelegt sind.
4. Eine **Strategie**, die unter der Überschrift „**Sorgende Gemeinschaft**“ primär auf Ehrenamt und Nachbarschaft setzt, steht **konträr zum skandinavischen Weg** mit seinen klaren Verantwortlichkeiten. Ehrenamt und gute Nachbarschaft sind auch im Norden wichtig. Dies aber nicht als Lückenbüßer für defizitäre staatliche Strukturen, sondern in Ergänzung derselben. Das Vertrauen auf „Big Society“ ist eine konservative, keine sozialdemokratische Leitidee.
5. Ohne **mehr Personal**, auch **mehr vollzeitbeschäftigtes Personal** haben Konzepte einer personenzentrierten Pflege im praktischen Alltag kaum eine Chance. Die enorme Kluft zwischen Berufsethos und Pflegerealität bleibt bestehen. Nicht das Erreichen, aber eine gewisse Annäherung an skandinavische Personalausstattungs-niveaus wäre ein sinnvolles Ziel.
6. **Prävention braucht einen systematischen**, dem Wettbewerbsdenken der Kassen entzogenen **Ansatz**. Statt mit kurzatmigen Projekten die Marketinginteressen der jeweiligen Kasse zu bedienen, sind nachhaltige und evidenzbasierte Ansätze erforderlich. Einzubeziehen sind nicht nur Heime, sondern auch die häusliche Pflege. Präventive Hausbesuche oder Formen der aufsuchenden Beratung und Betreuung (nicht zur Kontrolle, sondern zur Hilfe; angedockt an Pflegestützpunkte oder kommunale Seniorenbüros) könnten ein Weg sein.

Effektiverer Mitteleinsatz: Blick auf die dänische Präventionsoffensive Deutschland-Dänemark-Vergleich

Ausgaben für präventive Maßnahmen in der Langfristpflege nach jeweiligem System (DE: alle Altersgruppen; öffentl. Haushalte und Sozialversicherungen); DK: Ausgaben der Gemeinden für Ältere und Behinderte (ohne medizinische Prävention)	Deutschland				Dänemark			
	2007	2011	2012	2013	2007	2011	2013	2015
Öffentliche Ausgaben insgesamt: Mio. €	509	484	525	572	314	708	862	1075
Öffentliche Ausgaben je Einwohner: € je EW	6,2	5,9	6,4	7,0	58	127	154	190
Öffentliche Ausgaben (€) pro EW ab 65					376	758	862	1.023

Hinweis: Der deutsche Gesetzgeber hat die bisher ins Leere gehende Präventionsvorgabe 2015 präzisiert: „Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen.“ (SGB XI, § 5 II)
Dies ist ein eher symbolischer Fortschritt, denn systematische Präventionsarbeit ist davon nicht zu erwarten. Bei 70, 58 Mio. gesetzlich Versicherten (2015) hätte 2015 ein Budget von 21,2 Mio. € zur Verfügung gestanden. Umgerechnet auf die stationär Versorgten wären dies 28 € pro Kopf. Im Jahr!

Quellen: DK: Statistics Denmark, Statistical Yearbook, fortlaufend und Rechnungsergebnisse der Gemeinden bis 2015; DE: Gesundheitsberichterstattung (www.gbe-bund.de) mit Stand von 2015

Fachpersonallücke (Vollzeitäquivalente) im Status-quo-Szenario 2030

Tabelle 6: Versorgungslücke in der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in Deutschland nach Ländern (Szenario 1)

	Ambulante Versorgung			Stationäre Versorgung		
	Insgesamt	Durch Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen		Insgesamt	Durch Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen	
	absolut	absolut	%	absolut	absolut	%
Schleswig-Holstein	4.032	3.553	88	15.404	13.605	88
Hamburg	1.960	2.196	112	3.019	3.340	111
Niedersachsen	11.164	9.048	81	33.320	27.256	82
Bremen	794	681	86	1.474	1.280	87
Nordrhein-Westfalen	21.526	17.091	79	65.947	53.357	81
Hessen	7.083	5.764	81	19.005	15.825	83
Rheinland-Pfalz	3.926	3.058	78	12.370	9.780	79
Baden-Württemberg	10.717	9.479	88	39.774	35.211	89
Bayern	14.149	12.707	90	47.945	43.521	91
Saarland	1.097	722	66	3.703	2.423	65
Berlin	9.079	8.686	96	11.454	11.028	96
Brandenburg	8.116	6.289	77	13.882	11.295	81
Mecklenburg-Vorpommern	4.886	3.413	70	8.827	6.199	70
Sachsen	9.770	6.779	69	18.861	13.595	72
Sachsen-Anhalt	4.862	2.774	57	11.450	7.090	62
Thüringen	4.904	3.137	64	10.565	7.144	68

| BertelsmannStiftung

Quelle: Bertelsmann
Stiftung 2012: „Pflege
2030“, S. 56