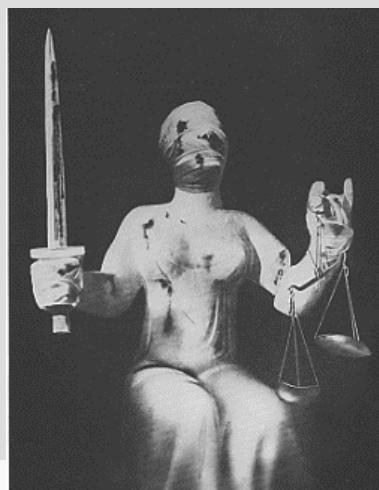




# Cornelia Heintze



## Alternde Gesellschaft und die Zukunft von Dienstleistungen der Pflege und Betreuung Öffentlicher Bedarf zwischen Markt und Staat, Fachlichkeit und prekariertem Ehrenamt



Die Gerechtigkeit, 1933 (Kstl. Nr. 48)

Memo-Sommerschule  
am 18.09.2014 in Bielefeld



## 1) **Alternde Gesellschaften – eine Herausforderung für Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt und sozialräumliche Dienstleistungen**

- Demografischer Wandel – Zwei Perspektiven
- Alter ist keine Krankheit, aber das Alter serviert die Quittung für mangelnden Gesundheitsschutz
- Starker Anstieg von Demenz - Deutschland ignoriert das Problem
- Blick auf Nationale Demenzstrategien

## 2) **Langfristpflege in konträren Systemwelten: Outcome-Anspruch und Realität**

- Konträre Systeme
- Perspektive 1: Persönliche Bedarfslagen und Zugangsschwellen
- Perspektive 2: Prävention und Gesunderhaltung
- Entwicklung integrierter Leistungen. Das Beispiel Dänemark

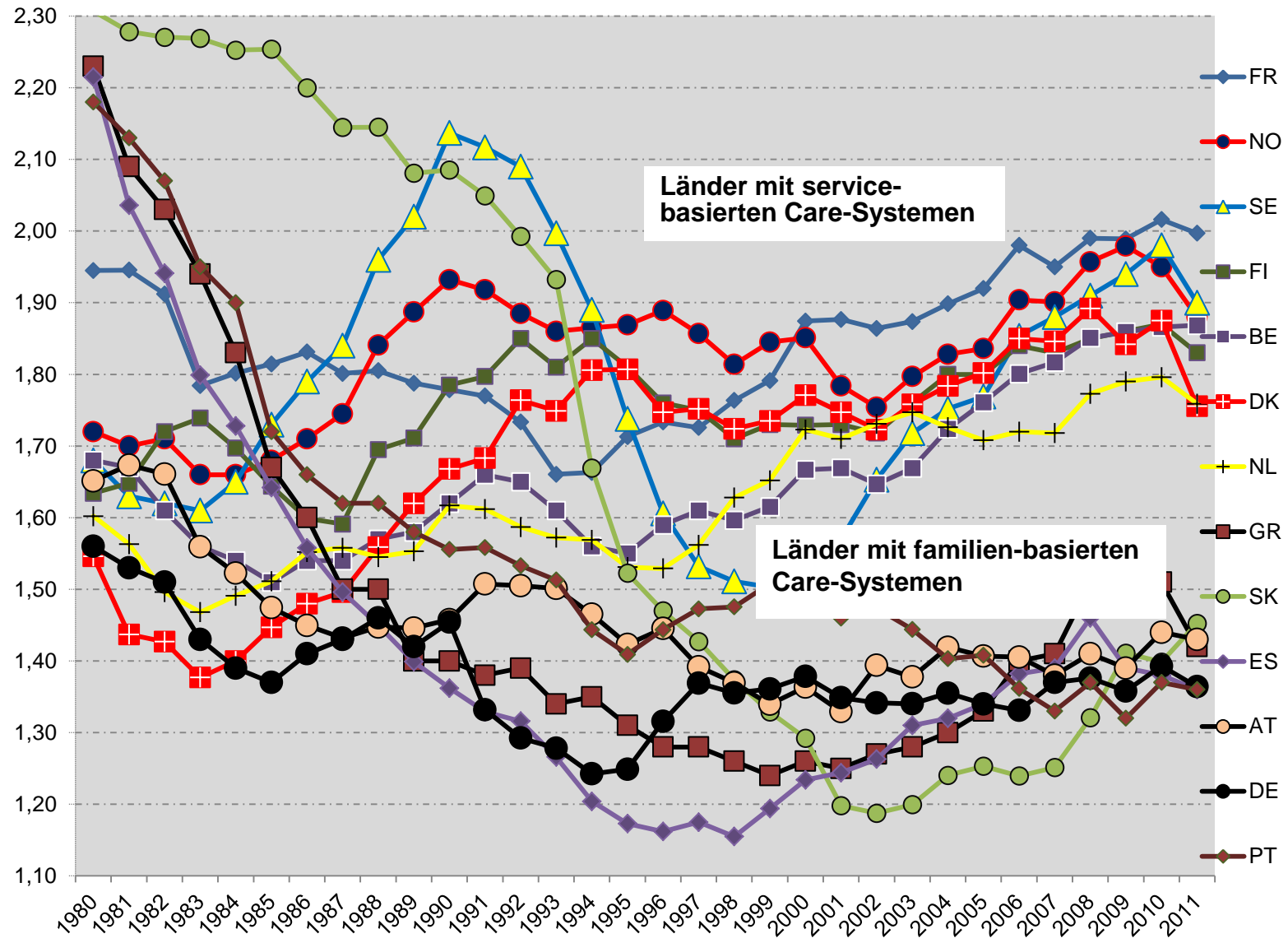
## 3) **Highroad contra Lowroad: Finanzierung, Träger, Beschäftigte**

- Strukturelle Unterfinanzierung und kein Ende
- Personalschlüssel und Beschäftigungsdichten im Vergleich
- Wachsende Fachkraftlücke. Und was tut die Politik?
- Keine substantielle Aufwertung pflegerischer Tätigkeit in Sicht

## 4) **Exkurs: Vermarktlichung und Kommerzialisierung**

- Was folgt auf die Familie? Konträre Trägerstrukturen
- Schweden als Privatisierungsvorreiter
- Ergebnisse des Einsatzes von Marktinstrumenten in Schweden, Dänemark, Finnland

# Demografischer Wandel: Perspektive 1 „Geburtenrate und Care-System“ in hochentwickelten Ökonomien

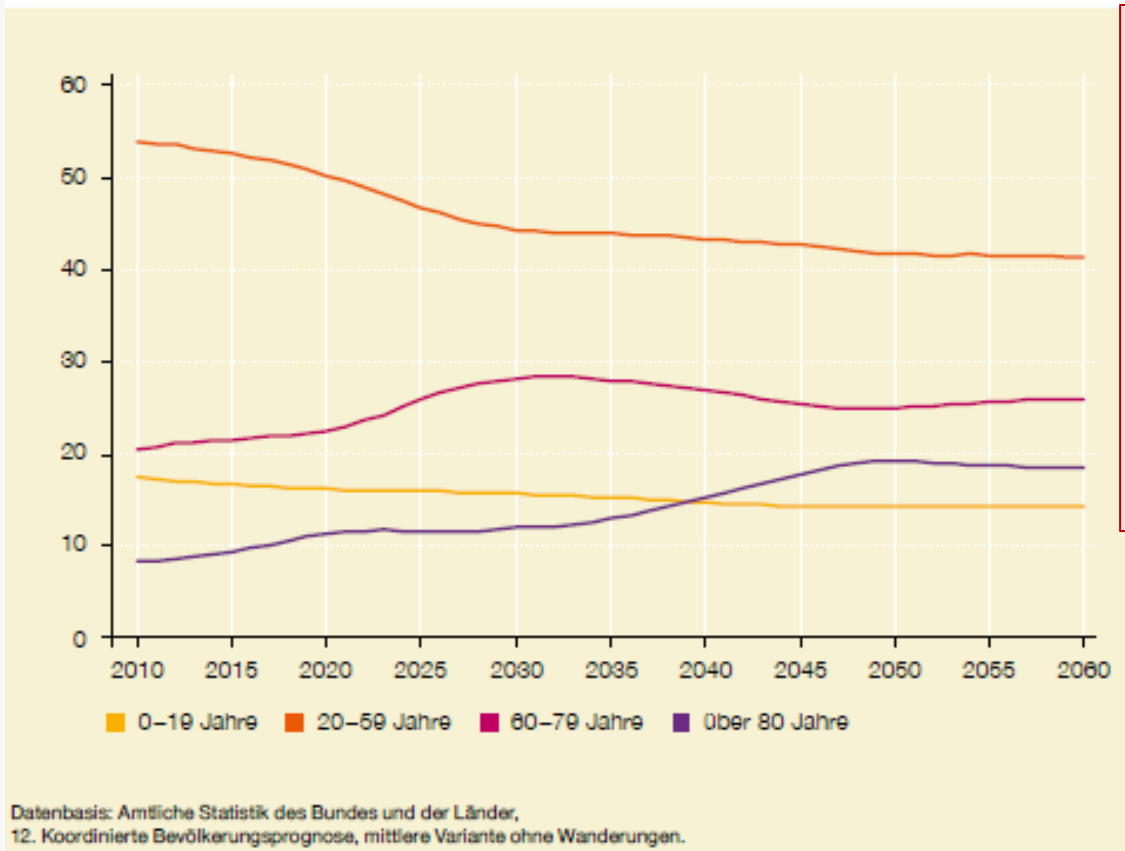


Die deutsche Bevölkerung weist schon lange ein **überdurchschnittlich hohes Alterungstempo** auf (doppelt so rasche Alterung etwa wie in Dänemark).  
**Hauptgrund:** Konstant niedrige Geburtenrate

**Heintze 2012:** Abb 1, Update anhand der Daten aus OECD Society at a Glance 2014

## Perspektive 2: Bevölkerungsprognose erwartet ein starkes Wachstum der Altersklassen ab 80 Jahren

► Abb 6 Anteil der Personen nach Altersgruppen in Deutschland 2010–2060 – in Prozent



- Dem Rückgang der Bevölkerung im Alter von 29 bis 59 steht ein **Zuwachs zunächst bei der Altersklasse von 60 bis 79 Jahren und dann von 80 Jahren und älter gegenüber.**
- Die Altersklasse ab 80 Jahren wächst bis etwa zum Jahr 2050. Gegenüber 2010 wird sich bis dahin der Anteil an der Bevölkerung von knapp 10 Prozent (2010) auf knapp 20 Prozent (2050) verdoppeln.

Quelle: Destatis u.a., Datenreport 2013, S. 32

## ... in konkreten Zahlen für den Zeitraum ab 1998 (in Tsd.)

	1995			2013			Veränderung (%)	
	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Männer
Deutschland	3.333,0	2.429,8	903,1	4.464,6	2.927,4	1.537,2	34%	70%
Österreich	308,4	221,0	87,5	422,4	281,3	141,0	37%	61%
Polen	831,4	580,5	250,9	1.443,3	1.006,7	436,6	74%	74%
Italien	2.277,6	1.506,3	771,3	3.756,9	2.442,0	1.314,9	65%	70%
Portugal	302,2	199,0	103,1	559,0	361,4	197,6	85%	92%
Niederlande	475,8	332,1	143,7	702,8	455,3	247,5	48%	72%
Dänemark	204,9	137,6	67,3	232,7	147,4	85,3	14%	27%
Finnland	161,8	117,3	44,4	268,8	180,7	88,1	66%	98%
Island	7,0	4,3	2,7	11,6	6,9	4,8	67%	79%
Norwegen	173,5	115,7	57,8	221,6	141,1	80,5	28%	39%
Schweden	408,1	265,7	142,4	498,1	311,1	187,0	22%	31%

**Folge:** Starker Anstieg bei Demenzerkrankungen ist zu erwarten

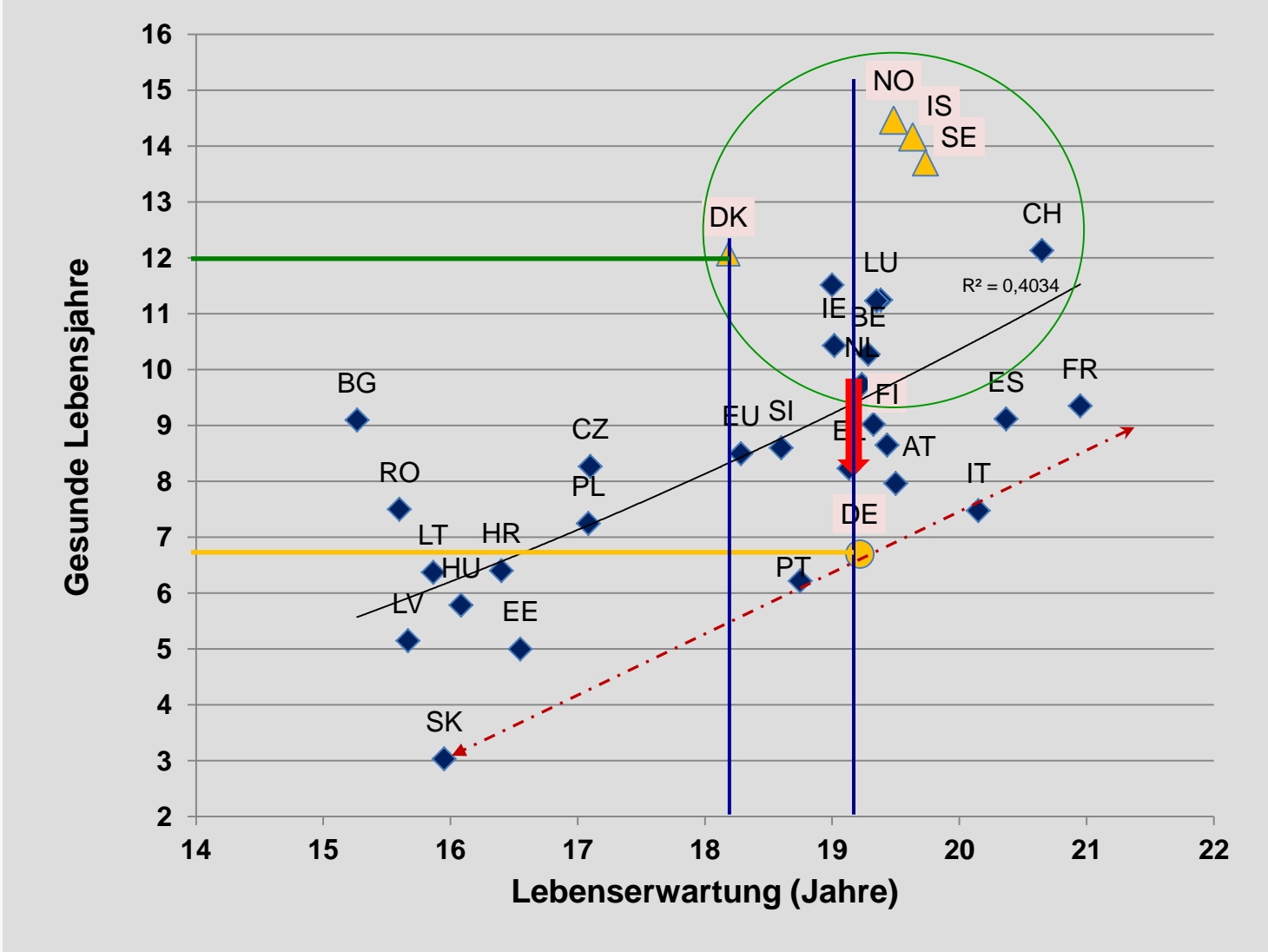
Quelle: Eurostat, Datensatz „Bevölkerung am 1. Januar nach Altersgruppe und Geschlecht [demo\_pjangroup]“ mit Update vom 24.03.2014

# „Gesundes Altern“ als zentrale Herausforderung

Corr Lebenserwartung zu gesunden Jahren bei 65-Jährigen im Zeitraum 2008/2010

Soziale Unsicherheit und schlechte Jobs kosten Gesundheit

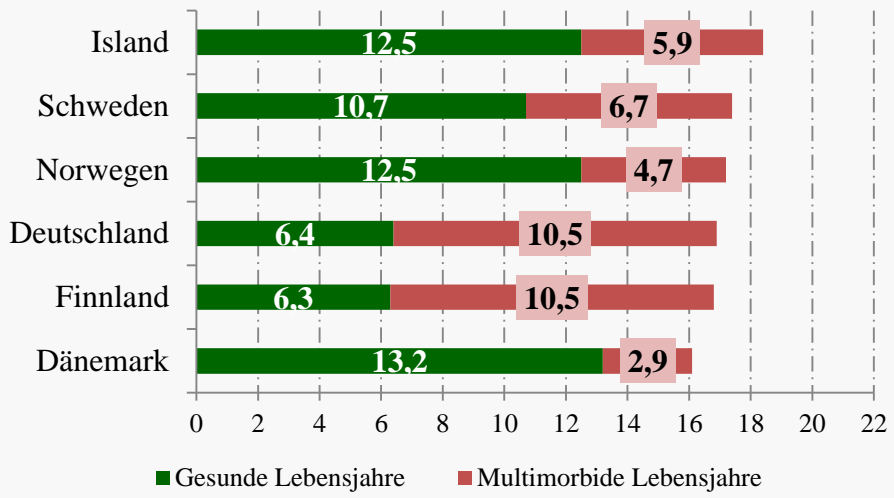
Deutschland: Trend Richtung Expansion multi-morbider Lebensjahre; Skandinavien: Trend Richtung Expansion gesunder Lebensjahre



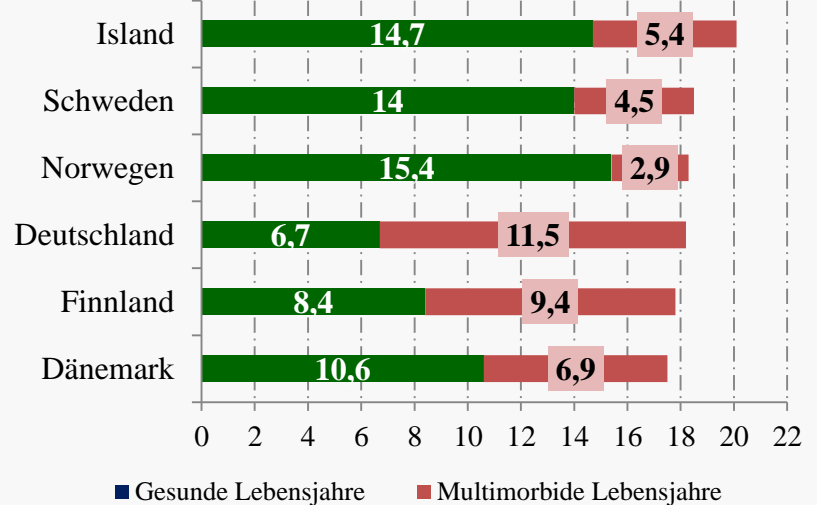
Quelle: OECD, Health Data 2012 (Update vom 24.10.2012)

# „Gesundes Altern“ als zentrale Herausforderung Männer und Frauen 2005 und 2012

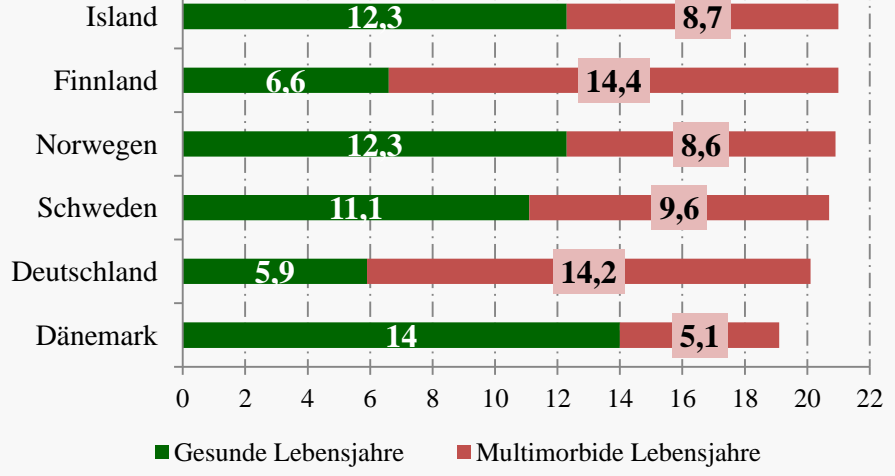
Männer 2005



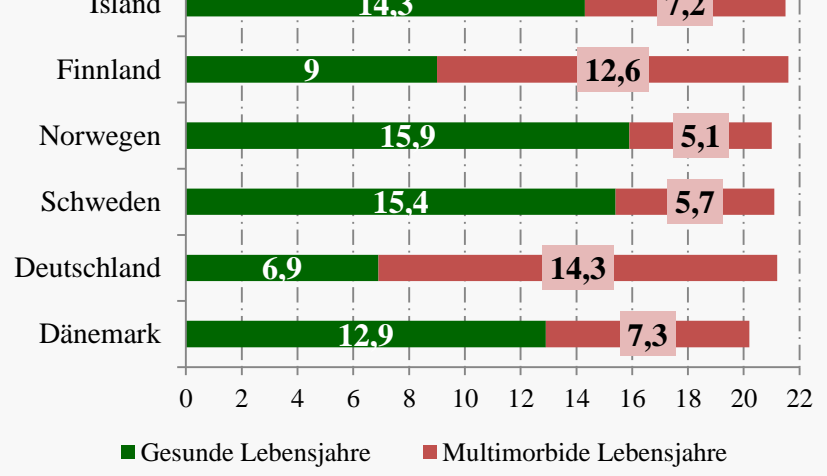
Männer 2012



Frauen 2005



Frauen 2012



**Die heute prekär Beschäftigten kommen erst in einigen Jahrzehnten ins Rentenalter. Denkbar, dass die Lebenserwartung dann wieder sinkt, denn:**  
Großer Niedriglohnsektor führt im deutschen System zu Altersarmut und wirkt sich negativ auf die Lebenserwartung aus

„Aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Große Anfrage der Linksfraktion geht hervor:

Seit 2001 stieg die Lebenserwartung der „Reichen“ um eineinhalb Jahre ist. Die Armen aber sterben immer früher.

**Männer, die in Deutschland an oder unterhalb der Armutsgrenze existieren, werden im Schnitt 75,5 Jahre alt. Im Jahr 2001 waren es noch 77,5 Jahre. Zum Vergleich: Gutverdiener erreichen über 80 Jahre.**

(Zit. nach WAZ: Bei den Ärmeren sinkt die Lebenserwartung; 12.12.2011)

Damit sich Riesterprodukte individuell lohnen, muss jedoch abhängig vom Einzelprodukt die Lebenserwartung bis zu 95 Jahre betragen. Das „Riestern“ macht für Geringverdiener auch deshalb wenig Sinn.



## Demenz und Hochaltrigkeit: Krankheitshäufung nach Alter (Prävalenz) und Prognose zur Entwicklung der Krankheitszahl

Tabelle 4: Geschätzte Zunahme der Krankenzahl in Deutschland vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2050

Jahr	Geschätzte Anzahl von über 65-Jährigen in Millionen	Geschätzte Krankenzahl
2010	16,8	1.450.000
2020	18,7	1.820.000
2030	22,3	2.150.000
2040	23,9	2.580.000
2050	23,4	3.020.000

Quelle: Deutsche Alzheimergesellschaft, o.J.

Schätzungen auf der Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung

Dabei: Die Erkrankungseintritt kann durch Gesundheitsförderung hinausgeschoben werden und das Voranschreiten der Erkrankung kann durch demenzfreundliche Alltagsgestaltung verzögert werden. Eine medikamentöse Heilung ist nicht in Sicht und vermutlich auch nicht möglich.

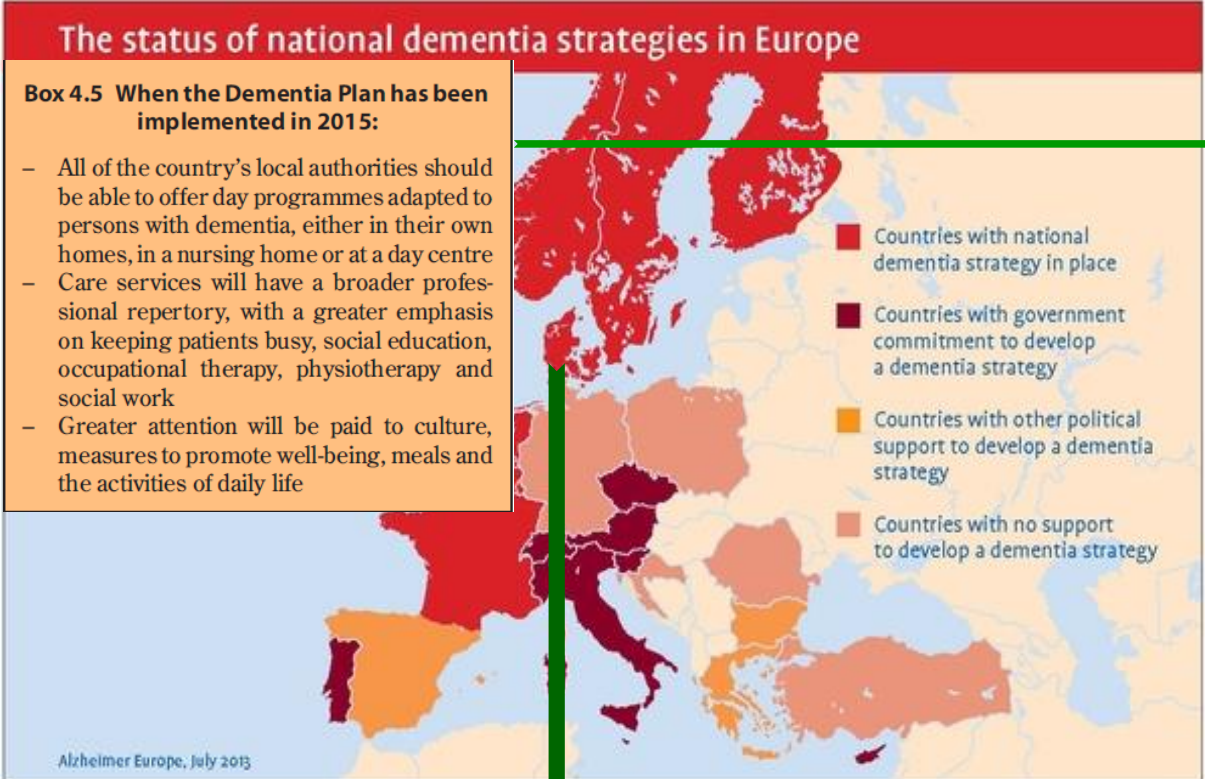
## Demenz und Hochaltrigkeit: Krankheitshäufung nach Alter (Prävalenz) und Prognose zur Entwicklung der Krankheitszahl

**Definition:** Der Begriff steht für die dauerhafte Störung von h"oren Funktionen der Gro"hirnrinde. Beeintr"achtigt ist das Ged"achnis, das Denken, die Orientierung, die Sprache, das Urteilsverm"ogen. Die kognitiven Einbu"en gehen einher mit einem Verlust an emotionaler Kontrolle und Ver"anderungen im Sozialverhalten. Betroffene "andern ihren Wach-Schlaf-Rhythmus, reagieren aggressiv usw. Rd. 2/3 der Demenzerkrankten leiden unter Alzheimer.

Altersgruppe	Mittlere Pr"avalenzrate nach EuroCoDe (%)		
	M"anner	Frauen	Insgesamt
65-69	1,8	1,4	1,6
70-74	3,2	3,7	3,5
75-79	7,0	7,7	7,4
80-84	14,5	16,4	15,7
85-89	20,9	28,5	26,4
90 und "alter	29,6	45,1	41,1
<b>65 und "alter</b>	<b>6,4</b>	<b>10,3</b>	<b>8,6</b>

Quelle: Deutsches Zentrum f"ur Altersfragen, Statistisches Informationssystem GeroStat (zit. nach Alzheimer Europa)

# Wie stellen sich Länder auf das Wachsen der Gruppe von Demenzkranken ein?



Stand 2013:

## Norwegen

**Demenzplan 2015** ist seit 2008 in der Umsetzung. 10.000 zusätzliche Stellen werden bis 2015 geschaffen, die Forschung intensiviert. **Plan setzt auf milieubasierte integrierte Pflegeketten. Über Tagesprogramme sollen dementiell Erkrankte niedrig-schwellig in einem frühen Stadium erreicht werden.**

In Heimen (80 % der Heimbewohner haben eine Demenzerkrankung) kommen spezielle Strategien zum Einsatz. Die Kosten sind sehr hoch. Der Tagessatz in den Heimen lag 2012 bei 380 € (> 10.000 € werden pro Heimplatz mtl. eingesetzt).

**Dänemark:** Nationaler Plan befindet sich in der Umsetzung (4,5 Mio € wurden für 2013 und 2014 bereitgestellt). In 3 Kommunen werden neue sozial-psychologische Konzepte erprobt.

# Block 2

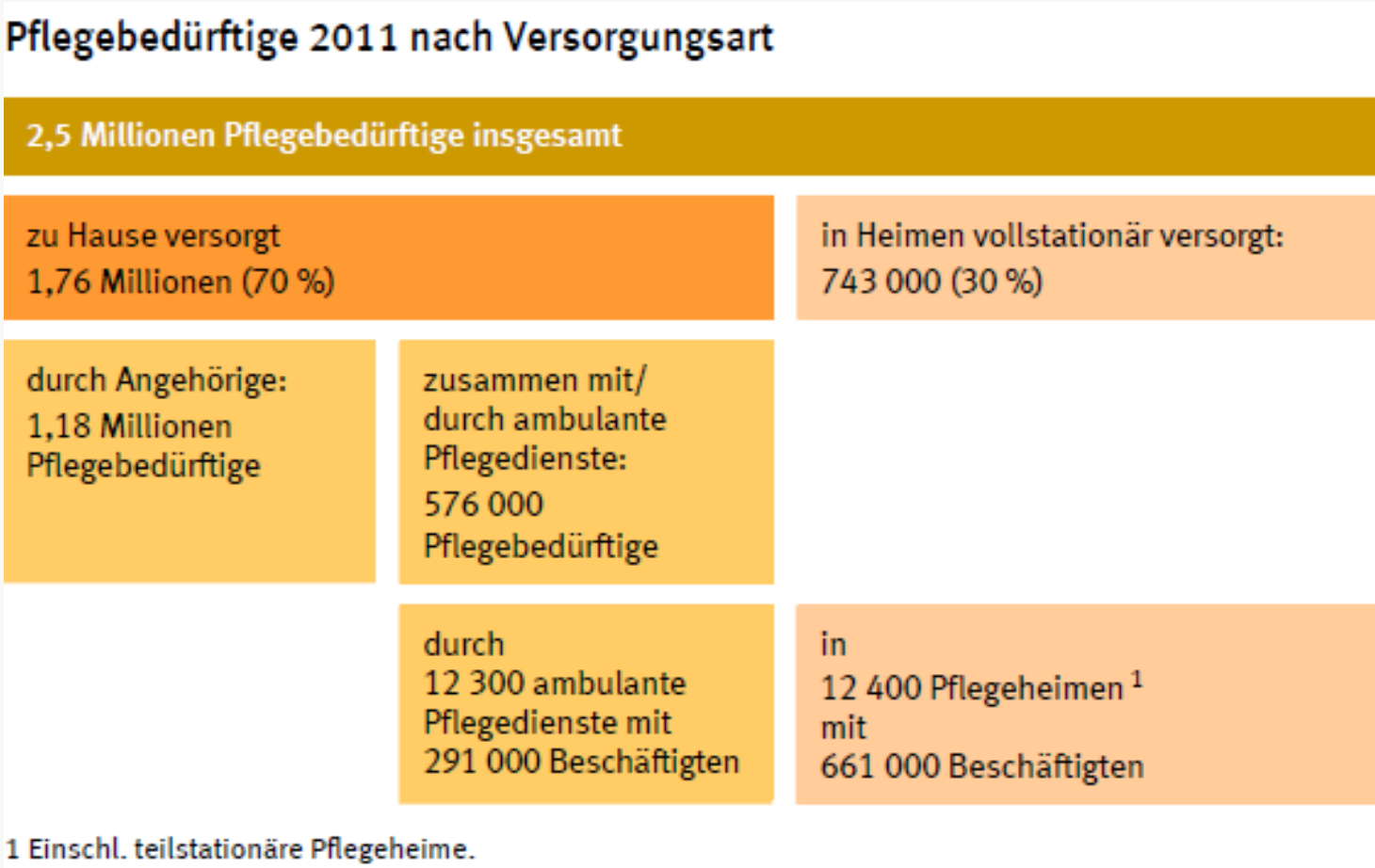


Betreutes Wohnen mit 24-Std.-Service in Finnland

## Langfristpflege in konträren Systemwelten: Outcome-Anspruch und Realität

- Konträre Systeme
- Perspektive 1: Persönliche Bedarfslagen und Zugangsschwellen
- Perspektive 2: Prävention und Gesunderhaltung
- Entwicklung integrierter Leistungen. Das Beispiel Dänemark

# Die Familie ist in Deutschland der Hauptpflegedienst



➡ Zwei Drittel der häuslichen Pflege wird allein von Angehörigen geleistet  
(rd. 47 % derjenigen, die nach deutschem Recht pflegebedürftig sind, werden allein durch Angehörige gepflegt)

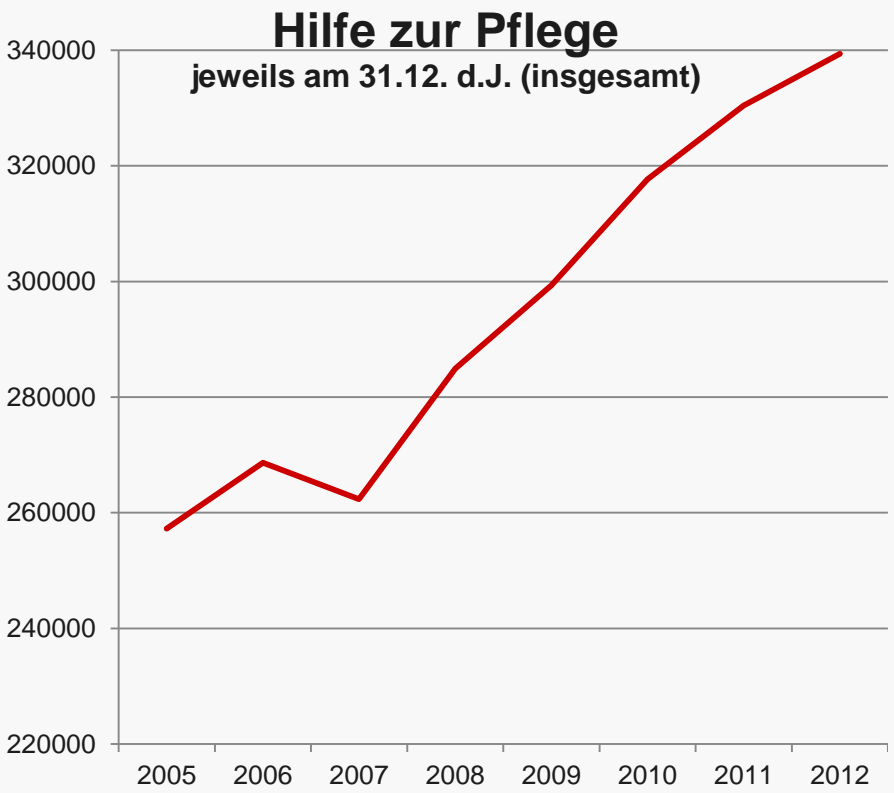
# Konträre Systeme der Altenfürsorge

## – 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.

## Systemunterschied auch beim Unterhaltsrecht

**Nordische Länder: Kein Kinderunterhalt. Unterhaltspflichtig ist im Bedarfsfalle der Staat**



**Hilfe zur Pflege 2011:**

Gut 423 000 Personen bezogen im Jahr 2011 Hilfe zur Pflege. Über zwei Drittel (66 %) von ihnen waren Frauen. Rund drei Viertel (72 %) der Leistungsbezieher insgesamt nahmen 2011 die Hilfe zur Pflege ausschließlich in Einrichtungen in Anspruch, sie waren fast alle (99 %) auf vollstationäre Pflege angewiesen.

Quelle: Destatis, Pressemitteilung 13.09.2013

# Perspektive 1: Persönliche Bedarfslage und Zugangsschwellen

## Ziel „Ausrichtung der Leistungen am persönlichen Bedarf“ (Gesetzliche Normen zu erwünschten Wirkungen)

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 der häuslichen Pflege** (u.a. Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI, § 3)

**Orientierung am individuellen Bedarf und Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe** hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. *„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung“* (Pflegecharta, Artikel 4).

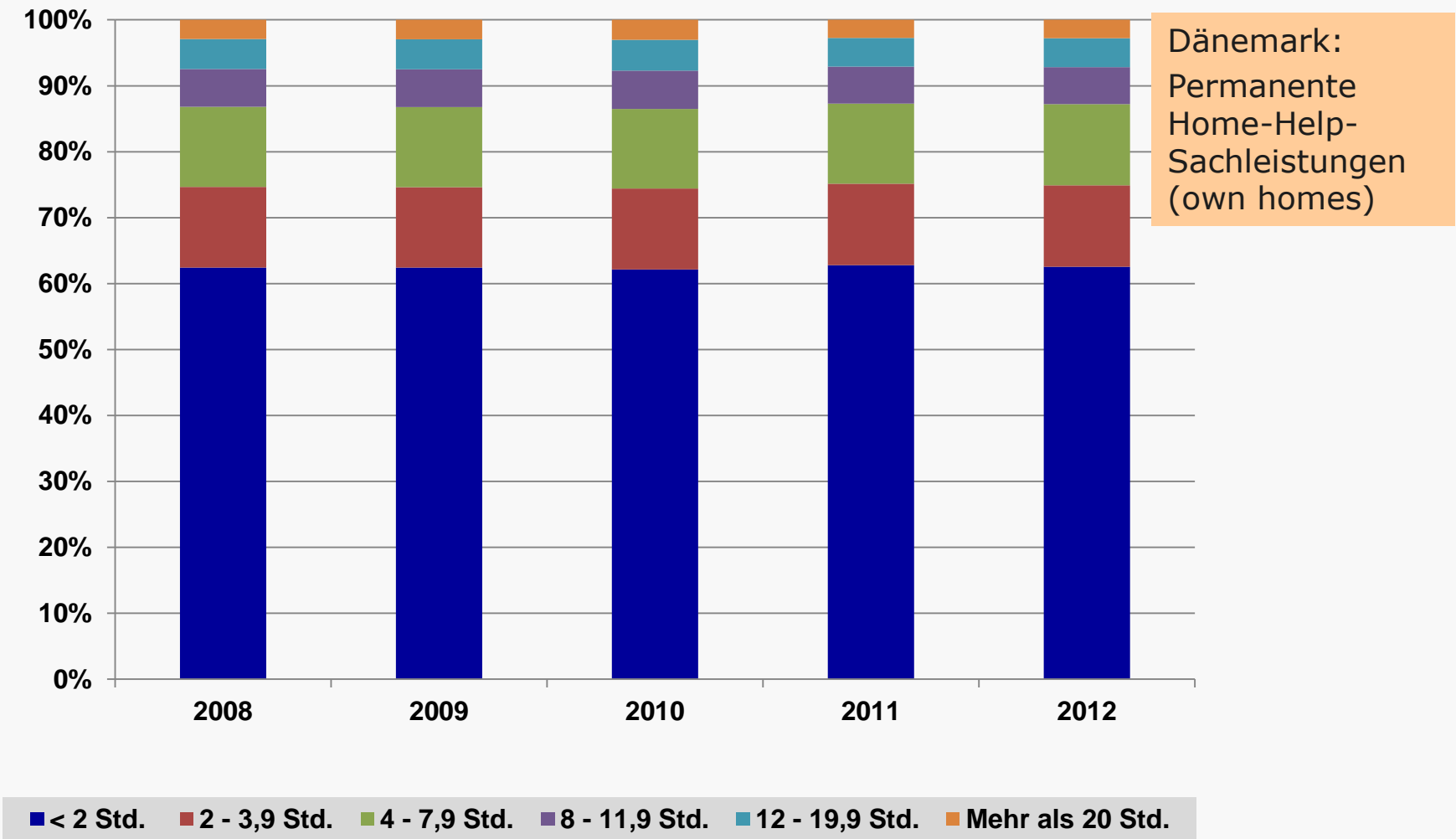


# Bedarfe älterer Menschen und ihre systemische Berücksichtigung

Häusliche Pflege: Persönliche Bedarfe	DE	DK	FI <sup>1)</sup>	IS	NO	SE
2 - < 6 Std./Wo	Nein	Ja	Eher Nein	Ja	Ja	Ja
6 - < 10,5 Std./Wo	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ab 10,5 Std.	Ja (Geldleistung, Sachleistung oder Kombination)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nur soziale Betreuung	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nur Alltags- unterstützung	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Freie Kombination	Beschränkt (Budget)	Ja	Beschränkt	Beschränkt	Ja	Ja
<b>Heime</b>						
Nachruhe nach persönlicher Vorliebe	Eingeschränkt	Ja	?	?	Ja	Ja
Zulässigkeit freiheitsberaubender Maßnahmen	Ja, sofern gerichtlich genehmigt	Nein	?	Eher nein	Nein	Nein

1) Das finnische System umfasst 5 Pflegestufen (1 Stufe: Assistenzbedarf 1-mal in der Woche; 5.Stufe: 24-Stunden-Betreuung) und ist auf die ab 75-Jährigen hin ausgelegt (Ende 2011 wurden 23,2% dieser Bevölkerungsgruppe formell versorgt, 11,9% mit häuslichen Diensten). Angaben sind daher mit Unsicherheiten behaftet .

### Vielfach so hoher Bevölkerungsteil ist in den formellen Leistungsbezug eingebunden; Std.-Umfang aber gering



Quelle: Heintze 2014 (2012), Auswertung der Daten von Statistics Denmark

**Anteil der älteren Bevölkerung, die formelle Leistungen bezieht (häusliche und institutionell): 2011/2012**

	DE	DK	FI	IS	NO	SE
	2011	2012	2011	2012	2012	2012
Bevölkerung im Alter von 65+ (NO 67+)						
<b>Professionelle häusliche Langfrist-Care-Leistungen (%)</b>	<b>3,1</b>	<b>13,7</b>	<b>11</b>	<b>20,5</b>	<b>17</b>	<b>9,2</b>
Institutionelle Versorgung in Heimen oder Pflegewohnungen (%)	4,1	4,2	6	7,5 (2010)	6,8	4,9
<b>Insgesamt</b>	<b>7,2</b>	<b>17,9</b>	<b>Rd. 17</b>	<b>(Rd. 28)</b>	<b>23,8</b>	<b>13,9</b>
Bevölkerung im Alter von 75+ (NO 80+)						
Präventive Hausbesuche		26,1				
<b>Professionelle häusliche Langfrist-Care-Leistungen (%) (NO 80+)</b>	<b>5,9</b>	<b>26,9</b>	<b>Rd. 13</b>	<b>43,7</b>	<b>34,2</b>	<b>17,4</b>
Institutionelle Versorgung in Heimen oder Pflegewohnungen (%)	8	9	Rd. 9	22,2	Rd. 9	9,8
<b>Insgesamt</b>	<b>13,9</b>	<b>35,9</b>	<b>Rd.22</b>	<b>(65,9)</b>	<b>Rd. 34</b>	<b>27,3</b>

Quellen: [www.gbe-bund](http://www.gbe-bund), Stat. BA (update 2014); SE: Pflegeregisterstatistik von 2014  
 IS Stand 9/2013; DK und NO Stand 6/2014; eigene Berechnung  
 Hinweis: Für genaue Quellenangabe siehe die FES-Studie von Heintze, Update ist i.E.

# Perspektive 2: Prävention

## Ziel

### Vorrang von Prävention und Rehabilitation

**Vorrang von Prävention** und medizinischer Rehabilitation, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (u.a. Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI, § 5)

„Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und ihre **Weiterentwicklung zu einer eigenständigen Säule** ist fester Bestandteil der vorausschauenden Gesundheitspolitik der Bundesregierung.“ (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Sozialbericht 2005, S. 71)

# Ausgaben für Prävention im 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	2009	2011	2012	2007	2009	2011	2012
Öffentliche Ausgaben insgesamt: <b>Mio. €</b>	509	543	484	525	312	509	704	694
Öffentliche Ausgaben je Einwohner: <b>€ je EW</b>	6,2	6,5	5,9	6,4	57	92	127	124

Hinweis: Es ist anzunehmen, dass in DE disparat seitens von Ländern und Kommunen Ausgaben getätigt werden, die der Prävention zuzuordnen ist. Gleiches gilt für Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen üblicher Behandlung. Die Grundaussage tangiert dies nicht.

**Quellen:** DK: Statistics Denmark, Statistical Yearbook, fortlaufend bis 2014 und Rechnungsergebnisse der Gemeinden; DE: Gesundheitsberichterstattung ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))

## Neue Weichenstellungen in den 80er Jahren: Beispiel Dänemark

Ende der 70er Jahre: **Intensive Debatte um Neuausrichtung der Pflegepolitik**

### Ziele:

- Zugänglichkeit der kommunalen Gesundheitsdienste für alle Einwohner unabhängig von ihrer Wohnform.
- Prävention als Priorität, um die individuellen Möglichkeiten zu fördern und die gesundheitsbezogenen Ressourcen zu stärken

### Lösungen (**Erprobung im Rahmen freier Experimentierräume**)

(I) Wegweisend wurde Projekt der Gemeinde Skaevinge (5000 EW): 1984 bis 1988

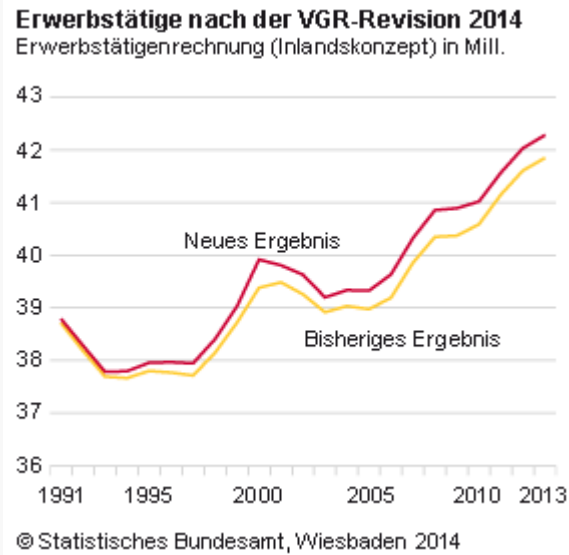
#### Was machte die Gemeinde?

1. Unabhängig voneinander arbeitenden Dienste wurden in multiprofessionellen Teams zusammengeführt.
2. Bestehendes Altenpflegeheim wurde in ein Gesundheitszentrum mit Einbindung privater Mietwohnungen umgewandelt.
3. An das Gesundheitszentrum wurde ein Pflegedienst mit 24-Stunden-Service angedockt, der nun für die gesamte Gemeinde zuständig war.

▶ **Ergebnis:** Der Ansatz (**Vorrang der häuslichen Pflege**) erwies sich sowohl für die ehemaligen AltenheimbewohnerInnen wie auch für das nun interdisziplinäre Personal als zukunftssträchtig. Die meisten dänischen Kommunen haben den Ansatz übernommen.

(II) Mitte der 80er Jahre ergab eine Studie, dass Zahl der Krankenhauseinweisungen sinkt, wenn präventive Hausbesuche durchgeführt werden. ▶ **Präventive Hausbesuche** etablieren sich als weitere Säule des dänischen Systems. 2002 machte der Gesetzgeber die Durchführung zur Pflicht und nahm eine Vereinheitlichung vor.

# Block 3

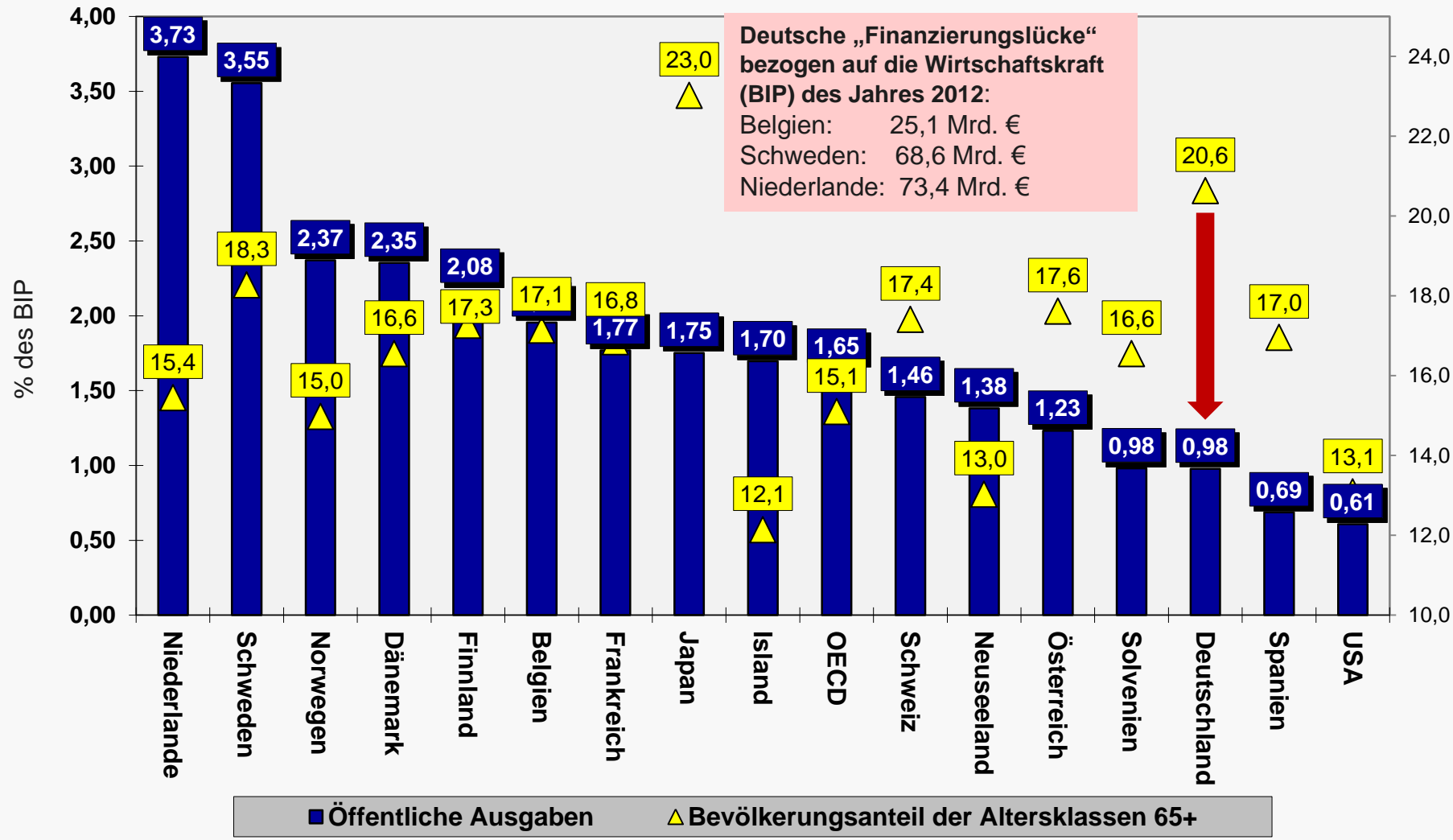


## Highroad contra Lowroad: Finanzierung, Träger, Beschäftigte

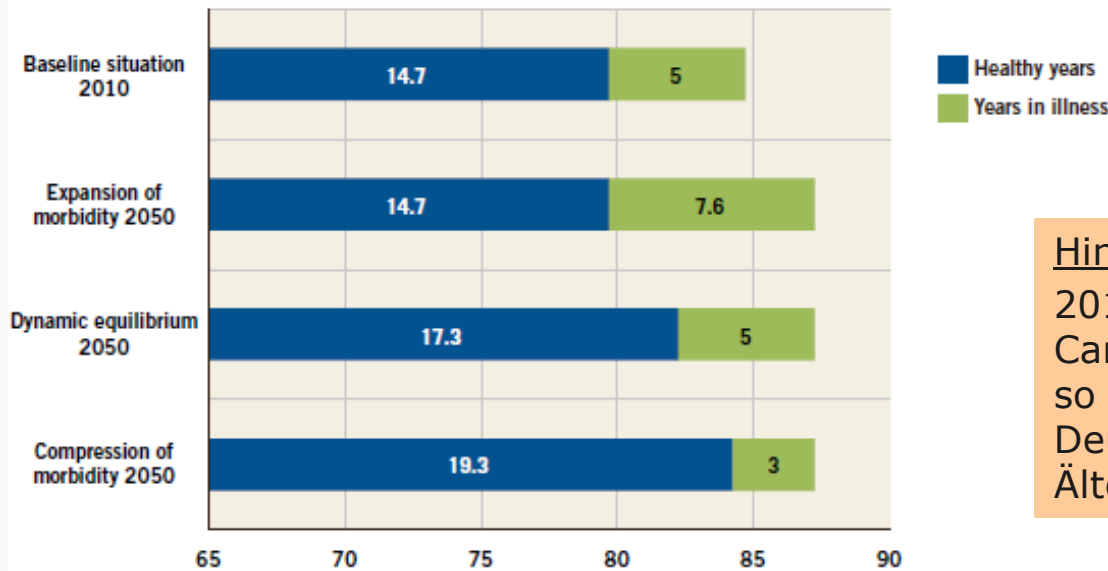
- Strukturelle Unterfinanzierung und kein Ende
- Personalschlüssel und Beschäftigungsdichten im Vergleich
- Wachsende Fachkraftlücke. Und was tut die Politik?
- Keine substantielle Aufwertung pflegerischer Tätigkeit in Sicht

# Geringe öffentliche Ausgaben als Kardinalproblem

Öffentliche Aufgaben für Langfristpflege in % des BIP im OECD-Vergleich 2011 und Bevölkerungsanteil Älterer 2010







Hinweis:  
2010 investierte Schweden in Care-Leistungen für Ältere dreimal so viel an öffentlichen Mitteln wie Deutschland, obwohl der Anteil Älterer um rd. 20% niedriger lag

Figure 4. Remaining life expectancy at the age of 65 in 2010 and 2050 divided into healthy and unhealthy years according to three theories. Source: Statistics Sweden 2010.

Quelle:  
Regeringskansliet  
(2010): The future need  
for care. Stockholm

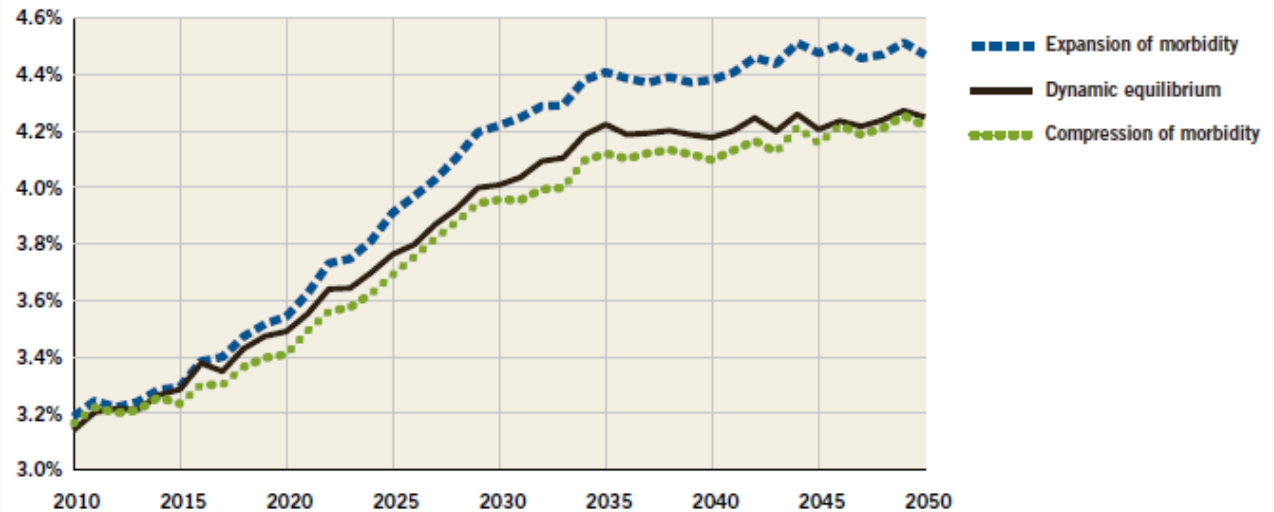


Figure 15. Costs of long-term care of the elderly in relation to GDP in 2010–2050, trend in costs due to demographic factors in different scenarios. Current prices. Source: Calculations by Ministry of Health and Social Affairs.

# Die Logik des Lowroads: Ausgaben der Langfristpflege 1999 - 2012



	1999	2005	2008	2011	2012	Veränderung (%)
<b>Deutschland</b> (Gesetzliche Pflegeversicherung; alle Altersgruppen) <sup>2</sup>						
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
<b>Dänemark</b> (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
<b>Finnland</b> (gesamte laufende Ausgaben; incl. 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
<b>Schweden</b> (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

Quelle: Heintze 2012 (Update 2014, Auszug aus Tab. 3)

## Wachsende Divergenz statt Konvergenz:

Öffentliche Mehrausgaben für Langfristpflege pro EW und EW 65+

	1999		2006		2012	
	Pro EW	Pro EW 65+	Pro EW	Pro EW 65+	Pro EW	Pro EW 65+
Dänemark	462	3.195	695	4.877	856	5.182
Finnland	146	1.093	350	2.406	248	3.552
Schweden	755	4.252	1.109	6.533	1.325	7.163

Erfasst sind die Ausgaben für Sach- und Geldleistungen; bei Schweden die Nettokosten der Gemeinden.

# Hausgemachter Pflegernotstand

b

# Befund 1: Deutschland hat einen der schlechtesten Personalschlüssel (Akutpflege und Langfristpflege)

### Patienten-Pflegekraft-Relation im internationalen Vergleich

		BE	CH	DE	ES	FI	GR	IE	NL	NO	PL	SE	UK
Personal-schlüssel	Durchschnitt	7,8	5,5	10,3	10,3	5,8	9	6	4,9	3,8	9,7	6	7,7
	Minimum	5	3	6,1	7,2	3,9	5,7	4,8	3,4	2,8	6,8	3,9	5,1
	Maximum	12,7	9	14,5	14,1	8,4	14	7,9	6,8	5,6	14,2	9,2	10,7

Quelle: internationale RN4Cast-Auswertungen

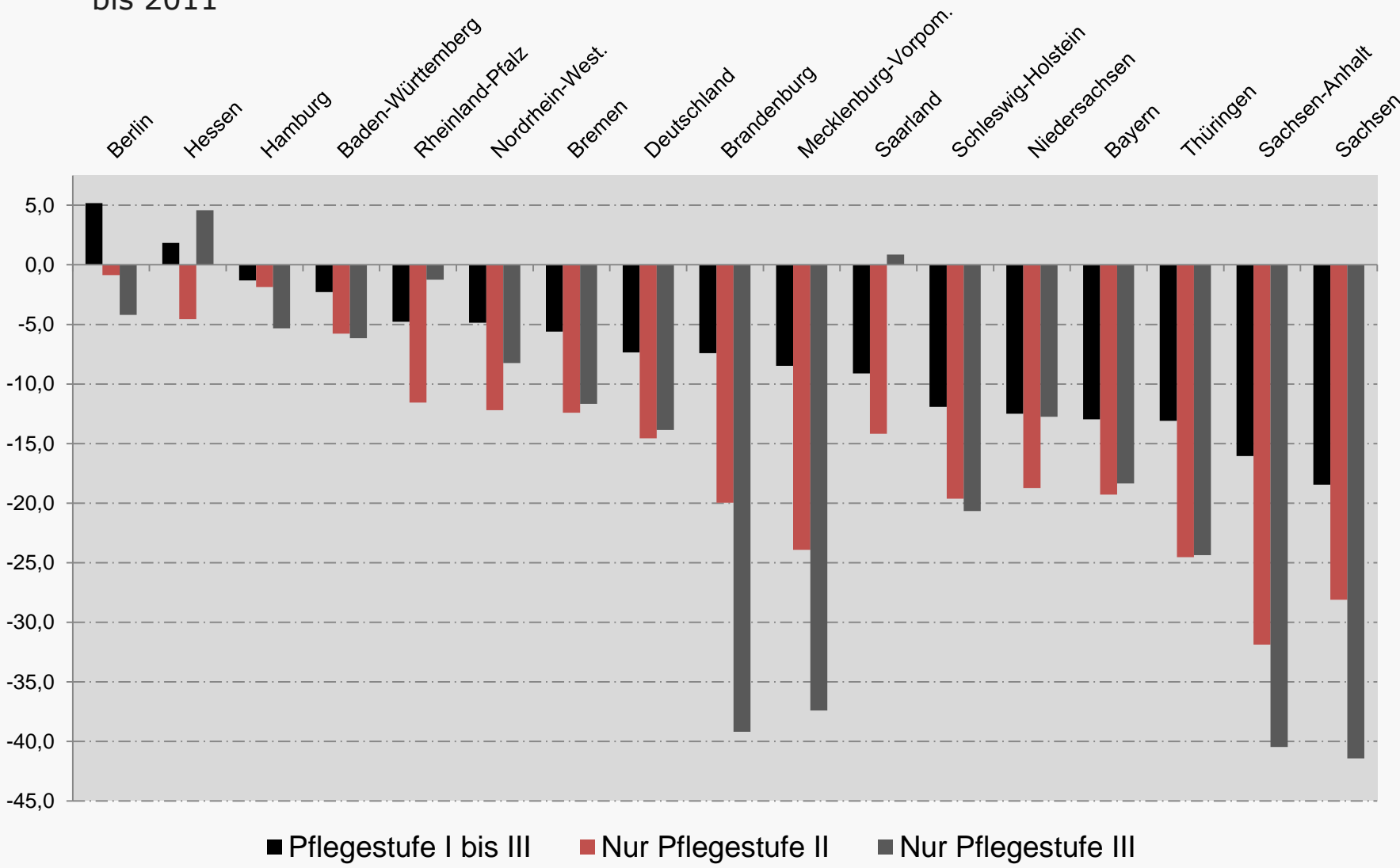
Pflege insgesamt nach Internationaler Vergleichsstudie 2011 (Rafferty, Anne-Marie et al: Nurse Forecasting in Europa (12 Partnerländer; hier: Tab. 1)



- Deutschland (DE) und Spanien (ES) haben unter den 12 Vergleichsländern der PN4Cast Pflegestudie von 2011 die schlechtesten Personalschlüssel mit auch großem Polarisierungsgrad. Griechenland (GR) und Polen (PL) bewegen sich auf vergleichbarem Niveau
- **Norwegen hat den besten Personalschlüssel. Eine Pflegekraft ist im Schnitt für 3,8 Patienten zuständig;** die Niederlande haben den zweitbesten Personalschlüssel
- **Die OECD kommt in ihrer Pflegestudie 2011 ("Help wanted") für den Bereich der Langfristpflege (institutional care) zu zwei Ergebnissen:**
  - In Schweden kommen auf 100 HeimbewohnerInnen dreimal so viele Pflegekräfte wie in Deutschland
  - Deutschland und die Slowakei schneiden beim Personalschlüssel am schlechtesten ab

# Befund 2: Erosion von „informal care“, aber schleichend ...

Prozentualer Rückgang der ausschließlichen Angehörigenpflege 1999 bis 2011

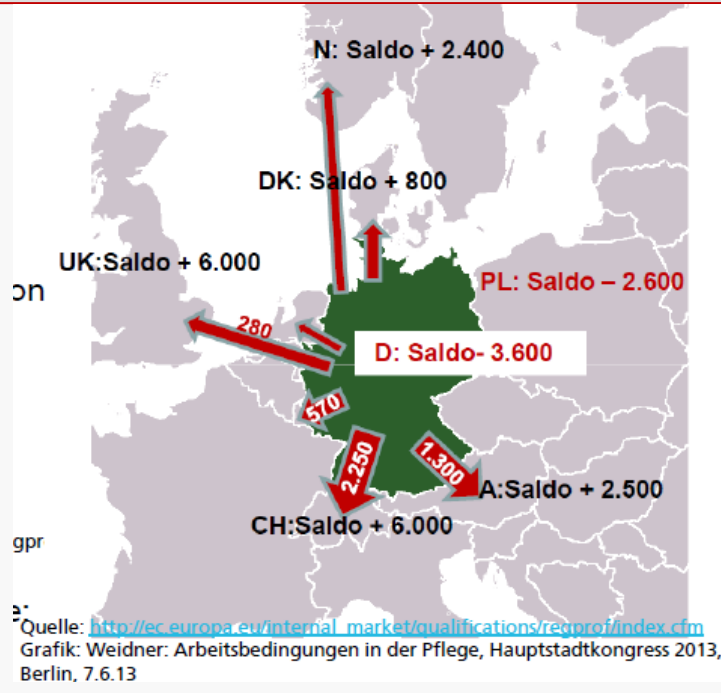


# Wer pflegt uns in Zukunft? – Die Lowroad-Falle

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

## Status-Quo (2013) und Prognosen

- ➔ Einige Zehntausend Fachkräfte fehlen. Gleichzeitig: **Nettoexport von Fachkräften**. Im Saldo sind von 2005 bis 2013 innereuropäisch rd. **4.137** Pflegefachkräfte (ohne Altenpflege) mehr ab- als zugewandert. Quelle: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/regprof/index.cfm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm).
- ➔ Destatis und Bundesinstitut für Berufsbildungsforschung: Im Jahr 2025 werden im Status-Quo-Szenario rund 152.000 Beschäftigte in Pflegeberufen fehlen. (Pressemitteilung Nr. 449 vom 06.12.2010). **Bertelsmann-Stiftung 2012** (Pflegerreport 2030): Bis zu 500.000 Vollzeitpflegekräfte könnten fehlen (Status-quo-Szenario: 434 Tsd.)



**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...

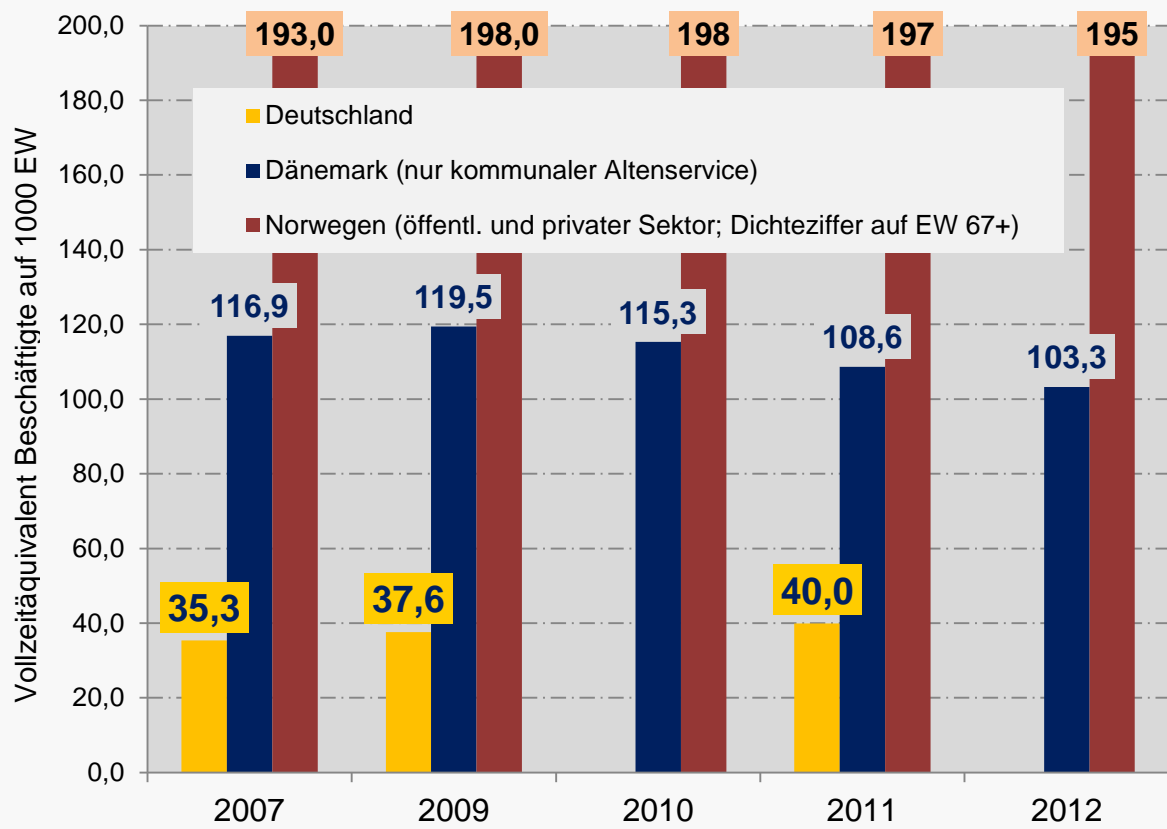
Das gesamte Altenhilfesystem ist so marode, dass es angesichts der schon seit einer gefühlten Ewigkeit bekannten demografischen Entwicklung in Kürze endgültig vor die Wand fahren und in der Pflegekatastrophe enden wird.“

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

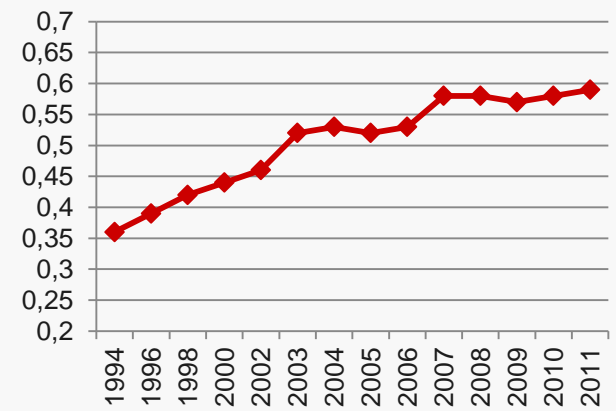
# Pflege- und Hilfsleistungen für Ältere: Beschäftigungsdichten



## Rechnerische Vollzeitkräfte auf 1000 Ältere im Vergleich



### VZÄ-Beschäftigte pro VZÄ-Hilfeempfänger in Norwegen



Tatsächliche Differenz zu DK ist größer, da in DE Personal für alle Altersgruppen zuständig ist.

**Quellen:** Stat. Bundesamt, Pflegestatistik 2007, 2009 und 2011; Pfleregister von Dänemark und Norwegen (Stand 2013); eigene Auswertung

Dänischer kommunaler Altenfürsorgeservice (rechnerische Vollzeitkräfte)  
2009: 104.586,3; 2012: 99.961

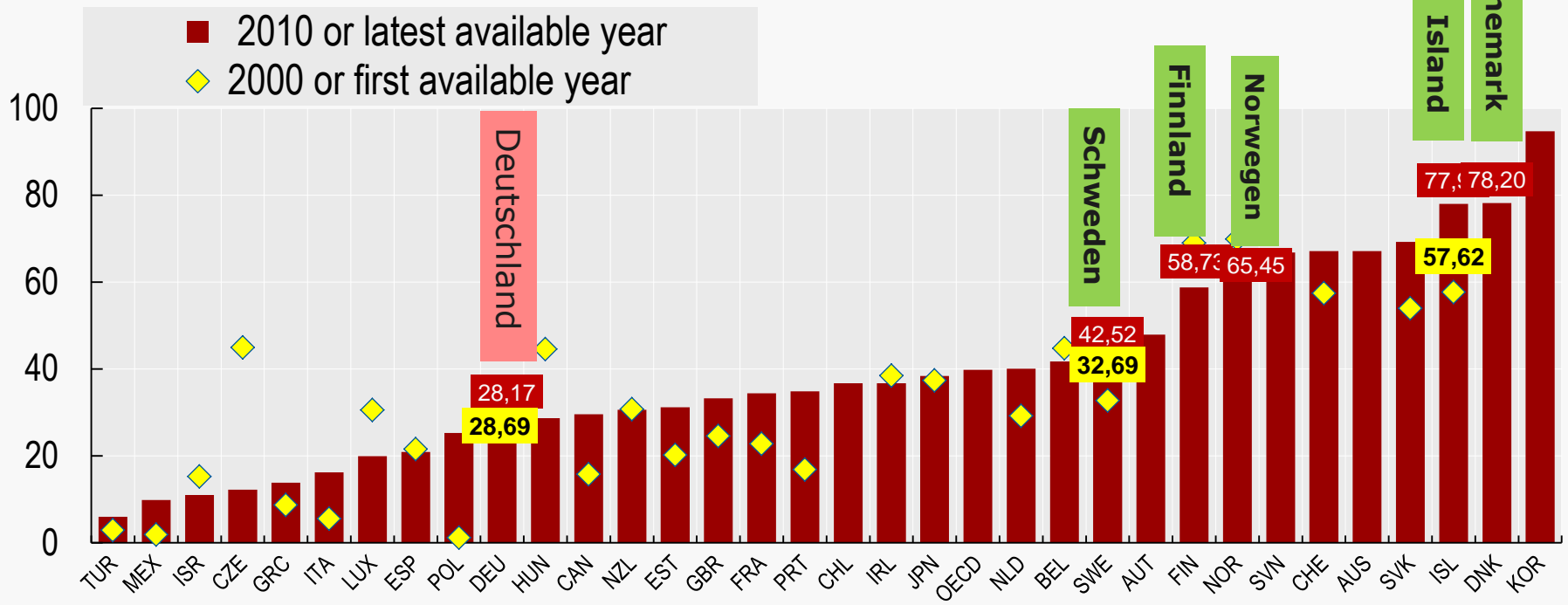


## Der Fachkräftemangel ist hausgemacht

- Ausbildung ist teilweise mit **Schulgeldzahlungen** verbunden
- **Niedrige Löhne:** Der Bereich der Langfristpflege weist eine geringe Tarifbindung auf.
- **Beruf mit eingebautem Verarmungsrisiko:** Nur wenige Pflegekräfte erhalten ein Monatsbruttoeinkommen von mehr als 2.000 €. Sie müssten jedoch ein Einkommen darüber erhalten und zugleich über 40 Jahre berufstätig sein, um der **Armutsfalle im Alter** zu entgehen.
- Im internationalen Vergleich **schlechter Personalschlüssel**. Für die Betreuung der älteren Menschen bleibt **zu wenig Zeit**, fachliche Standards bleiben auf der Strecke  
**Konflikt zwischen hoher Identifikation mit dem Beruf und schlechten Arbeitsbedingungen**
- Die Zahl derjenigen, die sagen, dass sie nicht bis zur Rente durchhalten werden, stieg binnen **4 Jahren (2008 – 2012) von 50 auf 75 Prozent** (Quelle: DGB-Index „Gute Arbeit“)

# Keine Verstärkung der Fachkräfteausbildung trotz Fachkräftemangel in Deutschland; hohes Ausbildungsniveau trotz weit besserer Personalversorgung im Norden

Neu examinierte Krankenpflegefachkräfte auf 100.000 Einwohner



Quelle: OECD 2012: Nursing graduates, update 19.12.12

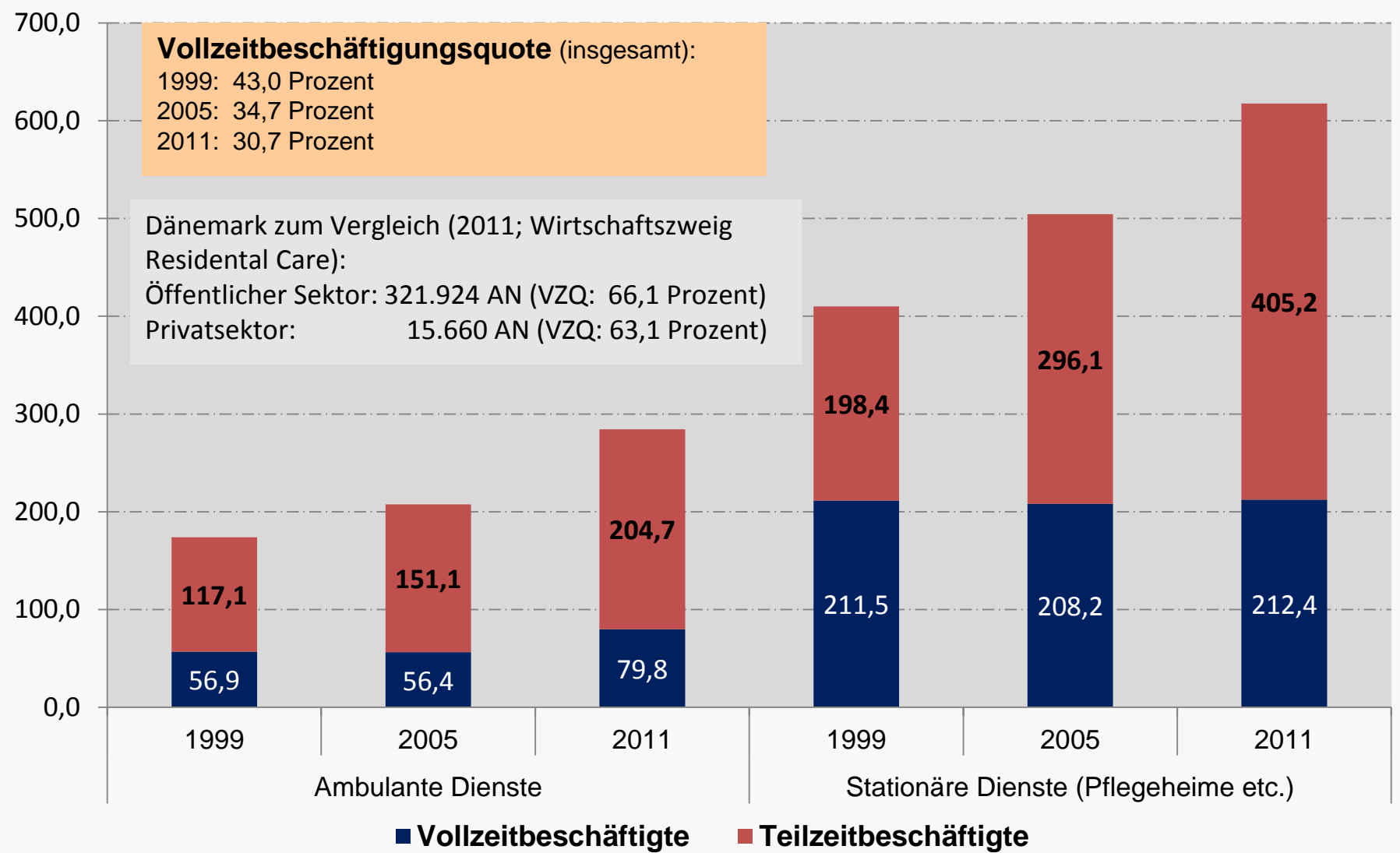
# Deutliches Beschäftigungswachstum, aber getragen vorrangig von der Ausweitung von Teilzeit

(Angaben in 1000)



**Vollzeitbeschäftigungsquote** (insgesamt):  
 1999: 43,0 Prozent  
 2005: 34,7 Prozent  
 2011: 30,7 Prozent

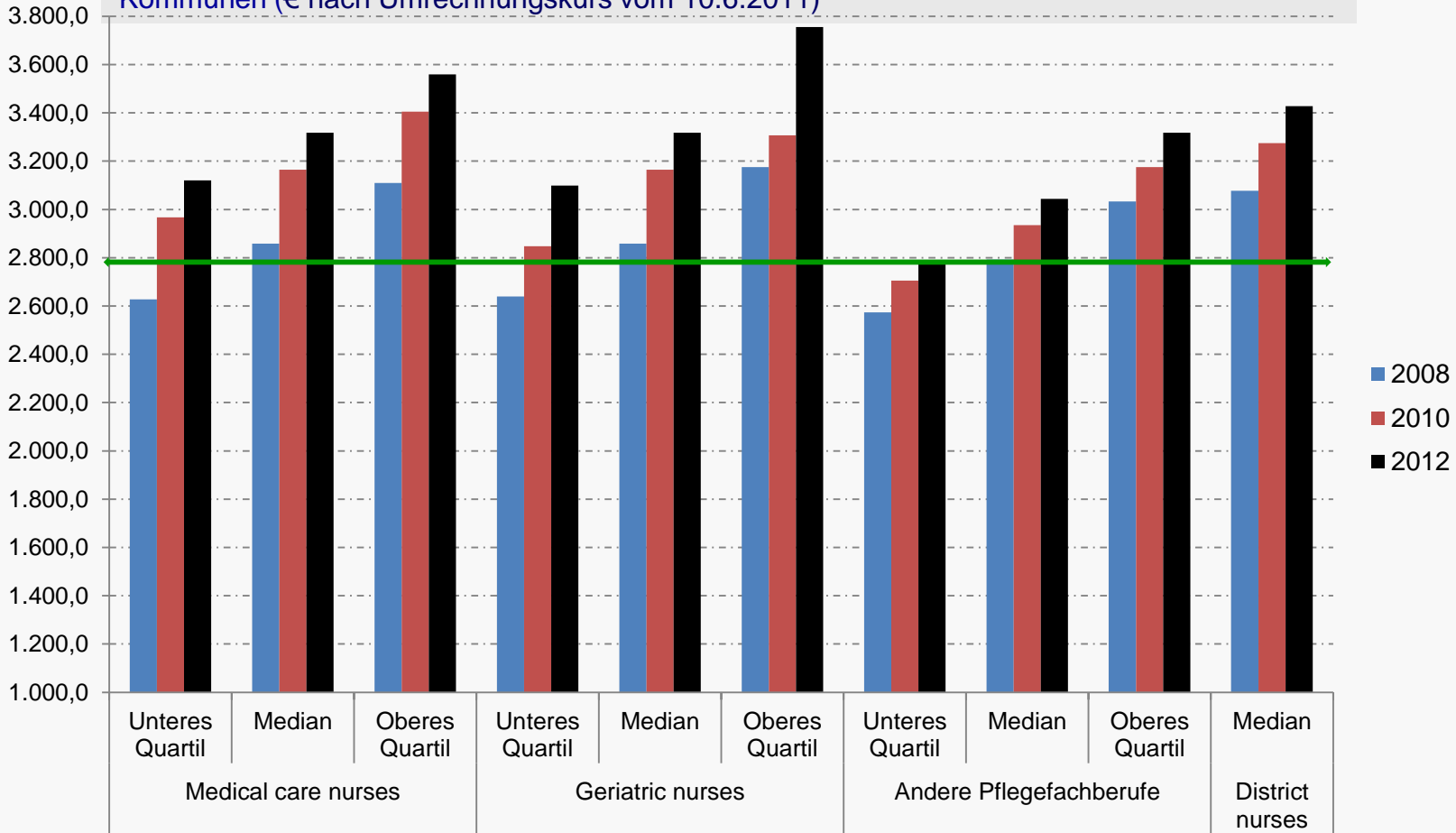
Dänemark zum Vergleich (2011; Wirtschaftszweig Residential Care):  
 Öffentlicher Sektor: 321.924 AN (VZQ: 66,1 Prozent)  
 Privatsektor: 15.660 AN (VZQ: 63,1 Prozent)



# Gehaltsentwicklung von Pflegefachkräften in Schweden.

Finland (end 2009) Average salary licensed practical nurse: EUR 2 370  
RN: EUR 2 860

Entwicklung der Monatsgehälter verschiedener Gruppen von Pflegefachkräften mit Arbeitgeber Kommunen (€ nach Umrechnungskurs vom 10.6.2011)



Statistics Sweden, Datenbestand „Average monthly salary in the primary municipalities” (Monthly salary refers to contractually negotiated salaries including base salary including fixed supplements and variable supplements such as time outside ordinary working hours, on-call, and preparation compensations. All such included payments are counted in total as full-time salary); eigene Auswertung

# Fachpersonallücke (Vollzeitäquivalente) im Status-quo-Szenario 20130

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

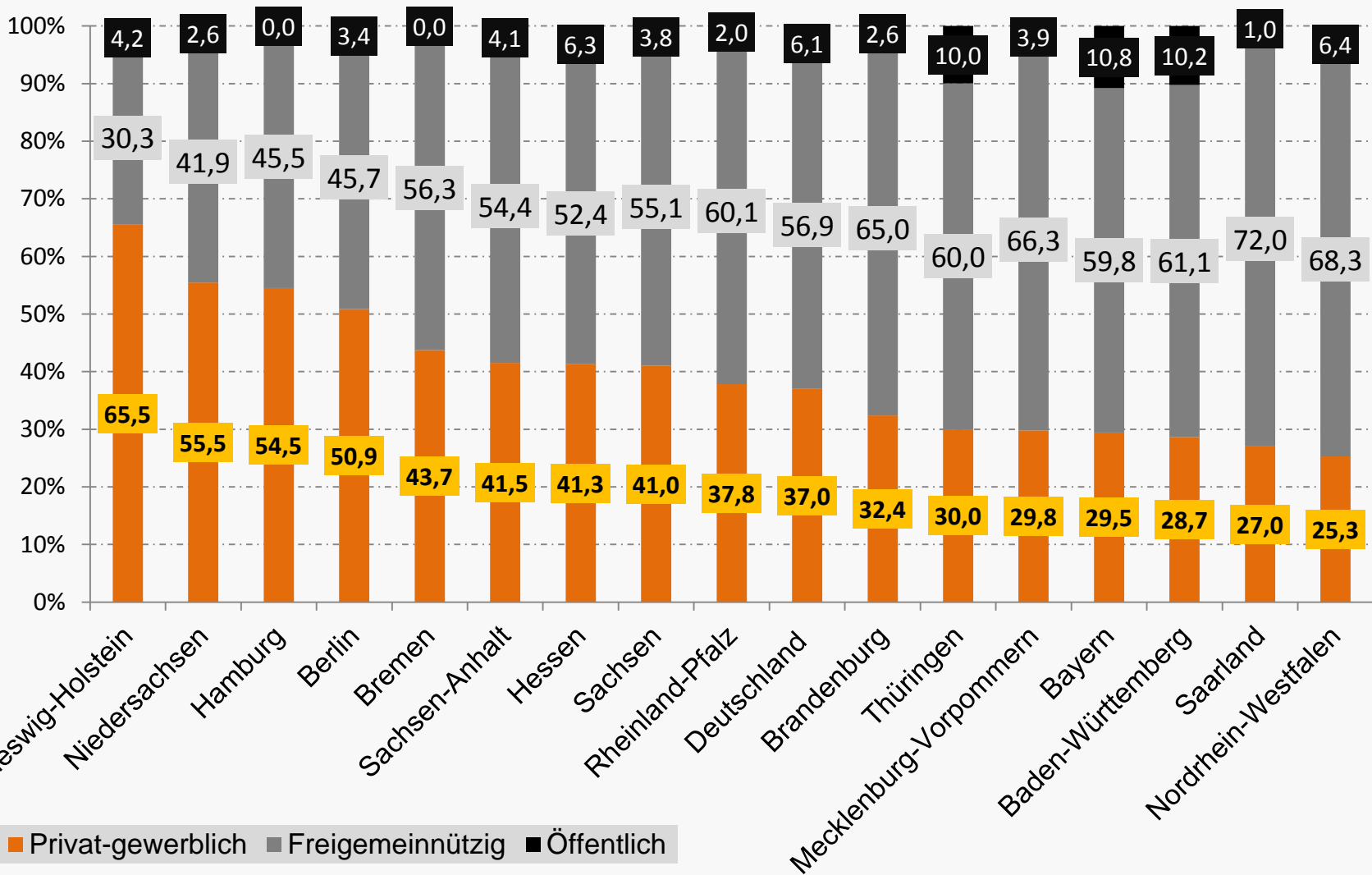
Quelle: Bertelsmann Stiftung 2012: „Pflege 2030“, S. 56

# Exkurs

## **Vermarktlichung und Kommerzialisierung**

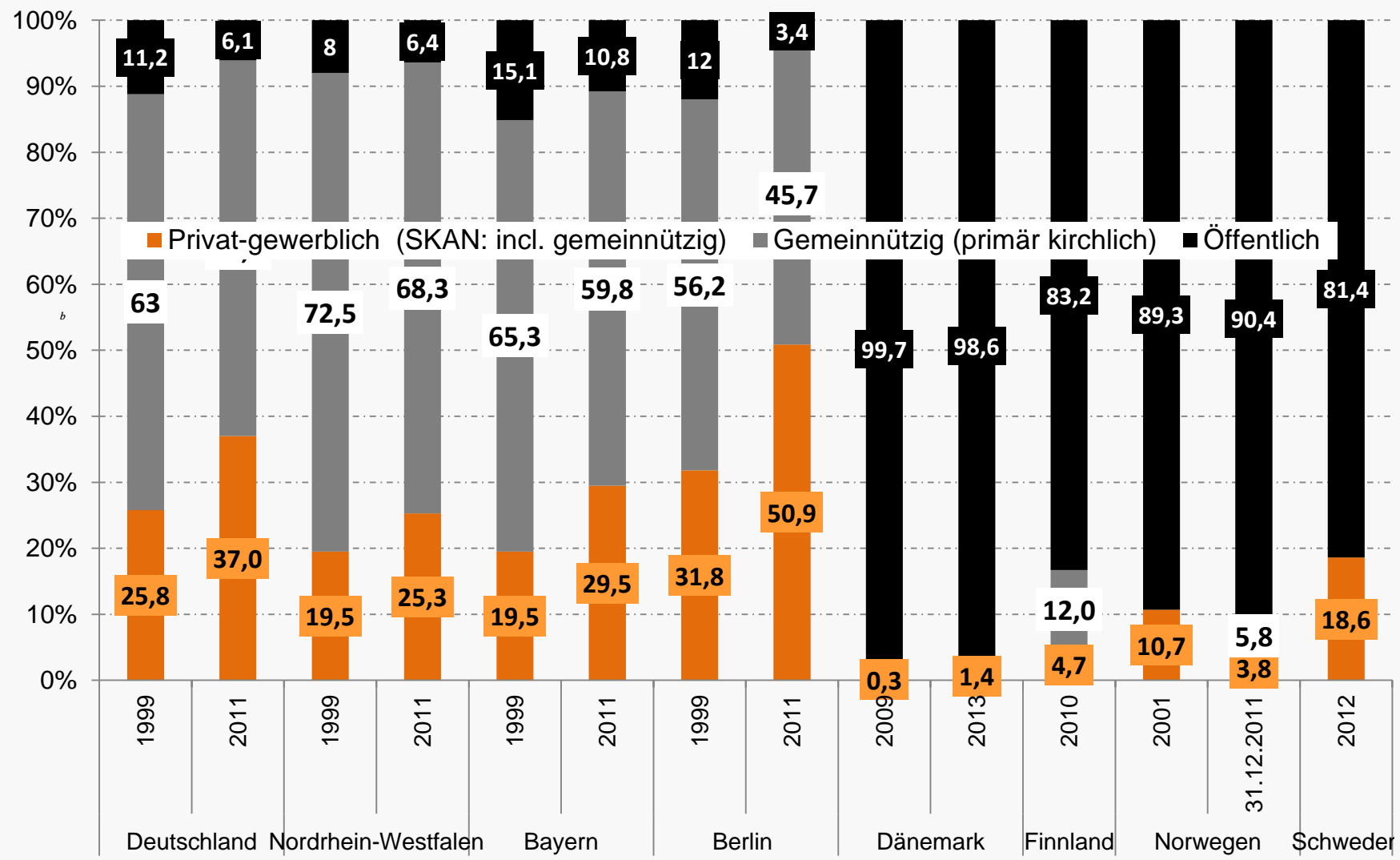
- Was folgt auf die Familie? Konträre Trägerstrukturen
- Schweden als Privatisierungsvorreiter
- Ergebnisse des Einsatzes von Marktinstrumenten

# Trägerstruktur im stationären Bereich 2011



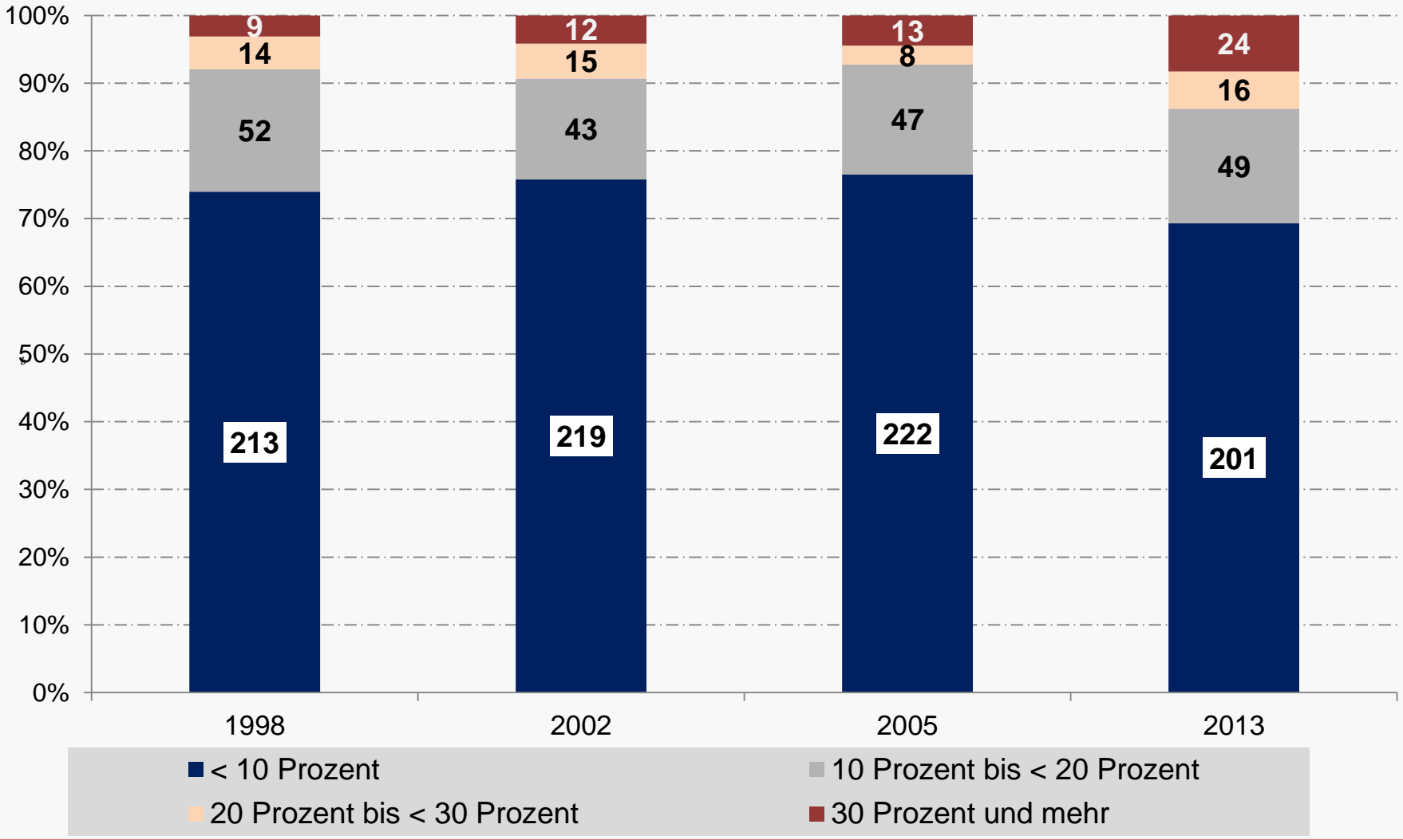
Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, update vom März 2013

# Trägerstruktur (Heime): For-Profit-Akteure als Gewinner der Marktöffnung





# Outsourcing von Altenpflegeleistungen in schwedischen Gemeinden 1998 bis 2013



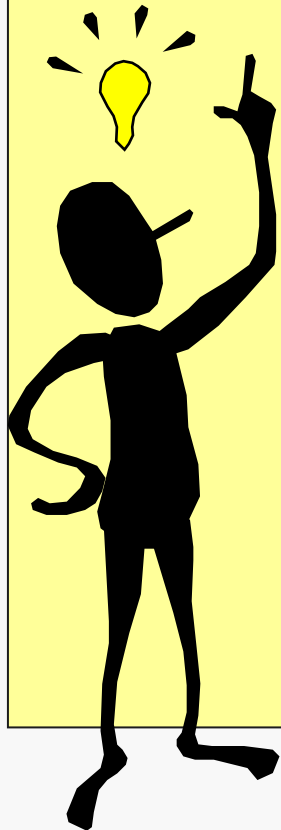
**Erläuterung:** Gruppierung der schwedischen Gemeinden nach den Anteilen ihrer Gesamtausgaben für "Care of disabled and elderly people". 1998 wurden in 9 Gemeinden mindestens 30 Prozent der Gesamtausgaben für den Einkauf von Leistungen verwandt; 2013 fielen 24 Gemeinden in diese Rubrik.

## Ergebnisse der Vermarktlichung in Skandinavien: Studienbefunde

- **Kostensparnisse:** Entweder nicht nachweisbar (Finnland) oder auf die ersten Jahre (Dänemark, Schweden) beschränkt. Realisierten Einsparungen stehen erhöhte Transaktions- und Steuerungskosten gegenüber.
- **Qualitätsindikatoren:** keine eindeutigen Ergebnisse. Teilweise sind Unterschiede kaum auszumachen; teilweise differieren sie je nach Indikatorentyp. Letzteres gilt für Schweden. Im institutionellen Bereich schneiden kommunale und Non-Profit-Träger bei Strukturindikatoren (höherer Professionalisierungsgrad, systematische Weiterbildung etc.) signifikant besser ab; bei Prozessindikatoren wie der laufenden Aktualisierung des Pflegeplanes etc. ist es umgekehrt (Erlandsson et al. 2013: S. 61, Tab. 3).
- **Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen:** Dürftige Studienlage. Fallstudien aus Norwegen deuten auf Verschlechterungen hin. Sie konkretisieren sich in einer höheren Arbeitsverdichtung und einer schlechteren betrieblichen Alterssicherung.
- **Demokratischen Kontrolle:** Einbußen sind zu registrieren. Während bei der Leistungserbringung in Eigenregie auf die Ergebnisse direkt Einfluss genommen werden kann, gibt es bei der Leistungserbringung durch Dritte nur die Möglichkeit der indirekten Einflussnahme durch Verträge, Anreize und Kontrollen. Beschäftigte berichten von einer Reduktion der direkten Kommunikation mit den politisch Verantwortlichen. Auch ist die Einsichtnahme in wichtige Dokumente erschwert, weil private Geschäftsinteressen tangiert sind.

## Resümé zu Pflege in Deutschland

- Präferenzen bilden sich auch mit Blick auf das Angebot
- Familiarisierung behindert Frauengleichstellung; schleichend erodiert sie
- Hohe Gewichtung der Aspekte „soziale Betreuung“ und Alltagshilfe kommt dem entgegen, was ältere Menschen benötigen
- Der Vergleich liefert Impulse für ein **stärkeres Engagement der Kommunen** als Infrastrukturplaner und Dienstleister (Kooperationen von gemeinnützigen und öffentlichen Trägern im Rahmen der Schaffung von versorgungs- und betreuungssicheren Wohnkonzepten)
- **Aufsuchende Beratung und Betreuung** (nicht zur Kontrolle, sondern zur Hilfe; angedockt an Pflegestützpunkte oder kommunale Seniorenbüros)
- **Hürden für weitere Professionalisierung beseitigen** (Kooperation erfordert gleiche Augenhöhe)
- **Dabei:** Ohne **massive Verstärkung der öffentlichen Finanzierung** kann die Logik der Billigdienstleistungsökonomie nicht verlassen werden. Damit bleibt der Pflegeberuf wenig attraktiv; ist mit einer stetigen Ausweitung grauer Pflegemärkte zu rechnen, mit weiterer Polarisierung bei der Qualität...



Vielen Dank für die  
Aufmerksamkeit

# Deutschland: Pflegefachkräftemangel

## Aus Internetblogs von AltenpflegerInnen (Eintrag 2009)

„Die Arbeitssituation als Altenpfleger in Deutschland ist nun schon wirklich katastrophal. Habe auch 2 Jahre als Fachkraft in Deutschland gearbeitet und bin dann regelrecht nach Dänemark (...) "geflohen". Die Arbeitsbedingungen sind um einiges besser. Ich arbeite 30 Std/W, habe 8 Bewohner und wir sind morgens zu 3... Nur so als Info: In Deutschland war ich morgens manchmal alleine mit 14 Bewohner!!). Verdienne mit 30 Std./W. ein wenig mehr als wie in Deutschland bei 40 Std/W!. Zudem weniger Stress und nettes Arbeitsklima. ...

## Resümee von Praktikantinnen:

„Nur die Bereitschaft zu einem gänzlichen Systemwechsel in den meisten Heimen könnte dänische Verhältnisse bringen. (...) Die andere Möglichkeit wäre gar nicht durchführbar: alle alten Menschen, die in ein Heim wollen, gehen nach Dänemark.“

## Anzeige vom 4.12.2010

### Deutsche examinierte Altenpfleger/innen für Festanstellung in Dänemark gesucht

**Geboten wird:** 6 Monate bezahlter Dänischunterricht in Esbjerg; Kostenlose Unterkunft in einer WG; Frühstücks- und Mittagsbüffet kostenlos in unserem Hause; ein Überbrückungsgeld von 80.- Euro brutto pro Kurstag. Nach dem Sprachkurs Festanstellung (Vollzeit 37 Std.; Gehalt 2900,- Euro brutto plus Schichtzulagen).

Hallo, habe Neuigkeiten von einem Altenpfleger der seit einem Monat in Dänemark arbeitet. Personalschlüssel super.. Wenn ich mir alles richtig gemerkt habe sind 2-3 Pflegekräfte für 8 Bewohner zuständig.. Gehalt, was er in Dt bei 40 h bekam, verdient er dort bei 30 h Woche. Der ganze Papierkram fällt weg, DK hatte wohl mal mit diesem Zeug angefangen, jedoch schnell wieder abgestellt. nur reine Dokumentation im Bericht bei etwas Außergewöhnlichen. Es scheint dort wirklich Zeit für Menschlichkeit zu geben, außerdem hat man dort dann ... auch mal Zeit für Sachen die man mal in der Altenpflegeschule gelernt hat. Also, es scheint auch anders zu gehen. lg, nachteule

## Drei von vier Erwerbstätigen arbeiten in Dienstleistungsbereichen

Erwerbstätige/Arbeitnehmer	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Erwerbstätige</b>	40 325	40 856	40 892	41 020	41 570	42 033	42 281
Land- und Forstwirtschaft; Fischerei	667	670	667	661	669	666	646
<b>PRODUZIERENDES GEWERBE</b>							
<b>Insgesamt (ohne Baugewerbe)</b>	7 839	8 022	7 844	7 705	7 850	7 991	8 008
Verarbeitendes Gewerbe	7 274	7 458	7 277	7 138	7 279	7 422	7 440
Baugewerbe	2 312	2 300	2 312	2 331	2 376	2 410	2 430
<b>DIENSTLEISTUNGSBEREICHE</b>							
<b>Insgesamt</b>	29 507	29 864	30 069	30 323	30 675	30 966	31 197
davon:							
Handel, Verkehr und Gastgewerbe	9 380	9 471	9 481	9 476	9 620	9 717	9 789
Information und Kommunikation	1 189	1 207	1 189	1 162	1 177	1 198	1 204
Finanz- und Versicherungsdienstleister	1 231	1 219	1 225	1 214	1 201	1 198	1 198
Grundstücks- und Wohnungswesen	405	408	394	393	393	396	402
Unternehmensdienstleister	4 091	4 221	4 174	4 371	4 527	4 612	4 669
Öffentliche und sonstige private Dienstleister	11 331	11 459	11 695	11 767	11 757	11 842	11 963

Erläuterung: Daten nach erfolgter Statistikrevision führen zu höheren Erwerbstätigenzahlen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Erwerbstätigenrechnung (Inlandskonzept). 21.08.2014