

# Pflege-Report 2015

## „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /  
Stefan Greß / Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 55-71



<b>4</b>	<b>Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg</b> .....	<b>55</b>
	<i>Cornelia Heintze</i>	
4.1	Familienbasiert-subsidiär contra servicebasiert-universalistisch – eine Einführung zu unterschiedlichen Systemwelten und ihrer Steuerung.....	56
4.1.1	Parallele Herausforderungen, konträre Systemwelten .....	56
4.1.2	Systemarchitektur und Steuerung entscheiden über den Outcome.....	59
4.2	Vom klassischen Heim zur Vielfalt von Wohn- und Versorgungs- formen jenseits bisheriger Häuslichkeit – Blick auf Struktur- entwicklungen und die Ergebnisse von Marktöffnungen .....	61
4.2.1	Einebnung der Trennung von häuslich und institutionell .....	61
4.2.2	Verbreitungsgrad und Wirkung der Nutzung von Marktinstrumenten.....	64
4.3	Auf dem Weg zur demenzgerechten Pflege: kleine Wohngruppen, strukturierte Tagesprogramme, breitere Fachlichkeit .....	66
4.4	Fazit .....	69

# 4 Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg

Cornelia Heintze

4

## Abstract

Basierend auf einer gut entwickelten und über Steuern auskömmlich finanzierten kommunalen Infrastruktur bieten die skandinavischen Länder integrativ angelegte öffentliche Care-Dienste, die im Prinzip von der Wiege bis zur Bahre reichen, je nach Altersgruppe aber besonders ausgeprägt sind. Die Leistungen richten sich gemäß dem persönlichen Bedarf an die gesamte Wohnbevölkerung. Ein gesellschaftliches Subsidiaritätsprinzip, das der Familie eine primäre Dienstverantwortung und über Rechtsinstitute wie den Elternunterhalt auch Finanzierungsverantwortung zuweist, existiert nicht (mehr). Die Sorgearbeit ist in hohem Maße defamiliarisiert. Sie konzentriert sich auf professionelle häusliche Dienste, die es Senioren ermöglichen, möglichst lange im vertrauten Umfeld wohnen zu verbleiben. Obwohl damit die Reichweite der „stationären“ Pflege weit hinter den „ambulanten“ (häuslichen) Diensten zurücksteht, ist auch der Anteil Älterer, der in Sonderwohnformen versorgt und betreut wird, im Schnitt höher als in Deutschland.

Based on a well-developed and tax financed municipal infrastructure, the Scandinavian countries provide integrative public nursing care services, ranging in principle from the cradle to the grave; depending on the age group they are, however, particularly pronounced. Benefits are granted to the entire population according to personal needs. A social subsidiarity principle which assigns the primary responsibility to the families and, via legal regulations such as parents keep, also the financial responsibility no longer exists. Instead, the care sector focuses on professional homecare services which enable elderly people to remain in their familiar surroundings as long as possible. Although the range of residential nursing care falls far behind the “outpatient” market, the percentage of elderly people in the special dwelling types is on average higher in Scandinavia than in Germany.

## 4.1 Familienbasiert-subsidiär contra servicebasiert-universalistisch – eine Einführung zu unterschiedlichen Systemwelten und ihrer Steuerung

### 4.1.1 Parallele Herausforderungen, konträre Systemwelten

Alternde Gesellschaften können nach dem Tempo, mit dem sich der Alterungsprozess vollzieht, in verschiedene Gruppen unterteilt werden. Zusammen mit Japan, Korea und südeuropäischen Ländern wie Italien, Portugal oder Griechenland gehört Deutschland zu den rasch alternden Gesellschaften, während die skandinavischen Länder als Ergebnis langjährig höherer Geburtenraten und positiver Wanderungsbilanzen ein eher moderates Alterungstempo aufweisen. Die Unterschiede zeigen sich bei der absoluten Zunahme der älteren bis hochaltrigen Bevölkerung und ihren Anteilsgewinnen an der Wohnbevölkerung ebenso wie bei der Entwicklung der sogenannten Altenlastquote, die die Relation zwischen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und der älteren Bevölkerung angibt oder dem Medianalter der Bevölkerung. Im europäischen Vergleich weist die deutsche Bevölkerung mit 45,3 Jahren (2013) das höchste Medianalter auf und nach Italien die zweithöchste Altenlastquote.<sup>1</sup> Auch bei den Anteilen der Jahrgänge 65+ und 80+ an der Wohnbevölkerung (vgl. Tabelle 4–1) sowie den hier in der Vergangenheit realisierten Zuwächsen nimmt Deutschland vordere Plätze ein. Die skandinavischen Länder finden sich überwiegend am anderen Ende der Skala oder im Mittelfeld.<sup>2</sup> Spiegelbildlich dazu sind in allen nordischen Ländern deutlich mehr als ein Fünftel der Bevölkerung jünger als 20 Jahre, verglichen mit nur 18 Prozent in Deutschland.

Der Anpassungsstress, der auf den gesellschaftlichen Institutionen lastet, ist bei einem moderaten Veränderungstempo logischerweise geringer als dort, wo sich der Bevölkerungsaufbau rasch ändert. Die Herausforderung selbst bleibt die Gleiche. Der Sozialstaat ist gefordert, der wachsenden Gruppe von Älteren und Hochaltrigen auf einer verlässlichen Grundlage die Pflege, soziale Betreuung und Alltagsunterstützung zukommen zu lassen, die individuell benötigt wird, um möglichst lange ein eigenständiges Leben in Würde und bei guter Gesundheit führen zu können. Wie die Politik die Herausforderungen zu bewältigen sucht, verläuft im Großen und Ganzen entlang der wohlfahrtsstaatlichen Grundorientierungen (siehe u. a. Heintze 2012, 2013; Dallinger und Theobald 2008). Im konservativen deutschen Sozial(versicherungs)-staat ist diese familienbasiert-subsidiär, in den nordischen Wohlfahrtsstaaten servicebasiert-universalistisch.

Das familienbasiert-subsidiäre Pflegearrangement fußt auf der Idee, dass bei Unterstützungsbedarf zunächst die Angehörigen in der Pflicht sind, die nötigen

1 In der Abgrenzung „Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren“ zu „Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr“ stieg die Quote im Zeitraum 1995 bis 2013 um rd. 40 Prozent und erreicht nun 31,3 Prozent gegenüber 25,9 Prozent im Schnitt der fünf nordischen Länder. Datenquelle: Eurostat-Datenbank, Datenbestand „Bevölkerung am 1. Januar: Strukturindikatoren [demo\_pjanind]“ mit Update vom 12.03.2014.

2 Lediglich Finnland weist auch das Muster rascher Alterung auf. So stieg die Altenlastquote im angegebenen Zeitraum annähernd so stark wie in Deutschland (+ 37%). Quelle: vgl. Fußnote 1.

Tabelle 4–1

**Formelle Pflege im deutsch-skandinavischen Vergleich 2011/13 (letzter verfügbares Jahr)**

	DE	DK	FI	IS	NO	SE
<b>Demografische Strukturdaten</b>						
Bevölkerung 65+: % der Wohnbevölkerung (1.1.13)	20,7	17,8	18,8	12,9	15,7	19,1
Bevölkerung 80+: % der Wohnbevölkerung (1.1.13)	5,4	4,2	5,0	3,6	4,4	5,2
Lebenserwartung (2012)	81,0	80,2	80,7	83,0	81,5	81,8
Lebenserwartung ab 65 Jahren (2012)	19,8	19,0	19,9	20,8	19,8	19,9
Anteil gesunder Lebensjahre an der totalen Lebenserwartung: Frauen im Alter von 65 Jahren (2005 bis 2012 im Durchschnitt)	33,5	67,5	39,4	66,2	60,5	67,7
Anteil gesunder Lebensjahre an der totalen Lebenserwartung: Männer im Alter von 65 Jahren (2005 bis 2012 im Durchschnitt)	39,2	72,6	44,9	72,8	73,8	68,2
<b>Empfänger formeller Pflegeleistungen in % der gleichaltrigen Bevölkerung<sup>1)</sup></b>						
Häuslich/ambulant (ab 65-Jährige; NO 67+)	3,1	15,0	rd.11	20,5	17,0	9,2
Institutionell/stationär (ab 65-Jährige; NO 67+)	4,1	3,9	6,0	7,5	6,8	4,9
Formelle Pflegequote insgesamt	7,2	19,2	17,0	28,0	23,8	14,1
<b>Institutionelle Versorgung (Betten) nach Typ und nach Trägern (in %)<sup>2)</sup></b>						
Öffentlich (DK. Daten von 2013; NO 2012)	6,1	98,6	83,2	über 80	90,4	81,4
Freigemeinnützig	56,9		12,0		5,8	
Privat-gewerblich	37,0	1,3	4,7		3,8	18,6
<b>Öffentliche Ausgaben der Langfristpflege<sup>3)</sup></b>						
Anteil am BIP (in %)	1,0	2,6	2,4	1,7	2,9	3,7
Ausgaben pro EW ab 65 Jahren (bereinigt um die Unterschiede im BIP pro Kopf): 2012 (in Tsd. Euro)	1,3	4,8	4,5	k.A.	6,4	6,4

<sup>1)</sup> Bei Finnland beziehen sich die Angaben zur formellen Pflegequote auf den 30.11.2011 (ohne Langfristpflege in Kliniken). Die Angaben sind in Klammer gesetzt, da hier die Altersgruppen ab 75 Jahren erfasst sind. Bei Schweden beziehen sich die Angaben auf den 1.10.2012 und erfassen nur Leistungen im Bereich des kommunalen Managements. Die Daten für Norwegen betreffen das Jahr 2012 und beziehen sich auf die Altersgruppe 67+.

<sup>2)</sup> Vergleichbare Daten zur Trägerstruktur bei den häuslichen Leistungen sind aus den nordischen Statistiken nicht zu entnehmen. Dies teilweise, weil (so in Schweden) zwischen häuslich und institutionell gar nicht unterschieden wird. Aus den Beschäftigungsstatistiken (Beschäftigte nach Tätigkeit, Beruf, Sektor ...) ergibt sich jedoch, dass über 80 Prozent der in der Pflegebranche Beschäftigten einen öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber haben.

<sup>3)</sup> Angegeben sind die Daten der OECD für 2011. Sie enthalten bei Dänemark und Norwegen einige Ausgabenblöcke nicht. Bei Einbezug erhöht sich der BIP-Anteil im Falle von Norwegen auf rd. 3 Prozent.

Quellen: Demografische Strukturdaten: Eurostat-Datenbank, Datenbestand „Bevölkerung am 1. Januar: Strukturindikatoren [demo\_pjanind]“ mit Update vom 12.03.2014; Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht [demo\_mlsexpec], Update vom 24.03.14 und Gesunde Lebensjahre (ab 2004) [hlth\_hlye] mit Update vom 24.03.14; Daten zur formellen Pflege und der Struktur institutioneller Versorgung siehe die bei Heintze 2012 (Ausgabe 2015 i.E.) mit den dort angegebenen Datenquellen; Öffentliche Ausgaben nach OECD 2013

Leistungen zu organisieren und für die nicht gedeckten Kosten aufzukommen. Die Pflegeversicherung soll die Angehörigenpflege unterstützen, nicht ersetzen. In der Konsequenz ist sie nicht als Vollversicherung angelegt und greift auch erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit. Um Stufe I zu erreichen, muss ein täglicher Mindestbedarf bei Verrichtungen der Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung von 90 Minuten attestiert werden, wobei eine Stunde auf die Grundpflege entfällt. Wer nur ein- oder zweimal in der Woche Unterstützungsbedarf hat, fällt durch das Raster dieses eng auf körperliche Defizite zugeschnittenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.<sup>3</sup> An Wahlrechten freilich mangelt es denjenigen, die als pflegebedürftig eingestuft wurden, nicht. Alternativ zur informellen Pflege durch Angehörige können sie bei einem professionellen Dienstleister ihrer Wahl Leistungen beziehen, beides kombinieren oder sich stationär versorgen lassen. Das Primat gilt jedoch den Angehörigen. In welchem Umfang diese fachlich und menschlich überfordert sind, nimmt das familienbasierte System nur ungern zur Kenntnis, liefert das Festhalten an der quasi Überlegenheit der „Angehörigenpflege“ doch die implizite Begründung dafür, dass die Pflege in Deutschland einen vergleichsweise geringen Professionalisierungsgrad aufweist mit all den Konsequenzen, die dies für die Arbeitsbedingungen (stark polarisiert) und die Bezahlung der im Bereich der Langfristpflege Beschäftigten (hoher Anteil von Niedriglohnbeschäftigung) nach sich zieht.

Im servicebasiert-universalistischen System der nordischen Länder ist die Grundidee eine andere. Es geht um den Einbezug aller Einwohner und Einwohnerinnen unabhängig von ihrer Einkommens- und ihrer Familiensituation. Nicht die Familie ist deshalb der „Hauptpflegedienst“ der Nation, sondern die Organisation, Leistungserbringung und Finanzierung der Langfristpflege ist eine öffentliche, im Zuständigkeitsbereich der Kommunen angesiedelte Aufgabe. Für die Finanzierung gilt als Grundregel: Nursing- und Care-Leistungen werden unabhängig vom Ort ihrer Erbringung (eigene Wohnung, Pflegewohnung, Heim) öffentlich finanziert, Wohn- und Verpflegungskosten allerdings sind aus der Rente zu bestreiten. Reicht diese nicht, übernimmt die Kommune die Differenz und zahlt zudem ein Taschengeld. Zentral ist das Prinzip der institutionellen Solidarität mit dem Staat als Anker. Es tritt an die Stelle subsidiärer Leistungserbringung mit Anker Familie und privaten Vorrangregeln bei professionellen Diensten.<sup>4</sup> Würde man die Leistungsgewährung an einen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit ähnlich hohen Hürden wie in Deutschland binden, ginge der Anspruch, möglichst wenige Menschen mit Unterstützungsbedarf nicht zu erreichen, ins Leere. Daher werden nicht Individuen in ein starres Schema gepresst, sondern schon Unterstützungsbedarfe von wenigen Stunden in der Woche finden Berücksichtigung.<sup>5</sup> Im hohen Prozentsatz älterer Menschen, die professionelle Serviceleistungen erhalten, drückt sich diese Bedarfsorientierung aus. Abgese-

3 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (SGB XI, § 45a), die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, können seit der Pflegereform von 2008 zwar auch Leistungen erhalten. Man spricht von „Pflegestufe 0“. Die gewährten Leistungen sind aber kaum mehr als ein Trostpflaster. Aktuell (2014) beträgt das Pflegegeld mtl. 120 € und die Pflegesachleistung mtl. 225 €.

4 Privat, auch privat-gewinnorientiert, kommt in Deutschland vor öffentlich (SGB XI, § 11 II).

5 Nur in Finnland existieren Pflegestufen. Die Pflegestufe 1 greift hier aber bereits bei einem Unterstützungsbedarf von einmal in der Woche.

hen von Island und Norwegen ist der Anteil während der zurückliegenden Dekade allerdings deutlich gesunken. Gleichwohl verbleibt ein beachtlicher Unterschied. Lebenserwartung und Gesundheitszustand der Älteren liefern dafür keine Begründung. Im Gegenteil: Bei vergleichbarer Lebenserwartung liegt der Anteil multimorbider Lebensjahre an der Restlebenszeit derjenigen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, viel niedriger als in Deutschland (vgl. Tabelle 4–1).

#### 4.1.2 Systemarchitektur und Steuerung entscheiden über den Outcome

Die Architektur des Systems ist von erheblicher Relevanz für die Frage, inwieweit politisch gesetzte Qualitäts- und Outcomeziele erreicht werden können oder nicht. In Deutschland bricht sich der Anspruch, Langfristpflege am individuellen Bedarf auszurichten,<sup>6</sup> schon daran, dass die Leistungsgewährung all diejenigen ausgrenzt, die keinen täglichen oder einen nur im Bereich der sozialen Betreuung und Alltagsunterstützung angesiedelten Bedarf haben. Der Anspruch, die Priorität bei Prävention und Rehabilitation zu setzen (SGB XI, § 5), geht gar völlig ins Leere, weil das Pflegeversicherungsrecht für präventive Maßnahmen keine Instrumente vorsieht, kein Budget und kein Personal. In den nordischen Ländern ist umgekehrt Prävention instrumentell unterlegt und der Ressourceneinsatz bewegt sich in ganz anderen Dimensionen als das, was in Deutschland außerhalb des Regelungsbereiches der Pflegeversicherung von anderen öffentlichen Kostenträgern eingesetzt wird.<sup>7</sup> Gewiss ist denkbar, dass im Wege der Umstellung des Begutachtungsverfahrens auf einen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs der individuelle Bedarf ein stärkeres Gewicht erhält und es ließen sich auch Wege finden, Prävention im System zu einer eigenständigen Leistungskategorie zu machen. Dass es zu entsprechend neuen Weichenstellungen bislang nicht gekommen ist, hat jedoch seine „guten“ Gründe. Mit der qualitätsgesicherten Ausrichtung der Leistungen am persönlichen Bedarf und der systematischen Priorisierung von Prävention stünde die gesamte Systemarchitektur einschließlich des Steuerungsregimes zur Disposition. Die Steuerung nämlich ist konträr zu den nordischen Ländern gerade nicht outcome-, sondern inputorientiert. Durch Fiskalisierung wird ein permanenter Kostendruck erzeugt, der darauf hinwirkt, dass eine stark wachsende Fallzahl pflegebedürftiger Menschen Versorgung erfährt, ohne dass die öffentlichen Finanzierungsmittel entsprechend mitwachsen. Die Ausrichtung des Systems an der Geringhaltung öffentlicher Aus-

6 Die Deutsche Pflegecharta von 2005 formuliert den Anspruch in Artikel 4 wie folgt: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.“ Ähnlich gelagerte Formulierungen finden sich im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI, § 2ff.) und im skandinavischen Raum analog in den Gesetzen über Soziale Dienste wie auch in Spezialgesetzen (Island: Act on the Affairs of the Elderly, No. 125/1999 i. d. F. von Act No. 153/2010). Angaben zu den Rechtsquellen finden sich bei Heintze 2012 (2015 i. E.).

7 In Dänemark etwa sind präventive Hausbesuche eine kommunale Pflichtaufgabe und für den Leistungsbereich „Preventive Measures for the elderly and the handicapped“ setzten die Kommunen stark wachsende Mittel ein. Auf Einwohner umgerechnet stiegen die Ausgaben von 57 € (2007) auf 124 € (2012). Quelle: Statistics Denmark, Datenbestand mit Code REGK31 (Rechnungsergebnisse der Gemeinden).

gaben auch um den Preis wachsender Kostenprivatisierung müsste aufgegeben werden, wenn die Pflege wirklich die Aufwertung erfahren sollte, die in Schaufensterreden gerne beschworen wird. Damit allein wäre es aber nicht getan. Würde die öffentliche Finanzierungsverantwortung nennenswert gestärkt, entstünde zwar Spielraum für Verbesserungen im System, was gleichermaßen den Beschäftigten wie den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zugute kommen könnte, das Steuerungsproblem freilich bliebe ebenso ungelöst wie das mit dem Prinzip der familienbasierten Subsidiarität verbundene Strukturproblem.<sup>8</sup>

Das deutsche System der Langfristpflege ist in Einzelsektoren ohne übergreifende Struktur- und Prozesssteuerung unterteilt mit Finanzierungsquellen, die nicht ineinandergreifen, sondern konträren Logiken folgen. An den Grenzen der je auf sich bezogenen Teilsysteme treten Schnittstellenprobleme auf, die die Organisation integrierter Versorgungsketten erheblich erschweren bis möglich machen. Die Zerstückelung von Verantwortlichkeiten als Kehrseite des idealisierten Prinzips gesellschaftlicher Subsidiarität bedingt, dass für den Outcome niemand wirklich verantwortlich ist. Damit aber fehlt es den gesetzlich normierten Qualitäts- und Teilhabezielen an Verbindlichkeit. Die Politik appelliert quasi nur an die untereinander im Wettbewerb um geringste Kosten stehenden Akteure, auf freiwilliger Basis doch bitte so zu kooperieren, dass integrierte Leistungen hoher Qualität entstehen und dem Bedarf der Hilfebedürftigen entsprochen wird. Dass dies, wenn die materiellen Anreize in eine andere Richtung gehen, nur im Einzelfall, nicht aber in der Breite funktionieren kann, wird ausgeblendet. Der Best-Practice-Einzelfall dient der Beschwichtigung nach dem Motto: Seht her, es geht doch. In den nordischen Ländern ist umgekehrt das Gelingen in der Breite das Maß und der Staat die dafür verantwortliche Instanz. Die von der Zentralregierung erlassenen Gesetze beinhalten einen eher groben Rahmen und eine vergleichsweise geringe Regulierungsdichte. Es sind die Kommunen, die die Infrastrukturverantwortung tragen, den Prozess steuern und für die Ergebnisse, die auf der nationalen Ebene in Registern erfasst werden, verantwortlich sind.

Ambivalent, weil mit einer Schwächung der Steuerungsfunktion von Gemeinden verbunden, erweist sich die Öffnung des Versorgungsmarktes für renditeorientierte Dienstleister. Vorreiter bei der Vermarktlichung der Altenhilfe war Schweden, wo bereits 1992 eine Marktöffnung in Richtung auch gewinnorientierter Akteure erfolgte; die Einführung von Wahlrechten geschah zeitversetzt. Dänemark folgte zehn Jahre später mit einer Koppelung der Marktöffnung an die Etablierung von Wahlrechten. Zwar erbringen – dies gilt für alle nordischen Länder – die Gemeinden den weitaus größten Teil der Leistungen immer noch in Eigenregie. Im Besonderen in Schweden führte das Outsourcing von Leistungen jedoch dazu, dass international agierende Investoren den Altenhilfemarkt gerade wegen der guten öffentlichen Refinanzierung als lukrative Gewinnquelle für sich entdeckt haben. Gut ein Fünftel der Versorgung ist inzwischen (Stand 2012) sowohl bei den häuslichen Diensten wie im institutionellen Bereich privatisiert. Bei „Residential Care“ in oligopolartigen Struk-

<sup>8</sup> Ein Blick auf das Gesundheitssystem ist diesbezüglich erhellend. Die deutschen Gesundheitsausgaben sind gemessen an der Wirtschaftskraft höher als in den nordischen Ländern, die Ergebnisse aber nicht besser (vgl. OECD Health Data, Ausgabe 2013). Die Selbstverwaltungsstrukturen und eine nicht auf Qualität gerichtete Steuerung bewirken, dass Unter-, Über- und Fehlversorgung nebeneinander existieren.

turen, bei häuslichen Diensten kleingewerblich. Mit der Etablierung von Marktinstrumenten tritt bei einem immer noch vergleichsweise geringen, aber wachsenden Segment die indirekte Steuerung über Versorgungsverträge an die Stelle der direkten Steuerung. Was in Deutschland durchgängige Praxis ist, breitet sich so auch im nordischen Altenhilfesystem aus. Dies geschieht aber begrenzt, ist politisch umstritten und in einen anderen wohlfahrtsstaatlichen Kontext eingebettet. Vorliegende Studien stützen die These, dass die Vermarktlichung der öffentlichen Versorgung ihren Preis hat. Er besteht in einer Zunahme der sozialen Segregation, einer wachsender Polarisierung bei der Einhaltung von Qualitätsstandards und gewissen Verschlechterungen bei den Arbeitsbedingungen (siehe unten und für Details die Beiträge in Meagher und Szebehely 2013). Allerdings sind diese Schattenseiten zunehmend ins öffentliche Bewusstsein geraten und waren in Schweden mit ein Grund für die Niederlage der Mitte-Rechts-Regierung bei den Parlaments- und Kommunalwahlen vom September 2014. Zur Agenda der Anfang Oktober 2014 gebildeten rot-grünen Minderheitsregierung mit dem Sozialdemokraten Stefan Löfven als Ministerpräsident gehört deshalb die Stärkung der öffentlichen Regulierung.

## 4.2 Vom klassischen Heim zur Vielfalt von Wohn- und Versorgungsformen jenseits bisheriger Häuslichkeit – Blick auf Strukturentwicklungen und die Ergebnisse von Marktöffnungen

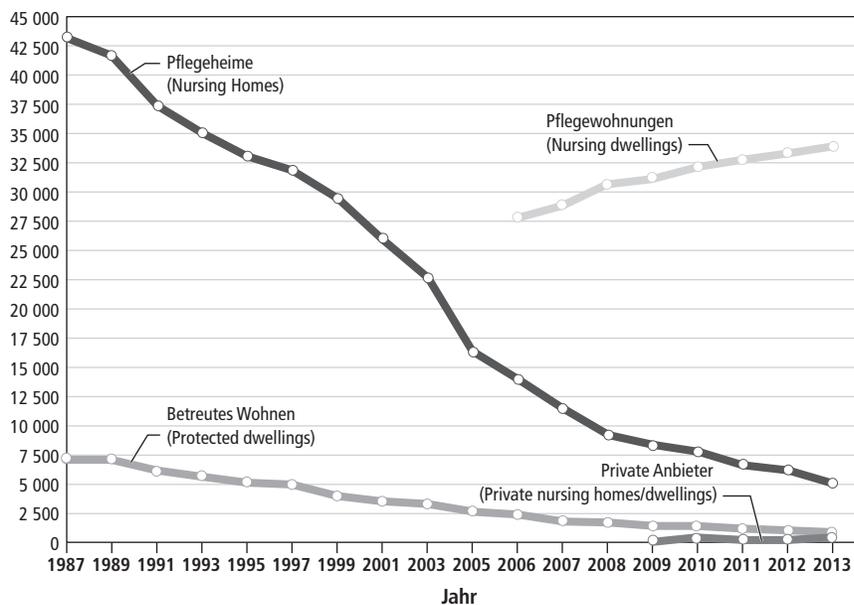
### 4.2.1 Einebnung der Trennung von häuslich und institutionell

Am weitesten hat Dänemark die klassische Form der institutionellen Pflege in Heimen zurückgedrängt zugunsten einer flächendeckenden Infrastruktur der häuslichen Betreuung mit Einschluss präventiver Maßnahmen. Dem Wunsch einer breiten Mehrheit, auch einer Mehrheit unter den hochaltrigen Menschen auf Versorgung in der vertrauten Umgebung wird so Rechnung getragen. Schon Mitte der 80er Jahre wurden die Weichen entsprechend gestellt und sukzessive der Sonderwohnbereich in Richtung einer Annäherung an den häuslichen Bereich umgebaut. Die Neustrukturierung beinhaltete den Ausbau von altengerechten Wohnungen und von Pflegewohnungen zulasten sowohl traditioneller Heimplätze (nursing homes) wie auch der Angebote betreuten Wohnens (protected dwellings). Bis 2013 ging die Bewohnerzahl in traditionellen kommunalen Heimen von fast 50.000 Mitte der 80er Jahre auf nur noch 5.126 zurück, während parallel dazu die Bewohnerzahl in Pflegewohnungen für Ältere stetig stieg und 2013 33,9 Tsd. Personen erreichte. An Bedeutung zunächst gewonnen, dann wieder eingebüßt haben seniorengerechte Allgemeinwohnungen. 2008 zählten sie 32,5 Tsd. Bewohner, 2013 nur noch 27 Tsd.<sup>9</sup> Abbildung 4–1 zeigt für den Bereich der pflegerischen Wohnformen im engeren Sinne die Entwicklung seit 1987.

<sup>9</sup> Quelle: Statistics Denmark, Datenbestand „Clients in nursing dwellings and dwellings for the elderly by region, age, type of measure and time“ (Code: RES10).

Abbildung 4–1

### Ältere ab 65 Jahren in institutioneller Pflegeversorgung: Wohntypen in kommunaler Trägerschaft und Privatanbieter 1987–2013



Quelle: Statistics Denmark

Pflege-Report 2015

WIdO

#### Erläuterung:

Die zugrunde liegende Zeitreihe weist Brüche auf. Ein Bruch resultiert aus der Kommunalreform von 2007 mit dann geänderten Erhebungskonzepten. Die Kategorie der Pflegewohnung wird als besondere Wohnform erst seit 2006 separat erfasst. Davor war sie in den hier aufgrund einer wenig validen Datenlage nicht abgebildeten Kategorien „Dwellings for elderly persons“ und „Other Dwellings for elderly persons“ mit enthalten.

Mit den Strukturänderungen reduzierten sich die Anteile Älterer, die institutionell betreut werden, über alle Jahrgänge hinweg, und zwar bei den ab 65-Jährigen von 5,1 Prozent (2007) auf 4 Prozent (2013) und bei den ab 80-Jährigen von 14,1 Prozent (2007) auf 12,9 Prozent (2013).<sup>10</sup> Die Entwicklung weist in den anderen Ländern eine ähnliche Tendenz auf, ohne jedoch synchron zu verlaufen. Schweden kommt Dänemark am nächsten. Am 01.10.2009 lebten dort 100 276 Pflegebedürftige im Alter von 65+ in sogenannten Spezialwohnformen; der Anteil an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung betrug 6,1 Prozent; zum 01.10.2012 hat sich die Anzahl auf 86 781 Personen und der Anteil an der gleichaltrigen Wohnbevölkerung auf

<sup>10</sup> Ohne altengerechte, aber nicht speziell auf Pflege ausgerichtete Wohnungen. Bei Einbezug der Kategorie altengerechter Wohnungen sank der Anteil von 9 Prozent 2007 auf 6,7 Prozent im Jahr 2013.

noch 4,9 Prozent reduziert. Im Tempo etwas gemächlicher und in der Strukturänderung leicht verschieden vollzog sich der Rückgang in Island und Norwegen. Bei Berücksichtigung auch der sonstigen Altenwohnungen lagen die Anteile Älterer, die 2010 außerhalb ihrer angestammten Häuslichkeit wohnten, nicht weit auseinander (DK: 7,7; IS: 8,1; NO: 10,3).<sup>11</sup> Dabei jedoch stieg in Norwegen gegen den sonstigen Trend die Bedeutung von Pflegeheimen. Die hier vorgehaltenen Plätze wurden von 20227 (1990) auf 38496 (2010) erhöht; ihr Anteil an allen Plätzen institutioneller Pflegeversorgung (ohne die sonstigen Wohnungen für Ältere) verdoppelte sich (1990: 44,3 %; 2011: 93,3 %). Dieser Verdoppelung steht bei den Seniorenheimen mit integrierter Langzeitpflege eine Dezimierung auf weniger als 2.000 Plätze (–91 %) gegenüber; Intensivpflegewohnungen mit 24-Stunden-Service sind statistisch verschwunden, weil praktisch in Heime integriert und bei der Heimnutzung erfolgte eine Verschiebung in Richtung der Kurzzeitpflege.<sup>12</sup> Finnland liegt in der Mitte zwischen einerseits Dänemark und Schweden und andererseits Island und Norwegen. Nach jahrelanger Konstanz ging der institutionelle Betreuungsanteil erst in den letzten Jahren deutlich auf leicht unter 6 Prozent Ende 2011 zurück. Konträr zu Norwegen schrumpfte dabei die Bedeutung von Heimen in dem Maße, wie die Leistungskategorie des Betreuten Wohnens mit Intensivpflege ihren Anteil mehr als verdoppeln konnte. 3 Prozent der ab 65-Jährigen werden nun in Wohnformen der Intensivpflege und 1,5 Prozent in Heimen versorgt; die restliche Versorgung wird u. a. von Gesundheitszentren wahrgenommen.<sup>13</sup>

Übergreifend ist ein Trend weg vom klassischen Heim hin zu betreuten Wohnformen und zu Heimen mit integrierten Pflegewohnungen (Norwegen) auszumachen. Er fügt sich ein in ein Muster aus drei Grundentwicklungen.

1. Ausbau **der häuslichen Versorgung zulasten der Langzeitversorgung in Heimen**. Die Unterstützung mit häuslichen Diensten hat Vorrang vor der institutionellen Pflege. Realisiert wird die Vorrangregelung durch das Ineinandergreifen von Leistungen der Pflege im engeren Sinne mit Leistungen der Betreuung und Haushaltshilfe bis hin zu Assistenzdiensten.<sup>14</sup>

11 Ein Vergleich mit Island ist nur auf dieser Basis möglich, da die isländische Statistik nicht zwischen Alten- und Pflegeheimen unterscheidet. Bei Norwegen Anteil der institutionell in Heimen und Pflegewohnungen versorgten Wohnbevölkerung ab 67 Jahren (Quelle: Statistics Norway, Tabellen Nr. 4469 und 6969).

12 Von 2009 bis 2012 ging die Zahl dauerhafter Heimbewohner um 2,3 Prozent zurück und die Kurznutzerzahl stieg um 3,1 Prozent. Quellen: Statistics Norway (Pflegerregister) und Statistical Yearbook of Norway 2013, Table 137, S. 146.

13 In absoluten Zahlen gab es zum Stichtag 31.12.2012 in den beiden Hauptausprägungsformen der institutionellen Pflege 45 844 Bewohner, darunter 13 587 in Pflegeheimen (Quelle: THL 2014).

14 Bei der Umsetzung wird primär auf die gute Zugänglichkeit der häuslichen Dienste gesetzt, nicht jedoch auf Hürden für die institutionelle Pflege. In Dänemark sorgt dafür schon die freie Wahl der Wohnform im Zusammenwirken mit garantierten Wartezeiten. Seit dem 01.01.2009 sind die Gemeinden verpflichtet, bei der Platzvergabe eine Wartezeit von maximal zwei Monaten einzuhalten. Nur wenige Gemeinden (2012: Fredensborg, Lyngby-Taarbæk und Odder) liegen darüber; die durchschnittliche Wartezeit beträgt rd. drei Wochen (Daten mit Code AED15; eigene Auswertung). Finnland allerdings hat Hürden errichtet. Das „Gesetz über Care-Dienste für Ältere“ von 2013 verpflichtet Gemeinden nämlich, Heimunterbringungen nur noch dort vorzusehen, wo es medizinisch indiziert ist.

2. **Ausbau von Maßnahmen der Aktivierung und Prävention anstelle rein passiver Versorgung.** Die Kommunen haben ihre Ausgaben für präventive und aktivierende Maßnahmen in den letzten Jahren enorm gesteigert. Schon 2007 beliefen sich beispielsweise die Ausgaben der dänischen Gemeinden für „Preventive effort for the elderly and handicapped“ je Einwohner auf umgerechnet rd. 57 €; 2012 waren es 124 €. Für „Activation of elderly and disabled“ setzen die norwegischen Gemeinden ähnliche Beträge ein.<sup>15</sup> Über eine breite Palette gesundheitsfördernder Maßnahmen einschließlich der Gewährung von Diensten, die der Unfallvermeidung dienen (z. B. Hilfe beim Fensterputzen), wird versucht, den Eintritt und das Voranschreiten von Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben.
3. **Diversifizierung der institutionellen Versorgung mit Ausbau spezieller Versorgungswege für Menschen mit kognitiven Störungen.** Die Diversifizierung verläuft unterschiedlich, auch mit Konsequenzen für die Zuordnung neuer Wohnformen zum häuslichen oder institutionellen Bereich. Die Zuordnung erfolgt nicht einheitlich. In Dänemark wird zwischen „Care in own home“ und „Care in nursing homes and nursing dwellings“ unterschieden. Analoges gilt für Island und Schweden. In Norwegen andererseits wird zwischen häuslich und institutionell unterschieden und in Finnland uneinheitlich. Ältere, die in betreuten Wohnanlagen intensive Pflege (24-Std.-Service) erfahren, werden statistisch dem institutionellen Bereich zugewiesen, rechtlich aber so behandelt, als würden sie in der eigenen Wohnung gepflegt.

#### 4.2.2 Verbreitungsgrad und Wirkung der Nutzung von Marktinstrumenten

Die oben angesprochene Einführung von Marktinstrumenten kreuzt sich mit diesen Entwicklungen. Die Wettbewerbslogik, die dadurch in das skandinavische Altenhilfesystem eingeführt wurde, ebnet den Weg für Privatisierungen, erzwingt sie aber nicht. Das norwegische Beispiel ist hier aufschlussreich. Dem Druck, Leistungen unter der Überschrift „New Public Management“ nicht mehr selbst zu erbringen, sondern auszuschreiben, haben die allermeisten Gemeinden bislang nicht nachgegeben. Gleichermäßen bei häuslichen wie bei institutionellen Leistungen ist die Zahl der Gemeinden, die wettbewerbliche Ausschreibungsverfahren nutzen, dem allgemeinen Trend folgend zwar gestiegen. Ihr Anteil an allen Gemeinden erreichte 2012 in beiden Bereichen jedoch nur je 7 Prozent (Vabo et al. 2013: Tab. 1, S. 174). Ganz anders die Entwicklung bei Instrumenten, die der Verbesserung und Weiterentwicklung des eigenen Angebotes dienen. Benchmarking etwa kam 2012 in 60 Prozent der insgesamt 430 norwegischen Gemeinden zum Einsatz; 2004 waren es erst 22 Prozent. Das strategische Kalkül liegt auf der Hand: Neue Steuerungsinstru-

<sup>15</sup> Nach Steigerungen um insgesamt 26 Prozent im Zeitraum 2008–2012 beliefen sich die Ausgaben pro Einwohner 2012 auf umgerechnet 122 €. Datenquelle: Statistics Norway, Table 05065 („Gross operating expenditure municipal health and care“). Datenquelle für Dänemark: Rechnungsergebnisse der Gemeinden, Datenbestand mit Code REGK31 (eigene Auswertung mit Umrechnungskurs vom 10.06.2011).

mente können, statt der Vorbereitung von Leistungsprivatisierungen zu dienen, auch zu deren Abwehr eingesetzt werden.

Instrumente der Vermarktlichung, die auf weniger Leistungs- und mehr Gewährleistungsstaat zielen, angefangen beim Einsatz von Gutscheinen über die Vergabe von Einzelleistungen bis hin zur Vergabe größerer Leistungspakete an auch gewinnorientierte Anbieter haben in Schweden und Finnland den größten Verbreitungsgrad. Dies entspricht der dortigen Gesetzgebung, die den Privatisierungsanhängern Rückenwind gibt. In Norwegen ist die Leistungsprivatisierung auf Oslo und Einzelgemeinden beschränkt. Eine mittlere Position nimmt Dänemark ein. Im häuslichen Bereich konnten Privatanbieter bei Diensten der praktischen Haushaltsunterstützung gut Fuß fassen, weniger dagegen bei Personal-Care-Diensten. Im institutionellen Bereich, wo das Recht auf Wahl eines Privatanbieters nicht gilt, erreichten sie dagegen noch 2013 nur einen Anteil an der Versorgung der ab 65-Jährigen von weniger als 1,5 Prozent. Die regionalen Unterschiede sind beträchtlich, wobei Einiges dafür spricht, dass politisch rechtsgeneigte Gemeinden früher und umfassender Instrumente der Vermarktlichung nutzen als linksgeneigte Gemeinden.<sup>16</sup> Verglichen mit Deutschland, wo nur die Steuerung und Kontrolle öffentlich ist, die Leistungserbringung jedoch zu weit über 90 Prozent in privaten, zunehmend privat-gewerblichen Händen liegt (siehe Tabelle 4–1), bewegt sich der Privatisierungsgrad auf einem sehr geringen Niveau. Belastbare Befunde zu den Ergebnissen gibt es im Landesmaßstab nur für Schweden, wo auf 20 Jahre Erfahrung zurückgeblickt werden kann. Für die anderen Länder liegen beschränkte Erkenntnisse aus Fallstudien und meist nur für einzelne Regionen vor. Der Forschungsstand, der bei Meagher et al. 2013 zum Bereich der institutionellen Pflege ausgeführt wird, kann wie folgt zusammengefasst werden:

1. Kostenersparnisse sind entweder nicht nachweisbar (Finnland) oder beschränken sich auf die ersten Jahre (Dänemark, Schweden). Lediglich in Oslo konnten Einsparungen realisiert werden, denen aber erhöhte Transaktions- und Steuerungskosten gegenüber stehen.
2. Qualitätsindikatoren liefern keine eindeutigen Ergebnisse. Teilweise sind Unterschiede kaum auszumachen; teilweise differieren sie je nach Indikatortyp. Letzteres gilt für Schweden. Kommunale und Non-Profit-Träger schneiden 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).
3. Zu Differenzen bei den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen wie auch der betrieblichen Alterssicherung ist die Studienlage dürftig. Fallstudien aus Norwegen deuten auf Verschlechterungen hin.
4. Von Einbußen bei der demokratischen Kontrolle und verminderten Möglichkeiten der direkten Einflussnahme auf die Ergebnisse wird berichtet.

<sup>16</sup> Vabo et al. 2013 berichten von Studien, wonach in Gemeinden mit konservativer Stadtspitze die Ausschreibung von Leistungen mehr als doppelt so häufig praktiziert wird wie in Gemeinden mit sozialdemokratischer Führung (S. 174).

### 4.3 Auf dem Weg zur demenzgerechten Pflege: kleine Wohngruppen, strukturierte Tagesprogramme, breitere Fachlichkeit

Für die weitere Entwicklung der nordischen Pflegesysteme wird mit entscheidend sein, wie die Versorgung der wachsenden Zahl an Demenzkranken organisiert wird und ob es gelingt, Ausbruch und Voranschreiten der Erkrankung in relevantem Umfang zu verzögern. Die Inzidenz für den Eintritt einer demenzieller Erkrankung steigt mit wachsendem Alter. Die Betroffenen leiden unter fortschreitendem Gedächtnisverlust, Einbußen bei der kognitiven Leistungsfähigkeit des Gehirns und einer verminderten Fähigkeit zur Gefühlskontrolle. Es wird mit einem starken Anstieg der Fallzahlen gerechnet, in Deutschland von heute rd. 1,4 auf etwa 2,2 Mio. (2030), in Dänemark von rd. 78 Tsd. (2009) auf 178 Tsd. (2040), in Finnland von rd. 95 Tsd. (2010) auf 130 Tsd. (2020) und in Norwegen von 69 Tsd. (2010) auf 133 Tsd. (2040).<sup>17</sup> Dabei kommt zum Tragen, dass die Zahl hochaltriger Menschen wächst. Diese aber leiden weit häufiger an dementiellen Störungen als jüngere Alte. Zwangsläufigkeiten zu unterstellen, ginge gleichwohl fehl. Neuere Studien liefern Hinweise darauf, dass die Prävalenz in der Vergangenheit gesunken ist<sup>18</sup> und zukünftig in dem Maße weiter abgesenkt werden kann, wie es gelingt, die krankmachenden Risikofaktoren<sup>19</sup> zurückzudrängen. Angesprochen sind die allgemeinen Lebensumstände, die Gestaltung der Arbeitswelt und Fragen der gesundheitlichen Primär-Prävention. Die Versorgungsgestaltung im Alter folgt als weitere Säule. Es geht hier um die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, die geeignet sind, dem raschen Voranschreiten der Erkrankung entgegenzuwirken, die Gesellschaft auf ein Zusammenleben mit Demenzkranken einzustellen und den Betroffenen ein würdevolles Leben zu ermöglichen.

Demenz gehört zu den teuersten Krankheitsgruppen. Im familienbasierten deutschen System sind es die Familien selbst, die den überwiegenden Teil der pflegerischen Kosten tragen (u. a. RKI 2005: S. 23). Viele sind damit überfordert. Zunehmend wird deshalb bei der häuslichen Pflege ein Ventil in Richtung grauer Pflegemärkte gesucht und bei der Heimunterbringung gewinnt an Bedeutung, wofür die Bezeichnung „Oma-Export“ in Umlauf ist: die Verbringung in osteuropäische oder südostasiatische Heime, die mit niedrigeren Preisen bei gleichzeitig

17 Daten nach offiziellen Angaben (Nationale Demenzpläne) resp. des BGM in Deutschland (Online-Eintrag mit Stand 08.05.2014).

18 Prof. Christensen und Kollegen vom Dänischen Institut für Altersforschung in Odense verglichen zwei Kohorten von Dänen der Jahrgänge 1905 und 1915 im ungefähr gleichen Lebensalter von 93 (n=2262) resp. 95 (n=1584) Jahren. Ergebnis. Obwohl sie zwei Jahre älter waren, betrug bei den im Jahr 1915 Geborenen der Anteil dementiell Erkrankter nur 17 Prozent, bei den 1905 Geborenen dagegen 22 Prozent (Christensen et al. 2013). Am Karolinska Institut (Stockholm) wurde über 20 Jahre der gesundheitliche Werdegang von Menschen ab 75 Jahren untersucht und gleichfalls eine rückläufige Häufigkeit des Eintritts von Demenz festgestellt (Qiu et al. 2013).

19 Als relevant gelten: Bluthochdruck, Diabetes, Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen, unzureichende geistige Aktivität und belastender Dauerstress. Zu all diesen Faktoren liegen Studien vor. Eine schwedische Langzeitstudie mit 800 Frauen mittleren Alters ergab z. B., dass das Demenzrisiko bei Dauerstress um 20 Prozent erhöht ist (zit. nach Ärzteblatt vom 7. Oktober 2013, S. 3410).

besserer Personalausstattung locken. Anders als in Deutschland ist es in den nordischen Ländern Konsens, dass die Kosten für die Langfristpflege und soziale Betreuung ganz überwiegend öffentlich zu finanzieren sind, bei gleichzeitiger Sicherung hoher Servicequalität. Da bei der Versorgung im häuslichen Bereich nur rd. halb so hohe Kosten anfallen wie bei Intensivpflege im Heim oder in Pflegewohnungen,<sup>20</sup> besteht die Herausforderung darin, die Hirngesundheit so zu fördern, dass ein wachsender Anteil Hochaltriger in der häuslichen Versorgung gehalten werden kann. Dem sind freilich abhängig vom Schweregrad der Erkrankung Grenzen gesetzt. Menschen mit schwerer Demenz benötigen eine Rundum-Betreuung. Sie in der eigenen Häuslichkeit zu organisieren, ist auf professioneller Basis kaum finanzierbar. Sinnvoll sind Lösungsansätze, die entlang integrierter Versorgungsketten zu einer Verzahnung von häuslicher und institutioneller Versorgung führen und diese zugleich umbauen in Richtung aktivierender Pflege mit Stärkung des Präventionsgedankens. Wie genau dies bewerkstelligt werden kann, welche Konzepte tragfähig sind und wie die Implementation zu erfolgen hat, ist erst in Umrissen erkennbar. Immerhin, Demenz ist auf der politischen Tagesordnung. Während in Deutschland zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrages kein einziges Bundesland einen Demenzplan vorweisen kann, werden im Norden Demenzpläne bereits seit Mitte der Nullerjahre entwickelt. Die Bestandsaufnahme, die der Strategieentwicklung vorausging, lieferte medizinisch wie pflegerisch ernüchternde Befunde. In Norwegen z. B. wird zwar rund die Hälfte der Betroffenen institutionell versorgt, womit vier von fünf Heimbewohnern eine Demenz-Störung aufweisen, die Masse der Einrichtungen ist gleichwohl darauf nicht eingestellt, weder baulich noch konzeptionell. Beim Personal fehlt es – Gleiches gilt für Dänemark – an fachlicher Breite und adäquater Schulung. Kaum erstaunlich ist, dass wissenschaftliche Handlungsempfehlungen nur in einer Minderheit der Heime und Tagespflegezentren zum Einsatz kommen. Nun geraten auch die häufigen Leistungsausschreibungen, wie sie in Schweden und Finnland als Folge von Vermarktlichung Praxis wurden, zum Problem; sie kollidieren mit der Notwendigkeit, für Demenzkranke ein stabiles Umfeld zu schaffen.<sup>21</sup>

Die politisch beschlossenen Strategien<sup>22</sup> sind überwiegend noch wenig konkret. So hat Finnland Grundlagen einer Gesellschaft formuliert, die das Attribut „memory-friendly“ verdient und Leitlinien für die Behandlung und Pflege Demenzkranker vorgelegt; ein die Langfristpflege betreffender Handlungsplan mit Bereitstellung auch von Finanzmitteln steht nach vorliegendem Kenntnisstand aber noch aus. In Schweden legte der Swedish National Board of Health and Welfare 2010 Leitlinien für die Pflege Demenzkranker vor und 2012 wurden Indikatoren für die Bewertung

20 In Finnland z. B. fielen 2010 im Bereich betreuten Wohnens mit Intensivpflege monatsdurchschnittlich pro Bewohner gut 3 800 € an verglichen mit rd. 1 585 € bei häuslicher Versorgung. Von den öffentlichen Gesamtausgaben der Langfristpflege entfallen in der Folge rd. 70 Prozent auf den institutionellen Bereich (2011: 2,7 Mrd. €). Ministry of Social Affairs and Health (2013b, S. 37; Tab. 1).

21 Zur Problembenennung siehe für Finland: Ministry of Social Affairs and Health 2013a (14).

22 Zu Finnland und Norwegen sind Primärquellen auf English verfügbar. Informationen zur Plan-Entwicklung in Dänemark und Schweden wurden vorrangig der Webseite der Europäischen Alzheimer Gesellschaft entnommen. Dort finden sich neben Länderübersichten Pressemitteilungen zu aktuellen Entwicklungen und Stellungnahmen der Nationalen Alzheimergesellschaften Quelle: <http://www.alzheimer-europe.org/> (22.07.2014).

der Pflege in speziellen Demenz-Wohngruppen verabschiedet. Bislang jedoch fehlt es an der nötigen Datenbasis, um die Indikatoren zum Einsatz zu bringen. Gemeinsam ist den Strategien, dass Nationale Standards für Diagnose, Behandlung und Pflege zusammen mit registerbasierten Datengrundlagen entwickelt werden sollen. Ein starkes Gewicht wird auf psychosoziale Interventionen gesetzt. Es geht nicht um Ruhigstellung – weder medikamentös noch durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen –,<sup>23</sup> sondern darum, das alternde Gehirn „with a greater emphasis on keeping patients busy“ (Norwegian Dementia Plan 2015, S. 20) so auf Trab zu bringen, dass die noch verfügbaren Ressourcen aktiviert, trainiert und vor weiterem Abbau geschützt werden. Statt große geschlossene Versorgungskomplexe anzupeilen, basiert die Konzipierung von Einrichtungen auf dem Prinzip der Minimierung von Unübersichtlichkeit; kleine Wohngruppen sollen den von innerer Unruhe getriebenen Kranken Halt bieten. Dieser Grundlinie folgend testen aktuell in Dänemark drei Gemeinden neue geriatrische Modelle. Von etwas über 4 Mio. €, die die Regierung für die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie (2011–2014) bereitgestellt hat, gehen zwei Drittel in derartige Ansätze (Nissen 2013, S. 19).

Innerskandinavisch kommt Norwegen eine Vorreiterrolle zu. Angelegt als Teil des Nationalen Care-Planes 2015, wurde der Demenz-Plan „*Making the most of the good days*“ 2007 veröffentlicht und 2011 überarbeitet. Dänemark und Schweden folgten 2010, Finnland 2012. Auf den norwegischen Plan möchte ich näher eingehen. Er basiert auf einer Strategie, deren Grundprinzipien der universalistisch auf Inklusion ausgerichteten skandinavischen Wohlfahrtsphilosophie folgen. Oberziel ist die Schaffung integrierter Pflegeketten mit ganzheitlichem Blick auf die Person. Motto: „*Proper Dementia Care is proper Care for everyone*“ (Gute Pflege der Demenzkranken bedeutet gute Pflege für alle; S. 9). Demenzkranke sollen nicht abgeschoben, sondern mit sinnvoll ausgefülltem Tagesprogramm ins Gemeinschaftsleben integriert werden. Die Gesellschaft soll umgekehrt lernen, den Verwirrten mit Offenheit und Verständnis zu begegnen. Der Plan beinhaltet folgende fünf Hauptstrategien, die jeweils mit einem Vier-Jahres-Aktionsplan unterlegt sind (S. 14ff.): (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.

Zur *ersten Hauptstrategie* gehört die Einrichtung von fünf regionalen Forschungszentren, was zwischenzeitlich erfolgt ist. Ein besonderes Schlaglicht legt die Forschung auf psychosoziale Rahmenbedingungen, Kommunikation und personale Interaktionen. Milieubasierte Therapien werden seit 2008 entwickelt, um dann in die gemeindlichen Planungsprozesse eingebracht zu werden. Die *zweite Hauptstrategie* ist für den institutionellen Bereich zentral. Der zugehörige Aktionsplan setzt sich aus zwei Bausteinen zusammen. Zum einen geht es um die bauliche Um-

23 Wenn – wie vielfach in Deutschland aufgrund einer zu knappen Personaldecke praktiziert – verwirrte Heimbewohner fixiert werden aus der Absicht heraus, sie damit vor Schaden zu bewahren, so entsteht schnell ein Teufelskreis. Fixierung zieht Widerstand gegen die Fixierung nach sich. Gebrochen wird der Widerstand mit sedierenden Medikamenten, die dann jedoch ähnlich wirken dürften wie erzwungene Passivität im Falle von altersbedingtem Muskelschwund: Der Verfall des Gehirns wird beschleunigt statt abgebremst.

setzung des Mottos „*Small is beautiful*“. In kompakten Baueinheiten mit Zugang ins Freie sollen Wohngruppen aus je vier bis acht Personen gebildet werden, die dort von einem festen Personalstamm betreut werden. Mit Förderung durch „The Norwegian State Housing Bank“ ist geplant, bis 2020 in bestehenden Heimen 20 000 Plätze demenzgerecht umzubauen und 4 000 Plätze neu zu schaffen (S. 10ff.). Der zweite Baustein betrifft die Ausweitung personeller Kapazitäten. Die Einstellung von zusätzlich 10 000 Mannjahren an Fachkräften mit Finanzierung durch den Staat war für die erste Umsetzungsperiode des Demenzplanes vorgesehen. Schon jetzt besitzt Norwegen bei der Pflege innereuropäisch den besten Personalschlüssel.<sup>24</sup> Die Anpassung der Pflegekonzepte und der Zuwachs an zu betreuenden Menschen macht es jedoch erforderlich, einerseits beim professionellen Personal aufzurüsten mit zugleich breiterer Fachlichkeit und andererseits auch die Schulung informell Pflegenden zu intensivieren. Geriatriische Qualifizierungsprogramme incl. der Schulung von Angehörigen und Freiwilligen wurden aufgelegt; bis Ende 2015 sollen 3 000 Hochschulabsolventen die institutionell zu erbringenden Dienste mit Wissen aus der Alters- und Demenzforschung anreichern.

Die auf mehr Koordination gerichtete *dritte Hauptstrategie* will Modelle verbesserter Kooperation zwischen Allgemein- und Fachmedizin in der Demenztherapie verankern; die Kapazität des ärztlichen Personals soll in den Pflegeeinrichtungen um 50 Prozent gesteigert werden. Bei den Pflegekonzepten selbst schließlich ist ein Paradigmenwechsel von der passiven Versorgung zur aktiven Pflege im Gange. Als fehlendes Glied in der Pflegekette wird moniert, dass viele Gemeinden für die häuslich Betreuten kaum strukturierte Tagesprogramme zur Verfügung stellen. Vorrangiges Ziel ist es, diese Lücke in der Pflegekette mit Blick auf kulturelle Aktivitäten, Physio- und Beschäftigungstherapie sowie die Stärkung der Sozialarbeit zu schließen. Von den umgerechnet rd. 262 Tsd. €, die die Regierung 2012 bereitstellte, ist das Gros für die Entwicklung von Tagesprogrammen reserviert. Hier aktiv zu sein, könnte eine kommunale Pflichtaufgabe werden (S. 20). Ein erstes Monitoring zum Umsetzungsstand der Aktionspläne, 2011 unter Federführung des „Norwegian Centre for Research, Education and Service Development“ durchgeführt, ergab Fortschritte, aber auch, dass die Hauptarbeit noch bevorsteht.

## 4.4 Fazit

Die Langzeitpflege der Nordischen Länder befindet sich in einer Umbruchsituation. Die Ziele sind ambitioniert. In welchem Umfang sie erreicht werden, ist offen. Die strukturellen, finanziellen und kulturellen Voraussetzungen können jedoch – siehe dazu die Einführung – als günstig bewertet werden. Schon seit den 80er Jahren wurden integrierte Strukturen aufgebaut und die Professionalität der Leistungserbringung sowohl gesteigert wie zunehmend multidisziplinär angelegt. Hier kann

<sup>24</sup> Zum Klinikbereich siehe aus dem Projekt „Nurse Forecasting in Europa“ (12 Partnerländer, darunter Deutschland, Finnland, Norwegen und Schweden) die Studie von Aiken et al. 2012 (Tab. 3).

angeknüpft werden, wenn es nun darum geht, die grundlegenden Prinzipien universalistischer Wohlfahrtsstaatlichkeit bei der Gestaltung einer demenzgerechten Gesellschaft zur Entfaltung zu bringen.

## 4

## Literatur

- Aiken LH. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012;344; e1717 doi: 10.1136/bmj.31717 (20.03.2012).
- Christensen K, Thinggaard M, Oksuzyan A, Steenstrup T, Andersen-Ranberg K, Jeune B, McGue M, Vaupel JW. Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *The Lancet* 2013, 382 (9903): 1507–13 (02.11. 2013; doi:10.1016/S0140-6736(13)60777-1).
- Dallinger U, Theobald H. Pflege und Ungleichheit. Ungleiche Citizenship rights im internationalen Vergleich. In: Bauer U, Büscher A. Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008, 78–102.
- Erlandsson S, Storm P, Stranz A, Szebehely M, Trydegard GB. Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation. In: Meagher G, Szebehely M (Hrsg) *Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences.* Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: Stockholm University 2013; 23ff.
- European Commission. Mutual information system on social protection: Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland: Comparative tables Mutual Information System on Social Protection in the Member States. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en) (01. Januar 2013)
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health. National Memory Programme 2012–2010. Creating a “Memory-Friendly” Finland. Report Nr. 9-2013. Helsinki 2013a.
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Quality Recommendations to guarantee a good Quality of Life and Improves Services. Framework for high Quality Services for older people. Helsinki 2013b.
- Finnish National Institute for Health and Welfare (THL). Datenbank SATKANet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu> (24. Juli 2014).
- Heintze C. Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung älterer Menschen im deutsch-skandinavischen Vergleich. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Kurzfassung in: WISO-Diskurs „Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem“. Bonn., Juli 2012 (2015 i. E.)
- Heintze C. Die Straße des Erfolgs: Rahmenbedingungen, Umfang und Finanzierung kommunaler Dienste im deutsch-skandinavischen Vergleich. Marburg: Metropolis 2013.
- Meagher G, Szebehely M. (Hrsg). *Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences,* Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: Stockholm University 2013.
- Nissen NP. Danish Dementia Action Plan, Folien-Präsentation beim „International Symposium on National Dementia Strategy“ in Tokio am 29. Januar 2013.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. Dementia Plan 2015 – Making the most of the good days. Oslo 2008.
- OECD. Health at a Glance 2013. Paris 2013. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> und <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (24. Juli 2014).
- OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Paris 2011. [www.oecd.org/health/longtermcare](http://www.oecd.org/health/longtermcare) und [www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted](http://www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted) (24.07.2014).
- Qiu CH, von Strauss E, Bäckman L, Winblad B, Fratiglioni L. Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm. Published in the April 17, 2013 on-

line issue of *Neurology*<sup>®</sup>, the medical journal of the American Academy of Neurology. doi: 10.1212/WNL.0b013e318292a2f9.

Robert-Koch Institut. Altersdemenz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Berlin 2005 (Nachdruck 2007).

Statistics Norway. Statistical Yearbook 2013. Oslo 2013.

Statistics of Finland. Sosiaalihuollon laitos – ja asumis-palvelut 2012 (Institutional care and Housing Services in social care 2012). Helsinki 2013.

Vabo M, Christensen K, Jacobsen FF, Trätteberg HD. Marketisation in Norwegian eldercare: preconditions, trends and resistance. In: . (Hrsg). Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences, Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: Stockholm University 2013; 163–97