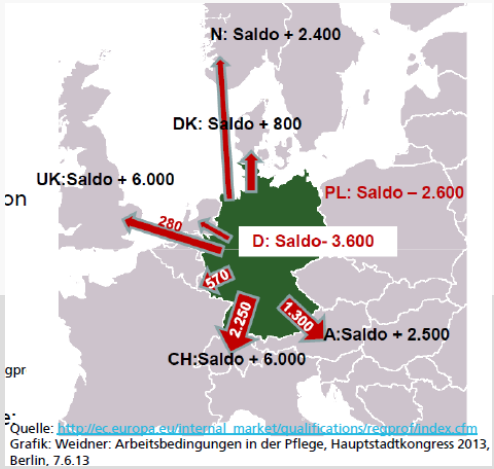


Quelle: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm
Grafik: Weidner: Arbeitsbedingungen in der Pflege, Hauptstadtkongress 2013, Berlin, 7.6.13

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Cornelia Heintze

Auf der Highroad

Pflege und Altenumsorgung als kommunale Aufgabe:

Ein vergleichender Blick nach Skandinavien

„ÜberLeben in der Pflege.
Zwischen wirtschaftlichem Druck und fachlichem Anspruch“
Landespflegekongress Schleswig-Holstein am 12. Mai 2016 in Kiel

Skandinavien

•Dr. Heintze
BERATUNG COACHING

Einwohner: 329 Tsd

Einwohner: 9,7 Mio

Einwohner: 5,5 Mio

Einwohner: 5,2 Mio

Einwohner: 5,6 Mio

Summe (1.1.15): 26,4 Mio. Einwohner

Dünne Besiedlung macht gleiche Versorgung für alle schwierig

Gliederung

1) Der Pflege-Highroad und die Systemfrage – Einführung und Überblick

- Pflege-Highroad und das Kostendilemma sozialer Dienste
- Der skandinavische Entwicklungspfad mit hoher Bedeutung formeller häuslicher Pflege
- Hohes öffentliches Ausgabenniveau als Highroad-Bedingung
- Trägerstrukturen im Vergleich: Heime
- Systemprofile im Grob-Vergleich

2) Erreichung hoher fachlicher Qualitätsstandards über integrierte öffentliche Versorgung

- Systemübergreifend gleiche gesetzlich normierte Qualitätsziele
- Personalausstattung muss die Qualitätsziele stützen
- Effektiverer Mitteleinsatz: Blick auf die dänische Präventionsoffensive
- Kompression von Multimorbidität: BIP-Anteil muss trotzdem steigen (Schweden)
- Relative Lohnhöhe als Spiegel der gesellschaftlichen Wertigkeit von Frauenarbeit

3) Vermarktlichung und hohe Qualität gehen nicht zusammen: ein Resümee

Pflege-Highroad und das Kostendilemma sozialer Dienste

Dr. Heintze
BERATUNG COACHING

- 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)

Dr. Heintze

Caredienste für jung und alt als kommunale Aufgabe

Der skandinavische Entwicklungspfad

(1) Seit den 60er Jahren verfolgen die nordischen Länder bei der Kinderbetreuung wie „Altenumsorgung" (Äldreomsorg) eine Defamiliarisierungsstrategie („Reproduction goes public"). Teile der bislang familiär erbrachten Erziehungs- und Sorgearbeit wurden auf den Staat übertragen (kommunale Leistungserbringung). Die Gesetze über soziale Dienste folgen einer Lebenslauforientierung, die von der Wiege bis zur Bahre reicht.

(2) Mit der Etablierung einer öffentlichen Care-Infrastruktur verfolgten die nordischen Länder mehrere **Ziele:**

- Beförderung der Geschlechtergleichstellung in der Arbeitswelt (frauenfreundlicher Wohlfahrtsstaat)
- Bessere Vereinbarkeit von Familie resp. privaten Interessen und Beruf
- Verbesserung der sozialen Mobilität und Armutsprävention
- Professionalisierung von Tätigkeiten der Erziehung, sozialen Betreuung, Pflege und Umsorgung
- Schaffung von Care-Arbeitsplätzen auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus.

(3) Die **Semi-Akademisierung der Pflegefachberufe** wie auch der erzieherischen Fachberufe führte zur Aufwertung frauenaffin sozialer Berufe. Dies beflügelte nicht nur die ökonomische Selbstständigkeit von Frauen, sondern schuf auch eine Basis für **innovative soziale Versorgungskonzepte**.

(4) Ab Anfang der 90er Jahre erzwang **neoliberale Politik zunächst in Schweden**, dann in Finnland und zuletzt in Dänemark Vermarktlichungen. Die Einheit von Finanzierung und Leistungserbringung wurde aufgebrochen, Privatisierungen der Weg geöffnet. Gemessen an Deutschland gleichwohl ist der Kommerzialisierungsgrad noch gering (SE, FI) bis sehr gering (IS, NO). Aufs Ganze gesehen ist er am höchsten in SE. Dort haben in der Folge soziale Segregation und Ungleichheit zugenommen. Dies obwohl sich die öffentliche Finanzierung weiter auf hohem Niveau bewegt.

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

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

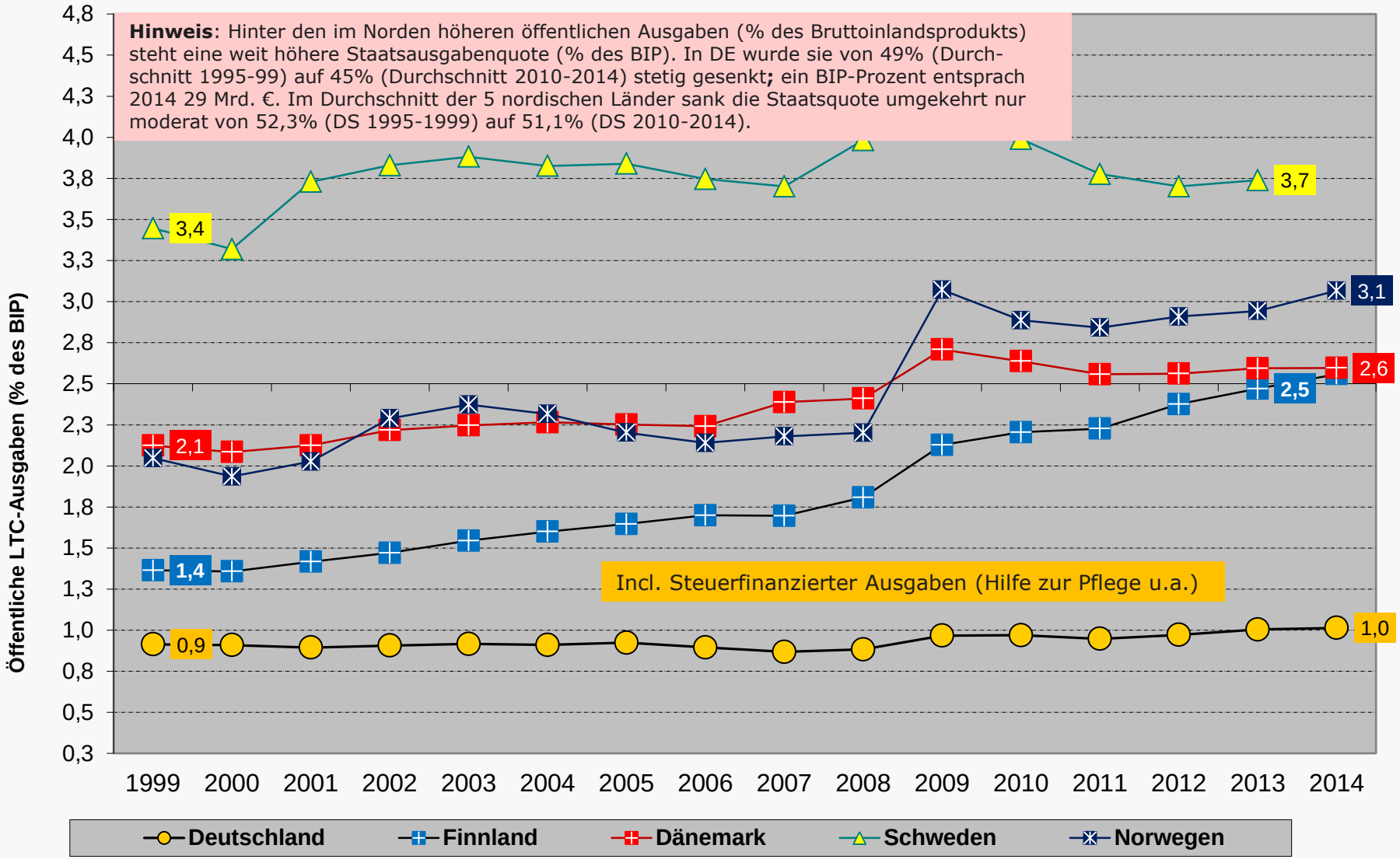
Quellen: www.gbe-bund, Stat. BA (update 2015). Für genaue Quellenangabe siehe die FES-Studie von Heintze, Update 2015 (SE: Socialstyrelsens statistikdatabas 2016-02-20). Angabe zu Finnland aus amtlicher Statistik 2015

1.4a

Dr. Heintze

Öffentliche Ausgaben der Langfristpflege in % des BIP 1999 – 2014

Konvergenz im Norden; konstant niedriger Ressourceneinsatz in Deutschland



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

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

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**

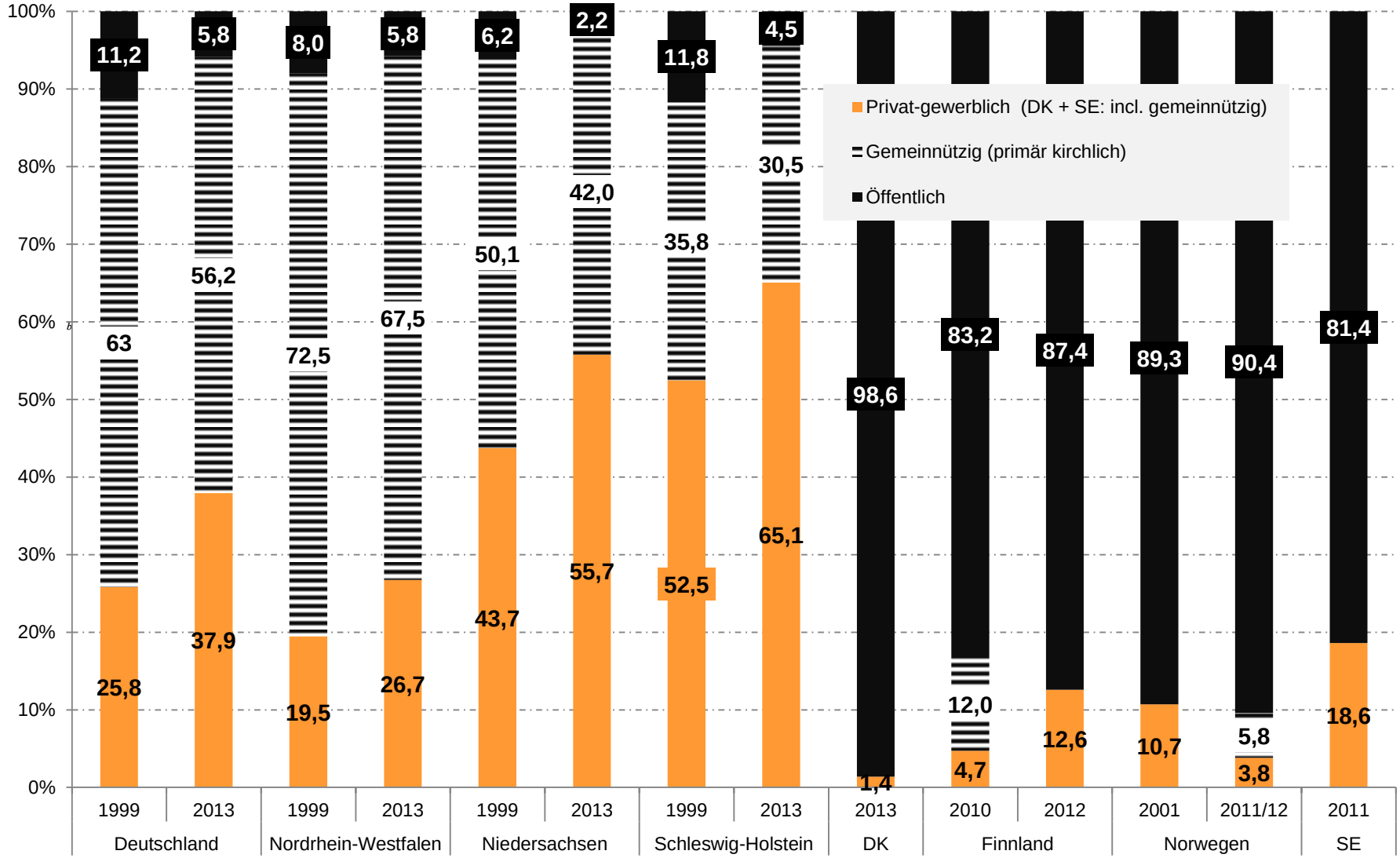
Quelle: Heintze 2012 (Update 2015, Auszug aus Tab. 3)

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

For-Profit-Akteure als Gewinner der Marktöffnung

– gilt auch für Skandinavien: Blick auf Heime

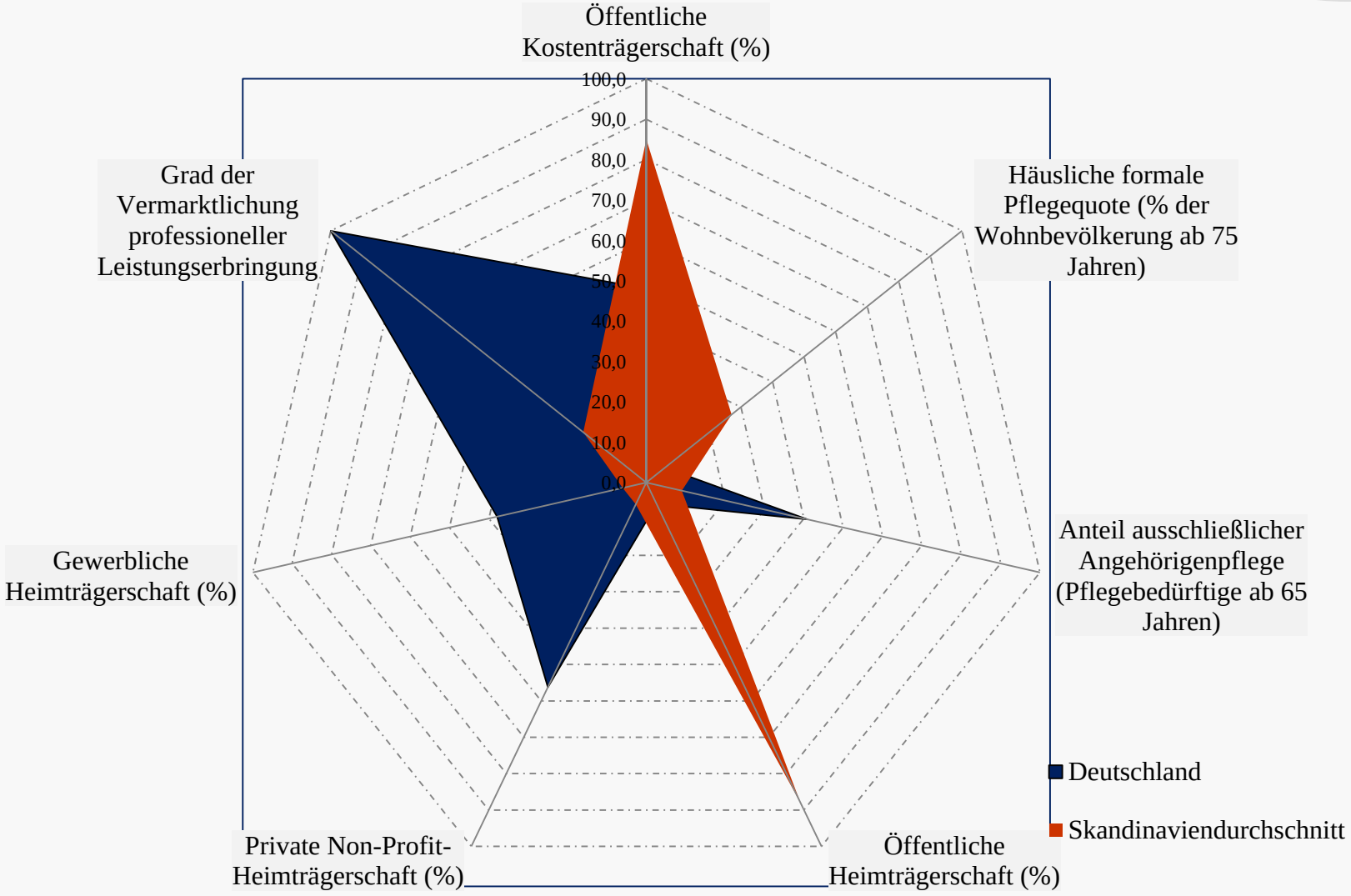


Quellen: Heintze 2012/2015

LTC: Deutschland und der skandinavische Durchschnitt

Schematischer[1] Systemvergleich

Dr. Heintze



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

2

Erreichung hoher fachlicher Qualitätsstandards über integrierte öffentliche Versorgung

- Systemübergreifend gleiche gesetzlich normierte Qualitätsziele
- Personalausstattung muss die Qualitätsziele stützen
- Effektiverer Mitteleinsatz: Blick auf die dänische Präventionsoffensive
- Kompression von Multimorbidität: BIP-Anteil muss trotzdem steigen (Schweden)
- Relative Lohnhöhe als Spiegel der gesellschaftlichen Wertigkeit von Frauenarbeit

Dr. Heintze COACHING

Systemübergreifend gleiche Qualitätsziele

Vorrang von Prävention, REHA und 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).

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.**

So definiert Schleswig-Holstein im „Selbstbestimmungsstärkungsgesetz – SbStG“ vom 17. Juli 2009 den Gesetzeszweck für Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung wie folgt: „

1. Wahrung und Förderung ihrer Selbständigkeit, Selbstbestimmung, der Selbstverantwortung, der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft;
2. Schutz ihrer Würde und Privatheit sowie ihrer Interessen und Bedürfnisse vor Beeinträchtigungen,
3. Sicherung einer Qualität des Wohnens, der Pflege und der Betreuung, die dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entspricht.“ (§ 1))

Personalausstattung muss die Qualitätsziele stützen

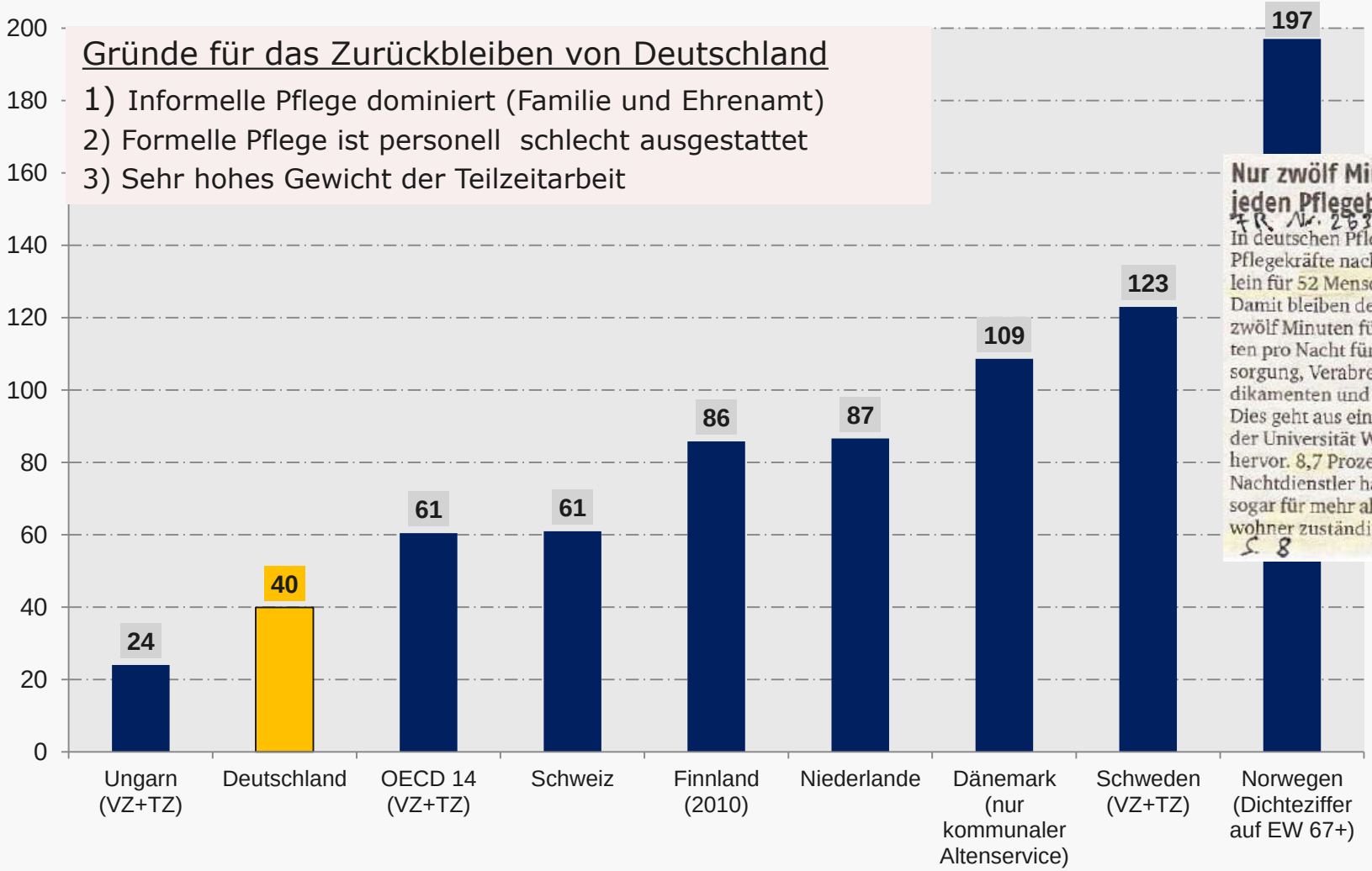
Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Rechnerische Vollzeitkräfte auf 1000 Ältere 2011 im Vergleich
Schweden, Ungarn und OECD14 abweichend (Vollzeit+Teilzeit 2013)

<u>Gründe für das Zurückbleiben von Deutschland</u>

1) Informelle Pflege dominiert (Familie und Ehrenamt)
2) Formelle Pflege ist personell schlecht ausgestattet
3) Sehr hohes Gewicht der Teilzeitarbeit



Nur zwölf Minuten für jeden Pflegebedürftigen

FR Nr. 293 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

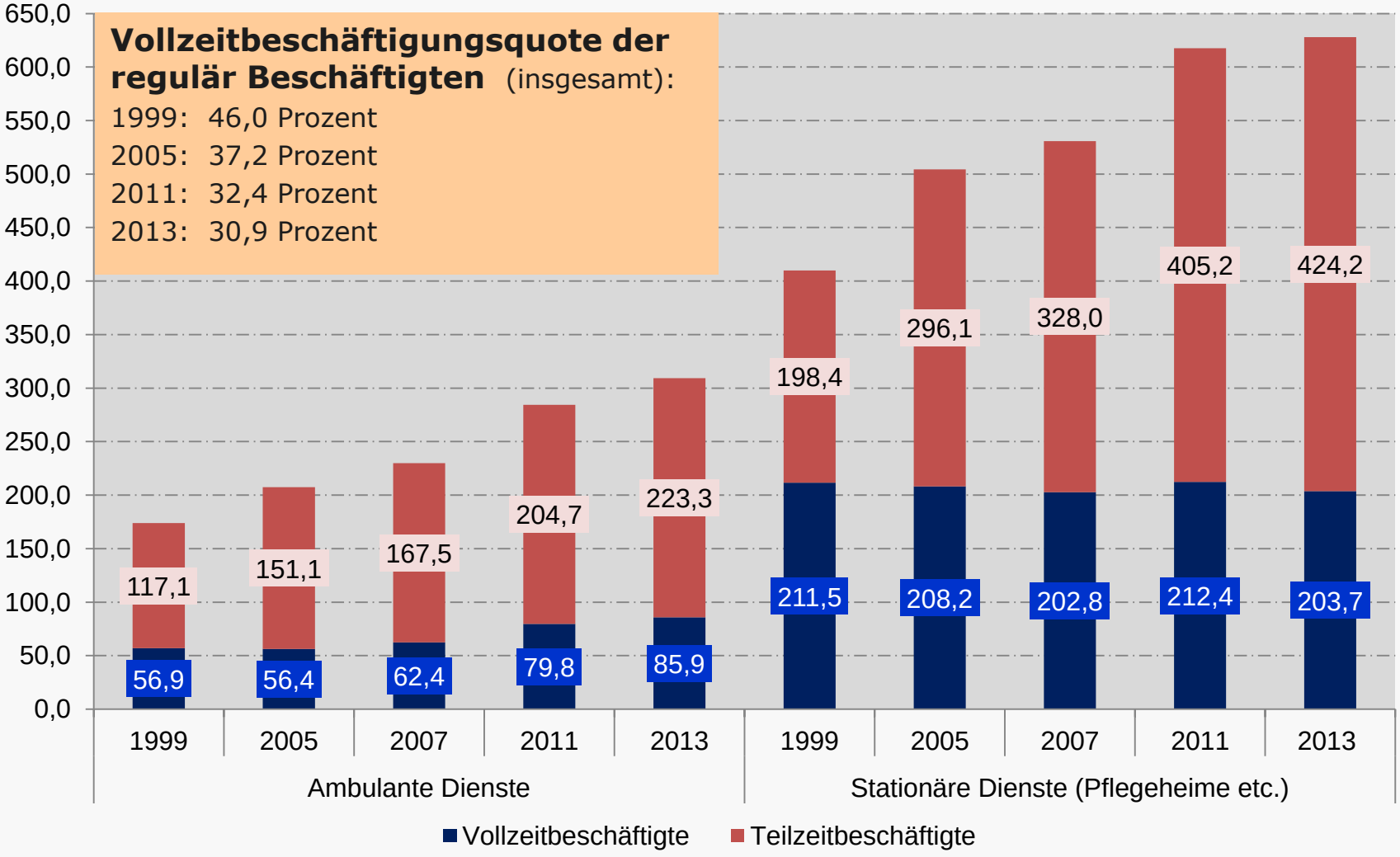
S. 8

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

Dr. Heintze
BERATUNG COACHING

Ausweitung von Teilzeit bei gleichzeitiger Verschlechterung der Personalschlüssel in Deutschland

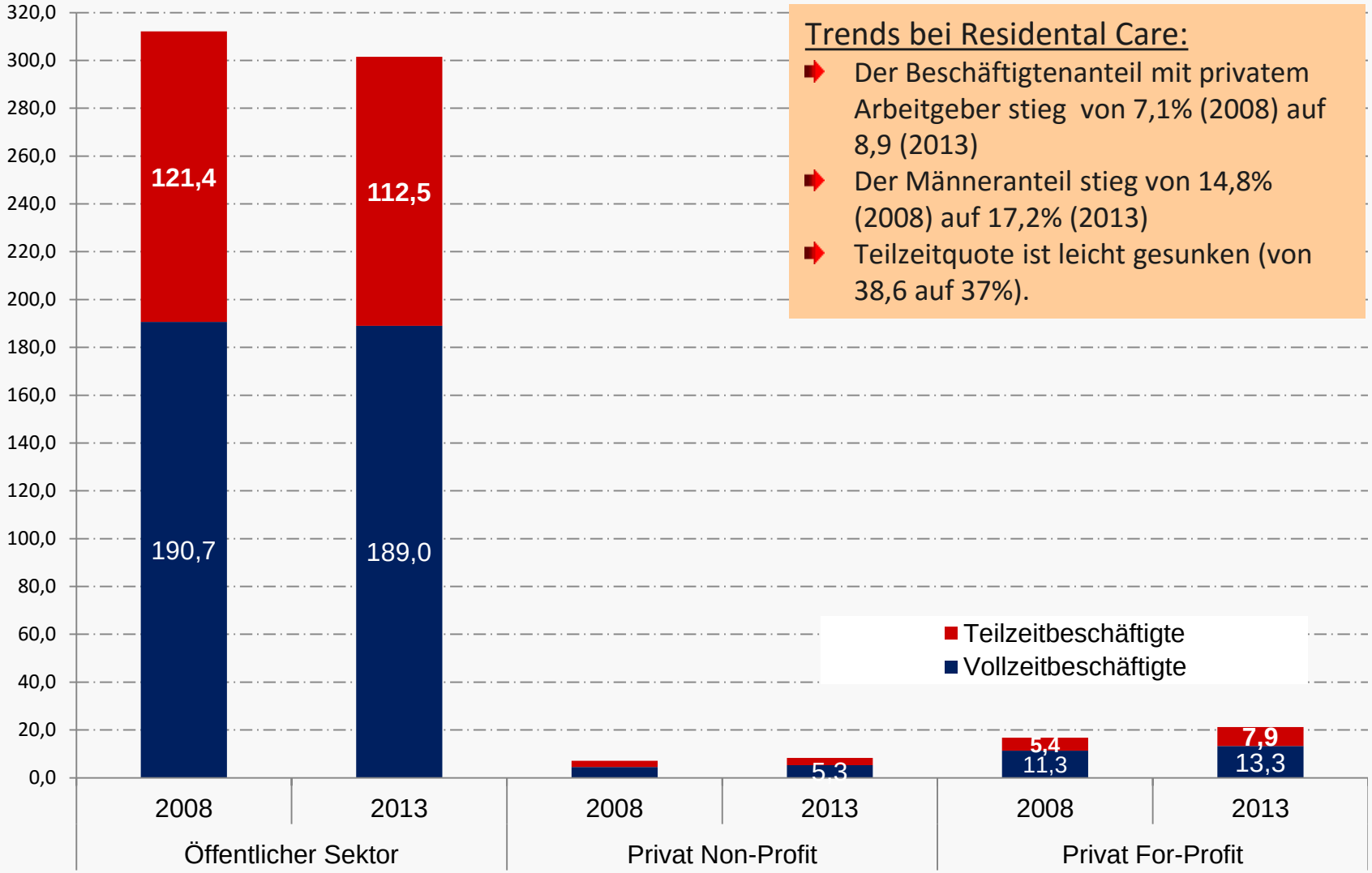
(Angaben in 1000)



Datenquelle: Pflegestatistik, update vom März 2015

Dr. Heintze

Dagegen Dänemark: Vollzeitarbeit dominiert



Trends bei Residental Care:

- 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

Gute Facharbeit wird durch schlechte Personalschlüssel verunmöglicht

Patienten zu Pflegepersonal (Akutpflege in Kliniken) in 12 europäischen Vergleichsländern

Land	Rang (Pflege-person)	Patienten pro Pflegefachkraft	Patienten pro Pflegeperson	Anzahl unter-suchter Kliniken
Norwegen	1	5,4	3,3	35
Schweden	2	7,7	4,2	79
England	3	8,6	4,8	56
Irland	4	6,9	5,0	30
Niederlande	5	7,0	5,0	28
Schweiz	6	7,9	5,0	35
Finnland	7	8,3	5,3	32
Spanien	9	12,6	6,8	33
Polen	10	10,5	7,1	30
Deutschland	**12**	**13,0**	**10,5**	49

Quelle: Nurse Forecasting Projekt" (RN4CAST) 2009 bis 12/2011; hier: Aiken et al. 2012: Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care

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

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

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)

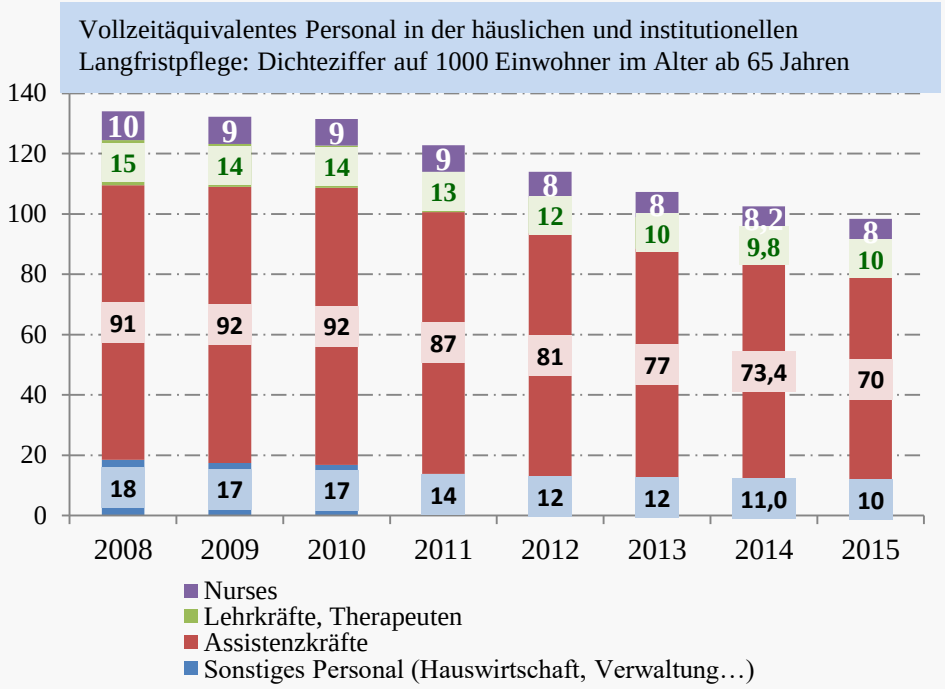
Dies ist ein eher symbolischer Fortschritt, denn systematische Präventionsarbeit ist davon nicht zu erwarten. Bei 70, 58 Mio. gesetzlich Versicherten (2015) hätte 2015 ein Budget von 21,2 Mio. € zur Verfügung gestanden. Umgerechnet auf die stationär Versorgten wären dies 28 € pro Kopf. Im Jahr!

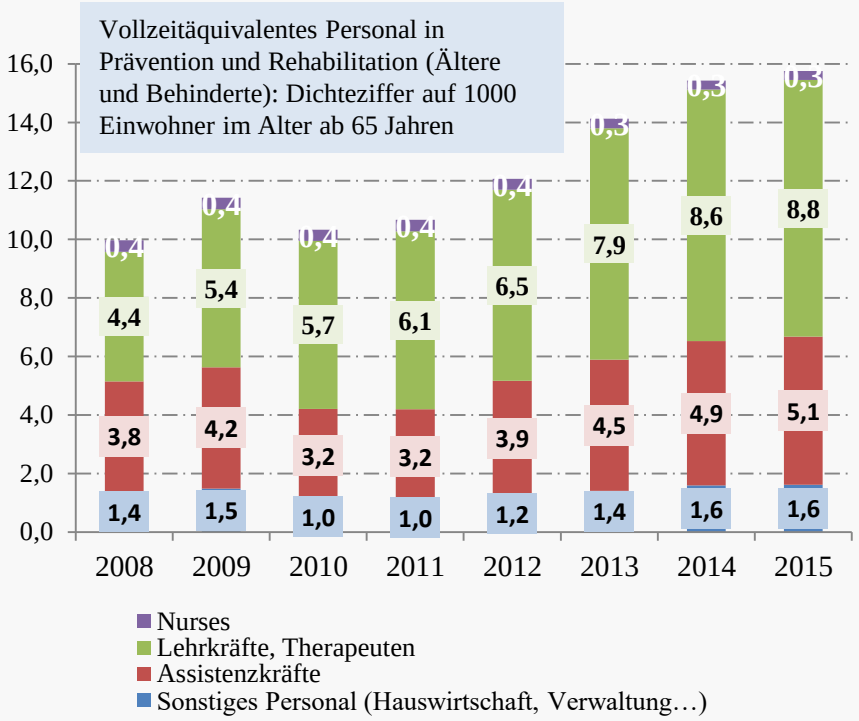
Quellen: DK: Statistics Denmark, Statistical Yearbook, fortlaufend und Rechnungsergebnisse der Gemeinden bis 2015; DE: Gesundheitsberichterstattung (www.gbe-bund.de) mit Stand von 2015

Dr. Heintze

Präventionsoffensive spiegelt sich in Personalentwicklung

Bei insgesamt rückläufigem Care-Personal Personalausweitung Prävention und REHA





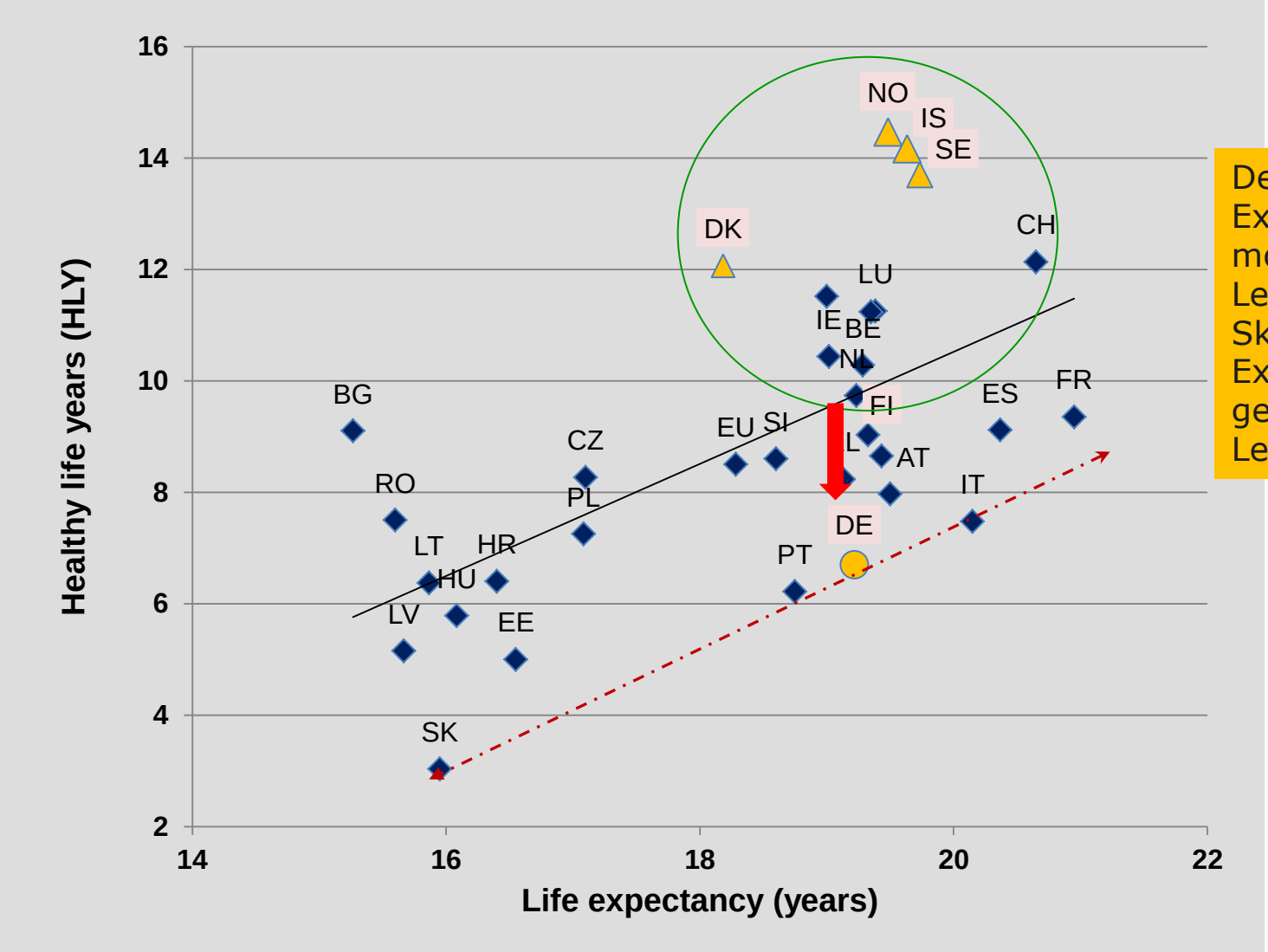
Quelle: Statistics Denmark, Daten mit Code „RES10“ (Staff working with nursing and care, full-time employees by region, main account, occupation and time); eigene Auswertung

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Kompression von Multimorbidität als Ziel

Die Highroad zeigt sich beim Anteil gesunder Jahren an der Noch-Lebenserwartung der 65-Jährigen (2008-2010)



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

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

Kostenkalkulation und Ausgabenplanung in Schweden

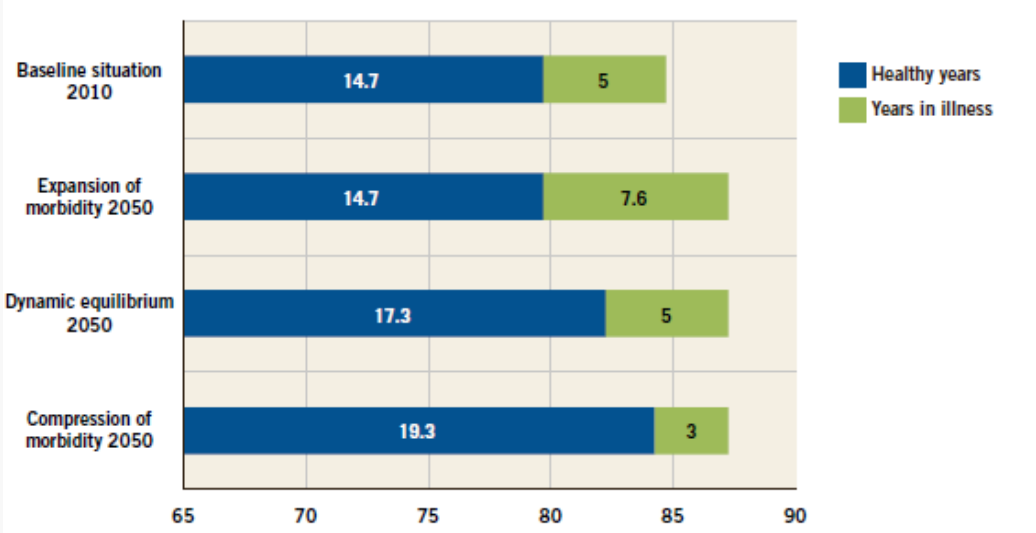


Figure 4. Remaining life expectancy at the age of 65 in 2010 and 2050 divided into healthy and unhealthy years according to three theories. *Source: Statistics Sweden 2010.*

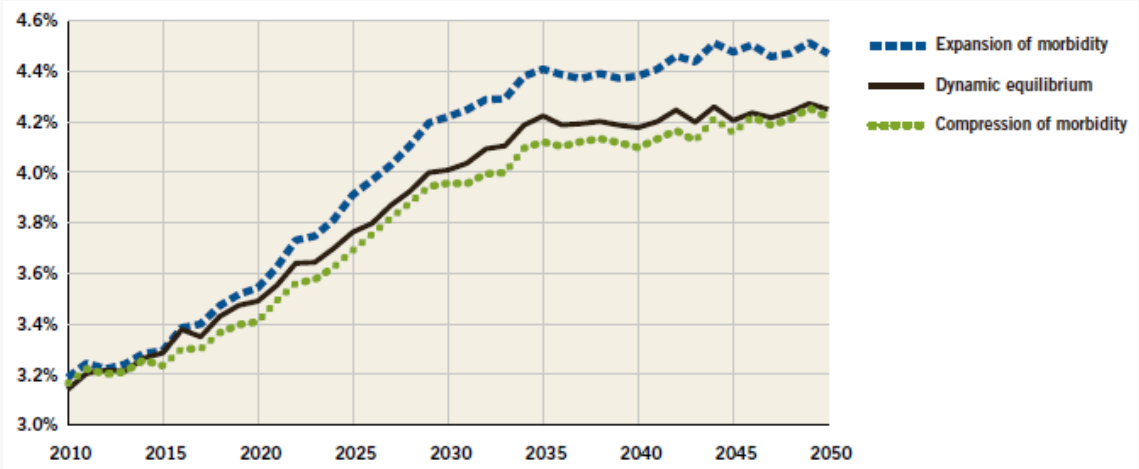
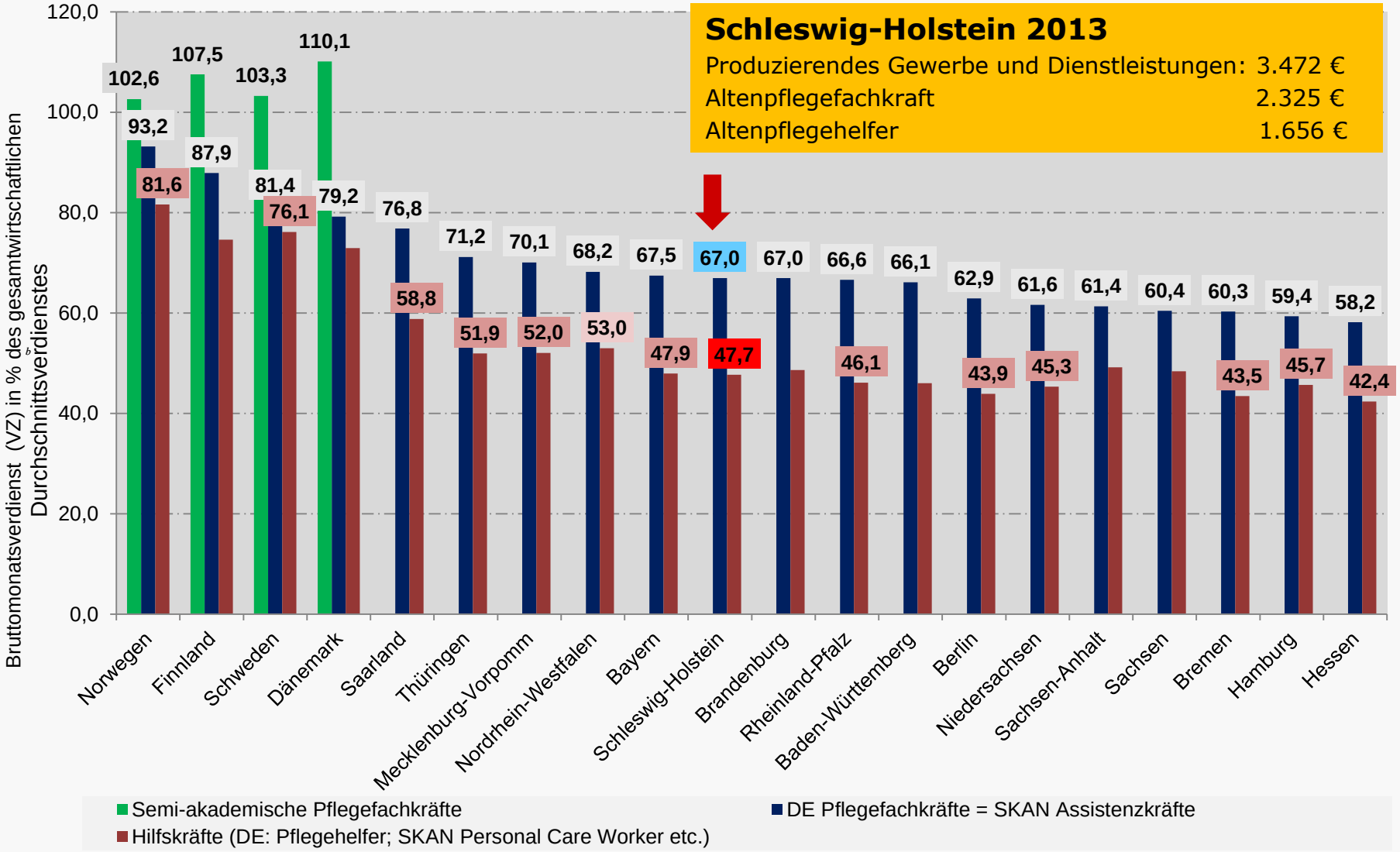


Figure 15. Costs of long-term care of the elderly in relation to GDP in 2010–2050, trend in costs due to demographic factors in different scenarios. Current prices.
Source: Calculations by Ministry of Health and Social Affairs.

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

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

Dr. Heintze



Erläuterung: Bei DK incl. Nurses in der Akutpflege; bei SE nur kommunal beschäftigte Nurses; FI: Werte für 2012; NO: Bezug zum Median-Einkommen. **Quellen:** Amtliche Verdienststatistiken (Berufe, Sektoren, Wirtschaftszweige); eigene Auswertung

Abschließender Blick auf das Krankenhauspersonal

	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…)

Vermarktlichung und hohe Qualität in der Breite gehen nicht zusammen: ein Resümee

Dr. Heintze

BERATUNG COACHING

Deutsches System: die Akutpflege ist medizinlastig; die Langfristpflege familien-und marktbasiert ➡ **Lowroad-Falle wachsender Polarisierung**

- Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung **überwiegend informell** (vorrangig durch Frauen als unbezahlter Pflegedienst)
- **Eng-bürokratische Regulierung** des Einsatzes öffentlicher Mittel. **Politisches Oberziel:** Gering-haltung der öffentl. Ausgaben; Qualität ist nachrangig
- **Geringhaltung der Qualifikationen** bei der professioneller Pflege (keine grundständige Akademisierung); Qualifikationsniveau der Fachberufe liegt aber über dem skand. Assistenzberufe
- **Enge Durchökonomisierung** von Leistungen mit haftungsrechtlicher Absicherung durch ausufernde Dokumentationen
- Übergang zu einem weiten Pflegebegriff ist eingeleitet; **enge Stufung** wird beibehalten (5 Pflegegrade)
- **Hoher Kommerzialisierungsgrad** mit zersplitterten Strukturen (< 6 Prozent öffentliche Träger; gewerbliche Marktführerschaft): Strukturen sind anfällig für Lohndumping und starke Qualitätsspreizungen
- **Tendenz zur Billigdienstleistungsökonomie** mit geringer Wertigkeit der Pflege und schlechten Personalschlüsseln

Systeme der nordischen Länder: integrierte öffentliche Versorgung dominiert

- Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung **überwiegend formell**; Verzahnung der informellen Pflege mit dem öffentlichen Pflegesystem durch Kontrakte)
- **Steuerung orientiert sich am individuellen Bedarf** und der **Einhaltung fachlicher Standards**. Finanzbedarf als abhängige Größe mit allerdings Phasen restriktive Leistungsgewährung (z.B. seit 2010 in DK)
- **Pflegefachberufe** („Nurses“) sind **akademisiert**; teilweise mit Spezialisierungsmöglichkeit zur „Geriatric Nurse“. Assistenzberufe liegen fachlich unterhalb des Niveaus deutscher Pflegefachkräfte
- **Ökonomisierung** zielt nicht auf Leistungszerstückelung mit Blick auf Marktfähigkeit, sondern auf kosteneffiziente Erreichung von Qualitätszielen
- **Weiter Pflegebegriff**; keine Pflegestufen/-grade (soziale Betreuung steht im Mittelpunkt)
- **Geringe Kommerzialisierung** (integrierte Leistungserbringung durch Kommunen als Träger dominiert; gleichwohl Trend zur Vermarktlichung)
- Entwicklung verläuft (noch?) auf der Highroad mit hoher Professionalisierung der Pflege als normale Dienstleistung, angesiedelt primär im öffentlichen Sektor

Ich hoffe, einen kleinen Anstoß für neues Nachdenken gesetzt zu haben.

Mehr konnte es nicht sein.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit