

Schulz, Erika

Article

Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert

DIW Wochenbericht

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Schulz, Erika (2012) : Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert, DIW Wochenbericht, ISSN 0012-1304, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 79, Iss. 13, pp. 10-16

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/58129>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert

Von Erika Schulz

In Europa steigt die Zahl der Hochbetagten drastisch an. Viele von ihnen sind längerfristig in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt und auf Pflege durch Familienangehörige oder professionelle Dienste angewiesen. Wie wird die Pflege in Europa organisiert und finanziert? In welchem Verhältnis steht die informelle Pflege durch Familienangehörige zur formellen Pflege durch ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime? Wie wird die Qualität sichergestellt? Und wie steht das deutsche Pflegesystem im europäischen Vergleich da? Zum Vergleich der europäischen Pflegesysteme wurden zwei Klassifikationen vorgenommen. Ergebnis: In fast allen der 21 untersuchten EU-Mitgliedstaaten besteht ein gesetzlicher Anspruch auf öffentliche Pflegeleistungen und die Dienstleister können frei gewählt werden. Unterschiede gibt es indes in der Organisation der Leistungsgewährung sowie bei der finanziellen Ausstattung. Das deutsche Pflegesystem schneidet verhältnismäßig gut ab – trotz unterdurchschnittlicher Finanzierung. Die Gründe: In Deutschland ist das Pflegerisiko bewusst als Teilkaskoversicherung abgesichert: Lediglich Personen mit erheblichem Pflegebedarf können Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Und selbst dann sind häufig noch hohe private Zuzahlungen nötig. Bei stationären Pflegeleistungen beispielsweise beträgt der Eigenkostenanteil in Deutschland über 50 Prozent. In anderen europäischen Ländern ist dieser Anteil nicht nur deutlich niedriger, sondern es werden – etwa in Dänemark oder Finnland – bereits bei geringfügiger Pflegebedürftigkeit Leistungen gewährt, oftmals auch, wenn lediglich Hilfe bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten benötigt wird.

Angesichts steigender Lebenserwartungen und niedriger Geburtenraten sehen sich alle europäischen Länder dem gleichen demographischen Trend gegenüber: Die Bevölkerung altert mit einer drastischen Zunahme der Zahl Hochbetagter. Anfang 2010 waren 17 Prozent der Bevölkerung in der EU 65 Jahre und älter, dies entspricht rund 87 Millionen Personen, darunter waren 23 Millionen Personen im Alter von 80 Jahren und älter.¹ Die Zahl der Personen mit längerfristigen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens belief sich auf rund 35 Millionen.² Davon waren rund 18,6 Millionen stark in ihren Aktivitäten eingeschränkt.³ Diese Personen sind oftmals auf Hilfe und Pflege durch Familienangehörige oder professionelle Dienste angewiesen. Zusammen genommen, lassen diese Entwicklungen einen zunehmenden Bedarf an finanzieller und personeller Absicherung des sozialen Risikos Pflege erwarten.

Die Pflegesysteme und deren Ausgestaltung von 21 EU-Mitgliedstaaten sind Untersuchungsgegenstand des Forschungsprojekts *Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN)*.⁴ Zentrale Fragen dabei sind: Wie wird das Risiko Pflege in den einzelnen Mitgliedstaaten abgedeckt? Wie ist die Pflege organisiert und finanziert? Wie ist das Verhältnis von informeller Pflege durch Familienangehörige und formeller Pflege durch ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime? Wie wird die Qualität der Pflege sichergestellt? In diesem Wo-

1 Eurostat (2012): Bevölkerungsstatistik. epp.eurostat.ec.europa.eu.

2 Dies entspricht der Definition von Pflegebedürftigkeit, die beispielsweise für Deutschland im SGB XI, benutzt wird.

3 Berechnungen des DIW Berlin auf Grundlage von EU SILC und Bevölkerungsstatistik von Eurostat.

4 Das Projekt „Assessing Needs of Care in European Nations“ (ANCIEN) ist gefördert durch die Europäische Kommission im Rahmen des 7. Forschungsrahmenprogrammes (FP 7 Health-2007-3.2.2, Grant no. 223483). Beteiligte Institutionen: CASE Poland, CEPS Belgium, CPB The Netherlands, DIW Berlin Germany, ETLA Finland, FEDEA Spain, FPB Belgium, IER Slovenia, HIS Austria, ISAE Italy, KI Sweden, LEGOS France, LSE-PSSRU UK, PRAXIS Estonia, SAS BIER Slovakia, SU Sweden und TARKI Hungary. Weitere Informationen zum Projekt sind erhältlich unter www.ancien-longtermcare.eu.

chenbericht werden erste Ergebnisse dieser Untersuchung vorgestellt.⁵

In den meisten Ländern besteht ein gesetzlicher Anspruch auf öffentliche Pflegeleistungen

Die 21 in die Klassifizierung 1 einbezogenen EU-Staaten unterscheiden sich deutlich in der Organisation der Leistungsgewährung. Während in manchen Ländern ein rechtlicher Anspruch auf Pflegeleistungen besteht, ist die Bewilligung in anderen Ländern einkommensabhängig. Einige Staaten gewähren vor allem Geld- andere Sachleistungen. Deutliche Unterschiede gibt es auch im Hinblick auf die finanzielle Ausstattung. Auf Grundlage der zusammengefassten Werte für die einzelnen Ausprägungen der Variablen wurden vier Cluster identifiziert (Abbildung 1).

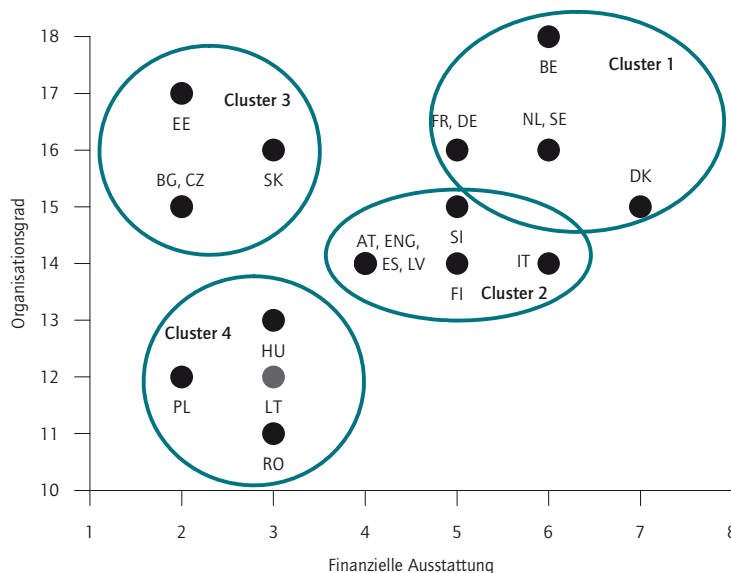
Cluster 1 zeichnet sich durch einen hohen Organisationsgrad und eine relativ gute finanzielle Ausstattung aus. Hierzu gehört Deutschland sowie Belgien, Frankreich, die Niederlande, Dänemark und Schweden. Positiv an den Pflegesystemen dieser Länder ist aus der Sicht der Pflegebedürftigen, dass die Gewährung von Leistungen nicht vom Einkommen abhängt und ein rechtlicher Anspruch auf Leistungsgewährung besteht. Ebenso positiv sind die freie Wahl des Leistungsanbieters und die Existenz eines verpflichtenden Qualitätssicherungssystems. In diesen Ländern werden die finanzielle Ausstattung und die Koordination zwischen dem Pflege- und dem Gesundheits- und Sozialbereich insgesamt relativ gut bewertet.

Cluster 2 zeichnet sich durch unterschiedliche Ausprägungen in Bezug auf die Leistungsgewährung und eine eher moderate finanzielle Ausstattung aus, kann jedoch insgesamt aus Sicht der Pflegebedürftigen noch als zufriedenstellend bezeichnet werden. Hierzu gehören die Länder Slowenien, Finnland, Österreich, Lettland, Spanien, Italien und England. In dieser Gruppe besteht die Wahl zwischen Geld- und Sachleistungen und auch die freie Wahl der Anbieter ist gewährleistet, aber es gibt Unterschiede in der Einkommensabhängigkeit der Leistungsgewährung und der Existenz eines verpflichtenden Qualitätssicherungssystems. In dieser Gruppe haben die Länder mit einkommensabhängigem Leistungsbezug ein verpflichtendes Qualitätssicherungssystem und umgekehrt weisen die Länder ohne verpflichtende Qualitätssicherung eine einkommensunabhängige

Abbildung 1

Typologie europäischer Pflegesysteme

Ansatz 1



Quelle: Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2012

Leistungsgewährung auf. Koordination und finanzielle Ausstattung sind mittelmäßig.

Cluster 3 hat bei den Organisationsvariablen ähnliche Ausprägungen wie *Cluster 1*, aber die finanzielle Ausstattung ist gering. Zudem besteht nur eine geringe oder schlechte Koordination zwischen dem Pflegesystem und dem Gesundheits- und Sozialbereich. Hierzu gehören die Länder Bulgarien, Tschechien, Estland und die Slowakei.

Cluster 4 weist relativ geringe Werte im Bereich der Organisationsvariablen gepaart mit einer geringen finanziellen Ausstattung auf. Länder aus diesem Cluster schneiden aus der Sicht der Pflegebedürftigen am schlechtesten ab. Hierzu gehören Rumänien, Litauen, Ungarn und auch Polen.

Insgesamt ist die gesetzliche Verankerung von Ansprüchen auf Pflegeleistungen sowie die freie Wahl der Anbieter in fast allen einbezogenen Ländern vorhanden. Auch die Koordination mit den Bereichen des Gesundheitswesens sowie den sozialen Diensten ist größtenteils gut bis zufriedenstellend geregelt. Unterschiede ergeben sich vor allem in der Einkommensabhängigkeit der Leistungsgewährung und der finanziellen Ausstattung. Im Vergleich weisen westeuropäische Staaten eher ein nutzerfreundliches Pflegesystem mit einer bes-

⁵ Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G., Czipionka, T. (2010): A typology of systems of Long-Term Care in Europe. Results of Work Package 1 of the ANCIEN Project, www.ancien-longtermcare.eu.

Kasten

Untersuchungsmethode und -fragen

Von Experten aus insgesamt 17 Forschungsinstituten wurden für 21 EU-Mitgliedstaaten detaillierte Informationen zum System der Pflege zusammengestellt. Dazu wurde ein von der Forschungsgruppe entwickelter standardisierter Fragebogen mit umfassenden Fragen zum Pflegesystem durch Länderexperten fundiert. Die Beantwortung stützte sich auf offizielle Dokumente, Gesetze und Statistiken sowie auf nationale Studien, nicht veröffentlichte Unterlagen, Auskünfte von Behörden und von anderen Stakeholdern. Um vergleichbare Daten zu erhalten, wurde ein Set von Definitionen zu verschiedenen Aspekten der Pflege (zum Beispiel für den Begriff „Langzeitpflege“) vorgegeben.¹ Auf dieser Grundlage wurden Informationen erhoben

- zur Organisationsstruktur (Zuständigkeit, rechtliche Regelungen, Bereitstellung von Leistungen, Monitoring, Koordination des Pflegebereichs und den Gesundheits- und Sozialdiensten),
- zur Finanzierung, zu den erbrachten Geld- und/oder Sachleistungen, zu den Zugangsbedingungen zu öffentlich finanzierten Pflegeleistungen,
- zu den Pflegebedürftigen,
- zur Versorgungsstruktur (Pflege in Heimen, zu Hause durch informelle Pflegekräfte, durch ambulante Pflegedienste),
- zum Umfang und zur Qualität der Versorgung.

¹ Vgl. zu den Definitionen: Kraus et al (2010), 8.

Zudem wurde danach gefragt, welche Ziele und Reformbestrebungen die Politik im Bereich der Pflege der jeweiligen Länder verfolgt.

Zur Organisation und Finanzierung konnten die nationalen Experten Informationen für alle einbezogenen Länder ermitteln. Auf dieser Grundlage erfolgte eine Klassifizierung der Pflegesysteme. Daten hingegen über die informellen und formellen Pflegeangebote sowie über die Inanspruchnahme dieser Angebote, ließen sich nur für 14 der 21 untersuchten Länder gewinnen. Für diese Länder wurde eine weitere Klassifizierung vorgenommen.

Klassifizierung 1:

Fokus auf die Organisation der Pflegesysteme

Ziel der ersten Klassifizierung war es, alle 21 Länder zu betrachten. Dafür wurden über die Organisation und Finanzierung der Pflegesysteme Variablen ermittelt, deren Ausprägungen „ja“ oder „nein“ annehmen konnten. Differenziert wurde dabei jeweils nach der Art des Pflegearrangements (zu Hause durch Familienangehörige oder Pflegedienste, in Heimen). Diese Informationen wurden von den Länderexperten entlang der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nach einem einheitlichen System ausge- und bewertet. Dabei wurden für die Organisationsvariablen die Werte 1 bis 3, für die Finanzierungsvariable Werte von 1 bis 5 vergeben. Der jeweils höchste (geringste) Wert für die Ausprägung jeder Variablen sollte von den Länderexperten dann vergeben werden, wenn die

seren finanziellen Ausstattung auf als mittel- und osteuropäische Länder.

Politik und Pflegebedürftige ziehen häusliche Pflege vor – aber staatliche Unterstützung variiert stark

Die Klassifizierung 2 legt den Fokus stärker auf die Bedeutung der informellen Pflege sowie deren Unterstützungsmaßnahmen (Tabelle 1). Zu den Unterstützungsmaßnahmen zählen finanzielle Leistungen für informelle Pflegekräfte wie Lohnersatzleistungen, aber auch Beiträge zur Sozialversicherung und Beiträge zur Rentenversicherung sowie sonstige Maßnahmen wie Beratung, Anspruch auf Pflegeurlaub und ähnliches. Auch für diese Klassifizierung konnten vier Cluster ermittelt werden.

Cluster 1, zu dem neben Deutschland auch Belgien, Tschechien und die Slowakei gehören, zeichnet sich durch relativ geringe öffentliche und private Ausgaben für die Pflege bei gleichzeitiger Bevorzugung der informellen Pflege und entsprechender Unterstützungsleistungen für informelle Pflegekräfte aus.

Cluster 2 ist charakterisiert durch Staaten mit einem hoch entwickelten und generösen öffentlichen Pflegesystem. Der Anteil informeller Pflege ist gering, aber die Unterstützung von Pflegekräften ist hoch. Hierzu gehören die Länder Schweden, die Niederlande und Dänemark.

Cluster 3 umfasst Staaten, bei denen die informelle Pflege favorisiert wird, die einen hohen Anteil von privater Finanzierung, aber auch relativ hohe Unterstützungsleistungen für die informelle Pflege aufweisen. Dennoch ist der Anteil öffentlicher Ausgaben insgesamt eher

Interessen der Pflegebedürftigen am meisten (am wenigsten) berücksichtigt sind. Dahinter steht substantiell die Überlegung, dass ein Anspruch auf die notwendigen Leistungen, eine bezahlbare und qualitativ gute Versorgung und die freie Wahl des Anbieters zur Verlässlichkeit der Versorgung und Selbstbestimmtheit beitragen und damit den Interessen der Pflegebedürftigen entsprechen dürften. Im Einzelnen wurden für dieses erste Klassifizierungsverfahren folgende Variablen erhoben:²

- *Einkommensabhängigkeit der Leistungsgewährung:* Ist der Zugang zu öffentlich finanzierten Leistungen der Langzeitpflege einkommensabhängig?
- *Rechtsanspruch auf Leistungsgewährung:* Ist der Anspruch auf Leistungen gesetzlich festgelegt?
- *Art der Leistungsgewährung:* Können die Leistungsberechtigten zwischen Sach- und Geldleistungen wählen?
- *Wahl der Leistungsanbieter:* Hat der Pflegebedürftige die freie Wahl zwischen verschiedenen Anbietern?
- *Qualitätssicherungssystem:* Wird die Qualität der Leistungserbringung verpflichtend kontrolliert?
- *Koordination:* Wie sind die Schnittstellen/Übergänge zwischen Gesundheits-, Sozial- und Pflegesystem geregelt?

² Die Variablen 1) bis 5) können folgende Ausprägungen annehmen: 1 = Nein, 2 = ja, in einem Bereich (institutionelle oder ambulante Pflege), 3 = ja, in beiden Bereichen. – Die Variable 6) kann die Ausprägungen annehmen: 1 = schlecht, 2 = zufriedenstellend, 3 = gut. – Die Variable *Zuzahlungen* kann die Ausprägungen annehmen: 1 = Zuzahlungen in allen Bereichen, 2 = Zuzahlung bei hauswirtschaftlicher Hilfe, 3 = Zuzahlung für institutionelle Pflege. – Die Variable *Öffentliche Ausgaben* wird in die Gruppen 1 bis 5 untergliedert mit 1 = unter 0,5 Prozent bis 5 = über 2 Prozent.

Darüber hinaus wurden zwei Variablen zur Finanzierung einbezogen

- *Zuzahlungen/Eigenleistungen:* Sind sie erforderlich?
- *Öffentliche Ausgaben für Pflegeleistungen:* Wie hoch sind diese in Prozent des Bruttoinlandsprodukts?

Klassifizierung 2:

Fokus auf die informelle Pflege und Finanzierung

Ziel der zweiten Klassifizierung der Pflegesysteme war es, auch die Nutzung der Pflegeleistungen einzubeziehen. Informationen hierzu lagen zwar nur für 14 Staaten vor, dafür können die Variablen jedoch spezifische Zahlenwerte (Anteile in Prozent) annehmen. Nur bei den verschiedenen Arten der Unterstützungsleistungen, die neben finanziellen auch nicht finanzielle Leistungen enthalten, wurde eine Werteskala gebildet, die die Werte 3 bis 8 (mit 8 als bestem Wert) annehmen konnte. Im Ergebnis wurden auch hier vier Cluster identifiziert. Grundlage für die Klassifizierung 2 waren folgende Variablen

- *Öffentliche Pflegeausgaben:* Anteil am Bruttoinlandsprodukt korrigiert mit dem Anteil der 65-Jährigen und Älteren,
- *Private Pflegeausgaben:* Anteil an den Pflegeausgaben,
- *Informelle Pflege:* Anteil der Älteren, die informelle Pflege durch Familienangehörige oder andere Pflegepersonen erhalten an der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter),
- *Unterstützungsleistungen* für informelle Pflegekräfte.

mittelmäßig. Hierzu gehören die Länder Österreich, Finnland, Frankreich, Spanien und England.

Cluster 4 umfasst Staaten mit einem wenig entwickelten formalen Pflegesektor. Die Pflege wird vornehmlich zu Hause durch Familienangehörige oder andere informelle Pflegekräfte geleistet, die kaum vom öffentlichen System unterstützt werden und die finanziellen Lasten vornehmlich alleine tragen müssen. Hierzu gehören Ungarn und Italien.

Obwohl eine Mehrzahl der einbezogenen Mitgliedstaaten die informelle Pflege durch Familienangehörige, Nachbarn oder Freunde/Bekannte favorisiert (Ausnahmen: Schweden, Niederlande und Dänemark), bestehen deutliche Unterschiede in den gewährten Unterstützungsleistungen familiärer Pflege und in den öffentlichen Pflegeausgaben. In Ungarn und Italien wird Pflege nach wie vor hauptsächlich als Angelegenheit

der Familie angesehen, finanzielle oder andere Unterstützungsleistungen gibt es dafür kaum. Andere Staaten setzen dagegen aktiv Anreize, Pflegebedürftige zu Hause durch Familienangehörige zu pflegen. Am weitesten verbreitet ist die Gewährung von Zuschüssen zu Sozialbeiträgen und zur Rentenversicherung (beispielsweise in Deutschland, Österreich, Belgien, Frankreich), in einigen Ländern werden Lohnzuschüsse/Lohnersatzleistungen gewährt (beispielsweise in Belgien, Tschechien) oder dem Pflegebedürftigen Geldleistungen zur Bezahlung informeller Pflegekräfte zugestanden (beispielsweise in Deutschland, Frankreich). Betrachtet man die öffentlichen Pflegeausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt und bezogen auf die Zahl der 65-Jährigen und Älteren, so ist die Ausstattung neben Dänemark, Finnland und den Niederlanden auch in Österreich, Belgien, Frankreich und Slowenien überdurchschnittlich. Deutschland weist hingegen einen relativ geringen Anteil öffentlicher Pflegeausgaben auf.

Tabelle 1

Ausprägungen der Variablen der Klassifizierung 2

Anteile in Prozent

	Öffentliche Pflege-Ausgaben je Bruttoinlandsprodukt bezogen auf 65-Jährige und Ältere	Private Pflegeausgaben bezogen auf die Gesamtausgaben ¹	Ältere (65+), die informelle Pflege erhalten, bezogen auf alle Älteren	Finanzielle und sonstige Unterstützungsleistungen für informelle Pflege ²
Belgien	0,087	10	28,0	7
Tschechien	0,014	10	27,2	5
Deutschland	0,046	10	17,5	6
Slowakei	0,017	10	5,8	6
Cluster 1	0,041	10	19,6	6
Dänemark	0,112	10	1,1	6
Niederlande	0,146	10	6,7	6
Schweden	0,202	10	13,4	5
Cluster 2	0,153	10	7,1	5,7
Österreich	0,077	30	30,1	6
Finnland	0,111	30	15,1	6
Frankreich	0,086	30	21,4	8
Spanien	0,030	30	17,0	6
England	0,050	30	18,4	5
Cluster 3	0,071	30	20,4	6,2
Ungarn	0,019	30	23,6	3
Italien	0,086	38,5	16,5	3
Cluster 4	0,052	34,3	20,0	3

¹ Jeweils Wert der Klassenmitte (vorgegebene Klassen aufgrund der Datenunsicherheit).

² Die Variable kann Werte zwischen 3 und 8 annehmen, wobei 8 die höchste Unterstützungsleistung symbolisiert.

Quelle: Kraus et al (2010), 34, 55, 56.

© DIW Berlin 2012

Auswahl der Indikatoren entscheidet über Rangfolge der Länder

Die beiden Klassifizierungen beruhen auf unterschiedlichen Variablen und Herangehensweisen. Um die Ergebnisse dennoch miteinander vergleichen zu können, wurden die Cluster der Klassifizierung 2 ein zweites Mal gruppiert. Grundlage dieser zusätzlichen Gruppierung war – wie bei der Klassifizierung 1 – die Sicht der Pflegebedürftigen. Dabei wird unterstellt, dass öffentlich finanzierte Pflegeleistungen gegenüber privat finanzierten bevorzugt werden, und ein gutes formelles Pflegeangebot und ein breites Unterstützungsangebot als attraktiv angesehen werden.⁶ Die Zusammenfassung der Ergebnisse der beiden Ansätze zur Clusterbildung zeigt, dass die zwei unterschiedlichen Klassifizierungen nur für einige Länder zur gleichen Beurteilung des

⁶ Diese Einschätzungen beruhen auf den Ergebnissen des Eurobarometers. European commission (2007). Special Eurobarometer, Health and Long-term care in the European Union. Luxemburg.

Pflegesystems führen (Tabelle 2). Dänemark, die Niederlande und Schweden schneiden aus der Sicht der Pflegebedürftigen bei beiden Ansätzen am besten ab. Am schlechtesten wird Ungarn beurteilt. Für die anderen Länder ergeben sich unterschiedliche Bewertungen. Hierzu gehört auch Deutschland, das beim ersten Ansatz in der besten Gruppe zu finden ist, beim zweiten Ansatz aber in der mittleren Gruppe. Bei dem Vergleich ist jedoch zu beachten, dass insbesondere die meisten Variablen der Klassifizierung 1 lediglich Ja/Nein Antworten zulassen und damit den zugrundeliegenden Sachverhalt nur recht grob erfassen.

Fazit

Wie kann es also sein, dass das deutsche Pflegesystem im EU-Vergleich verhältnismäßig gut abschneidet – obwohl die Finanzierung unterdurchschnittlich ist?

Dass der um den Anteil der Älteren (65 Jahre und älter) korrigierte Anteil der öffentlichen Pflegeausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Deutschland unter dem Durchschnitt der einbezogenen Staaten liegt, ist systembedingt. In Deutschland ist das Risiko Pflege bewusst als Teilkaskoversicherung abgesichert. Lediglich Personen mit zumindest erheblichem Pflegebedarf können Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen.⁷

Hinzuweisen ist auch auf die bislang unzulängliche Einbeziehung des Hilfebedarfs Demenzkranker. Auch dies wirkt sich auf die öffentlichen Ausgaben im Bereich der Pflege aus. In anderen europäischen Ländern wie Dänemark oder Finnland werden Leistungen bereits bei geringfügiger Pflegebedürftigkeit gewährt, oftmals auch, wenn lediglich Hilfe bei den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten benötigt wird.⁸

Ein europäischer Vergleich der Gesamtausgaben für die Pflege (also einschließlich der finanziellen Mittel, die von anderen Trägern aufgebracht werden) ist nur eingeschränkt möglich.⁹ Insbesondere die von den privaten Haushalten getragenen Pflegeausgaben sind in allen europäischen Ländern nur unzureichend erfasst. Ein Teil der privaten Ausgaben besteht in den Zuzah-

⁷ Eine ausführliche Darstellung des Pflegesystems in Deutschland enthält Schulz, E. (2010): The Long-term Care System in Germany. DIW Discussion Papers, No. 1039, Berlin, www.diw.de. Seit der Pflegereform 2008 können Demenzkranke einen Betreuungsbeitrag auch dann erhalten, wenn sie ansonsten nicht die Voraussetzung der Pflegestufe I erfüllen.

⁸ Berichte zu den einzelnen Ländern sind unter www.ancien-longtermcare.eu verfügbar. Der Bericht für Dänemark kann zudem von der homepage des DIW Berlin heruntergeladen werden: Schulz, E. (2010): The Long-term Care System in Denmark. DIW Discussion Papers, No. 1038, Berlin.

⁹ Andere Träger sind beispielsweise in Deutschland gemäß der Gesundheitsausgabenrechnung private Versicherungen, private Haushalte und Arbeitgeber. Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgabenrechnung. www.gbe-bund.de

Tabelle 2

Klassifikation 1 und 2 – Beurteilung aus der Sicht der Pflegebedürftigen

	Klassifikation 1		Klassifikation 2	
	Klassifizierungsmerkmale	Rang	Klassifizierungsmerkmale	Rang
Dänemark	Gewährung von Leistungen nicht einkommensabhängig	A	Öffentliche Ausgaben: hoch	A
Niederlande	Es besteht ein Anspruch auf Leistungsgewährung	A	Privater Ausgabenanteil: niedrig	A
Schweden	Es existiert ein Qualitätssicherungssystem Es besteht freie Wahl der Anbieter Gute bis moderate Koordination zwischen den Bereichen Gute finanzielle Ausstattung	A	Formelle öffentliche Pflege: hoch Informelle Pflege: gering Unterstützung informeller Pflege: hoch Geldleistungen: gering	A
Belgien		A	Öffentliche Ausgaben: gering	B bis C
Deutschland		A	Privater Ausgabenanteil: niedrig Formelle öffentliche Pflege: moderat Informelle Pflege: hoch Unterstützung informeller Pflege: hoch Geldleistungen: gering	B bis C
Frankreich		A	Öffentliche Ausgaben: moderat Privater Ausgabenanteil: hoch Formelle öffentliche Pflege: moderat Informelle Pflege: hoch Unterstützung informeller Pflege: hoch Geldleistungen: große Bedeutung	B bis C
Österreich	Gewährung von Leistungen teilweise einkommensabhängig	B	Öffentliche Ausgaben: moderat	B bis C
England	Es besteht zumeist ein Anspruch auf Leistungsgewährung	B	Privater Ausgabenanteil: hoch	B bis C
Finnland	Geldleistungen werden gewährt	B	Formelle öffentliche Pflege: moderat	B bis C
Spanien	Qualitätssicherungssystem unterschiedlich ausgeprägt Es besteht oftmals freie Wahl der Anbieter Gute bis moderate Koordination zwischen den Bereichen	B	Informelle Pflege: hoch Unterstützung informeller Pflege: hoch Geldleistungen: große Bedeutung	B bis C
Italien	Moderate finanzielle Ausstattung	B	Öffentliche Ausgaben: gering	D
Lettland		B	Privater Ausgabenanteil: hoch	
Slowenien		B	Formelle öffentliche Pflege: gering Informelle Pflege: hoch Unterstützung informeller Pflege: gering Geldleistungen: moderat	
Tschechien	Gewährung von Leistungen nicht einkommensabhängig (wie A)	C	Öffentliche Ausgaben: gering	B bis C
Slowakei	Es besteht ein Anspruch auf Leistungsgewährung (wie A)	C	Privater Ausgabenanteil: niedrig	B bis C
Estland	Es existiert ein Qualitätssicherungssystem (wie A)	C	Formelle öffentliche Pflege: moderat	
Bulgarien	Es besteht freie Wahl der Anbieter (wie A) Geringe, schlechte Koordination zwischen den Bereichen Geldleistungsgewährung eingeschränkt möglich Geringe finanzielle Ausstattung	C	Informelle Pflege: hoch Unterstützung informeller Pflege: hoch Geldleistungen: gering	
Ungarn	Einkommensabhängigkeit von Leistungsgewährung (außer Ungarn)	D	Öffentliche Ausgaben: gering	D
Litauen	Anspruch auf Leistungsgewährung (außer Rumänien)	D	Privater Ausgabenanteil: hoch	
Polen	Qualitätssicherung eher schlecht	D	Formelle öffentliche Pflege: gering	
Rumänien	Es besteht freie Wahl der Anbieter (wie A) Schlechte, keine Koordination zwischen den Bereichen Keine oder eingeschränkte Geldleistungsgewährung Geringe finanzielle Ausstattung	D	Informelle Pflege: hoch Unterstützung informeller Pflege: gering Geldleistungen: moderat	

Quellen: Kraus et al. (2010); Zusammenstellung des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2012

lungen zu ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Die Klassifizierung 1 bezieht solche Zuzahlungen zwar ein, es konnte jedoch lediglich erfasst werden, ob Zuzahlungen notwendig sind, für die genaue Höhe fehlten für viele Länder entsprechende Angaben.

Einen Hinweis auf deutliche Unterschiede in der Höhe der Zuzahlungen zwischen einigen europäischen Ländern gibt die Gesundheitsausgabenrechnung. Hier nach geben beispielsweise die privaten Haushalte in Belgien 340 Million (32 Euro je Einwohner), in Spanien 2,7 Milliarden (59 Euro je Einwohner) und in Frankreich

140 Millionen (zwei Euro je Einwohner) für Pflegeleistungen aus.¹⁰ In Deutschland werden von den privaten Haushalten rund neun Milliarden (109 Euro je Einwohner) für Pflegeleistungen ausgegeben.¹¹ Damit liegt Deutschland in den erfassten privaten Pflegeausgaben deutlich über denen der anderen Länder. Der größte Anteil wird in Deutschland für die von der Pflegeversicherung nicht abgedeckte Verpflegung und Unterkunft in Pflegeheimen aufgebracht.¹² Hinzu kommen die Ausgaben für Pflegeleistungen in Heimen, die über den Pflegeätzen der Pflegeversicherung liegen, sowie die Beiträge zu den Investitionskosten der Pflegeheime.¹³ Insgesamt beträgt der Eigenkostenanteil rund 55 Prozent.

Umfrageergebnisse zeigen, dass Pflegebedürftige in fast allen europäischen Ländern so lange wie möglich zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung betreut wer-

den wollen. Favorisiert wird hier (mit Ausnahme der nordischen Staaten) die informelle Pflege durch Familienangehörige oder Freunde.¹⁴ Auch deshalb sind viele Pflegesysteme in Europa, auch in Deutschland, mehr oder weniger zentriert auf die familiäre Pflege. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren, die Hilfe und Pflege durch Familienangehörige oder Freunde erhalten, beträgt in Deutschland rund 17,5 Prozent, während er beispielsweise in Österreich bei 30 Prozent und in Belgien bei 28 Prozent liegt. Deutschland liegt hier also eher im Mittelfeld. Von den 2,8 Millionen Personen, die in Deutschland Hilfe und Pflege durch Familienangehörige und Freunde erhalten, beziehen jedoch rund 750 000 Geldleistungen von der Pflegeversicherung. Zusätzlich werden pflegende Familienangehörige durch Beratung und andere Leistungen unterstützt. Deshalb ist auch hier die Position Deutschlands innerhalb der betrachteten Mitgliedstaaten recht gut.

Festzuhalten bleibt, dass die Absicherung des Risikos Pflege durch eine Teilkaskoversicherung aus der Sicht der Pflegebedürftigen nicht vorteilhaft, aber die Ausgestaltung des Pflegesystems im Vergleich zu anderen europäischen Ländern gut ist. Insbesondere die Organisation, die freie Wahl der ambulanten Dienste und Pflegeheime sowie der politisch hohe Stellenwert der Qualitätssicherung und die gewährten Unterstützungen informeller Pflegekräfte sind hier hervorzuheben.

10 Daten des Systems of Health Accounts: Selbstzahlungen der privaten Haushalte 2009. Eurostat, epp.eurostat.ec.europa.eu/.../public-health.

11 Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsausgabenrechnung 2009. www.gbe-bund.de

12 Sie betragen im Jahr 2009 durchschnittlich 617 Euro pro Monat und Pflegebedürftigen. Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik. www.gbe-bund.de

13 Nach der Pflegestatistik betragen im Jahr 2009 die durchschnittlichen Kosten für Pflegeleistungen je nach Pflegestufe 1 362 Euro (Pflegestufe I) bis 2 249 Euro (Pflegestufe III) pro Monat. Die Pflegeversicherung erstattet aber nur Leistungen bis zu 1 023 (Pflegestufe I), 1 279 (II) beziehungsweise 1 470 Euro (III). Die darüber hinausgehenden Beträge sind vom Pflegebedürftigen selbst aufzubringen. Hinzu kommen die Beiträge zu den Investitionskosten, durchschnittlich rund 411 Euro. Vgl. Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheitsberichterstattung, Pflegestatistik; sowie Bundesministerium für Gesundheit: 5. Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin 2012.

14 Ergebnisse des Eurobarometer, a.a.O.

Erika Schulz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Staat | eschulz@diw.de

JEL: I12

Keywords: Long-term care systems



DIW Berlin – Deutsches Institut
für Wirtschaftsforschung e.V.
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin
T +49 30 897 89 -0
F +49 30 897 89 -200
www.diw.de
79. Jahrgang

Herausgeber

Prof. Dr. Pio Baake
Prof. Dr. Tilman Brück
Prof. Dr. Christian Dreger
Dr. Ferdinand Fichtner
Prof. Dr. Martin Gornig
Prof. Dr. Peter Haan
Prof. Dr. Claudia Kemfert
Karsten Neuhoff, Ph.D.
Prof. Dr. Jürgen Schupp
Prof. Dr. C. Katharina Spieß
Prof. Dr. Gert G. Wagner
Prof. Georg Weizsäcker, Ph.D.

Chefredaktion

Dr. Kurt Geppert
Nicole Walter

Redaktion

Renate Bogdanovic
Susanne Marcus
Dr. Richard Ochmann
Dr. Wolf/Peter Schill

Lektorat

Dr. Ingrid Tucci
Kornelia Hagen

Textdokumentation

Lana Stille

Pressestelle

Renate Bogdanovic
Tel. +49-30-89789-249
Susanne Marcus
Tel. +49-30-89789-250
presse@diw.de

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
Postfach 7477649
Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. 01805 - 19 88 88, 14 Cent./min.
ISSN 0012-1304

Gestaltung

Edenspiekermann

Satz

eScriptum GmbH & Co KG, Berlin

Druck

USE gGmbH, Berlin

Nachdruck und sonstige Verbreitung –
auch auszugsweise – nur mit Quellen-
angabe und unter Zusendung eines
Belegexemplars an die Stabsabteilung
Kommunikation des DIW Berlin
(kundenservice@diw.de) zulässig.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier.