

# Pflegebedarfe und Pflegesettings – Ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern\*

ERIKA SCHULZ UND JOHANNES GEYER

Erika Schulz, DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, E-Mail: [eschulz@diw.de](mailto:eschulz@diw.de)  
Johannes Geyer, DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, E-Mail: [jgeyer@diw.de](mailto:jgeyer@diw.de)

**Zusammenfassung:** Angesichts der Alterung der Bevölkerung rückt die adäquate Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger immer stärker ins Blickfeld der öffentlichen Diskussion. Obwohl gegenwärtig in nahezu allen europäischen Staaten staatliche Pflegeleistungen gewährt werden, unterscheiden sie sich beträchtlich im Umfang und nach den Arten der gewährten Leistungen. Dieser Beitrag zeigt anhand von fünf ausgewählten Ländern, wie der Bedarf an Hilfe und Pflege durch die unterschiedlichen Pflegesettings gedeckt wird. Einbezogen wurden die Länder Dänemark, Deutschland, Italien, Polen und Slowakei. Diese Länder decken das Spektrum unterschiedlicher Pflegesysteme in Europa ab: von einem umfassenden Wohlfahrtsstaat in Dänemark bis zu einem praktisch nicht existierenden Pflegesystem in Polen. In den fünf Staaten sind insgesamt 15,5 Millionen Personen hilfe- und pflegebedürftig. Nur ein Teil dieser Personen erhält staatliche Pflegeleistungen. In Dänemark ist dieser Anteil mit 59 Prozent am höchsten, in Polen mit 12 Prozent am niedrigsten. Deutschland (31 Prozent), Italien (34 Prozent einschließlich der Geldleistungsbezieher für Schwerbehinderte) und Slowakei (24 Prozent) liegen dazwischen. Ein Großteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen ist somit auf familiäre Pflege und Hilfe angewiesen. Angesichts der Alterung der Bevölkerung und auch der Pflegekräfte kommt der Unterstützung familiärer Pflegekräfte eine hohe Bedeutung zu.

→ JEL Classification: I11, I18, J11

→ Keywords: Long-term care systems, care recipients, informal caregivers, long-term care workforce

\* Dieser Beitrag basiert auf Ergebnissen, die im Rahmen des von der EU finanzierten Forschungsprojektes NEUJOBS (Creating and Adapting Jobs in Europe in the Context of a Socio-ecological Transition) im Workpackage12 (Health and Long-term care) erarbeitet wurden. Detaillierte Analysen wurden für Polen von S. Golinowska, E. Kocot und A. Sowa (CASE), für die Slowakei von M. Radvanský und I. Lichner (Ekonomickýústav SAV), für Italien von F. Coda Moscarola (CeRP-CCA und University of Turin) sowie für Dänemark von E. Schulz (DIW Berlin) und für Deutschland von E. Schulz und J. Geyer (beide DIW Berlin) erstellt. Die Länderberichte und weitere Informationen sind frei verfügbar unter [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu)

**Summary:** Due to demographic ageing the number of people in need of long-term care is expected to increase markedly in the coming decades. The public debate focuses on the question of how to organize an adequate provision of long-term care. Almost all European countries provide some support for long-term care. However, national care systems differ in both types and scale of support. This article shows for five selected EU countries how and if demand for long-term care is met by a mix of formal and informal care. We analyse Germany, Denmark, Poland, Italy and Slovakia which represent the variation of care regimes across Europe. In these five countries, about 15 million people report permanent impairments in daily living. However, only a fraction receives formal long-term care. The share is highest in Denmark (59 percent) and lowest in Poland (12 percent). Germany (31 percent), Italy (34 percent), and Slovakia (24 percent) are in between these two extremes. A large share of the frail elderly is dependent on informal help by family members. In the face of an ageing population and an ageing long-term care workforce, family care is an important pillar of all care systems.

## I Einleitung

Die Alterung der Bevölkerung, der Wandel der Haushalts- und Lebensformen, die steigende Erwerbstätigkeit der Frauen sowie der älteren Erwerbspersonen hat in der europäischen Gemeinschaft die Diskussion um eine adäquate Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger intensiviert. Gegenwärtig werden in nahezu allen europäischen Ländern staatliche Pflegeleistungen gewährt, sei es in Form von institutionellen oder ambulanten Pflegeangeboten oder von Geldleistungen. Der Umfang und die Arten der gewährten Leistungen hängen entscheidend von der Organisation der Pflege im Gesundheits- und Sozialsystem ab und unterscheiden sich daher deutlich zwischen den Staaten. Eine grobe Unterscheidung lässt sich anhand der Bedeutung der informellen Pflege – also der Pflege durch Familienangehörige – im Vergleich zum Umfang der formellen Pflege (Pflege durch professionelle Pflegekräfte) treffen. Es gibt Länder, die ein starkes Gewicht auf den formellen Sektor legen und die Verantwortung für die Pflege von Angehörigen übernehmen (zum Beispiel die skandinavischen Länder). Daneben gibt es eine Reihe von Ländern, die Pflege durch beide Sektoren organisieren (zum Beispiel Deutschland oder auch Frankreich). Andere Länder organisieren die Pflege zum größten Teil durch informelle Pflege, sie beruht damit vor allem auf familiären Netzwerken (zum Beispiel Italien oder Polen). Je nachdem, welches System vorherrscht, ergeben sich unterschiedliche Auswirkungen der demografischen Entwicklung.

Unser Beitrag zeigt, wie hoch der Bedarf an Hilfe und Pflege und wie die Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger in fünf ausgewählten europäischen Ländern gestaltet ist. Dabei berücksichtigen wir unterschiedliche Systeme: Analysiert wird die Situation in Dänemark als Beispiel für ein umfassendes staatlich organisiertes Pflegesystem, in Deutschland, das für einen Mix aus informellen und formellen Elementen des Pflegesystems steht, in Italien, das über ein traditionelles, in erster Linie informelles Pflegesystem verfügt. Analysiert werden zudem die Pflegesysteme in den 2004 beigetretenen EU-Staaten Polen und Slowakei, die informelle Pflegesysteme sowie im Aufbau befindliche soziale Sicherungssysteme repräsentieren. Die ausgewählten Länder zeigen die Gestaltungsmöglichkeiten bei der Organisation der Pflegesysteme, der gewährten staatlichen Leistungen sowie die unterschiedliche Bedeutung der informellen Pflege.

Im ersten Abschnitt des Beitrags wird erörtert, wie der Bedarf an Hilfe und Pflege erfasst werden kann. Im zweiten Abschnitt werden die Pflegesysteme, die gewährten Leistungen sowie die Zahl der Leistungsempfänger dargestellt. Die Gegenüberstellung von Pflegebedarfen und Empfän-

gern staatlicher Pflegeleistungen gibt Hinweise auf den Umfang der Hilfe- und Pflegebedürftigen, die auf informelle Pflege angewiesen sind oder allein – eventuell mit Hilfe privat finanzierter Pflegekräfte – zurechtkommen (müssen). Der dritte Abschnitt analysiert Art und Ausmaß der erbrachten informellen Pflege. Schließlich wird im letzten Abschnitt die Ausstattung in der Pflege insgesamt zusammengefasst und diskutiert.

## 2 Erfassung von Hilfe- und Pflegebedarf

Die Erfassung des Bedarfs an Hilfe und Pflege ist nicht trivial, da auch nicht gedeckte Bedarfe sowie die reine informelle Hilfe und Pflege ohne staatliche Unterstützung erfasst werden sollen. Eine zusätzliche Schwierigkeit ergibt sich, wenn der Bedarf zwischen verschiedenen Ländern verglichen werden soll. Denn hierzu müssen über alle untersuchten Länder vergleichbare Daten und Definitionen verwendet werden. Es gibt insgesamt nur wenige Informationen über die Zahl der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Die OECD definiert „Personen mit Pflegebedarf“ als

*„persons with a reduced degree of functional capacity, physical or cognitive, and who are consequently dependent for an extent period of time on help with basic activities of daily living (ADL), such as bathing, dressing, eating, getting in and out of bed or chair, moving around and using the bathroom. This is frequently provided in combination with basic medical care, prevention, rehabilitation or services of palliative care. Long-term care services also include lower-level care related to help with instrumental activities of daily living (IADL), such as help with housework, meals, shopping and transportation“ (Fujisawa and Colombo 2009).*

Voraussetzungen für einen Pflegebedarf sind somit langfristige Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Bedarf an Hilfe bei Verrichtungen im Haushalt oder im Bereich der Versorgung (zum Beispiel Einkaufen). Es kommt hierbei nicht auf eventuell zugrunde liegende Erkrankungen an. Ein Bedarf an Hilfe kann sich beispielsweise aus der Wohnsituation ergeben. Wenn Personen beispielsweise Probleme mit dem Treppensteigen haben, ist Hilfebedarf umso wahrscheinlicher je mehr Treppenstufen im Alltag regelmäßig zu bewältigen sind.

Über die funktionellen Einschränkungen der Bevölkerung in privaten Haushalten in europäischen Staaten erheben zwei Surveys vergleichbare Daten: die Europäische Statistik über Einkommen und Lebensverhältnisse (European Union Statistics on Income and Living Conditions – EU SILC) und die Befragung über Gesundheit, Alterung und Verrentung in Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE). In beiden Surveys werden allerdings die Personen, die in Institutionen wie Alters- und Pflegeheimen leben, nicht befragt. Da ein Teil der Pflegebedürftigen in Einrichtungen lebt und nicht mehr im ursprünglichen Haushalt, unterschätzen diese Befragungen tendenziell in den hohen Altersklassen den Anteil Pflegebedürftiger (European Commission DG ECFIN and Economic Policy Committee (EC EPC) 2012). Dieser Effekt fällt in Ländern mit einer größeren institutionalisierten Bevölkerung entsprechend höher aus.

## 2.1 Pflegebedarf: Selbsteinschätzung der befragten Personen in privaten Haushalten

Der EU SILC Survey enthält eine Frage nach der Selbsteinschätzung der Einschränkungen in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten (Eurostat 2013). Die Frage lautet: „For at least the past 6 months, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do? Would you say you have been severely limited, limited but not severely or not limited at all?“ Die Europäische Union hat in ihrem Ageing Report 2012 die Zahl der Personen, die sich selbst in den gewöhnlichen Aktivitäten als erheblich eingeschränkt bezeichneten, als Indikator für den Umfang der Pflegebedürftigkeit verwendet (European Commission DG ECFIN and Economic Policy Committee (EC EPC) 2012).

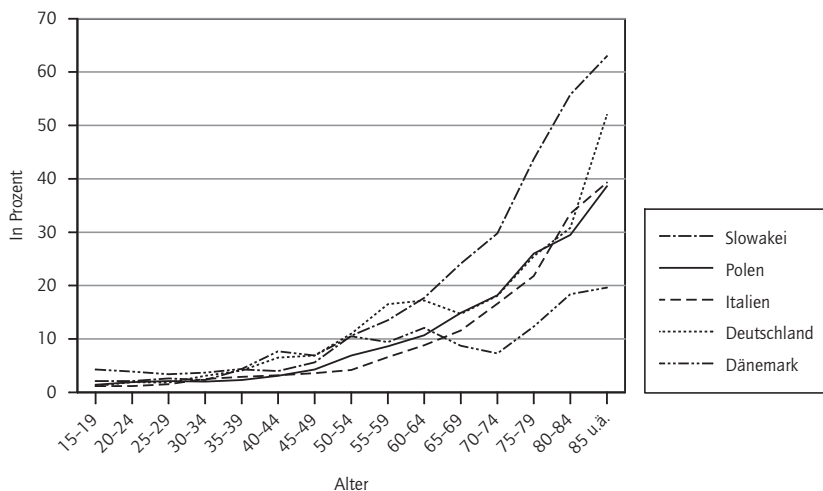
Gemessen an den im Ageing Report ausgewiesenen *dependency rates* steigt der Anteil der Personen mit längerfristigen erheblichen Einschränkungen in den gewöhnlich ausgeübten Tätigkeiten in den hier betrachteten fünf europäischen Staaten generell mit zunehmendem Alter an (Abbildung 1). Dennoch bestehen diesbezüglich signifikante Unterschiede zwischen den Staaten. In der Slowakei sind rund zwei Drittel der 85-Jährigen und Älteren von erheblichen Einschränkungen in den gewöhnlich ausgeübten Aktivitäten betroffen, in Dänemark unter 20 Prozent. In den anderen Ländern – Deutschland, Italien, Polen – liegen die Beeinträchtigungsraten zwischen diesen beiden Extremen.

Aus den Anteilen der Personen mit erheblichen Einschränkungen und der jeweiligen Bevölkerung lässt sich die Zahl der Personen mit erheblichen Einschränkungen in den fünf einbezoge-

Abbildung 1

### Anteil erheblich in den gewöhnlichen Aktivitäten eingeschränkter Personen

2010



Quelle: Ageing Report 2012 basierend auf EU SILC Daten, Berechnungen des DIW Berlin.

Tabelle 1

**Personen mit längerfristigen, erheblichen Einschränkungen in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten nach Altersgruppen**  
2010

Altersgruppen	Dänemark	Deutschland	Italien	Polen	Slowakei	Insgesamt
<b>Altersstruktur in Prozent</b>						
0-34 Jahre	19,4	6,4	7,9	12,6	11,3	8,2
35-49 Jahre	20,7	14,3	11,0	10,1	10,7	12,8
50-74 Jahre	42,8	48,4	38,2	47,3	48,8	45,3
75 Jahre und älter	17,0	30,9	42,9	29,9	29,2	33,6
<b>Personen in 1 000</b>						
Insgesamt	369	8 011	4 217	2 389	501	15 487

Quelle: Ageing Report 2012, Eurostat, Berechnungen des DIW Berlin.

nen Ländern errechnen. Im Jahr 2010 waren danach in den fünf Ländern zusammen rund 15,5 Millionen Personen in ihren täglichen Aktivitäten längerfristig erheblich eingeschränkt (Tabelle 1). Für die einzelnen Länder ergeben sich folgende Werte: Dänemark rund 370 000, Deutschland 8,0 Millionen, Italien 4,2 Millionen, Polen rund 2,4 Millionen und Slowakei 500 000. Im Durchschnitt ist rund ein Drittel der erheblich eingeschränkten Personen 75 Jahre alt und älter.

## 2.2 Personen im Alter von 50 und älter mit Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens

Der zweite europäische Survey SHARE erfasst die Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) detaillierter als EU-SILC: etwa die Möglichkeit, selbständig aus dem Bett aufzustehen oder sich in der Wohnung ohne Hilfe zu bewegen (SHARE 2013). Neben den Einschränkungen in den Aktivitäten wird auch erfragt, ob Personen ausschließlich Hilfe bei der Verrichtung von Haushaltstätigkeiten oder beim Einkaufen benötigen (IADL). Der SHARE Survey ermöglicht dadurch differenziertere Analysen als EU SILC, hat jedoch den Nachteil, dass er sich auf Personen beschränkt, die mindestens 50 Jahre alt sind. Der international gebräuchlichen Vorgehensweise entsprechend werden Personen mit Pflegebedarf als diejenigen abgegrenzt, die Einschränkungen in mindestens einem ADL-Bereich (personenbezogene Hilfe) aufweisen. Benötigen Personen ausschließlich IADL-Hilfe, werden sie als Personen mit Hilfebedarf (nicht Pflegebedarf) klassifiziert. Um valide Aussagen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht zu erhalten, verwenden wir gepoolte Daten aus den Erhebungswellen mit den entsprechenden Fragestellungen (Wellen 1 (2004), 2 (2006/7) und 4 (2010) für Dänemark, Deutschland und Italien sowie Wellen 2 und 4 für Polen). Die Slowakei ist nicht im SHARE Survey vertreten. Wir differenzieren zwischen Personen mit Einschränkungen in mindestens einem Bereich der ADL, Personen, die ausschließlich IADL-Hilfe benötigen, sowie Personen die keinerlei Einschränkungen haben. Generell ergeben sich auf Basis des SHARE Survey ähnliche Resultate wie auf Basis des EU SILC: Der Anteil der Personen mit Einschränkungen nimmt mit dem Alter zu und ist – vor allem in der höchsten Altersklasse – für Frauen höher als für Männer (Tabelle 2).

Tabelle 2

**Anteil der Personen mit und ohne Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens – ADL und IADL**

Altersgruppen	Männer			Frauen		
	Horizontalstruktur in Prozent					
	Einschränkungen					
	Mindestens in 1 ADL*	Ausschließlich in IADL**	Keine***	Mindestens in 1 ADL*	Ausschließlich in IADL**	Keine***
<b>Dänemark</b>						
50-59 Jahre	4,4	3,5	92,1	5,2	6,7	88,1
60-69 Jahre	6,5	3,0	90,5	6,2	7,1	86,7
70-79 Jahre	10,3	8,2	81,5	9,8	14,8	75,4
80 Jahre und älter	25,9	16,1	58,0	30,0	22,2	47,8
50 Jahre und älter	8,0	5,3	86,7	10,0	10,7	79,3
<b>Deutschland</b>						
50-59 Jahre	7,6	(2,1)	90,2	4,4	4,1	91,5
60-69 Jahre	8,5	4,7	86,8	8,4	6,6	85,0
70-79 Jahre	10,8	5,9	83,3	15,8	13,1	71,1
80 Jahre und älter	35,9	(7,6)	56,5	40,4	17,7	41,9
50 Jahre und älter	10,9	4,3	84,7	13,9	9,2	76,9
<b>Italien</b>						
50-59 Jahre	(3,4)	(1,3)	95,3	3,8	4,8	91,3
60-69 Jahre	4,9	4,1	91,0	6,2	8,6	85,2
70-79 Jahre	10,6	7,8	81,5	19,7	15,7	64,6
80 Jahre und älter	29,1	16,7	54,2	46,9	22,0	31,0
50 Jahre und älter	8,3	5,4	86,3	16,0	11,6	72,4
<b>Polen</b>						
50-59 Jahre	11,0	(3,8)	85,2	9,5	4,0	86,4
60-69 Jahre	16,5	5,3	78,3	17,6	10,2	72,2
70-79 Jahre	21,2	12,1	66,6	30,5	16,5	53,0
80 Jahre und älter	37,3	15,9	46,9	49,3	19,2	31,4
50 Jahre und älter	16,8	6,7	76,5	21,8	10,7	67,5

Werte in Klammern basieren auf weniger als 30 Fällen.

\* Mit und ohne zusätzlichen Hilfebedarf in IADL. \*\* Ohne Einschränkungen in ADL. \*\*\* Keine Einschränkungen in ADL und/oder in IADL.

Quelle: SHARE Wellen 1, 2, und 4; Polen Wellen 2 und 4; Daten gepoolt und gewichtet; Berechnungen des DIW Berlin.

Der Anteil der 50-jährigen und älteren Personen mit Einschränkungen in mindestens einem Bereich der ADL liegt bei Männern zwischen acht Prozent in Dänemark und 17 Prozent in Polen und bei Frauen zwischen zehn Prozent und 22 Prozent. In Polen weisen die Werte für die Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen vergleichsweise hohe Werte für die Einschränkungen in den ADL auf. Dies kann teilweise durch spezifische Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen und den relativ hohen Anteil von Verkehrsunfällen erklärt werden (Golinowska und Sowa 2012). Im

Gegensatz zu der EU-SILC-Befragung weisen die Werte für die Einschränkungen in den ADL in Dänemark höhere Werte für die älteren Personen auf.

Der Anteil der Personen, die ausschließlich Hilfe bei der Verrichtung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten benötigen, ist in allen in die Untersuchung einbezogenen Ländern vergleichsweise gering. Die Bandbreite reicht für Männer von 4,3 Prozent in Deutschland bis zu 6,7 Prozent in Polen, für Frauen von 9,2 Prozent (Deutschland) bis zu 11,6 Prozent (Italien). Der überwiegende Teil der Personen in privaten Haushalten im Alter von 50 bis 79 Jahren hat keine Einschränkungen, weder in den IADL noch in den ADL.

### 2.3 Vergleich der Ergebnisse beider Befragungen

Die beiden Haushaltsbefragungen EU SILC und SHARE versuchen den Kreis der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf auf unterschiedliche Weise zu erfassen. Während EU SILC global nach der Selbsteinschätzung der längerfristigen Einschränkungen in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten fragt und nicht weiter nach den Bereichen ADL und IADL differenziert, werden in SHARE die verschiedenen Einschränkungen differenziert erfragt. Obwohl die unterschiedlichen Vorgehensweisen und Fragestellungen einen Einfluss auf die Befragungsergebnisse haben, sollen hier dennoch die Ergebnisse für die Personen im Alter von 50 Jahren und älter verglichen werden. Die Zahl der Personen (50 Jahre und älter) mit erheblichen Einschränkungen in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten aus EU SILC wird mit der Zahl der Personen mit Einschränkungen in zumindest einem Bereich der ADL, unabhängig, ob mit oder ohne zusätzliche Einschränkungen in IADL, verglichen (Tabelle 3).

Da der EU SILC nicht gezielt nach den Einschränkungen in ADL fragt, ist zu vermuten, dass die Zahl der Personen mit Einschränkungen in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten die Zahl der Personen mit zumindest einer ADL-Einschränkung übersteigt. Dies ist in den drei Ländern Dänemark, Deutschland und Italien der Fall. Besonders hoch fällt die Differenz in Deutschland

Tabelle 3

#### **Personen mit erheblichen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens**

Vergleich EU SILC und SHARE, in 1 000 Personen

Länder	Personen (50 Jahre und älter) mit langfristigen Einschränkungen		Differenz
	in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten	in mindestens einer Tätigkeit aus den Bereichen der ADL	
	EU SILC	SHARE	
Dänemark	221	180	41
Deutschland	6 352	4 161	2 191
Italien	3 419	2 956	463
Polen	1 845	2 445	-600

Quelle: EU SILC, SHARE Wellen 1, 2, 4; Polen Wellen 2 und 4; Daten gepoolt und gewichtet; Berechnungen des DIW Berlin.

mit fast 35 Prozent aus. Für Polen ergeben sich aus den SHARE-Daten höhere Werte als aus der EU-SILC-Befragung. Die Differenz ist erheblich und weist auf Erfassungsprobleme hin.

### 3 Staatliche Pflegeleistungen in ausgewählten europäischen Ländern

Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sind in der Regel ein mit dem Alter einhergehender kontinuierlicher Prozess. Häufig wird dieser Prozess durch leichte Schlaganfälle oder einsetzende Krebsleiden begleitet und verstärkt. Seltener ergeben sich Einschränkungen in ADL allein aufgrund von Akuterkrankungen, wie etwa Unfällen. Die meisten Personen wollen im Falle des Hilfe- und Pflegebedarfs in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und nicht in ein Heim umziehen. Bei leichteren Einschränkungen können viele Personen durch Anpassung der Wohnung durch altersgerechte Umbauten oder mit technischen Hilfsmitteln weiterhin ohne fremde Hilfe selbständig leben. Bei Paarhaushalten wird die Übernahme der üblicherweise von dem Pflegebedürftigen vollbrachten hauswirtschaftlichen Tätigkeiten durch den Partner als auch die Hilfe bei der persönlichen Pflege zumeist als selbstverständlich angesehen. Dies gilt ebenso in Bezug auf die Hilfe durch Familienangehörige oder enge Freunde. Dennoch wird mit zunehmender Einschränkung Hilfe von Dritten notwendig. Dies gilt insbesondere, wenn der Partner selber im fortgeschrittenen Alter ist oder der Pflegebedürftige alleine wohnt.

Die hier untersuchten Staaten verfügen über unterschiedliche Pflegesysteme. Die Arten und die Höhe der verfügbaren staatlichen Hilfen und Pflegeleistungen beeinflussen wesentlich die realisierten Pflegesettings. Im Folgenden werden wichtige Elemente staatlicher Pflegeleistungen für die ausgewählten Länder dargestellt und die Zahl der Leistungsempfänger ausgewiesen.

#### Dänemark

Dänemark hat seinem Wohlfahrtsstaatsprinzip entsprechend ein umfassendes soziales Sicherungssystem, das Hilfe und Pflege jedem mit Bedarf gewährt. Anspruchsberechtigt sind alle Einwohner unabhängig von der Höhe des Einkommens oder Vermögens, des Alters und dem Vorhandensein potentieller familiärer Pflegekräfte. Personen, die Hilfe bei der Haushaltsführung oder persönliche Pflege benötigen, haben Anspruch auf sogenannte *Home-help*-Leistungen, unabhängig von der Art (ADL oder IADL) und dem Umfang der benötigten Hilfe. Das bedeutet: Auch Personen mit einem Bedarf an Hilfe und Pflege von lediglich einer Stunde pro Woche haben einen Anspruch, diese zu erhalten (Schulz 2010a). Verantwortlich für diese Sozialleistungen sind die Kommunen. Entsprechend den Wünschen der meisten Pflegebedürftigen, solange wie möglich in der gewohnten Umgebung wohnen bleiben zu können, hat ambulante Pflege und Hilfe den expliziten Vorrang vor der institutionellen Pflege. Erst wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist, wird eine Versorgungsvariante gesucht. Die Versorgung in klassischen Pflegeheimen hat hierbei die geringste Priorität. Seit 1987 werden keine neuen Pflegeheime mehr gebaut (Strandberg-Larsen et al. 2007). Stattdessen wird anderen Wohnformen mit Service- und Betreuungsangeboten der Vorzug gegeben (*service-enriched housing*). Das Ziel ist es, Versorgungsangebote zu schaffen, die eine bedarfsgerechte Betreuung abhängig von der Art und Schwere der erforderlichen Hilfe und Pflege außerhalb eines klassischen Pflegeheimes ermöglichen. Solche Versorgungsangebote sind oftmals an ein Pflegeheim oder an andere institutionelle Versorgungsangebote (Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen, Betreutes Wohnen, Gesundheitszentren) angebunden. Damit soll eine effiziente Versorgung mit Personal und Hilfeangeboten erfolgen



(Brodsky et al. 2003). Im Jahre 2010 gab es rund 47 000 Betten in solchen Versorgungsangeboten (Pflegeheime, Betreutes Wohnen, Wohnen mit Serviceangeboten), das waren 51 Betten je 1 000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter (Tabelle 4).

### *Deutschland*

In Deutschland wurde 1995 die gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt, die ambulante und institutionelle Pflegeleistungen oder Geldleistungen für selbstbeschaffte Pflege für Personen mit zumindest erheblichem Pflegebedarf erbringt. Die gewährten Leistungen sind nicht abhängig vom Alter, Einkommen, Vermögen oder dem Vorhandensein informeller Pflegekräfte, sie decken jedoch nur einen Teil der Gesamtkosten ab (Schulz 2010b). Anspruchsberechtigt sind Personen, die Hilfe bei mindestens zwei Tätigkeiten in einem oder mehreren Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens (persönliche Pflege, Essenszubereitung, Mobilität) für mindestens 45 Minuten am Tag (Basispflege) und zusätzlich Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung (IADL) benötigen. Die Hilfe und Pflege muss für mindestens 90 Minuten am Tag erforderlich sein. Wie in Dänemark hat die ambulante häusliche Versorgung strikte Priorität vor der Versorgung in einem Pflegeheim oder betreuten Wohngruppen. Institutionelle Pflegeleistungen werden erst gewährt, wenn eine Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist.

Der größte Teil der Leistungsempfänger erhält Geldleistungen (Pflegegeld) für selbst beschaffte Hilfe und Pflege. Die Höhe der Leistungen richtet sich nach dem Grad der Einschränkungen, die in drei Pflegestufen unterschieden werden. Größtenteils werden Geldleistungen zur Unterstützung helfender und pflegender Familienangehöriger verwendet (informelle Pflege). Im Jahr 2011 erhielten rund 1,2 Millionen Pflegebedürftige solche Geldleistungen. Die Kosten für ambulante Pflege durch professionelle Pflegekräfte werden je nach Grad der Einschränkungen für ein zuvor definiertes Bündel erforderlicher Einzelleistungen von der Pflegeversicherung übernommen. Darüber hinausgehende Leistungen, die ein Pflegebedürftiger eventuell zusätzlich wünscht, sind privat zu finanzieren. Insgesamt erhielten 2011 rund 0,6 Millionen Personen Pflege durch ambulante Pflegedienste. Es gibt auch die Möglichkeit, Geldleistungen mit ambulanten Pflegedienstleistungen zu kombinieren. Dies wird zumeist notwendig, wenn der helfende Partner selbst im fortgeschrittenen Alter ist und schwere körperliche Pflege nicht mehr alleine bewältigen kann. Rund 0,250 Millionen erhielten neben der Hilfe von ambulanten Pflegediensten auch Geldleistungen. Diese sogenannten Kombileistungsempfänger sind in der Zahl der Personen mit Leistungen von ambulanten Pflegediensten enthalten, nicht jedoch in der Zahl der Pflegegeldempfänger.

Die Kosten für eine Unterbringung in einem Pflegeheim werden von der Pflegeversicherung nur zum Teil übernommen. Erstattet werden ausschließlich die Kosten für die persönliche Pflege und Hilfe. Die Höhe der erstatteten Beträge ist abhängig von der Pflegestufe (1 bis 3 sowie Härtefälle). Die sogenannten Hotelkosten (Kosten für die Unterbringung und Verpflegung) sind dagegen von den Heimbewohnern selbst zu tragen. Dies gilt auch für die Investitionskosten. Die Zuzahlungen sind deshalb bei einer Heimunterbringung hoch und betragen oftmals mehr als die Hälfte der Gesamtkosten. Können Personen diese finanziellen Leistungen nicht selbst aufbringen, können sie Leistungen aus der Sozialhilfe beantragen (Hilfe zur Pflege). Die Gewährung dieser Sozialleistungen ist einkommensabhängig, und es besteht ein Erstattungsanspruch an die Kinder und Kindeskinde. Im Jahr 2010 existierten 12 354 Pflegeheime mit insgesamt 876 000 Betten, das waren 52 Betten je 1 000 Personen im Alter von mindestens 65 Jahren. Nach der Pflegestatistik lebten 2011 rund 740 000 Leistungsempfänger in Pflegeheimen (Statistisches

Bundesamt 2013). Zusätzlich erhielten rund 40 000 Personen teilstationäre Leistungen der Tages- oder Nachtpflege. Zusätzlich wird Kurzzeit- und Verhinderungspflege zur Entlastung der familiären Pflegekräfte in Pflegeheimen gewährt. Diese Pflegebedürftigen erhalten jedoch auch Geldleistungen oder ambulante Pflegeleistungen und werden zur Vermeidung von Doppelzählungen nur unter diesen Leistungen erfasst.

### Italien

In Italien werden generell drei Arten staatlicher Pflegeleistungen für ältere Personen erbracht: Pflegeleistungen von ambulanten Diensten (*community care*), Pflege in Pflegeheimen und Geldleistungen. Die Langzeitpflege ist die Aufgabe der Kommunen, und die Gewährung von Pflegeleistungen ist einkommensabhängig (Tediosi und Gabriele 2010). In Italien existiert deshalb kein einheitliches, nationales Pflegesystem. Vielmehr haben die Kommunen Freiheiten in der Ausgestaltung der sozialen Pflegeleistungen. Diese unterscheiden sich deshalb merklich zwischen den Kommunen und hängen nicht zuletzt von deren finanziellen Möglichkeiten ab. So sind sowohl die Zugangsbedingungen und der Kreis der Anspruchsberechtigten als auch die Verfügbarkeit, die Arten und die Höhe der gewährten Leistungen regional unterschiedlich. Zudem differiert die Art der Finanzierung der kommunalen Pflegeleistungen. Generell sind die personenbezogenen sozialen Leistungen unterfinanziert, und die Qualität und Höhe der gewährten Leistungen variiert deutlich zwischen den Kommunen. Im Jahr 2010 erhielten insgesamt rund 600 000 Personen Leistungen der ambulanten Pflege (einschließlich der Bezieher von Geldleistungen) und 394 000 Personen erhielten Leistungen in Pflegeheimen (Coda Moscarola 2013). Im Durchschnitt gab es im Jahr 2010 rund 17 Betten in Pflegeheimen je 1 000 Einwohner im Alter von mindestens 65 Jahren. Dies ist nur rund ein Drittel des Versorgungsniveaus, das in Deutschland oder Dänemark erreicht wird.

Die Zahl der Leistungsempfänger zu Hause umfasst auch die Bezieher von Geldleistungen. Schwerbehinderte (100 Prozent) und schwer Pflegebedürftige (Personen, die nicht mehr in der Lage sind, die Tätigkeiten des täglichen Lebens ohne ständige Hilfe selbständig durchzuführen) haben einen Anspruch auf Geldleistungen aus dem nationalen Versorgungssystem (*cash benefit system*). Die Geldleistungen sind nicht einkommensabhängig, und der Fokus liegt auf Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, nicht auf Einschränkungen in den ADL oder den IADL. Einige Kommunen gewähren darüber hinaus auch Geldleistungen für pflegebedürftige Einwohner, aber es gibt keine Statistik über die Zahl dieser Geldleistungsempfänger.

### Polen

Staatlich finanzierte Pflegeleistungsangebote sind in Polen (nach wie vor) selten. Es findet sich eine Reihe von Leistungen im Bereich der Pflege für Schwerbehinderte und Pflegebedürftige, die entweder im Gesundheits- oder dem Sozialsystem angesiedelt sind. Öffentliche institutionelle Pflege wird sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialhilfesystem nur in den Fällen gewährt, in denen ein hoher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der Barthel-Index, der die Einschränkungen in den ADL summiert und gewichtet wiedergibt, muss zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit kleiner als 40 von maximal 100 Punkten sein. Zusätzlich darf die pflegebedürftige Person nur über ein geringes Einkommen verfügen, und es dürfen keine nahen Familienangehörigen vorhanden sein, die die Pflege übernehmen könnten (meistens alleinlebende Personen). Im Jahr 2010 erhielten rund 88 000 Personen institutionelle Pflege (Tabelle 4). Insgesamt standen rund 90 000 Betten für die Langzeitpflege zur Verfügung, dies sind rund 17 Betten je 1 000 Personen

im Alter von 65 Jahren und älter. Dies entspricht ungefähr dem Versorgungsniveau in Italien und liegt damit ebenfalls merklich unter dem Niveau in Deutschland oder Dänemark. Golinowska et al. (2013) weisen in ihrem Report über das polnische Pflegesystem etwas höhere Zahlen institutioneller Pflegeempfänger aus. Im Jahr 2010 wohnten demnach rund 47 000 Personen in Pflegeeinrichtungen des Gesundheitssektors und zusätzlich rund 71 600 Personen (einschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen) in Einrichtungen des Sozialsystems. Der Unterschied ist auf die engere Definition der einzubeziehenden Personen der OECD zurückzuführen, die auf Personen mit Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens fokussiert (ADL und IADL).

Die Bereitstellung ambulanter Pflegeleistungen ist die Aufgabe der Kommunen. Die Anspruchsvoraussetzungen sind jedoch die gleichen wie für institutionelle Pflegeleistungen: Öffentliche Leistungen werden nur Schwerstpflegebedürftigen mit geringem Einkommen, die in der Regel alleine wohnen und keine Pflege von Familienangehörigen erhalten, gewährt. Angesichts der prekären finanziellen Situation vieler Kommunen ist das Angebot an (öffentlich finanzierten) ambulanten Pflegeleistungen gering. Die OECD geht davon aus, dass im Jahr 2006 lediglich rund 2 000 Personen solche Leistungen erhalten haben (Tabelle 4). Golinowska et al. (2013) gehen von einer deutlich höheren Zahl von Leistungsempfängern aus. Demnach bezogen 2010 rund 89 300 Personen Leistungen für Hilfe und Pflege aus dem Sozialsystem und weitere etwa 60 000 Personen erhielten häusliche (Kranken-)Pflege aus dem Gesundheitssystem.

### *Slowakei*

In der Slowakei ist die Bereitstellung öffentlicher Hilfe- und Pflegeangebote die Aufgabe der Kommunen im Rahmen des Sozialsystems. Die Kommunen erbringen institutionelle Pflegeleistungen in Heimen und als Tagespflege und ambulante Pflege. Die Gewährung der Leistungen ist einkommensabhängig und hängt zudem vom verfügbaren familiären Pflegepotential ab. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird anhand der ADL-Kriterien (zwölf Kriterien wie zum Beispiel selbständig essen, Mobilität, Hygiene, Orientierung) gemessen. Personen, die von den 120 erreichbaren Punkten weniger als 105 erreichen, werden als pflegebedürftig eingestuft (Radvansky und Palenik 2010). Zudem werden die sozialen und familiären Ressourcen bewertet. Das medizinische wie auch das soziale Begutachtungsergebnis determinieren die Höhe und Art des Pflegebedarfs und damit die gewährten Leistungen. Sowohl für die Pflege in Heimen als auch für die ambulante Pflege sind Zuzahlungen erforderlich. Im Jahr 2010 standen rund 33 000 Betten in Pflegeheimen zur Verfügung, dies sind auf 1 000 Personen im Alter von mindestens 65 Jahren 49 Betten (OECD 2013). Damit liegt die Versorgung in der institutionellen Pflege nur geringfügig unter derjenigen in Deutschland oder Dänemark. Radvansky und Palenik (2010) geben in ihrem Report über das Pflegesystem in der Slowakei an, dass Pflegeheimplätze bei Weitem nicht dem Bedarf entsprechend angeboten werden und Wartezeiten von mehreren Jahren die Regel sind. Im Jahre 2010 erhielten insgesamt 83 000 Personen ambulante Pflegeleistungen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in den fünf ausgewählten europäischen Staaten Pflegesysteme mit deutlich unterschiedlichen Leistungsangeboten existieren. Die Bandbreite reicht vom umfangreichen Sozialsystem in Dänemark bis hin zu einem nahezu nicht existierenden öffentlichen Pflegesystem in Polen. Generell ist die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen in Polen und der Slowakei auf die Hilfe und Pflege durch Familienangehörige angewiesen. Öffentlich finanzierte Pflegeangebote sind selten, und in Polen sind die meisten Pflegeheimplätze privat finanziert. In Italien hat jede Kommune ihr eigenes Pflegesystem mit merklichen Un-

Tabelle 4

**Plätze in Pflegeheimen und Leistungsempfänger**  
2010

Länder	Betten	Anzahl der Leistungsempfänger*		
	Stationäre Pflege	In Heimen	Zu Hause	
			Ambulante Pflege	Geldleistungen
In 1 000				
Dänemark	47	44	128	
Deutschland	876	743	576	1 182
Italien**	213	386	597	
Polen	90	88	2***	
Slowakei	33	33	26	57

\* Staatliche Pflegeleistungen. \*\* Zusätzlich erhalten 498 000 Schwerbehinderte Geldleistungen, die oftmals für die Beschäftigung von Pflegekräften verwendet werden. \*\*\* 2003.  
Quelle: OECD Health Data (2013).

terschieden in der Art und Höhe der angebotenen Leistungen, abhängig auch von den finanziellen Möglichkeiten. In Deutschland werden Pflegeleistungen nur für Personen mit mindestens erheblicher Pflegebedürftigkeit gewährt und insbesondere für die Versorgung in Pflegeheimen fallen hohe Zuzahlungen an.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Plätze in stationärer Pflege und die Leistungsempfänger nach den Angaben der OECD. Diese Angaben weichen von den Werten, die wir von den im Projekt NEUJOBS für die jeweiligen Länder zuständigen nationalen Experten erhalten haben, insbesondere in Polen und Italien ab (Schulz und Geyer 2013). In Italien erhalten schwerbehinderte Personen Geldleistungen zum Ausgleich erforderlicher Mehraufwendungen. Diese werden zumeist zur Beschäftigung sogenannter *caretakers* (*badanti*) verwendet. Coda Moscarola (2013) schätzt, dass 498 000 Personen Pflege und Hilfe von solchen Kräften erhalten. In Polen ist die Erfassung der Leistungsbezieher von Pflegeleistungen schwierig. Werden auch die Personen einbezogen, die Leistungen aus dem Gesundheitssystem erhalten, ergeben sich wesentlich höhere Werte. Golinowska et al. (2013) schätzen, dass rund 140 000 Personen institutionelle und 149 000 ambulante Pflegeleistungen (einschließlich Behandlungspflege) erhalten. Für Dänemark weist die nationale Statistik höhere Werte von Leistungsempfängern ambulanter Pflege aus, rund 177 000 (Schulz 2013).

**4 Umfang informeller Pflege**

Tritt der Bedarf an Hilfe und Pflege auf, sind Familienangehörige die ersten Ansprechpartner. Im EUROBAROMETER (2007) wurde danach gefragt, welche Option als beste für die Versorgung alleinlebender Pflegebedürftiger angesehen wird. Als erstbeste Versorgungsvariante wurde in den betrachteten Ländern mit Ausnahme von Dänemark die Betreuung durch die Kinder angegeben. In Dänemark wurde formellen Pflegeangeboten der Vorzug gegeben. Aber auch wenn die familiäre Pflege generell bevorzugt wird, wird diese umso schwieriger, je länger der Bedarf

an Hilfe und Pflege besteht und je intensiver die erforderliche – vor allem persönliche – Pflege ist. Damit bestimmt auch die Verfügbarkeit staatlicher Pflegeangebote sowie die Höhe der erforderlichen Zuzahlungen die Art und Höhe der informellen Hilfe- und Pflegeleistungen (Suanet et al. 2012). So ist es in Dänemark üblich, dass die persönliche Pflege von professionellen Pflegekräften geleistet wird, die Familie jedoch zuständig für die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte ist (etwa Besuche öffentlicher Veranstaltungen). Zudem wird Hilfe in finanziellen Angelegenheiten oder etwa bei der Gartenarbeit häufig durch Familienangehörige geleistet (EUROFAM-CARE 2006). In Polen, das über ein geringes Angebot staatlicher Pflegeleistungen verfügt, ist die Familie zwangsläufig auch langfristig für die Versorgung und persönliche Pflege zuständig, sei es durch selbst erbrachte Pflegeleistungen oder durch privat engagierte und finanzierte (professionelle) Pflegekräfte.

Zwei Surveys, SHARE und EUROBAROMETER 283, geben Auskunft über den Anteil und die Zahl der Personen, die durch informelle Pflegekräfte gepflegt werden sowie über den Umfang der geleisteten informellen Pflege. Generell umfasst die informelle Pflege alle Arten der Hilfe, wie etwa Hilfe bei den finanziellen Angelegenheiten, beim Einkaufen, bei der Haushaltsführung und persönlichen Pflege – wie etwa Hilfe beim Waschen, Toilettengang, Aufstehen oder Zubettgehen. Je nachdem, welche Arten der Hilfe- und Pflegeleistungen in die Betrachtung einbezogen werden, ergeben sich unterschiedliche Werte für die Anzahl sowie den Anteil der informellen Pflegekräfte.

Vilaplana Prieto (2011) beispielsweise legt ihrer Untersuchung über informelle Pflege eine umfassende Definition zugrunde. Sie bezieht alle Arten von gewährter Hilfe (IADL) und Pflege (ADL) ein, die in den letzten zehn Jahren geleistet wurden. Basierend auf dem Eurobarometer ergeben sich deshalb auch relativ hohe Zahlen informeller Pflegekräfte. In Dänemark erbrachten 0,8 Millionen Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren Hilfe- und Pflegeleistungen (28 Prozent), in Deutschland neun Millionen (22 Prozent), in Italien 5,9 Millionen (20 Prozent), in Polen 5,3 Millionen (26 Prozent) und in der Slowakei 0,7 Millionen (25 Prozent).

Pickard, die nur diejenigen Personen (im Alter von 15 Jahren und älter) betrachtet, die persönliche Pflege in mindestens einem Bereich der ADL erbringen, kommt basierend auf dem gleichen Datensatz zu merklich anderen Größenordnungen (Pickard 2011). Rund 14 Prozent der Personen (15 Jahre und älter) in Deutschland erbrachten demnach Pflegeleistungen in mindestens einem ADL-Bereich in den letzten zehn Jahren. Für die anderen Länder ergaben sich folgende Werte: 10,5 Prozent in Dänemark, zwölf Prozent in Italien, 17 Prozent in Polen und 14 Prozent in der Slowakei. Dabei leisten Frauen häufiger persönliche Pflege als Männer, und die Wahrscheinlichkeit, Pflege zu leisten, steigt mit dem Alter an. Mehr als die Hälfte der informellen Pflegekräfte ist älter als 45 Jahre, 20 Prozent sind mindestens 65 Jahre alt.

Der SHARE Survey enthält spezifische Fragen über Hilfe und Pflege, die Personen innerhalb oder außerhalb des eigenen Haushalts gewährt wird. Hilfe und Pflege, die für Personen außerhalb des eigenen Haushalts erbracht wird, kann nach der Art und der Häufigkeit der erbrachten Leistung unterschieden werden. Es kann unterschieden werden zwischen

- a. jeder Art von Hilfe und Pflege, die für Personen außerhalb des Haushalts erbracht wird, unabhängig von dem zeitlichen Aufwand,

- b. ausschließlich persönlicher Pflege, unabhängig vom zeitlichen Aufwand, und
- c. ausschließlich persönlicher Pflege, die täglich erbracht wird.

Informationen über die innerhalb des Haushalts erbrachten Leistungen liegen hingegen ausschließlich für die persönliche Pflege, die regelmäßig für mindestens drei Monate gewährt wurde, vor. Vergleichbar sind die Pflegeleistungen innerhalb und außerhalb des Haushalts, wenn auf die persönliche Pflege, die täglich für Personen außerhalb des Haushalts erbracht wird, fokussiert wird. In SHARE wird nach den in den letzten zwölf Monaten beziehungsweise seit der letzten Befragung erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen gefragt.

Der Anteil informeller Pflegepersonen innerhalb und außerhalb des Haushalts hängt von den Lebensverhältnissen und den vorhandenen (öffentlich finanzierten) formellen Hilfe- und Pflegeangeboten ab. So ist der Anteil der innerhalb des Haushalts erbrachten persönlichen Pflege in Dänemark merklich geringer als in den anderen betrachteten Ländern (Tabelle 5). Dänemark hat ein umfassendes Sozialsystem (vergleiche Seite 144 f.), in dem alle Personen, die Hilfe und Pflege benötigen, ein Anrecht haben, diese zu erhalten, unabhängig von der Art und Höhe der erforderlichen Leistungen und dem Vorhandensein informeller Pflegekräfte. In Italien und Polen, beides Länder mit einem weitaus geringeren Angebot staatlich finanzierter Pflegeleistungen, ist der Anteil der Personen, die innerhalb des Haushalts Pflegeleistungen erbringen, doppelt so hoch wie in Dänemark. In Deutschland liegt der Anteil der Personen, die innerhalb des Haushalts Pflegeleistungen erbringen, zwischen diesen Ländern, wobei auch die betreuten Pflegepersonen, die Leistungen für selbst organisierte Pflege erhalten (Pflegegeldbezieher), enthalten sind.

Während Informationen über Pflegeleistungen innerhalb des Haushalts nur für die regelmäßig erbrachte persönliche Pflege vorliegen, sind für die Pflege außerhalb des Haushalts umfassendere Informationen vorhanden. In allen einbezogenen Ländern erbringt ein hoher Anteil der 50-Jährigen und Älteren irgendeine Form der Hilfe und Pflege für Personen außerhalb des Haushalts. Bemerkenswert ist, dass der Anteil unter den Männern höher ist als bei den Frauen. Dies dürfte daran liegen, dass Männer häufiger Reparaturarbeiten durchführen oder sich um die finanziellen Angelegenheiten oder Behördengänge kümmern. Leider fehlen hier Angaben zu den konkreten Tätigkeiten und dem Ausmaß der informellen Pflege und Hilfe. Geyer und Schulz (2014) können für Deutschland zeigen, dass Männer sehr häufig Pflege leisten, aber Frauen Pflegeleistungen in einem größeren Stundenumfang erbringen. In Dänemark, wo die persönliche Pflege eher Aufgabe der Kommune ist, erbringt etwa die Hälfte der Personen eine Form von Hilfe und Pflege außerhalb des Haushalts. Die Anteile in Polen scheinen angesichts des eingeschränkten staatlichen Angebotes an Pflegeleistungen zu niedrig zu sein. Dies könnte daran liegen, dass Informationen nur für eine Welle vorliegen.

Fokussiert man ausschließlich auf die außerhalb des Haushalts erbrachten Leistungen im Bereich der persönlichen Pflege, ändert sich das Bild: In Polen erbringen vier Prozent, in Dänemark und Deutschland sechs Prozent, und in Italien rund zehn Prozent der Personen (50 Jahre und älter) entsprechende Pflegeleistungen. Dies ist ein deutlich geringerer Anteil als bei der Betrachtung aller Formen von Hilfe und Pflege. Auch das Verhältnis von pflegenden Männern und Frauen hat sich verändert. Der Anteil der Frauen, die persönliche Pflege außerhalb des Haushalts erbringen ist doppelt so hoch wie derjenige der Männer. Persönliche Pflege (für eine andere Person als den Partner) ist vornehmlich also eine Aufgabe von Frauen.

Tabelle 5

**Personen, die informelle Pflege für innerhalb oder außerhalb des Haushalts lebende Personen erbringen**  
In Prozent

Anteil der Personen (50 Jahre und älter), die ...	Dänemark			Deutschland			Italien			Polen		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
	regelmäßig persönliche Pflege innerhalb des Haushalts erbringen	3,8 (0,66)	5,5	4,6	5,1	7,6	6,3	7,2	10,4	8,9	8,6	10,6
(zumeist) täglich persönliche Pflege außerhalb des Haushalts erbringen		1,4	1,0	1,4	3,8	2,7	2,9	6,1	4,6	1,3	3,4	2,5
persönliche Pflege außerhalb des Haushalts erbringen (täglich oder seltener)	3,7	8,4	6,2	4,0	7,7	6,1	6,1	12,3	9,5	2,4	5,1	3,9
eine Form von Hilfe oder persönlicher Pflege außerhalb des Haushalts erbringen (unabhängig von der Häufigkeit)	48,8	43,0	45,7	38,1	30,6	34,0	23,2	23,9	23,6	20,3	18,1	19,0

Quelle: SHARE Wellen 1 und 2, Polen nur Welle 2, Daten gepoolt und gewichtet; Berechnungen des DIW Berlin.

Noch geringer wird der Anteil der pflegeleistenden Personen, wenn Pflege täglich erfolgt. In Dänemark erbringt lediglich ein Prozent der Personen (50 Jahre und älter) täglich persönliche Pflege außerhalb des Haushalts, in Deutschland sind es rund drei Prozent, in Italien fünf Prozent und in Polen zweieinhalb Prozent. Die Ergebnisse für Polen sind mit Vorsicht zu interpretieren, da lediglich eine Welle zur Verfügung steht und die Fallzahlen recht gering sind. Es ist auch hier zu vermuten, dass die tatsächlichen Anteile merklich unterschätzt werden. Golinowska et al. (2013) berichten, dass angesichts der geringen Verfügbarkeit öffentlicher Leistungen ein hoher Anteil persönlicher Pflege von der Familie erbracht wird. Häufiger als in anderen Ländern leben die pflegebedürftigen Personen mit ihren Kindern (oder anderen nahen Familienangehörigen) zusammen in einem Haushalt. Dies gilt insbesondere für alleinlebende Pflegebedürftige. Da SHARE zwischen Pflege innerhalb und außerhalb des Haushalts unterscheidet, beeinflussen die Haushalts- und Lebensformen zusätzlich die differenziert erfassten Anteile informeller Pflegekräfte. In einer Studie über die familiären Pflegepotentiale in europäischen Ländern wird berichtet, dass in Polen rund 69 Prozent der informellen Pflegekräfte mit den Pflegebedürftigen in einem Haushalt wohnen; in Italien sind es 45 Prozent und in Deutschland 37 Prozent (EUROFAMCARE 2006). In Dänemark gibt es eine klare Trennung zwischen den Hilfe- und Pflegeleistungen der Familie und den öffentlichen Leistungen der Kommunen. Diese sind zuständig für die persönliche Pflege und die hauswirtschaftliche Versorgung, während die Familie dafür sorgt, dass die Pflegebedürftigen aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können (Vilaplana Prieto 2011).

Personen, die regelmäßig persönliche Pflege innerhalb und außerhalb des Haushalts erbringen, unterscheiden sich in ihren Eigenschaften (Tabelle 6). Rund drei Viertel der Personen, die regelmäßig persönliche Pflege außerhalb des Haushalts erbringen sind Frauen, und ein Großteil (zwischen 80 und 90 Prozent) ist im Alter von 50 bis 69 Jahren. Damit wird ein hoher Anteil persönlicher Pflege außerhalb des Haushalts von Personen im erwerbsfähigen Alter erbracht. Zumeist werden die Eltern oder andere Familienangehörige gepflegt.

Tabelle 6

### Eigenschaften informeller Pflegekräfte

Länder	Personen (50 Jahre und älter), die persönliche Pflege leisten							
	Außerhalb des Haushalts (zumeist täglich)				Innerhalb des Haushalts (regelmäßig)			
	Anteile in Prozent							
	50-69-Jährige	Frauen	Pflege der Eltern	Pflege anderer Familienangehöriger*	50-69-Jährige	Frauen	Pflege des Partners	Pflege anderer Personen*
Dänemark	90,0	72,2	29,5	13,8	61,3	56,4	84,5	5,1
Deutschland	83,8	77,5	43,9	16,5	59,6	57,6	62,6	21,3
Italien	83,5	72,0	33,5	25,6	60,3	60,6	49,9	28,2
Polen	80,0	78,2	31,6	38,8	63,2	59,1	47,6	23,6

\* Außer Kinder.

Quelle: SHARE Wellen 1 und 2, Polen nur Welle 2, Daten gepoolt und gewichtet; Berechnungen des DIW Berlin.



Ein Großteil der Pflege innerhalb des Haushalts wird für den Partner erbracht (Tabelle 6). Da in Polen pflegebedürftige Eltern häufiger als in anderen Ländern mit den Kindern in einem Haushalt leben, ist der Anteil der Partnerpflege hier vergleichsweise gering (48 Prozent). In Dänemark ist der Anteil der Partnerpflege mit 85 Prozent am höchsten. Da immer mehr Paare zusammen alt werden und die Pflegebedürftigkeit bei Männern wie auch Frauen auftritt, leistet ein höherer Anteil Männer Pflege innerhalb des Haushalts als außerhalb. Da die Paare meistens im fortgeschrittenen Alter sind, wenn die Notwendigkeit der Partnerpflege auftritt, ist zudem der Anteil der Pflegekräfte im erwerbsfähigen Alter geringer.

Die Slowakei ist nicht im SHARE Survey vertreten. Eine Studie von Bednarik et al. (2011) über familiäre Pflegekräfte, die Leistungen aus dem staatlichen *care allowance scheme* erhalten, gibt einige Hinweise auf die Charakteristika dieser informellen Pflegekräfte in der Slowakei. Einbezogen sind Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren, die Geldleistungen für die Pflege von Familienangehörigen erhalten. Die Pflege dafür muss für mindestens acht Stunden am Tag geleistet werden. Die Höhe der Pflegegeldleistungen ist abhängig von der Höhe des Einkommens der pflegebedürftigen Person. Im Jahr 2010 erhielten 57 000 Personen Pflegegeldleistungen, davon waren 82 Prozent Frauen. 40 Prozent der Pflegegeldempfänger waren erwachsene Kinder, die ihre Eltern pflegten. 47 Prozent der Pflegegeldempfänger waren im Alter von 51 bis 64 Jahren. Drei Prozent erbrachten Pflegeleistungen für mehr als ein Familienmitglied. Etwa die Hälfte der Pflegegeldempfänger (47 Prozent) war zu Beginn der Pflege arbeitslos, lediglich zwei Prozent waren neben der Pflegetätigkeit beschäftigt. Da in der Slowakei Teilzeitbeschäftigung nicht üblich ist (Anteil rund vier Prozent), ist die Vereinbarkeit von Pflege – die mindestens acht Stunden täglich betragen muss, um Geldleistungen zu erhalten – und Erwerbstätigkeit praktisch unmöglich. Radvanský und Lichner (2013) schätzen, dass zusätzlich rund 122 000 Personen Pflege leisten, aber keine Geldleistungen aus dem *care allowance scheme* erhalten.

## 5 Ohne familiäre Netzwerke drohen Versorgungslücken

Der Umfang der Hilfe- und Pflegebedarfe, der Empfänger staatlicher Pflegeleistungen sowie die Zahl informeller Pflegekräfte kann nicht eindeutig bestimmt werden. Nur über die Leistungsempfänger konnten für einige Staaten (Dänemark, Deutschland) verlässliche Daten gesammelt werden. Informationen über Bedarfe und informelle Pflegekräfte liegen lediglich aus Befragungen vor, deren Qualität vom Befragungsdesign und nicht zuletzt auch vom Stichprobenumfang beeinflusst wird. Um dennoch einen Überblick über die Pflegebedarfe und die realisierten Pflegeleistungen zu erhalten, werden die vorhandenen Informationen aus den unterschiedlichen Datenquellen zusammengetragen und gegenübergestellt (Tabelle 7).

In Dänemark erhalten 59 Prozent der Personen mit erheblichen Einschränkungen in den üblicherweise ausgeführten Aktivitäten staatliche Pflegeleistungen. Damit liegt in Dänemark der Anteil staatlich versorgter Pflegebedürftiger aufgrund des Wohlfahrtsstaatsprinzips wie erwartet deutlich über den der anderen Länder. In Deutschland und Italien erhalten rund ein Drittel der Hilfe- und Pflegebedürftigen staatliche Leistungen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Geldleistungsbezieher in Italien schwerbehinderte Personen sind und die Abgrenzung der Pflegebedürftigen schwierig ist. In der Slowakei erhält rund ein Viertel der Hilfe- und Pflegebedürftigen staatliche Leistungen. Am geringsten ist die staatliche Versorgung in Polen mit zwölf Prozent. In den staatlichen Leistungen sind die Geldleistungen enthalten. In Deutschland und Italien

Tabelle 7  
**Hilfe- und Pflegebedarfe sowie formelle und informelle Pflegeleistungen, 2010**

Länder	Personen mit Einschränkungen*		Leistungsempfänger				Personen ohne staatliche Leistungen		Informelle Pflegekräfte (50 und älter), die persönliche Pflege leisten				Differenz zu den Personen mit Einschränkungen		
	In 1000	In Prozent	In Heimen	Zu Hause		Insgesamt	In 1000	In Prozent	Täglich außerhalb	des Haushalts		Insgesamt	Unregelmäßig außerhalb des Haushalts	In 1000	In Prozent
				Pflegedienste	Geldleistungen					Regelmäßig innerhalb	Ohne regel- oder unregelmäßige Pflege				
Dänemark	369		11	48	0	59	150		14	46	60	67	-40	-10,96	
Deutschland	8011		9	7	15	31	5510		16	29	45	20	1946	24,30	
Italien**	4217		8	14	12	34	2768		39	58	98	41	-1072	-25,42	
Polen	2389		6	6	0	12	2100		15	51	66	9	520	21,78	
Slowakei	501		7	5	11	24	381		k.A.	k.A.	29	k.A.	269	53,73	

\* Personen mit längerfristigen erheblichen Einschränkungen in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten (EU SILC).  
 \*\* In Italien können Schwerbehinderte Geldleistungen zum Ausgleich der erhöhten Pflegeaufwendungen erhalten, die Geldleistungen werden oftmals für die Bezahlung privat engagierter Pflegekräfte (sogenannter *caretakeer*) verwendet.

Quelle: Schulz (2013), Coda Moscarola (2013), Golinowska et al. (2013), Radvansky und Lichner (2013), Berechnungen des DIW Berlin.

werden diese als finanzielle Unterstützung für informelle Pflege gewährt, die Pflegeetätigkeit selber wird jedoch zumeist durch die Familie gewährt. Hinzu kommt, dass auch Bezieher von ambulanten Pflegeleistungen zusätzlich auf die Hilfe der Familienangehörigen angewiesen sind, abhängig von der Art und Höhe der gewährten Versorgungsleistungen.

Mit Ausnahme von Dänemark erhält jedoch ein Großteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf keine staatlichen Leistungen und ist ausschließlich auf die Hilfe und Pflege durch informelle, zumeist familiäre Pflegekräfte angewiesen. In Italien (98 Prozent), Polen (66 Prozent) und Dänemark (60 Prozent) erhält der überwiegende Teil regelmäßige (innerhalb des Haushalts) oder tägliche (außerhalb des Haushalts) persönliche Pflege durch informelle Pflegekräfte (50 Jahre und älter). In Deutschland sind es 45 Prozent und in der Slowakei 29 Prozent. Dabei ist zu beachten, dass informelle Pflege auch für mehr als eine Person geleistet wird und umgekehrt Pflegebedürftige Hilfe und Pflege durch mehr als ein Familienmitglied erhalten. Beschränkt man sich auf die regelmäßig gewährte informelle persönliche Pflege, ist – mit der Ausnahme von Italien – ein beachtlicher Teil der Personen mit Hilfe und Pflegebedarf nicht täglich versorgt. Bezieht man jedoch die Personen mit ein, die unregelmäßig persönliche Pflege (außerhalb des Haushalts) leisten, ändert sich das Bild etwas. In Dänemark und Italien gibt es demnach keine Versorgungslücke, und in Deutschland und Polen ist sie deutlich geringer, als wenn allein auf die regelmäßige Pflege abgestellt wird. Für die Slowakei gibt es keine entsprechenden Angaben über informelle unregelmäßig gewährte Pflege.

Dennoch dürften auch in Deutschland und Polen Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf kaum ohne Hilfe bleiben. Darauf weisen die hohen Anteile der Personen (50 Jahre und älter) hin, die irgendeine Form der Hilfe (keine persönliche Pflege) außerhalb des Haushalts leisten. In Deutschland sind dies rund neun Millionen Personen, so dass die rund zwei Millionen, die keine persönliche Pflege erhalten, zumindest auf Hilfe bauen können. Für Polen sind – wie gesagt – die Daten mit Vorsicht zu interpretieren. Nach den Erfahrungen unserer nationalen Experten sind ältere Pflegebedürftige durch die Familie versorgt.

## 6 **Fazit**

Aus den Analysen und Daten wird deutlich, dass in den hier einbezogenen Ländern und ihren Pflegesystemen ein Großteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen auf familiäre Unterstützung angewiesen ist. Den familiären und sozialen Netzwerken kommt eine große Bedeutung zu. Dies gilt auch für Dänemark, wo die Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben Aufgabe der Familie ist. Um Pflegesysteme nachhaltig zu gestalten, müssen Familien bei ihren Pflegeleistungen stärker unterstützt werden. Die Maßnahmen müssen neben Geldleistungen etwa für vermehrte pflegebedingte Aufwendungen auch nichtmonetäre Leistungen wie Beratungsangebote, kostenlose Pflegekurse, Unterstützung bei Behörden sowie die Möglichkeit einer zeitweisen Freistellung von der Arbeit oder die Reduzierung der Arbeitszeit umfassen. Im Hinblick auf den zunehmenden Anteil alter und sehr alter Menschen und somit auch des zunehmenden Anteils alter Pflegepersonen kommt der Unterstützung durch ambulante Pflegedienste eine besondere Rolle zu. Insbesondere in Ländern mit bislang schwach ausgeprägten staatlichen Pflegeleistungen ist der Aufbau und die Ausgestaltung eines nachhaltigen Pflegesystems eine Herausforderung.

In einigen Ländern, wie in Dänemark oder Italien, ist die Bereitstellung staatlicher Pflegeleistungen Aufgabe der Kommunen. Dies bedingt zum einen, dass das Leistungsangebot zwischen den Kommunen unterschiedlich ist. So existieren in Italien regional verschiedene Pflegesysteme und kein einheitliches nationales System wie in Deutschland. Zum anderen werden die gewährten Leistungen auch von der finanziellen Lage der Kommunen beeinflusst. Damit sind die Möglichkeit und der Umfang der gewährten staatlichen Pflegeleistungen abhängig vom Wohnort des Pflegebedürftigen; auch dies impliziert Ungleichheiten.

In Dänemark wird – auch angesichts der angespannten finanziellen Lage einiger Kommunen – intensiv über die stärkere Einbeziehung der Familie in die Pflegearbeit diskutiert. Mit einer teilweisen Verlagerung von Pflegeaufgaben auf die Familie stellt sich jedoch auch hier die Frage nach Unterstützungsleistungen für familiäre Pflegepersonen. In den anderen vier untersuchten Ländern tragen bereits heutzutage die Familien die Hauptlast der Pflege und Hilfe. Insbesondere in Polen werden professionelle Pflegeleistungen häufig privat finanziert, zum einen, weil es kaum staatliche Angebote gibt, und zum anderen, weil deren Qualität häufig bemängelt wird. Dabei stoßen die Familien oftmals an ihre finanziellen Grenzen. Um die Versorgung pflegebedürftiger Eltern zu gewährleisten, leben diese häufiger als in anderen Ländern (wieder) bei ihren Kindern.

Die bessere Vereinbarkeit von Arbeit und Pflege ist insbesondere für die Länder mit einer geringen Teilzeitquote, wie die Slowakei und Polen, ein dringliches Anliegen. Eine Flexibilisierung der Arbeitszeit könnte ein Schritt sein, andere Wege könnten eine staatlich unterstützte Reduzierung der Arbeitszeit oder eine begrenzte Freistellung sein. In Deutschland sind mit dem 1. Pflegestärkungsgesetz und dem Gesetz zur Familienpflegezeit erste Schritte in die richtige Richtung getan worden. Dennoch bleibt die weitere Verbesserung staatlicher Pflegeleistungen und Unterstützungsangebote angesichts der demografischen Entwicklung auf der politischen Agenda.

## Literaturverzeichnis

- Bednarik, Rastislav, Lydia Brichtova und Kvetoslava Repkova (2011): National report on informal care in the Long-term care system – Slovakia. INTERLINKS project report. Bratislava. [http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5\\_Slovakia\\_final.pdf](http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Slovakia_final.pdf)
- Brodsky, Jenny, Jack Habib und Miriam J. Hirschfeld (eds) (2003): Key policy issues in long-term care, World Health Organisation, Genf. [www.who.int/iris/handle/10665/42604](http://www.who.int/iris/handle/10665/42604)
- Coda Moscarola, Flavia (2013): Long-term care workforce in Italy. Country report. NEU-JOBS Working Paper D12.2, Supplement C. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu)
- EUROBAROMETER (2007): Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283/wave 67.3. Brüssel (EC DG Employment and Social Affairs).
- EUROFAMCARE (2006): Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: Characteristics, coverage and usage. The trans-European survey report. Hamburg. [www.uke.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php](http://www.uke.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php)
- European Commission DG ECFIN and Economic Policy Committee (EC EPC) (2012): The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). Brüssel. [ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/ee-2012-2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf)

- Eurostat (2013): EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Glossary:EU\\_statistics\\_on\\_income\\_and\\_living\\_conditions\\_\(EU-SILC\)/de](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:EU_statistics_on_income_and_living_conditions_(EU-SILC)/de)
- Fujisawa, Rie und Francesca Colombo (2009): The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OECD Health Working Papers, No. 44. OECD Publishing.
- Geyer, Johannes und Erika Schulz (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. DIW Wochenbericht Nr.14/2014, 294–301.
- Golinowska, Stanislaw, Eva Kocot und Agnieszka Sowa (2013): Employment in long-term care. Report of Poland. NEUJOBS Working Paper D12.2. Supplement D. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu)
- OECD (2013): OECD Health Data – online access by DIW. [www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm)
- Golinowska, Stanislaw und Agnieszka Sowa (2012): Health status, functional limitations and disability: changes in Poland. CASE Network Studies & analyses, No. 447/2012. Warschau.
- Pickard, Linda (2011): The supply of informal care in Europe. ENEPRI research report No. 94. Brüssel. [www.ancien-longtermcare.eu](http://www.ancien-longtermcare.eu)
- Radvansky, Marek und Ivan Lichner (2013): Impact of ageing on long-term care demand and supply in Slovakia. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2. Supplement E. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu)
- Radvansky, Marek und Viliam Palenik (2010): The long-term care system for the elderly in Slovakia. ENEPRI research report No. 86. Brüssel. [www.ancien-longtermcare.eu/node/27](http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27)
- Schulz, Erika (2010a): The long-term care system for the elderly in Denmark. ENEPRI research report No. 73. Brüssel. [www.ancien-longtermcare.eu/node/27](http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27)
- Schulz, Erika (2010b): The long-term care system for the elderly in Germany. ENEPRI research report No. 78. Brüssel. [www.ancien-longtermcare.eu/node/27](http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27)
- Schulz, Erika (2013): Ageing, care need and long-term Care workforce in Germany. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2. Supplement B. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu)
- Schulz, Erika und Johannes Geyer (2013): Societal change, care need and long-term care workforce in selected European countries. NEUJOBS Working Paper D12.2. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu)
- SHARE (2013): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Munich Center for the Economics of Aging (MEA), Max Planck Institute for Social Law and Social Policy. [www.share-project.org](http://www.share-project.org)
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse 2011. Wiesbaden. [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
- Strandberg-Larsen, Martin, Mikkel Bernt Nielsen, Signild Vallgarda, Allan Krasnik und Karsten Vrangbaek (2007): Denmark – Health system review. Health Systems in Transition, 9 (6). [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/80581/E91190.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf?ua=1)
- Suanet, Bianca, Marjolein Broese van Groenou und Theo van Tilburg (2012): Informal and formal home care use among older adults in Europe: Can country-differences be explained by societal context and composition? *Ageing & Society*, 32, 491–515.
- Tediosi, Fabrizio und Stefania Gabriele (2010): The long-term care system for the elderly in Italy. ENEPRI research report No. 80. Brüssel. [www.ancien-longtermcare.eu/node/27](http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27)
- Vilaplana Prieto, Cristina (2011): Informal care, labour force participation and unmet needs for formal care in the EU27, Croatia and Turkey. ENEPRI research report No. 97. [www.ancien-longtermcare.eu](http://www.ancien-longtermcare.eu)