

Andere Länder, andere Wege: Pflege im internationalen Vergleich*

JOHANNES GEYER,
THORBEN KORFHAGE,
ERIKA SCHULZ

Dr. Johannes Geyer ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Staat am DIW Berlin

Thorben Korfhage ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am RWI, Büro Berlin

Dr. Erika Schulz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Staat am DIW Berlin

Ob man Zugang zum System staatlicher Unterstützung bei Pflegebedarf erhält, hängt davon ab, dass die spezifischen Pflegebedarfe auch durch das Sozialrecht anerkannt werden. Dass dies keine starre Grenze ist zeigt unser internationaler Vergleich aber auch die Neuerungen des PSG II. Im Vergleich zum sehr umfangreichen dänischen System bleiben die formalen Schwellen für den Leistungsbezug in Deutschland auch in Zukunft relativ hoch. Gleichzeitig zeigen unsere Analysen, dass sich Struktur und Anteil der Leistungsempfänger Dänemark annähern werden, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird.

Einleitung

Die Lebenslage Pflegebedürftiger hängt eng mit ihrem sozialrechtlichen Status als pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger zusammen. Ob sie selbst und ihre Angehörigen Zugang zum System staatlicher Unterstützung erhalten, hängt zunächst davon ab, dass ihre spezifischen Pflegebedarfe auch durch das Sozialrecht anerkannt werden. Der Status der Pflegebedürftigkeit besteht weniger in einer medizinischen Diagnose als vielmehr in einer sozialrechtlichen Konstruktion, die auf fachwissenschaftlichen Kriterien beruht (Rothgang/Kalwitzki 2015). In Deutschland wurde dieser Zusammenhang zuletzt bei der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, dessen Neufassung mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) abgeschlossen wurde und der zum 01.01.2017 eingeführt wird, evident. Diese Reform trägt einer langjährigen Kritik durch die Fachpraxis und die fachpolitische Ebene am bislang geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff Rechnung. Der noch bis 2017 angewendete Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde dabei immer wieder als zu defizitorientiert problematisiert. Kritisiert wurde zudem, dass er vor allem auf Ein-

schränkungen bei Alltagsverrichtungen (Mobilität, Ernährung, Körperpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) abstelle (z.B. BT Drucksache 18/5926). Auf diese Weise werden körperliche Einschränkungen nach noch geltender Rechtslage systematisch stärker als kognitive oder psychische Einschränkungen berücksichtigt. Als unmittelbare Folge müssen Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige den zum Teil erheblichen Pflegebedarf bei kognitiven Einschränkungen ohne oder lediglich mit geringerer Hilfe durch das

* This paper uses data from SHARE Waves 1, 2, 3 (SHARELIFE), 4 and 5 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.260, 10.6103/SHARE.w2.260, 10.6103/SHARE.w3.100, 10.6103/SHARE.w4.111, 10.6103/SHARE.w5.100), see Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) and FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).

staatliche Unterstützungssystem informell organisieren. Dies stellt betroffene Familien häufig vor erhebliche Herausforderungen. Vor dem Hintergrund dieser Kritik wurden Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bereits 2001 mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungs-Gesetz und dann 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ausgebaut.

Auch nach der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird für das deutsche Pflegesystem prägend bleiben, dass die staatliche Pflegeversicherung Leistungen zum einen erst bei erheblichen Einschränkungen gewährt und zum anderen nicht den vollen Betreuungsbedarf versichert. So wird das deutsche Pflegesystem auch weiterhin maßgeblich auf ergänzender informeller Pflege durch nahe Angehörige basieren.

Die Abhängigkeit der Lebenslage der pflegebedürftigen Bevölkerung von der sozialrechtlichen Konstruktion ihres Status als Pflegebedürftige wird noch deutlicher, wenn man darüber hinaus die Pflegesysteme unterschiedlicher Länder miteinander vergleicht. Je nach nationalem Kontext variieren die Definition der Pflegebedürftigkeit, sowie Art und Umfang der konkret gewährten Leistungen (OECD 2011; Schulz/Geyer 2015).

Unser Beitrag untersucht die Reichweite der Pflegeversicherung dementsprechend aus zwei unterschiedlichen Perspektiven. Wir vergleichen erstens den Kreis der Anspruchsberechtigten auf Leistungen der staatlichen Pflegeversicherung vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in Deutschland. Dabei

Grundsätzlich unterscheiden sich die Pflegesysteme darin, ob sie stärker familien- oder servicebasiert sind.

liegt unser Fokus auf der Erfassung von Personen mit psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen sowie auf dem Personenkreis, der keine Leistungen aus dem System erhält, aber auf Unterstützung im Alltag angewiesen ist. Im zweiten Schritt untersuchen wir, wie sich der Kreis der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen in Deutschland ändern würde, wenn für die pflegebedürftige Bevölkerung in Deutschland die rechtlichen Rahmenbedingungen

der Pflegesysteme ausgewählter anderer europäischer Ländern gelten würden.

Wie sich das deutsche Pflegesystem in das Spektrum europäischer Pflegesysteme einordnet, wird in diesem Beitrag exemplarisch anhand der Pflegesysteme in Dänemark, Frankreich und Tschechien untersucht. Dänemark steht hier als Beispiel für einen skandinavischen Wohlfahrtsstaat mit umfangreichen Pflegeleistungen bei geringen Barrieren für den Leistungsbezug. Tschechien steht stellvertretend für Länder, die stark auf informelle familiäre Pflege setzen und (noch) kein ausgebautes formales Pflegesystem besitzen. Frankreich teilt sehr viele Charakteristika mit Deutschland, hat aber bereits früher begonnen auch kognitive Beeinträchtigungen im System staatlicher Leistungen zu berücksichtigen. Gleichzeitig ist das französische Pflegesystem zwischen Gesundheits- und Sozialsystem gesplittet und setzt im Sozialsystem auf die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen durch (zweckgebundene) Geldleistungen, die an die Leistungserbringer weitergegeben werden müssen.

Wir führen unsere empirische Analyse anhand von Mikrodaten der Erhebung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) aus dem Jahr 2013 durch. Dieser Datensatz ist repräsentativ für die Bevölkerung ab 50 Jahren und beinhaltet reichhaltige Informationen zum Gesundheitszustand und zu Beeinträchtigungen der Befragten. Um das aktuelle deutsche Pflegesystem mit dem PSG II und den drei anderen Ländern zu vergleichen, nutzen wir ausschließlich die

Beobachtungen für Deutschland. Dies hat den Vorteil, dass wir die demografische Struktur konstant halten und nur die Kriterien des Pflegeversicherungssystems variieren. Wir können mit dieser Methode nicht nur abschätzen, welcher Personenkreis vom

neuen Pflegebegriff profitieren würde, sondern zusätzlich auch untersuchen, inwiefern dieser Personenkreis in den Pflegesystemen der ausgewählten anderen Länder möglicherweise noch besser oder aber auch schlechter gestellt wäre.

Die wesentlichen Erweiterungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im PSG II setzen wir als bekannt voraus und konzentrieren uns im folgenden Abschnitt darauf, die Pflegesysteme der ausgewähl-

ten Länder darzustellen, mit denen wir das deutsche Pflegesystem in unserem empirischen Teil dann vergleichen werden. In den beiden daran anschließenden Abschnitten schätzen wir zunächst den Anteil der Personen mit Pflegebedarf und den Anteil der Leistungsberechtigten im Vergleich zwischen Deutschland unter den noch geltenden Regelungen mit den übrigen drei Ländern ab. Im abschließenden Kapitel werden die Wirkungen des PSG II diskutiert und simuliert, wie sich der Kreis der Anspruchsberechtigten verändern würde, würden die Pflegesysteme der Vergleichsländer in Deutschland gelten.

Wesentliche Elemente der Pflegesysteme im Überblick

Die europäischen Länder sind den steigenden Pflegebedarfen in der Bevölkerung mit unterschiedlichen Ansätzen in Bezug auf die sozialrechtliche Definition von Pflegebedürftigkeit und das Ausmaß staatlicher Unterstützung pflegebedürftiger Personen begegnet. Grundsätzlich unterscheiden sich die Systeme darin, ob sie stärker familien- oder servicebasiert sind. Zugleich existieren in den meisten Ländern Abgrenzungsschwierigkeiten bei der Leistungsgewährung für pflegebedürftige Personen, da Unterstützungsleistungen nicht ausschließlich durch die Pflegeversicherung oder die staatlichen Pflegeleistungen im Rahmen des Sozialsystems, sondern auch durch die Krankenversicherung oder die Sozialhilfe geleistet werden. Für den Ländervergleich stellen diese nationalen Unterschiede eine Herausforderung dar. Wir vergleichen das deutsche Pflegesystem mit drei teilweise sehr unterschiedlichen Systemen. Wir konzentrieren den Vergleich daher auf die Anspruchsvoraussetzungen und die Begutachungskriterien, denen pflegebedürftige Personen in den staatlichen Pflegesystemen unterliegen, sowie auf die Art und Höhe der Leistungen, auf die sie jeweils einen Anspruch haben. Wir beschränken uns auf die Darstellung der Systeme der drei Vergleichsländer, deren institutionelles Setting wir der Simulation der Anspruchsberechtigung im zweiten Teil unseres Beitrags zugrunde gelegt haben. Eine umfassende Darstellung des Deutschen Systems findet sich u.a. in Schulz (2010a) zum Status quo und in Rothgang und Kalwitzki (2015) zum PSG II.

Dänemark

Dänemarks umfassendes soziales Sicherungssystem folgt dem Modell des skandinavischen Wohlfahrtsstaats, das Hilfe und Pflege für jeden mit Bedarf gewährt (Schulz, 2010b). Verankert im Sozialgesetz ist der Zugang national einheitlich geregelt. Verantwortlich für die Finanzierung (über allgemeine und kommunale Steuern) und Bereitstellung dieser Sozialleistungen sowie die Begutachtung der Hilfe- und Pflegebedarfe sind jedoch die Kommunen. Somit hat auch die Finanzlage der Kommunen einen Einfluss auf das bestehende Angebot. Zwar müssen die Kommunen ihre Leistungsangebote offenlegen, dennoch sind Versorgungsunterschiede nicht ausgeschlossen. In Dänemark wird der ambulanten Pflege und Hilfe der explizite Vorrang vor der institutionellen Pflege eingeräumt. Ziel ist es, Personen so lange wie möglich – auch mit unterstützenden Maßnahmen – ein weitgehend unabhängiges Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Institutionelle Pflege in Pflegeheimen konzentriert sich auf Pflegebedürftige mit erheblichen physischen, psychischen oder kognitiven Einschränkungen.

Anspruchsberechtigt sind alle Einwohner unabhängig von der Höhe ihres Einkommens oder Vermögens, ihres Alters oder 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 (Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, wie persönliche Pflege (Activities of daily living – ADL) oder Hilfe bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Instrumental activities of daily living – IADL)) und dem Umfang der benötigten Hilfe. So haben auch Personen mit einem geringen Bedarf an Hilfe und Pflege, beispielsweise von lediglich zwei Stunden Hilfe bei häuslichen Vorrichtungen pro Woche, Anspruch diese zu erhalten (SPC/EC 2014).

Home help wird nach einem konkreten und individuellen Begutachtungsprozess im Rahmen der kommunal verfügbaren Serviceangebote gewährt. In die Begutachtung werden neben den Einschränkungen in ADL und IADL auch die kognitiven Fähigkeiten sowie weitere Lebensumstände, wie die

Wohnbedingungen oder Lebensumstände (allein lebend; inwieweit Haushaltsmitglieder Hilfe gewähren könnten), einbezogen. Pflegebedürftige werden von einem „home care manager“ begutachtet, der einen Pflegeplan erstellt und auf dieser Basis die erforderlichen Leistungen festlegt. Zwar gibt es keine festgelegten Pflegegrade, aber der Pflegebedürftige wird anhand eines Spektrums der Einschränkungen entsprechend dem Grad seiner benötigten Hilfe und Pflege klassifiziert (SPC/EC 2014).

Grundsätzlich werden Sachleistungen gewährt, wobei seit 2003 pflegebedürftige Personen unter den Anbietern mit denen die Kommune einen Vertrag hat, frei wählen können (Rostgaard 2011). Institutionelle und ambulante Anbieter müssen Leistungen entsprechend dem Pflegeplan erbringen, die direkt von der Kommune vergütet werden. Im Jahre 2012 gab es insgesamt 132.810 Bezieher von home help Leistungen, davon erhielten 14.745 ausschließlich persönliche Pflege, 62.484 ausschließlich hauswirtschaftliche Hilfe und weitere 55.582 beides. Durchschnittlich erhielten die Personen pro Woche 5,5 Stunden persönliche Pflege und 0,9 Stunden praktische Hilfe (SPC/EC 2014).

Im Vergleich zum deutschen System ist das dänische System großzügiger gestaltet. Dies umfasst, wie sich weiter unten noch deutlicher zeigen wird, die Zugangskriterien zum Pflegesystem sowie die Höhe der gewährten Sachleistungen.

Frankreich

In Frankreich werden staatliche Leistungen für die Langzeitpflege von älteren Personen und Behinderten als ein spezifischer Sektor des Sozialsystems organisiert, der Elemente medizinischer und sozialer Betreuung und Pflege kombiniert (Chevreul et al. 2015). Im Rahmen dieses Sektors werden medizinische Leistungen und Krankenpflege für Personen sowohl in institutionellen Einrichtungen als auch in häuslicher Umgebung durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Darüber hinaus finanzieren die Krankenversicherungen auch Langzeitpflegeplätze in Krankenhäuser, die jedoch nicht dem Pflegebereich sondern dem Gesundheitssektor zugerechnet werden. Diese Leistungen stehen allen Versicherten zu,

unabhängig von ihrem Alter, Einkommen oder Vermögen.

Des Weiteren werden vornehmlich steuerfinanzierte Sozialleistungen für pflegebedürftige Personen gewährt. Die „Allocation Personnalisée d'Autonomie“ (APA) ist die bedeutendste nationale Sozialleistung für ältere Personen mit funktionellen und kognitiven Einschränkungen. Zusätzlich existiert mit der „Aide sociale aux personnes âgées“ (AS), eine Sozialleistung für ältere Personen mit leichten Einschränkungen, die keine APA Leistungen erhalten.

Anspruchsberechtigt für APA sind Personen im Alter von mindestens 60 Jahren, deren Einschränkungen in ADL, kognitive Defizite und Hilfebedarf in

Die Barrieren für den Leistungsbezug sind in Frankreich, Tschechien und Deutschland höher als in Dänemark.

IADL ein Mindestbedarf an Pflege und Hilfe aufweisen. Anspruchsberechtigt für AS sind Personen im Alter von mindestens 65 Jahre, die leichtere Einschränkungen haben (Hilfe bei der persönlichen Pflege, bei der Essenszubereitung oder dem Einkaufen) und nicht anspruchsberechtigt für APA sind. Die Gewährung dieser Leistungen ist nicht einkommensabhängig, die Höhe hängt jedoch vom Einkommen ab.

Antragsteller von APA und AS werden nach einem national einheitlichen Begutachtungsinstrument basierend auf der AGGIR Klassifikation in 6 sogenannte iso-Gruppen (GIR) eingeteilt. Die AGGIR Klassifikation enthält 6 Items aus dem Bereich der funktionalen Einschränkungen (ADL), 2 Items aus den kognitiven Einschränkungen und zwei aus dem IADL-Bereich. Die aus der zusammenfassenden Bewertung definierten Gruppen gehen von GIR1 (Härtefälle) bis GIR6 (keine Einschränkungen in ADL). Basierend auf den Ergebnissen der Begutachtung wird ein individueller Pflege- und Hilfeplan erstellt, der Grundlage der gewährten Leistungen ist. Dieser berücksichtigt auch das soziale Umfeld, die Lebensverhältnisse, technische Hilfsmittel und die Verfügbarkeit medizinischer und pflegerischer Versorgungsangebote (Eleftheriades/Wittenberg 2013).

APA und AS werden gewöhnlich als *Sachleistungen* gewährt und direkt an den ambulanten oder institutionellen Leistungserbringer ausgezahlt. Je nach Höhe des verfügbaren Einkommens müssen die Leistungsempfänger einen Kostenbeitrag zahlen. Personen mit einem Einkommen unter 739 Euro (2014) sind von der Zuzahlung befreit (Carrino/Orso 2014). Für höhere Einkommen ergeben sich Zuzahlungen bis zu 90%. Geldleistungen erhalten Pflegebedürftige nur dann, wenn sie die ordnungsgemäße Verwendung nachweisen können. Grundsätzlich ist auch eine Zahlung an Familienangehörige (allerdings nicht an Ehemann oder -frau) möglich, wenn die sachgemäße Verwendung nachgewiesen wird. Geldleistungen spielen bislang jedoch keine größere Rolle. Im Jahr 2011 erhielten 1,2 Millionen Personen APA, 60% lebten zu Hause, 40% in speziellen Einrichtungen für Ältere (SPC/EC 2014).

Grundsätzlich lassen sich durchaus Parallelen zum deutschen Pflegesystem aufzeigen. Wie in Deutschland und anders als in Dänemark ist in Frankreich nur ein Teil des Risikos der Pflegebedürftigkeit abgesichert. Ein großer Teil muss auch in Frankreich durch eigene finanzielle Mittel oder durch die Hilfe der Familie kompensiert werden. Anders als in Deutschland wird bei Leistungen für die häusliche Pflege jedoch stärker auf formale Pflege gesetzt.

Tschechische Republik

Staatlich finanzierte Pflegeleistungsangebote sind in Tschechien nach wie vor zwischen dem Gesundheitssystem und dem Sozialsystem geteilt. Das Gesundheitsministerium ist verantwortlich für die häusliche Krankenpflege und die Gewährung von Pflegeleistungen in Gesundheitseinrichtungen, wie etwa Einrichtungen für Langzeitpatienten, finanziert durch die gesetzliche Krankenversicherung (OECD 2011). Das Ministerium für Arbeit und Soziales ist verantwortlich für die nicht-medizinische Pflege und Hilfestellung zu Hause und in Pflegeheimen. Vor 2007 wurden diese sozia-

len Angebote durch staatliche, regionale oder kommunale Budget finanziert. Im Jahr 2007 erfolgte mit der Einführung des Pflegegeldes eine Abkehr von der Institutionen- zur Individualförderung (Alexa et al. 2015).

Anspruchsberechtigt für den Geldleistungsbezug sind Personen ab dem ersten Lebensjahr, die aufgrund ihres Gesundheitsstatus für ein Jahr oder länger in mindestens drei von zehn ADL/IADL Bereichen auf die Hilfe anderer Personen angewiesen sind (Lipský/Hervertová 2014). Der Zugang ist nicht abhängig vom Einkommen oder dem Vorhandensein potentieller familiärer Pflegekräfte.

Die Begutachtung der gesundheitlichen und persönlichen Situation der Antragsteller erfolgt anhand eines national einheitlichen *Begutachtungsinstrumente*, das auch kognitive Fähigkeiten berücksichtigt. Seit 2011 werden anhand von zehn Aktivitäts-Items vier Abhängigkeitsgrade bestimmt, die über die Höhe der Leistungen bestimmen. Anerkannte Leistungsberechtigte erhalten *Geldleistungen*, die jedoch nur für Pflegetätigkeiten professioneller Pflegekräfte, Sozialarbeiter oder informeller Pflegekräfte verwendet werden können. Im Jahr 2014 betrug das Pflegegeld zwischen 29 Euro (Pflegegrad 1) bis zu 438 Euro (Pflegegrad 4), das sind in Bezug zum verfügbaren Einkommen 3% bis 30%. Es deckt die tatsächlichen Kosten nur teilweise ab. Im Jahr 2012 erhielten 312.400 Personen Pflegegeld, insgesamt 0,75 Milliarden Euro (Alexa et al. 2015).

Bezahlbare Pflegeheimplätze sind rar. Es existieren lange Wartelisten, was teilweise dazu führt, das Pflegebedürftige länger in Krankenhäusern verbleiben als es eigentlich medizinisch notwendig wäre. 2012 gab es 13.820 Betten in Ein-

richtungen für Behinderte und 37.477 Betten in Pflegeheimen.

Auch wenn die Bestimmung der Abhängigkeitsgrade den deutschen Pflegestufen ähnlich ist, so setzt das tschechische System etwas höhere Ansprüche für die Leistungsberechtigung und auch die Leistungshöhe ist geringer als in Deutschland.

Zusammenfassung

Die drei hier vorgestellten Länder weisen deutliche Unterschiede in der Konzeption der jeweiligen Pflegesysteme auf. Das dänische System fokussiert auf ein servicebasiertes und individualisiertes Leistungsspektrum. Die Barrieren für den Leistungsbezug sind sowohl in den beiden anderen Vergleichsländern als auch in Deutschland höher. Dementsprechend hat die informelle Pflege in diesen Varianten familienbasierter Pflegesysteme eine größere Bedeutung. Diese unterschiedliche Behandlung der individuellen Bedarfslagen hat vielfältige Konsequenzen für den Kreis der Leistungsbezieher. Im folgenden Abschnitt illustrieren wir die Struktur der älteren Bevölkerung in den vier Ländern. Dabei zeigen wir anhand unserer Mikrodaten wie groß die Bevölkerungsanteile sind, die potenziell auf Hilfe angewiesen sind, da sie zumindest in bestimmten Bereichen der ADL/IADL eingeschränkt sind oder kognitive Beeinträchtigungen aufweisen.

Personen mit Einschränkungen in ADL und IADL (Pflegebedarf)

Der Anteil der Älteren (65+) liegt in den betrachteten Ländern bei knapp 20%, er ist in Deutschland am höchsten, in Tschechien am geringsten (Tabelle 1). 65-Jährige können in Frankreich mit

Tabelle 1: Bevölkerung, Lebenserwartung und Einschränkungen in den gewöhnlich ausgeübten Tätigkeiten 2013

| | Bevölkerung | | Lebenserwartung 65+ | | Anteil gesunder Lebensjahre 65+ | | Anteil der Personen mit starken Einschränkungen in den gewöhnlich ausgeübten Tätigkeiten | |
|-------------|-------------|-----------|---------------------|--------|---------------------------------|--------|--|--------|
| | in Mio. | in % | in Jahren | | in % | | in % | |
| | insgesamt | insgesamt | Frauen | Männer | Frauen | Männer | Frauen | Männer |
| Dänemark | 5,6 | 18,2 | 20,4 | 17,7 | 62,4 | 65,4 | 7,9 | 7,4 |
| Deutschland | 80,8 | 20,8 | 21,1 | 18,2 | 33,2 | 38,6 | 20,7 | 18,2 |
| Frankreich | 65,8 | 18,0 | 23,6 | 19,3 | 45,5 | 50,5 | 21,3 | 17,9 |
| Tschechien | 10,5 | 17,4 | 19,3 | 15,7 | 45,9 | 54,1 | 15,2 | 12,0 |

Quelle: Eurostat, Bevölkerungsstatistik, Gesundheitsstatistik, EU SILC, 2016.

weiteren 23,6 (Frauen) und 19,3 (Männer) Lebensjahren rechnen. In den anderen Staaten ist die Lebenserwartung Älterer deutlich geringer, insbesondere in Tschechien. Betrachtet man jedoch den Anteil der in Gesundheit verbrachten weiteren Lebensjahre Älterer, so schneidet Dänemark mit fast zwei Drittel am besten ab. Die Berechnung der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre basiert auf die Selbsteinschätzung der Personen über ihre langfristigen Einschränkungen in den gewöhnlich ausgeübten Tätigkeiten, die im Rahmen der Europäischen Statistik über Einkommen

und Lebensverhältnisse (EU-SILC) erhoben werden. So gibt in Dänemark ein wesentlich geringerer Anteil Älterer an, langfristige Einschränkungen in den gewöhnlich ausgeübten Tätigkeiten zu haben als in allen anderen Ländern.¹

Eine umfangreichere Einschätzung der funktionalen und kognitiven Einschränkungen und somit des potentiellen Pflegebedarfs bietet SHARE. Dieser Survey ermöglicht eine detaillierte Erfassung der Einschränkungen in den einzelnen Bereichen von ADL und IADL sowie der kognitiven Fähigkeiten. Während der EU-SILC Survey Personen im Alter von mindestens 16 Jahren erfasst, beschränkt sich der SHARE-Survey auf die Gruppe der 50-Jährigen und Älteren. Wir betrachten hier die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren, da die Prävalenz der Einschränkungen erst bei höherem Alter merklich ansteigt (EC/EPC 2012).

Im Jahr 2013 gaben zwischen 15,6% (Tschechien) und 11,1% (Dänemark) der Älteren Einschränkungen in mindestens einem Bereich der ADL an (Tabelle 2). Der Anteil derjenigen mit Einschränkungen in mindestens einem Bereich der IADL liegt deutlich höher und ist mit 21% in Frankreich am höchsten. Erhebliche Einschränkungen, also Einschränkungen in mehreren ADL/IADL kommt seltener vor. So liegt der Anteil der Personen, die Probleme bei zwei ADL berichten zwischen 4,9% (Dänemark) und 7,8% (Tschechien).

Tabelle 2: Anteile von Personen mit Einschränkungen in den vier betrachteten Ländern (2013)

| | Deutschland | Dänemark | Frankreich | Tschechien |
|--|-------------|----------|------------|------------|
| Alter (Mittelwert) | 70,3 | 70,6 | 71,7 | 70,1 |
| Anteil Frauen | 46,4 | 48,1 | 52,4 | 54,4 |
| Anteil der Personen mit Einschränkungen in mindestens | | | | |
| 1 ADL | 13,1 | 11,1 | 15,6 | 15,6 |
| 1 iADL | 16,9 | 16,5 | 21,0 | 21,0 |
| 2 ADL | 7,2 | 4,9 | 7,0 | 7,8 |
| 2 iADL | 8,6 | 8,5 | 11,5 | 10,2 |
| 1 ADL oder 1 iADL | 20,9 | 19,9 | 25,9 | 25,7 |
| 1 ADL und 1 iADL | 9,3 | 7,7 | 10,8 | 11,1 |
| Anteil der Personen, die ihr Gedächtnis als schlecht beschreiben | 2,9 | 3,0 | 5,6 | 7,0 |
| Alzheimer haben | 1,7 | 1,2 | 1,6 | 1,2 |
| EURO Depressionsskala | 2,3 | 1,7 | 2,8 | 2,4 |

Quelle: SHARE w5, eigene Berechnung.

Die Anzahl der Personen, für die Alzheimer diagnostiziert wurde ist in Deutschland mit 1,7% am höchsten und in Dänemark und Tschechien mit 1,2% am niedrigsten. Die EURO Depressionsskala erfasst eine Vielzahl von Variablen die auf psychische Erkrankungen hinweisen und fasst diese in einer Skala von 0 bis 12 zusammen. Dänemark weist hier mit 1,7 den geringsten Durchschnitt auf, Frankreich mit 2,8 den höchsten.

Insgesamt fällt bei diesem Ländervergleich auf, dass es zwar Länderunterschiede gibt, diese aber relativ klein ausfallen. Nur in Dänemark geben systematisch weniger Personen an, Probleme in ADL/IADL zu haben und auch die kognitiven und psychischen Einschränkungen erscheinen am geringsten zu sein. Das ist insofern interessant als hier auch die staatliche Unterstützung am umfangreichsten ausgebaut ist. Allerdings können wir diesen deskriptiven Befund nicht kausal dem Pflegesystem zuordnen.

Abschätzung der Personen mit Leistungsanspruch in unterschiedlichen Pflegesystemen

Wir orientieren uns bei der folgenden empirischen Analyse an dem Beitrag von Carrino und Orso (2014), die auf Basis früherer Erhebungswellen des SHARE die Pflegesysteme in Europa vergleichen. Wir verwenden alle im SHARE verfügbaren Informationen, um den Kreis der Leistungsempfänger für Deutschland so-

wohl unter den aktuell geltenden Rahmenbedingungen als auch unter den Rahmenbedingungen des Pflegesystems nach Einführung des PSG II sowie unter den institutionellen Settings der ausgewählten Vergleichsländer zu identifizieren. Da die Daten repräsentativ für die gesamte Bevölkerung erhoben sind, können wir dabei auch den Personenkreis erfassen, der gesundheitliche Einschränkungen berichtet, die Kriterien des Leistungsbezugs aber nicht erfüllt. Die sehr detaillierten Daten ermöglichen eine Abschätzung des Personenkreises, der unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff des PSG II anspruchsberechtigt sein wird.²

Die Ergebnisse dieser Simulation sind in Tabelle 3 dargestellt. Hier zeigt die erste Zeile den Anteil der Personen ab 60 Jahren an, die Leistungen aus der jeweiligen Pflegeversicherung beziehen würden. Der von uns simulierte Anteil der Bezieher von Pflegeversicherungsleistungen im Status quo (erste Spalte) stimmt ungefähr mit den Anteilen der Pflegeversicherungsstatistik überein und kann somit als Bestätigung unserer Simulation gewertet werden.

- 1 Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes sind immer subjektiv und hängen auch von den kulturell bedingten Unterschieden im Antwortverhalten ab. Sie brauchen deshalb nicht unbedingt mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand übereinstimmen.
- 2 Wichtig ist, dass wir nicht den tatsächlichen Leistungsbezug für die Analyse zugrunde legen sondern den Leistungsbezug aus den Informationen zum Gesundheitsstatus und den Einschränkungen in ADL/IADL ableiten.

Tabelle 3: Simulierter Anteil der Anspruchsberechtigten in Deutschland nach Pflegesystemen (in Prozent, 2013)

| | Status quo | PSG II | Dänemark | Frankreich | Tschechien |
|--|------------|--------|----------|------------|------------|
| Gesamt | 10.6 | 14.2 | 20.9 | 11.1 | 7.4 |
| Alter 60-70 | 7.2 | 9.9 | 14.3 | 5.4 | 3.7 |
| Alter 70-80 | 9.9 | 13.5 | 21.0 | 11.3 | 7.3 |
| Alter 80-90 | 23.6 | 30.3 | 42.9 | 29.3 | 19.4 |
| Alter 90+ | 48.7 | 58.2 | 74.9 | 61.2 | 46.6 |
| Single | 18.7 | 21.5 | 31.1 | 19.7 | 13.7 |
| Kein Single | 8.3 | 12.2 | 17.9 | 8.6 | 5.6 |
| Frauen | 12.7 | 15.7 | 23.9 | 12.3 | 7.9 |
| Männer | 8.8 | 12.9 | 18.2 | 10.0 | 6.9 |
| Einkommen (<p25) | 17.6 | 21.5 | 30.6 | 17.6 | 12.2 |
| Einkommen (p25-p50) | 11.7 | 17.6 | 25.2 | 13.2 | 8.0 |
| Einkommen (p50-p75) | 8.0 | 10.8 | 16.6 | 8.5 | 5.8 |
| Einkommen (>p75) | 5.3 | 7.0 | 11.0 | 5.0 | 3.5 |
| Vermögen (<p25) | 18.4 | 23.3 | 29.9 | 17.3 | 12.3 |
| Vermögen (p25-p50) | 9.7 | 13.4 | 21.3 | 10.0 | 6.5 |
| Vermögen (p50-p75) | 9.0 | 12.6 | 19.1 | 10.9 | 7.1 |
| Vermögen (>p75) | 5.4 | 7.6 | 13.1 | 6.0 | 3.7 |
| 1+ ADL | 66.9 | 85.3 | 100.0 | 69.7 | 54.7 |
| 1+ iADL | 50.3 | 59.3 | 100.0 | 54.1 | 43.2 |
| 2+ ADL | 96.5 | 98.9 | 100.0 | 99.2 | 87.7 |
| 2+ iADL | 77.1 | 84.4 | 100.0 | 83.5 | 71.4 |
| Kennt aktuelles Datum nicht | 26.8 | 31.9 | 36.4 | 33.1 | 23.5 |
| Beschreibung des Gedächtnis als schlecht | 56.3 | 65.4 | 71.9 | 60.8 | 52.9 |
| Alzheimer wurde diagnostiziert | 64.0 | 91.5 | 91.8 | 77.9 | 64.9 |
| EURO Depressionsskala > 4 | 41.8 | 43.9 | 46.8 | 30.1 | 23.0 |

Quelle: SHARE w5, eigene Berechnung.

Durch das PSG II wird der Kreis der Leistungsempfänger ausgeweitet. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass durch das PSG II ungefähr 500.000 mehr Menschen in den Leistungsbezug kommen werden (Rothgang / Sauer 2013).³ In der von uns betrachteten Altersgruppe würde der Anteil der Anspruchsberechtigten somit auf gut 12% steigen. Unsere Simulation kommt mit 14% zu einem etwas höheren Ergebnis.

Beim Vergleich der soziodemografischen Struktur im Status quo und unter dem PSG II fällt auf, dass Personen in allen Altersgruppen vom neuen Pflegebegriff profitieren. Die Differenz zwischen altem und neuem System ist jedoch in der Gruppe der Personen im Alter von 90 Jahren oder älter am größten. Hier steigt der Anteil der Anspruchsberechtigten von knapp 50% auf nahezu 60%.

Betrachtet man die ökonomischen Ressourcen Einkommen und Vermögen dieser Personen, so zeigt sich, dass der Anteil der Anspruchsberechtigten am höchsten im untersten Quartil der Einkommens- bzw. Vermögensverteilung liegt. Daran ändert auch der neue Pflegebegriff im PSG II nichts. Diese Beobachtung deckt sich mit Analysen auf Grundlage anderer Datensätzen, z.B. von Geyer (2015) und Geyer et al. (2013), die mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) ebenfalls feststellen, dass der Pflegebedarf häufig mit niedrigem Vermögen und Einkommen korreliert ist.

Entscheidende Auswirkungen hat der neue Pflegebegriff auf Personen mit Einschränkungen in wenigen ADL oder mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen. Durch das Scoringssystem zur Bestimmung der neuen Pflegegrade wird

ein deutlich umfassenderes Bild der Pflegebedürftigkeit abgebildet als in den aktuellen Pflegestufen, wodurch auch Personen mit einem geringeren Bedarf an Hilfe erfasst werden. Während auch im Status quo bereits nahezu alle Personen mit mindestens zwei Einschränkungen in ADL Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten konnten, war ein großer Teil der Älteren mit nur einer Einschränkung nicht berücksichtigt. Von lediglich 67% im Status quo steigt der Anteil der anspruchsberechtigten Personen mit mindestens einer Einschränkung durch das PSG II auf ungefähr 85% an. Durch die stärkere Berücksichtigung von kognitiven Fähigkeiten und psychischen Problemlagen im PSG II, wird unserer Simulation zufolge das Ziel erreicht diese Einschränkungen stärker in das System zu integrieren. In Tabelle 3 lässt sich dies insbesondere am Anteil der Personen erkennen, denen eine Alzheimer Krankheit diagnostiziert wurde. Während im Status quo lediglich 64% dieser

Personen Anspruch auf Pflegeleistungen hatte, sind es nach PSG II über 90%.

Im europäischen Vergleich kann Dänemark mit seinem umfassenden Wohlfahrtsstaat als Benchmark für einen besonders umfangreichen Pflegebegriff betrachtet werden. Dies lässt sich auch in unserer Simulation beobachten. Würde das dänische System in Deutschland Anwendung finden, dann hätten gut 20% der Bevölkerung im Alter über 60 Jahre Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Frankreich rangiert mit ca. 11% ungefähr auf dem Niveau des deutschen Status quo. Lediglich das tschechische System hatte von den hier betrachteten Ländern mit ca. 7% eine geringere Quote

³ Siehe auch: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/08/2015-08-12-zweites-pflegestaerkungsgesetz> [abgerufen am 26.01.16]

der Anspruchsberechtigten als im aktuellen deutschen System.

Durch das PSG II wird das deutsche Pflegesystem umfassender und es rückt dadurch näher an den dänischen Benchmark heran. Bemerkenswert im internationalen Vergleich ist erneut die Betrachtung der kognitiven Einschränkungen. In allen hier verwendeten Indikatoren für kognitive Einschränkungen weist das deutsche System im Status quo gemeinsam mit dem tschechischen die niedrigsten Quoten der Anspruchsberechtigung auf. Durch das PSG II und dessen expliziter Berücksichtigung kognitiver Einschränkungen, werden diese durch den neuen Pflegebegriff deutlich besser erfasst als in allen hier betrachteten europäischen Vergleichsländern – mit der Ausnahme des dänischen Systems.

Fazit

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung ist keine objektiv erfassbare Eigenschaft der Betroffenen. Sie ist das Ergebnis staatlich festgesetzter Kriterien der Leistungsgewährung, die an Einschränkungen in den ADL/IADL Maß nehmen. Man sieht beim internationalen Vergleich, dass es sehr große Schwankungsbreiten beim Zugang zu staatlichen Leistungen gibt. Zudem unterscheiden sich die gewährten Leistungen. Das PSG II schließt hier eine Lücke für das deutsche Pflegesystem indem es erstmals die kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen systematisch in den Leistungskatalog aufnimmt und auch die Eingangsbarrieren absenkt. Gleichzeitig fokussiert das neue Begutachtungsverfahren nicht mehr auf die funktionalen Defizite sondern prüft die Fähigkeit zum selbständigen Gestalten des Alltags.

Im Vergleich zum dänischen System bleiben die formalen Schwellen für den Leistungsbezug in Deutschland weiterhin relativ hoch. Gleichzeitig zeigen unsere Analysen, dass sich Struktur und Anteil der Leistungsempfänger Dänemark annähern. Die größten Unterschiede dürften aus der Unterstützung für Personen mit geringen Einschränkungen in den IADL begründet sein. Diese Gruppe ist relativ groß und häufig nicht anspruchsberechtigt.

Es bleibt nun abzuwarten, wie sich die neue Begutachtungspraxis bewährt und wie viele Personen zusätzlich anspruchsberechtigt werden. ■

Literatur

- Rothgang, Heinz/ Kalwitzki, Thomas (2015):** Pflegestärkungsgesetz II: Eine erstaunlich großzügige Reform, in: G+S, 5/2015, S. 46-54.
- OECD (2011):** Help wanted? Providing and Paying for Long Term Care. Paris.
- Schulz, Erika/Geyer, Johannes (2015):** Pflegebedarfe und Pflegesettings – ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern. DIW – Vierteljahrsheft zur Wirtschaftsforschung 83.Jg., 04.2014, S. 137-157.
- Schulz, Erika (2010a):** The Long-Term Care System in Germany“. Discussion Papers of DIW Berlin 1039.
- Schulz, Erika (2010b):** The Long-Term Care System in Denmark. Discussion Papers of DIW Berlin 1038.
- Social Protection Committee/ European Commission (SPC/EC 2014):** Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. European Union.
- Rostgaard, Tine (2011):** Care as you like it: the construction of a consumer approach in home care in Denmark. Nordic Journal of Social Research, Special Issue.
- Chevreul, Karine/Berg Brigham, Karen/ Durand-Zaleski, Isabelle/Hernández-Quevedo, Cristina (2015):** France: Health System Review. Health Systems in Transition Vol 17, No.3, 2015.
- Eleftheriades, Christopher/Wittenberg, Raphael (2013):** A critical review of international practice on assessment and eligibility in adult social care: Lessons for England. Summary Final Report. Centre for Health Service Economics & Organisation, Report No. 5.
- Carrino, Ludovico/Orso, Cristina Elisa (2014):** Eligibility and Inclusiveness of Long-Term Care Institutional frameworks in Europe: cross-country compensation. Ca'Foscari University of Venice, Department of Economics, Working Paper No. 28.
- Alexa, Jan/Rečka, Lukáš/Votápková, Jana/ van Ginneken, Ewout/Spranger, Anne/ Wittenbecher, Friedrich (2015):** Czech Republic: Health System Review. Health Systems in Transition Vol 17, No.1, 2015.
- Lipský, Matěj/Hervertová, Vojtěška (2014):** Long-term care – the problem of sustainable financing. Comments paper – Czech Republic. Peer Review on financing of long-term care. ÖSB Consulting.
- Rothgang, Heinz/ Sauer, Sebastian (2013):** Aktualisierung der Ergebnisse der NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik. Aktualisierungsbericht. Zentrum für Sozialpolitik. Universität Bremen.
- Geyer, Johannes (2015):** Einkommen und Vermögen der Pflegehaushalte in Deutschland. DIW Wochenbericht 82 (14/15): 323–28.
- Geyer, Johannes/Korfhage, Thorben/Schulz, Erika (2013):** Versorgungsformen in Deutschland – Untersuchungen zu den Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Hilfe- und Pflegebedarf. Evaluation – Berichterstattung Pflegequalität. Zentrum für die Qualität in der Pflege.
- OECD (2015):** Health Data 2015.
- European Commission/Economic Policy Committee (EC EPC) (2012):** The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). Brüssel.



Familien am Rande der Erwerbsgesellschaft

Erwerbsrisiken und soziale Sicherung familiärer Risikogruppen im europäischen Vergleich

Von Dr. Thomas Bahle, Prof. Dr. Bernhard Ebbinghaus und Claudia Göbel

2015, 252 S., brosch., 18,90 €
ISBN 978-3-8487-2615-8
eISBN 978-3-8452-6735-7

(Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung (HBS), Bd. 177)
nomos-shop.de/25925

Arbeitslosigkeit und Geringverdienst sind oft mit Armut verbunden. Von diesen sozialen Risiken sind auch viele Familien betroffen, insbesondere Alleinerziehende. Dieses Buch fragt danach, welche Kombinationen von Politiken dazu geeignet sind, Risiken zu vermeiden oder zu kompensieren und Niedrigeinkommen bzw. Armut in Familien zu verhindern. Die Autoren entwickeln ihre Antworten im empirischen Vergleich von fünf europäischen Ländern.

 eLibrary

 **Nomos**