
Master in Sozialer Arbeit

**Leistungsnachweis im Modul
Sozialpolitik im internationalen Vergleich (SIV)**

Die Finanzierung der Langzeitpflege und der Aufenthaltsort im Alter

Ein Vergleich der Länder Schweden und Deutschland

**Frühlingssemester 2019, 2. Quartal
Kathy Haas, 27.06.2019**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Erkenntnisinteresse	3
2. Schweden, Deutschland und die Pflegepolitik	4
2.1 <i>Kennzahlen, Länder-Auswahl und Idealtypen</i>	4
2.2 <i>Pflegepolitik in Schweden</i>	5
2.3 <i>Pflegepolitik in Deutschland</i>	6
3. Analyse Indikatoren: Finanzierung und Aufenthaltsort	7
4. Erkenntnis und Schlussfolgerung	9
5. Verzeichnisse	10
5.1 <i>Literatur</i>	10
5.2 <i>Abbildung</i>	11
6. Anhang	12
6.1 <i>Selbständigkeitserklärung</i>	12

1. Einleitung und Erkenntnisinteresse

Pflegefinanzierungen sind zwar ein eher junges sozialpolitisches Feld, die Thematik scheint jedoch umso aktueller, wird der demografische Wandel und die Überalterung der Gesellschaft genauer betrachtet; bald erreichen die Babyboomer*innen das Rentenalter, es folgen Jahrgänge mit weniger starken Geburtenraten, Menschen leben in weniger stabilen Beziehungen und individualisierter, Familien sind geografisch weiter voneinander entfernt und Frauen beruflich stärker eingebunden. Das Rollenverständnis von pflegenden Angehörigen ändert sich und damit auch das des Wohlfahrtsstaates. Wer für die Pflege von Menschen im Alter zuständig ist (Staat, Markt, Familie), ob sie entgeltlich und durch Professionelle oder unentgeltlich und durch Laien geregelt ist, wie diese finanziert wird und welche Rolle der Sozialstaat übernimmt, hängt beträchtlich von den einzelnen Ländern und deren Selbstverständnis ab. (Haber Kern, 2009, S. 14-15)

In der Literatur wird Schweden als Vorbild beschrieben, wohingegen Deutschland oft in einem kritischen Kontext erwähnt wird. In dieser Arbeit werden diese beiden Länder mit ihren (Langzeit-)Pflegefinanzierungen genauer untersucht und verglichen.

Die Fragestellung lautet:

Lassen sich Zusammenhänge zwischen dem Finanzierungssystem in der Langzeitpflege des Wohlfahrtsstaats und dem Aufenthaltsort im Alter feststellen?

Das Erkenntnisinteresse liegt darin, wie die **Pflegefinanzierung** in den ausgewählten Ländern aufgebaut ist, welche **Akteure** involviert sind und ob die **Finanzierungssysteme** in einem Zusammenhang mit dem **Aufenthaltsort** im Alter stehen.

Um die Fragestellung zu beantworten, werden die Länder mit ihren Kennzahlen und ihrer Pflegepolitik vorgestellt und anschließend die Indikatoren **Finanzierung der Langzeitpflege** und **Aufenthaltsort** analysiert.

2. Schweden, Deutschland und die Pflegepolitik

2.1 Kennzahlen, Länder-Auswahl und Idealtypen

Deutschland wies im Jahre 2018 im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung einen Anteil von 15.2% Personen zwischen 65–79 Jahren und 6.2% über 80 Jahren auf (**total 21.4% > 65 Jahre**). Schweden hat ebenfalls einen sehr hohen Anteil von 14.8% Personen zwischen 65–79 Jahren, liegt jedoch mit 5.1% der Menschen über 80 Jahre etwas unter dem Anteil Deutschlands (**total 19.9% > 65 Jahre**). (Eurostat, 2018)

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Bei über 80-Jährigen ist die Wahrscheinlichkeit speziell hoch (Wild, 2010, S. 16). Die Kurve der über 65-Jährigen ist in beiden Ländern (stark) zunehmend (vgl. Abbildung 1).

Elderly population Total, % of population, 1984 – 2014

Source: Labour Force Statistics: Summary tables

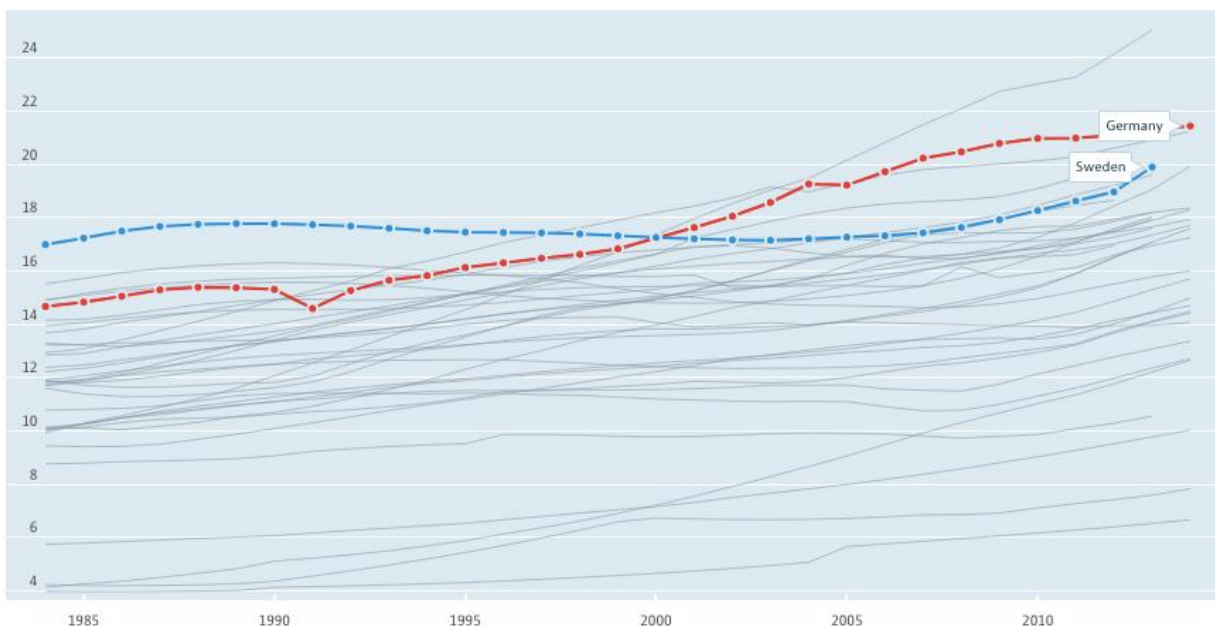


Abbildung 1 – Entwicklung Anteil Bevölkerung über 65 Jahre (OECD, o.J.)

Beide Länder haben ein vergleichbar hohes Bruttoinlandprodukt (BIP) gemessen am OECD-Durchschnitt (Statista, 2018). Die Ausgaben im Langzeitpflegebereich nehmen in Deutschland einen Anteil von 0.9% des BIPs und in Schweden von 3.6% ein (Colombo, Llana-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011, S. 217-219). Diese Unterschiede sind beträchtlich.

Interessant sind diese Kennzahlen in Bezug auf die unterschiedliche Zugehörigkeit zu den Idealtypen nach Esping-Anderson (1990). Deutschland gehört zum konservativen Wohlfahrtsregime Typus mit einer starken Stratifizierung. Die Wohlfahrtsproduktion erfolgt über beitragsfinanzierte Sozialversicherungen (an die Lohnarbeit gekoppelt), bei der die Familie als Akteur eine grosse Rolle spielt. Schweden gehört dem sozialdemokratischen Wohlfahrtsregime Typus an, mit einer maximalen De-Kommodifizierung. Die Wohlfahrtsproduktion erfolgt zu einem grossen Teil durch den Staat mit einem Universalismus, bei dem alle Bürger*innen die möglichst gleichen Rechten haben. Die Leistungen sind steuerfinanziert. Diese Ausgangslage ermöglicht einen kontrastreichen Vergleich der Länder Deutschland und Schweden in Bezug auf ihre Pflegepolitik.

Im Grundsatz kann zwischen zwei verschiedenen Pflegesysteme differenziert werden: steuerfinanzierte, servicebasierte (Nordeuropa) und familienbasierte, private (Südeuropa). Weiter wird vor allem mittels Geldleistungen (Einkommenssituation) oder in Form von Sachleistungen (Pflege, Unterstützung im Haushalt, Mahlzeitendienst usw.) unterstützt. (Pardini, 2018, S. 44). Erschwerend für einen Ländervergleich ist, dass die Definition der Pflegebedürftigkeit international nicht einheitlich bestimmt ist und je nach Gesetz anderen Definitionskriterien unterworfen ist. Oftmals werden dafür Punktetabelle resp. Zeitaufwände verwendet. (Wild, 2010, S. 4)

2.2 Pflegepolitik in Schweden

Schweden folgt in der Pflegefinanzierung dem Beveridge-Modell, welches steuerfinanziert nach dem Umlageverfahren Universalleistungen zur Verfügung stellt. Auch die Dienstleistungen werden mehrheitlich vom Staat erbracht (z.B. sind Pflegefachpersonen Angestellte des öffentlichen Dienstes). Die Kommunen spielen dabei in der Umsetzung eine wichtige Rolle; die Pflegefinanzierung wird auf lokaler Ebene organisiert (Ausgestaltung und Bemessung). (Wild, 2010, S. 10-19). 2001 wurde mit dem Socialtjänstlagen, dem Social Service Act, die gesetzliche Rechtsgrundlage zur Gewährleistung eines angemessenen Lebensstandards in Kraft gesetzt. Es gibt kein eigenes System für die Langzeitpflege. Die Leistungen werden vorwiegend in Form von Sachleistungen erbracht. Geldleistungen spielen eine geringe Rolle, kommen aber in einigen Gemeinden zur Anwendung. Ein Anspruch entsteht, wenn eine Person nicht mehr für ihre Bedürfnisse sorgen kann. Das Angebot ist umfassend und beinhaltet nebst stationären Lösungen auch ambulante Unterstützungen, beispielsweise Haushaltshilfe in der eigenen Wohnung. Pflegeheime sind hauptsächlich für Menschen konzipiert, die eine umfassende Pflege rund um die Uhr benötigen oder

beispielsweise einsam sind. Eine gesetzliche Verpflichtung der familiären Unterstützung besteht nicht, wie auch keine Wart- oder Beitragspflichten. Ein Anspruch erwächst unabhängig der Pflegebedürftigkeit resp. einem bestimmten Messsystem. Relevant ist einzig, einen angemessenen Lebensstandard zu erhalten (Missoc, 2018). Schweden hat eine entsprechend hohe Steuerlast, sei es durch indirekte oder Einkommenssteuern; rund ein Drittel der öffentlichen Einnahmen stammt aus diesen Quellen (Hort, 2008, S. 538-539).

2.3 Pflegepolitik in Deutschland

Deutschland verfügt mit der Pflegeversicherung über ein Sozialversicherungssystem nach dem Bismarck-Modell, welches durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert wird. Klassischerweise sind dabei die Höhe der Beiträge resp. die Leistungen der Versicherung einkommensabhängig und an den Erwerbsstatus gebunden. In der Kranken- und Pflegeversicherung ist dies jedoch nicht der Fall und der Leistungsanspruch korreliert nicht mit der Beitragshöhe. 1995 wurde eine soziale Pflegeversicherung (SPV), als eigenes Sozialversicherungssystem zur Abdeckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, eingeführt. Dies galt damals als fortschrittlich, ist aber in der Zwischenzeit bereits wieder reformbedürftig. Kritikpunkt ist die fehlende Dynamisierung von Leistungen und damit verbunden geringe Pflegeausgaben. Abgedeckt sind sämtliche Versicherte, welche auch in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, was nahezu die gesamte Bevölkerung abdeckt. (Wild, 2010, S. 3-13) Vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit besteht jedoch eine zweijährige Versicherungspflicht. Betroffene haben die Wahl zwischen Sach- oder Geldleistungen oder einer Kombination aus beidem. Als pflegebedürftig gelten Menschen, die ihre Einschränkungen nicht selbstständig ausgleichen können und langfristig (min. sechs Monate) einen Pflegebedarf mit einem bestimmten Schweregrad aufweisen. Anspruch auf Leistungen hat, wer mindestens in die erste von fünf Pflegestufen eingeteilt wird, was durch den ärztlichen Dienst der Krankenkasse erfolgt. Eine Person in Pflegestufe 1 hat demnach nur Anspruch auf Leistungen, welche es ihr ermöglichen, in der häuslichen Umgebung zu verbleiben. (Missoc, 2018).

Deutschland organisiert das Pflegesystem überwiegend im privaten Sektor, sei dies im stationären oder ambulanten Bereich. Leichsenring (2011) hat dazu Zahlen ermittelt (vgl. Abbildung 2). Er differenziert zwischen der Leistungserbringung in Heimen und solchen durch ambulante Dienste und unterscheidet, ob die Leistungserbringenden öffentlichen Charakter haben oder privatwirtschaftlich organisiert sind, wobei er zwischen gewinnorientierten und nicht gewinnorientierten Betrieben spezifiziert.

3. Analyse Indikatoren: Finanzierung und Aufenthaltsort

Land	Öffentlich		Non-profit		For-profit	
	Heime	Dienste	Heime	Dienste	Heime	Dienste
England	7%	14%	13%	8%	79%	75%
Schweden	85%	84%	.	.	15%	16%
Niederlande	.	.	100%	ca. 95%	.	ca. 5%
Deutschland	7%	2%	55%	41%	38%	47%
Belgien						
• Flandern		36%		52%		12%
• Wallonie		26%		21%		52%
Tschechische Republik						
			53% (Regionen)	15%		2%
			31% (Gemeinden)			

Abbildung 2 – Verhältnis Leistungserbringung öffentlich und privat (Leichsenring, 2011)

3. Analyse Indikatoren: Finanzierung und Aufenthaltsort

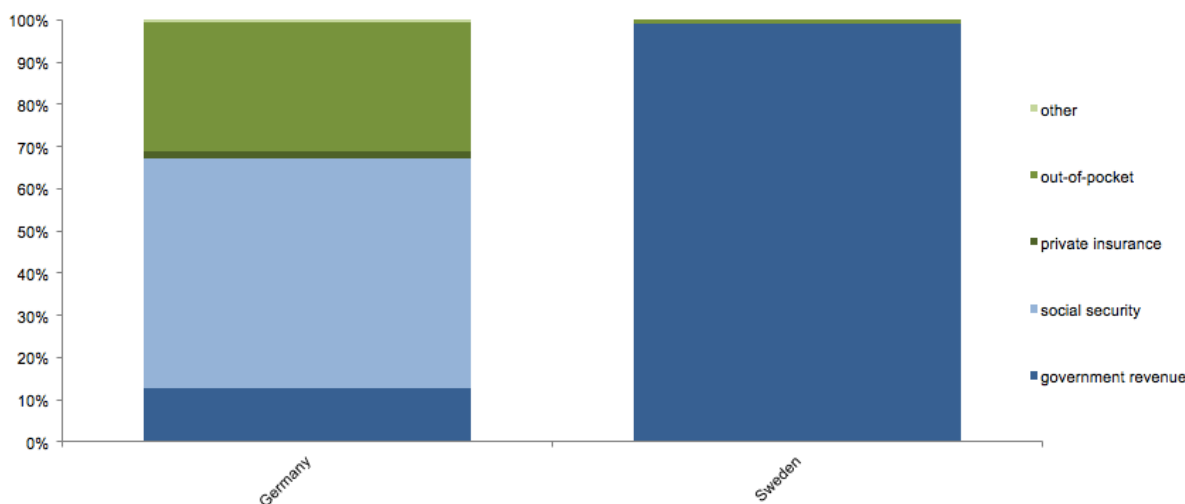
Die Finanzierungsquellen für die Ausgaben im Langzeitbereich lassen sich wie folgt darstellen (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011, S. 231):

[Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care - © OECD 2011](#)

Chapter 7. Public long-term care financing arrangements in OECD countries

Figure 7.3. Long-term care expenditures by sources of funding, 2007

Countries ranked by decreasing share of out-of-pocket spending



Note: Data on out-of-pocket spending for some of the countries are underestimated. For example, in the Netherlands, cost sharing on long-term care services is estimated to account for 8% of the total LTC expenditure. The share of out-of-pocket spending for Switzerland is overestimated as cash benefits granted for care in care facilities are not considered. Source: OECD Health System Accounts, 2010.

Abbildung 3 – Ausgaben nach Finanzierungsquellen <http://dx.doi.org/10.1787/888932401615>

In Schweden wurden im Jahre 2007 die Langzeitpflegekosten fast vollumfänglich aus staatlichen Einnahmen (99.2% vs. 0.8% Selbstzahlende) finanziert. In Deutschland hingegen erfolgte die Finanzierung zu 12.5% durch den Staat, 54.7% aus der Sozialversicherung, 1.7% aus privaten Versicherungen und 30.4% der Kosten aus eigenen Mitteln der Betroffenen.

Schweden wie Deutschland vertreten den Grundsatz ambulant vor stationär (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011, S. 299). Schweden betreute im Jahr 2016 4.5% der Bevölkerung über 65 Jahre in Institutionen und 10.9% zu Hause (bezahlte Leistungserbringende, Professionelle wie nicht Nicht-Professionelle), Deutschland 4.1% in Institutionen und 9.5% zu Hause (OECD, 2016) (vgl. Abbildung 4). Damit liegt die Anzahl der Menschen mit einem stationären Aufenthaltsort deutlich unter dem Wert der Menschen zu Hause, ist allerdings in beiden Ländern fast identisch. Deutschland weist jedoch weniger Menschen auf, die bezahlte Langzeitpflege zu Hause erhalten. In dieser Statistik sind die unbezahlt Pflegenden nicht eingerechnet.

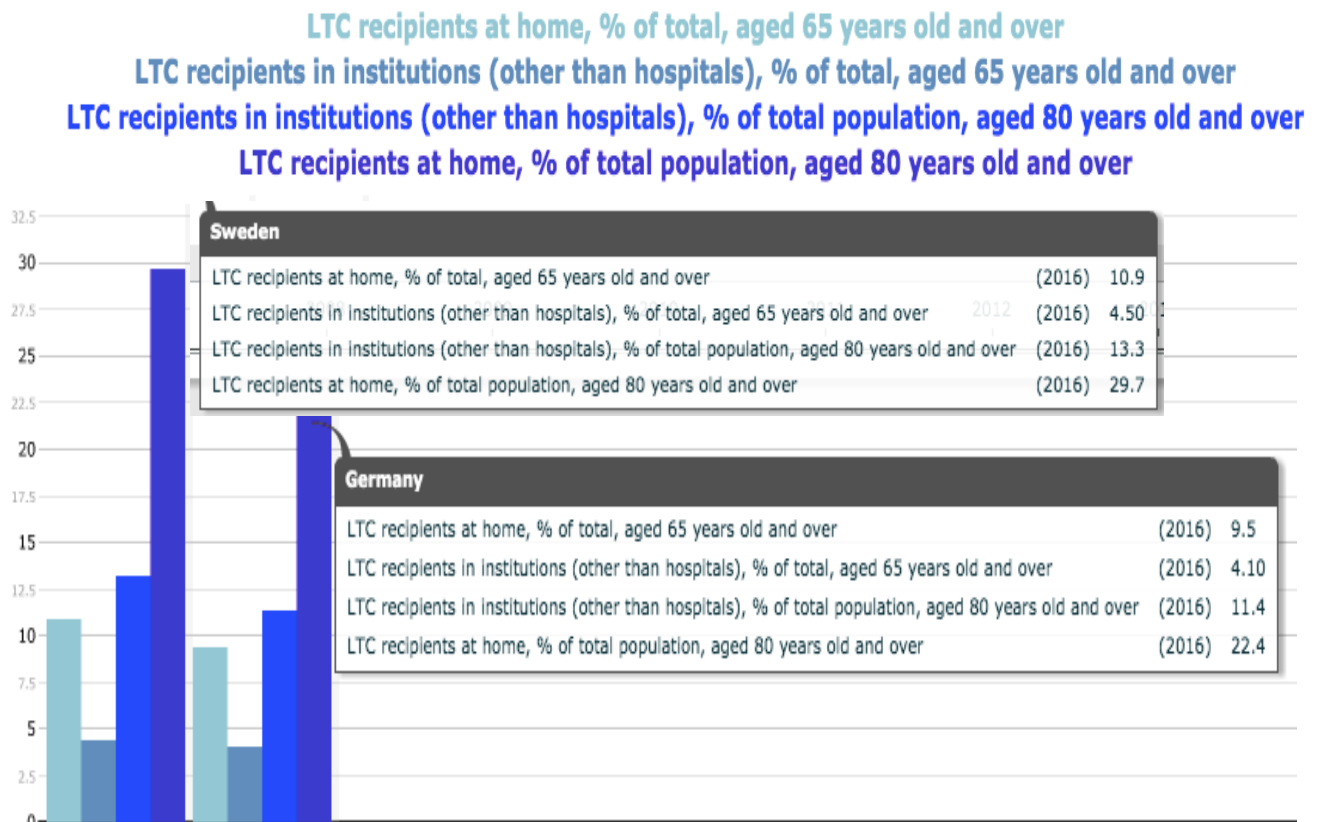


Abbildung 4 – Long-term care recipients (OECD, 2016)

4. Erkenntnis und Schlussfolgerung

Obwohl die Theorie der Idealtypen von Esping-Andersons bereits einige Jahre alt und die Finanzierung der Langzeitpflege ein neues sozialpolitisches Gebilde ist, lassen vorgängige Ausführungen die Grundhaltungen der Wohlfahrtsregime (Deutschlands konservativer vs. Schwedens sozialdemokratischer Typus) auch in der Ausgestaltung der Pflegefinanzierung erkennen: Das von Deutschland gewählte Modell mit den Sozialversicherungen setzt Beitragszeiten voraus, ein Einschluss in den Versichertenkreis und bemisst den Anspruch aufgrund eingeschränkter Kriterien. Der Wohlfahrtsstaat hat eine eher passive Rolle, setzt auf die Unterstützung des Akteurs Familie (südeuropäisches Pflegemodell) und lässt formelle Pflege durch den privaten Markt erbringen. In Schweden hingegen nimmt der (dezentral organisierte) Wohlfahrtsstaat eine aktive Rolle ein (nordeuropäisches Pflegemodell), sorgt für Verteilungsgerechtigkeit in der Bevölkerung, bemisst flexibel an der tatsächlich notwendigen Unterstützung und erbringt diese auch zu einem grossen Anteil aus der öffentlichen Hand.

Die Fragestellung dieser Arbeit, ob das Finanzierungssystem eine Auswirkung auf den Aufenthaltsort im Alter hat, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Die Grundlagen und Zusammenhänge dafür sind zu vielschichtig. Eher muss eine neue Hypothese aufgestellt werden, nach der in Deutschland der Zugang zu staatlicher Unterstützung hochschwelliger ist und allenfalls auch Menschen ausschliesst, die auf Hilfe angewiesen wären, beispielsweise indem sie die Kriterien der SPV nicht erfüllen und nicht über private Versicherungen oder ausreichende Eigenmittel für die notwendige Pflege verfügen. Dies würde sich durch die geringere Anzahl an Personen mit (bezahlter) Unterstützung zu Hause bestätigen lassen, wie auch dadurch, dass Deutschland gemessen am BIP im Vergleich zu Schweden massiv kleinere Ausgaben in den Pflegesektor investiert. Interessant ist, dass die unterschiedliche Pflegefinanzierung keine grosse Auswirkung auf die Anzahl der Menschen in Langzeitinstitutionen zu haben scheint. Dies lässt vermuten, dass vor allem Menschen mit einem eher geringen Pflegeaufwand und keinen finanziellen Eigenmitteln in Deutschland durch die Maschen des Pflegesystems fallen resp. auf kostenlose ergänzende Pflege und Unterstützung durch Angehörige angewiesen sind, wohingegen der Sozialstaat Schweden fürsorglich für die nötige Hilfe für seine Einwohnenden aufkommt. Das Selbstverständnis des Wohlfahrtsstaates zu seiner Rolle und die der Familie will es so.

5. Verzeichnisse

5.1 Literatur

- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Eurostat. (2018). *Bevölkerung nach Altersgruppen*. Abgerufen am 07.06.2019 von <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tps00010>
- Haberkern, K. (2009). *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hort, S. (2008). Sklerose oder ständig in Bewegung? Das schwedische Wohlfahrtssystem. In K. Schubert, S. Hegelich, & U. Bazant (Hrsg.), *Europäische Wohlfahrtssysteme. Ein Handbuch*. (S. 525-547). Wiesbaden: VS Verlag.
- Leichsenring, K. (2011). *Langzeitpflege im europäischen Vergleich – Wer ist zuständig und wer trägt die Verantwortung?* (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung) Abgerufen am 16.06.2019 von https://www.staedtebund.gv.at/fileadmin/USERDATA/staedtetag/2011/tagungsunterlagen/AK_III_Leichsenring.pdf
- Missoc. (2018). *Mutual Information System on Social Protection. Comparative Tables. XII. Long-term care*. Abgerufen am 07.06.2019 von <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>
- OECD. (2016). *Long-Term Care Resources and Utilisation: Long-term care recipients*. Abgerufen am 16.06.2019 von https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR
- OECD. (o.J.). *Elderly Population. Total, % of population, 1984 - 2014*. Abgerufen am 16.06.2019 von <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
- Pardini, R. (2018). Gesellschaftliche Organisation der Betreuung im Alter in der Schweiz. In C. Knöpfel, R. Pardini, & C. Heinzmann, *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme*. Zürich: Seismo Verlag.
- Statista. (2018). *Europäische Union: Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf in den Mitgliedsstaaten in jeweiligen Preisen im Jahr 2018*. Abgerufen am 15.06.2019 von: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/188766/umfrage/bruttoinlandsprodukt-bip-pro-kopf-in-den-eu-laendern/>
- Wild, F. (2010). *Die Pflegefinanzierung und Pflegeausgaben im internationalen Vergleich* (WIP. Wissenschaftliches Institut der PKV.) Abgerufen am 07.06.2019 von <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/die-pflegefinanzierung-und-die-pflegeausgaben-im-internationalen-vergleich.html>

5.2 Abbildung

Abbildung 1 – Entwicklung Anteil Bevölkerung über 65 Jahre (OECD, o.J.).....	4
Abbildung 2 – Verhältnis Leistungserbringung öffentlich und privat (Leichsenring, 2011)	7
Abbildung 3 – Ausgaben nach Finanzierungsquellen http://dx.doi.org/10.1787/888932401615	7
Abbildung 4 – Long-term care recipients (OECD, 2016)	8

6. Anhang

6.1 Selbständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die Arbeit selbständig, ohne Hilfe Dritter und unter Angabe aller Benutzerquellen angefertigt habe.

Ebenso bestätige ich, dass ich die vorgegebene Zeichenzahl (minimal 11'500 – maximal 12'500 Zeichen, mit Leerzeichen) eingehalten habe. Mein Text (ohne Deckblatt, Inhaltsverzeichnis und Literatur-/Quellen-Verzeichnis) umfasst 12'382 Zeichen.

Ort, Datum: Bern, 27.06.2019

Name : Kathy Haas

Unterschrift: _____