

# Pflege-Report 2016

## „Die Pflegenden im Fokus“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /  
Stefan Greß / Jürgen Klauber /  
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 19-35



<b>2</b>	<b>Wer pflegt? Personen- und Professionen-Mix in ausgewählten europäischen Ländern .....</b>	<b>19</b>
	<i>Erika Schulz und Johannes Geyer</i>	
2.1	Einleitung.....	20
2.2	Pflegesysteme, formelle und informelle Pflege .....	20
2.2.1	Pflegesysteme determinieren das formelle Pflegeangebot .....	22
2.2.2	Bedeutung der informellen Pflege weiterhin groß .....	23
2.3	Beschäftigte in der Langzeitpflege .....	25
2.3.1	Hoher Anteil von Frauen und Älteren.....	27
2.3.2	Berufsstruktur .....	27
2.4	Künftige demografiebedingte Herausforderungen .....	30
2.4.1	Die Zahl pflegebedürftiger Menschen, aber auch die Pflegepotenziale Älterer nehmen zu .....	30
2.4.2	Bedarf an formeller Pflege kaum zu decken.....	32
2.5	Fazit .....	32

# 2 Wer pflegt? Personen- und Professionen-Mix in ausgewählten europäischen Ländern<sup>1</sup>

Erika Schulz und Johannes Geyer

## Abstract

Im Fokus dieses Beitrages steht der Bereich der Pflegedienstleistungen. Die Pflege ist durch einen Mix von formellen und informellen Pflegekräften gekennzeichnet. Der Umfang des formellen Pflegekräfteangebots hängt dabei wesentlich von der Ausgestaltung der staatlichen Pflegesysteme ab. Die Pflegesysteme unterscheiden sich merklich in der Art, dem Umfang und der Qualität der finanzierten Dienste. In diesem Beitrag wird exemplarisch für fünf europäische Länder dargelegt, in welcher Weise die Pflegebedarfe durch formelle und informelle Pflegekräfte gedeckt werden. Dabei untersuchen wir 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, sowie in Polen und der Slowakei, die informelle Pflegesysteme sowie im Aufbau befindliche soziale Sicherungssysteme repräsentieren.

In this article we focus on long-term care services and the long-term care labour force in different countries. Long-term care is provided by both formal and informal caregivers. The size of the formal nursing care workforce depends mainly on the institutional settings. Public provision of long-term care differs markedly across countries with respect to type of service, amount and quality of services. In our article we analyse exemplarily for five European countries (Denmark, Germany, Italy, Slovakia and Poland) in which way long-term care is provided. In particular we focus on the mix between formal and informal care. Denmark is an example of a comprehensive welfare state acting as the main provider of formal care. Germany is a conservative welfare state with a mixture of formal and informal care services. Italy as a Southern European welfare state is similar to Germany, but relies even more on the family as a care provider.

<sup>1</sup> Dieser Beitrag basiert auf Ergebnissen, die im Rahmen des von der EU finanzierten Forschungsprojekts NEUJOBS (Creating and Adapting Jobs in Europe in the Context of a Socio-ecological Transition) im Bereich Health and Long-Term Care erarbeitet wurden. Detaillierte Analysen wurden erstellt von Golinowska S., Kocot E. und Sowa A. (2013) (CASE) für Polen, Radvanský M. und Lichner I. (2013) (Ekonomickýústav SAV) für die Slowakei, Coda Moscarola F. (2013) (CeRP-CCA und University of Turin) für Italien sowie von Schulz E. (2013) (DIW) für Dänemark und Schulz E. und Geyer J. (2013) (beide DIW) für Deutschland. Die Länderberichte und weitere Informationen sind frei verfügbar unter [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).

Poland and Slovakia are examples of Eastern European welfare states which are currently still setting up their care systems.

## 2.1 Einleitung

Die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf verschiedene gesellschaftliche Bereiche werden seit langem diskutiert. In den Anfangsjahren richtete sich das Augenmerk vornehmlich auf mögliche Konsequenzen für die staatlichen Ausgaben, insbesondere die nachhaltige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. In den letzten Jahren rücken zudem die damit verbundenen Chancen und Risiken für die Arbeitsmärkte in den Fokus der nationalen und internationalen Diskussion. Insbesondere die Gesundheits- und Pflegedienstleistungen wiesen im letzten Jahrzehnt eine hohe Beschäftigungsdynamik auf. In Europa (EU 27) wurden zwischen 2003 und 2013 über 4 Millionen neue Arbeitsplätze in diesem Sektor geschaffen, etwa die Hälfte davon seit 2008. Dies ist bemerkenswert, da die gesamtwirtschaftliche Beschäftigung in der ökonomischen Krise rückläufig war (Eurostat 2015a). Diese Zunahme wird teilweise auf die Alterung der Bevölkerung zurückgeführt, da mit steigendem Alter die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen zunimmt. Gleichzeitig zeichnen sich in etlichen europäischen Staaten Personalengpässe in einigen Gesundheits- und Sozialberufen ab, die sich künftig angesichts der erwarteten demografischen Entwicklung verstärken werden.

Im Fokus dieses Beitrages steht der Bereich der Pflegedienstleistungen. Die Pflege ist durch einen Mix von formellen und informellen Pflegekräften gekennzeichnet. Der Umfang des formellen Pflegekräfteangebotes hängt dabei wesentlich von der Ausgestaltung der staatlichen Pflegesysteme ab. Obwohl inzwischen nahezu alle europäischen Länder staatliche Leistungen für pflegebedürftige Personen in Form von Geld- oder Sachleistungen anbieten, unterscheiden sie sich merklich in der Art, dem Umfang und der Qualität der finanzierten Dienste. In diesem Beitrag wird exemplarisch für fünf europäische Länder dargelegt, in welcher Weise die Pflegebedarfe durch formelle und informelle Pflegekräfte gedeckt werden. 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, sowie in Polen und der Slowakei, die informelle Pflegesysteme sowie im Aufbau befindliche soziale Sicherungssysteme repräsentieren.

## 2.2 Pflegesysteme, formelle und informelle Pflege

Der Bedarf an formeller und informeller Pflege und den entsprechenden pflegeleistenden Personen hängt zuvorderst von der Zahl der Personen mit Pflegebedarf ab. Ein Pflegebedarf besteht, wenn Personen über einen längeren Zeitraum Einschränkungen

Tabelle 2–1

**Hilfe- und Pflegebedarfe und Empfänger staatlicher Pflegeleistungen 2010**

	Personen mit Einschränkungen*	Leistungsempfänger			Personen ohne staatliche Leistungen	
		in Heimen	zu Hause			insgesamt
			Pflege- dienste	Geld- leistungen		
	in %	Anteil an den Personen mit Einschränkungen in %				
Dänemark	7	11	48	0	59	41
Deutschland	10	9	7	15	32	68
Italien**	5	11	19	16	46	54
Polen	7	6	6	0	12	88
Slowakei	9	8	5	12	25	75

\* Personen mit längerfristigen erheblichen Einschränkungen in den üblicherweise ausgeübten Tätigkeiten (EU SILC) bezogen auf die Bevölkerung

\*\* In Italien können Schwerbehinderte Geldleistungen zum Ausgleich der erhöhten Pflegeaufwendungen erhalten, die oftmals für die Bezahlung privat engagierter Pflegekräfte (sogenannter caretaker) verwendet wird.

Quelle: Schult 2013a, b; Coda Moscarola 2013; Golinowska et al. 2013; Radvanský und Lichner 2013; Berechnungen des DIW Berlin

Pflege-Report 2016

WIdO

in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und/oder Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) haben.<sup>2</sup> Gemäß der Europäischen Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU SILC) sind in den hier einbezogenen Ländern insgesamt rund 15,5 Millionen Personen langfristig erheblich in ihren täglichen Aktivitäten eingeschränkt. Der Anteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf an der Bevölkerung beträgt zwischen 10% in Deutschland und 5% in Italien (Tabelle 2–1).<sup>3</sup> Da die Einschränkungen generell mit dem Alter der Personen zunehmen, ist im Durchschnitt rund ein Drittel der erheblich eingeschränkten Personen mindestens 75 Jahre alt (Schulz und Geyer 2015).

Wer in welchem Umfang die benötigte Hilfe und Pflege gewährt, hängt wesentlich von der Höhe staatlicher Unterstützungsleistungen ab. Heinze (2015) unterscheidet zwischen den familienbasierten subsidiären Systemen wie beispielsweise in Deutschland und den servicebasierten universalistischen Systemen wie beispiels-

2 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 extended 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).

3 Der Anteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf wird zwar auch durch die Altersstruktur der Bevölkerung beeinflusst. Wesentlich stärker sind jedoch die Unterschiede in der Selbsteinschätzungen der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Hier spielt vermutlich landestypisches Antwortverhalten eine Rolle.

weise in Dänemark. Im Folgenden werden zunächst einige Merkmale der Pflegesysteme der einbezogenen Länder dargestellt, um anschließend den Kreis der Pflegebedürftigen einzugrenzen, der auf informelle Pflege angewiesen ist.

### 2.2.1 Pflegesysteme determinieren das formelle Pflegeangebot

Die hier untersuchten Staaten decken eine Bandbreite der existierenden Sozial- und Pflegesysteme ab. In **Dänemark** wird dem Wohlfahrtsstaatsprinzip entsprechend Hilfe und Pflege für jeden mit Bedarf gewährt, unabhängig von der Höhe des Einkommens oder Vermögens, dem Alter und davon, ob potenzielle familiäre Pflegekräfte vorhanden sind (Schulz 2013a). In diesem servicebasierten universalistischen System ist die Organisation, die Leistungserbringung und die Finanzierung dieser Sozialleistung Aufgabe des Staates. Insbesondere die persönliche Pflege und die Hilfe bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten werden als kommunale Aufgabe angesehen; Familienangehörige fühlen sich eher zuständig für die soziale Teilhabe der pflegebedürftigen Person (Vilaplana Prieto 2011). Ambulante Pflege hat expliziten Vorrang vor institutioneller Pflege. Zuzahlungen werden nicht verlangt.

In **Deutschland** werden im Rahmen der Pflegeversicherung ambulante und institutionelle Pflegeleistungen sowie Geldleistungen nur für Personen mit zumindest erheblichem Pflegebedarf (mindestens 90 Minuten pro Tag, davon 45 Minuten Basispflege) gewährt. Zwar sind die Leistungen unabhängig vom Alter, Einkommen, Vermögen oder dem Vorhandensein informeller Pflegekräfte, sie decken jedoch nur einen Teil der Gesamtkosten ab. Wie in Dänemark hat die ambulante häusliche Versorgung Priorität (§ 3 SGB XI). Anders als in Dänemark basiert das System jedoch auf der traditionellen Sichtweise, dass bei Hilfe- und Pflegebedarfen zunächst die Familie in der Pflicht ist und staatliche Pflegeleistungen zur Unterstützung gewährt werden. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass Geldleistungen für selbst beschaffte (familiäre) Pflege gezahlt werden, die Leistungen auf Personen mit erheblichem Pflegebedarf beschränkt sind sowie weitere Unterstützungsleistungen für pflegende Familienangehörige gewährt werden.

In **Italien** ist Pflege traditionell Aufgabe der Familie. Zwar gibt es inzwischen staatliche Pflegeleistungen in Form von ambulanten Diensten, Pflege in Pflegeheimen und Geldleistungen. Die Gewährung von Pflegeleistungen ist jedoch einkommensabhängig und hängt von der Ausgestaltung in den autonomen Kommunen und deren finanziellen Möglichkeiten ab. Generell sind die personenbezogenen sozialen Leistungen unterfinanziert (Coda Moscarola 2013). Für Schwerbehinderte (100 Prozent) und Schwerstpflegebedürftige werden Geldleistungen aus einem nationalen Versorgungssystem gewährt.

Noch stärker als in Italien ist das Pflegesystem in **Polen** durch familiäre Hilfe und Pflege geprägt. Staatlich finanzierte Pflegeleistungsangebote sind (nach wie vor) selten und werden nur bei schwerster Pflegebedürftigkeit gewährt (Golinowska et al. 2013). Die ambulanten und stationären Leistungen sind abhängig vom Einkommen der pflegebedürftigen Person und vom Vorhandensein naher Familienangehöriger. Angesichts der prekären finanziellen Situation vieler Kommunen ist das Angebot insbesondere an ambulanten Pflegeleistungen gering.

In der **Slowakei** ist die Bereitstellung öffentlicher institutioneller und ambulanter Pflegeleistungen die Aufgabe der Kommunen im Rahmen des Sozialsystems.

Die Gewährung der Leistungen ist abhängig vom Einkommen und dem verfügbaren familiären Pflegepotenzial. Leistungen werden zudem nur bei einem hohen Grad der Pflegebedürftigkeit gewährt (Radvanský und Lichner 2013). Zudem sind für die ambulante und stationäre Pflege Zuzahlungen erforderlichlich.

### 2.2.2 Bedeutung der informellen Pflege weiterhin groß

Über die Leistungsempfänger staatlicher Pflegesysteme liegen in den meisten Ländern relativ gute Daten der amtlichen Statistik vor. Das Ausmaß der staatlichen Versorgung bei Hilfe- und Pflegebedarf hat wesentlichen Einfluss auf die Zahl der Beschäftigten in den entsprechenden ambulanten und stationären Diensten. Allerdings decken diese Systeme nicht jeden Hilfe- oder Pflegebedarf ab. Personen, die keine öffentlich finanzierte Unterstützung erhalten, werden zum Großteil durch informelle Pflegekräfte versorgt. Dennoch gibt es Personen, die entweder keine oder eine nicht im erforderlichen Umfang gewährte Unterstützung erhalten. Um die Zahl der Personen abzuschätzen, die ausschließlich auf informelle Hilfe oder Pflege angewiesen ist, müssen wir auf Haushaltsbefragungen zurückgreifen. Dazu vergleichen wir die Zahl der Leistungsempfänger staatlicher Leistungen mit der Zahl der Personen mit längerfristigen erheblichen Einschränkungen in ADL/IADL auf Basis des EU-SILC (Tabelle 2–1).<sup>4</sup> Der Anteil der staatlichen Leistungsempfänger ist mit 59% in Dänemark am höchsten, gefolgt von Italien mit 46%, wenn man in Italien die Bezieher von Geldleistungen für Schwerbehinderte einbezieht (16%). In Deutschland liegt er bei 32%, in der Slowakei bei 25% und in Polen bei 12%.<sup>5</sup> Mit Ausnahme von Dänemark erhält damit ein Großteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf keine staatlichen Leistungen und ist ausschließlich auf die Unterstützung durch informelle, zumeist familiäre Pflegekräfte oder privat finanzierte Hilfe und Pflege angewiesen.

Mit Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) kann näher bestimmt werden, welche Personen die informelle Pflege leisten.<sup>6</sup> Einbezogen sind Personen in privaten Haushalten im Alter von mindestens 50 Jahren, die Pflege für Personen innerhalb oder außerhalb des eigenen Haushalts erbringen (Schulz und Geyer 2013). Differenziert wird zusätzlich zwischen der Art (jeder Form von Hilfe und Pflege versus persönliche Pflege) und der Häufigkeit (unregelmäßig versus regelmäßig) der gewährten Hilfe/Pflege. Der Anteil der Personen, die irgendeine Form von Hilfe und Pflege für Personen **außerhalb** des Haushalts erbringen, beträgt in Dänemark 46%, in Deutschland 34%, in Italien 24% und in Polen 19% (Tabelle 2–2). Die Slowakei ist im SHARE-Survey nicht vertreten. Auf

4 Schulz und Geyer (2015) geben einen detaillierten Überblick über die Personen mit Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Pflegesettings. Hier wird der Fokus auf die Erfassung von Personen gelegt, die informelle Pflege leisten.

5 In Polen sind aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten auch Personen enthalten, die wegen einer Schwerbehinderung Leistungen beziehen.

6 SHARE ist eine multidisziplinäre und internationale Panelerhebung, die insbesondere Fragen zur Gesundheit, dem sozio-ökonomischen Status und den sozialen und familiären Netzwerken enthält. Befragt werden ungefähr 110 000 Individuen in 20 europäischen Ländern (+ Israel), die 50 Jahre oder älter sind (<http://www.share-project.org>).

Tabelle 2–2

### Anteil der Personen (50 Jahre und älter), die informelle Pflege für innerhalb oder außerhalb des Haushalts lebende Personen erbringen

Anteil der Personen (50 Jahre und älter) in %, die ...	Dänemark	Deutschland	Italien	Polen
regelmäßig persönliche Pflege innerhalb des Haushalts erbringen	4,6	6,3	8,9	9,7
(zumeist) täglich persönliche Pflege außerhalb des Haushalts erbringen	1,0	2,7	4,6	2,5
persönliche Pflege außerhalb des Haushalts erbringen (täglich oder seltener)	6,2	6,1	9,5	3,9
eine Form von Hilfe oder persönlicher Pflege außerhalb des Haushalts erbringen (unabhängig von der Häufigkeit)	45,7	34,0	23,6	19,0

Quelle: SHARE Wellen 1 und 2 (Polen nur Welle 2); gepoolte und gewichtete Daten; Berechnungen des DIW Berlin

Pflege-Report 2016

WIdO

den ersten Blick scheint der hohe Anteil unterstützender Personen in Dänemark erstaunlich. Die Unterstützung beschränkt sich im Wesentlichen jedoch auf Gartenarbeit, Reparaturarbeiten oder ähnliche Tätigkeiten sowie auf die soziale Teilhabe (EUROFAMCARE 2006). Betrachtet man allein die zumeist *täglich* außerhalb des Haushalts gewährte *persönliche Pflege*, so reduziert sich der Anteil der pflegenden Personen auf 1 %. In den anderen Ländern ist dieser Anteil mit 4,6 % in Italien am höchsten, gefolgt von Deutschland mit 2,7 %. Der relativ geringe Anteil von 2,5 % in Polen ist darauf zurückzuführen, dass Eltern im Falle von Pflegebedürftigkeit häufiger als in anderen Ländern wieder zu ihren Kindern ziehen bzw. bereits zuvor mit diesen in einem gemeinsamen Haushalt gewohnt haben (Golinowska et al. 2013). Deshalb ist auch der Prozentsatz der Personen, die regelmäßige persönliche Pflege für Personen **innerhalb** des Haushalts erbringen, in Polen mit fast 10 % am höchsten und damit doppelt so hoch wie in Dänemark.

Personen, die regelmäßig persönliche Pflege innerhalb und außerhalb des Haushalts erbringen, unterscheiden sich in ihren Eigenschaften (Tabelle 2–3). Regelmäßig persönliche Pflege außerhalb des Haushalts wird zu rund drei Vierteln von Frauen erbracht, die Pflegepersonen sind zum weit überwiegenden Teil zwischen 50 und 69 Jahre alt und es werden zumeist die Eltern oder andere Familienangehörige gepflegt.<sup>7</sup> Ein Großteil der Pflege innerhalb des Haushalts wird dagegen für den Partner erbracht. Eine Ausnahme ist Polen, da hier pflegebedürftige Eltern häufiger als in anderen Ländern mit den Kindern in einem Haushalt leben (Eurostat 2015b). Partnerpflege wird sowohl von Männern als auch Frauen geleistet, sodass der Frauenanteil hier geringer ist als bei der Pflege außerhalb des Haushalts. Hinzu kommt, dass Paare meistens im fortgeschrittenen Alter sind, wenn die Notwendigkeit der Partnerpflege auftritt, und somit der Anteil der Pflegekräfte im erwerbsfähigen Alter geringer ausfällt.

<sup>7</sup> Der Umfang und die Art der Hilfe und Pflege unterscheiden sich zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen, wie Analysen für Deutschland zeigen (Geyer und Schulz 2014).

Tabelle 2–3

**Eigenschaften informeller Pflegekräfte**

	Personen (50 und älter), die persönliche Pflege leisten							
	außerhalb des Haushalts (meist täglich)				innerhalb des Haushalts (regelmäßig)			
	Anteile in %							
	50- bis 69-Jährige	Frauen	Pflege der Eltern	Pflege anderer Familienangehöriger*	50- bis 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); gepoolte und gewichtete Daten; Berechnungen des DIW Berlin

Pflege-Report 2016

WlD0

## 2.3 Beschäftigte in der Langzeitpflege

Der Europäische Labour Force Survey (EU LFS) bietet international vergleichbare Informationen über die sektorale Beschäftigung.<sup>8</sup> Im Gesundheits- und Sozialwesen werden im Bereich Heime neben Pflegeheimen auch Alten- und Behindertenwohnheime sowie Heime für psychisch und Sucht-Kranke erfasst. Ambulante Pflegedienste sind ein Teilbereich des Sozialwesens (ohne Heime). Angesichts der unterschiedlichen Sozialsysteme variiert der Anteil der Beschäftigten in den relevanten Bereichen an der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigung deutlich zwischen den untersuchten Ländern. 2011 lag der Anteil der Beschäftigten in Heimen an der Gesamtbeschäftigung zwischen 4,5% in Dänemark und 0,6% in Polen; im Sozialwesen (ohne Heime) liegt er zwischen 7,4% in Dänemark und 0,8% in Polen.

Detaillierte Angaben für die Unterbereiche Pflegeheime und Sozialarbeit für Ältere liegen uns für Deutschland, Italien, Polen und die Slowakei vor. Insgesamt sind in diesen Ländern rund 600 000 Personen in Pflegeheimen und 650 000 in Alten- und Behindertenheimen tätig (Tabelle 2–4).<sup>9</sup> Hinzu kommen rund 450 000 Erwerbstätige im Bereich der Sozialarbeit für Ältere. Für Dänemark liegen keine Informationen für die entsprechenden Unterbereiche vor, aber bereits die über dem Heimbereich liegende Beschäftigtenzahl im Sozialwesen (ohne Heime) zeigt, dass die am-

<sup>8</sup> Der EU LFS befragt Personen ab 16 Jahren in privaten Haushalte. Die Angaben im EU LFS beruhen somit auf der Selbstausskunft der Erwerbstätigen. Als erwerbstätig werden alle Personen klassifiziert, die zumindest eine Stunde pro Woche in den betreffenden Bereichen arbeiten, unabhängig von der Finanzierung. Es sind also sowohl die staatlich als auch die privat finanzierten Pflegekräfte enthalten. Die branchenspezifische Zuordnung erfolgt für die Hauptbeschäftigung.

<sup>9</sup> Die Zuordnung zu den einzelnen Unterbereichen wie Pflegeheime oder Altenheime erfolgt anhand der Hauptbeschäftigung entsprechend der Selbstausskunft der Erwerbstätigen. Die Werte können sich deshalb von nationalen Angaben auf Basis von Unternehmensauskünften unterscheiden.

Tabelle 2–4

**Beschäftigung in Heimen und Sozialwesen (ohne Heime) 2011**

NACE-Rev2-Klassifikation	Däne- mark	Deuts- land	Italien	Polen	Slo- wakei	Zusam- men	EU27*
<b>Anteil an der Gesamtbeschäftigung in %</b>							
Q Gesundheits- und Sozialwesen	18,8	12,2	7,4	5,7	6,7	9,7	9,7
87 Heime	4,5	2,8	1,0	0,6	1,1	1,9	1,9
871 Pflegeheime	–	1,2	0,4	0,1	0,3	0,7	0,6
873 Alten- und Behinderten(wohn) heime	–	1,3	0,4	0,2	0,4	0,8	0,7
88 Sozialwesen (ohne Heime)	7,4	2,2	0,9	0,8	1,1	1,7	2,0
881 ... für Ältere und Behinderte	–	0,8	0,3	0,3	0,9	0,5	0,7
<b>Anteil der Frauenbeschäftigung in %</b>							
Gesamtwirtschaft	47,4	46,1	40,7	44,9	44,3	44,4	45,5
Q Gesundheits- und Sozialwesen	80,9	76,8	68,6	81,8	83,6	76,0	77,9
87 Heime	83,1	76,4	84,6	77,4	88,2	78,3	81,0
871 Pflegeheime	–	70,0	87,7	83,2	95,5	73,3	79,0
873 Alten- und Behinderten(wohn) heime	–	83,2	84,5	79,6	87,7	83,3	85,4
88 Sozialwesen (ohne Heime)	80,1	73,8	85,8	90,8	91,0	78,1	82,8
881 ... für Ältere und Behinderte	–	81,9	85,3	90,1	90,7	83,6	83,6
<b>Anteil der Älteren (55+) an der Beschäftigung in %</b>							
Gesamtwirtschaft	17,8	17,5	14,0	13,5	12,6	15,7	15,5
Q Gesundheits- und Sozialwesen	19,6	16,5	17,8	15,1	16,2	16,8	17,1
87 Heime	20,2	16,3	9,9	10,9	19,8	15,4	16,4
871 Pflegeheime	–	15,4	10,8	8,7	27,4	14,6	15,7
873 Alten- und Behinderten(wohn) heime	–	17,7	10,7	12,3	16,7	16,5	17,7
88 Sozialwesen (ohne Heime)	16,2	17,6	9,9	14,2	12,9	16,0	16,7
881 ... für Ältere und Behinderte	–	15,5	12,1	17,8	14,1	15,1	17,3

\*Nur Beschäftigte in den Ländern mit Angaben auf NACE-Rev2-3-Steller-Ebene

Quelle: Eurostat, EU LFS; Statistics Denmark; Berechnungen des DIW Berlin

bulante Versorgung Vorrang hat und der hohe Anteil an den Gesamtbeschäftigten weist darauf hin, dass die Ausstattung im Pflege- und Betreuungsbereich insgesamt vergleichsweise komfortabel ist. Bei einem Vergleich der Beschäftigtenzahlen zwischen den Ländern ist zu beachten, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten merklich zwischen den Ländern differiert. So ist Teilzeitarbeit in der Slowakei nicht üblich. Lediglich rund 4% der im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten arbeiten in Teilzeit, im EU-Durchschnitt sind es 32%. Auch Polen weist mit 9% einen relativ geringen Anteil Teilzeitbeschäftigter auf, während in Dänemark sowie Deutschland rund 40% und in Italien 20% Teilzeit arbeiten (Schulz 2013b).

### 2.3.1 Hoher Anteil von Frauen und Älteren

Pflege und Sozialarbeit sind nach wie vor typische Beschäftigungsfelder von Frauen. Im EU-Durchschnitt sind rund 81 % der Beschäftigten in Heimen weiblich, im Sozialwesen 83 % (2011). In Pflegeheimen liegt der Frauenanteil mit 79 % nur geringfügig unter dem Branchendurchschnitt, in der Sozialarbeit für Ältere mit 84 % etwas darüber. Auch die fünf einbezogenen Länder weisen generell einen hohen Frauenanteil an den Beschäftigten auf, wobei der Frauenanteil in Pflegeheimen zwischen 70 % in Deutschland und 96 % in der Slowakei und in der Sozialarbeit für Ältere zwischen 82 % in Deutschland und 91 % in der Slowakei liegt.

Im EU-Durchschnitt ist rund jeder Sechste der Beschäftigten in Pflegeheimen und der Sozialarbeit für Ältere mindestens 55 Jahre alt. In den betrachteten Ländern liegen die Anteile älterer Beschäftigter in Pflegeheimen zwischen 9 % in Polen und 27 % in der Slowakei. Im Bereich der Sozialarbeit für Ältere sind zwischen 12 % (Italien) und 18 % (Polen) der Beschäftigten mindestens 55 Jahre alt.

### 2.3.2 Berufsstruktur

Der EU LFS bietet auch Informationen zur Berufsstruktur der Beschäftigten, jedoch lediglich für die Obergruppen Heime und Sozialwesen (ohne Heime).<sup>10</sup> In Heimen und im Sozialwesen bilden die Pflegeberufe und die sozialpflegerischen Berufe die Hauptberufsfelder, aber auch pädagogische Berufe sind insbesondere im Sozialwesen vergleichsweise stark vertreten (Tabelle 2–5). In Dänemark und Italien stellen die pädagogischen Berufe rund ein Drittel der Beschäftigten des Sozialwesens (ohne Heime).

Der Anteil der Pflegeberufe (einschließlich Krankenpflegefachkräfte) in Heimen beträgt zwischen 20 % in Deutschland und 67 % in Dänemark und im Sozialwesen zwischen 25 % in Italien und 95 % in der Slowakei. Die Altenpflegeberufe sind eine Besonderheit in Deutschland und werden unter den sozialpflegerischen Berufen erfasst. Deshalb weist Deutschland hier mit 38 % in Heimen und 35 % im Sozialwesen die höchsten Anteile Beschäftigter auf.

Nationale Statistiken bieten in den betrachteten Ländern unterschiedlich detaillierte Informationen über die Berufsstruktur im Pflegebereich. Für Deutschland liegen die umfangreichsten Informationen vor. Die Pflegestatistik weist die Berufsstruktur getrennt für den stationären und ambulanten Sektor aus. In Dänemark gibt es Informationen über die Berufsstruktur der kommunalen Beschäftigten die in Maßnahmen für Ältere, Behinderte und Personen mit sozialen Problemen tätig sind. Hier umfasst der Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung auch die Altenpflege; da die Beschäftigten jedoch in verschiedenen Bereichen tätig sind, kann der Anteil der Altenpflege nicht eindeutig abgegrenzt werden (Schulz 2013a). Für Italien gibt es Daten zur Berufsstruktur nur für Heime insgesamt (Coda Moscarola 2013). In Polen sind die Angaben gesplittet zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen und die Zuordnung der Beschäftigten zum Pflegebereich ist schwierig (Golinowska et al.

<sup>10</sup> Auch in diesen Obergruppen sind aufgrund geringer Fallzahlen nicht für alle Beschäftigten berufsspezifische Daten verfügbar. Hier sind nur die Berufe ausgewiesen, für die verlässliche Angaben für die fünf einbezogenen Länder vorliegen.

Tabelle 2–5

**Beschäftigung in Heimen und im Sozialwesen (ohne Heime) nach Berufsgruppen 2011**

Berufsgruppen	Heime					Sozialwesen (ohne Heime)					
	Däne- mark	Deutsch- land	Italien	Polen	Slowakei	Däne- mark	Deutsch- land	Italien	Polen	Slowakei	
	<b>Berufsstruktur in %</b>										
Verwaltung, Geschäftsführung <sup>1</sup>	3,9	3,9	2,8	5,7	4,9	3,3	10,1	3,7	20,9	0,0	
Mediziner, Medizinische Fachberufe (ohne Krankenpflege) <sup>2</sup>	3,0	1,1	18,8	8,3	1,6	1,5	1,0	10,4	4,5	0,0	
Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte <sup>3</sup>	2,2	6,5	0,1	12,6	18,2	0,0	11,2	0,7	1,9	0,0	
Pflege- und verwandte Berufe <sup>4</sup>	64,9	13,8	48,8	11,9	32,6	55,4	17,1	24,3	24,9	95,1	
Sozialpflegerische Berufe, Sozialwissenschaftler, -arbeiter <sup>5</sup>	1,7	38,1	11,5	22,2	9,2	2,0	35,0	10,3	37,1	1,0	
Hauswirtschaftliche Versorgung <sup>6</sup>	7,2	15,8	12,2	18,5	24,3	3,8	7,7	12,2	4,9	1,0	
Pädagogische Berufe <sup>7</sup>	15,6	8,5	2,4	17,4	6,5	33,4	9,8	35,8	4,4	1,9	
Sonstige Berufe <sup>8</sup>	1,5	10,9	3,3	3,4	2,7	0,6	6,5	2,7	1,4	1,0	
Insgesamt (einschließlich keine Antwort) in 1 000	113,3	949,4	209,1	76,8	22,8	184,6	781,5	172,3	99,7	22,4	
Zur Information: Beschäftigung insgesamt in 1 000	122	1109	223	96	26	200	891	202	122	25	
Anteil der Beschäftigten mit Berufsangaben in %	93	86	94	80	90	92	88	85	81	89	

<sup>1</sup> ISCO88-Klassifikationsnummern 120-131, 241, 247, 341-344, 411-422<sup>2</sup> ISCO88-Nr. 222, 322<sup>3</sup> ISCO88-Nr. 223, 323<sup>4</sup> ISCO88-Nr. 513<sup>5</sup> ISCO88-Nr. 244, 346<sup>6</sup> ISCO88-Nr. 512, 913<sup>7</sup> ISCO88-Nr. 232-235, 331-334<sup>8</sup> ISCO88-Nr. 241, 311, 522, 611, 712-714, 721-743, 826-832, 914, 915, 931, 932

Quelle: EU LFS, aufgrund teilweise geringer Fallzahlen ist nur die Beschäftigung in den Hauptberufsgruppen der Sektoren Q87 und Q88 enthalten.

2013). Für die Slowakei liegen keine Informationen zur Berufsstruktur der Pflegekräfte vor (Radvanský und Lichner 2013). Die Tabelle 2–6 gibt einen Überblick über die Berufsstruktur basierend auf den national verfügbaren Informationen, wobei für Dänemark Vollzeitäquivalente ausgewiesen sind.

Ein Vergleich mit dem EU LFS und zwischen den Ländern ist schwierig. Dennoch geben die nationalen Statistiken Hinweise auf Unterschiede im Versorgungsspektrum. In Dänemark weist der hohe Anteil der Sozial- und Gesundheitsarbeiter auf eine umfassende Versorgung Älterer hin, die über die persönliche Pflege hinausgeht. Auch der Anteil der in der hauswirtschaftlichen Versorgung Beschäftigten ist dreimal so hoch wie in der ambulanten Versorgung in Deutschland. In Polen konzentriert sich die ambulante Versorgung auf die persönliche und medizinische Pflege. In Pflegeheimen sind neben den Pflegeberufen auch die medizinischen Fachberufe, wie etwa Physiotherapeuten, vertreten. Die Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass Pflegeheimbewohner im Durchschnitt einen höheren Pflegebedarf auf-

Tabelle 2–6

### Beschäftigte in Pflege- und Sozialarbeit nach Berufsgruppen – Angaben aus nationalen Statistiken 2011

Berufsgruppen	Dänemark <sup>1</sup>	Deutschland <sup>2</sup>	Italien <sup>3</sup>	Polen <sup>4</sup>		
	VZÄ		Personen			
	home help	Pflegeheime	Amb. Dienste	Heime	Pflegeheime	Amb. Dienste
Berufsstruktur in %						
Mediziner, med. Fachberufe (ohne Krankenpflege)	1	2	2	3	23	
Pflegeberufe insgesamt <sup>5</sup>	10	48	68	14	76	100
Sozial- und Gesundheitsarbeiter <sup>6</sup>	78	1	0	44		
Hauswirtschaftliche Versorgung	7	5	2			
Sonstige Berufe <sup>7</sup>	4	25	20	40		
Ohne Berufsausbildung, Auszubildende		18	7			
Beschäftigte insgesamt (in 1 000)	95	661	291	334	56	19
Leistungsempfänger je Beschäftigten <sup>8</sup>	1,9	1,1	2,0	–	2,5	8,0
Leistungsempfänger je Pflege-/Gesundheitsarbeiter <sup>9</sup>	2,1	2,3	2,9	–	3,3	8,0

<sup>1</sup> Kommunale Beschäftigte im Bereich Pflege und Betreuung (ohne Maßnahmen für Kinder)

<sup>2</sup> Beschäftigte in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten

<sup>3</sup> Beschäftigte in Heimen insgesamt

<sup>4</sup> Beschäftigte in Heimen und bei ambulanten Diensten relevant für Pfl egetätigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen

<sup>5</sup> Krankenpfleger und -helfer, Altenpfleger und -helfer, Haus- und Familienpfleger, Schwesternhelfer, Betreuer, Altenpfleger ohne staatlich anerkannten Abschluss

<sup>6</sup> Einschließlich Sozial- und Gesundheitshelfer

<sup>7</sup> Hierzu zählen alle anderweitig nicht genannten Berufsabschlüsse, auch pädagogische Berufe und Verwaltungsberufe

<sup>8</sup> Empfänger der jeweiligen Sachleistung

<sup>9</sup> Pflegeberufe insgesamt sowie Sozial- und Gesundheitsarbeiter

Quelle: Schulz 2013a, b; Coda Moscarola 2013; Golinowska et al. 2013; Berechnungen des DIW Berlin

weisen als Personen, die zu Hause versorgt werden (Schulz 2010). Die Mobilisierung häufiger bettlägeriger Bewohner ist eine der Aufgaben der Beschäftigten in Pflegeheimen in medizinisch-therapeutischen Fachberufen. Hinzu kommen die Beschäftigten in den Bereichen wie Verwaltung, Reinigung, Haustechnischer Dienst, die unter den sonstigen Berufen zusammengefasst sind. In Italien sind hier auch die Beschäftigten in der Hauswirtschaft enthalten. Für Polen gibt es keine Angaben über diese Berufsgruppen.

Mit Hilfe der nationalen Angaben ist es – wenn auch eingeschränkt – möglich, das Versorgungsniveau im Pflegebereich abzuschätzen.<sup>11</sup> Als Indikator werden die Leistungsempfänger je Beschäftigten in Pflegeberufen oder Sozial-/Gesundheitsberufen herangezogen. In Dänemark werden 2,1 Leistungsempfänger pro Beschäftigten in den genannten Berufen versorgt, in Deutschland liegen die entsprechenden Werte bei 2,3 in den Pflegeheimen und bei 2,9 in der ambulanten Versorgung, in Polen bei 3,3 im Heimbereich und 8 bei den ambulanten Diensten. Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Länder sich nicht nur im Niveau der Anspruchsberechtigten, sondern auch im Niveau der Versorgung unterscheiden.

## 2.4 Künftige demografiebedingte Herausforderungen

### 2.4.1 Die Zahl pflegebedürftiger Menschen, aber auch die Pflegepotenziale Älterer nehmen zu

Angesichts der künftigen demografischen Entwicklung wird mit einer steigenden Zahl alter und sehr alter Menschen gerechnet. Zurückzuführen ist dies einerseits auf die ins hohe Alter vorrückenden sog. Babyboomer, die es in jedem hier betrachteten Land gibt, zum anderen auf die weiterhin steigende Lebenserwartung auch der älteren Personen. So wird in dem hier zugrunde gelegten Szenario mit einer Steigerung der Lebenserwartung der 65-Jährigen um rund drei Jahre (in der Slowakei um vier Jahre) zwischen 2010 bis 2025 gerechnet, wobei die Lebenserwartung der Männer stärker steigt als die der Frauen.<sup>12</sup>

Ob die steigende Lebenserwartung mit einer Verringerung oder Erhöhung der Pflegebedürftigkeit einhergeht, ist nicht eindeutig geklärt. Empirische Studien in europäischen Ländern kommen zu divergierenden Ergebnissen (Schulz und Geyer 2013). Werden konstante Prävalenzraten unterstellt, dann ist mit einer rein demo-

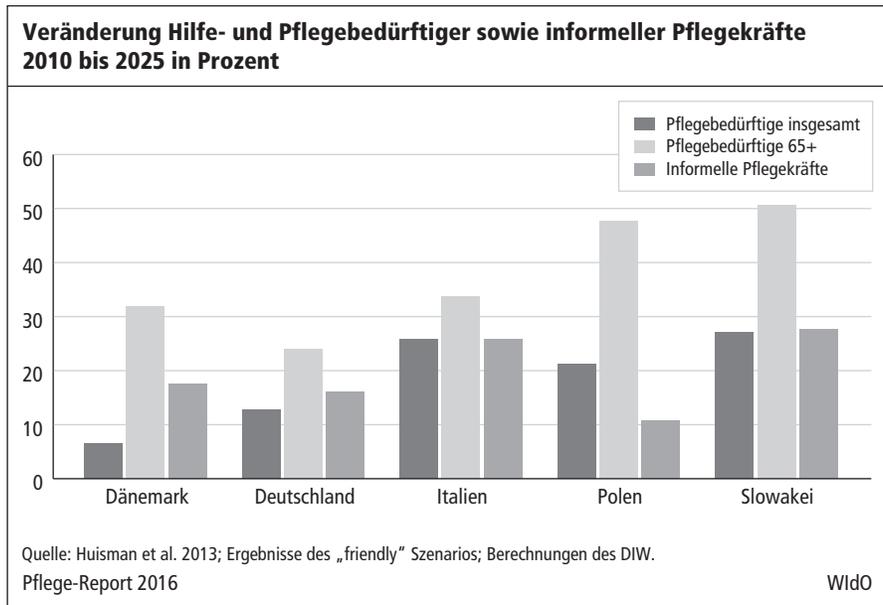
11 Die Einschränkungen beziehen sich zusätzlich zu den bereits genannten Unterschieden in den länderspezifischen Daten vornehmlich auf die Unterschiede in den Arbeitszeiten der Beschäftigten und die erforderlichen Zeiten der Versorgung von Leistungsempfängern im ambulanten Bereich.

12 Die demografischen Szenarien des hier zugrunde liegenden Projekts NEUJOBS sind ausführlich beschrieben in Huisman et al. (2013). Hier wird Bezug genommen auf das sog. „friendly“ Szenario. Im Jahr 2010 wiesen Deutschland und Italien mit rund einem Fünftel die höchsten Anteile Älterer auf, während die Anteile in Dänemark 16%, in Polen 14% und in der Slowakei 12% betragen. Im Jahr 2025 werden die Anteile Älterer rund 25% in Deutschland, 23% in Italien, 20% in Dänemark und Polen und rund 18% in der Slowakei betragen.

grafisch bedingten Erhöhung der Zahl der Personen mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in den hier untersuchten Ländern zwischen 7% in Dänemark und 27% in der Slowakei zu rechnen.<sup>13</sup> Bei den 65-Jährigen und Älteren ist die Zunahme mit Werten zwischen 24% in Deutschland und 51% in der Slowakei weitaus stärker. Dies verdeutlicht die Herausforderungen, vor denen die untersuchten Länder im Bereich der Hilfe und Pflege stehen. Auch wenn die Erhöhung der Lebenserwartung nur halb so hoch ausfällt, wird mit einer Zunahme Hilfe- und Pflegebedürftiger zwischen 3% (Dänemark) und 19% (Slowakei), bei den 65-Jährigen und Älteren zwischen 10% (Deutschland) und 37% (Slowakei) gerechnet.<sup>14</sup>

Nicht nur die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen, auch die Zahl der informellen Pflegekräfte wird zunehmen. Zum einen steigt die Zahl der 50-Jährigen und Älteren in allen betrachteten Ländern an, zum anderen werden aufgrund der veränderten Lebenserwartung Paare in höherem Maße gemeinsam alt. Da informelle Pflege innerhalb des Haushalts zumeist Partnerpflege ist, steigt hier das Pflegepotenzial merklich (Schulz und Geyer 2013).<sup>15</sup> Aber auch die Zahl der Personen, die informelle Pflege außerhalb des Haushalts erbringen, nimmt zu. Insgesamt steigt das informelle Pflegepotenzial zwischen 11% in Polen und 26% in Italien (Abbildung 2–1).

Abbildung 2–1



13 Hierbei wird der altersspezifische Anteil der Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf an der jeweiligen Bevölkerung auf Basis des EU SILC konstant gehalten und auf die Bevölkerung des Jahres 2025 angewendet. Die Ergebnisse weisen den reinen demografiebedingten Effekt aus.

14 Ergebnisse des sogenannten „tough“ Szenarios (Schulz und Geyer 2013).

15 Dabei wurde die nach Lebensformen differenzierte Bevölkerungsvorausberechnung (Huisman et al. 2013) mit konstanten altersspezifischen Quoten der Gewährung von Hilfe und Pflege kombiniert.

## 2.4.2 Bedarf an formeller Pflege kaum zu decken

2

Der Bedarf an Beschäftigten im Bereich der stationären und ambulanten Pflege kann auf Basis der Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger und der Annahme konstanter Beschäftigten-Leistungsempfänger-Relationen abgeschätzt werden (Abbildung 2–2). Bei der Berechnung des rein demografischen Effektes wird davon ausgegangen, dass sich die Leistungen in den jeweiligen Pflegesystemen nicht ändern.<sup>16</sup>

In Dänemark, Deutschland und Italien ist die Zunahme der Pflegeheimbewohner<sup>17</sup> stärker als die der Bezieher ambulanter Pflegeleistungen. Ausschlaggebend hierfür ist die höhere Dynamik bei den sehr alten Personen. Die Zahl der mindestens 80 Jahre alten Personen nimmt um rund 40% (Dänemark) bis knapp 50% (Deutschland, Italien) zu. Insgesamt wird die Zahl der Leistungsempfänger zwischen 32% und 38% steigen. Im gleichen Maße wird sich auch die Nachfrage nach Arbeitskräften im Pflegebereich erhöhen. Legt man die Angaben des EU LFS zugrunde, dann würden in den betrachteten Ländern im Vergleich zu 2010 im Jahr 2025 rund 440 000 zusätzliche Arbeitskräfte erforderlich sein, um die gestiegene Zahl der Leistungsempfänger zu versorgen.

Hinzu kommt, dass in Polen, Italien und der Slowakei die Leistungen der Pflegesysteme weit unter dem Niveau etwa in Deutschland liegen. Pflegesysteme, die vorwiegend auf die familiäre Hilfe und Pflege abstellen, werden mit Blick auf die sich verändernden Haushalts- und Familienstrukturen jedoch an Grenzen stoßen.

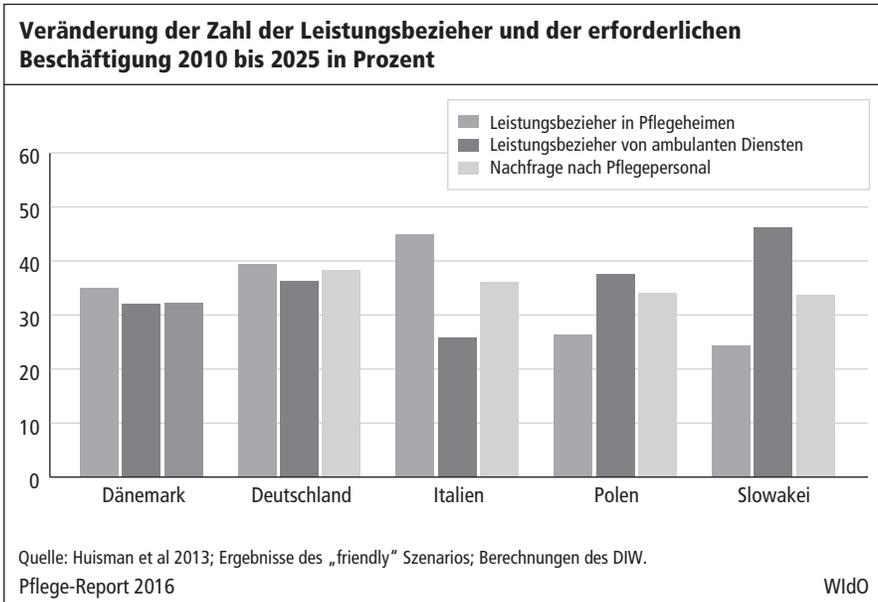
## 2.5 Fazit

Der europäische Arbeitsmarkt für Gesundheits- und Pflegedienstleistungen weist eine hohe Dynamik auf. Die Beschäftigung stieg in der Summe sogar während der jüngsten Krise. Dabei ist eine treibende Kraft dieses Trends die voranschreitende Alterung der Gesellschaft, die in allen europäischen Ländern beobachtet werden kann. Der Beschäftigungsaufbau im Bereich Gesundheits- und Pflegedienstleistungen ist eng verknüpft mit der Ausgestaltung der sozialen Sicherung. In dem Maße, in dem diese Leistungen staatlich garantiert werden, steigt somit auch der Anspruch auf staatliche Unterstützung. Bedarfe, die nicht vom Staat gedeckt werden, nehmen ebenfalls zu und müssen privat bedient werden. In besonderem Ausmaß trifft dies auf die Pflege zu, die zu großen Teilen in den meisten europäischen Ländern durch informelle Pflegekräfte geleistet wird. In unserem Beitrag zeigt sich, dass die damit verbundenen Herausforderungen im europäischen Vergleich unterschiedlich sind. Zum einen fällt die demografische Alterung in den Ländern unterschiedlich stark

16 Basis der Berechnungen bilden die alters- und geschlechtsspezifischen Quoten der Leistungsempfänger in Heimen und in der ambulanten Pflege an der jeweiligen Bevölkerung, die mit der Bevölkerungsvorausberechnung kombiniert werden. Es werden zudem die Quoten von Leistungsempfängern zu Beschäftigten des Ausgangsjahrs konstant gehalten, also keine Arbeitszeitveränderungen unterstellt (Schulz und Geyer 2013).

17 Einschließlich anderer Wohnformen wie betreutes Wohnen oder Wohngruppen.

Abbildung 2–2



aus, zum anderen unterscheiden sich die Gesundheits- und Pflegesysteme erheblich.

Um einen Blick auf die Bandbreite der Gesundheits- und Pflegesysteme in Europa zu werfen, haben wir diese Analyse exemplarisch für Dänemark, Deutschland, Italien, Polen und die Slowakei durchgeführt. In allen betrachteten Ländern spielt die informelle Pflege eine große Rolle. Selbst in Dänemark erhalten rund 40 % aller Personen mit erheblichen Einschränkungen in den gewöhnlich ausgeübten Aktivitäten ausschließlich nicht-staatliche Hilfe. Besonders groß ist diese Gruppe in Polen und der Slowakei, da beide Länder nur über ein noch wenig entwickeltes staatliches Pflegesystem verfügen. Entsprechend niedrig ist insofern beispielsweise der Anteil der Beschäftigten in Heimen an der Gesamtbeschäftigung. Während dieser Anteil in Dänemark 4,5 % beträgt, liegt er in Polen nur bei 0,6 % (EU SILC). In Deutschland liegt er bei 2,8 %. In allen betrachteten Ländern ist der Anteil der Frauen sehr hoch und erreicht um die 80 %.

Bezüglich der Berufsstruktur ist der internationale Vergleich aufgrund unterschiedlicher nationaler Regelungen und Statistiken nur sehr eingeschränkt durchführbar. Die größeren strukturellen Unterschiede zwischen den Pflegesystemen zeigen sich aber auch hier. So ist der hohe Anteil der Sozial- und Gesundheitsarbeiter in Dänemark ein Indikator für die umfassende Versorgung Pflegebedürftiger, die auch über die persönliche Pflege hinausgeht. Der starke Fokus des dänischen Systems auf die ambulante Betreuung spiegelt sich auch im Anteil der in der hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Personen wider. Deren Zahl ist dreimal so hoch wie in Deutschland.

Alle betrachteten Länder stehen vor der Aufgabe, den demografischen Wandel zu gestalten und das Pflegesystem entsprechend anzupassen. Eine Abschätzung

möglicher künftiger Herausforderungen erfolgte auf Basis der demografischen und gesamtwirtschaftlichen Projektionen des NEUJOBS Projekts bis 2025. In diesem Bericht wird auf die Ergebnisse des eher optimistischen „friendly“ Szenarios Bezug genommen. Unter der Annahme, dass die Quoten der Inanspruchnahme und die altersspezifischen Pflegerisikoquoten konstant bleiben, konnten wir den Bedarf an Pflegeleistungen und das Angebot an informellen und formellen Pflegenden abschätzen. Betrachtet man die Ergebnisse gemäß dem von uns berechneten Szenario, so scheint die Situation vor allem in Italien kritisch zu sein. Hier steigt der Bedarf unter den getroffenen Annahmen sehr viel stärker als das Angebot von Pflegeleistungen. Es ist unwahrscheinlich, dass diese Lücken allein durch informelle Pflege geschlossen werden können. Auch in Polen und der Slowakei ist die Entwicklung angesichts des gegenwärtig sehr geringen öffentlichen Leistungsangebots als problematisch einzuschätzen.

Es zeigt sich also schon in dieser Status-quo-Fortschreibung eine tendenzielle Zunahme der Pflegenachfrage, die nicht gedeckt werden kann. Dabei haben wir nicht berücksichtigt, dass beispielsweise die osteuropäischen Länder im Prinzip noch dabei sind, ihr Pflegesystem zu erweitern bzw. überhaupt systematisch auszubauen. Auch Reformen, die den Kreis der Leistungsempfänger deutlich erweitern, wie das jüngst in Deutschland verabschiedete Pflegestärkungsgesetz II, konnten noch nicht in der Analyse berücksichtigt werden.

### **Danksagung**

Dieses Papier verwendet Daten aus SHARE Welle 4, Version 1.1.1 (28.03.2013; DOI: 10,6103/SHARE.w4.111) bzw. aus den Wellen 1 und 2, Version 2.6.0 (29.11.2013 DOI: 10,6103/SHARE.w1.260 und 10,6103/SHARE.w2.260) bzw. SHARELIFE, Version 1.0.0 (24.11.2010 DOI: 10,6103/SHARE.w3.100).

SHARE wurde in erster Linie von der Europäischen Kommission finanziert durch das 5. Rahmenprogramm (Projekt QLK6-CT-2001 bis 00.360, Forschungsprogramm „Lebensqualität“), das 6. Rahmenprogramm (Projekte SHARE-I3, RII-CT- 2006-062193, COMPARE, CIT5- CT-2005-028857 und SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) und das 7. Rahmenprogramm (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 und SHARE M4, N° 261.982).

Wir danken für die zusätzlichen Mittel aus dem US National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 und Ogha 04-064) und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie aus verschiedenen nationalen Quellen (siehe [www.share-project.org](http://www.share-project.org) für eine vollständige Liste von Förderinstitutionen).

## Literatur

- Coda Moscarola F. Long-term care workforce in Italy. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement C. 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- EUROFAMCARE. Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: Characteristics, coverage and usage. The trans-European survey report. Hamburg 2006. [www.ukc.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php](http://www.ukc.de/extern/eurofamcare-de/publikationen.php).
- Eurostat. European Union Labour Force Survey – detailed annual survey results. [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa\\_egdn2&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa_egdn2&lang=en). 2015a.
- Eurostat. European Union Labour Force Survey – distribution of population aged 65 and over by type of household. [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_lvps30&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_lvps30&lang=en). 2015b.
- Fujisawa R, Colombo F. The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OECD Health Working Papers, No. 44, OECD Publishing 2009.
- Geyer J, Schulz E. Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 14/2014. [www.diw.de](http://www.diw.de).
- Golinowska S, Kocot E, Sowa A. Employment in long-term care. Report of Poland. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement D. 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Heinze C. Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Schwinger A (Hrsg). Pflege-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015, 55–71.
- Huisman C, de Beer J, van der Erf R, van der Gaag N, Kupiszewska D. Demographic scenarios 2010–2030. NEUJOBS working paper D10.1. 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- ISCO 88 (Internationale Standardklassifikation der Berufe), [http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a22\\_bibb-baua-erwerbstaetigenbefragung\\_2005-06\\_isco88.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a22_bibb-baua-erwerbstaetigenbefragung_2005-06_isco88.pdf).
- Radvanský M, Lichner I. Impact of ageing on long-term care demand and supply in Slovakia. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement E. 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E, Geyer J. Pflegebedarfe und Pflegesettings – ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten Europäischen Ländern. Vierteljahrshefte des DIW 4/14, 2015.
- Schulz E, Geyer J. Societal change, care need and long-term care workforce in selected European countries, NEUJOBS Working Paper D12.2, 2013. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E. Long-term care workforce in Denmark. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement A. 2013a. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E. Ageing, care need and long-term care workforce in Germany. Country report. NEUJOBS Working Paper D12.2, Supplement B, 2013b. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E. Employment in Health and long-term care sector in European countries. NEUJOBS Working Paper D12.1, Supplement A, 2013c. [www.neujobs.eu](http://www.neujobs.eu).
- Schulz E. The long-term care system for the elderly in Germany. ENEPRI research report No. 78. Brüssel 2010. [www.ancien-longtermcare.eu/node/27](http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27).
- SHARE. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARE is centrally coordinated by Axel Börsch-Supan, Ph.D. at the Munich Center for the Economics of Aging (MEA), Max Planck Institute for Social Law and Social Policy. The SHARE data collection has been funded by the European Commission through the 5th, the 6th and the 7th framework programme. [www.share-project.org](http://www.share-project.org).
- Vilaplana Prieto C. Informal care, labour force participation and unmet needs for formal care in the EU27, Croatia and Turkey. ENEPRI research report No. 97. 2011. [www.ancien-longtermcare.eu](http://www.ancien-longtermcare.eu).