

6 Empirie Europa

6.1 Pflegeregime in Europa

Die in Kapitel 4.1 vorgenommene Kategorisierung der Pflegesicherung europäischer Staaten nach den zu Grunde liegenden Wohlfahrtsstaatentypen liefert eine einfache und plausible Abgrenzung, die jedoch der sozialpolitischen Realität nur bedingt genügt. Insbesondere im Bereich der Pflege bieten sich Systematisierungen anhand weniger grober und auf Allgemeingültigkeit ausgerichteter Kriterien an, die sich auf Teilaspekte konzentrieren. Diese finden sich in der Literatur in großer Anzahl und mit unterschiedlichem Fokus, wie bspw. die auf Esping-Andersens Typologie aufbauenden Einteilungen bei Blome et al. (2008), S. 67ff., Backes et al. (2011), S. 9ff. und Beiträgen in Pfau-Effinger und Rostgaard (2011), aber auch Ansätze anderer Stoßrichtungen wie bspw. von Bettio und Plantenga (2004) und Kraus et al. (2010) sowie die Literaturübersicht in Theobald (2009), S. 29ff. zeigen. Mit dem Fokus auf die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen verfolgen Haberkern und Szydlík einen im Kontext dieser Arbeit beachtenswerten Ansatz, bei dem das Vorliegen einer gesetzlichen Verpflichtung zur Pflege und Unterstützung der Eltern dem Niveau der professionellen ambulanten Pflege gegenübergestellt wird (vgl. Haberkern und Szydlík (2008), S. 83f.).¹¹³ Auf Grund der Vielzahl möglicher informeller Unterstützungsmaßnahmen, die auf nationaler Ebene zusätzlich erheblich differieren, findet die verhältnismäßig gut und vergleichbar erhebliche professionelle ambulante Pflege als Alternative zur informellen Pflege Verwendung.

113 Wenngleich die Ergebnisse der Untersuchung von Haberkern und Szydlík auf Grund der aus deutscher Perspektive mangelhaften Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit (siehe Haberkern und Szydlík (2008), S. 86f.) im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert werden, stellt die in Tabelle 50 präsentierte Einteilung der in der ersten Erhebungswelle des SHARE-Datensatzes aus dem Jahr 2004 vorhandenen Länder einen auch für diese Arbeit relevanten Ansatz dar. Aus dem Fehlen der erst zur zweiten Erhebungswelle hinzugekommenen Länder Tschechien, Polen und Irland folgt keine Beeinträchtigung, da diese Länder in der Folge nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Tabelle 50: Gesetzliche Verpflichtung und ambulante Pflege

		Niveau professioneller ambulanter Pflege		
		niedrig	mittel	hoch
gesetzliche Verpflichtung zur Pflege / Unterstützung der Eltern	ja	Spanien Griechenland Italien	Österreich Belgien Deutschland Frankreich	
	nein bzw. geringfügig		Niederlande	Schweiz Dänemark Schweden

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Haberkern und Szydlik (2008), S. 84.

Wie in Tabelle 50 dargestellt, lassen sich vier Gruppen mit ähnlichen Ausprägungen identifizieren. Hierbei ist das Niveau der professionellen ambulanten Pflege für Länder mit gesetzlicher Verpflichtung niedrig in Spanien, Griechenland und Italien, während Österreich, Belgien, Deutschland und Frankreich ein mittleres Niveau erreichen. Dieses lässt sich auch für die Niederlande konstatieren, allerdings ohne dass dort derart weitreichende gesetzliche Verpflichtungen gegenüber den Eltern bestehen. Die Schweiz, Dänemark und Schweden bilden die vierte Gruppe, die durch ein hohes Niveau professioneller ambulanter Pflegeleistungen bei keinen oder nur geringfügigen gesetzlichen Vorgaben zur gegenseitigen Unterstützung gekennzeichnet ist.¹¹⁴ Wenngleich sich hieraus Tendenzaussagen hinsichtlich des Ausmaßes informeller Pflegeleistungen ableiten lassen, gilt es, das unterschiedliche Ausmaß stationärer Versorgung in den einzelnen Ländern (vgl. Geerts et al. (2012)) ebenso zu beachten wie die Tatsache, dass professionelle Hilfe neben der Bereitstellung informeller Pflege unterstützend hinzugezogen werden kann und sich nicht per se ausschließt.

Wie auch für die anderen oben genannten Systematisierungen gilt, dass eine Vereinfachung und Veranschaulichung des komplexen Konstrukts Pflege erreicht werden soll. Allerdings folgt unmittelbar daraus das Problem, dass dabei entweder zu abstrakt und umfassend vorgegangen wird oder oftmals vornehmlich der eine im Zentrum der jeweiligen Betrachtung stehende Teilaspekt fokussiert und durch die Systematisierung abgebildet wird. Diesem wird die Einteilung dann auch in der Regel gerecht, eine universelle Anwendbarkeit ist aber nicht gegeben. Wie bislang fehlende Ansätze andeuten, scheint dies in besonderem Maße auf

114 Für Details zur Pflegeabsicherung in den im Rahmen dieser Arbeit nicht näher betrachteten Ländern Süd-Ost-Europas siehe die Beiträge in Österle (2011), S. 67ff.

die informelle Pflege zuzutreffen, deren Interdependenzen und Verflechtungen auch für die international vergleichende empirische Analyse eine große Herausforderung darstellen.

6.2 Regressionen Europa

6.2.1 Vorarbeiten und Hypothesen

Empirische Analysen auf Basis ökonometrischer Auswertungen zur informellen Pflege stellen ein junges, aber wachsendes Forschungsfeld dar, in dem bisherige Veröffentlichungen aus rein nationaler oder übergreifend internationaler Perspektive ohne speziellen Länderzusammenhang beachtenswerte Ergebnisse liefern. Insbesondere letztgenannte vernachlässigen allerdings die Vielzahl einzelstaatlicher Regelungen und Besonderheiten, so dass international vergleichende Arbeiten aus deutscher Perspektive kaum vorhanden sind und dem Themenkomplex nur unzureichend gerecht werden. Die Möglichkeiten, welche der SHARE-Datensatz als eine der umfangreichsten Datensammlungen sowohl hinsichtlich der Anzahl der befragten Personen als auch der abgefragten Merkmale bietet, können potenziell helfen, diese Forschungslücke zu schließen.

Hierzu wird, analog zu dem in den Kapiteln 5.5.1 und 5.5.2 beschriebenen Vorgehen zur Ermittlung von Pflegebedürftigkeit und Abgrenzung der Pflegestufen aus deutscher SGB XI-Perspektive, zunächst die Gesamtpunktzahl des carelevel-Index für die Befragten aller im Datensatz vorhandenen Länder ermittelt. Nach Aufbereitung des Datensatzes verbleiben gut 32.000 Individuen, die sich, wie in Tabelle 51 ausgewiesen, auf die Punkte des carelevel-Index verteilen. Größere Abweichungen zum allein Deutschland betrachtenden carelevel-Index fallen, mit Ausnahme des unter 50 % liegenden und somit deutlich geringer ausfallenden Anteils der Personen, die die volle Punktzahl von 100 Punkten erreichen, nicht auf.

Tabelle 51: carelevel-Index Europa

total score	Anzahl	Prozent
0	13	0,04
5	17	0,05
10	25	0,08
15	30	0,09
20	33	0,10
25	53	0,16

total score	Anzahl	Prozent
30	90	0,28
35	81	0,25
40	104	0,32
45	119	0,37
50	164	0,51
55	209	0,65
60	298	0,93
65	348	1,08
70	498	1,55
75	727	2,26
80	1.237	3,85
85	2.129	6,62
90	4.866	15,13
95	5.389	16,75
100	15.737	48,92
total	32.167	100,00

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 52: Pflegebedürftigkeit nach carelevel-Index Europa

need care	Anzahl	Prozent
nein	29.358	91,27
ja	2.809	8,73
total	32.167	100,00

Quelle: eigene Darstellung.

Nach Abgrenzung der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit zeigt sich, dass 2.809 befragte Personen (8,73 %) als pflegebedürftig nach deutschen Einstufungskriterien gelten, was verglichen mit dem Ergebnis für Deutschland (6,58 %) eine um rund ein Drittel höhere Quote bedeutet (siehe Tabelle 52). Die Aufschlüsselung nach Ländern zeigt, dass insbesondere der mit 20,63 % weit außerhalb der Bandbreite aller anderen betrachteten Länder liegende Wert für Polen dies vornehmlich verursacht.¹¹⁵ Darüber hinaus wird deutlich, dass einige Länder mit zum Teil unter 100 Pflegebedürftigen (zu nennen sind die Schweiz mit 43 und Irland mit 91 Personen) nur eine geringe absolute Anzahl Betroffener, die sich des Weiteren noch auf die

115 Da es für eine derartige Pflegebedürftigenquote keine Anhaltspunkte in der polnischen Bevölkerung oder sonstige Erklärungsansätze gibt, wird Polen mangels Plausibilität der Ergebnisse von den folgenden Analysen ausgeschlossen.

drei Pflegestufen verteilt, ausweisen, wodurch unter Umständen die Aussagekraft der folgenden ökonomischen Auswertungen beeinträchtigt werden könnte.

Tabelle 53: Pflegestufen nach carelevel-Index Europa

carelevel	Anzahl	Prozent
-	29.358	91,27
1	1.573	4,89
2	894	2,78
3	342	1,06
total	32.167	100,00

Quelle: eigene Darstellung.

Die Verteilung auf die drei Pflegestufen zeigt, wie in Tabelle 53 dargestellt, das erwartete Bild: Von den 2.809 als pflegebedürftig eingestuften Personen werden 1.573 Betroffene bzw. 4,89 % der Pflegestufe I, 894 (2,78 %) der Pflegestufe II und 342 (1,06 %) der Pflegestufe III zugeordnet. Aufgeschlüsselt nach Ländern und Pflegestufen zeigt sich, dass die Anteile je Pflegestufe den plausiblen Werten für Deutschland folgen, allerdings tritt das Problem der geringen absoluten Anzahl Pflegebedürftiger je Pflegestufe in mehreren Ländern deutlich zu Tage, insbesondere für Pflegestufe III (siehe Tabelle 54). Zieht man darüber hinaus in Betracht, dass die im Datensatz verbleibende Zahl der tatsächlich vollständig oder teilweise informell Gepflegten je Land nur selten den Wert von 100 Personen übersteigt, könnte dies die Aussagekraft der folgenden ökonomischen Auswertung beeinträchtigen.

Tabelle 54: Pflegebedürftige Europa nach Pflegestufen

Land	Pflegebedürftige nach Pflegestufen Anzahl (Prozent)		
	I	II	III
Österreich	77 (6,02)	42 (3,28)	18 (1,41)
Deutschland	80 (3,29)	57 (2,35)	23 (0,95)
Schweden	80 (3,11)	28 (1,09)	11 (0,43)
Niederlande	74 (2,97)	45 (1,80)	8 0,32()
Spanien	151 (7,42)	87 (4,28)	51 (2,51)
Italien	168 (5,90)	93 (3,27)	52 (1,83)
Frankreich	133 (5,08)	76 (2,90)	17 (0,65)
Dänemark	79 (3,20)	47 (1,90)	22 (0,89)

Land	Pflegebedürftige nach Pflegestufen Anzahl (Prozent)		
	I	II	III
Griechenland	115 (3,93)	57 (1,95)	14 (0,48)
Schweiz	22 (1,57)	17 (1,21)	4 (0,29)
Belgien	160 (5,31)	88 (2,92)	22 (0,73)
Tschechien	130 (4,86)	67 (2,51)	21 (0,79)
Polen	249 (10,66)	164 (7,02)	69 (2,95)
Irland	55 (5,14)	26 (2,43)	10 (0,93)
total	1.573 (4,89)	894 (2,78)	342 (10,6)

Quelle: eigene Darstellung.

Zur Bestimmung des Einflusses auf den Erhalt informeller Pflegeleistungen bei Vorliegen einer der drei Pflegestufen, ausgedrückt durch die abhängige Variable *rec_ic_Ito3* (für die erklärenden soziodemografischen, Vermögens-, Pflege- und Ländervariablen siehe die Erläuterung in Tabelle 55; Deutschland ist das Referenzland), geht diese ebenso wie die unabhängigen Variablen in binärer Form als Dummy-Variable in die mehrstufige Schätzung ein. Hierbei ist mit ansteigendem Alter wie auch mit höherer Pflegebedürftigkeit ein Rückgang der informellen Pflegeleistungen auf Grund einer stärkeren Einbeziehung formeller und stationärer Dienste zu erwarten (vgl. Rothgang et al. (2005) und Statistisches Bundesamt (2011b), S. 7). Während sich aus der Struktur der Pflegeleistenden eine geringere, negative Pflegebereitschaft für weibliche Pflegebedürftige ableiten lässt, sollte der Effekt für verheiratete / sich in einer Partnerschaft befindende, für nicht alleine lebende Personen sowie für Eltern positiv sein und mit der Anzahl an Kindern zunehmen.

Die verbleibenden Variablen dienen der Überprüfung der folgenden Hypothesen: Bei Vorliegen eines nicht nur altruistisch motivierten Austauschmotivs ist für Hausbesitzer ein signifikant positives Vorzeichen zu erwarten, da diese Variable das Vermögen und somit eine potenzielle spätere Erbschaft erfasst. Das in Kapitel 4.3 vorgestellte Modell wäre somit nicht zielführend und die in Kapitel 4.2 geäußerten Vorbehalte stichhaltig. Auf Einkommensvariablen wird verzichtet, da sich die meisten Betroffenen im Rentenalter befinden (siehe auch Fußnote 116). Auch die Vorzeichen der Ländervariablen sind zunächst unklar, da sie die Frage nach zur informellen Pflege Anreize bietenden Systemen beantworten sollen, so diese denn existieren. Die zu überprüfende Hypothese besagt, dass andere europäische Länder über alle national Anwendung findenden Maßnahmen hinweg, einen größeren Anreiz zur informellen Pflege bieten, als dies in Deutschland der Fall ist.

Tabelle 55: Beschreibung der verwendeten Variablen

Variable	Erläuterung
soziodemografische Variablen	
age_60	1, wenn Alter in Jahren zwischen einschließlich 60-69
age_70	1, wenn Alter in Jahren zwischen einschließlich 70-79
age_80plus	1, wenn Alter in Jahren = 80 oder höher
female	1, wenn weiblich
spouse_partner	1, wenn verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend
children_1or2	1, wenn Anzahl der Kinder = 1 oder 2
children_3or4	1, wenn Anzahl der Kinder = 3 oder 4
children_5plus	1, wenn Anzahl der Kinder = 5 oder mehr
cohabitant	1, wenn nicht alleine lebend
Vermögensvariable	
home_owner	1, wenn Hausbesitzer
Pflegevariablen	
care_level_2	1, wenn eingestuft in Pflegestufe II
care_level_3	1, wenn eingestuft in Pflegestufe III
Ländervariablen	
aut	1, wenn Staatsangehörigkeit von Österreich
swe	1, wenn Staatsangehörigkeit von Schweden
ned	1, wenn Staatsangehörigkeit von den Niederlanden
esp	1, wenn Staatsangehörigkeit von Spanien
ita	1, wenn Staatsangehörigkeit von Italien
fra	1, wenn Staatsangehörigkeit von Frankreich
den	1, wenn Staatsangehörigkeit von Dänemark
gre	1, wenn Staatsangehörigkeit von Griechenland
sui	1, wenn Staatsangehörigkeit von der Schweiz
bel	1, wenn Staatsangehörigkeit von Belgien
cze	1, wenn Staatsangehörigkeit von Tschechien
ire	1, wenn Staatsangehörigkeit von Irland

Quelle: eigene Darstellung.

Die deskriptive Statistik der abhängigen und erklärenden Variablen¹¹⁶ in Tabelle 56 weist für die 1.686 Beobachtungen der abschließenden, vollständigen Schätzung die folgenden Mittelwerte und Standardabweichungen aus: Hinsichtlich der abhängigen Variablen wird deutlich, dass unter den als pflegebedürftig eingestuften Personen rund 31,7 % informelle Pflegeleistungen erhalten. Unter den erklärenden Variablen fällt der mit 69,3 % hohe Anteil weiblicher Betroffener auf, was jedoch durch die Tatsache einer höheren Lebenserwartung, als dies bei den Männern der Fall ist, plausibel erscheint. Auch der knapp unter 40 % liegende Anteil der in einer Ehe oder Partnerschaft Lebenden erklärt sich durch die im Datensatz vorhandene Altersstruktur.

Tabelle 56: Deskriptive Statistik

Variable	Mittelwert	Standardabweichung
	Anzahl Beobachtungen: n = 1.686	
rec_ic_1to3	0,317	0,465
age_60	0,167	0,373
age_70	0,312	0,463
age_80plus	0,408	0,491
female	0,693	0,461
spouse_partner	0,397	0,489
children_1or2	0,475	0,500
children_3or4	0,289	0,454
children_5plus	0,085	0,279
cohabitant	0,231	0,422
home_owner	0,516	0,500

116 Die Aufnahme weiterer unabhängiger Variablen wie bspw. das Alter, das quadrierte Alter, die Schulbildung, das Haushaltseinkommen (unter Verwendung des Äquivalenzeinkommens nach Bäcker und Hanesch (1998), S. 202f.) und diverser Interaktionsterme (bspw. zwischen dem Alter und der Pflegestufe) führt in alternativen Schätzungen (auch mit teilweise anderer Schätzmethodik; angewandt werden lineare Regression sowie probit- und logit-Schätzungen; für Details siehe Maddala und Lahiri (2009) und Cameron und Trivedi (2010)) zu keiner deutlichen Verbesserung bzw. zum Teil zu Verschlechterungen der Prognosegüte des Modells und der Signifikanzniveaus der Variablen (siehe Kapitel 6.2.2), ohne die Ergebnisse grundlegend zu verändern, weshalb in der vorgestellten Version darauf verzichtet wird.

care_level_2	0,313	0,464
care_level_3	0,114	0,318
aut	0,060	0,238
swe	0,054	0,0226
ned	0,046	0,209
esp	0,123	0,328
ita	0,134	0,341
fra	0,100	0,300
den	0,060	0,237
gre	0,088	0,284
sui	0,016	0,126
bel	0,112	0,316
cze	0,097	0,296
ire	0,045	0,208

Quelle: eigene Darstellung.

Die Wohneigentumsquote liegt für Deutschland bei knapp über 50 % (vgl. destatis (2012)). Der im Datensatz ausgewiesene Anteil von 51,6 % für die Variable *home_owner* kommt dem Durchschnitt über alle hier betrachteten Länder nahe, unterschätzt aber wohl die tatsächlichen Zahlen (vgl. eurostat (2012)).¹¹⁷ Darüber hinaus tritt, wie bereits erwähnt, die zum Teil sehr geringe Anzahl Betroffener in einzelnen Ländern (bspw. die Schweiz, Irland oder die Niederlande mit jeweils unter 5 % der insgesamt betrachteten Personen) zu Tage.

6.2.2 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Auf Grund der nur unwesentlich abweichenden Ergebnisse alternativer Schätzungen (siehe Kapitel 6.2.1) wird im Folgenden der Fokus auf die Resultate der probit-Schätzungen gelegt. Das zu Grunde liegende Strukturmodell weist für die

117 Ein konkreter Wert lässt sich mangels Verfügbarkeit der Daten für alle Länder weder für das Jahr 2006 noch für ein anderes Jahr bestimmen, die Entwicklung in den betreffenden Ländern über die Zeit legt jedoch einen Wert (knapp) jenseits der 60 %-Marke nahe.

dritte Stufe der Schätzung neben der Konstanten β_0 die Koeffizienten β_1 bis β_{24} der unabhängigen Variablen und den stochastischen Störterm ε_i aus:

$$rec_ic_1to3_i = \beta_0 + \beta_1 age_60_i + \beta_2 age_70_i + \dots + \beta_{24} ire_i + \varepsilon_i \quad (4)$$

An dieses vollständige Modell unter Einbeziehung aller relevanten Variablen erfolgt im ersten Schritt eine Annäherung durch Schätzung ausschließlich der soziodemografischen Variablen.¹¹⁸ Die in Tabelle 57 ausgewiesenen Schätzergebnisse zeigen einen auf dem 10 %-Niveau signifikanten, negativen Koeffizienten sowie einen positiven Einfluss einer hohen Kinderzahl (5 %-Niveau).

Tabelle 57: Schätzergebnisse Stufe I

Variable	Koeffizient	(p-Wert)	Signifikanz ¹¹⁹
rec_ic_1to3			
age_60	0,0185	(0,881)	
age_70	0,1004	(0,367)	
age_80plus	0,0968	(0,378)	
female	-0,1382	(0,051)	*
spouse_partner	0,0280	(0,699)	
children_1or2	0,1421	(0,135)	
children_3or4	-0,0974	(0,342)	
children_5plus	0,3214	(0,016)	**
Konstante	-0,6021	(0,000)	***
Beobachtungen			1.766

Quelle: eigene Darstellung.

Auf der zweiten Stufe der vorgelagerten, mehrstufigen Schätzung werden neben den auf Stufe I bereits inkludierten Variablen nun auch die Wohnsituation, die Hauseigentümer-Eigenschaft sowie der Grad der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt (siehe Tabelle 58). Bei diesen Variablen ergibt sich lediglich für die beiden Pflegestufen ein statistisch gesicherter, hoch signifikanter Einfluss. Verglichen mit den Ergebnissen von Stufe I fällt bei den soziodemografischen Variablen insbesondere die Veränderung bei der Variable *children_5plus* auf, welche nun insignifikant ist.

118 Eine umfassende Diskussion der Ergebnisse erfolgt nach der Präsentation der Schätzergebnisse der dritten Stufe.

119 Die Signifikanzniveaus der p-Wert betragen *** p < 0,01, ** p < 0,05 und * p < 0,1.

Tabelle 58: Schätzergebnisse Stufe II

Variable	Koeffizient	(p-Wert)	Signifikanz
rec_ic_1to3			
age_60	0,0286	(0,840)	
age_70	-0,0376	(0,772)	
age_80plus	-0,2015	(0,121)	
female	-0,1397	(0,079)	*
spouse_partner	0,1311	(0,107)	
children_1or2	0,0434	(0,696)	
children_3or4	-0,0345	(0,771)	
children_5plus	0,0910	(0,559)	
cohabitant	0,0616	(0,464)	
home_owner	0,0176	(0,805)	
care_level_2	1,245	(0,000)	***
care_level_3	1,940	(0,000)	***
Konstante	-1,1042	(0,000)	***
Beobachtungen			1.686

Quelle: eigene Darstellung.

Für die finale Schätzung mit allen Variablen gilt, dass sich entgegen der ursprünglichen Erwartungen mit ansteigendem Alter und zunehmender Pflegebedürftigkeit auch hier kein Rückgang der Wahrscheinlichkeit, informelle Pflegeleistungen zu erhalten, konstatieren lässt. Während die Alterskoeffizienten durchweg insignifikant sind, weisen die Pflegestufen sogar hohe, auf dem 1 %-Niveau signifikante, Werte aus. Eine mögliche Erklärung bietet die Struktur der Abgrenzung informeller Pflegetätigkeit im Datensatz. Diese kann sowohl umfassend, aber teilweise auch nur ergänzend zu professionellen Angeboten wahrgenommen werden, geht jedoch gleichermaßen und ohne weitere Differenzierung in die Analyse ein. Somit spiegeln sich in den positiven und mit zunehmender Pflegebedürftigkeit ansteigenden Koeffizienten möglicherweise der generell erhöhte Bedarf einer höheren Pflegestufe sowie eine in der Regel schon längere Zeit andauernde und als belastender und umfangreicher wahrgenommene Pflegetätigkeit wider.

Das negative Vorzeichen der Variable *female*, welche für weibliche Pflegebedürftige den Wert eins annimmt, fällt zwar erwartungsgemäß aus, kann in Stufe III jedoch auf Grund fehlender Signifikanz nicht mehr weiter interpretiert

werden. Auch für keine der drei Kategorien, die der Abstufung der Kinderzahl dienen, werden signifikante Koeffizienten geschätzt und der vermutete positive Zusammenhang kann nicht bestätigt werden. Vielmehr deutet das negative Vorzeichen des kleinen Koeffizienten der Variable *children_3or4* auf eine eventuelle Bestätigung der Ergebnisse von Byrne et al. hin, die eine Tendenz zur Trittbrettfahrer-Mentalität in Familien mit mehreren Kindern und somit mehreren potenziell zur Verfügung stehenden Pflegenden diskutieren (vgl. Byrne et al. (2009), S. 1234).

Die Koeffizienten der Variablen *spouse_partner* und *cohabitant* sind signifikant auf dem 1 %- bzw. dem 5 %-Niveau und weisen mit Werten von 0,2238 und 0,1987 den erwarteten positiven Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, informelle Pflegeleistungen zu erhalten, nach. Vergleicht man diese beiden Effekte untereinander, erhöht das Leben in Ehe oder Partnerschaft die Wahrscheinlichkeit informell gepflegt zu werden in größerem Ausmaß und bei geringerer Irrtumswahrscheinlichkeit, als dies beim Zusammenleben mit (mindestens) einer anderen Person der Fall ist.

Tabelle 59: Schätzergebnisse Stufe III

Variable	Koeffizient	(p-Wert)	Signifikanz
rec_ic_1to3			
age_60	0,0641	(0,662)	
age_70	0,0633	(0,642)	
age_80plus	-0,1181	(0,384)	
female	-0,1045	(0,191)	
spouse_partner	0,2238	(0,007)	***
children_1or2	0,0325	(0,777)	
children_3or4	-0,0560	(0,643)	
children_5plus	0,0488	(0,758)	
cohabitant	0,1987	(0,027)	**
home_owner	0,0282	(0,710)	
care_level_2	1,2893	(0,000)	***
care_level_3	2,0657	(0,000)	***
aut	-0,2360	(0,274)	
swe	0,0565	(0,787)	
ned	-0,2129	(0,335)	
esp	-0,5366	(0,003)	***

Variable	Koeffizient	(p-Wert)	Signifikanz
ita	-0,4668	(0,008)	***
fra	-0,1549	(0,391)	
den	-0,2735	(0,196)	
gre	-0,0865	(0,631)	
sui	-0,2673	(0,374)	
bel	0,2073	(0,231)	
cze	0,0644	(0,717)	
ire	0,2779	(0,224)	
Konstante	-1,1524	(0,000)	***
Wald chi ²	434,18		
McFadden pseudo R ²	0,2431		
log pseudolikelihood	-796,75		
Beobachtungen	1.686		

Quelle: eigene Darstellung.

Hinsichtlich der getesteten Hypothesen lässt sich feststellen, dass die Vermögensvariable *home_owner* zwar einen positiven Koeffizienten aufweist, dieser jedoch nicht statistisch signifikant ist. Da somit kein hinreichend gesicherter Einfluss auf die Variable *rec_ic_1to3* unterstellt werden kann, muss die Hypothese verworfen werden und das in Kapitel 4.3 vorgestellte theoretische Modell wird durch die Empirie gestützt. Dieses Ergebnis stimmt mit den Untersuchungen von Blinkert und Klie überein, die keinen erwähnenswerten Unterschied zwischen den Pflegearrangements von Eigentümern und Mietern feststellen (vgl. Blinkert und Klie (1999), S. 138f.). Die Koeffizienten der getesteten Ländervariablen sind mehrheitlich negativ und zudem nicht statistisch signifikant. Lediglich für Pflegebedürftige in Spanien und Italien wirkt die Ländervariable auf dem 1 %-Niveau signifikant negativ auf die Wahrscheinlichkeit, informelle Pflegeleistungen zu erhalten und die Koeffizienten fallen mit -0,5366 und -0,4668 verhältnismäßig deutlich aus. Auch die Länderhypothese ist demnach zu verwerfen, da die Wahrscheinlichkeit zur informellen Pflege in keinem der betrachteten Länder, verglichen mit Deutschland, statistisch signifikant positiv beeinflusst wird. Für den chi²-Test nach Wald (für Details siehe Wald (1943)) ergibt sich ein Wert von 434,18 und das pseudo R² nach McFadden weist einen Wert von 0,2431 aus.

Schätzungen auf Länderebene zeigen für Deutschland als Referenz auf dem 10 %-Niveau signifikante, positive Werte für die Variablen *age_80plus*,

children_1or2 und *children_5plus*, der Koeffizient der Variable *female* ist mit $-0,9054$ auf dem 1 %-Niveau statistisch signifikant. Für die Pflegestufen (*care_level_2* und *care_level_3*) werden im Vergleich zur Referenzgruppe der Pflegestufe I positive Koeffizienten (Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 1 %) geschätzt, wohingegen für keine der beiden Variablen *spouse_partner* und *cohabitant* ein gesicherter Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, informelle Pflegeleistungen zu erhalten, nachgewiesen werden kann. Für alle anderen, jeweils getrennt geschätzten, Länder ergeben sich, abgesehen von den stets hochsignifikanten, positiven Koeffizienten der Pflegestufen, fast ausschließlich Werte, die mangels statistischer Signifikanz nicht weiter interpretierbar sind. Aus diesem Grund wird auf die Darstellung dieser Ergebnisse verzichtet und Kapitel 6.3 dient der Erläuterung und Verdeutlichung einzelner Maßnahmen zur Stärkung der Anreize zur informellen Pflegebereitschaft ausgewählter Länder. Auf Grundlage der aus pflegerischer Perspektive und rechtlicher Rahmenbedingungen systemischen Nähe zu Deutschland (siehe Tabelle 50) erfolgt eine Konzentration auf Frankreich, Belgien und Österreich.

6.2.3 Zwischenfazit

Die vorangegangene Untersuchung zeigt die Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer international vergleichenden ökonometrischen Analyse der Anreize zur informellen Pflege. Zur Wahrung der deutschen Perspektive ist die Übertragung der Abgrenzungskriterien nach SGB XI sowohl Pflegebedürftigkeit insgesamt als auch die einzelnen Pflegestufen betreffend auf die betrachteten Länder unerlässlich. Es zeigt sich, dass trotz der umfangreichen Befragtenzahl nur eine verhältnismäßig kleine Gruppe Pflegebedürftiger je Land identifiziert werden kann. Diese Mängel hinsichtlich der Qualität, insbesondere aber auch der Quantität der zur Verfügung stehenden Daten stellen den wohl wichtigsten Grund für die teilweise nicht den Erwartungen entsprechenden Vorzeichen der Koeffizienten sowie die nur geringe Anzahl statistisch signifikanter Werte dar.

Die Ergebnisse der Hypothesen liefern ein uneinheitliches Bild: Während für die Frage, ob die Aussicht auf materielle Zuwendungen eine (Haupt-)Rolle bei der Bereitschaft zur informellen Pflege spielt, keine statistisch gesicherte Abhängigkeit geschätzt wird und sie somit verneint werden kann, bieten die Ergebnisse der Ländervariablen keine direkten Anknüpfungspunkte. Jedoch zeigt dies einerseits, dass, auf Grund der Vielschichtigkeit des Themenkomplexes informelle Pflege und der jeweils separat zu betrachtenden nationalen Regelungen und Auslegungen, empirische Analysen selbst auf Basis eines derart umfangreichen Datensatzes, wie ihn das SHARE-Projekt zur Verfügung stellt, für diesen

Teilbereich nur schwer möglich sind. Andererseits wird das Ergebnis der ersten Hypothese gestützt: Mangels relevanter Einkommensvariablen (der Großteil der im Datensatz befindlichen Betroffenen hat bereits das Rentenalter erreicht) wird der Besitz von Wohneigentum als Vermögensindikator herangezogen und mögliches Interesse der Pflegenden an (eventuell posthumen) materiellen Zuwendungen von Seiten des Pflegebedürftigen geschätzt. Die Koeffizienten der Ländervariablen samt zugehöriger (In-)Signifikanz können darüber hinaus derart gedeutet werden, dass auch die zwischen den Staaten stark variierende Höhe der direkten finanziellen Anreize und Entschädigungen der Pflegeversicherung keinen oder allenfalls nur einen geringen Einfluss auf die Bereitschaft zur informellen Pflege ausübt.

6.3 Betrachtung ausgewählter Länder

6.3.1 Frankreich

6.3.1.1 Soziale Sicherung und Pflegerisiko

Im Gegensatz zu Deutschland existiert im System der sozialen Sicherung^{120, 121} in Frankreich keine separate Pflegeversicherung. Je nach Zugehörigkeit zum adressierten Personenkreis kommen stattdessen die folgenden drei Maßnahmen in Betracht, von denen die persönliche Pflegebeihilfe die höchste Relevanz besitzt und im Folgenden eingehender betrachtet wird:

- Zulage für ständige Pflege durch Dritte auf Basis des Sozialgesetzbuchs (Code de la sécurité sociale),
- Leistung zum Ausgleich einer Behinderung auf Basis des Gesetzbuchs zur Sozialarbeit und Familien (Code de l'action sociale et des familles) sowie

120 Wie für alle in diesem Kapitel betrachteten Länder gilt auch für Frankreich, dass die Regelungen des allgemeinen Systems beschrieben werden, welches entweder universell die gesamte Bevölkerung abdeckt oder für Arbeitnehmer mit nicht-selbstständiger Tätigkeit zumindest die dominierende Variante darstellt. Davon abweichende Zuständigkeiten und Gesetze (bspw. für Arbeitslose, Selbstständige, Beamte, Rentner etc.) finden keine Berücksichtigung.

121 Sofern nicht näher gekennzeichnet, gehen Anmerkungen zu den nationalen Sicherungssystemen sowie Einzelmaßnahmen der Länder im Rahmen des Kapitels 6.3 dieser Arbeit auf das Gegenseitige[s] Informationssystem zur sozialen Sicherheit (MISSOC) der Europäischen Union (siehe Europäische Kommission (2007)) zurück, welches anhand fester Kriterien und auf Basis des mit den SHARE-Daten übereinstimmenden Basisjahres eine gute Vergleichbarkeit bietet.

- persönliche Pflegebeihilfe (allocation personnalisée d'autonomie), welche auf Grundlage des Gesetzbuchs zur Sozialarbeit und Familien (Code de l'action sociale et des familles) gewährt wird.

Anspruchsberechtigt, die Leistungen der persönlichen Pflegebeihilfe zu erhalten, sind Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet und einen Wohnsitz in Frankreich haben sowie auf Grund eingeschränkter Autonomie auf Hilfen bei den wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens angewiesen sind. Wenngleich sich die Höhe der Leistungen der Pflegebeihilfe zunächst einkommensunabhängig aus dem Grad der Pflegebedürftigkeit ergibt, kann in Abhängigkeit vom eigenen Einkommen eine Selbstbeteiligung an den Kosten der Leistungen eingefordert werden (vgl. Beske et al. (2005), S. 99f. und Köstler (1999), S. 272f.).

Die Finanzierung der zweckgebundenen Leistungen erfolgt aus Mitteln des Staates, der Departements und der Sozialversicherung. Für letztere wird im Bereich der Krankenversicherung unter dem Dach des Nationalen Verbandes der Krankenkassen (Union nationale des caisses d'assurance maladie - UNCAM) ein Beitrag von 13,55 % des Arbeitsentgelts (davon 12,80 % Arbeitgeber und 0,75 % Arbeitnehmer) ohne Bemessungsgrenze erhoben. Hinzu kommen Mittel aus diversen Beiträgen, Zuschlägen und Steuern. Pflegespezifische Beiträge stellen ein allgemeiner Sozialbeitrag (contribution sociale généralisée, CSG) von 0,1 % aller Einkünfte und ein Solidaritätsbeitrag der Arbeitgeber in Höhe von 0,3 % des Lohns dar.¹²²

6.3.1.2 Leistungen

Da im Bereich der persönlichen Pflegebeihilfe Geldleistungen nicht vorgesehen sind, erschöpft sich das Leistungsspektrum in der Gewährung von Sachleistungen. Diese erfolgen für die ambulante Pflege personalisiert und orientieren sich an der zu erwartenden Höhe der voraussichtlichen Ausgaben. Diese bedarfsorientierte Herangehensweise findet sich auch für die stationäre Pflege wieder, bei der der Leistungsbetrag von den erwarteten individuellen Kosten abhängt. Eine Kumulierung der Leistungen ist mit Ausnahme jener zum Ausgleich einer Behinderung nicht möglich.

Als Beispiele für konkrete Maßnahmen, die durch die Leistungsgewährung der persönlichen Pflegebeihilfe ermöglicht werden, können die Finanzierung

122 Für aktuelle Reformbestrebungen, die die institutionelle Form der Absicherung neu ordnen, siehe. Courbage und Plisson (2012), S. 142ff.

von notwendigen Umbauten, die Anschaffung von Hilfsmitteln oder die Vergütung der Leistung eines Pflegenden exemplarisch herangezogen werden. Insbesondere letztgenannte sichert, da es sich um offizielle, reguläre Beschäftigungsverhältnisse handelt, die Pflegeleistenden auch im Rahmen ihrer Ansprüche im System der sozialen Sicherung ab.

6.3.2 Belgien

6.3.2.1 Soziale Sicherung und Pflegerisiko

Ähnlich der Struktur der sozialen Sicherung in Frankreich verfügt auch Belgien über keine eigenständige Pflegeversicherung und Leistungsansprüche bei Pflegebedürftigkeit fußen auf mehreren Grundlagen (vgl. Willemé et al. (2012), S. 300ff.). Diese sind auf nationaler Ebene vornehmlich im Bereich der Kranken- und Invaliditätsversicherung (Institut national d'assurance maladie-invalidité - INAMI) und für Menschen mit Behinderungen in der staatlich finanzierten Mindestsicherung angesiedelt.¹²³ Die Finanzierung der für Arbeitnehmer obligatorischen Krankenversicherung erfolgt durch bedarfsabhängige Zuweisung von Mitteln aus dem Gesamtbudget für alle Zweige der sozialen Sicherung (mit Ausnahme von Arbeitsunfällen), welche durch das Landesamt für soziale Sicherheit (Office national de Sécurité sociale) vorgenommen werden. Dieses Budget setzt sich aus den folgenden Komponenten zusammen: dem Globalbeitrag, einem pauschalen Steuerzuschuss und einer Vielzahl weiterer Beiträge, Zuschläge und Steueranteile. Der Globalbeitrag beinhaltet ohne Bemessungsgrenze

- einen Grundbeitrag in Höhe von 37,84 % des Arbeitsentgelts (davon 24,77 % Arbeitgeber und 13,07 % Arbeitnehmer),
- den Lohnkostendämpfungsbeitrag der Arbeitgeber in Höhe von 7,47 % sowie
- einen Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 1,69 % zu Lasten von Unternehmen mit mindestens 10 Beschäftigten.

Während Leistungsempfänger der Krankenversicherung generell auch als anspruchsberechtigt im Falle einer Pflegebedürftigkeit gelten, gilt für die Mindestsicherung als Teil der Sozialhilfe ein Mindestalter von 21 Jahren.

123 Hinzu kommen Leistungen, die auf regionaler und lokaler Ebene gewährt werden können, hier aber nicht näher betrachtet werden.

6.3.2.2 Leistungen

Abhängig vom individuellen Bedarf werden Betroffenen, die Einschränkungen bei der selbstständigen Verrichtung von Aufgaben des täglichen Lebens unterliegen, durch die Krankenversicherung pauschalierte Sachleistungen¹²⁴ zur Deckung der Kosten einer ambulanten bzw. stationären Versorgung gewährt. Im stationären Bereich entspricht dies den Kosten der Pflegeleistung, wohingegen die Hotelleistung selbst zu tragen ist. Bei der häuslichen Pflege bestimmt sich, wie in Tabelle 60 ausgewiesen, die Leistungshöhe nach dem Grad der körperlichen Pflegebedürftigkeit, gemessen in drei Pflegestufen, wobei die Vorzugsregelung bspw. für Invaliden, Rentempfänger, Witwer und Witwen, Waisen sowie Bezieher geringer Einkommen Anwendung findet.

Tabelle 60: Leistungssätze der ambulanten Pflege (in Euro pro Tag)

Pflegestufe	Vorzugsregelung	
	mit	ohne
A	14,70	11,19
B	28,51	21,54
C	39,08	29,47

Quelle: eigene Darstellung mit Daten von Europäische Kommission (2007).

Das Leistungsspektrum der sozialen Mindestsicherung gliedert sich in drei Kategorien:

- Einkommensersatzbeihilfe (Allocation de remplacement de revenus; bis 65 Jahre),
- Eingliederungshilfe (Allocation d'intégration; bis 65 Jahre) und
- Pflegebeihilfe (Allocation pour l'aide aux personnes âgées; ab 65 Jahre).

Tabelle 61: Leistungssätze der Einkommensersatzbeihilfe (in Euro pro Jahr)

Stufe	Leistung
A (Ehepartner)	5.158,47
B (alleinstehend)	7.737,71
C (Empfänger mit Unterhaltsberechtigten)	10.316,94

Quelle: eigene Darstellung mit Daten von Europäische Kommission (2007).

124 Geldleistungen existieren lediglich in Form von Zuschlägen zu den allgemeinen Leistungssätzen für einen kleinen Kreis Anspruchsberechtigter.

Tabelle 62: Leistungssätze der Eingliederungshilfe (in Euro pro Jahr)

Stufe	Leistung
I	1.000,06
II	3.407,81
III	5.445,26
IV	7.933,06
V	8.999,56

Quelle: eigene Darstellung mit Daten von Europäische Kommission (2007).

Tabelle 63: Leistungssätze der Pflegebeihilfe (in Euro pro Jahr)

Stufe	Leistung
I	854,61
II	3.262,24
III	3.966,36
IV	4.670,27
V	5.736,77

Quelle: eigene Darstellung mit Daten von Europäische Kommission (2007).

Wie Tabelle 61, Tabelle 62 und Tabelle 63 zeigen, existieren auch bei den Leistungen an Menschen mit Behinderung wiederum abgestufte Leistungshöhen, welche sich für die Eingliederungs- und die Pflegebeihilfe am Grad der Invalidität orientieren (vgl. Beske und Drabinski (2005), S. 30). Es gelten eingeschränkte Kumulierungsverbote.

6.3.3 Österreich

6.3.3.1 Soziale Sicherung und Pflegerisiko

Wenngleich auch hier substanzielle Unterschiede ausgemacht werden können, ist in Österreich die dem deutschen System am nächsten stehende Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit etabliert. Abgesehen von einem selbst zu finanzierenden Kostenbeitrag zur Inanspruchnahme von Sachleistungen, wird in diesem ansonsten vollständig steuerfinanzierten Modell zwischen dem Bezug von Geld- und Sachleistungen differenziert, wobei erstgenannte auf Grundlage des Bundespflegegeldgesetzes bzw. der neun weitgehend gleichlautenden Pflegegeldgesetze der Länder gewährt werden (vgl. Beske et al. (2005), S. 159f.). Regelungen zu den Sachleistungen finden sich bspw. in Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über gemeinsame Maßnahmen für Pflegebedürftige sowie

in zahlreichen Rechtsgrundlagen der Länder (vgl. Trukeschitz und Schneider (2012), S. 188ff.).

Während als anspruchsberechtigt zum Bezug von Geldleistungen gilt, wer einen Pflegebedarf von mehr als 50 Stunden pro Monat über einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens sechs Monaten aufweist, besteht für Sachleistungen ganz allgemein eine am Bedarf an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten ausgerichtete Abgrenzung. Insbesondere die Definition des Pflegebedarfs im Bereich der Geldleistungen ermöglicht, durch die über den Hilfebedarf hinausgehende Einbeziehung des Betreuungsbedarfs, eine weitreichende Abdeckung, beispielsweise auch demenzieller Erkrankungen.

6.3.3.2 Leistungen

Pflegebedürftigen stehen Leistungen sowohl in Form eines Pflegegelds mit Sätzen in bundeseinheitlicher Höhe als auch ein enges Netz privater und öffentlicher sozialer Dienste in Verantwortung der Länder zur Verfügung. Als Sachleistungen im Bereich der ambulanten Pflege kann auf eine Vielzahl ambulanter Dienste zurückgegriffen werden, welche sich unterstützend sowohl an Pflegebedürftige selbst, aber auch an deren Angehörige und/oder Pflegende richten (siehe Tabelle 64). Im Rahmen der stationären und teilstationären Pflege ist die Unterbringung in den entsprechenden Einrichtungen möglich. Darüber hinaus stehen Beratungs- und Informationsangebote zur Verfügung.

Tabelle 64: Ambulante Dienste

Heimhilfe	Verleih von Pflegebehelfen
Fachpflegehilfe	Wäschepflegedienst
Besuchsdienst	Reinigungsdienst
organisierte Nachbarschaftshilfe	Reparaturdienst
mobile therapeutische Dienste	Fahrtendienst
Familienhilfe	persönliche Assistenz
Angehörigenberatung	

Quelle: eigene Darstellung nach Europäische Kommission (2007).

Tabelle 65: Leistungssätze des Pflegegelds (in Euro pro Monat)

Stufe	Leistung
1	148,30
2	273,40

Stufe	Leistung
3	421,80
4	632,70
5	859,30
6	1.171,70
7	1.562,10

Quelle: eigene Darstellung mit Daten von Europäische Kommission (2007).

Die Gewährung von Geldleistungen greift auf ein siebenstufiges System zurück, in dem die Leistungshöhe mit dem Pflegeaufwand ansteigt. Der Anspruch ist von der Wahl, ob der Pflegebedürftige ambulant, teilstationär oder stationär gepflegt wird, unberührt. Allerdings gehen bei stationärer Unterbringung höchstens 80 % des Pflegegeldes auf den Finanzierungsträger über und dem Pflegebedürftigen verbleibt ein Taschengeld in Höhe von 42,20 Euro pro Monat. Beim Verbleib in der häuslichen Umgebung steht das Pflegegeld zur freien Verfügung und kann bspw. zur (teilweisen) Begleichung der Kosten eines professionellen Dienstes oder als Entschädigung informell Pflegenden eingesetzt werden.

Hinzu kommen Leistungen etwa als Zuschuss zur Finanzierung einer Ersatz- oder Verhinderungspflege, wenn pflegenden Angehörigen die Erbringung der Pflegeleistung wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen wichtigen Gründen nicht möglich ist. Darüber hinaus existiert für pflegende Angehörige im Bereich der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung die Möglichkeit der begünstigten Selbstversicherung in der Pensionsversicherung, bei der die entsprechenden Beiträge durch den Bund entrichtet werden. Die Kumulierung von Geld- und Sachleistung mit anderen Geldleistungen der sozialen Sicherheit ist möglich, im Bereich der Geldleistungen ist jedoch eine Anrechnung gesetzlich vorgesehen.

6.4 Zwischenfazit

Die Suche nach Antworten auf drängende Fragen zur Zukunft der informellen Pflege führt zu einer wachsenden Anzahl international vergleichender empirischer Arbeiten in diesem Forschungsgebiet. Mit Hilfe dieser in der Gesundheitsforschung etablierten Vorgehensweise (vgl. Maier und Schmid (2009), S. 247) sollen insbesondere die Möglichkeiten genutzt werden, die der SHARE-Datensatz hierzu bietet. Allerdings zeigen die oben vorgestellten Ergebnisse, dass dies länderübergreifend wie auch aus Perspektive eines Referenzlandes, selbst mit einem Datensatz des Befragungsvolumens wie es das SHARE-Projekt bietet, nicht ohne weiteres und nicht für alle Fragestellungen sinnvoll erscheint.

Dies liegt darin begründet, dass nationalen Besonderheiten nicht ausreichend Rechnung getragen werden kann und die (zum Teil implizit) unterstellte Vergleichbarkeit nicht gegeben ist. Dies führt dazu, dass die Gültigkeit und Interpretierbarkeit ökonomischer Auswertungen zum Thema informelle Pflege nur in einem sehr begrenzten Anwendungsgebiet überhaupt möglich ist.

Die alternative, separate Betrachtung und Analyse der Ansätze in ausgewählten Ländern hingegen gibt Einblick in die prinzipiellen Ausgestaltungsmöglichkeiten und erlaubt neben einer ökonomischen Bewertung auch, die Chancen auf eine Umsetzung in Deutschland abzuschätzen. Während die beiden letztgenannten Punkte Gegenstand des sich anschließenden Kapitels sind, legt die Übersicht der in den drei dargestellten Ländern Anwendung findenden Regelungen folgenden Schluss nahe: Die Mehrzahl der dort geltenden Bestimmungen ist in Deutschland in gleicher oder ähnlicher Form, spätestens seit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aus dem Jahr 2008, bereits umgesetzt oder findet sich in der aktuellen Reformdiskussion wieder. Dies trifft unter anderem auf die in Frankreich umgesetzte Sicherstellung der sozialen Absicherung informell Pflegenden durch Beschäftigungsverhältnisse zu, die in Deutschland für den Bereich der Altersvorsorge durch Versicherungspflicht der Pflegepersonen im Rahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung Niederschlag findet. Auch ein Großteil der österreichischen Regelungen wie bspw. die Unterstützung durch ambulante Dienste und umfangreiche Beratung ist bereits etabliert und wird unter anderem durch die zahlreichen Angebote der Pflegestützpunkte abgedeckt.

Hinsichtlich der Kompensation der aus Pflegebedürftigkeit erwachsenden finanziellen Belastung zeigt sich ein in hohem Maße heterogenes Bild: Während einerseits ein genereller (partieller) Ausgleich in jedem System vorgesehen ist, sind andererseits sowohl die Prinzipien, auf welcher Grundlage dieser gewährt wird, als auch die Höhe stark divergent (zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch Mestheneos und Triantafillou (2005), S. 37ff.). Dies schlägt auch auf den Umfang der Kompensation informeller Pflegeleistungen durch, ohne jedoch einen, trotz dieser offenkundigen Ungleichbehandlung zwischen den Ländern, daraus ableitbaren Effekt identifizieren zu können. Da weder in vermeintlich unterdurchschnittlich vergütenden Ländern ein signifikant geringeres noch in umfangreich Zahlungen leistenden Systemen generell ein höheres Niveau an informeller Pflegebereitschaft besteht, liegt der Schluss nahe, dass dieser Faktor keinen oder allenfalls nur einen geringen Einfluss ausübt. Dies deckt sich für Deutschland mit den Ergebnissen der Studie von Döhner et. al, die eine vergleichsweise geringe Relevanz der finanziellen Unterstützung für die Bereitschaft der pflegenden Angehörigen konstatieren (vgl. Döhner et al. (2007), S. 174).

Wie auch die Ergebnisse der Auswertung des Datensatzes andeuten, kann konstatiert werden, dass im internationalen Vergleich, bezogen auf die Summe aller Maßnahmen und somit die Absicherung des Pflegerisikos per se, in keinem der betrachteten Länder hinsichtlich der Anreize zur informellen Pflege deutliche Vorteile gegenüber der Handhabung in Deutschland existieren. Allerdings erscheint eine Einbeziehung einzelner, in Deutschland bislang nicht anzutreffender Regelungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung überlegenswert und angeraten, sofern diese das bisherige Angebot unter pflegerischen Aspekten sinnvoll ergänzen, dabei aber zugleich den ökonomischen Rahmen nicht über Gebühr belasten.

