



30. März 2009

Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen

Die soziale Pflegeversicherung steht in den kommenden Dekaden vor enormen Herausforderungen:

Die Zahl der über 85-Jährigen, d.h. die Gruppe mit den höchsten Pflegewahrscheinlichkeiten, wird bis zum Jahr 2050 um über 4 Mio. auf gut 5 ½ Mio. ansteigen. Allein die Gruppe der über 90-Jährigen mit einer Pflegequote von derzeit über 60% wird in dieser Zeit um 1 ¾ Mio. auf 2 ¼ Mio. zunehmen.

Entsprechend wird die Zahl der Pflegebedürftigen unter realistischen Annahmen bis 2050 von derzeit 2,25 Mio. auf über 4 Mio. steigen und selbst unter sehr günstigen Bedingungen noch um über 1 Mio. zunehmen.

Dabei wird sich der „Heimsog-Effekt“ verstärken, da das informelle Pflegepotenzial, das die Zahl der häuslich versorgten Pflegefälle bestimmt, nach 2025 demografisch bedingt merklich abnimmt.

Damit lässt sich der bisherige Grundsatz – häusliche vor stationärer Pflege – nicht mehr halten, was die Pflege insgesamt verteuert.

Unsere Modellsimulationen zeigen, dass die Entwicklung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung nur eine Richtung kennt: nach oben. Je nach Szenario steigt der Pflegesatz von derzeit 1,95% bis zum Jahr 2050 auf 3% in der für die Pflegeversicherung günstigsten Variante und auf fast 7% im ungünstigsten Szenario. Als eine realistische Größenordnung erscheint uns die Mitte des Bandes. Der Beitragsanstieg fällt zudem in eine Zeit, in der ohnehin mit einer steigenden Abgabenlast bei den anderen sozialen Sicherungssystemen, wie gesetzliche Rentenversicherung und insbesondere Krankenversicherung, zu rechnen ist.

Eine Reform der Pflegeversicherung ist daher dringend geboten. Allerdings sind Leistungskürzungen der sozialen Pflegeversicherung mit Blick auf die Qualität der Pflege keine realistische Option. Vielmehr muss klar werden, dass Pflege in Zukunft wohl teurer werden wird, was Fragen hinsichtlich der intra- und intergenerativen Verteilung aufwirft.

Institutionelle und gesellschaftliche Veränderungen könnten allerdings dazu beitragen, dass die Kostensteigerungen gedämpfter ausfallen und die Qualität der Pflege aufrechterhalten werden kann. Hier wären ein Wandel in der Struktur von Pflegeheimen, ein flexiblerer Pflege-Mix, eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, die Einführung eines Pflegebudgets und ein verstärktes bürgerschaftliches Engagement in der Pflege, quasi als dritte Säule der Pflege neben Staat und Markt, zu nennen.

www.
dbresearch.de

Autoren

Prof. Dr. Baldo Blinkert
Institut für Soziologie
der Universität Freiburg
baldo.blinkert@soziologie.uni-
freiburg.de

Dr. Bernhard Gräf
Deutsche Bank Research
Frankfurt am Main
+49 69 910-31738
bernhard.graef@db.com

Editor

Stefan Schneider

Publikationsassistenz

Pia Johnson

Deutsche Bank Research
Frankfurt am Main
Deutschland
Internet: www.dbresearch.de
E-Mail: marketing.dbr@db.com
Fax: +49 69 910-31877

DB Research Management

Norbert Walter

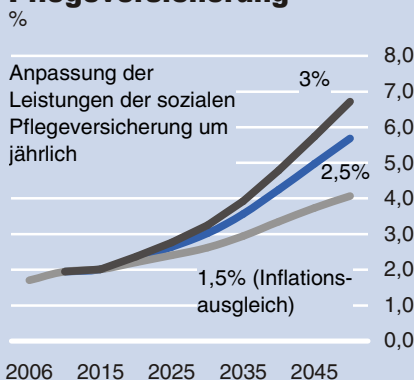
Gliederung

	Seite
1. Einleitung.....	4
2. Gang der Untersuchung.....	5
3. Die Ausgangslage.....	6
4. Zahl der Pflegebedürftigen demografisch getrieben.....	9
5. Pflegearrangements im demografischen und sozialen Wandel.....	12
6. Szenarien der Pflegearrangements: Heimsog wohl unvermeidbar.....	20
7. Verschiebungen bei sozialen Milieus erhöhen Heimsog.....	27
8. Beitragssatz der Pflegeversicherung: Es gibt nur eine Richtung – nach oben.....	29
9. Fazit: Maßnahmenbündel notwendig.....	36
Anhang 1: Überprüfung der Modellqualität.....	41
Anhang 2: Simulationsergebnisse.....	43
Literaturverzeichnis.....	44

1. Einleitung

Am 1. Juli 2008 trat die Reform¹ der gesetzlichen Pflegeversicherung in Kraft. Ihr Ziel war es, die Strukturen der sozialen Pflegeversicherung besser an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen. So wurde ein Rechtsanspruch auf individuelle Beratung (Fallmanagement) eingeführt, Pflegestützpunkte errichtet sowie die Pflegeansprüche von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (etwa psychisch erkrankte oder Menschen mit Demenz) ausgeweitet. Zudem werden ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen jährlich unangemeldet kontrolliert, um die Einrichtungen transparent und die erbrachten Leistungen vergleichbar zu machen. Außerdem wurden viele der seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 unveränderten Leistungen angehoben sowie weitere Anpassungen bis 2012 festgeschrieben. Obwohl diese bei weitem nicht ausreichen, den in vergangenen 13 Jahren erfolgten inflationsbedingten Wertverluste der Leistungen auszugleichen, ist die Reform dennoch ein wichtiger Schritt, um Pflegeniveau und Pflegequalität auf individueller Ebene aufrecht zu halten. Gleichzeitig wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,25%-Punkte auf 1,95% erhöht. Damit soll die Finanzierung der Pflegeversicherung auf längere Sicht sichergestellt werden.

Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung



Annahmen:

- (1) demografischer & sozialer Wandel
- (2) konstante altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten

Quellen: Blinkert, Gräf

Beitragssatz könnte bis 2050 auf fast 7% steigen

Unsere Berechnungen zeigen allerdings, dass der demografische und soziale Wandel die Pflegeversicherung in den kommenden Dekaden unter erheblichen Druck setzt und gravierende Folgen für die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen haben wird. So dürfte die Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der Alterung der Gesellschaft von derzeit gut 2 Mio. bis 2020 auf 2 ½ bis 3 Mio. steigen und 2050 zwischen 3 ¼ und 4 ¼ Mio. liegen. Daher ist selbst unter günstigen Annahmen wohl schon vor 2020 mit einer erneuten Anhebung der Beitragssätze zu rechnen, und unter weniger günstigen Bedingungen könnte er bis 2050 sogar in Richtung 7% steigen.

Drei Fragen

Bei der Analyse der Leistungen und Kosten der Pflegeversicherung und damit bei der Entwicklung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung müssen insbesondere drei Fragen beantwortet werden:

1. Wie entwickelt sich die Zahl der Pflegebedürftigen und welchen Pflegestufen sind sie zuzuordnen? Die Zahl der Pflegebedürftigen wird von zwei Faktoren bestimmt. Zum einen von der demografischen Entwicklung, zum anderen von der Pflegewahrscheinlichkeit (bzw. der Prävalenzrate) einer Person in einem bestimmten Alter. Bei letzterer steht die Frage im Mittelpunkt, ob die Verbesserung der Lebensqualität sowie der technisch-medizinische Fortschritt zu einer gesünderen Gesellschaft führt und damit die durch die Erhöhung der Lebenserwartung gewonnenen Jahre in Gesundheit verbracht werden. Entsprechend würden die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten in Zukunft sinken.
2. Wie fallen die Pflegearrangements aus, d.h. wie sind häusliche und stationäre Pflege künftig verteilt? Wichtig für die gesamten Kosten der Pflege ist die Aufteilung in (relativ günstige) häusli-

¹ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008, Teil 1, Nr. 20, ausgegeben zu Bonn am 30. Mai 2008.

che Pflege und (teure) stationäre Pflege. Gerade hier wird sich der demografische und insbesondere soziale Wandel besonders bemerkbar machen, wenn der steigenden Anzahl der zu Pflegenden ein merklich sinkendes „informelles Pflegepotenzial“ gegenübersteht.

- Wie sind künftig die Leistungen der Pflegeversicherung anzupassen, d.h. welcher Kostendruck lastet auf der Pflegeversicherung? Nach ihrer Einführung wurden die Leistungen rund 13 Jahre unverändert beibehalten, was – grob gesprochen – einen realen Rückgang um über 20% bedeutet.

2. Gang der Untersuchung

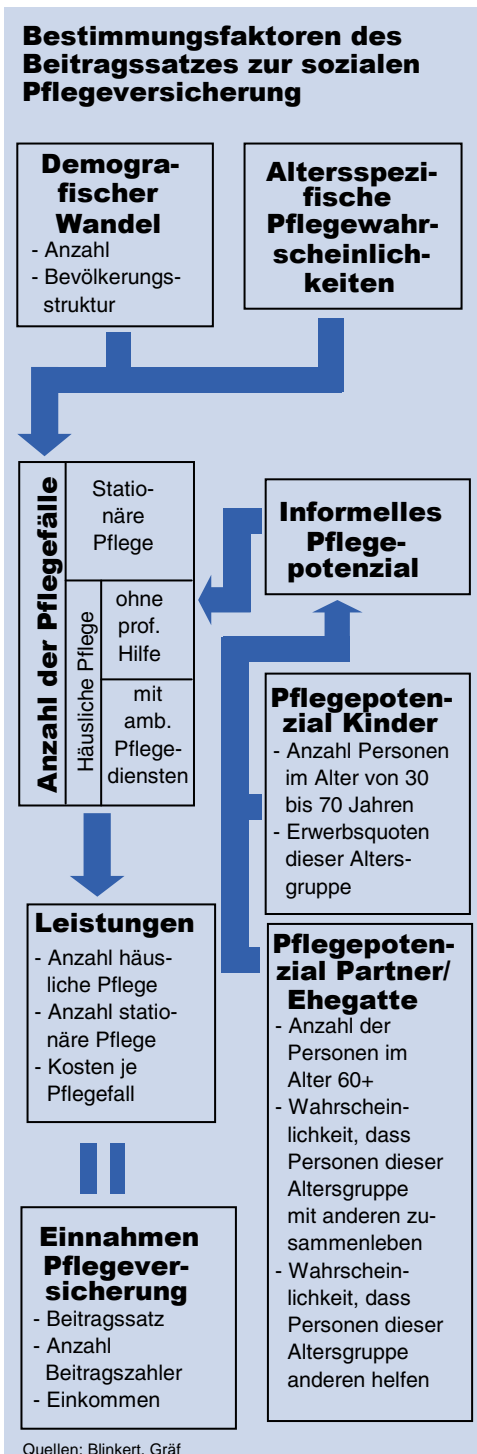
Nach einer Beschreibung der Ausgangslage wird im Kapitel 3 eine Schätzung der Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2050 auf Basis der mittleren Bevölkerungsprojektion des Statistischen Bundesamtes sowie der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten vorgenommen. Neben der Status-quo-Variante mit konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten werden zwei alternative Szenarien, die als „Gesünder Leben“ bezeichnet werden, analysiert. Dabei wurde unterstellt, dass die Pflegewahrscheinlichkeiten entsprechend der Zunahme der ferneren Lebenserwartung abnehmen.

Im Mittelpunkt von Kapitel 4 steht die Beschreibung eines Modells zu Abschätzung der künftigen Entwicklung der Pflegearrangements. Ausgangspunkt hierfür sind die in Kapitel 3 beschriebenen Entwicklungen der Zahl der Pflegebedürftigen. Dem wird die Entwicklung des informellen Pflegepotenzials, also der möglichen häuslichen Pflegepersonen gegenübergestellt und mit Hilfe der Ausschöpfungsquote des häuslichen Pflegepersonals die Aufteilung der Pflegefälle in häusliche Pflege ohne professionelle Hilfe, häusliche Pflege mit Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste und stationäre Pflege vorgenommen. Die Aufteilung der Pflegefälle in häusliche und stationäre Pflege ist aufgrund der unterschiedlich anfallenden Kosten für die Entwicklung der Finanzen wichtig.

Der demografische und soziale Wandel wird die Schere zwischen der Zahl der zu Versorgenden und dem „informellen Pflegepotenzial“ zunehmend öffnen. Dies zeigen die vier in Kapitel 5 analysierten Szenarien der Pflegearrangements. Dabei zeichnen sich sowohl eine Überforderung der sozialen Sicherungssysteme als auch eine rapide Verschlechterung der Qualität der Pflege ab.

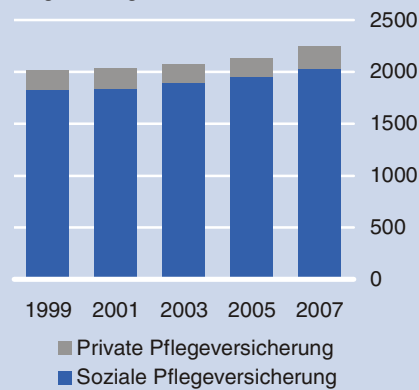
In Kapitel 6 werden dann die verschiedenen Szenarien bezüglich der Entwicklung der Pflegefälle sowie der Pflegearrangements zusammengefasst und um künftig mögliche bzw. notwendige Leistungsanpassungen erweitert. Neben einer Grundvariante, die die Anpassung der Leistungen entsprechend der von uns unterstellten Inflation von 1 ½% p.a. vorsieht, wird eine weitere Variante mit Kostendruck, d.h. Leistungsanpassungen nach 2012 jährlich 3%, untersucht. So könnte der medizinisch-technische Fortschritt kräftigere Anpassungen der Geldleistungen notwendig machen. Über die Modellierung der Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung wird dann der jeweils notwendige Beitragssatz ermittelt.

Wir schließen unsere Untersuchung mit dem Hinweis ab, dass sich in den kommenden Dekaden nicht nur in finanzieller Hinsicht bei der sozialen Pflegeversicherung einiges ändern wird, sondern dass sich auch im institutionellen und gesellschaftlichen Umfeld enorme Veränderungen ergeben werden bzw. müssen.



Pflegebedürftige

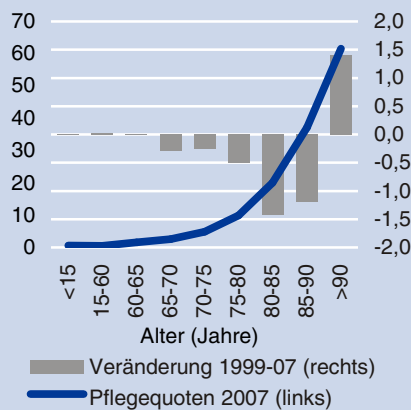
Pflegebedürftige nach SGB XI, in '000



Quellen: Destatis, Bundesministerium für Gesundheit

Altersspezifische Pflegequoten

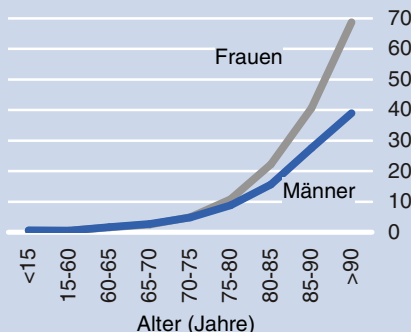
Pflegebedürftige insgesamt in % der Bevölkerung im jeweiligen Alter
% (links), %-Punkte (rechts)



Quelle: Destatis

Altersspezifische Pflegequoten

Pflegebedürftige in % der Bevölkerung im jeweiligen Alter (2007)
- soziale und private Pflegeversicherung



Quelle: Destatis

3. Die Ausgangslage

Die Pflegeversicherung ist eine umlagefinanzierte Pflichtversicherung im Rahmen des deutschen Sozialversicherungssystems. Sie wurde zum 1. Januar 1995 eingeführt und bildet die „fünfte Säule“ der Sozialversicherung – neben Kranken-, Berufsunfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Pflegeversicherung trägt bei nachgewiesenem, längerfristig erheblich erhöhtem Bedarf an pflegerischer Versorgung einen Kostenanteil der häuslichen oder stationärer Pflege, der nach Pflegestufen gestaffelt ist. Alle gesetzlich krankenversicherten Personen wurden mit Inkrafttreten des SGB XI in die soziale Pflegeversicherung aufgenommen. Alle Versicherten einer privaten Krankenversicherung wurden Mitglieder der privaten Pflegeversicherung. Damit wurde erstmals ein Versicherungsschutz für praktisch die gesamte Bevölkerung eingeführt.

2 ¼ Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig

Ende 2007 waren 2,25 Mio. oder 2,7% der in Deutschland lebenden Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes und erhielten damit Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.² Davon entfielen 2,03 Mio. oder 90% auf die soziale Pflegeversicherung, auf die sich die nachfolgende Berechnung der Beitragssätze konzentriert. Rund 218.000 Menschen waren Ende 2007 der privaten Pflegeversicherung zuzuordnen. Seit 1999 ist die Zahl der Pflegebedürftigen im Zuge der Alterung der Bevölkerung um 231.000 oder 11,4% gestiegen, so dass sich die Pflegequote, d.h. der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung, von 2,45% auf 2,73% erhöht hat. Dies war vor allem auf einen überproportionalen Anstieg der Pflegefälle von Personen über 90 Jahre zurückzuführen. Dagegen haben sich die altersspezifischen Pflegequoten bei Personen bis zu 90 Jahren in den vergangenen Jahren teilweise spürbar verringert.

Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter

Generell steigt die Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter. Während bei den 70- bis 75-Jährigen 2007 nur jeder zwanzigste (5%) Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen hat, waren es bei den über 90-Jährigen nahezu zwei Drittel (61,6%). Dabei zeigt sich, dass Frauen etwa ab 80 Jahren eine deutlich höhere Pflegewahrscheinlichkeit als Männer haben. So betrug der Anteil der pflegebedürftigen Frauen im Alter von 85 bis 90 Jahren an der gleichaltrigen Bevölkerungsgruppe 2007 knapp 41%, während die Pflegequote bei Männern dieser Altersgruppe lediglich 27,5% erreichte. Mit zunehmendem Alter nimmt dieser Abstand noch zu. So liegt der Anteil der pflegebedürftigen über 90-jährigen Frauen mit fast 70% rund 30%-Punkte über dem der Männer.

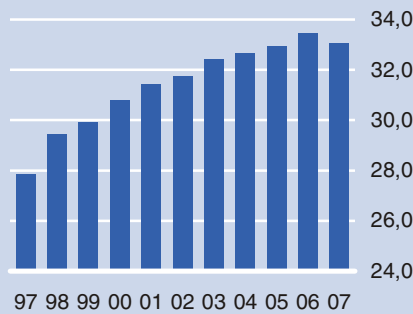
Heimquote 2007 nicht weiter gestiegen

Von den 2,03 Mio. Pflegebedürftigen, die der sozialen Pflegeversicherung angehörten, wurden Ende 2007 1,36 Mio. oder knapp 67% zu Hause durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste be-

² Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. In der Pflegestatistik werden Personen erfasst, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Generelle Voraussetzung dazu ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Pflegeunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III.

Heimquote

Anteil der stationär versorgten Pflegefälle der sozialen Pflegeversicherung, %



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Wichtige Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

pauschal, EUR pro Monat

Pflegestufe
I II III

Ambulante Pflege

Pflegegeld*

bis 1. Juli 2008	205	410	665
ab 1. Juli 2008	215	420	675
ab 1. Januar 2010	225	430	685
ab 1. Januar 2012	235	440	700

Sachleistungen**

bis 1. Juli 2008	384	921	1432
ab 1. Juli 2008	420	980	1470
ab 1. Januar 2010	440	1040	1510
ab 1. Januar 2012	450	1100	1550

Vollstationäre Pflege

bis 1. Juli 2008	1023	1279	1432
ab 1. Juli 2008	1023	1279	1470
ab 1. Januar 2010	1023	1279	1510
ab 1. Januar 2012	1023	1279	1550

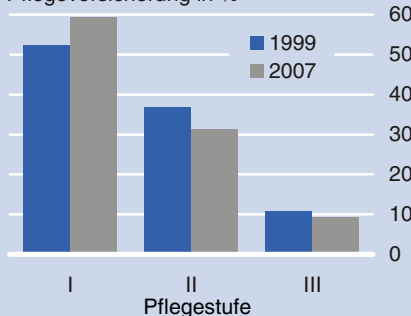
* Bei häuslicher Pflege durch selbst beschaffte Pflegepersonen, z.B. Familienangehörige

** Bei häuslicher Pflege durch ambulante Pflegedienste

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Ambulant versorgte Pflegebedürftige

Anteil Pflegebedürftiger der sozialen Pflegeversicherung in %



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

treut, gut 670.000 Pflegebedürftige wurden stationär versorgt. Der Anteil der häuslich Versorgten ist gegenüber 2006 leicht gestiegen, so dass sich der seit Einführung der Pflegeversicherung zu beobachtende Trend zu stationärer Versorgung (der so genannte „Heimsog-Effekt“) zumindest in 2007 nicht weiter fortgesetzt hat. Damit ist die Heimquote 2007 gegenüber ihrem im Vorjahr erreichten Höhepunkt von 33,5% leicht auf 33% gesunken. Diese für die Finanzen der sozialen Pflegeversicherung erfreuliche Entwicklung, denn stationäre Versorgung ist tendenziell teurer als häusliche, könnte allerdings auch darauf zurückzuführen sein, dass die Bewilligung durch die Pflegekassen restriktiver geworden ist. Prinzipiell gilt hier der Grundsatz: „ambulant vor stationär“, d.h. häusliche und ambulante Pflege haben Vorrang vor stationärer Pflege.

Stationäre Pflege tendenziell teurer

Wichtig für die Finanzen der sozialen Pflegeversicherung ist neben der Aufteilung in ambulante und stationäre Pflege auch die Einstufung der Pflegebedürftigen in die drei Pflegestufen, denn je nach Schwere der Einschränkung werden unterschiedliche Leistungen gezahlt.³ So betragen seit Juli 2008 die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für Personen der Pflegestufe I bei einer häuslichen Pflege monatlich EUR 215, wenn die Pflege durch selbst beschafftes Personal, z.B. durch Angehörige, erfolgt. Hier spricht man vom so genannten Pflegegeld. Bei Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste werden monatlich EUR 420 gezahlt und bei voll stationärer Versorgung erhöhen sich die monatlichen Pauschalleistungen der Pflegeversicherung auf EUR 1023. Bei Pflegestufe III beträgt das Pflegegeld EUR 675, und die Leistungen bei Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste sowie bei stationärer Versorgung erhöhen sich auf jeweils EUR 1470. Daneben sind Leistungen bei Pflegevertretung, für Kurzzeitpflege, teilstationäre Tages- und Nachtpflege sowie ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf im Leistungskatalog der Pflegekassen enthalten. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass ein Heimplatz wesentlich mehr kostet, als die Pflegeversicherung leistet. So lag die durchschnittliche Vergütung für einen Heimplatz für die Pflegestufe III 2005 bei monatlich EUR 2706. Dazu trugen die Pflegekassen EUR 2128 an pauschalen und sonstigen Leistungen bei.⁴

11.500 ambulante Pflegedienste und 11.000 Pflegeheime

Ende 2007 gab es in Deutschland rund 11.500 ambulante Pflegedienste, die rund 236.000 Personen beschäftigten.⁵ Die Bedeutung der ambulanten Versorgung hat in den vergangenen Jahren merklich zugenommen. Dabei war der ambulante Pflegemarkt sehr beschäftigungswirksam. So hat die Zahl der Pflegedienste gegenüber 2005 um 5% zugenommen, während die Zahl der Beschäftigten sogar um 22.000 bzw. um über 10% stieg. Die Mehrheit der Beschäftigten (71%) arbeitete in Teilzeit und 88% waren weiblich. Neben den ambulanten Pflegediensten gab es Ende 2007 in Deutschland noch gut 11.000 Pflegeheime, die über insgesamt knapp 800.000 Plätze verfügten und rund 575.000 Beschäftigte hatten,

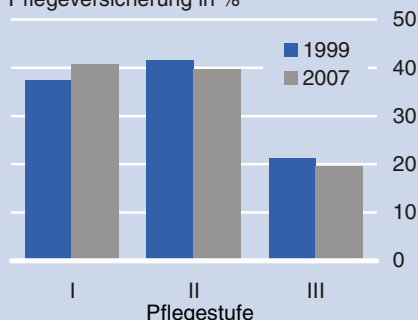
³ Pflegestufe I wird gewährt, wenn die Person erheblich pflegebedürftig ist. Hierzu gehören Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus diesen Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen. In Pflegestufe II werden Personen eingruppiert, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich Hilfe brauchen. Personen der Pflegestufe III bedürfen rund um die Uhr der Hilfe.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2001-2007) und AOK (1998).

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2001-2007).

Stationär versorgte Pflegebedürftige

Anteil Pflegebedürftiger der sozialen Pflegeversicherung in %



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

in Mrd. EUR

	Ein- nahmen	Aus- gaben	Saldo
1995	8,4	5,0	3,4
1996	12,0	10,9	1,2
1997	15,9	15,1	0,8
1998	16,0	15,9	0,1
1999	16,3	16,4	0,0
2000	16,5	16,7	-0,1
2001	16,8	16,9	-0,1
2002	17,0	17,4	-0,4
2003	16,9	17,6	-0,7
2004	16,9	17,7	-0,8
2005	17,5	17,9	-0,4
2006	18,5	18,0	0,5
2007	18,0	18,3	-0,3

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung

Anteil an Gesamtausgaben in %

	Ambulante Pflege		Statio- näre Pflege	Son- stige
	Geld- leistungen	Sach- leistungen		
2000	25	13	45	17
2002	24	14	46	16
2004	23	14	47	16
2006	22	13	48	17
2007	22	14	48	16

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

wobei auch hier die Mehrzahl (85%) weiblich war. Auch die Bedeutung der Pflegeheime an der Versorgung der Pflegebedürftigen hat weiter zugenommen. Gegenüber 2005 hat sich die Zahl der Pflegeheime um 5 ½% erhöht und die Zahl der Beschäftigten hat um 27.000 oder 5% zugenommen. Der Pflegeheimmarkt ist derzeit in Deutschland noch zersplittert. So besitzen die 20 größten Betreiber insgesamt weder 10% der Häuser noch 10% der Bettenkapazitäten.

Pflegestufe I dominiert

Knapp 60% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen waren Ende 2007 in Pflegestufe I eingruppiert. Gegenüber 1999 stieg der Anteil um 7%-Punkte. Dagegen ging der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III in diesem Zeitraum um rund 1 ½%-Punkte auf gut 9% zurück. Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung beträgt der Anteil der Personen mit Pflegestufe III fast 20% und ist damit gut doppelt so hoch wie in der ambulanten Versorgung, was jedoch angesichts der Tatsache, dass schwere und Schwerstfälle eine Heimversorgung erfordern, wenig überrascht. Allerdings ist auch hier der Anteil wie bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen seit 1999 um 1 ½%-Punkte gesunken. Unter der Annahme, dass die Einstufung jeweils unter den gleichen Kriterien vorgenommen wurde, würde dies bedeuten, dass die Schwere der Pflegefälle abgenommen hat. Allerdings könnte dies auch Ausdruck der zunehmenden Last steigender Defizite sein.

Soziale Pflegeversicherung schon lange defizitär

Die soziale Pflegeversicherung erwirtschaftet nach anfänglichen Überschüssen seit 2000 zumeist Defizite. 2007 schloss der Haushalt mit einem Defizit von EUR 320 Mio. Während die Einnahmen 2007 um 2,5% auf EUR 18 Mrd. schrumpften, nahmen die Ausgaben um 1,7% auf EUR 18,3 Mrd. zu. Fast die Hälfte der Ausgaben entfallen auf Leistungen für die stationäre Pflege, knapp ein Viertel sind Pflegegeldleistungen, und rund ein Siebtel sind Ausgaben für die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste.

Pflegereform verbessert Finanzlage

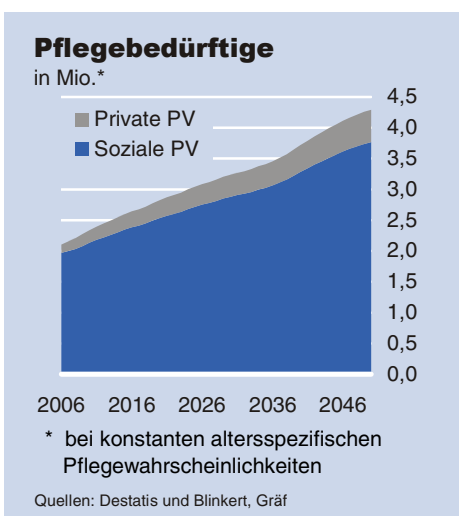
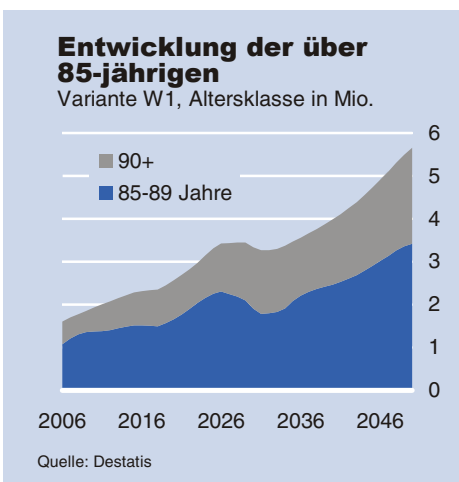
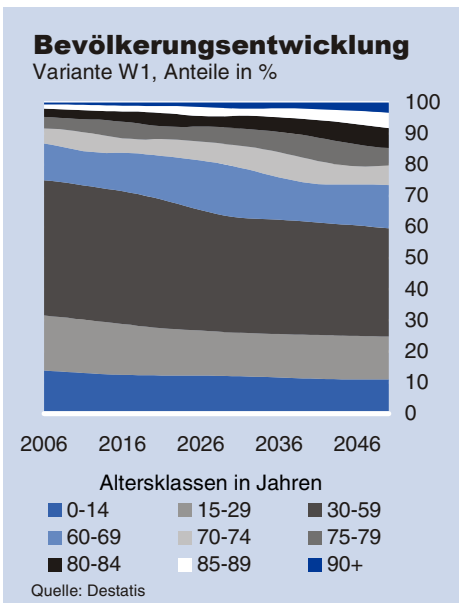
In 2008 dürfte sich die Situation aufgrund der Reform der Pflegeversicherung entspannt haben. So verzeichnete die soziale Pflegeversicherung in den ersten drei Quartalen 2008 Einnahmen in Höhe von EUR 14,2 Mrd. Zum Einnahmewachstum um 7,4% gegenüber dem entsprechenden Vergleichszeitraum 2007 hat die Erhöhung des Beitragssatzes von 1,7% auf 1,95% (für Kinderlose von 1,95% auf 2,2%) zum 1. Juli 2008 beigetragen. Die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung stiegen deutlich langsamer, um 3,8% auf EUR 14,3 Mrd. Euro. Das Finanzierungsdefizit reduzierte sich dadurch auf rund EUR 100 Mio.

Pflegemarkt überschreitet 2007 EUR 27 ½ Mrd.

In Deutschland wurden 2007 schätzungsweise mehr als EUR 27 ½ Mrd. für Pflegeleistungen ausgegeben.⁶ Davon entfielen EUR 17,7 Mrd. auf die soziale Pflegeversicherung, knapp EUR 1 Mrd. auf die privaten Pflegekassen und der Rest auf Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen der Pflegebedürftigen. So mussten wohl von den stationär Versorgten allein insgesamt etwa EUR 5 Mrd. für Unterkunft und Verpflegung aufgewendet werden.

⁶ Vgl. Schnabel (2007). Schnabel schätzte die gesamten Pflegeausgaben 2005 auf EUR 26,7 Mrd. Enste, Pimpertz (2008) kommen auf ein Volumen von EUR 29 Mrd.

4. Zahl der Pflegebedürftigen demografisch getrieben



Der wohl wichtigste Bestimmungsfaktor für die Ausgaben der Pflegeversicherung ist die Zahl der Pflegebedürftigen. Wie viele Pflegebedürftige es in Zukunft geben wird, ist zum einen von der demografischen Entwicklung, insbesondere der Altersstruktur, und zum anderen von der Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit oder Prävalenz abhängig.

Nach der mittleren Bevölkerungsvariante⁷ (Untergrenze) der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der in Deutschland lebenden Menschen bis 2050 zwar von derzeit gut 82 Mio. auf knapp 69 Mio. zurückgehen. Im Gegensatz dazu wird die Zahl der Pflegebedürftigen jedoch kräftig steigen. Dafür sorgt die Alterung der Bevölkerung. So werden die stark besetzten Geburtenjahrgänge der Baby-Boomer in den kommenden Dekaden in jene Altersgruppen vorrücken, die eine besonders hohe Prävalenzrate, d.h. ein hohes Risiko haben, pflegebedürftig zu werden.

Modellgleichungen Zahl der Pflegebedürftigen

$$(1) PB_{t_i} = PBQ_i \cdot ALT_{t_i}$$

$$(2) PBINS_t = \sum_{i=1}^k PB_{t_i}$$

PB_{t_i} :	Zahl der Pflegebedürftigen zur Zeit t in der Altersgruppe i
PBQ_i :	Pflegebedürftigkeitsquote in der Altersgruppe i
ALT_{t_i} :	Zahl der Personen zur Zeit t in der Altersgruppe i
$PBINS_t$:	Zahl der Pflegebedürftigen zur Zeit t insgesamt
k :	9 Altersgruppen: bis 14, 15-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 und älter.

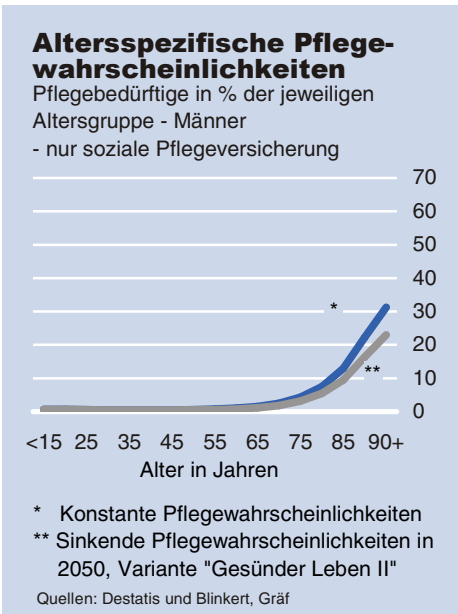
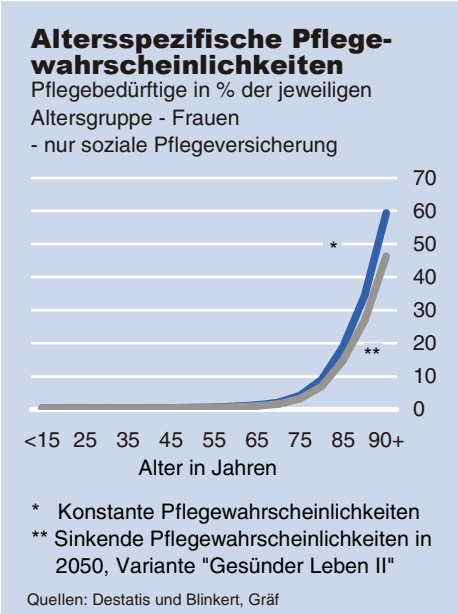
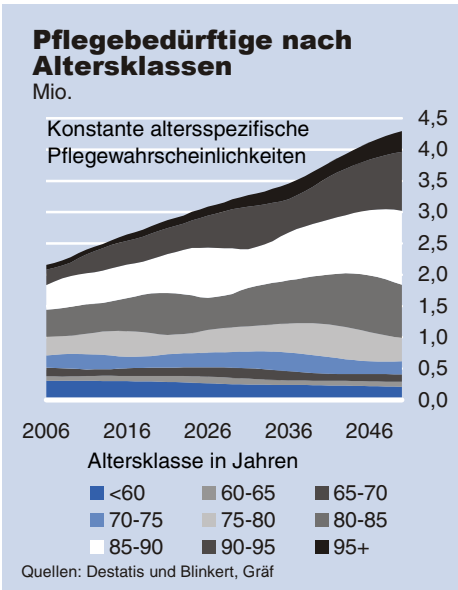
Merkliche Verschiebung in der Altersstruktur in den kommenden Dekaden

So wird die Zahl der über 85-Jährigen, d.h. die Altersgruppe mit den höchsten Pflegewahrscheinlichkeiten, bis 2050 um über 4 Mio. auf gut 5 ½ Mio. steigen und der Anteil dieser Gruppe an der Gesamtbevölkerung von derzeit knapp 2% auf rund 8 ¼% anwachsen. Allein die Gruppe der über 90-Jährigen mit einer Prävalenzrate von fast 62% wird bis 2050 um 1,7 Mio. auf dann 2 ¼ Mio. zunehmen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird von 0,6% auf 3 ¼% steigen.

Bei konstanten Prävalenzraten Anstieg der Pflegefälle bis 2050 auf knapp 4 ½ Mio.

Bei unveränderten Prävalenzraten (Szenario „Status Quo“) wird der demografische Wandel dazu führen, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen von 2 ¼ Mio. Ende 2007 bis 2020 auf rund 3 Mio. steigt

⁷ Variante 1 W1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. Diese basiert auf den Annahmen, dass die Geburtenhäufigkeit bis 2050 bei annähernd 1,4 Kinder je Frau liegt, die Lebenserwartung bei der Geburt bis 2050 bei Männern um 7,6 und bei Frauen um 6,5 Jahre steigt und die Nettozuwanderung bis 2050 jährlich 100.000 beträgt. Vgl. Statistisches Bundesamt (2006).



und sich bis 2050 auf dann knapp 4 ½ Mio. nahezu verdoppelt.⁸ Die soziale Pflegeversicherung hätte daran gut 3 ¾ Mio. Pflegefälle zu schultern, aber auch die Zahl der Pflegebedürftigen, die einer privaten Pflegeversicherung angehören, würde unter diesen Bedingungen bis 2050 von derzeit knapp 180.000 auf etwa 500.000 steigen.⁹

Die nebenstehende Grafik veranschaulicht eindrucksvoll die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf die Anzahl der zu erwartenden Pflegefälle. So wird der Anstieg der Pflegebedürftigen bis 2050 nahezu vollständig von der Gruppe der Personen im Alter von über 85 Jahren getragen.

Zwar ist sicher, dass durch die Alterung der Bevölkerung der Anteil der pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung steigen wird. Allerdings muss die Zahl der Pflegebedürftigen nicht in gleichem Ausmaß wie die Zunahme des Anteils älterer Menschen zunehmen. Dies hängt vor allem davon ab, ob die durch die steigende Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre in Gesundheit oder in Pflege verbracht werden, d.h. wie sich die Prävalenzraten entwickeln.

Szenarien „Gesünder Leben“

Studien lassen vermuten, dass älter nicht gleich kränker bedeutet, sondern die steigende Lebenserwartung mit einer besseren Gesundheit verbunden ist. Ein Zugewinn an Lebenserwartung ginge in diesem Fall mit einer niedrigeren altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit einher.¹⁰

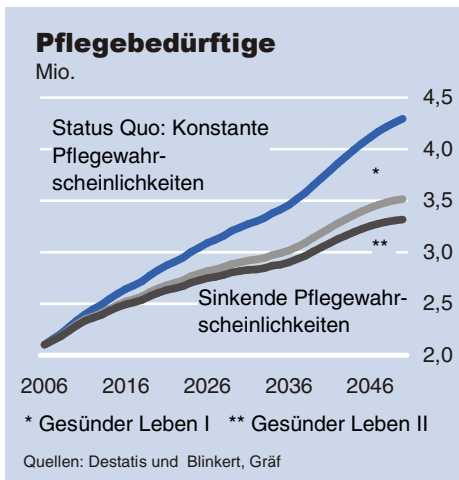
Entsprechend haben wir bei der Berechnung der Anzahl der Pflegebedürftigen zusätzlich zu der Variante mit konstanten Prävalenzraten zwei alternative Szenarien für die Pflegewahrscheinlichkeiten entwickelt, die wir „Gesünder Leben I“ und „Gesünder Leben II“ genannt haben. Bei diesen haben wir unterstellt, dass die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit entsprechend der steigenden Lebenserwartung abnimmt. „Gesünder Leben I“ beinhaltet die Basisannahme des Statistischen Bundesamtes hinsichtlich der ferneren Lebenserwartung im Rahmen der 11. Bevölkerungsvorausberechnung. Danach steigt die Restlebenszeit für 60-jährige Männer und 60-jährige Frauen bis 2050 um jeweils rund 5 Jahre auf 25,3 bzw. 29,1 Jahre. Nach der hohen Variante des Statistischen Bundesamtes steigt die Restlebenserwartung stärker und zwar auf 27,2 Jahre (Männer) bzw. 30,9 Jahre (Frauen). Diese Annahme liegt unserem Szenarium „Gesünder Leben II“ zugrunde.

In unserem „Gesünder Leben I“ Szenarium sinkt die Pflegewahrscheinlichkeit bis 2050 beispielsweise für über 90-jährige Frauen von derzeit gut 60% auf rund 50% und in „Gesünder Leben II“ auf knapp 46%. Für über 90-jährige Männer würden sich die Pflegeprävalenzraten von derzeit 31% auf 25% („Gesünder Leben I“) bzw. 23% („Gesünder Leben II“) verringern.

⁸ Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Projektion des Statistischen Bundesamtes (2008) und das DIW; vgl. Schulz, Leidl, König (2001) und Schulz (2008).

⁹ Vgl. hierzu Niehaus (2006).

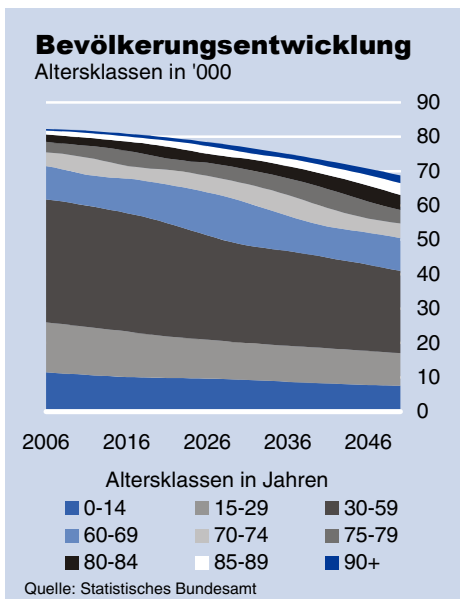
¹⁰ Vgl. Hackmann/Moog (2008) und Ziegler/Doblhammer (2005).



„Gesünder Leben“: Anstieg der Pflegefälle gedämpfter

Der Rückgang der Pflegeprävalenzraten kann zwar den Anstieg der Pflegefälle bis 2050 spürbar dämpfen. Dies reicht jedoch bei weitem nicht aus, ihn vollständig zu vermeiden. Zu hoffen, dass die Effekte einer wohl zu erwartenden gesünderen Bevölkerung die Auswirkungen der Alterung vollständig kompensieren scheint folglich illusorisch. Unsere Berechnungen zeigen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in unserem Szenarium „Gesünder Leben I“ bis 2050 auf 3 ½ Mio. steigt und im Fall einer noch stärker steigenden Lebenserwartung sogar nur gut 3 ¼ Mio. erreicht. Somit sind selbst unter diesen Bedingungen 2050 1 bis 1 ¼ Mio. mehr Pflegebedürftige als heute zu erwarten, was eine Zunahme um gut 50% bedeuten würde.

5. Pflegearrangements im demografischen und sozialen Wandel



Es gibt wohl niemanden, der ernsthaft Zweifel an den Projektionen der Bevölkerungswissenschaftler äußert: Deutschland altert wie alle Industrienationen der Welt - und dies in dreierlei Hinsicht: absolut, relativ und durch die Zunahme der Hochbetagten. Deutschland wird aber auch immer pflegebedürftiger und es sind derzeit keine überzeugenden Lösungen für diese zentrale gesellschaftliche Herausforderung erkennbar.

Demografischer Wandel beeinflusst sowohl die Zahl der künftigen Pflegebedürftigen als auch die Zahl der Versorgenden...

Der Bevölkerungsumfang wird sich deutlich verringern und der Altersaufbau wird sich verändern. Der Anteil älterer Menschen wird steigen, die Anteile der jüngeren Menschen – Kinder und Jugendliche – und der Anteil der Menschen im Erwerbsalter werden sinken. Diese Veränderungen werden mit Sicherheit auch die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen tangieren. Sie werden die ihnen verfügbaren, gewählten oder auferlegten Pflegearrangements beeinflussen. Von demografischen Faktoren hängt es ab, wie viele pflegebedürftige Menschen zu versorgen sind, aber von den gleichen Faktoren hängt es auch ab, wie viele Versorgende zur Verfügung stehen und wer diese sein werden.

... Versorgungssituation aber noch von weiteren Faktoren abhängig

Aber es ist nicht allein der demografische Wandel, der die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen beeinflusst. Von großer Bedeutung sind institutionelle Regelungen, die ihren Niederschlag u.a. im Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ und in der Sozialgesetzgebung finden, aber auch in tariflichen Vereinbarungen und arbeitsmarktpolitischen Bestimmungen verankert sein können – z.B. in Regelungen, die eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegen ermöglichen. Dazu gehören auch Berufs- und Ausbildungsordnungen, die von großer Bedeutung für die Qualität der professionell geleisteten Pflege und für das gesellschaftliche Ansehen pflegender Berufe sind.

Wichtig sind aber auch Infrastrukturen, die sich zur Versorgung nutzen lassen – u.a. Pflegeheime, teilstationäre Angebote, Pflegedienste und Beratungsstellen. Von überaus großer, aber schwer einzuschätzender Bedeutung ist schließlich der kulturelle und soziale Kontext von Pflegebedürftigkeit: der Stellenwert, den Pflegebedürftigkeit in ihren unterschiedlichen Ausprägungen in der Kultur besitzt¹¹, die Art und Weise, ob und wie Solidarität praktiziert wird, sowie Werteorientierungen und Lebensentwürfe, die mehr oder weniger günstig für die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen sein können.¹² Zu diesen Faktoren gehören aber auch strukturelle Bedingungen, wie die Bedeutung von Erwerbsarbeit für den Lebensentwurf, mit der Arbeitswelt verbundene Flexibilitätserfordernisse, soziale und geographische Mobilität¹³ und damit verbundene Wahrscheinlichkeiten für Versorgungsleistungen aus dem primären sozialen Umfeld.

¹¹ Zur kulturellen Bedeutung von Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit Zivilisierungs- und Modernisierungsprozessen vgl. Norbert Elias (2002).

¹² Vgl. Blinkert/Klie (2000; 2004).

¹³ Vgl. Sennett (1998).

Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen wird also von einem ganzen Bündel von Faktoren beeinflusst, die in komplexen Beziehungen zueinander stehen. Einfache Modelle können zwar dieser Komplexität kaum gerecht werden. Dennoch sind sie notwendig, um die grundlegenden Verhältnisse und Prozesse abzubilden.

Ein Modell zur Abschätzung der Pflegearrangements

Das im Folgenden dargestellte Modell zur Bestimmung der künftigen Aufteilung der Pflegearrangements ist die Weiterentwicklung eines Vorschlags, der kurz nach Einführung der Pflegeversicherung entwickelt wurde.¹⁴ In der Zwischenzeit hat sich die Pflegeversicherung etabliert und es ist deutlicher erkennbar, wie sich durch diese gesetzliche Innovation die Versorgung pflegebedürftiger Menschen strukturiert hat. Das im Folgenden vorgestellte Modell kann deshalb stärker an die empirischen Verhältnisse angebunden werden.

Unterscheidung der Pflegearrangements

Die Pflegearrangements lassen sich grundsätzlich wie folgt beschreiben:

- nach dem Ort der Versorgung – ob stationäre Versorgung oder Versorgung in einem häuslich-privaten Lebenszusammenhang, aber natürlich auch fließende Übergänge zwischen diesen Extremen und
- nach dem Grad der Professionalität bzw. Beruflichkeit der häuslichen Versorgung. An Arrangements der häuslichen Versorgung können verschiedene Akteure und Sektoren beteiligt sein: neben Angehörigen und informellen Helfern aus dem weiteren sozialen Umfeld (Nachbarn, Freunde, Ehrenamtliche) professionelle Fachkräfte und Dienste, aber auch andere beruflich tätige und kommerziell orientierte Anbieter.¹⁵

Das hier dargestellte Modell soll erklären, warum bestimmte Pflegearrangements mit einer bestimmten Häufigkeit vorkommen. Mit diesem Modell können aber auch unterschiedliche Entwicklungspfade beschrieben werden – nicht im Sinne von Prognosen, sondern es soll gezeigt werden, wie die Entwicklung verlaufen könnte, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Die zu erklärenden Sachverhalte sind die Zahl und der Anteil der stationär und häuslich versorgten Pflegebedürftigen, sowie die Zahl und der Anteil der häuslich Versorgten, die professionell erbrachte Leistungen in Anspruch nehmen bzw. das nicht tun.

Informelles Pflegepotenzial umfasst vor allem Ehegatten, Lebenspartner und Kinder

Die Versorgungschancen in makrostruktureller Perspektive hängen von kulturellen, sozialen und institutionellen Vorgaben und Verhältnissen ab. Für unser Modell finden vor allem solche Merkmale und Veränderungen Beachtung, die das „informelle Pflegepotenzial“ bestimmen. Als „informelles Pflegepotenzial“ sollen die im sozialen Unterstützungsnetzwerk vorhandenen nichtberuflichen Helfer – in

¹⁴ Vgl. Blinkert/Klie (2001). Auf der Grundlage dieses 2001 vorgeschlagenen Modells wurde von Häcker und Raffelhüschen eine Modellberechnung zur Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung durchgeführt. Vgl. Häcker/Raffelhüschen (2006).

¹⁵ Die Brauchbarkeit dieser Einteilung konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden – u.a. war es möglich, für die häusliche Versorgung Pflegearrangements durch die Zeitbeiträge von vier Sektoren bzw. der sie definierenden Akteure zu bestimmen und durch die Geldzuwendungen, die an diese Sektoren bzw. Akteure fließen – vgl. Blinkert/Klie (2006) und Blinkert (2007).

erster Linie Ehegatten bzw. Lebenspartner und Kinder – verstanden werden.

Im weiteren Sinne können auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn dazugehören. Ihr Beitrag zur Sicherung der Versorgung mag im Einzelfall wichtig sein, spielt insgesamt aber unter quantitativen Gesichtspunkten mit weniger als 10 % derzeit nur eine geringe Rolle.¹⁶ Für dieses Pflegepotenzial lässt sich eine gesamtgesellschaftliche Größe definieren, die darüber Auskunft gibt, in welchem Umfang Ressourcen verfügbar sind, die eine häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe ermöglichen.

Dieses gesellschaftliche informelle Pflegepotenzial ist vor allem von den folgenden Faktoren abhängig:

- von der Zahl der älteren Menschen, die nicht allein, sondern mit einem Partner zusammenleben; das ist gewissermaßen das Pflegepotenzial der Gatten bzw. Partner.
- von der Zahl der Menschen, die sich in einem Alter befinden, das es ihnen ermöglicht, ältere und pflegebedürftige Angehörige zu unterstützen; hier handelt es sich im Wesentlichen um das Pflegepotenzial der Kindergeneration, für das jedoch zu berücksichtigen ist, in welchem Umfang Zeit und Ressourcen durch Erwerbstätigkeit gebunden sind.
- von der Bereitschaft, Versorgungsverpflichtungen im Sinne einer „Nahraumsolidarität“ zu übernehmen; eine Bereitschaft, die sozial verteilt, kulturell geprägt und damit auch Veränderungen unterworfen ist.¹⁷

Informelles Pflegepotenzial keine Konstante

Alle diese auf das informelle Pflegepotenzial einwirkenden Faktoren sind veränderlich. Sie verändern sich durch den demografischen Wandel, aber auch im Verlauf des sozio-kulturellen Wandels.

Die Modellkomponenten

Das hier vorgestellte Modell soll zeigen, wie sich diese Veränderungen auf die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen auswirken könnten. Es besteht aus vier Komponenten, für die sich Anfangswerte und Parameter je nach Szenario vorgeben lassen:

- Bevölkerungsentwicklung
- Entwicklung der Pflegebedürftigkeit
- Entwicklung des informellen Pflegepotenzials
- Entwicklung der Pflegearrangements

Die ersten beiden Komponenten, die Bevölkerungsentwicklung und die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit sowie die daraus abgeleitete Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bilden den Pflegebedarf ab und wurden schon in Kapitel 3 ausführlich dargestellt.

Zentraler Parameter für die Pflegearrangements: informelles Pflegepotenzial

Der im Modell berücksichtigte zentrale Parameter für die Einschätzung der Entwicklung von Pflegearrangements ist das „informelle Pflegepotenzial“. Dieses informelle Pflegepotenzial besteht aus den von Angehörigen und nahestehenden Personen bereitgestellten

¹⁶ In einer von Blinkert/Klie (2006a) durchgeführten Studie ergibt sich, dass Freunde, Bekannte und Nachbarn nur mit einem Anteil von 8% an der gesamten Versorgungszeit beteiligt sind.

¹⁷ Zum Begriff der „Nahraumsolidarität“ und ihrer sozialen Verteilung vgl. Blinkert/Klie (2004).



Hilfsnetzwerken pflegebedürftiger Menschen. Im Wesentlichen beruht es auf den Pflegebereitschaften von Ehegatten/Partnern und Kindern. Dieses Pflegepotenzial ist variabel und abhängig von verschiedenen demografischen und sozio-kulturellen Veränderungen:

- Das durch Gatten/Partner bereitgestellte Pflegepotenzial für ältere Pflegebedürftige hängt vor allem davon ab, in welchem Umfang diese Pflegebedürftigen allein oder mit anderen zusammenleben. Außerdem sind altersspezifische Hilfewahrscheinlichkeiten zu berücksichtigen. Der Anteil und die Zahl von zusammenlebenden älteren Menschen werden sich im Verlauf des demografischen und sozialen Wandels verändern. Je nach Szenario wird ein konstanter oder steigender Anteil allein lebender älterer Menschen vorausgesetzt.¹⁸
- Ein durch die Kindergeneration bereitgestelltes Pflegepotenzial für ältere pflegebedürftige Personen ist am ehesten in den Altersgruppen der 30- bis 69-Jährigen zu erwarten. Dieses durch Kinder gesicherte informelle Pflegepotenzial hängt dann davon ab, wie sich die Bevölkerungszahlen in diesen Altersgruppen verändern.
- In welchem Umfang dieses Potenzial mobilisierbar ist, hängt von der Erwerbsbeteiligung in diesen Altersgruppen ab. Je nach Szenario werden konstante oder steigende Erwerbsquoten vorausgesetzt.

Modellgleichungen Pflegepotenzial der Partner/Gatten

$$(3) \text{ POTPART}_{t_i} = \text{ALT}_{t_i} \cdot \text{PZUS}_{t_i} \cdot \text{PHILFE}_{t_i} \cdot 0,5$$

$$(4) \text{ POTPARTGES}_t = \sum_i^k \text{ POTPART}_{t_i}$$

POTPART_{t_i} :	Pflegepotenzial der Partner/Gatten zur Zeit t für die Altersgruppe i
ALT_{t_i} :	Zahl der Personen zur Zeit t in der Altersgruppe i
PZUS_{t_i} :	Wahrscheinlichkeit dafür, dass zur Zeit t Personen in der Altersgruppe i mit anderen zusammenleben
PHILFE_{t_i} :	Wahrscheinlichkeit zur Zeit t, dass Personen der Altersgruppe i anderen helfen
0,5 :	nur ein Partner aus einer Beziehung wird berücksichtigt
POTPARTGES_t :	gesamtes Pflegepotenzial der Partner/Gatten zur Zeit t
k:	4 Altersgruppen: 60-69, 70-79, 80-89, 90 u.ä.

¹⁸ Diese Annahme wird allerdings kontrovers diskutiert. So wird u.a. argumentiert, dass aufgrund des geringer werdenden Abstands zwischen der ferneren Lebenserwartung von Männern und Frauen der Anteil von zusammen lebenden Älteren steigt.

Modellgleichungen Pflegepotenzial der Kindergeneration

$$(5) \text{ POTKIND}_{t_i} = \text{MALT}_{t_i} \cdot (1 - \text{MEQ}_{t_i}) + \text{WALT}_{t_i} \cdot (1 - \text{WEQ}_{t_i})$$

$$(6) \text{ POTKINDGES}_t = \sum_i^k \text{ POTKIND}_{t_i}$$

POTKIND_{t_i} :	Pflegepotenzial der Kindergeneration zur Zeit t in der Altersgruppe i
MALT_{t_i} :	Zahl der Männer zur Zeit t in der Altersgruppe i
WALT_{t_i} :	Zahl der Frauen zur Zeit t in der Altersgruppe i
MEQ_{t_i} :	männliche Erwerbsquote zur Zeit t für die Altersgruppe i
WEQ_{t_i} :	weibliche Erwerbsquote zur Zeit t für die Altersgruppe i
POTKINDGES_t :	gesamtes Pflegepotenzial der Kindergeneration
k:	8 Altersgruppen: 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69

Das insgesamt gesellschaftlich verfügbare informelle Pflegepotenzial ergibt sich aus der Addition des Pflegepotenzials der Gatten/Partner und des Pflegepotenzials der Kindergeneration. Die Größe „informelles Pflegepotenzial“ gibt also Auskunft darüber, wie viele Personen in der Lage sind, in einer nicht beruflich oder kommerziell bestimmten Weise Versorgungsleistungen gegenüber Pflegebedürftigen zu erbringen. Das sind in erster Linie Nichterwerbstätige in den Altersgruppen 30 bis 69 – die potentiell pflegenden Kinder – und die Partner/Gatten von älteren Menschen.

Informelles Pflegepotenzial: 2006 rund 20 Mio. Menschen

2006 betrug das so berechnete informelle Pflegepotenzial rund 20 Mio. Menschen. Es setzte sich aus 6 ½ Mio. möglichen Personen zusammen, die Partner eines potenziell Pflegebedürftigen sind. Dazu kamen 13 ½ Mio. mögliche, nichterwerbsfähige Kinder, die eine häusliche Pflege übernehmen könnten.

Modellgleichung gesamtes informelles Pflegepotenzial

$$(7) \text{ POTGES}_t = \text{ POTPARTGES}_t + \text{ POTKINDGES}_t$$

POTGES_t :	gesamtes informelles Pflegepotenzial zur Zeit t
---------------------	---

Häusliche versus stationäre Versorgung

Die vierte Komponente unseres Modells bestimmt die Aufteilung der Pflegefälle in häusliche und stationäre Versorgung unter Beachtung des informellen Pflegepotenzials. Eine genauere Betrachtung der Entwicklungen von 1997 bis 2005 zeigt, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Versorgungsarrangements und Pflegepotenzial besteht: Die Zahl der häuslich Versorgten steht in einem ziemlich konstanten Verhältnis zur Größe des informellen Pflegepotenzials. Diese „Ausschöpfungsquote des Pflegepotenzials für die häusliche Versorgung“ (AQH) bringt zum Ausdruck, dass ein bestimmter und zwar ziemlich konstanter Teil der gesellschaftlichen Ressource Pflegepotenzial für die häusliche Versorgung ausgeschöpft wird. Für diese Ausschöpfungsquote des Pflegepotenzials



durch die häusliche Versorgung lässt sich ein Schätzwert in der folgenden Weise berechnen:

$$(a) AQH_t = PBHÄUSLICH_t / POTGES_t$$

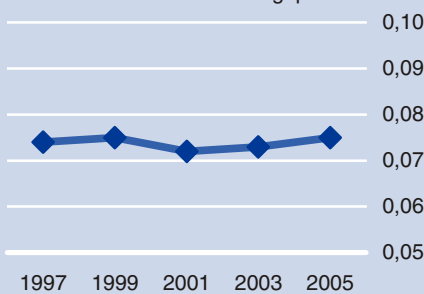
AQH_t : Ausschöpfungsquote des Pflegepotenzials für die häusliche Versorgung zur Zeit t

$PBHÄUSLICH_t$: Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen zur Zeit t

$POTGES_t$: informelles Pflegepotenzial zur Zeit t

Ausschöpfungsquote häusliche Versorgung (AQH)

Anzahl häuslich versorgter Personen je Person des informellen Pflegepotenzials



Quelle: Blinkert, Gräf

Ausschöpfungsquote relativ konstant

Dieser für die häusliche Versorgung eingesetzte Teil des informellen Pflegepotenzials AQH ist relativ konstant und schwankt im Zeitraum zwischen 1997 und 2005 nur wenig um den Wert von 0,074. Der AQH-Wert von 0,074 bedeutet, dass auf 1000 Personen des informellen Pflegepotenzials 74 häuslich versorgte Pflegebedürftige entfallen.

Die Ausschöpfungsquote AQH lässt sich als ein durch soziale, kulturelle und ökonomische Verhältnisse erklärbarer Parameter verstehen, der die in der Gesellschaft vorhandene Bereitschaft zur Übernahme von Verpflichtungen im Rahmen einer häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen zum Ausdruck bringt. Dieser Parameter ist vermutlich über einen längeren Zeitraum konstant, kann sich im Verlaufe des sozialen, kulturellen und ökonomischen Wandels aber durchaus ändern. Es ist anzunehmen, dass die Größe AQH u.a. durch die folgenden Faktoren beeinflusst wird: So können z.B. dominierende Werteorientierungen von Bedeutung sein. In einer eher individualistischen Kultur wird der Parameter einen niedrigeren Wert haben als in einer Kultur, in der Solidaritätsverpflichtungen eine große Rolle spielen. Ebenso ist zu erwarten, dass unter sozio-kulturellen Bedingungen, die ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilitätsbereitschaft vorschreiben, der AQH-Wert eher niedrig sein wird.¹⁹ Der Parameter bringt auch Möglichkeiten und Grenzen für eine häusliche Versorgung zum Ausdruck. Unter gesellschaftlichen Bedingungen, in denen Erwerbstätigkeit von großer Bedeutung für alle Lebenspläne ist, wird AQH sehr stark davon abhängen, wie gut Pflegen und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbar sind.

Die folgenden Gleichungen beschreiben den Zusammenhang zwischen Pflegepotenzial, Zahl der Pflegebedürftigen und der Nachfrage nach den Arrangements stationäre und häusliche Versorgung:

¹⁹ In verschiedenen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass sich soziale Milieus im Hinblick auf die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung im Sinne einer praktizierten „Nahraumsolidarität“ sehr deutlich voneinander unterscheiden. Diese Bereitschaft war in den Milieus am größten, die in den letzten Jahren in quantitativer Hinsicht an Bedeutung verloren haben. Vgl. Blinkert/Klie (2000, 2004).

Modellgleichungen für die Pflegearrangements häusliche und stationäre Versorgung

(8) $PBHÄUSLICH_t = AQH \cdot POTGES_t$

(9) $PBHEIM_t = PBINS_t - PBHÄUSLICH_t$

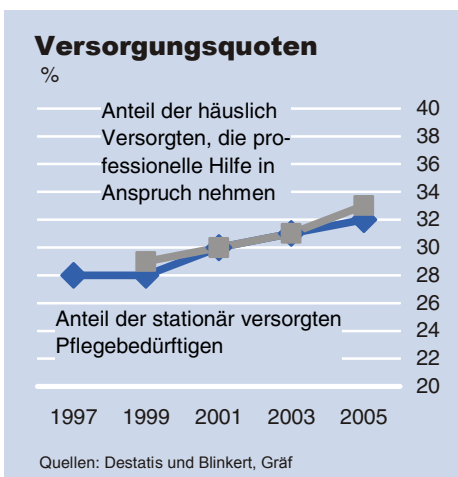
(10) $HQ_t = PBHEIM_t / PBINS_t$

- $PBHÄUSLICH_t$: häuslich versorgte Pflegebedürftige zur Zeit t
- AQH : Ausschöpfungsquote des informellen Pflegepotenzials für die häusliche Versorgung (=0,074)
- $POTGES_t$: informelles Pflegepotenzial zur Zeit t
- $PBHEIM_t$: stationär versorgte Pflegebedürftige zur Zeit t
- $PBINS_t$: Anzahl der Pflegebedürftigen zur Zeit t
- HQ_t : Heimquote, Anteil der stationär Versorgten zur Zeit t

Häusliche Versorgung: ohne professionelle Hilfe versus Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste

Bei den Pflegearrangements muss weiter unterschieden werden zwischen der häuslichen Pflege ohne professionelle Hilfe und der häuslichen Pflege unter Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste. In den Jahren 1999 bis 2005 hat der Anteil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen, nahezu die gleiche Größe wie der Anteil der stationär Versorgten und variiert auch in der gleichen Weise mit dem informellen Pflegepotenzial.

Es ist deshalb sinnvoll, die Ausschöpfungsquote AQH als Parameter zu betrachten, der sowohl hinter der Bereitschaft zur häuslichen Versorgung steht wie auch hinter der Bereitschaft, eine häusliche Versorgung ohne professionelle Unterstützung durchzuführen. Im Modell wird vorausgesetzt, dass die Inanspruchnahmequote, d.h. der Anteil der häuslich Versorgten, die Hilfe durch ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, gleich der Heimquote ist und mit dieser variiert.



Modellgleichungen für die Pflegarrangements häusliche Versorgung mit und ohne professionelle Unterstützung

(11) $IAQ_t = HQ_t$

(12) $PBFORMELL_t = IAQ_t \cdot PBHÄUSLICH_t$

(13) $PBINFORMELL_t = PBHÄUSLICH_t - PBFORMELL_t$

- IAQ_t : Inanspruchnahme-Quote; Anteil der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zur Zeit t
- HQ_t : Heimquote zur Zeit t
- $PBINFORMELL_t$: häuslich Versorgte zur Zeit t, die keine beruflichen Hilfen in Anspruch nehmen
- $PBFORMELL_t$: häuslich Versorgte zur Zeit t, die berufliche Hilfen in Anspruch nehmen
- $PBHÄUSLICH_t$: häuslich Versorgte zur Zeit t insgesamt

Modell bildet Entwicklung in der Vergangenheit gut ab

Ein Vergleich der Modell-Lösung (unter der Verwendung der im Anhang 1 aufgeführten Parameter und Variablen) mit der tatsächlichen Entwicklung zeigt, dass unser Modell die Realität im Zeitraum 1997



bis 2005 gut abbildet. So stieg in diesem Zeitraum die tatsächliche Heimquote von 28% auf 32%. Die Modellwerte lassen eine ähnliche Entwicklung erkennen: einen Anstieg von 28% auf 34%.

Vergleich Modell-Lösung mit tatsächlicher Entwicklung					
	1997	1999	2001	2003	2005
Stationär und häuslich Versorgte					
Heimquote, Modell	0,28	0,29	0,29	0,30	0,34
Tatsächliche Heimquote	0,28	0,28	0,30	0,31	0,32
Quote der häuslich Versorgten, Modell	0,72	0,71	0,71	0,70	0,66
Quote der häuslich Versorgten, tats. Werte	0,72	0,72	0,70	0,69	0,68
Inanspruchnahme berufl. Hilfen					
Inanspruchn.-Quote, Modell		0,29	0,30	0,31	0,34
Inanspruchn.-Quote, tats. Werte		0,29	0,30	0,31	0,33
Quellen: Destatis und Blinkert, Gräf					

Der Anteil der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Inanspruchnahme-Quote) erhöhte sich in der Zeit von 1999 bis 2005 von 29% auf 33%. Die Modellwerte unterscheiden sich von diesen empirischen Werten nur geringfügig. Das Modell zeigt einen Anstieg von 29% auf 34% an.

6. Szenarien der Pflegearrangements: Heimsog wohl unvermeidbar

Mit unserem Modell sind wir in der Lage, durch Vorgabe von Parameterwerten und Werten für die Variablen, die Aufteilung der Pflegearrangements in häusliche Pflege ohne professionelle Hilfe, häusliche Pflege mit Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten und stationäre Versorgung für verschiedene Szenarien bis 2050 zu berechnen. Für unsere Analyse haben wir insgesamt vier Szenarien entworfen.

In *Szenario 1 „Nur demografischer Wandel“* wird für die Bestimmung der Anzahl der für die häusliche Pflege in Frage kommenden Pflegerinnen und Pfleger nur der zu erwartende demografische Wandel bis 2050 berücksichtigt. Alle anderen Parameter bleiben unverändert.

Szenario 2 „Alles bleibt wie es ist“ zeigt die Entwicklung der Pflegeversorgung, wenn die zu erwartende Veränderung des informellen Pflegepotenzials nicht berücksichtigt wird. Dazu wird angenommen, dass über den ganzen Betrachtungszeitraum die Heimquote und auch die Inanspruchnahme-Quote unverändert bleibt. Dies ist ein zugegebenermaßen sehr unwahrscheinliches Szenario. Es zeigt aber eindrucksvoll den demografischen Druck, der auf der sozialen Pflegeversicherung lastet.

In *Szenario 3 „Demografischer und sozialer Wandel“* wird unterstellt, dass der gesellschaftliche Wandel zu einer höheren Erwerbsbeteiligung führt und dass der Anteil der älteren Menschen, die zusammen leben, abnimmt.

In *Szenario 4 „Pro Pflege“* haben wir eine mögliche künftige Entwicklung beschrieben, in der Pflege einen höheren Stellenwert in unserer Gesellschaft besitzt. Darin spiegeln sich vor allem institutionelle Änderungen, so dass Pflege und Beruf besser vereinbar werden.

Szenario 1: „Nur demografischer Wandel“

In diesem Szenario wird nur die Veränderung der Bevölkerungszahlen in den Altersgruppen berücksichtigt. Für die Versorgungssituation Pflegebedürftiger wichtige sozialstrukturelle Verhältnisse werden dagegen als konstant angenommen. Das betrifft vor allem die Erwerbsquoten von Männern und Frauen und die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen in den Altersgruppen 60 Jahre und älter mit anderen zusammenleben.

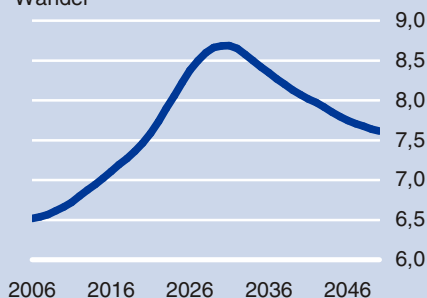
Die Parameter für dieses Szenario werden so gewählt wie für die Rekonstruktion der Entwicklung von 1997 bis 2005.

Unter diesen Bedingungen würde sich die Zahl der Pflegebedürftigen wie folgt verändern:

- Bis zum Jahr 2050 ist mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von 2,25 Mio. im Jahr 2007 auf knapp 4 ½ Mio. zu rechnen. Bemerkenswert an der zu erwartenden Entwicklung ist nicht nur der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, sondern auch die veränderte Altersstruktur. Während derzeit der Anteil der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe der 90-Jährigen und älteren nur 14% beträgt (rund 315.000) wird dieser Anteil 2050 bei fast 30% (rund 1,3 Mio.) liegen. Der Versorgungsbedarf wird sich also nicht nur in quantitativer Hinsicht ändern, sondern es ist auch mit erheblichen qualitativen Veränderungen zu rechnen. Das ist zu erwarten, wenn man davon ausgeht, dass in den höheren Altersgruppen ganz spezifische Versorgungsbedarfe auf-

Informelles Pflegepotenzial - Ehegatten/Lebenspartner

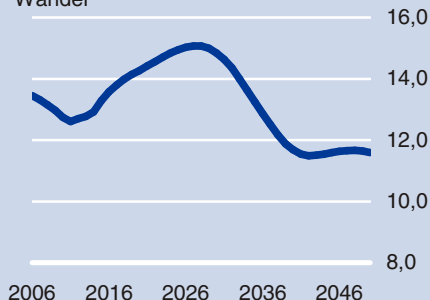
Mio., Szenario 1: "Nur demografischer Wandel"



Quellen: Destatis und Blinkert, Gräf

Informelles Pflegepotenzial - Kinder

Mio., Szenario 1: "Nur demografischer Wandel"

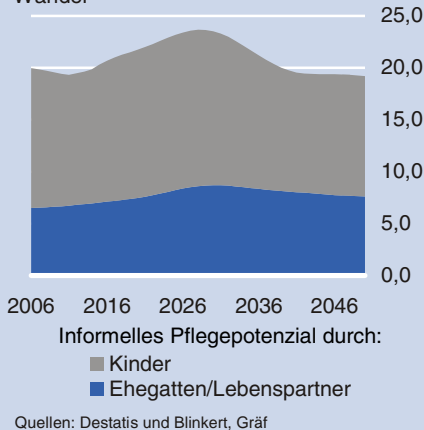


Quellen: Destatis und Blinkert, Gräf



Informelles Pflegepotenzial

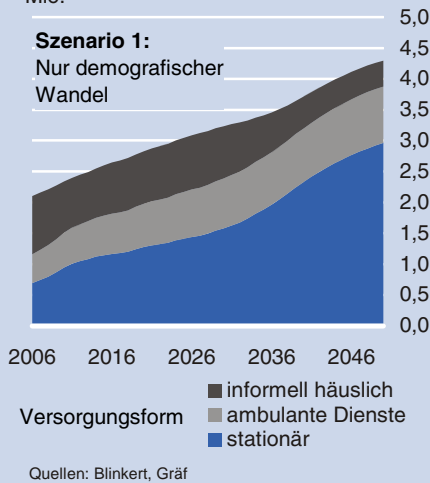
Mio., Szenario 1: "Nur demografischer Wandel"



Pflegebedürftige

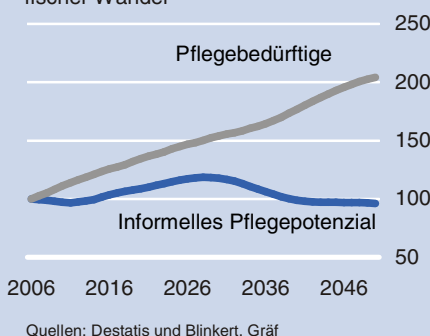
Mio.

Szenario 1:
Nur demografischer Wandel



Pflegebedürftige & informelles Pflegepotenzial

2006 = 100, Szenario 1: "Nur demografischer Wandel"



treten, die sich u.a. wegen des höheren Anteils von Demenzerkrankten ergeben.²⁰

- Das gesellschaftlich verfügbare Pflegepotenzial würde sich unter den Bedingungen von Szenario 1 wie folgt entwickeln: Von 2006 bis ungefähr 2012 kommt es zu keinen größeren Veränderungen. Bis ungefähr 2030 ist sogar mit einem stärkeren Anstieg zu rechnen. Ab 2030 verringert sich das Pflegepotenzial. Der Anstieg bis 2030 ergibt sich vor allem deshalb, weil die Zahl der älteren Menschen zunimmt, die gegenüber einem eventuell pflegebedürftigen Partner Versorgungsverpflichtungen übernehmen können. Ab 2030 machen sich dann die sinkende Bevölkerungszahl und das steigende Alter der pflegenden Partner bemerkbar, was dann mit einer spürbaren Verringerung des informellen Pflegepotenzials verbunden ist.

Welche Konsequenzen diese Veränderungen für die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen haben könnten, wird deutlich, wenn wir die Index-Entwicklungen betrachten: Wie verändern sich Pflegebedürftigkeit und Pflegepotenzial relativ zu einem Bezugsjahr?

Schere zwischen Pflegebedürftigen und -potenzial öffnet sich

Selbst unter der Annahme, dass sich „nur“ die demografischen Verhältnisse ändern, wird deutlich, dass sich die „Schere“ immer weiter öffnet: Bedarf und Chancen klaffen immer mehr auseinander. Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt rapide zu. Das Pflegepotenzial steigt zunächst noch bis etwa 2030, aber in einem sehr viel geringeren Maße als die Zahl der Pflegebedürftigen und ab 2030 verringert sich das Pflegepotenzial sogar.

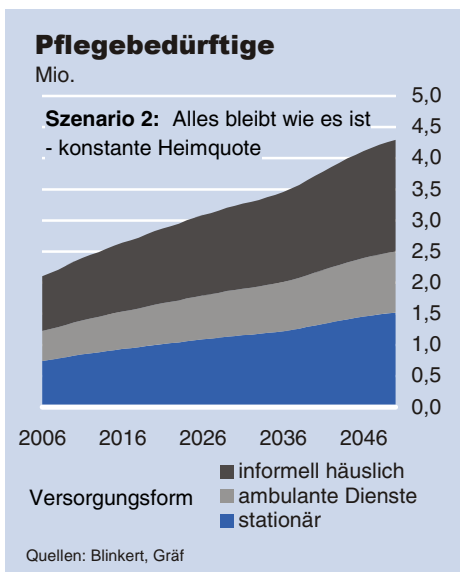
Unter den Bedingungen von Szenario 1 ist mit der folgenden Entwicklung für die hier berücksichtigten Pflegearrangements zu rechnen:

- Die Nachfrage nach einer stationären Versorgung könnte von rund 700.000 bis 2050 auf ungefähr 3 Mio. steigen, d.h. um den Faktor 4 zunehmen. Der Anteil der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen würde von etwas über 30% auf fast 70% steigen. Die Zahl der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, könnte von ungefähr 500.000 auf knapp 1 Mio. ansteigen. Die Zahl der häuslich nur von Angehörigen oder anderen Bekannten, Freunden oder Nachbarn Versorgten würde sich von rund 1 Mio. auf weniger als 500.000 verringern.
- Bei diesen Entwicklungen sind soziale Veränderungen, die vermutlich einen erheblichen Einfluss auf die Wahl von Pflegearrangements haben, noch nicht berücksichtigt – insbesondere der durchaus erwartbare Anstieg vor allem der Erwerbsquoten von Frauen, aber auch der steigende Anteil von älteren Menschen, die allein leben.

Szenario 2: „Es bleibt alles wie es ist“

In unserem Modell hat das informelle Pflegepotenzial erhebliche Bedeutung für die Entwicklung von Versorgungschancen pflegebedürftiger Menschen. Vom gesellschaftlich verfügbaren Pflegepotenzial hängt es ab, in welchem Umfang eine stationäre Versorgung nachgefragt wird und wie sich die Inanspruchnahme professioneller Hilfen entwickelt.

²⁰ Legt man die in der Berliner Altenstudie berichteten altersspezifischen Prävalenzraten zugrunde, wäre mit einem Anstieg der Zahl der Demenzerkrankten von rund 1 Million (2006) auf rund 2,6 Millionen (2050) zu rechnen (vgl. Mayer, Baltes; 1996).



Das Szenario 2 zeigt nun, zu welcher Einschätzung man kommt, wenn die zu erwartende Veränderung des informellen Pflegepotenzials nicht berücksichtigt wird. Dazu wird angenommen, dass über den ganzen Betrachtungszeitraum die Heimquote und auch die Inanspruchnahme-Quote unverändert bleibt. Vorausgesetzt werden die derzeitigen Werte von 30% für die Heimquote und ebenfalls 30% für den Anteil der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfen in Anspruch nehmen.

Unter diesen Bedingungen würde die Zahl der stationär Versorgten bis 2050 nur auf rund 1,4 Mio. steigen. Es wäre also mit einer Nachfrage nach Heimplätzen zu rechnen, die gegenüber Szenario 1 nur halb so groß ist. Die Frage ist nur, wie realistisch die Bedingungen des Szenarios 2 sind. Vieles spricht gegen eine solche Entwicklung, denn entgegen der Formulierung „nichts ändert sich“, ändert sich doch einiges. „Nichts ändert sich“ bezieht sich auf die Konstanz der Quoten für die stationäre und häusliche Versorgung, die für den gesamten Betrachtungszeitraum auf 30% bzw. 70% festgesetzt wurden.

Pflegebereitschaft müsste drastisch steigen

Damit diese Quoten erreicht werden könnten, müsste sich die „gesellschaftliche Pflegebereitschaft“ gewaltig verändern. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt ja auch unter den Bedingungen von Szenario 2, und eine konstante Quote von 70% häuslich Versorgter würde erfordern, dass das Pflegepotenzial in erheblich höherem Maße ausgeschöpft werden müsste, als das bisher der Fall ist und in den letzten Jahren der Fall war. Beobachtbar war im Zeitraum von 1997 bis 2005 eine Ausschöpfungsquote (AQH) von rund 0,074, d.h. 74 Pflegebedürftige wurden von 1000 Personen aus dem informellen Pflegepotenzial häuslich versorgt. Um eine Quote von 70% häuslich Versorgter bei steigender Pflegebedürftigkeit und stagnierendem und sogar sinkendem Pflegepotenzial aufrechtzuerhalten, müsste sich die Ausschöpfungsquote mehr als verdoppeln.

Eine solche Entwicklung dürfte aber sehr unwahrscheinlich sein. Wenn wir berücksichtigen, von welchen Faktoren es abhängig sein könnte, in welchem Umfang das Pflegepotenzial für die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen ausgeschöpft wird, ist kaum mit einer Steigerung zu rechnen. Wahrscheinlicher dürfte sogar eine Verringerung der Ausschöpfungsquote sein.

Allerdings könnte die Ausschöpfung des Pflegepotenzials für die häusliche Versorgung steigen,

- wenn die relativen Kosten einer stationären Versorgung – d.h. die Kosten einer Heimunterbringung im Vergleich zu den Kosten einer häuslichen Versorgung – steigen.
- wenn die Leistungen der Pflegeversicherung für die stationäre Versorgung gesenkt und/oder für die häusliche Versorgung erhöht werden.
- wenn die Heimkosten deutlich steigen und nicht die gesamte Kostensteigerung von der Pflegeversicherung übernommen wird.
- wenn der durchschnittliche Lebensstandard der Bevölkerung – insbesondere in den mittleren Sozialschichten – sinkt. Wirtschaftliche Krisen und steigende Arbeitslosigkeit könnten den Effekt haben, dass die Präferenz für eine häusliche Versorgung an Bedeutung gewinnt.

- wenn Strukturen geschaffen werden, die eine bessere Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflegen ermöglichen.
- wenn in der Pflegeversicherung Leistungen wie z.B. das persönliche Pflegebudget verankert werden, die eine individuellere Nachfrage nach Hilfen und Diensten ermöglichen.²¹

Die Ausschöpfungsquote bleibt eher unverändert bzw. sinkt sogar

- wenn der derzeit beobachtbare Wertewandel anhält und persönliche Lebensentwürfe weiterhin oder sogar noch stärker durch Individualisierung und hedonistische Orientierungen geprägt sind.²²
- wenn die Pflegenden mit hohen, vielleicht sogar steigenden Opportunitätskosten rechnen: wenn bei der Entscheidung zur Übernahme von Pflegeverpflichtungen in starkem Maße die damit verbundenen entgangenen Chancen in sozialer, kultureller und ökonomischer Hinsicht berücksichtigt werden. Mit steigenden Opportunitätskosten ist z.B. zu rechnen, wenn das Bildungs- und Qualifikationsniveau der Bevölkerung steigt und/oder wenn die Zahl der im Prinzip erreichbaren attraktiven sozialen Positionen zunimmt und wenn Pflegeverpflichtungen mit einem Verzicht auf solche Chancen verbunden sind.
- wenn beruflich bedingte Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen an Bedeutung gewinnen.

Wenn es nicht zu institutionellen bzw. gesetzlichen Innovationen kommt und der soziale, kulturelle und ökonomische Wandel sich in der bislang bekannten Weise fortsetzt, ist nicht damit zu rechnen, dass die Ausschöpfung des Pflegepotenzials für eine häusliche Versorgung steigen wird. Im Gegenteil, wir müssten dann sogar davon ausgehen, dass die Pflegebereitschaft und damit die Ausschöpfungsquote sinken.

Szenario 3: „Demografischer und sozialer Wandel“

Während in Szenario 1 nur demografische Veränderungen berücksichtigt wurden, gehen in das Szenario 3 auch Annahmen über relativ wahrscheinliche soziale Veränderungen ein:

- Es wird eine steigende Erwerbsbeteiligung angenommen und
- es wird vorausgesetzt, dass der Anteil der älteren Menschen, die mit einem Partner zusammenleben, abnehmen wird.

Beide Entwicklungen wirken sich auf den Umfang des informellen Pflegepotenzials aus und tragen dazu bei, dass dieses geringer ist als unter den Bedingungen von Szenario 1.

Mit einer steigenden Erwerbsbeteiligung in allen Altersgruppen ist vor allem für Frauen zu rechnen, deren Erwerbsquoten wahrschein-

²¹ Zur Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen eines persönlichen Pflegebudgets vgl. Klie/Spermann (2004).

²² Diese Veränderungen in Richtung „Individualisierung“ (Beck, 1986), „Fitnessorientierung“ (Bauman, 1997) oder „Narzissmus“ (Lasch, 1986) führen sicher nicht zu einem „Ende der Solidarität“ – wohl aber zu einem Wandel von Solidarität: zu einer Verringerung von „Nahraumsolidarität“, wie sie sich auch in der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger äußert und zu einer steigenden Bedeutung von „Fernraumsolidarität“, d.h. im zivilgesellschaftlichen Engagement für Belange des Gemeinwesens. Wir konnten zeigen, dass die Präferenz für „Nahraumsolidarität“ in der Sozialstruktur ziemlich genau gegenläufig verteilt ist zur Präferenz für „Fernraumsolidarität“. „Nahraumsolidarität“ ist besonders in der traditionsbewussten Unterschicht stark ausgeprägt, „Fernraumsolidarität“ dagegen nur sehr schwach. „Fernraumsolidarität“ wird sehr viel stärker im liberal-bürgerlichen Milieu praktiziert, dafür aber nur in geringem Maße „Nahraumsolidarität“. Wir haben diese Verteilung damit erklärt, dass die Handlungsstrukturen von „Fernraumsolidarität“ besser mit den Präferenzen „moderner Subjekte“ vereinbar sind. vgl. Blinkert/Klie (2004).

lich denen der Männer immer ähnlicher werden. Bei Männern dürften vor allem die Erwerbsquoten in den höheren Altersgruppen steigen. Gründe dafür sind die Erhöhung des Ruhestandsalters auf 67 Jahre und die Abschaffung von Vorruhestandsregelungen. Für Szenario 3 wird angenommen, dass die Erwerbsquoten bis 2020 allmählich steigen und auf dem dann erreichten hohen Niveau bleiben.²³

Annahmen über die Entwicklung der Erwerbsquoten

	2006	2010	2020	2030	2050
Erwerbsquoten der Männer					
30-34	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
35-39	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97
40-44	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96
45-49	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
50-54	0,92	0,93	0,95	0,95	0,95
55-59	0,82	0,84	0,89	0,90	0,90
60-64	0,39	0,45	0,59	0,60	0,60
65-69	0,04	0,11	0,28	0,30	0,30
Erwerbsquoten der Frauen					
30-34	0,78	0,81	0,89	0,90	0,90
35-39	0,80	0,83	0,89	0,90	0,90
40-44	0,83	0,86	0,94	0,95	0,95
45-49	0,83	0,86	0,94	0,95	0,95
50-54	0,77	0,80	0,89	0,90	0,90
55-59	0,63	0,68	0,79	0,80	0,80
60-64	0,20	0,28	0,48	0,50	0,50
65-69	0,02	0,07	0,19	0,20	0,20

Quellen: Blinkert, Gräf

Im Hinblick auf den Anteil der älteren Menschen, die mit anderen zusammen leben, gehen in das Szenario 3 die folgenden Annahmen ein:²⁴ Zu erwarten ist, dass der Anteil der älteren Menschen, die mit einem Partner/einer Partnerin zusammenleben, u.a. aufgrund einer steigenden Zahl von Geschiedenen und getrennt Lebenden abnehmen wird.

Annahmen über den Anteil der mit anderen Zusammenlebenden in den Altersgruppen 60+

Bis 2050

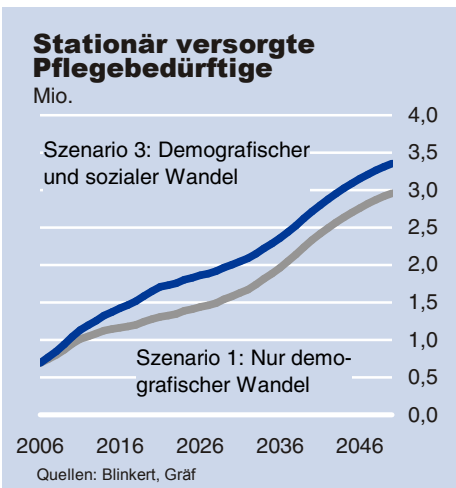
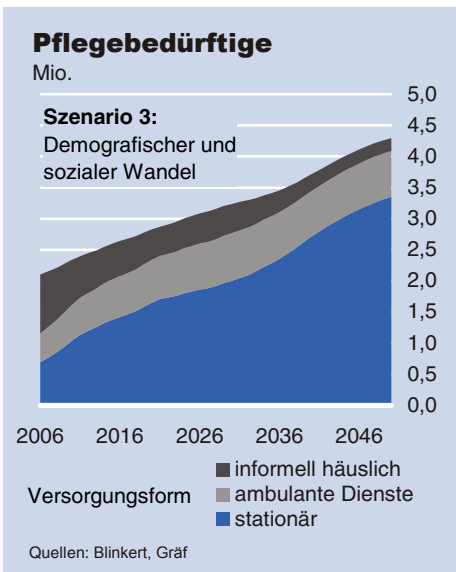
	2006	2010	2020	2030	2050
60-69	0,80	0,79	0,75	0,72	0,65
70-79	0,65	0,64	0,60	0,57	0,50
80-89	0,45	0,44	0,40	0,37	0,30
90+	0,30	0,29	0,25	0,22	0,15

Quellen: Blinkert, Gräf

Im Unterschied zu Szenario 1 würde das informelle Pflegepotenzial sehr rasch sinken, zwischen 2025 und 2030 leicht steigen und dann bis 2050 wieder deutlich sinken. Die bereits in Szenario 1 erkennbare „Scherenentwicklung“ wäre in Szenario 3 noch sehr viel stärker ausgeprägt: Während die Zahl der Pflegebedürftigen erheblich

²³ Die Annahmen über die Entwicklung der Erwerbsquoten für Frauen decken sich weitgehend mit den Annahmen des IAB (2005).

²⁴ Vgl. Roloff (2001).



wächst, würde sich das Pflegepotenzial bis 2050 auf ein Niveau von nur noch rund 60 % des Wertes von 2006 reduzieren.

Für die Entwicklung der Verteilung von Pflegearrangements wäre das mit erheblichen Konsequenzen verbunden: Die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen würde bis 2050 auf rund 3 ½ Mio. steigen (Szenario 1: etwa 3 Mio.). Die Zahl der zuhause ohne berufliche Hilfe gepflegten Pflegebedürftigen würde deutlich abnehmen während die Zahl der häuslich Versorgten, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen annähernd konstant bleiben würde.

Szenario 4: „Pro Pflege“

Wie könnten sich institutionelle Veränderungen auf die Versorgungssituation Pflegebedürftiger auswirken? Der demografische Wandel wird sich kaum beeinflussen lassen. In welche Richtung der soziale Wandel geht, ist schwer vorhersagbar. Daher haben wir ein viertes Szenario durchgespielt, bei dem die Pflege einen höheren Stellenwert in unserer Gesellschaft genießt. In diesem Szenarium kommt es zu Reformen der Pflegeversicherung und auch in anderen Bereichen – z.B. in der Berufswelt – erfolgen Änderungen, die sich auf die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen günstig auswirken.

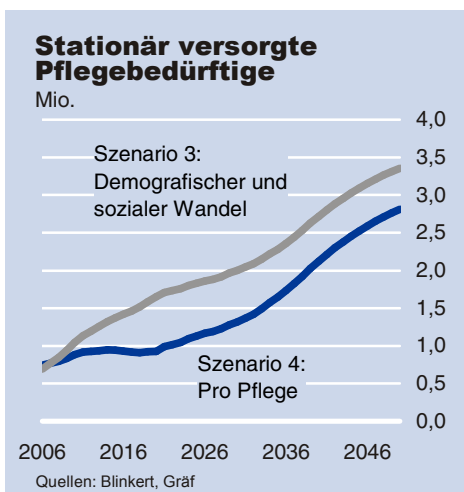
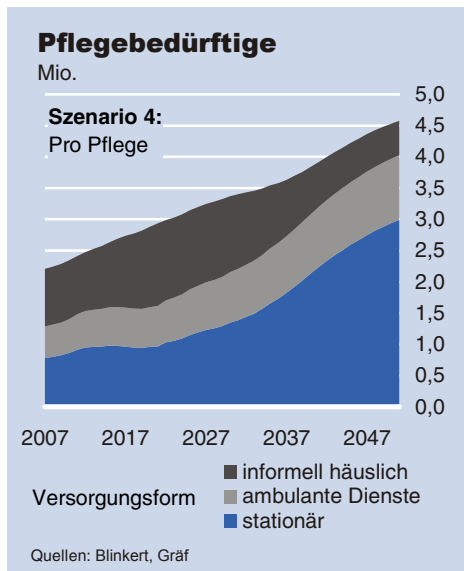
Institutionelle Änderungen erleichtern häusliche Pflege

Vor allem die folgenden Veränderungen sind denkbar:

- Die Pflegeversicherung wird dahingehend reformiert, dass bedarfsgerechtere Formen der Versorgung möglich werden. Das wäre u.a. durch die gesetzliche Verankerung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management möglich.²⁵
- Die Leistungen der Pflegeversicherung werden so verändert, dass die häusliche Versorgung durch pflegende Angehörige auch in finanzieller Hinsicht attraktiver wird.
- Es werden in verstärktem Umfang Infrastrukturen geschaffen, die in stärkerem Maße als bisher eine Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegen ermöglichen.
- Parallel dazu werden von den Tarifpartnern und gestützt durch die Gesetzgebung Regelungen geschaffen, die für die Übernahme von Pflegeverpflichtungen einen befristeten Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit ermöglichen und auch finanziell tragbar machen.

Diese Veränderungen lassen sich in dem Modell als eine Steigerung der Ausschöpfungsquote des Pflegepotenzials für die häusliche Versorgung abbilden. Eine stärkere Vereinbarkeit von Beruf und Pflegen könnte außerdem dadurch berücksichtigt werden, dass auch von den Erwerbstätigen ein bestimmter Anteil dem informellen Pflegepotenzial zugerechnet wird. Das Problem ist jedoch, dass es keine wirklich begründbaren Vermutungen über die quantitative Größenordnung dieser Veränderungen gibt. Alle Versuche, auf dieser Basis ein Szenario zu spezifizieren, sind also in höchstem Maße

²⁵ Zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets vgl. Klie/Spermann (2004); Klie (2007). Das Modellprojekt zur experimentellen Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management in sieben Regionen von Deutschland und die dazu durchgeführte Begleitforschung werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen gefördert. Die bislang vorliegenden Ergebnisse der Begleitforschung zeigen, dass diese Innovation eine Stabilisierung der häuslichen Pflege durch Angehörige erreichen kann und zwar dadurch, dass die flexible Verwendung von finanziellen Ressourcen in erheblichem Umfang zu einer Entlastung pflegender Angehöriger beiträgt.



spekulativ und können allenfalls als Hinweis auf die Richtung möglicher Effekte verstanden werden.

Dazu werden die folgenden Annahmen formuliert:

- Die angenommenen Veränderungen setzen allmählich ein und sind bis 2020 abgeschlossen.
- Alle diese Veränderungen führen zu einer Steigerung der Bereitschaft zur häuslichen Versorgung. Vorausgesetzt wird, dass die Ausschöpfung des informellen Pflegepotenzials bis 2020 allmählich um 20% zunimmt.
- Außerdem wird vorausgesetzt, dass der Anteil der Erwerbstätigen, für die prinzipiell die Übernahme von Verpflichtungen im Rahmen einer häuslichen Versorgung in Frage kommt, ebenfalls allmählich bis 2020 um 20% zunimmt.

Natürlich lassen sich auch andere Werte annehmen, die aber ebenso wenig begründbar sind wie die Steigerungsrate von 20% bis zum Jahr 2020. Eine Erhöhung der Ausschöpfungsquote um 20% und eine Steigerung der Bereitschaft von Erwerbstätigen, sich an der häuslichen Versorgung zu beteiligen, um ebenfalls 20% stellen zwar einerseits erhebliche Veränderungen dar, erscheinen andererseits aber nicht als völlig unrealistisch. Unter den Bedingungen von Szenario 4 wäre das informelle Pflegepotenzial deutlich höher als in dem Durchlauf für Szenario 3, auch die Zahl der stationär Versorgten wäre geringer.

Allerdings würde sich auch dann, wenn Erwerbstätigkeit und Pflegen besser miteinander vereinbar wären und wenn institutionelle Veränderungen die Pflegebereitschaft verstärken würden, die Schere zwischen steigender Pflegebedürftigkeit und der Entwicklung des Pflegepotenzials zunehmend öffnen.

Die hier vorausgesetzten Veränderungen würden zwar die Bereitschaft und auch die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege deutlich steigern, aber die angenommene Steigerung um 20 % würde gerade ausreichen, um mittelfristig – bis ungefähr 2020 – den zu erwartenden „Heimsog“ zu bremsen. Ab diesem Zeitraum wäre auch trotz der vorausgesetzten Innovationen mit einem weiteren starken Anstieg der Nachfrage nach stationären Versorgungsmöglichkeiten zu rechnen, bis zu einer Zahl von fast 3 Mio. Pflegebedürftigen, die 2050 in Heimen gepflegt werden. Dies wären allerdings rund ½ Mio. weniger als im Szenario 3 „Demografischer und sozialer Wandel“.

Stationäre Versorgung wohl künftig der Normalfall

Die Simulation von Szenario 4 macht deutlich, dass kleinere und systemimmanente Veränderungen zwar zu einer Atempause verhelfen können, andererseits aber vermutlich nicht allzu viel bewirken werden. Auch die hier vorausgesetzten Veränderungen erfordern schon einen erheblichen Einsatz von Mitteln – außer Geld auch geistige Ressourcen wie die Einsicht in die prekäre Lage bei allen relevanten Akteuren, vor allem aber auch politischen Gestaltungswillen. Ob mit grundlegenden Reformen gerechnet werden kann, ist höchst zweifelhaft. Wir alle werden uns wohl mit dem Gedanken vertraut machen müssen, dass künftig irgendeine Form von stationärer Versorgung der Normalfall sein wird. Das erfordert neue Formen der Finanzierung, neue Infrastrukturen, neue Ausbildungsgänge und eine Steigerung der Attraktivität pflegender Berufe.

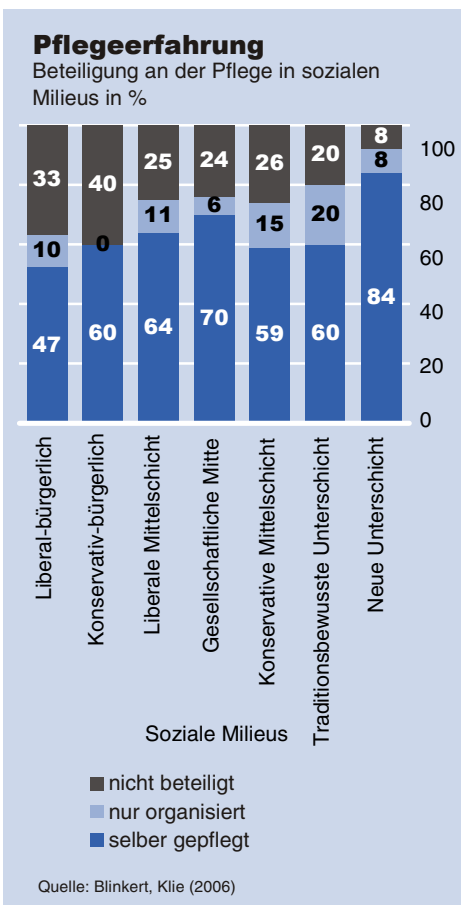
7. Verschiebungen bei sozialen Milieus erhöhen Heimsog

Für eine Zunahme des Anteils der stationären Pflege – möglicherweise sogar über die in den Szenarien gefundenen Ergebnisse hinaus – sprechen auch die Veränderungen in der Pflegebereitschaft, die mit den Verschiebungen in den sozialen Milieus einhergehen.

Schwer abschätzbar in ihren Folgen für die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen sind soziale Veränderungen, für die sich nicht so eindeutige Annahmen formulieren lassen wie für die Veränderung von Erwerbsquoten und für die Veränderung des Anteils allein lebender älterer Menschen.

Pflegebereitschaft von Milieustruktur abhängig

Dazu gehört insbesondere der Wandel der „Milieustruktur“. In der Soziologie versteht man unter „sozialen Milieus“ gesellschaftliche Großgruppen, die sich einerseits in einem vertikalen Sinne – nach dem sozialen Status – unterscheiden lassen und andererseits nach ihrem Lebensentwurf oder Lebensstil. In verschiedenen empirischen Studien konnten wir feststellen, dass Pflegebereitschaften in hohem Maße milieuspezifisch verteilt sind. Dazu wurde die folgende Milieuklassifikation berücksichtigt:



Soziale Milieus: Konfiguration aus Status und Lebensentwurf

sozialer Status	hoch	konservativ-bürgerliches Milieu	liberal-bürgerliches Milieu
	mittel	konservatives Mittelschicht Milieu	Gesellschaftliche Mitte liberales Mittelschicht-Milieu
	niedrig	traditionsbewusstes Unterschicht-Milieu	neues Unterschicht-Milieu
		vormodern	teils/modern
		Lebensentwurf	

Die „strukturellen Ressourcen“ des sozialen Status wurden über den Schulabschluss, die Berufsposition und das Einkommen berücksichtigt. Der Lebensentwurf wurde auf einem Kontinuum von „vormodern“ bis „modern“ klassifiziert. Grundlage dafür waren die in Befragungen ermittelten Wertorientierungen und Vorstellungen über die Frauenrolle.

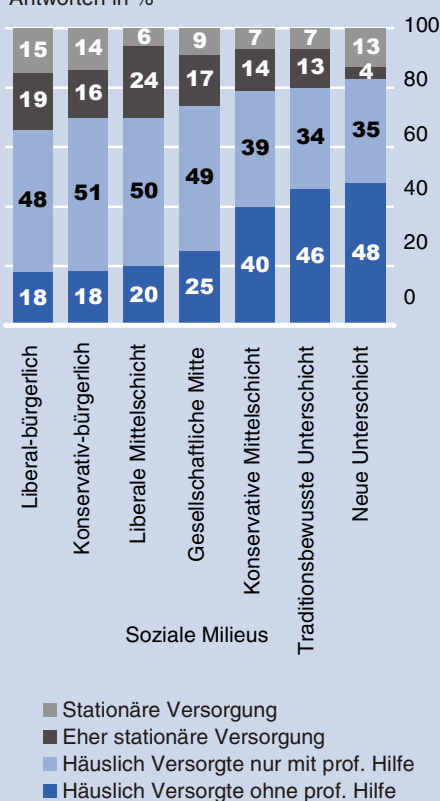
Die Ergebnisse unserer Studien zu den Pflegeerfahrungen sowie den Pflegeabsichten waren immer eindeutig – gleichgültig, ob die Erhebungen in den alten oder neuen Bundesländern oder in kleinen Gemeinden oder Großstädten durchgeführt wurden. Die größten Erfahrungen mit der häuslichen Pflege sowie die höchste Bereitschaft, einen nahen Angehörigen häuslich zu pflegen, waren in den Unterschicht-Milieus zu finden, während die geringste Erfahrung und Bereitschaft das „liberal-bürgerliche Milieu“ dominierte.

Höchste Neigung zur häuslichen Pflege im Unterschichtmilieu

Eine sehr hohe Bereitschaft zur häuslichen Versorgung eines nahen Angehörigen ohne Einschaltung von professionellen Hilfen konnte immer im „traditionsbewussten Unterschichtmilieu“ (geringe struktu-

Pflegekulturelle Orientierung

Frage: Wie würde man einen pflegebedürftigen Angehörigen versorgen?
Antworten in %



Quelle: Blinkert, Klie (2006)

relle Ressourcen plus vormoderner Lebensentwurf) beobachtet werden, und in diesem Milieu war man auch nur sehr selten an einer stationären Versorgung interessiert. Der strukturelle Gegenpol zu diesem Milieu ist das „liberal-bürgerliche Milieu“ mit sehr viel Ressourcen (Einkommen, Bildung, Prestige) und einem deutlich modernen Lebensentwurf. In diesem Milieu war in allen Untersuchungen die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung eines Angehörigen immer am geringsten und das Interesse an einer stationären Versorgung immer am größten.²⁶

Für diese Unterschiede gibt es Gründe: Von einiger Bedeutung ist, dass moralische Erwägungen eine deutlich geringere Rolle bei der Entscheidung spielen als Kostenerwägungen. Diese haben in den Milieus jedoch einen sehr unterschiedlichen Stellenwert.

Im „traditionsbewussten Unterschicht-Milieu“ haben die mit einer Heimversorgung verbundenen ökonomischen Kosten ein relativ großes Gewicht. Hinzu kommt, dass durch die Möglichkeit des Bezugs von Pflegegeld die Haushaltskasse aufgebessert werden kann. Auch die Aufstockung von Rentenleistungen durch die Übernahme von Pflegeverpflichtungen könnte eine gewisse Rolle bei der Entscheidung gespielt haben.

... geringste Neigung zur häuslichen Pflege im „liberal-bürgerlichen Milieu“

Im „liberal-bürgerlichen Milieu“ haben diese ökonomischen Gründe eine sehr viel geringere Bedeutung. Sehr viel wichtiger sind dagegen die mit der Übernahme von Pflegeverpflichtungen in Verbindung gebrachten „Opportunitätskosten“. Damit sind die entgangenen beruflichen und sozialen Chancen gemeint, mit denen zu rechnen ist, wenn die häusliche Versorgung eines Angehörigen übernommen wird. Diese Opportunitätskosten steigen in dem Maße, in dem durch den hohen Schulabschluss und wegen der aussichtsreichen beruflichen Position aus der Sicht der befragten Personen auch auf relativ viel verzichtet werden muss.

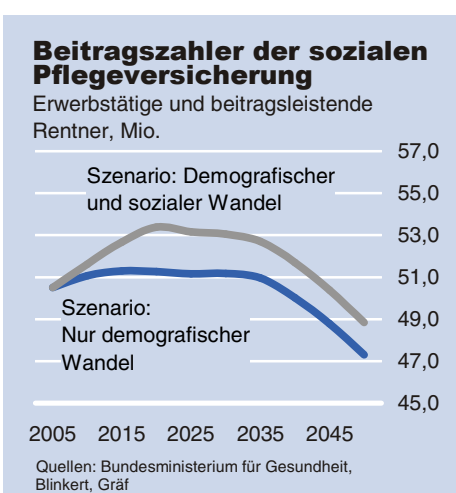
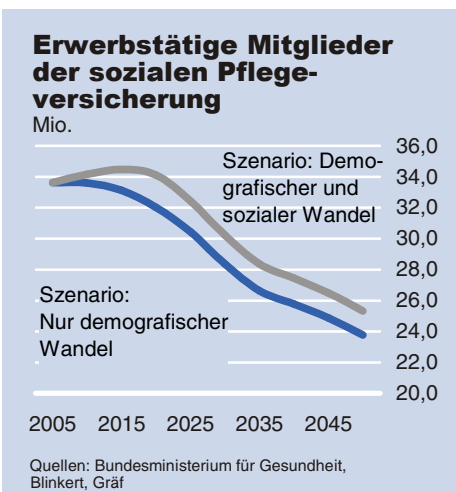
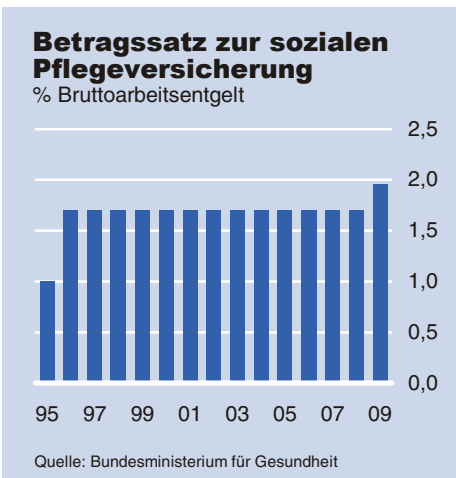
Anteil des traditionsbewussten Unterschichtmilieus gesunken

Für den Zeitraum von Anfang der 80er Jahre bis etwa 2004 lässt sich zeigen, dass der Anteil des sozialen Milieus mit der größten Pflegebereitschaft – das „traditionsbewusste Unterschichtmilieu“ – am stärksten abgenommen hat. Zugenommen haben dagegen die Anteile der Milieus mit modernem Lebensentwurf und eher geringer Pflegebereitschaft, vor allem die Anteile des „liberalen Mittelschichtmilieus“ und des „liberal-bürgerlichen Milieus“.

Es ist schwer abzuschätzen, ob diese Entwicklung weiter so verlaufen wird. Das hängt u.a. davon ab, ob der soziokulturelle Wandel in Richtung Individualisierung und „postmaterialistischer Werte“ sowie der strukturelle Wandel in Richtung einer allgemeinen Steigerung des kulturellen Kapitals weiter anhalten wird. Für eine solche Entwicklung spricht zwar einiges, aber sie ist nicht mit Sicherheit prognostizierbar. Wenn diese Veränderung in der Zusammensetzung der Milieu-Struktur in dieser Weise erfolgen wird, muss mit einer Zunahme des Trends zur stationären Versorgung gerechnet werden, die noch deutlicher ist, als dies in den beschriebenen Szenarien angenommen wurde.

²⁶ Vgl. Blinkert, Klie (2004) und Blinkert, Klie (2008).

8. Beitragssatz der Pflegeversicherung: Es gibt nur eine Richtung – nach oben



Für die gesetzlich Versicherten beträgt der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung²⁷ seit Juli 2008 1,95% vom Bruttoarbeitsentgelt oder der Rente. Zuvor lag er mehr als 10 Jahre lang unverändert bei 1,7%. Die Anhebung des Beitragssatzes im vergangenen Jahr erfolgte zum einen, um die seit 2000 erwirtschafteten Defizite auszugleichen, zum anderen zur Finanzierung der Leistungsausweitungen durch die Dynamisierung der Pflegeleistungen²⁸ und zusätzlicher Angebote, etwa für Demenzzranke.

Kinderlose Versicherte zahlen Aufschlag

Der Beitrag wird hälftig bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze von derzeit monatlich EUR 3.675 von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Rentnerinnen und Rentner zahlen seit April 2004 den gesamten Betrag zur Pflegeversicherung alleine, nachdem sie zuvor die Hälfte vom Träger der Rentenversicherung erhalten hatten. Zudem werden seit 2005 kinderlose Beitragszahler belastet. So müssen kinderlose Mitglieder²⁹ der sozialen Pflegeversicherung einen um 0,25 %-Punkte höheren Beitragssatz leisten, wobei der Arbeitgeberanteil unverändert bleibt.

Demografie bringt Pflegeversicherung unter erheblichen Druck

Wie die umlagefinanzierte gesetzliche Rentenversicherung kommt auch die soziale Pflegeversicherung unter demografischen Druck. Wahrscheinlich wird sie unter den sozialen Sicherungssystemen in den kommenden Dekaden durch den demografischen Wandel sogar am stärksten belastet, da hier vor allem die Alterung der Gesellschaft der Haupttreiber ist. So steigt – wie in Kapitel 3 dargestellt – die Zahl der Pflegefälle in den kommenden Jahren aufgrund der Alterung dramatisch. Gleichzeitig geht die Zahl der erwerbstätigen Beitragszahler aufgrund der nachrückenden geburtenschwachen Jahrgänge in den kommenden Dekaden spürbar zurück. Selbst bei dem recht optimistischen Szenario „Demografischer und sozialer Wandel“, das einen merklichen Anstieg der Erwerbsquoten, insbesondere von Frauen, beinhaltet, sinkt die Zahl der erwerbstätigen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung von derzeit rund 34 Mio. bis 2050 auf etwas mehr als 25 Mio.. Zwar nehmen die beitragsleistenden Rentner bis 2050 kräftig zu. Doch auch dies kann den Rückgang der Beitragszahler insgesamt nur hinauszögern, aber nicht vermeiden. Rund ein Viertel der gesamten Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung sind Beiträge von Rentnern. Gleichzeitig steigt die Zahl der Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung bei stark rückläufigen Pflegewahrscheinlichkeiten von knapp 2

²⁷ Die weiteren Ausführungen beziehen sich nur auf die soziale Pflegeversicherung, der mehr als 70 Mio. Menschen angehören (rund 50 Mio. zahlende Mitglieder), während auf die private Pflegeversicherung etwas mehr als 9 Mio. entfallen. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2007).

²⁸ Die Leistungsanpassungen wurden diskretionär für den 1. Juli 2008, 1. Januar 2010 und 1. Januar 2012 vorgegeben (siehe Tabelle S. 7). Ab dem Jahr 2014 soll im dreijährigen Turnus geprüft werden, ob eine Anpassung der Pflegesätze erforderlich ist.

²⁹ Diese Regelung gilt für kinderlose Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die mindestens 23 Jahre alt aber nicht vor dem 1. Januar 1940 geboren sind. Eine Änderung der Beitragsberechnung in der Pflegeversicherung wurde erforderlich, da das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber den Auftrag erteilte spätestens ab 01.01.2005 eine Regelung zu treffen, die die Kindererziehungsleistung bei der Beitragsbemessung der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt. Statt einer Entlastung der Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder haben, wurden Mitglieder ohne Kinder belastet.

Szenarien im Überblick

Zahl der Pflegebedürftigen

Basis: mittlere Bevölkerungsvariante

Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten	Szenarien	
	konstant:	(1) "Status Quo"
	rückläufig:	(2) "Gesünder Leben I"
	stark rückläufig:	(3) "Gesünder Leben II"

Pflegearrangements

Szenarien

- (1) "Nur demografischer Wandel"
- (2) "Demografischer und sozialer Wandel"
- (3) "Pro Pflege"

Leistungsanpassungen

Szenarien

- (1) 1,5% p.a. "Neutral"
- (2) 3% p.a. "Kostendruck"

Mio. auf etwa 3 Mio. in 2050. Somit kämen 2050 auf einen Pflegebedürftigen nur noch etwa 16 Beitragszahler, während derzeit einem Pflegebedürftigen noch fast 26 Beitragszahler zur sozialen Pflegeversicherung gegenüberstehen. Bei konstanten Pflegequoten würde sich dieses Verhältnis bis 2050 sogar auf unter 10:1 verschlechtern.

Beitragsanstieg kaum zu vermeiden

Schon allein dieses Beispiel zeigt, dass Erhöhungen des Beitragsatzes ohne größere Leistungskürzungen in den kommenden Dekaden nicht zu vermeiden sind. Leistungskürzungen sind aber angesichts des Ziels, die Qualität der Pflege aufrechtzuerhalten, wohl kaum möglich und politisch entsprechend wohl auch kaum durchsetzbar.

18 Szenarien für die Beitragssatzentwicklung

Mit den bisher dargestellten 3 Szenarien für die Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle, den 3 Szenarien für die Verteilung der Pflegearrangements und den 2 Szenarien für die künftigen Leistungsanpassungen der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich insgesamt 18 Varianten oder Szenarien für die künftige Beitragssatzentwicklung (siehe nebenstehende Grafik).

Die Finanzen der gesetzlichen Pflegeversicherung: das Modell

Die soziale Pflegeversicherung ist umlagenfinanziert, d.h. für sie gilt die Budgetgleichung: die Einnahmen für den Zeitraum t müssen im Prinzip den Ausgaben für den gleichen Zeitraum entsprechen.

Budgetgleichung der sozialen Pflegeversicherung

$$(1) E_t = A_t$$

E_t :	Einnahmen im Zeitraum t
A_t :	Ausgaben im Zeitraum t

Soziale Pflegeversicherung: Ausgangslage 2007

Finanzlage

Mrd. EUR	
Einnahmen	18,02
Leistungsausgaben	17,45
Pflegegeld	4,03
Ambulante Versorgung	4,35
Stationäre Versorgung	9,07
Sonstige Ausgaben	0,89
Ausgaben insgesamt	18,34
Budgetsaldo	-0,32

Beitragszahler

Mio.	
Erwerbstätige	34,0
Rentner	16,9
Insgesamt	50,9

Durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen

EUR/Jahr	
Erwerbstätige	25.800
Rentner	12.500
Insgesamt	21.350

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Blinkert, Gräf

Die Einnahmenseite

Die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung setzen sich zusammen aus den Beiträgen der Erwerbstätigen und den Beiträgen der Rentner.³⁰ Die Unterscheidung dieser beiden Beitragszahlergruppen ist sinnvoll, da sich sowohl die Einkommensniveaus, die Einkommensentwicklung wie auch die Entwicklung der Zahl der jeweiligen Beitragszahler künftig erheblich unterscheiden.

³⁰ Die sonstigen Einnahmen der sozialen Rentenversicherung sind vernachlässigbar. Sie betragen 2007 EUR 160 Mio. oder weniger als 1% der gesamten Einnahmen.



Modellgleichungen für die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung

$$(2) E_t = EERW_t + ERE_t$$

$EERW_t$: Einnahmen aus Beiträgen der Erwerbstätigen

ERE_t : Einnahmen aus Beiträgen der Rentner

$$(3) EERW_t = ERW_t * BEIT_t * DEIN_t$$

ERW_t : Zahl der Erwerbstätigen

$BEIT_t$: Beitragssatz

$DEIN_t$: Beitragspflichtiges Einkommen

$$(4) ERE_t = RE_t * BEIT_t * DREN_t$$

RE_t : Zahl der Rentner

$DREN_t$: Durchschnittliche Rente

Bei den Modellrechnungen wurden die Beitragszahler sowie die beitragspflichtigen Einkommen der Erwerbstätigen aus Daten zur gesetzlichen Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit ermittelt und für die Zukunft entsprechend fortgeschrieben. Dabei wurde die Entwicklung der Anzahl der Erwerbstätigen und Rentner auf Basis der demografischen Entwicklung entsprechend der mittleren Bevölkerungsvariante sowie unter Zugrundelegung der bei den Szenarien zu den Pflegearrangements verwendeten Entwicklung der Erwerbsquoten geschätzt. Für die künftige Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen wurde ein Anstieg um nominal 2% p.a. unterstellt.³¹

Stationär versorgte Pflegebedürftige

Anteil mit Pflegestufe III, %



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Die Ausgabenseite

Bei den Ausgaben muss sowohl hinsichtlich der Pflegearrangements (stationäre Pflege, häusliche Pflege ohne professionelle Hilfe, häusliche Pflege mit Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten) als auch hinsichtlich der Schwere der Beeinträchtigung (Pflegestufe I, II und III) unterschieden werden, da hierfür von der Pflegeversicherung unterschiedliche Pflegesätze bezahlt werden. Zwar haben wir in unserer Berechnung künftig unterschiedliche Pflegearrangements berücksichtigt, bei der Einteilung in die Pflegestufen I, II und III sind wir jedoch von konstanten Quoten ausgegangen, nicht zuletzt, da der Anteil von Pflegefällen der Stufe III nach anfänglichen kräftigen Rückgängen zuletzt kaum mehr gesunken ist.

³¹ Bei einem nominalen BIP-Anstieg um 3% p.a. erscheint dies auf den ersten Blick relativ wenig. Allerdings muss hierbei bedacht werden, dass es sich dabei aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze lediglich um den beitragspflichtigen Teil der gesamten Einkommen handelt. Zudem dürfte wohl künftig die Lohnspreizung weiter zunehmen.

Modellgleichung für die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung

(5)

$$A_t = APBHEIM_t + APBFORMELL_t + APBINFRORMELL_t + AS_t$$

$APBHEIM_t$:	Ausgaben für stationäre Pflege
$APBFORMELL_t$:	Ausgaben für häuslich Versorgte, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen
$APBINFRORMELL_t$:	Ausgaben für häuslich Versorgte, die keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen
AS_t :	Sonstige Ausgaben, z.B. Verwaltung

Modellgleichung für die Ausgaben für stationäre Pflege der sozialen Pflegeversicherung

$$\begin{aligned} APBHEIM_t &= PBHEIM(I)_t * PFSHEIM(I)_t \\ &+ PBHEIM(II)_t * PFSHEIM(II)_t \\ &+ PBHEIM(III)_t * PFSHEIM(III)_t \\ &+ APBHEIMZU_t \end{aligned}$$

$PBHEIM(I)_t$:	Zahl stationär Versorgter der Pflegestufe I
$PSHEIM(I)_t$:	Pflegesatz für stationäre Pflege der Pflegestufe I
$PBHEIM(II)_t$:	Zahl stationär Versorgter der Pflegestufe II
$PSHEIM(II)_t$:	Pflegesatz für stationäre Pflege der Pflegestufe II
$PBHEIM(III)_t$:	Zahl stationär Versorgter der Pflegestufe III
$PSHEIM(III)_t$:	Pflegesatz für stationäre Pflege der Pflegestufe III
$APBHEIMZU_t$:	Zuschlag für sonstige stationäre Pflegeleistungen

Entsprechend gelten die folgenden Gleichungen für die häusliche Pflege ohne professionelle Hilfe (Inanspruchnahme von Pflegegeld) und die häusliche Pflege mit Hilfe von ambulanten Pflegediensten:

Modellgleichung für die Ausgaben für informelle häusliche Pflege der sozialen Pflegeversicherung (Pflegegeld)

$$(7) \quad \begin{aligned} APBINFORMELL_t &= PBINFORMELL(I)_t * PFGELD(I)_t \\ &+ PBINFORMELL(II)_t * PFGELD(II)_t \\ &+ PBINFORMELL(III)_t * PFGELD(III)_t \\ &+ APBINFORMELLZU_t \end{aligned}$$

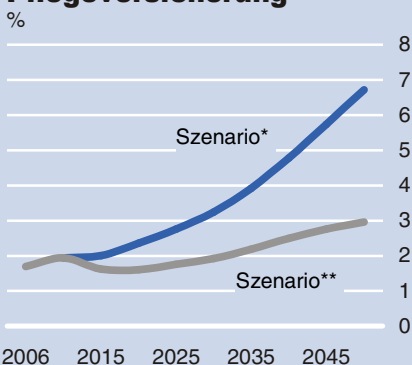
$PBINFORMELL(I)_t$:	Zahl häuslich Versorgter ohne prof. Hilfe der Pflegestufe I
$PFGELD(I)_t$:	Pflegegeld bei Pflegestufe I
$PBINFORMELL(II)_t$:	Zahl häuslich Versorgter ohne prof. Hilfe der Pflegestufe II
$PFGELD(II)_t$:	Pflegegeld bei Pflegestufe II
$PBINFORMELL(III)_t$:	Zahl häuslich Versorgter ohne prof. Hilfe der Pflegestufe III
$PFGELD(III)_t$:	Pflegegeld bei Pflegestufe III
$PBINFORMELLZU_t$:	Zuschlag für sonstige Pflegeleistungen für häuslich Versorgte ohne prof. Hilfe

Modellgleichung für die Ausgaben für häusliche Pflege mit ambulantem Pflegedienst der sozialen Pflegeversicherung

$$(8) \quad \begin{aligned} APBFORMELL_t &= PBFORMELL(I)_t * PFSFORMELL(I)_t \\ &+ PBFORMELL(II)_t * PFSFORMELL(II)_t \\ &+ PBFORMELL(III)_t * PFSFORMELL(III)_t \\ &+ APBFORMELLZU_t \end{aligned}$$

$PBFORMELL(I)_t$:	Zahl häuslich mit Hilfe ambulanter Pflegedienste Versorgter der Pflegestufe I
$PFSFORMELL(I)_t$:	Pflegesatz für häuslich mit Hilfe ambulanter Pflegedienste Versorgte der Pflegestufe I
$PBFORMELL(II)_t$:	Zahl häuslich mit Hilfe ambulanter Pflegedienste Versorgter der Pflegestufe II
$PFSFORMELL(II)_t$:	Pflegesatz für häuslich mit Hilfe ambulanter Pflegedienste Versorgte der Pflegestufe II
$PBFORMELL(III)_t$:	Zahl häuslich mit Hilfe ambulanter Pflegedienste Versorgter der Pflegestufe III
$PFSFORMELL(III)_t$:	Pflegesatz für häuslich mit Hilfe ambulanter Pflegedienste Versorgte der Pflegestufe III
$PBFORMELLZU_t$:	Zuschlag für sonstige Pflegeleistungen für mit ambulanten Diensten häuslich Versorgte

Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung



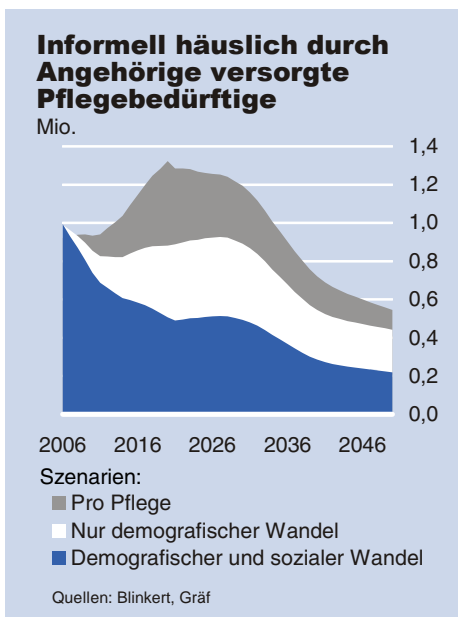
* Konstante Pflegewahrscheinlichkeiten, demografischer u. sozialer Wandel, Leistungsanpassung 3% p.a.

** Sinkende Pflegewahrscheinlichkeiten, Pro häusliche Pflege, Leistungsanpassung 1,5% p.a.

Quellen: Blinkert, Gräf

Beitragssatz: alle Szenarien zeigen gleichen Trend – nach oben

Alle Szenarien zeigen für den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung nur eine Richtung: es geht nach oben. Dabei reichen die von uns für 2050 ermittelten Beitragssätze von 3% in der günstigsten Variante (stark sinkende Pflegewahrscheinlichkeiten, Pflegearrangements entsprechend „Pro Pflege“ und Leistungsanpassung um 1,5% p.a.) bis zu knapp 7% in einem für die Pflegeversicherung ungünstigsten Szenario mit konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten



und Kostendruck (Leistungsanpassungen um jährlich 3%).³²

Als eine realistische Größenordnung erscheint uns die Mitte des gefundenen Bandes. Die von uns gefundenen Größenordnungen der Beitragssätze sind mit denen anderer Untersuchungen vergleichbar.³³

Demografie der stärkste Treiber

Die Simulationsergebnisse zeigen, dass die demografische Entwicklung, insbesondere die Alterung der Gesellschaft, der wichtigste Faktor für den Anstieg des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung ist, gefolgt von der Höhe der künftigen Leistungsanpassungen, die sich natürlich sofort und vollständig in der Ausgabenentwicklung niederschlagen. Diese Entwicklung kann durch keinen anderen, die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung bestimmenden Faktor (wie beispielsweise Pflegewahrscheinlichkeiten, sozialer Wandel) kompensiert, sondern lediglich gedämpft werden. Zudem zeigt sich, dass Entwicklungen, die zu einer Bevorzugung der (billigeren) häuslichen Pflege führen, wie beispielsweise in unserem Szenarium „Pro Pflege“ unterstellt, zwar einerseits die Pflegeversicherung auf der Ausgabenseite entlasten, andererseits aber gleichzeitig auch zu niedrigeren Einnahmen führen, da mehr häusliche Pflege weniger Erwerbstätigkeit bedeutet.

Dies zeigt sich auch beim Vergleich der Ergebnisse der Szenarien „Pro Pflege“ und „Demografischer und sozialer Wandel“³⁴. Hier weichen die berechneten Beitragssätze lediglich im Zeitraum des demografischen Übergangs zwischen 2020 und 2035 mit etwa ½%-Punkt stärker voneinander ab, während diese im Jahr 2050 mit 3,0% (Pro Pflege) bzw. 3,2% (Demografischer und sozialer Wandel) nur wenig auseinander liegen.

So werden zwar im Szenarium „Pro Pflege“ wesentlich mehr Pflegebedürftige zwischen 2020 und 2035 häuslich durch Angehörige versorgt und erhalten damit das niedrigere Pflegegeld als im Szenarium „Demografischer und sozialer Wandel“. Diese Entlastung für die Pflegeversicherung ist allerdings nur möglich, weil das informelle Pflegepotenzial in dieser Zeit noch leicht zunimmt. Nach 2035 aber sinkt es merklich, so dass die Unterschiede zwischen den Szenarien abnehmen.

Pflegemarkt wächst dynamisch

Der Pflegemarkt wird unseren Berechnungen zufolge in Zukunft kräftig wachsen. So werden alleine die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung entsprechend unseren beiden Extremszenarien (stark sinkende Pflegewahrscheinlichkeiten, Pflegearrangements entsprechend „Pro Pflege“ und Leistungsanpassung um 1,5% p.a. im Vergleich zu konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten und Kostendruck, d.h. Leistungsanpassungen um jährlich 3%) 2050 zwischen EUR 60 Mrd. und EUR 135 Mrd. liegen, gegenüber EUR 17,5 Mrd. in 2007. Dies wären Zunahmen um 236 bzw. 680%, während das nominale Sozialprodukt bis 2050 nur um gut 200% steigen dürfte.

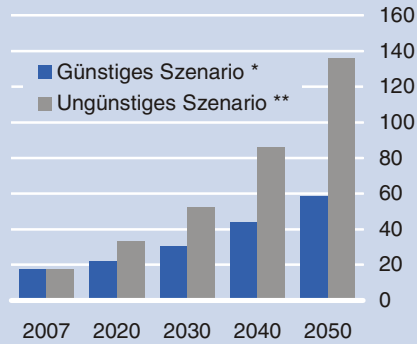
³² Eine Übersicht über die Ergebnisse der 18 Simulationsrechnungen findet sich im Anhang.

³³ Vgl. Schnabel (2007), Häcker, Raffelhüschen (2006), Oberender, Fleckenstein (2004), Ottnad (2003).

³⁴ Jeweils unter der Annahme, dass die künftigen Leistungsanpassungen der sozialen Pflegeversicherung inflationskonform um jährlich 1,5% vorgenommen werden.

Pflegeausgaben der sozialen Pflegeversicherung

Mrd. EUR



* Stark sinkende Pflegewahrscheinlichkeiten, Pro Pflege, Erhöhung der Leistungen um 1,5% p.a.

** Konstante Pflegewahrscheinlichkeiten, demografischer & sozialer Wandel, Kostendruck 3% p.a.

Quellen: Blinkert, Gräf

Hinzu kämen noch der Eigenanteil der Pflegebedürftigen, insbesondere bei der stationären Versorgung, sowie die Ausgaben der privaten Pflegekassen. Einer Schätzung des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung zufolge könnten die Pflegeausgaben der privaten Pflegekassen bis 2044 von knapp EUR 1 Mrd. auf nahezu EUR 4 Mrd. ansteigen.³⁵

³⁵ Vgl. Niehaus (2006).

9. Fazit: Maßnahmenbündel notwendig

Beitragssatzerhöhungen

Beitragssatzverdoppelung wahrscheinlich

Die soziale Pflegeversicherung kommt in den kommenden Dekaden unter erheblichen demografischen Druck. Und zwar aufgrund der Tatsache, dass hier vor allem die Alterung der Gesellschaft, d.h. die Zunahme der Zahl der Hochbetagten, die eine hohe Wahrscheinlichkeit haben, pflegebedürftig zu werden, den Druck bestimmt, wohl stärker als alle anderen sozialen Sicherungssysteme. Die Beitragssätze werden sich unter realistischen Annahmen bis zum Jahr 2050 mehr als verdoppeln, und dies in einer Zeit, in der die Abgabenbelastung durch steigende Renten- und Krankenkassenbeiträge ohnehin zunimmt.

Grundsatz – häusliche vor stationärer Pflege – immer noch wünschenswert, aber nicht mehr so verwirklichtbar

Flexible Übergangsformen von häuslicher und stationärer Pflege

In der Gegenwart besitzt ein Prinzip politisch gestaltende Bedeutung, das sich in der Zukunft vermutlich nicht mehr wird realisieren lassen – der Grundsatz, dass häusliche Pflege den Vorrang hat vor der Heimpflege. Vieles deutet darauf hin, dass diese beiden Formen der Versorgung – die häuslich-ambulante Pflege und die stationäre Pflege – als gleichrangig betrachtet werden müssen und dass sich beide in einer grundlegenden Weise verändern müssen, vielleicht in dem Sinne, dass es zunehmend flexible Übergangsformen geben wird.

Weitere Ansatzpunkte

Leistungskürzungen zur Abmilderung des Beitragssatzanstiegs sind kaum die richtige Antwort. Schon heute ist die Qualität der Pflege mit Blick auf die 13 Jahre lang unverändert gehaltenen Pflegesätze nur schwer aufrecht zu erhalten. Eine Reform der Pflegeversicherung ist daher schon kurze Zeit nach der jüngsten Reform geboten. Doch was kann oder muss getan werden?

Vorschläge zu einer strukturellen Reform der Pflegeversicherung gibt es viele. Sie reichen von der Einführung einer privaten Pflegepflicht-Versicherung bis hin zur Umstellung der Umlagefinanzierung auf ein Kapitaldeckungsverfahren. Keiner der gemachten Vorschläge ist der Königsweg. Wie auch bei der Rentenversicherung kann wohl nur ein Bündel von Maßnahmen die demografischen Auswirkungen abmildern. Alle Vorschläge werfen Fragen zu der intra- und intergenerativen Verteilung der Lasten auf. Diese sollen hier jedoch nicht näher beleuchtet werden.³⁶

Institutionelle und gesellschaftliche Veränderungen

Wichtiger erscheint uns, darauf hinzuweisen, dass institutionelle und gesellschaftliche Veränderungen in den kommenden Dekaden helfen könnten, die Kostensteigerungen zu dämpfen und die Qualität der Pflege aufrecht zu erhalten.

Wandel der Pflegeheime

Für die stationäre Pflege könnte eine Umgestaltung in der Weise sinnvoll und notwendig sein, dass nicht nur die Kapazitäten erhöht werden, sondern die Pflegeheime auch einen ganz anderen Charakter bekommen. Zu denken wäre an sehr kleine und dezentrale Heime, mit vielleicht nicht mehr als 20 Plätzen, die sogar bis zu einem gewissen Grad eine wohnortnahe Versorgung von Pflegebedürftigen

³⁶ Einen Überblick über die Reformvorschläge sowie eine kritische Würdigung findet man beispielsweise bei Widmaier (2005), Ottnad (2003), Oberender, Fleckenstein (2004).



Kleine dezentrale Pflegeheime

ermöglichen, bzw. eine Versorgung in der Nähe von Angehörigen. Pflegeheime dieses Typs hätten dann auch mehr den Charakter von betreuten Wohngruppen, mit einer starken Anbindung an lokale Lebenswelten und bürgerschaftlich Engagierte. Dies könnte durchaus zu niedrigeren Kosten führen. Zur Umgestaltung gehört auch, dass angemessene Versorgungsformen gerade für Menschen mit Demenz entwickelt werden, für die die bisherigen stationären Versorgungsformen sich nur als begrenzt adäquat erwiesen haben.

Allerdings ist anzumerken, dass eine solche Versorgung mit kleinen Pflegeheimen angesichts der enormen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und der damit einhergehenden benötigten Heimplätze schwierig zu verwirklichen ist, so dass der Kostensenkungseffekt insgesamt beschränkt ist.³⁷

Ein Trend zur realistischen Einschätzung der Versorgungsmöglichkeiten und zur zunehmenden Bereitschaft, auch die stationäre Versorgung in Erwägung zu ziehen, zeigt sich auch darin, dass in Befragungen von 40- bis 60-Jährigen mehr als die Hälfte für den Fall einer eigenen Pflegebedürftigkeit auch die Versorgung in einem gut geführten Pflegeheim akzeptieren würden.³⁸

Pflege-Mix notwendig

Mix häuslicher und ambulanter Pflege

Im Hinblick auf die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger wäre es wichtig, wenn sie in sehr viel stärkerem Maße durch beruflich geleistete Hilfen unterstützt würde und viel mehr Möglichkeiten angeboten und genutzt würden, die auf einen kreativen Pflege-Mix hinauslaufen. Dazu zählt nicht nur eine Ausweitung der ambulanten Dienste, sondern auch der Ausbau von Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege, die zwar gegenwärtig nur relativ selten in Anspruch genommen werden, für die aber ein steigender Bedarf zu erwarten ist.

Bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf notwendig

Flexible Arbeitszeitmodelle

Wenn häusliche Pflege – auch in veränderter Form – überhaupt eine Chance haben soll, sind auch arbeitsmarktpolitische Regelungen und lokale Infrastrukturen erforderlich, die eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege ermöglichen. Zu einem Maßnahmenbündel gehören sowohl Maßnahmen der Flexibilisierung der Arbeitszeit und Arbeitsorganisation, aber auch analog zum „Erziehungsjahr“ ein gesetzlich gesichertes „Pflegejahr“, das eine problemlose Wiederaufnahme des Arbeitsverhältnisses garantiert. Eine verbesserte Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegen setzt aber auch Infrastrukturangebote für die Pflegebedürftigen voraus, insbesondere im teilstationären Bereich, die den Pflegenden eine spürbare Entlastung ermöglichen.

Umfangreiche Beratungsangebote erforderlich

Beratung

Angesichts der zunehmenden Unübersichtlichkeit im Pflegebereich sind auch Beratungsangebote erforderlich, die über das hinausgehen, was derzeit von den Pflegekassen und anderen Organisationen angeboten wird und in Richtung des Ausbaus einer Case-Management-Infrastruktur gehen sollten.³⁹

³⁷ Vgl. Just (2005).

³⁸ Vgl. Blinkert/Klie (2004).

³⁹ Erfolgreich erprobt wurde eine solche Struktur im Rahmen der experimentellen Einführung eines persönlichen Pflegebudgets. Die mit der Pflegereform 2008 geschaffenen „Pflegestützpunkte“ gehen in diese Richtung. Informationen hierzu sind zu finden unter www.gesundheits-und-pflegeberatung.de

Bedarf an Pflegefachkräften steigt

Wie auch immer die Versorgung von Pflegebedürftigen künftig gehandhabt wird, eines ist sicher: Der Bedarf an Pflegefachkräften wird ganz erheblich steigen. Derzeit sind rund 815.000 Personen in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten beschäftigt. Bis 2050 dürfte sich die Zahl der Beschäftigten im Pflegebereich wohl auf fast 2 Millionen mehr als verdoppeln.⁴⁰

Ohne eine massive Bildungsoffensive im Feld der Pflege wird der zukünftige Bedarf an beruflich Pflegenden nicht gedeckt werden können. Eine solche Bildungsoffensive muss von einem europäisch abgestimmten, differenzierten Berufsbildungskonzept ausgehen und darf sich nicht auf Pflegefachberufe im engeren Sinn beschränken, sondern muss einen breiten Berufsgruppenansatz verfolgen und flexible Möglichkeiten der Teilzeitarbeit und der zeitweisen Mitarbeit im Pflegesektor eröffnen. Insgesamt gilt es, die Attraktivität des Arbeitsfeldes zu erhöhen, und darzulegen, dass es sich hier um ein produktives Wachstumsfeld handelt, in dem es um die Gestaltung einer bedeutsamen gesellschaftlichen Aufgabe mit hoher Herausforderung geht.

Mehr Zuwanderung

Damit dürfte die Diskussion um die Zuwanderung wieder an Bedeutung gewinnen. Mehr Zuwanderung als in unserem Szenario unterstellt (100.000 Personen p.a.) wäre wünschenswert. Woher die (legale und illegale) Zuwanderung allerdings kommen soll, ist angesichts der teilweise noch ungünstigeren demografischen Entwicklung in den osteuropäischen Ländern fraglich.

Persönliches Pflegebudgets zur Förderung der häuslichen Pflege

Pflegegeld zur freien Verfügung

Eine wichtige institutionelle Veränderung könnte die Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management sein. Dabei handelt es sich um eine Geldleistung in Höhe der Sachleistungen zum bedarfsgerechten Einkauf von Pflegedienstleistungen, die zweckgebunden an frei wählbare Pflegedienstleistungen legaler Anbieter ausgegeben werden können. Es erfolgt eine Beratung durch Case Manager, die auch die Qualität der Pflegedienstleistungen überprüfen. Mit dem persönlichen Pflegebudget soll die Qualität der häuslichen Versorgung gesteigert, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen gesichert und die Pflegenden spürbar entlastet werden. Auf diese Weise soll dem zu erwartenden „Heimsog“ entgegengewirkt werden.

Persönliches Pflegebudget noch im experimentellen Stadium

Ein solches persönliches Pflegebudget, wurde für fünf Jahre experimentell in sieben Regionen von Deutschland eingeführt.⁴¹ Durch eine aufwändige Begleitforschung wurde gezeigt, dass auf diese Weise die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen und die Lebenssituation der pflegenden Angehörigen erheblich verbessert werden konnte⁴²:

⁴⁰ Dies wären dann 2050 gut doppelt so viele Beschäftigte im Pflegebereich wie in der heutigen Automobilindustrie.

⁴¹ Träger des Projektes waren die Spitzenverbände der Pflegekassen.

⁴² Die Begleitforschung wurde als interdisziplinäres Projekt von den folgenden Forschungsinstitutionen durchgeführt: Arbeitsgemeinschaft Gerontologie und Pflege an der evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit in Freiburg (AGP), Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS), Institut für Soziologie an der Universität Freiburg (IfS), Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung Mannheim (ZEW). Die Berichte zur Begleitforschung können über das Internet eingesehen werden: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/1Anlage_PB-Gesamtzusammenfassung_3271.pdf

Durch das Pflegebudget ist die Zahl der an der Versorgung beteiligten Helfer deutlich gestiegen. Die Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten Helfer ist differenzierter, vielfältiger und gemischerter geworden. Das hat Auswirkungen auf die Tragfähigkeit von Versorgungsarrangements, die nun einem „Pflege-Mix“ sehr viel näher kommen als das unter den Bedingungen der konventionellen Leistungsarten im Durchschnitt möglich ist.

Neue Anbieter auf dem Pflegemarkt

Private Anbieter

Die Angehörigen werden mit dem persönlichen Pflegebudget erheblich entlastet, da sie damit bezahlte Leistungen von „neuen Anbietern“ nachfragen können. Das sind Personen, aber auch Unternehmen, die sich einem spezifischen Sektor von Leistungserbringern („formeller Sektor 2“) zurechnen lassen. In diesem Sektor werden berufliche bzw. unter kommerziellen Gesichtspunkten erbrachte Leistungen auch ohne pflegefachspezifische Ausbildung angeboten. Hierbei handelt es sich um Leistungen, die von den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen sehr geschätzt werden, im Katalog der Sachleistungen allerdings nicht vorgesehen sind.

Auf Sicht der nächsten 2 bis 5 Jahre könnte der Anteil der Pflegebedürftigen, die sich für das persönliche Pflegebudget entscheiden, bei 25% der häuslich Versorgten liegen. Mittelfristig – 5 bis 10 Jahre – wäre mit einer deutlich höheren Quote zu rechnen, die vielleicht bei 40% bis 50% liegen könnte. Diese höheren Quoten müssen jedoch nicht bedeuten, dass auch die Zahl der Budgetnehmer entsprechend zunimmt, da die Zahl der insgesamt häuslich Versorgten zugunsten der Zahl der stationär Versorgten abnehmen wird.

Kosteneffekte noch unklar

Schwer abzuschätzen ist deshalb, mit welchen Kosteneffekten die Einführung eines persönlichen Pflegebudgets verbunden sein könnte. In Untersuchungen zeigte sich, dass Pflegebedürftige mit einem für die häusliche Versorgung ungünstigen Umfeld stärker am persönlichen Budget interessiert sind, als Pflegebedürftige mit einem günstigen Umfeld.⁴³ Nun ist aber aufgrund des demografischen und sozialen Wandels damit zu rechnen, dass ungünstige Konstellationen deutlich zunehmen werden – mit der Konsequenz, dass die Nachfrage nach professionellen Leistungen und damit nach „Sachleistungen“, vor allem aber auch die Nachfrage nach einer stationären Versorgung deutlich steigen wird. Bereits bei mittelfristiger, ganz sicher aber bei langfristiger Betrachtung wäre also damit zu rechnen, dass die Einführung eines persönlichen Pflegebudgets zumindest kostenneutral ist und sich vielleicht sogar kostensenkend auswirkt, wenn der zu erwartende „Heimsog“ auf diese Weise abgeschwächt werden kann.

Verstärktes bürgerschaftliches Engagement in der Pflege kann helfen

Bürgerschaftliches Engagement und dritter Sektor

Das gemeinwesenorientierte bürgerschaftliche Engagement kann als eine Art dritter Sektor neben Staat und Markt von Bedeutung für die Versorgung von Pflegebedürftigen werden. Sicher wird man nicht damit rechnen können, dass alle Versorgungsleistungen, die bisher entweder von nahen Angehörigen oder von Pflegediensten erbracht wurden, künftig in einer verlässlichen Weise von engagierten Bürgern übernommen werden. Aber es wäre denkbar, dass gegenüber Pflegenden sozial unterstützende Aktivitäten durch bürger-

⁴³ „Günstiges Umfeld“: ländliche Region, stabiles Unterstützungsnetzwerk, Hauptpflegepersonen mit niedrigem Sozialstatus und vormodernem Lebensentwurf.

schaftlich Engagierte geleistet werden, dass sich Kreise und Initiativen bilden, die sich für Qualitätssicherung in der Pflege einsetzen und für den Ausbau einer effizienten und menschenwürdigen lokalen Pflegeinfrastruktur. Um das zu erreichen, wäre es wichtig, dass bereits jetzt in den Kommunen ein Diskussions- und Partizipationsprozess über die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen in Gang gebracht wird. Die Chancen hierfür sind wohl günstig, angesichts der Tatsache, dass in Befragungen es nahezu jeder für wahrscheinlich hält, selber einmal pflegebedürftig zu werden und nur eine Minderheit davon ausgeht, dass die eigene Versorgung auch wirklich gesichert ist.⁴⁴ Die Politik dürfte erheblich unter Druck geraten, wenn immer deutlicher wird, dass es höchst fragwürdig ist, ob das Versprechen von Sicherheit sich für die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit einhalten lässt.

Daher muss die Politik dieses bürgerliche Engagement durch fachliche (Pflege und Organisation) sowie juristische Beratung unterstützen. Sie sollte ebenfalls virtuelle Pflegeforen aufbauen, auf denen Anbieter und Nachfrage zusammenkommen. Nicht zuletzt könnte eine derartige Begleitung es auch ermöglichen, dass sich aus nachbarschaftlicher Pflegeleistung wieder Eintrittschancen in den ersten Arbeitsmarkt ergeben könnten.⁴⁵

Prof. Dr. Baldo Blinkert, Universität Freiburg
Dr. Bernhard Gräf, Deutsche Bank Research

⁴⁴ Vgl. Blinkert/Klie (2004).

⁴⁵ Vgl. Hofmann, Rollwagen, Schneider (2007).



Anhang 1: Überprüfung der Modellqualität

Die Überprüfung der Modellqualität – quasi ein In-Sample-Test für den Zeitraum von 1997 bis 2005 – wurde mit den folgenden Parametern durchgeführt:

PBQ_i: Pflegebedürftigkeitsquoten für Altersgruppen

Die altersspezifischen Prävalenzraten für Pflegebedürftigkeit sind über längere Zeiträume konstant. Für diesen Modelldurchlauf und auch für die Simulation der Szenarien werden die Werte für das Jahr 2003 berücksichtigt.⁴⁶

Parameter für die Modellrechnung

1997 - 2005

	Bis 15	15-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	95+
Altersspezifische Prävalenzraten für Pflegebedürftigkeit (PBQ_i)										
Anteil der Pflegebedürftigen 2001	0,5	0,5	1,6	2,8	5,0	10,0	19,9	39,5	61,1	55,0
Anteil der Pflegebedürftigen 2003	0,5	0,5	1,6	2,7	5,2	9,8	20,6	39,9	60,4	56,2
Anteil der Zusammenlebenden in den Altersgruppen 60+ (PZUS_i)										
Anteil Zusammenlebende				0,80		0,65		0,45		0,30
Wahrscheinlichkeit, dass ein Partner Versorgungsleistungen übernehmen kann in den Altersgruppen 60+ (PHILFE_i)										
Anteilziffern				0,98		0,94		0,70		0,40

Quellen: Destatis und Blinkert, Gräf

PZUS_i: Wahrscheinlichkeit für das Zusammenleben mit anderen (Partner, Gatte) in höheren Altersgruppen

Vorausgesetzt werden Werte, die den gegenwärtigen Verhältnissen entsprechen.

PHILFE_i: Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Partner/Gatte in höheren Altersgruppen bei Pflegebedürftigkeit die Versorgung übernehmen kann

Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein mit einem älteren Menschen zusammenlebender Partner im Falle von Pflegebedürftigkeit die Versorgung übernimmt, wurde für die berücksichtigten Altersgruppen als konstant vorausgesetzt. Dabei wurden Werte aus einer eigenen Untersuchung übernommen⁴⁷. Berücksichtigt wurde auch der Anteil der für die jeweilige Altersgruppe erwartbaren Pflegebedürftigen, die als Hilfeleistende ja nicht in Frage kommen.

⁴⁶ Berichte über eine Veränderung dieser Raten sind interessant, aber bis jetzt noch wenig überzeugend. Eine auf der Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP) durchgeführte Auswertung kommt zu der Einschätzung, dass die Raten leicht gesunken sind. Da das SOEP jedoch nur für die Grundgesamtheit der in Privathäusern lebenden Menschen generalisierbar ist, sind die in Heimen versorgten Pflegebedürftigen nur unzureichend berücksichtigt. Veränderungen werden überdies auch nur für Männer berichtet und das in einer relativ geringen Größenordnung. Vgl. Ziegler, Doblhammer (2005). Auch wenn derzeit noch ungewiss ist, ob sich das Risiko der Pflegebedürftigkeit wirklich ändert, verdient dieser Aspekt in hohem Maße Aufmerksamkeit und muss natürlich berücksichtigt werden, sobald gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

⁴⁷ Blinkert/Klie (1999)

Vorausgesetzt wurden die für das Jahr 2004 bekannten altersspezifischen Erwerbsquoten für Männer und Frauen:

Altersspezifische Erwerbsquoten für Männer und Frauen

2004 (MEQ_i, WEQ_i)

	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65+
Männer	0,95	0,97	0,96	0,95	0,92	0,82	0,39	0,04
Frauen	0,78	0,80	0,83	0,83	0,77	0,63	0,20	0,02

Quelle: Destatis

MEQ_i, WEQ_i: männliche und weibliche Erwerbsquoten in verschiedenen Altersgruppen



Anhang 2: Simulationsergebnisse

Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung in %

Leistungsanpassung 1,5% p.a.

Leistungsanpassung 3% p.a.

"Status Quo"

Konstante altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten

	2008	2020	2030	2040	2050		2008	2020	2030	2040	2050
Szenario A	1,95	2,1	2,5	3,3	4,1	Szenario A	1,95	2,2	3,1	4,7	6,7
Szenario B	1,95	2,2	2,6	3,3	4,1	Szenario B	1,95	2,4	3,2	4,8	6,7
Szenario C	1,95	1,7	2,2	3,0	3,8	Szenario C	1,95	1,9	2,7	4,3	6,3

"Gesünder Leben"

Sinkende altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten

Gesünder Leben I *

	2008	2020	2030	2040	2050		2008	2020	2030	2040	2050
Szenario A	1,95	2,0	2,2	2,9	3,4	Szenario A	1,95	2,1	2,8	4,1	5,5
Szenario B	1,95	2,1	2,4	2,9	3,4	Szenario B	1,95	2,2	2,9	4,1	5,6
Szenario C	1,95	1,6	2,0	2,6	3,1	Szenario C	1,95	1,8	2,4	3,7	5,2

Gesünder Leben II **

	2008	2020	2030	2040	2050		2008	2020	2030	2040	2050
Szenario A	1,95	1,9	2,2	2,7	3,2	Szenario A	1,95	2,1	2,7	3,9	5,2
Szenario B	1,95	2,0	2,3	2,8	3,2	Szenario B	1,95	2,2	2,8	4,0	5,2
Szenario C	1,95	1,6	1,9	2,5	3,0	Szenario C	1,95	1,7	2,4	3,6	4,9

Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung in Mrd. EUR

Leistungsanpassung 1,5% p.a.

Leistungsanpassung 3% p.a.

"Status Quo"

Konstante altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten

	2008	2020	2030	2040	2050		2008	2020	2030	2040	2050
Szenario A	17,5	27,7	37,8	55,9	77,5	Szenario A	17,5	29,8	47,1	80,6	129,4
Szenario B	17,5	31,0	42,0	59,6	81,5	Szenario B	17,5	33,4	52,3	86,0	136,2
Szenario C	17,5	24,1	34,9	53,6	75,8	Szenario C	17,5	25,9	43,5	77,4	126,6

"Gesünder Leben"

Sinkende altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten

Gesünder Leben I *

	2008	2020	2030	2040	2050		2008	2020	2030	2040	2050
Szenario A	17,5	26,1	34,1	48,1	63,8	Szenario A	17,5	28,1	42,5	69,5	106,6
Szenario B	17,5	29,2	37,9	51,3	67,1	Szenario B	17,5	31,5	47,2	74,1	112,2
Szenario C	17,5	22,7	31,4	46,2	62,4	Szenario C	17,5	24,4	39,2	66,7	104,3

Gesünder Leben II **

	2008	2020	2030	2040	2050		2008	2020	2030	2040	2050
Szenario A	17,5	25,6	33,0	46,0	60,1	Szenario A	17,5	27,5	41,1	66,3	100,4
Szenario B	17,5	28,7	36,7	49,0	63,2	Szenario B	17,5	30,9	45,7	70,8	105,7
Szenario C	17,5	22,3	30,5	44,1	58,8	Szenario C	17,5	24,0	37,9	63,7	98,2

Annahmen

* Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten sinken in dem Ausmaß wie die Restlebenszeit in der Basisvariante der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zunimmt

** Variante basiert auf der alternativen Annahme bezüglich der Lebenserwartung, die einen stärkeren Anstieg unterstellt

Szenario A : Nur demografischer Wandel
 Szenario B : Demografischer & sozialer Wandel
 Szenario C : Pro Pflege

Bevölkerungsentwicklung nach Variante 1-W1 "mittlere Bevölkerung, Untergrenze" der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Quellen: Blinkert, Gräf

Literaturverzeichnis

- AOK (1998). Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Bonn.
- Bauman, Zygmunt (1997). Flaneure, Spieler und Touristen. Essays zu postmodernen Lebensformen. Hamburg.
- Beck, Ulrich (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main.
- Becker, Howard S. (1963). Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance. New York/London.
- Berichte zur Begleitforschung zum persönlichen Pflegebudget abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/1Anlage_PB-Gesamtzusammenfassung_3271.pdf
- Blinkert, Baldo (2005). Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In Schroeter, Klaus R. und Thomas Rosenthal, (Hg.). Soziologie der Pflege. Weinheim/München. S. 141-156.
- Blinkert, Baldo (2007a). Pflegearrangements – Vorschläge zur Erklärung und Beschreibung sowie ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen. In Igl, Gerhard, Gerhard Naegele und Silke Hamdorf (Hg.). Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Münster/Hamburg/London. S. 225-244.
- Blinkert, Baldo (2007b). Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels. In Pflege und Gesellschaft, 12. Jg., H.3. S. 227-239.
- Blinkert, Baldo und Thomas Klie (2004). Solidarität in Gefahr? Hannover.
- Blinkert, Baldo und Thomas Klie (2006). Die Annaberg Studie. Annaberg.
- Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (1999). Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover.
- Blinkert, Baldo und Thomas Klie (2000). Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. In Sozialer Fortschritt Jg. 49. S. 237-245.
- Blinkert, Baldo und Thomas Klie (2001). Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête -Kommission Demografischer Wandel des Deutschen Bundestages. hekt.Man. Berlin/Freiburg.
- Blinkert, Baldo und Thomas Klie (2006a). Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegzeiten in häuslichen Pflegearrangements. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (2006). S. 423-426.
- Blinkert, Baldo, Klie, Thomas (2006b). Die Zeiten der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39. S. 202-210
- Blinkert, Baldo und Thomas Klie (2008). Soziale Ungleichheit und Pflege. In APuZ 12-13/2008. S. 25-33.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007). Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitte 1998 bis 2006.

- Bundesministerium für Gesundheit (2008). Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Monatswerte.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
- Elias, Norbert (2002, 1982). Altern und Sterben – einige soziologische Probleme, In ders.: Über die Einsamkeit der Sterbenden. Frankfurt. S. 69-92.
- Elias, Norbert (2002, 1982). Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. In ders.: Über die Einsamkeit der Sterbenden. Frankfurt. S. 9-68.
- Enste, Dominik und Jochen Pimpertz (2008). Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In IW Trends Nr.4/2008. Institut der deutschen Wirtschaft. Köln.
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008. Bundesgesetzblatt. Jahrgang 2008, Teil 1, Nr. 20, ausgegeben zu Bonn am 30. Mai 2008.
- Giddens, Anthony (1984). The Constitution of Society. Cambridge.
- Häcker, Jasmin und Bernd Raffelhüschen (2005). Wider besseren Wissens: Zur Finanzierbarkeit Demenzkranker in der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaft. Nr. 127/05. Freiburg.
- Häcker, Jasmin und Bernd Raffelhüschen (2006). Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“. Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge, Nr. 11. Freiburg.
- Häcker, Jasmin und Bernd Raffelhüschen (2008). Die Pflegeversicherung in der Krise. Renditen, Leistungsniveau und Versorgungslücken. Deutsches Institut für Altersvorsorge. Köln
- Hackmann, Tobias, Moog, Stefan (2008). Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit. Diskussionsbeiträge Nr. 26. Universität Freiburg.
- Hofmann, Jan, Ingo Rollwagen und Stefan Schneider(2007). Deutschland im Jahr 2020. Neue Herausforderungen für ein Land auf Expedition. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 382. Frankfurt am Main.
- Igl, Gerhard (2005). Die Zukunft der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund von Bedarfen, Entbürokratisierung und Finanzierbarkeit, In Klie, Thomas et al. (Hg.). Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. S. 55-71. Frankfurt am Main.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2005). IAB Kurzbericht. Ausgabe Nr. 11 / 26.7.2005.
- Just, Tobias (2005). Mehr Pflegeimmobilien für eine alternde Gesellschaft. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 334. Frankfurt am Main.
- Klie, Thomas und Alexander Spermann (Hg.) (2004). Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg? Hannover.
- Klie, Thomas (2007). Das Pflegebudget. In Igl, Gerhard, Gerhard Naegele und Silke Hamdorf (Hg.) (2007). Reform der Pflegever-

- sicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. S. 208-224. Münster/Hamburg/London.
- Lasch, Christopher (1986). Das Zeitalter des Narzissmus, München.
- Mayer, Karl Ulrich und Paul. B. Baltes (Hg.) (1996). Die Berliner Altenstudie. Berlin.
- Niehaus, Frank (2006). Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044. Eine Prognose aus Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung. WIP-Diskussionspapier 7/06.
- Oberender, Peter und Julia Fleckenstein (2004). Reform der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland – Entschärfung der Zeitbombe. Diskussionspapier 05-04 der Universität Bayreuth.
- Otnad, Adrian (2003). Pflegeversicherung – Last Exit. In Wirtschaftsdienst Nr. 12, S.777-785.
- Popitz, Heinrich (1992). Phänomene der Macht. Tübingen.
- Roloff, Juliane (2001). Anhang zur demografischen Entwicklung. In Blinkert, Baldo und Thomas Klie. Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demografischer Wandel des Deutschen Bundestages, hekt.Man. Berlin/Freiburg.
- Schnabel, Reinhold (2007). Zukunft der Pflege. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Universität Duisburg/Essen.
- Schulz, Erika (2008). Zahl der Pflegefälle wird deutlich steigen. In Wochenbericht Nr. 47/2008. DIW. Berlin.
- Schulz, Erika, Reiner Leidl und Hans-Helmut König (2001). Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Diskussionspapier 240. Berlin.
- Sennett, Richard (1998). Der flexible Mensch, Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin.
- Simmel, Georg (1958, 1923). Der Arme. In ders., Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. S. 345-358. Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2001–2007). Pflegestatistik. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006). Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008). Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und Ländern. Wiesbaden.
- Widmaier, Sarah (2005). Die soziale Pflegeversicherung in der Krise – Reformvorschläge im Überblick. ZEW Dossier Nr. 9. Mannheim.
- Ziegler, Uta und Gabriele Doblhammer (2005). Steigende Lebenserwartung geht mit besserer Gesundheit einher. Risiko der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sinkt. In Max-Planck-Institut für demografische Forschung Rostock (Hg). Demografische Forschung aus erster Hand, Jg. 2, Nr. 1.

Dynamische Vielfalt als Chance

Mittelstand international

Nr. 441 18. März 2009

Schulverwaltungs Ausgaben auf dem Prüfstand

Investitionen in Lerninnovationen statt Geld für Bürokratie

Nr. 440 18. Februar 2009

Immobilien in Köln und Düsseldorf

Büromärkte deutlich stärker belastet als Wohnungsmärkte

Nr. 439 13. Januar 2009

Konjunkturausblick 2009

Deutsche Wirtschaft in stürmischer See

Nr. 438 26. Januar 2009

Apotheke der Zukunft

Mehr Ketten – mehr Wettbewerb – günstigere Produkte

Nr. 437 22. Oktober 2008

Deutsche Industrie im Abschwung

Nr. 436 14. Oktober 2008

Unsere Publikationen finden Sie kostenfrei auf unserer Internetseite www.dbresearch.de
Dort können Sie sich auch als regelmäßiger Empfänger unserer Publikationen per E-Mail eintragen.

Für die Print-Version wenden Sie sich bitte an:

Deutsche Bank Research

Marketing

60262 Frankfurt am Main

Fax: +49 69 910-31877

E-Mail: marketing.dbr@db.com

© Copyright 2009. Deutsche Bank AG, DB Research, D-60262 Frankfurt am Main, Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „Deutsche Bank Research“ gebeten.

Die vorstehenden Angaben stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers wieder, die nicht notwendigerweise der Meinung der Deutsche Bank AG oder ihrer assoziierten Unternehmen entspricht. Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung geändert werden. Die Meinungen können von Einschätzungen abweichen, die in anderen von der Deutsche Bank veröffentlichten Dokumenten, einschließlich Research-Veröffentlichungen, vertreten werden. Die vorstehenden Angaben werden nur zu Informationszwecken und ohne vertragliche oder sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Angemessenheit der vorstehenden Angaben oder Einschätzungen wird keine Gewähr übernommen.

In Deutschland wird dieser Bericht von Deutsche Bank AG Frankfurt genehmigt und/oder verbreitet, die über eine Erlaubnis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht verfügt. Im Vereinigten Königreich wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG London, Mitglied der London Stock Exchange, genehmigt und/oder verbreitet, die in Bezug auf Anlagegeschäfte im Vereinigten Königreich der Aufsicht der Financial Services Authority unterliegt. In Hongkong wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG, Hong Kong Branch, in Korea durch Deutsche Securities Korea Co. und in Singapur durch Deutsche Bank AG, Singapore Branch, verbreitet. In Japan wird dieser Bericht durch Deutsche Securities Limited, Tokyo Branch, genehmigt und/oder verbreitet. In Australien sollten Privatkunden eine Kopie der betreffenden Produktinformation (Product Disclosure Statement oder PDS) zu jeglichem in diesem Bericht erwähnten Finanzinstrument beziehen und dieses PDS berücksichtigen, bevor sie eine Anlageentscheidung treffen.

Druck: HST Offsetdruck Schadt & Tetzlaff GbR, Dieburg