

Zhaoxin Pu

***Abhängigkeit der Pflegeversicherungsausgaben von der
Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeiten***

Zhaoxin Pu

*Abhängigkeit der Pflegeversicherungs-
ausgaben von der Entwicklung
der Pflegewahrscheinlichkeiten*

meaStudies 12

IMPRESSUM

Herausgeber:

Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel
Universität Mannheim
L 13, 17, D-68131 Mannheim
Telefon +49 621 181-1862
www.mea.uni-mannheim.de

Autor: Zhaoxin Pu

Copyright © 2011, Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Tabellen, der Funksendungen, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in EDV-Anlagen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwendung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung des Werkes oder Teile davon ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des deutschen Urheberrechtsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung zulässig.

Das MEA ist ein Forschungsinstitut der Universität Mannheim, das sich zu zwei Dritteln aus Mitteln der Forschungsförderung finanziert. Wir danken vor allem der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die das SAVE-Panel finanziert. Wir danken ebenso dem Land Baden-Württemberg und dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft für die Grundfinanzierung des MEA.

Der folgende Text basiert auf meiner Bachelorarbeit, die im August 2010 am Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing verfasst wurde. Ich möchte Herrn Prof. Börsch-Supan und Herrn Dr. Martin Gasche für die exzellente Betreuung und für die wertvollen Hinweise und Ratschläge sehr herzlich danken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“	4
2.1. Definition	4
2.2. Schwere Behinderung und Abhängigkeit als Proxy für Pflegebedarf	5
2.3. Pflegebedürftigkeit in anderen nationalen Pflegesystemen.....	7
3. Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle seit Einführung der Pflegeversicherung	10
3.1. Zahl der Leistungsempfänger	11
3.2. Leistungsempfänger nach Leistungsart und Pflegestufen	11
3.3. Leistungsempfänger nach Geschlecht und Alter	14
4. Entwicklung der Pflegeversicherungsausgaben	15
5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten	18
5.1. Definition	18
5.2. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten in Deutschland	19
5.3. Pflegefallwahrscheinlichkeiten nach ambulant und stationär und Pflegestufen.....	27
5.4. Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf.....	30
5.4.1. Theoretische Grundlage	31
5.4.2. Ergebnisse einzelner Studien	35
5.5. Einflussfaktoren auf die Pflegefallwahrscheinlichkeit	43

5.5.1. Medizinisch-epidemiologische Einflussfaktoren	44
5.5.2. Weitere Einflussfaktoren: sozio-ökonomischer Status und Reformierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes	47
6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060	49
6.1. Vorstellung der Szenarien	49
6.1.1. Status quo-Szenario.....	50
6.1.2. Szenarien bei sinkender Pflegewahrscheinlichkeit	51
6.1.3. Szenarien bei steigender Pflegewahrscheinlichkeit	55
6.2. Ergebnisse der Projektionen zu den Pflegefallzahlen in der SPV	56
6.2.1. Status quo-Szenario.....	60
6.2.2. Szenarien bei sinkender Pflegewahrscheinlichkeit	60
6.2.3. Szenarien bei steigender Pflegewahrscheinlichkeit	62
6.3. Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung	66
6.3.1. SPV-Ausgaben bei konstanten durchschnittlichen Ausgaben pro Pflegebedürftigen	67
6.3.2. SPV-Ausgaben bei steigenden durchschnittlichen Ausgaben pro Pflegebedürftigen	69
6.4. Notwendige Pflegewahrscheinlichkeiten für einen konstanten Pflegeversicherungsbeitragssatz	76
7. Zusammenfassung	87
 Literatur	 90
Anhang	96

1. Einleitung

Die Lebenserwartung der Menschen steigt, die Geburtenrate sinkt. Deutschland befindet sich in einem „doppelten“ Alterungsprozess, der unaufhaltsam erscheint. Während die Gruppe der Hochbetagten in den kommenden Jahrzehnten stetig wachsen wird, nimmt die Zahl der jungen Menschen zeitgleich ab. Die damit einhergehenden Veränderungen führen zu großen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Besonders betroffen von diesem Alterungsprozess ist der Pflegebereich, da die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, stark altersabhängig ist.

Was bedeuten die zunehmende Alterung der Gesellschaft und der Zugewinn an Lebensjahren für die Anzahl der Pflegefälle und die Pflegeversicherungsausgaben? Bei einer Analyse dessen kommt es nicht nur auf die demographischen Veränderungen an. Die Pflegewahrscheinlichkeit (beziehungsweise Pflegeprävalenzrate) in einem bestimmten Alter und die entsprechend altersspezifische Inanspruchnahme von Pflegeleistungen spielen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Pflegefallzahlen und der Bestimmung der Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Inwiefern die Pflegeversicherungsausgaben nun von der Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeiten abhängen, soll in dieser Arbeit anhand von Projektionsmodellen untersucht werden.

Die Arbeit beginnt mit einer Begriffsdefinition von „Pflegebedürftigkeit“ (Abschnitt 2) und analysiert zunächst die aktuellen Zahlen der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung im Vergleich zu den Zahlen aus den vergangenen Jahren (Abschnitt 3), sowie die Entwicklung der Pflegeversicherungsausgaben (Abschnitt

1. Einleitung

4). In der weiteren Untersuchung werden die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf genauer betrachtet (Abschnitt 5). In vielen Studien geht man für Projektionen der Pflegefallzahlen vereinfachend von einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit aus. Hier stellt sich die Frage, ob die steigende Lebenserwartung tatsächlich keine Auswirkung auf das Pflegerisiko hat. In diesem Zusammenhang gibt es zwei sich widersprechende Thesen. Während die Medikalisationsthese davon ausgeht, dass die erhöhte Lebenserwartung zu einer Verlängerung der Pflegebedürftigkeitsphase und damit einer höheren altersspezifischen Prävalenz führt, nimmt die Kompressionsthese an, dass die hinzugewonnenen Jahre in Gesundheit verbracht werden und die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit damit in Zukunft sinken wird. Nachdem ein Überblick über die theoretische Grundlage gegeben wird, stellt die Arbeit ausgewählte Studien und ihre Ergebnisse zu der Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeiten vor und diskutiert einzelne Einflussfaktoren für die Pflegeprävalenz.

Schließlich wird in Abschnitt 6 auf Grundlage von Projektionsmodellen eine Sensitivitätsanalyse der Pflegefallzahlen und Pflegeversicherungsausgaben für unterschiedliche Annahmen zur Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit durchgeführt. Bisherige Untersuchungen konnten nur unbefriedigend die Frage beantworten, ob im Zuge der steigenden Lebenserwartung die Pflegewahrscheinlichkeiten sinken oder steigen werden. Entsprechend werden für die einzelnen Szenarien konstante, steigende oder sinkende Prävalenzraten unterstellt, ebenso werden die Größe der Änderungsraten und die Dauer des anzunehmenden Trends variiert. Zuletzt wird der Frage nachgegangen, wie stark die Pflegewahrscheinlichkeiten in Zukunft

sinken müssen, wenn der Pflegeversicherungsbeitragssatz konstant gehalten werden soll. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse ab.

2. Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“

2.1. Definition

Die entscheidende Größe für die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung ist die Anzahl der Pflegefälle, genau genommen die Anzahl der Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist und die die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch erfüllen. Diese Anzahl bestimmt grundlegend die Pflegefallwahrscheinlichkeit. Pflegebedürftig sind laut §14 (1) SGB XI „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“.¹

Je nach Umfang des individuellen Hilfebedarfs in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität werden die Pflegebedürftigen den drei verschiedenen Pflegestufen (I, II, III) zugeordnet. Die Pflegestufe bestimmt die Höhe der erhaltenen Pflegeleistungen. Die Einstufung in erheblich pflegebedürftig (I), schwerpflegebedürftig (II) oder schwerstpflegebedürftig (III) erfolgt anhand der Häufigkeit und der Dauer der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§15 SGB XI).² Besteht zu den Kriterien der Pflegestufe III zusätzlich ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand, so gibt es die

¹ Für genaue Definitionen der hier verwendeten Begriffe „Krankheit“, „Behinderung“, „Hilfe“ und „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtung“ siehe §14, Absatz (2)-(4) SGB XI.

² Vgl. §15, Absatz (1),(3) SGB XI.

2.2. Schwere Behinderung und Abhängigkeit als Proxy für Pflegebedarf

Möglichkeit der Härtefallregelung mit erhöhten Leistungen. Daneben gibt es seit der Pflegereform 2008 die sogenannte „Pflegestufe 0“, die für jene Personen vorgesehen ist, die die Voraussetzungen zur Pflegestufe I nicht erfüllen, aber dennoch im Alltag erheblich eingeschränkt sind.³ Hierunter fallen insbesondere psychisch oder demenziell erkrankte Menschen.

2.2. Schwere Behinderung und Abhängigkeit als Proxy für Pflegebedarf

Das Niveau der Abhängigkeit (level of dependency) in der Bevölkerung bzw. unter den Pflegeversicherten bestimmt den Pflegebedarf innerhalb des Pflegesystems. Um die Abhängigkeitsquoten quantifizieren und ihre zukünftige Entwicklung abschätzen zu können, benutzen empirische Studien oftmals „schwere Behinderung“ (severe disability) als Proxy für den Pflegebedarf.⁴ In der Regel wird bei Behinderung zwischen den Niveaus schwere Behinderung/Pflegebedürftigkeit, moderate oder keine Behinderung unterschieden. Die Schwere der Behinderung wird in der Regel anhand von sogenannten Activities of Daily Living (ADL)-Einschränkungen festgestellt. Das Konzept von Activities of Daily Living wurde zuerst von Katz et al. (1963) entwickelt und umfasst nach OECD-Definition (2005) eigenpflegerische alltägliche Verrichtungen wie sich Waschen, An- und Auskleiden, Essen, selbstständiges Aufstehen und Hinlegen, Bewegung, Toilettengang sowie Kontinenz. Individuen, die bei mindestens einer dieser Aktivitäten des

³ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 2008.

⁴ Vgl. Jacobzone, S., Cambois, E. and Robine, J. M. (2000).

2. Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“

täglichen Lebens Einschränkungen erfahren, werden mit „schwerer Behinderung“ eingestuft. Die Untersuchung von Pflegebedarf und Trends von Abhängigkeitsniveaus/-quoten mithilfe dieser ADL Einschränkungen erlaubt eine Vergleichbarkeit der vorhandenen Daten aus unterschiedlichen Ländern zu Behinderungsprävalenz im Alter.

Schwere Behinderung stellt einen plausiblen Grund für den Bedarf an Pflege dar und dürfte somit ein sinnvolles Proxy sein.⁵ Zudem gibt es noch ein methodisches Argument für die Verwendung von schwerer Behinderung als Messgröße für Pflegebedarf. Lafortune et al. (2007) stellen in ihrer Studie fest, dass bei Umfragen und Begutachtungen die Informationen über die eigene Hilfe- und Pflegebedürftigkeit am zuverlässigsten von den Personen oder Haushalten angegeben werden, die eine schwere Behinderung aufweisen.

An dieser Stelle darf erwähnt werden, dass deutsche Studien zur Pflegeprävalenz oftmals Daten aus dem sozioökonomischen Panel (SOEP) verwenden, wie z.B. Ziegler, Doblhammer (2005, 2008). Der SOEP Haushaltsfragebogen 2009 stellt den Teilnehmern die Frage: „Gibt es in Ihrem Haushalt jemand, der aus Alters- oder Krankheitsgründen oder wegen einer Behinderung dauernd hilfe- oder pflegebedürftig ist?“ und unterscheidet beim Grad der Hilfebedürftigkeit zwischen den vier Antwortmöglichkeiten: Hilfe bei (1) Besorgungen und Erledigungen außer Haus, (2) Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken, (3) einfacheren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Käm-

⁵ Für eine ausführliche Diskussion des Verhältnisses zwischen Behinderungsniveau und Pflegebedarf siehe World Health Organization (2002): Current and Future Long-Term Care Needs, S. 22, WHO, Geneva.

2.3. Pflegebedürftigkeit in anderen nationalen Pflegesystemen

men und Rasieren, (4) schwierigeren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.⁶

Trotz ihrer Stärken, insbesondere im Hinblick auf den Panelcharakter und den Umfang der vorhandenen Mikrodatensammlung seit 1984, weisen die SOEP-Daten insofern eine Schwäche auf, als sie lediglich Individuen erfassen, die in Haushalten leben. Pflegebedürftige in institutionellen Pflegeheimen werden nicht berücksichtigt. Nur jene SOEP-Teilnehmer, die im Laufe der Jahre in die stationäre Pflege übergegangen sind, werden weiterhin befragt. Dies führt zu verzerrten Bemessungen des gesamtbildlichen „Abhängigkeitsgrades“ bzw. des Pflegebedürftigkeitsgrades der Pflegeversicherten, denn Personen in Pflegeheimen sind tendenziell älter und ebenso pflegeintensiver.⁷ Dies belegen die Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums.⁸ So gehören etwa 20% der Leistungsempfänger in stationärer Pflege der Pflegestufe III an, während es unter den ambulanten Leistungsempfängern nur knapp über 9% sind.

2.3. Pflegebedürftigkeit in anderen nationalen Pflegesystemen

Bei der Auseinandersetzung mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff in der deutschen Sozialen Pflegeversicherung sollte ein Blick auf die Begriffsbestimmung in anderen nationalen Pflegesystemen geworfen werden. Tabelle A im Anhang, entnommen aus dem Gutachten von Wingenfeld et al. (2007) zu Pflegebedürftigkeitsbegriffen und

⁶ DIW (2009): SOEP Fragebogen Haushalt 2009.

⁷ Vgl. dazu auch Zieglmeyer (2010).

⁸ BMG (2009): Statistiken zur Pflege Leistungsempfänger der SPV am Jahresende nach Pflegestufen (Zeitreihen 1995-2008).

2. Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“

Einschätzungsinstrumenten, gibt eine Übersicht über die Rechtsgrundlagen und Begriffsbestimmungen der Langzeitpflegesysteme in einzelnen EU-Staaten. Anhand der hier zusammengetragenen Regelungen lassen sich gemäß Wingenfeld et al. vor allem zwei Gemeinsamkeiten feststellen. Zum einen ist die Abhängigkeit von der Hilfe Dritter ein grundlegendes Merkmal für die Begriffsbestimmung der Pflegebedürftigkeit und zum anderen sind die Pflegebedürftigen in der Regel durch vorhandene Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens gekennzeichnet.

Die maßgeblichen Aspekte zur Festlegung der Pflegebedürftigkeit, die in Abschnitt 2.1. dargestellt wurden und in §14 SGB XI aufgeführt sind, bestimmen zentral die Anzahl der Pflegefälle und damit die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland. Sie kennzeichnen das deutsche Pflegesystem und unterscheiden es von den Pflegeregelungen anderer Länder. So sieht die deutsche Pflegeversicherung keine Altersgrenzen für die Leistungsempfänger vor, im Gegensatz zu anderen Pflegesystemen wie z.B. dem französischen, das Pflegeleistungen aus dem nationalen „Allocation Personnalisée d’Autonomie“ nur für in Frankreich ansässige, über 60-Jährige gewährt.⁹ Ebenso wird die Höhe der Leistungsansprüche in Deutschland unabhängig von der individuellen finanziellen Situation des Pflegebedürftigen festgelegt. Ferner merken Wingenfeld et al. an, dass Leistungsansprüche im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung unabhängig vom familiären Umfeld geltend gemacht werden können und dass es dabei ebenso keine Rolle spielt, ob die Pflegeleistung durch professionelle Hilfe in

⁹ Gen Re (2007).

2.3. Pflegebedürftigkeit in anderen nationalen Pflegesystemen

stationären Pflegeheimen erbracht wird oder die Pflegeversorgung durch eine nicht zur Pflege ausgebildete Person in häuslicher Umgebung stattfindet (Wingenfeld et al. (2007), S. 6 und S. 42).

Trotz der unterschiedlichen Definitionen von Pflegebedürftigkeit in den einzelnen nationalen Pflegesystemen kann laut der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ dennoch „von einem gemeinsamen Grundverständnis auf internationaler Ebene gesprochen werden, das sich in den Definitionen wichtiger Organisationen (...) ausdrückt“ (Landtag Nordrhein-Westfalen (2005), S.30). So beinhaltet Langzeitpflege nach der Definition der OECD eine Reihe von Diensten für Personen, die bei der Durchführung alltäglicher Lebensaktivitäten über eine längere Periode hinweg auf Hilfe Dritter angewiesen sind.¹⁰

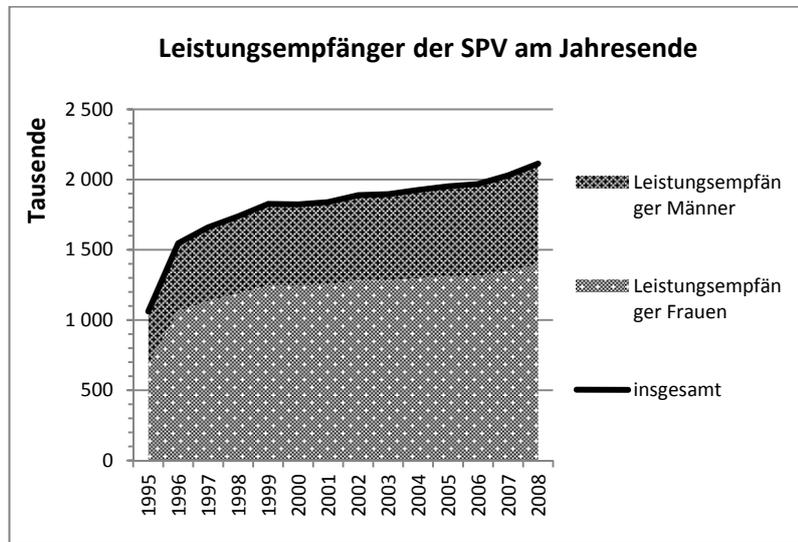
Nichtsdestotrotz können die praktischen Umsetzungen der einzelnen nationalen Pflegesysteme letztlich sehr unterschiedlich sein bezüglich ihres Verständnisses von tatsächlicher Pflegebedürftigkeit. Die Soziale Pflegeversicherung in Deutschland hat im Vergleich zu anderen Systemen relativ strikte Zugangskriterien. Für Pflegestufe I muss der Betroffene mindestens einmal täglich Hilfe bei zwei Verrichtungen des alltäglichen Lebens benötigen, der Tagesaufwand muss dabei im Durchschnitt mindestens 90 Minuten betragen. Es ist erkennbar, dass die sozialrechtliche Definition der Pflegebedürftigkeit einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Ausgaben und den Umfang des sozialen Pflegesystems hat.

¹⁰ OECD (2005).

3. Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle seit Einführung der Pflegeversicherung

3. Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle seit Einführung der Pflegeversicherung

Abbildung 1



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

Zum Jahresende 2009 zählte die Pflegeversicherung in Deutschland insgesamt rund 2,37 Mio. Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nahmen.¹¹ Dabei erhielten etwa 1,63 Mio. (69%) ambulante Pflegeleistungen, rund 0,74 Mio. Leistungsempfänger (31%) befanden sich in stationärer Pflege. Von den 2,37 Mio. Pflegebedürftigen

¹¹BMG (2010): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.

3.2. Leistungsempfänger nach Leistungsart und Pflegestufen

gehörten 2,24 Mio. (94%) der Sozialen Pflegeversicherung an, die Private Pflegeversicherung zählte 131.000 Leistungsempfänger. In dieser Arbeit konzentrieren wir uns auf die Pflegebedürftigen innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung.

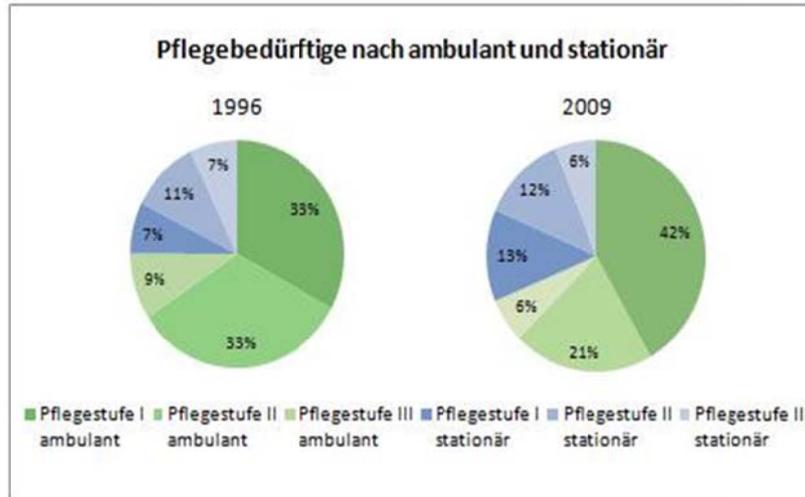
3.1. Zahl der Leistungsempfänger

Seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung nach SGB XI im April 1995 ist die Anzahl der Pflegeleistungsempfänger stetig gestiegen. Während zum Jahresende 1995 die Soziale Pflegeversicherung erst knapp 1,1 Mio. Pflegebedürftige zählte, waren es Ende 1999 schon über 1,8 Millionen. Zwischen den Jahren 1999 und 2009 ist die Anzahl der Pflegebedürftigen um insgesamt 22,8% gestiegen, dies entspricht einem durchschnittlichen Zuwachs von rund 2,1% pro Jahr. Es erscheint an dieser Stelle sinnvoll, die Jahre 1995 bis 1998 auszuklammern, da nach der Einführung der SPV im Jahre 1995 eine gewisse Anlaufphase erforderlich war, bis die betroffenen Pflegebedürftigen ihre Leistungsansprüche geltend gemacht haben.

3.2. Leistungsempfänger nach Leistungsart und Pflegestufen

3. Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle seit Einführung der Pflegeversicherung

Abbildung 2



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

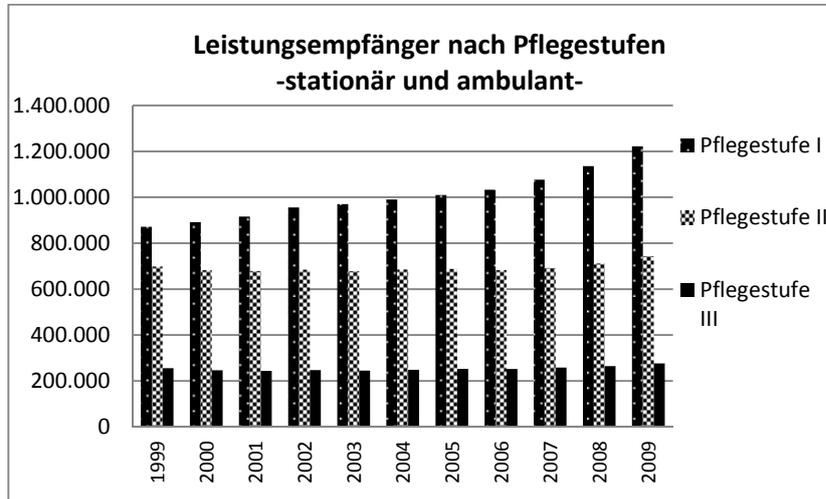
Nach veröffentlichten Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit¹² bezogen zum Ende 2009 rund 1,54 Mio. Pflegebedürftige ambulante Leistungen in der Sozialen Pflegeversicherung. Vollstationäre Pflegeversorgung erhielten 702.000. Darunter erfolgte in rund 79.000 Fällen die Pflege in Einrichtungen für behinderte Menschen. Im ambulanten Bereich ist die Zahl der Pflegebedürftigen von Ende 1999 bis Ende 2009 um 20,4% gestiegen, hingegen betrug die Zunahme der stationär Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum 28,6%. Diese Zahlen weisen auf einen Trend Richtung stationärer Versorgung in der Sozialen Pflegeversicherung hin. Während das Verhält-

¹² BMG (2010): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.

3.2. Leistungsempfänger nach Leistungsart und Pflegestufen

nis zwischen ambulanter und stationärer Pflege bei der Einführung von stationären Leistungen in das deutsche Pflegesystem 1996 bei 3:1 lag (75,1% ambulante und 24,9% stationäre Pflegeleistungsempfänger), liegt das Verhältnis nunmehr bei etwa 2,2:1 (ambulant 68,8%, stationär 31,2%).

Abbildung 3



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

Ende 2009 stellte die Pflegestufe I mit über der Hälfte aller Pflegebedürftigen (54,5%) die bedeutendste Pflegestufe dar. Etwa ein Drittel (33,2%) der Pflegebedürftigen gehörten Pflegestufe II und rund ein Achtel (12,3%) der Pflegestufe III an. Die Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen ist zwischen ambulant und stationär Gepflegten etwas unterschiedlich. Während unter den ambulant Versorgten Pflegestufe I eindeutig mit 60,8% über Stufe II mit 30,3% und Stufe

3. Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle seit Einführung der Pflegeversicherung

III mit 9,0% dominierte, verteilten sich die stationären Leistungsempfänger relativ gleichmäßig auf Pflegestufe I und II mit 40,8% und 39,5% (Pflegestufe III mit 19,6%)¹³. Insgesamt ist der Anteil der Pflegestufe I an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren stetig gestiegen, von zunächst 47,8% in 1999 auf 54,5% im Jahre 2009.

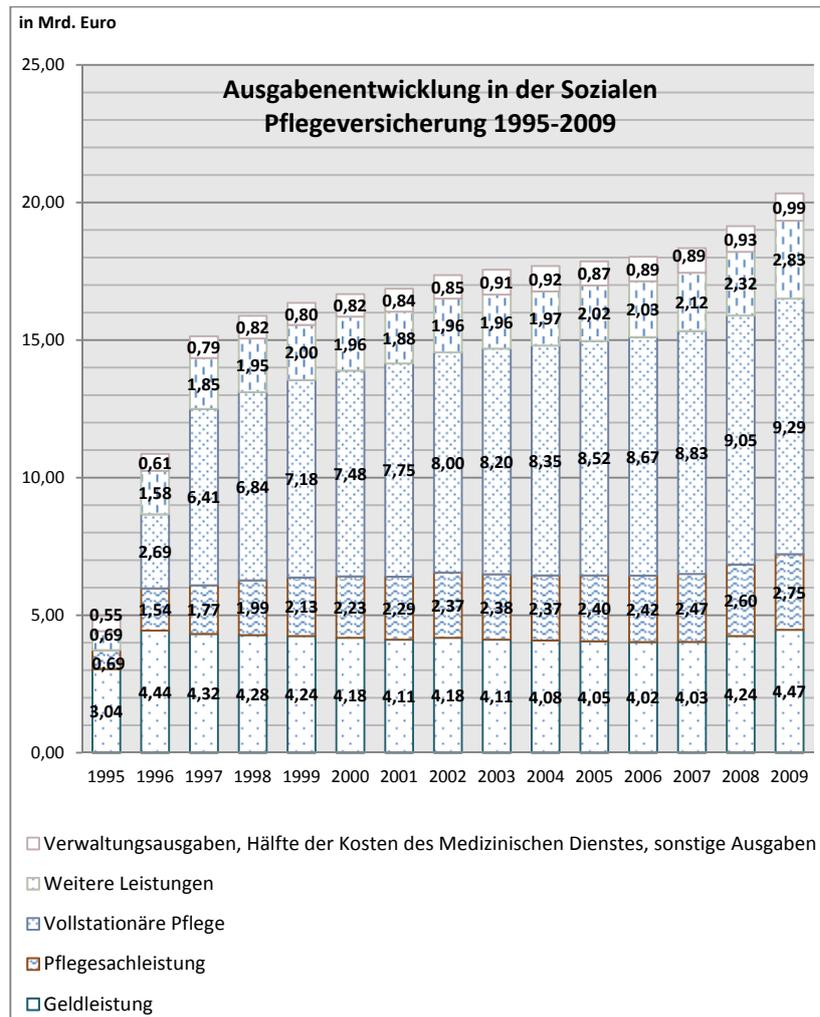
3.3. Leistungsempfänger nach Geschlecht und Alter

Pflegebedürftigkeit betrifft vor allem die höheren Altersklassen. Über die Hälfte (51,3%) aller Pflegeleistungsempfänger in der SPV waren am Jahresende 2008 älter als 80 Jahre. Die Frauen stellen dabei aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung die Mehrheit der Pflegebedürftigen, so waren zum Jahresende 2008 in der Sozialen Pflegeversicherung 66% aller Leistungsempfänger weiblich. Dieses Verhältnis hat sich in den letzten Jahren kaum geändert.

¹³ Anteile addieren sich nicht exakt zu 100% wegen gerundeten Angaben.

4. Entwicklung der Pflegeversicherungsleistungen

Abbildung 4



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

4. Entwicklung der Pflegeversicherungsausgaben

Die Gesamtausgaben der Sozialen Pflegeversicherung lagen im Jahr 2009 bei 20,33 Mrd. Euro. Leistungsausgaben fielen in Höhe von 19,33 Mrd. Euro an. Verwaltungsausgaben, Ausgaben für den Medizinischen Dienst und sonstige Ausgaben schlugen mit 1 Mrd. Euro zu Buche. Bei Betrachtung der Ausgaben nach Leistungsarten wird deutlich, dass gut die Hälfte der Leistungsausgaben auf die vollstationäre Pflege entfiel mit 9,3 Mrd. Euro (48,1%). Geldleistungen in Höhe von 4,5 Mrd. Euro (23,1%) präsentierten den zweitgrößten Posten der Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung. 2,8 Mrd. Euro (14,2%) der Leistungsausgaben wurden in Form von Pflegesachleistungen getätigt.

Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung sind seit ihrer Einführung kontinuierlich gestiegen. Der signifikante Sprung der vollstationären Pflegeleistungen zwischen den Jahren 1996 und 1997 ist darauf zurückzuführen, dass die stationären Leistungen der Pflegeversicherung erst zum 01.07.1996 eingeführt wurden. Entsprechend ist eine vergleichende Betrachtung erst nach diesem Zeitpunkt sinnvoll. Gegenüber 1997 sind die Gesamtausgaben der SPV um 34,3% angestiegen. Sieht man auch hier von den ersten Jahren der Anlaufphase 1995-1998 ab, so errechnet sich ein Anstieg von 24,3% im Vergleich zu 1999.

Die Höhe der Pflegeleistungen je Leistungsart und Pflegestufe ist gemäß der Sozialgesetzgebung bis 2008 unverändert gewesen. Die Erklärung für den stetigen Ausgabenzuwachs in der Sozialen Pflegeversicherung bis 2008 lässt sich entsprechend bei der gestiegenen Zahl der Leistungsempfänger (vgl. 3.1.), der strukturellen Verschiebung bei der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen sowie der veränderten Zusammensetzung der Pflegestufen (vgl. 3.2) finden.

Die differenzierte Betrachtung nach Leistungsarten zeigt auf, dass insbesondere bei der vollstationären Pflege, bei den Pflegesachleistungen und bei den weiteren Leistungen ein Ausgabenzuwachs zu verzeichnen ist. Im Unterschied zu 1999 nahmen die Ausgaben für vollstationäre Pflege und Pflegesachleistungen um jeweils knapp 30% zu. Ausgaben für weitere Leistungen stiegen im Zeitraum von 1999 bis 2009 um etwa 42%, wobei der Ausgabenzuwachs insbesondere bei teilstationären Leistungen zu beobachten ist. Die Ausgaben für Geldleistungen sind gegenüber den Anfangsjahren der Pflegeversicherung hingegen nahezu konstant geblieben, bis 2006/2007 kann man gar von einem kleinen Rückgang sprechen.

Mit der Pflegereform 2008 sind jedoch auch die Ausgaben für Geldleistungen in Folge der Anhebung des Pflegegeldes gestiegen. Insgesamt ist der deutliche Zuwachs an Ausgaben in den Jahren 2008 und 2009 auf die Pflegereform zurückzuführen. Sowohl ambulante Sachleistungen als auch stationäre Leistungen wurden schrittweise angehoben. Verbesserte Kurzzeitpflege, wie auch Tages- und Nachtpflege führten ebenso zu signifikanten Ausgabenzuwächsen in diesen zusätzlichen Leistungsbereichen.

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

5.1. Definition

Die Anzahl pflegebedürftiger Personen in einer bestimmten Alters- und Geschlechtsklasse lässt sich durch die Multiplikation der entsprechenden alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeit (w_{ij}) mit der jeweiligen (gegebenenfalls vorausberechneten) Bevölkerungszahl in dieser Geschlechts- und Altersklasse (B_{ij}) ermitteln. Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (P_G) wird dann über die Addition der Pflegebedürftigen beider Geschlechter über alle Altersklassen hinweg bestimmt. Pflegefallwahrscheinlichkeiten (w_{ij}) werden hierbei durch relative Häufigkeiten von Pflegebedürftigen in ihrer Alters- und Geschlechtsklasse geschätzt. P_{ij} ist die zu einem bestimmten Zeitpunkt beobachtete absolute Anzahl an Pflegebedürftigen des Geschlechts i der Altersklasse j , während B_{ij} die erfasste Bevölkerungszahl der entsprechenden Geschlechts- und Altersgruppe zu eben diesem Zeitpunkt angibt.

$$(1) \quad w_{ij} = \frac{P_{ij}}{B_{ij}} \quad \text{mit} \quad i=1,2 \quad \text{Geschlecht}$$

$$(2) \quad P_G = \sum_i \sum_j w_{ij} * B_{ij} \quad j=1, \dots \quad \text{Alter}$$

Nach näherer Betrachtung der bisherigen und aktuellen Pflegeprävalenz in diesem Kapitel wird im späteren Abschnitt 6 der Einfluss von Pflegewahrscheinlichkeiten auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung analysiert. Die Beschränkung der Analyse auf die Soziale Pflegeversicherung wird hierbei vorgenommen, da im Vergleich zur SPV für die Private Pflegeversicherung keine umfangreiche Datengrundlage verfügbar ist und der Großteil der Pflegeleistungsempfänger (95%) der Sozialen Pflegeversicherung angehört.

5.2. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten in Deutschland

Für die Berechnung der Pflegewahrscheinlichkeiten betrachten wir im Folgenden also nur den Versichertenkreis der Sozialen Pflegeversicherung. Rund 85% der gesamten Bevölkerung ist in der SPV versichert. Diese Quote war in den letzten Jahren über die Altersklassen hinweg recht stabil und wird für die weiteren Berechnungen in dieser Arbeit als konstant angenommen. Bezüglich der obigen Formel ergeben sich hier entsprechend folgende Modifikationen:

$$(3) \quad w_{ij} = \frac{P_{ij}}{V_{ij}}$$

$$(4) \quad V_{ij} = 0,85 * B_{ij}$$

$$(5) \quad P_G = \sum_i \sum_j w_{ij} * V_{ij}$$

Um die alters- und geschlechtsspezifische Pflegewahrscheinlichkeit der SPV-Versicherten zu erhalten, wird die beobachtete Anzahl an Pflegefällen in der Sozialen Pflegeversicherung nicht durch die gesamte Bevölkerung B_{ij} der entsprechenden Geschlechts- und Altersklasse geteilt, sondern lediglich durch die Anzahl der SPV-Versicherten (V_{ij}). Diese Zahl wird durch die Multiplikation von B_{ij} mit dem Faktor 0,85 approximiert. Gleichfalls werden zur Bestimmung der Anzahl der Pflegebedürftigen nur die Versicherten in der Sozialen Pflegeversicherung herangezogen.

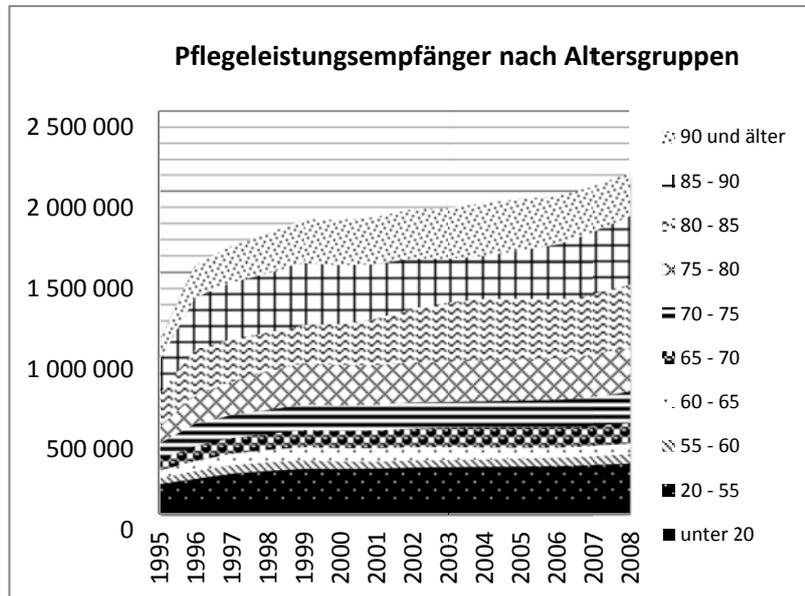
5.2. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten in Deutschland

Mit der wachsenden Zahl der Pflegebedürftigen im Zuge der Alterung ist auch die Pflegequote in Deutschland von 2,6% im Jahr 1999 auf 3,0% zum Jahresende 2008 gestiegen. Abbildung 5 zeigt, dass

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

der Zuwachs in diesem Zeitraum insbesondere auf den Anstieg der Pflegefälle der über 80-Jährigen zurückzuführen ist.

Abbildung 5



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

Pflegebedürftigkeit kann in allen Altersklassen auftreten, entsprechend kennt das deutsche Pflegesystem nach SGB XI keine unteren oder oberen Altersgrenzen. Gleichwohl steigt die Pflegefallwahrscheinlichkeit signifikant mit zunehmendem Alter. Während 2008 die 70-75-Jährigen in der Sozialen Pflegeversicherung im Durchschnitt ein Pflegerisiko von knapp über 5% aufwiesen, waren von den 80-85-Jährigen etwa 20% Pflegeleistungsempfänger. Bei den über 90-Jährigen bezogen sogar mehr als 62% Leistungen von der

5.2. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten in Deutschland

Sozialen Pflegeversicherung (vgl. Abbildung 6). Dass Pflegebedürftigkeit insbesondere die älteren Generationen betrifft, wird von der Tatsache bestätigt, dass der Median-Pflegeleistungsempfänger 2008 zu der Altersklasse 80-85 gehörte. Das bedeutet, dass 50% aller Pflegebedürftigen nach §14 SGB XI dieser oder einer höheren Altersklasse angehörten. Gleichzeitig weist dies auf die zunehmende Bedeutsamkeit des Themas Pflege hin, bedenkt man die fortwährende Alterung der deutschen Gesellschaft mit einer überproportionalen Zunahme der älteren Bevölkerung und rückläufigen Zahlen in den jungen Altersklassen.¹⁴

Die Zunahme des Pflegerisikos mit steigendem Alter belegen beide „Pflegewahrscheinlichkeitstabellen“. Die Pflegewahrscheinlichkeiten in Tabelle 1 wurden anhand von Daten des Bundesministeriums für Gesundheit zur Anzahl der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung errechnet, während die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten in Tabelle 2 auf den Zahlen der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes basieren, die neben den Leistungsempfängern in der SPV auch jene der Privaten Pflegeversicherung umfassen.¹⁵ Wie zu erkennen ist, unterscheiden sich die errechneten Pflegewahrscheinlichkeiten kaum, beide Tabellen weisen

¹⁴ Siehe 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes.

¹⁵ 97% der deutschen Bevölkerung gehören entweder der Sozialen Pflegeversicherung oder der Privaten Pflegeversicherung an. Diese Quote erwies sich in den letzten Jahren als relativ stabil und wird hier als konstant angenommen. Entsprechend würde $V_{ij} = 0,85 * B_{ij}$ Gleichung (4) bei der Berechnung der Pflegewahrscheinlichkeit anhand der Pflegestatistik (SPV+PPV) durch $V_{ij} = 0,97 * B_{ij}$ ersetzt.

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

außerdem für die über 65-Jährigen einen Rückgang in der Pflegeprävalenz auf.¹⁶ Darum werden im weiteren Verlauf die Pflegewahrscheinlichkeiten der SPV betrachtet, wenn keine expliziten Anmerkungen hierzu gemacht werden.

Tabelle 1

Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit "gesamt" SPV (BMG)								
Alter von... bis... Jahren	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	<i>in %</i>	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
unter 20	0,49	0,53	0,57	0,59	0,63	0,61	0,62	0,63
20 - 55	0,33	0,41	0,49	0,53	0,55	0,55	0,56	0,57
55 - 60	0,69	0,93	1,03	1,08	1,12	1,13	1,13	1,15
60 – 65	1,23	1,60	1,69	1,74	1,76	1,72	1,70	1,73
65 – 70	1,98	2,67	2,83	2,95	3,07	2,98	2,92	2,92
70 – 75	3,45	4,74	4,93	5,04	5,23	5,16	5,19	5,32
75 – 80	6,18	9,05	9,56	10,09	10,59	10,32	10,12	10,15
80 – 85	12,57	19,68	20,97	21,64	21,62	20,37	20,03	20,66
85 – 90	22,79	36,22	37,51	38,48	39,63	39,53	40,03	41,03
über 90	35,82	57,78	59,83	61,35	63,16	61,78	61,76	62,47
Gesamt	1,53	2,61	2,38	2,49	2,62	2,61	2,63	2,69

¹⁶ Man beachte die unterschiedliche Klasseneinteilung der Statistiken für die Bevölkerung unter 60 Jahren. Die Unterschiede in der durchschnittlichen Änderungsrate der Pflegeprävalenz sind teilweise auf die unterschiedlichen Betrachtungszeiträume zurückzuführen. Für die SPV wurden die zuletzt veröffentlichten Zahlen aus 2008 berücksichtigt, bei der alle zwei Jahre durchgeführten Pflegestatistik sind die letzten Zahlen hingegen aus dem Jahre 2007.

5.2. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten in Deutschland

Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit "gesamt" SPV (BMG) (Fortsetzung)								
Alter von... bis... Jahren	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1999 zu 2008 Änd. in %	99-08 durchschnittl. jährl. Änd. in %
	in %							
unter 20	0,64	0,64	0,66	0,67	0,68	0,70	11,64	1,23
20 - 55	0,58	0,59	0,60	0,61	0,62	0,65	17,21	1,78
55 - 60	1,16	1,16	1,17	1,17	1,21	1,27	12,97	1,36
60 - 65	1,72	1,71	1,73	1,74	1,77	1,86	5,22	0,57
65 - 70	2,86	2,79	2,74	2,70	2,75	2,87	-6,51	-0,74
70 - 75	5,31	5,25	5,16	5,00	5,00	5,10	-2,52	-0,28
75 - 80	9,97	9,91	9,85	9,81	10,03	10,56	-0,32	-0,04
80 - 85	20,89	20,99	20,63	20,05	20,08	20,38	-5,75	-0,66
85 - 90	40,39	39,04	37,50	36,78	37,55	38,42	-3,07	-0,35
über 90	61,87	61,92	62,22	62,12	62,74	62,73	-0,69	-0,08
Gesamt	2,70	2,75	2,79	2,81	2,90	3,03	15,95	1,66

Quelle: Eigene Berechnung, Grunddaten: BMG.

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

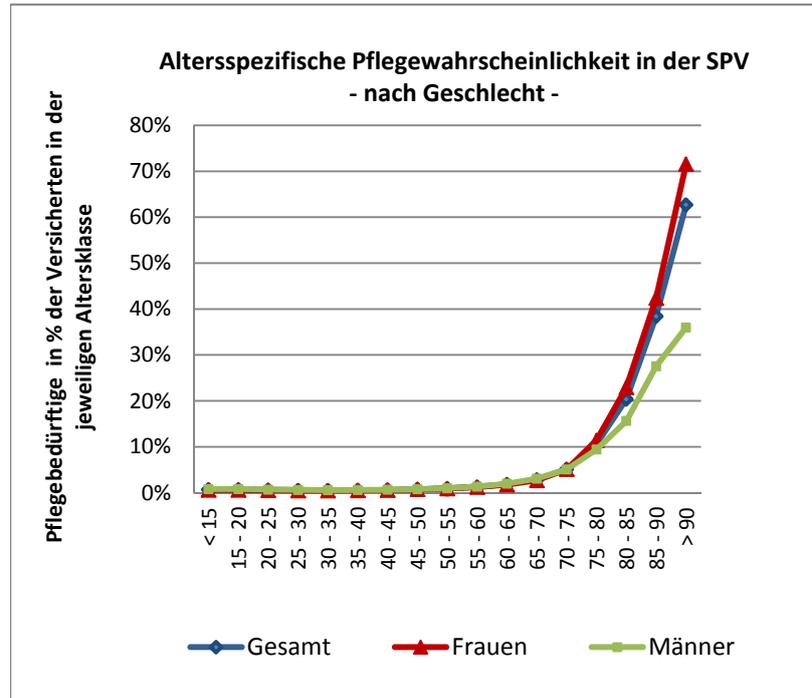
Tabelle 2

Altersspez. Pflegewahrscheinlichkeit "gesamt" SPV+PPV (Pflegestatistik)							
Alter von ... bis ... Jahren	1999	2001	2003	2005	2007	1999 zu 2007 Änd. in %	1999-2007 durch- schnittl. jähr. Änd. in %
	in %						
unter 15	0,55	0,53	0,55	0,55	0,56	1,51	0,19
15 – 60	0,49	0,47	0,49	0,50	0,50	3,86	0,48
60 – 65	1,70	1,62	1,62	1,64	1,64	-3,75	-0,48
65 – 70	3,00	2,85	2,75	2,64	2,62	-12,90	-1,71
70 – 75	5,26	5,19	5,22	5,07	4,85	-7,80	-1,01
75 – 80	10,78	10,34	10,08	9,89	9,95	-7,64	-0,99
80 – 85	22,09	20,48	21,22	20,91	20,01	-9,40	-1,23
85 – 90	39,59	40,77	41,10	37,47	37,21	-6,01	-0,77
über 90	61,62	61,53	61,25	62,07	61,56	-0,09	-0,01
Gesamt	2,48	2,55	2,59	2,66	2,73	10,26	1,23

Quelle: eigene Berechnung, Grunddaten: Pflegestatistik, Statistisches Bundesamt.

5.2. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten in Deutschland

Abbildung 6



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

Beim Vergleich der Pflegewahrscheinlichkeiten zwischen den Geschlechtern lässt sich feststellen, dass ab einem Alter von 75 Jahren Frauen häufiger pflegebedürftig sind als Männer der gleichen Altersklasse. Bis zu etwa 75 Jahren sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Pflegeprävalenz marginal. Dieser Unterschied nimmt jedoch im höheren Alter zu. Der Anteil der pflegebedürftigen Frauen in der Altersklasse 80-85 Jahre liegt um mehr als sechs Prozentpunkte über dem der gleichaltrigen Männer. Bei den über 90-

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

Jährigen macht der geschlechtsspezifische Unterschied sogar über 30 Prozentpunkte aus.

Die Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht im Zeitverlauf kann den Daten der Pflegestatistik entnommen werden. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten der Jahre 1999 und 2007. Für einen detaillierteren Aufschluss über die Entwicklung der Prävalenz in den dazwischen liegenden Jahren siehe Tabelle B-1 bis B-3 im Anhang.¹⁷

Tabelle 3

Alterspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten für Frauen und Männer in 1999 und 2007 (in %)											
- Soziale und private Pflegeversicherung (Pflegestatistik) -											
Altersklassen		< 15	15 - 60	60 - 65	65 - 70	70 - 75	75 - 80	80 - 85	85 - 90	> 90	Insgesamt
Frauen	1999	0,5	0,5	1,5	2,7	5,2	11,0	23,2	41,5	65,3	3,3
	2007	0,5	0,5	1,6	2,5	4,9	10,7	22,2	40,7	68,8	3,6
Männer	1999	0,6	0,5	1,8	3,1	5,0	9,3	17,1	29,1	42,0	1,6
	2007	0,6	0,5	1,7	2,8	4,8	8,9	15,6	27,5	38,9	1,8
Gesamt	1999	0,5	0,5	1,6	2,9	5,1	10,5	21,4	38,4	60,2	2,5
	2007	0,6	0,5	1,6	2,6	4,8	10,0	20,0	37,2	61,6	2,7

Quelle: eigene Berechnungen, Grunddaten: Pflegestatistiken 1999 und 2007, Statistisches Bundesamt.

¹⁷ Die Statistiken des BMG erlauben zwar eine Untersuchung der Pflegewahrscheinlichkeit im Zeitverlauf, aber keine geschlechterspezifische Betrachtung. Entsprechend wird an dieser Stelle die Pflegestatistik herangezogen.

5.3. Pflegefallwahrscheinlichkeiten nach ambulant und stationär und Pflegestufen

Die höhere Lebenserwartung der Frauen¹⁸ und die Tatsache, dass Pflegebedürftigkeit mit dem Alter steigt, erklären alleine nicht die höhere weibliche Pflegeprävalenz. Mögliche Gründe lassen sich in den geschlechtsspezifischen Gesundheitszuständen finden. Es wird beobachtet, dass Frauen im Vergleich zu Männern häufiger von Multimorbidität oder chronischen Krankheiten betroffen sind, die zu Pflegebedürftigkeit führen.¹⁹ Außerdem wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, der die Einstufung für die Versicherten der SPV durchführt, festgestellt, dass Männer seltener Pflegeleistungen beantragen.²⁰ Männliche Pflegebedürftige im hohen Alter können oftmals noch von ihrer eigenen Frau gepflegt werden, da diese in der Regel jünger sind als ihre Partner. Frauen im pflegebedürftigen hohen Alter sind hingegen öfters verwitwet und beantragen entsprechend häufiger Pflegeleistungen.

5.3. Pflegefallwahrscheinlichkeiten nach ambulant und stationär und Pflegestufen

Das Risiko, stationär pflegebedürftig zu werden, ist für alle Altersklassen niedriger als das Risiko der ambulanten Pflegebedürftigkeit. In den jungen Jahren ist die Pflegewahrscheinlichkeit ohnehin sehr niedrig, so dass hier der Unterschied zwischen ambulant und stationär unwesentlich ist. Ab einem Alter von 65 Jahren wird dieser Un-

¹⁸ Die Lebenserwartung der Frauen lag nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2006/2008 bei 82,4 Jahren, während die der Männer bei 77,2 Jahren lag (Statistisches Bundesamt: Sterbetafel 2006/2008).

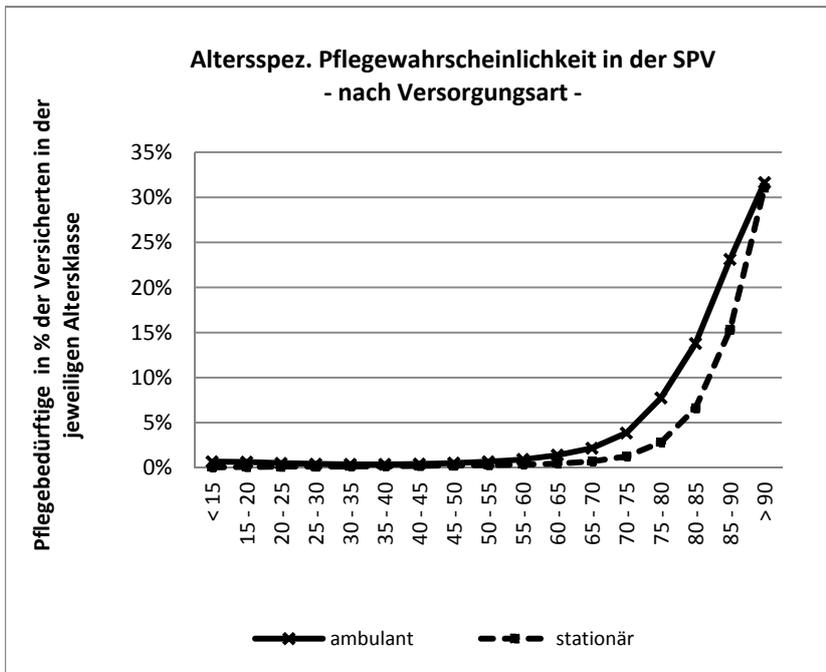
¹⁹ Naumann Murtagh, K., Hubert, H.B. et al. (2004).

²⁰ Wagner, A., Fleer, B. (2007), S.21.

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

terschied signifikanter, wie man an der unteren Abbildung erkennen kann. Die Wahrscheinlichkeit der ambulanten Pflegedürftigkeit ist bis zu dem Alter von 80 Jahren etwa doppelt so hoch. Danach steigt die altersspezifische Pflegeprävalenz im stationären Bereich schneller an als im ambulanten und liegt schließlich für die über 90-Jährigen auf nahezu gleicher Höhe bei jeweils rund 31%.

Abbildung 7



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

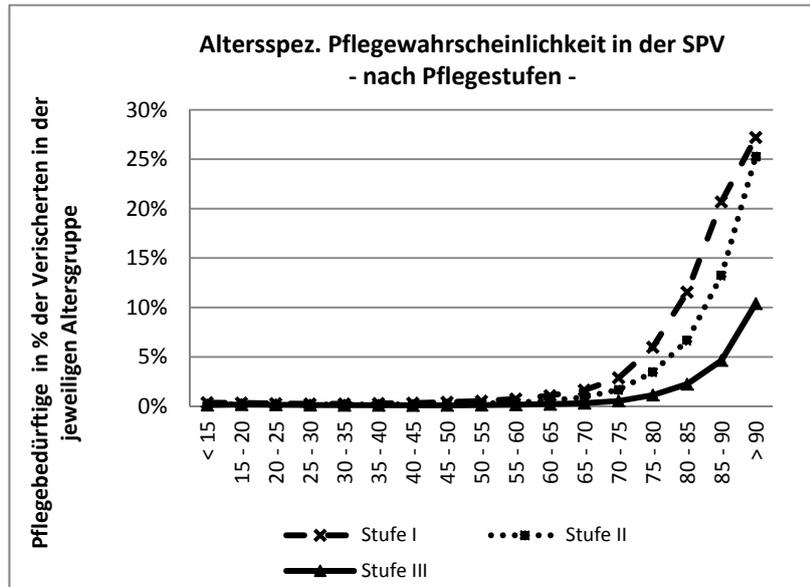
Die Wahrscheinlichkeit, als Pflegebedürftiger der Pflegestufe I gemäß SGB XI §15 anzugehören, ist für durchweg alle Altersklassen

5.3. Pflegefallwahrscheinlichkeiten nach ambulant und stationär und Pflegestufen

höher als das Risiko der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe II und III. Das Verhältnis der Pflegewahrscheinlichkeiten der einzelnen Pflegestufen zueinander bleibt bis zu einem Alter von etwa 85 Jahren relativ stabil. Danach steigt jedoch das altersspezifische Risiko für die Pflegestufen II und III deutlich schneller als die Pflegewahrscheinlichkeit für Stufe I. Die schwerwiegendere Pflegebedürftigkeit nimmt mit dem Alter zu, womit auch eine Erklärung für die überproportionale Zunahme der stationären Pflegewahrscheinlichkeit in den ganz hohen Altersklassen gefunden ist: Die zunehmende Einschränkung mit steigendem Alter, die sich in der erhöhten Prävalenz in den Stufen II und III äußert, kann seltener durch eine ambulante Pflegehilfe versorgt werden, der Anteil der stationär Pflegebedürftigen steigt.

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

Abbildung 8



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

5.4. Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf

Betrachtet man die Zahlen der Sozialen Pflegeversicherung, so ist die Gesamt-Pflegequote in Deutschland zwischen den Jahren 1999 und 2008 durchschnittlich um 1,6% pro Jahr von 2,6% auf insgesamt 3,0% gestiegen. Kann hier von einer tatsächlich zunehmenden Pflegeprävalenz gesprochen werden oder sind die Pflegewahrscheinlichkeiten in einzelnen Altersklassen sogar fallend? Ist der beobachtbare Trend auf rein demographische Effekte zurückzuführen? Welche Rolle spielt die veränderte Altersstruktur und die erhöhte Lebenserwartung? Eine erste Analyse zeigte oben bereits, dass es

5.4. Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf

altersspezifische Unterschiede bei den Pflegefallwahrscheinlichkeiten gibt. Verschiedene Studien nahmen sich diesen und ähnlichen Fragestellungen an und untersuchten die Trends in Pflegewahrscheinlichkeiten. Bevor einige Studien und deren Ergebnisse vorgestellt werden, gibt der nächste Abschnitt zunächst einen Überblick über die drei wichtigsten Thesen, die die möglichen Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit im Alter beschreiben.

5.4.1. Theoretische Grundlage

Alle drei folgenden Thesen - Medikalisierungsthese, Kompressions- these und „dynamisches Gleichgewicht“ - wurden ursprünglich im Zusammenhang mit der Frage entwickelt, wie sich die erhöhte Lebenserwartung auf Morbidität auswirken wird. In der vorliegenden Arbeit werden sie jedoch im Bezug zu ihren Implikationen für die Entwicklung der altersspezifischen Prävalenz der Pflegebedürftigkeit dargestellt. Pflegebedürftigkeit resultiert aus Morbidität und Behinderung. Die Frage nach der zukünftigen Entwicklung von Morbidität und Pflegeprävalenz sind also sehr ähnlich, jedoch nicht gleichzusetzen, denn Krankheit muss nicht unmittelbar zu Pflegebedürftigkeit führen. Nichtsdestotrotz bilden die folgenden Thesen eine sinnvolle theoretische Grundlage für die Diskussion der möglichen zukünftigen Entwicklungen der Pflegewahrscheinlichkeit.

Die Medikalisierungsthese, die von Gruenberg (1977) und Verbrugge (1984) geprägt wurde, ist ebenfalls bekannt als Expansionsthese und geht davon aus, dass die steigende Lebenserwartung zu einer höheren relativen Pflegebedürftigkeit führt. Der medizinisch- technologische Fortschritt ermöglicht, dass auch nicht gesunde,

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

pflegebedürftige Menschen ein hohes Lebensalter erreichen. Dies hat jedoch zu Folge, dass medizinische und pflegerische Leistungen nicht nur länger, sondern auch in größerem Ausmaß in Anspruch genommen werden. Wenn die altersspezifische Morbidität im Wesentlichen unverändert bleibt, so ist der Zugewinn an Lebensjahren also mit einer Verlängerung der Krankheitsphase verbunden.

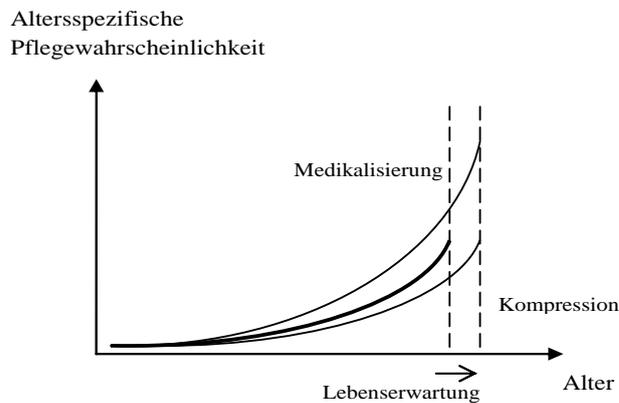
Bezogen auf die Pflegeprävalenz würde das einer Verlängerung der Pflegebedürftigkeitsphase entsprechen. Ältere Patienten haben bessere Überlebenschancen. Im Durchschnitt bedeutet dies aber, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung sich verschlechtert, woraus eine erhöhte altersspezifische Pflegeprävalenz folgt. Die Pflegewahrscheinlichkeit steigt insbesondere in den hohen Altersklassen. Infolge der zunehmenden Lebenserwartung nimmt die Klassenstärke dieser Altersklassen zu. Da die Jahre im hohen Lebensalter jedoch gemäß Medikalisierungsthese überwiegend in schlechter Gesundheit beziehungsweise in Pflegebedürftigkeit verbracht werden, nimmt hier die Anzahl der Pflegebedürftigen im Verhältnis zur Bevölkerung zu. Dieser Zusammenhang führt zu einer Linksdrehung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeits-Kurve beziehungsweise, graphisch gesprochen, zu einer Versteilung der Kurve in den höheren Altersgruppen.

Demgegenüber steht die Kompressionsthese von Fries (1980). Der Zugewinn an Lebensjahren steht demnach im Zusammenhang mit einer relativen Verkürzung der in Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit verbrachten Phase. Es wird angenommen, dass sich die erhöhte Lebenserwartung im Zusammenspiel mit zunehmenden Präventionsmaßnahmen positiv auf den Gesundheitszustand im hohen Alter auswirkt. Infolgedessen werden schwere gesundheitliche Beein-

5.4. Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf

trächtigungen und das Risiko, in Pflegebedürftigkeit zu geraten, in ein höheres Alter verschoben. Das Ausmaß dieser Verschiebung ist dabei größer als der Anstieg der Lebenserwartung, so dass die Krankheits- beziehungsweise Pflegephase auf die Zeit unmittelbar vor dem Tod komprimiert wird. Das altersspezifische Krankheits- oder Pflegerisiko nimmt erst kurz vor dem Tod sprunghaft zu. Mortalität und Morbidität verändern sich hier im Gleichschritt. Das Pflegerisiko wird weniger durch das Alter, sondern durch den nun später eintretenden Tod bestimmt. Demzufolge führt der Zugewinn an Lebensjahren bei der Kompressionsthese zu sinkenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten. Graphisch bedeutet dies eine Drehung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeits-Kurve nach rechts-unten. Abbildung 9 stellt die Implikationen der Thesen für die Pflegewahrscheinlichkeit schematisch dar.

Abbildung 9



Quelle: eigene Darstellung.

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

Zuletzt sei das „Dynamische Gleichgewicht“ von Manton (1982) erwähnt. Hierbei wird angenommen, dass die dazu gewonnenen Lebensjahre zwar mit Pflegebedürftigkeit verbunden sein mögen, jedoch ginge mit der erhöhten Lebenserwartung eine Verschiebung der Pflegebedürftigkeit von schwerer hin zu weniger schwerer Bedürftigkeit einher. Der Grad der Pflegebedürftigkeit nimmt im Durchschnitt ab. Die Phase schwerer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verringert sich, während die Jahre in leichter Pflegebedürftigkeit zunehmen können. Man spricht von einem dynamischen Gleichgewicht aufgrund der Medikalisierung von „leichter“ und der zeitgleichen Kompression von „starker“ Pflegebedürftigkeit.

In der Forschung werden neben den ersten beiden idealtypischen Ansichten ebenso weitere Zwischenpositionen vertreten. Robine, Mormiche, Sermet (1998) stellen zum Beispiel für Frankreich fest, dass die Prävalenz einzelner chronischer Krankheiten zwischen den Jahren 1981-1991 zwar anstieg, die Pflegebedürftigkeit jedoch in demselben Zeitraum gesunken ist. Aufgrund der besseren Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten im Laufe der Zeit wurden die Patienten durch ihre Erkrankungen weniger eingeschränkt. In vielen bisherigen Projektionen wird hingegen oftmals vereinfachend angenommen, dass die zukünftige altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit trotz der zu erwartenden stetigen Zunahme der Lebenserwartung auf dem heutigen Niveau bleiben wird. Man spricht hier auch von der Status quo-Hypothese. Man wird zwar beobachten, dass sich die absolute Anzahl an pflegebedürftigen Leistungsempfängern erhöhen wird, jedoch ist dieser Anstieg auf die veränderte Altersstruktur zurückzuführen und nicht auf veränderte Pflegefallwahrscheinlichkeiten. Ein größerer Anteil der Bevölkerung wird den höheren Altersklassen angehören und begründet die erhöhte Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, wobei die Änderung aber

5.4. Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf

gemäß dem heutigen Profil der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten erfolgt.

5.4.2. Ergebnisse einzelner Studien

Die OECD veröffentlichte 2007 eine ausführliche Studie zu schwerer Behinderung (severe disability) von über 65-Jährigen und zeigt für 12 OECD-Länder²¹ die in den letzten Jahren zu beobachteten Trends auf.²² Schwere Behinderung wird hierbei von den Autoren als Einschränkung in mindestens einer alltäglichen Verrichtung definiert (Activities of Daily Living = ADL, siehe Abschnitt 2). Die Untersuchung basiert auf der Annahme, dass schwerwiegende ADL-Einschränkungen mit Pflegebedarf eng verbunden sind. Für die Analyse ziehen die Autoren vorhandene Daten aus nationalen Umfragen heran, die so weit wie möglich der obigen Definition von schwerer Behinderung genügen. Nichtsdestotrotz sind Aussagen über Gemeinsamkeiten oder Unterschiede im *Niveau* der Pflegewahrscheinlichkeit nur begrenzt möglich aufgrund teils unterschiedlicher Definitionen von Pflegebedürftigkeit und Umfragemethodik bei den nationalen Datenerhebungen.

Der Prozentsatz der Personen mit eigener Angabe von mindestens einer ADL-Einschränkung unter den über 65-Jährigen variiert von etwa 10% in Kanada oder Finnland bis rund 16% in den USA. Dennoch können einige Feststellungen bezüglich des *Trends* der Pflegewahrscheinlichkeit gemacht werden. Im Ergebnis gibt es fünf

²¹ Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Japan, Kanada, Niederlande, Schweden, USA.

²² Lafortune et al. (2007).

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

Länder (Dänemark, Finnland, Italien, die Niederlande und die USA) mit fallenden, drei (Belgien, Japan, Schweden) mit steigenden und zwei (Australien, Kanada) mit konstanten Raten von schwerer Behinderung. Bei den restlichen beiden Ländern - Frankreich und Großbritannien - konnte wegen der Datengrundlage keine eindeutige Aussage getroffen werden. Der durchschnittliche Rückgang der Behinderungsrate liegt bei den erst genannten Nationen bei Betrachtung der vergangenen 10-20 Jahre bei etwa 1-2% pro Jahr. Die drei Länder, die eine steigende Rate in den letzten 5-10 Jahren aufweisen, erfuhren einen durchschnittlichen Anstieg von jährlich etwa 2-3%.

In einer früheren OECD-Studie von Jacobzone, Cambois und Robine (2000) wurde anhand von internationalen Daten aus den 90er Jahren aufgezeigt, dass in fast allen untersuchten OECD Staaten (so auch in Deutschland) fallende Raten von schwerer Behinderung und eine entsprechend rückläufige altersspezifische Pflegeprävalenz beobachtet werden kann. Dieses Ergebnis unterstützt die Kompressionsthese.

Hackman und Moog (2009) verdeutlichen mithilfe eines Stromgrößenmodells, welche einzelnen Effekte für eine Zu- oder Abnahme der Pflegeprävalenz zusammen kommen müssen. Im Gegensatz zu der üblichen Annahme von durchschnittlich sinkenden Mortalitätsraten unterscheiden die Autoren bei ihrer Analyse sehr genau zwischen der Mortalitätsrate von Pflegefällen und Nicht-Pflegefällen. Nach ihren Modellgleichungen beeinflussen Inzidenzrate (Anzahl an neuerkrankten Pflegefällen) und Mortalitätsrate der Nicht-Pflegefälle die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit positiv, letzteres wegen des erhöhten Anteils der Pflegefälle in der gesamten Bevöl-

5.4. Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf

kerung. Die Mortalitätsrate der Pflegefälle weist hingegen einen negativen Effekt auf die Pflegeprävalenz auf, da der relative Anteil der Nicht-Pflegefälle hier steigt. Zwischen der heutigen und der zukünftigen Prävalenzrate im Folgejahr besteht ein positiver Zusammenhang. Es ist also erkennbar, dass bei Aussagen über die Entwicklung der Pflegeprävalenz stets die wechselwirkenden Effekte berücksichtigt werden müssen und es entscheidend ist, welcher Effekt überwiegt. Unter Berücksichtigung dessen kommen Hackman und Moog zu dem Ergebnis, dass die Pflegewahrscheinlichkeit im Versichertenkreis der SPV im Zeitraum von 1999 bis 2006 demographiebereinigt um insgesamt etwa 2% gesunken ist. Die Inzidenzrate ist nach ihren Berechnungen von 1998 bis 2006 demographiebereinigt um 16% gesunken. Allerdings wird von Hackman und Moog angemerkt, dass diese Änderung vermutlich nicht komplett durch einen verbesserten Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erklären ist, man sollte daneben von einer möglicherweise veränderten Einstufungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ausgehen. Die Autoren stellen nichtsdestotrotz fest, dass sich in den bisherigen Beiträgen in der Literatur mehr Hinweise für die Gültigkeit ihres Ergebnisses einer „leichten“ Kompression als für eine Medikalisierung finden.

Ziegler und Doblhammer (2005) untersuchen anhand von Längsschnittdaten des SOEP die Inzidenz von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich und stellen für den Zeitraum von 1999 bis 2003 einen leichten Rückgang der pflegespezifischen Neuerkrankungen fest. Der Rückgang ist dabei vor allem auf die abnehmenden Inzidenzraten bei den Männern zurückzuführen. Steigende Lebenserwartung geht also mit besserer Gesundheit einher, so dass das Risi-

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

ko der Pflegebedürftigkeit sinkt. Dies könnte als unterstützendes Ergebnis für die Kompressionsthese gewertet werden. Die Autoren wenden allerdings ein, dass für Frauen kaum eine Änderung beobachtet werden konnte und man nicht vollständig ausschließen kann, dass der deutliche Rückgang in der Inzidenzrate der Männer zwischen 1994/95 und 1995/96 mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung 1995 im Zusammenhang steht. Die Autoren äußern die Möglichkeit, dass die Einführung der SPV zu einer veränderten Wahrnehmung der eigenen Pflegebedürftigkeit unter jenen Personen führte, die nach der Sozialgesetzgebung als nicht pflegebedürftig und ohne Leistungsanspruch für die SPV befunden worden sind.

In einer weiteren Studie analysieren Ziegler und Doblhammer (2008) gleichfalls anhand von Daten des SOEP die Inzidenz von Pflegebedürftigkeit für einzelne Alterskohorten in Westdeutschland zwischen den Jahren 1986 und 2005. Als wichtigsten Befund dieser Längsschnittstudie wird festgestellt, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit für jede nachkommende Kohorte, d.h. für spätere Geburtsjahrgänge, sinkt. So hat zum Beispiel die Kohorte mit den Geburtsjahren 1936-1944 bei Ziegler und Doblhammer ein um 42% signifikant niedrigeres Pflegerisiko als die Geburtskohorte 1926-1935. Berücksichtigt man hingegen nur Individuen, die gemäß SOEP-Fragebogen den höchsten Grad der Hilfe bedürfen und entsprechend schwierigere Pflegetätigkeiten erfordern (siehe Abschnitt 2.2), wird kein signifikanter Rückgang des Pflegerisikos beobachtet. Dies könnte die These unterstützen, dass es zwar im Bereich der leichten Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit deutliche Verbesserungen gibt, jedoch keine Minderung des Pflegerisikos bei schwer

5.4. Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf

Pflegebedürftigen - ähnlich dem Konzept des „dynamischen Gleichgewichts“.

Um eine differenzierte Aussage über die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf treffen zu können, führt Pfaff (2010) die jeweiligen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeraten der Jahre 1999-2005 auf die demographische Struktur von 1987 zurück, um so den demographischen Effekt durch die veränderte Altersstruktur heraus zu rechnen. Seine Analyse mithilfe dieser Alters-Standardisierung führt zu einem Ergebnis von fallenden statt steigenden Pflegewahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf. Nach Pfaff's Berechnungen ist die Pflegewahrscheinlichkeit bereinigt um die demographischen Struktureffekte um etwa 3,7% gesunken.

Weitere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich der Auswirkung der erhöhten Lebenserwartung auf den Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung. So zeigen Klein und Unger (2002) für Deutschland, dass der Zugewinn an Lebenserwartung sich auch in einer erhöhten aktiven Lebenserwartung widerspiegelt. Die erhöhte Lebenserwartung ist sowohl mit einer absoluten als auch einer relativen Zunahme von gesunden Lebensjahren verbunden. Die Analyse berücksichtigt nicht nur die Mortalität, sondern auch die Morbidität und kann so eine umfassendere Evaluierung zur „Qualität“ der erhöhten Lebenserwartung liefern. Während für Deutschland insgesamt eine eindeutige Verbesserung des Gesundheitszustands festgestellt werden kann, kommt die Studie für die US-Bevölkerung im Vergleich zu einem weniger optimistischen Ergebnis.

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

Bomsdorf, Babel und Kahlenberg (2010) führen im Rahmen ihrer Pflegebedürftigkeitsprojektionen eine Sensitivitätsanalyse von der Pflegefallzahl auf Fertilität, Mortalität und Migration durch. Dabei stellen sie fest, dass zwischen einer Änderung von Fertilität, Mortalität oder Migration und der daraus resultierenden Änderung der Pflegefallzahl ein nahezu lineares Verhältnis besteht. Infolge eines linearen Schätzmodells kommen sie zu dem Ergebnis, dass eine um ein Jahr erhöhte Geburtslebenserwartung im Jahre 2050²³ zu einer Steigerung der gesamtgesellschaftlichen Pflegewahrscheinlichkeit um 0,29%-Punkten und einem entsprechenden Zuwachs von 0,26 Mio. Pflegebedürftigen führt, wobei dieser Zuwachs nicht als Medikalisation interpretiert werden sollte. Die steigende gesamtgesellschaftliche (nicht altersspezifische) Pflegewahrscheinlichkeit ist vielmehr auf die zunehmende Bevölkerungsdichte in den hohen Altersklassen zurückzuführen. Das Referenzszenario der Autoren für das Jahr 2050 weist 4,05 Mio. Pflegefälle und eine nicht-spezifische Pflegewahrscheinlichkeit von 5,59% auf.

Entsprechend dieser Ergebnisse, die eher das Bild einer „gesunden Alterung“ im Sinne einer positiven Entwicklung der aktiven und gesunden Lebensjahre zeichnen, werden die zugewonnenen Lebensjahre bei Analysen und Projektionen von Pflegefällen oftmals in niedrigere altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten übersetzt. So trifft die OECD-Studie „Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures“ (2006) für ihre Berechnungen die Annahme, dass der Zugewinn an Lebensjahren mit einer „Rechtsver-

²³ im Vergleich zum Referenzwert von 85,5 Jahren, den die Autoren in ihrer Analyse annehmen

5.4. Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitverlauf

schiebung“ der altersspezifischen Pflegeprävalenz um die Hälfte dieser Jahre einhergeht. Steigt die Lebenserwartung einer 65-Jährigen Frau zum Beispiel um zwei Jahre, so erfährt sie eine Verbesserung ihres Pflegerisikos derart, dass sie annahmegemäß nun die altersspezifische Prävalenz einer 64-Jährigen Frau aufweist.

Einen sehr ähnlichen Ansatz wählt auch Rothgang (2001) für seine Projektionen im Endbericht für die Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ des Deutschen Bundestags. Es wird gleichfalls angenommen, dass die Pflegeprävalenz in Zukunft rückläufig sei, da gemäß der Kompressionsthese die Pflegebedürftigkeit bei steigender Lebenserwartung zu einem späteren Zeitpunkt eintritt. Die Verschiebung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit hat einen nicht unerheblichen Effekt auf die Anzahl der Pflegefälle. Nach Rothgangs Berechnungen zufolge, führt eine Verschiebung wie oben beschrieben zu einer deutlich geringeren projizierten Fallzahl von 2,6 - 2,7 Mio. im Jahre 2040 statt 3,0-3,3 Mio. unter Annahme konstanter Pflegeprävalenz. Weitere Studien mit analoger Methode sind Pfaff (2010) und Blinkert, Gräf (2009), wobei sie eine komplette Übersetzung der erhöhten Restlebenserwartung in später auftretende Pflegebedürftigkeit annehmen.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung führt im Jahresgutachten 2007/2008 Beitragssatzprojektionen unter der Annahme von sinkenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten durch. Im Einklang mit der Kompressionsthese werden die Pflegewahrscheinlichkeiten der 70-

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

bis 90-Jährigen dabei bis zum Jahr 2030 um 10% gegenüber dem Niveau von 2006 herabgesetzt.²⁴

Im Vergleich zur Kompressionsthese finden sich deutlich weniger empirische Evidenzen für die Medikalisierungsthese. Cutler und Meara (1999) haben für die USA festgestellt, dass im Zeitraum 1985 bis 1995 die realen Gesundheitsausgaben für 65- bis 69-Jährige um zwei Prozent und für über 85-Jährige um vier Prozent gewachsen sind. Dabei führen sie die Änderung insbesondere auf eine höhere Pflegebedürftigkeit im amerikanischen Gesundheitssystem zurück, was gegebenenfalls für eine Medikalisierung während der untersuchten Jahre im US-Pflegebereich spricht. In einer aktuelleren Studie beobachten Goldman et al. (2005) insbesondere für junge Alterskohorten in den USA eine zunehmende Diabetes-Erkrankung und Fettleibigkeit, zwei Risikofaktoren in Bezug auf Pflegebedürftigkeit²⁵, was auf einen sich verschlechternden Gesundheitszustand hindeutet. Schließlich stellen Werblow, Felder, Zweifel (2007) anhand von schweizerischen Krankenversicherungsdaten fest, dass für die Gesundheitsausgaben nicht das Alter, sondern die Nähe zum Tod entscheidend ist. Dieses Ergebnis für sich würde eher für die Kompressionsthese sprechen. Allerdings zeigen die Autoren, dass dies im Bezug auf die Pflegeausgaben nicht gilt. Auch wenn man in den Schätzungen für den Todeszeitpunkt kontrolliert, existiert zwischen Alter und Pflegeversicherungsausgaben ein positiver Zusammenhang, was nunmehr bei einer steigenden Lebenserwartung eher für eine Medikalisierung im Pflegebereich spricht.

²⁴ Vgl. SVR (2007), Ziffer 304.

²⁵ Siehe Sturm et al. (2004) oder Lafortune et al. (2007).

5.5. Einflussfaktoren auf die Pflegefallwahrscheinlichkeit

Insgesamt gibt es keine eindeutige Evidenz für eine der oben beschriebenen Thesen, wobei für eine Kompression der Morbidität bzw. Pflegebedürftigkeit scheinbar etwas mehr Belege existieren. Die reine Betrachtung der Pflegefallzahlen im deutschen Pflegesystem weist auch eher auf einen Rückgang der Pflegewahrscheinlichkeit in den vergangenen Jahren für die über 65-Jährigen hin (vgl. Tabelle 1 und 2). Trotzdem bedeutet sinkende Pflegeprävalenz nicht unmittelbar eine finanzielle Entlastung für die Ausgaben des gesamten Gesundheits- und Pflegesystems. Vielmehr können steigende Gesundheitsausgaben gar vorausgehende Bedingung für einen Rückgang in der Pflegebedürftigkeit sein. Um den Schweregrad der Pflegebedürftigkeit zu mindern und bisher im Alltag stark eingeschränkten Personen zu selbstständigen Verrichtungen zu verhelfen, benötigt es in der Regel kostenintensive medikamentöse Behandlung, Rehabilitation oder auch technische Hilfsmittel.²⁶

5.5. Einflussfaktoren auf die Pflegefallwahrscheinlichkeit

Es ist sehr schwierig, die einzelnen nicht-medizinischen und medizinisch bedingten Einflussfaktoren separiert zu betrachten. Diese Arbeit hat nicht den Anspruch, eine umfassende Untersuchung aller potentiellen Einflussfaktoren durchzuführen. Nichtsdestotrotz sollen an dieser Stelle einige wichtige chronische Krankheiten und Risikofaktoren aufgeführt werden, die eine bedeutende Auswirkung auf die Pflegeprävalenz haben können, sowie weitere sozio-ökonomische Einflussgrößen.

²⁶ Vgl. Jacobzone, S. (2002).

5.5.1. Medizinisch-epidemiologische Einflussfaktoren

Die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit sind laut Pflegestatistik des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen²⁷ psychische und Verhaltensstörungen, die Demenzerkrankungen einbeziehen und insgesamt 23% der pflegebegründeten Diagnosen darstellen. An zweiter Stelle stehen Krankheiten des Kreislaufsystems mit 17% der Antragsteller. Besonders hervorzuheben ist dabei der Schlaganfall, er betrifft über die Hälfte dieser 17 Prozent. Danach folgen als pflegebegründende Diagnose abnorme klinische Befunde und Laborbefunde mit 14,3% und Muskel-Skelett-Erkrankungen und Krankheiten des Bindegewebes mit 13,9%.

Demenz spielt bei der Betrachtung von Pflegebedürftigkeit eine besondere Rolle, da in der Regel mit zunehmendem Schweregrad und sich verschlechterndem Gesundheitszustand eine Demenz von anfänglicher, gelegentlich notwendiger Pflegehilfe zu völliger Abhängigkeit führt. Man kann also davon ausgehen, dass die stetig zunehmende Zahl von Demenzkranken aufgrund des hohen Pflegeaufwands jedes Patienten eine erhebliche Auswirkung auf die Ausgabenseite des Pflegesystems haben wird.

Nach Studien aus Deutschland und anderen Industrieländern liegt die durchschnittliche Prävalenzrate von Demenzerkrankungen bei über 65-Jährigen zwischen sechs und knapp neun Prozent.²⁸ In Deutschland leiden entsprechend geschätzte 1,1 Millionen ältere

²⁷ Wagner, A., Fleer, B. (2007), S. 21.

²⁸Vgl. Bickel, H. (2008).

5.5. Einflussfaktoren auf die Pflegefallwahrscheinlichkeit

Menschen an Demenz. Die Anzahl der Demenzkranken wird dabei Demographie bedingt zunehmen. Mit der zunehmenden Lebenserwartung vergrößert sich der Kreis der Patienten, die an psychischen oder Verhaltensstörungen wie Demenz leiden und infolge dessen schwere Bewegungseinschränkungen erfahren. Denn ähnlich wie die Pflegeprävalenz steigt auch die Prävalenzrate von Demenz rasant mit dem Alter an. Nach Berechnungen von Bickel (2008) verdoppelt sich die Prävalenzrate im Abstand von etwa 5 Altersjahren. Während 65- bis 69-Jährige lediglich eine Prävalenz von 1,2% aufweisen, leiden rund 24% der 85- bis 89-Jährigen und knapp 35% der über 90-Jährigen an Demenz. Statistisch gesehen erkrankt laut Bickel jeder dritte Mensch, der das Alter von 65 Jahren überschreitet, in seinem weiteren Lebensverlauf an Demenz.

Für die zukünftige Entwicklung der Demenzfälle schätzt Bickel bei Annahme konstanter Prävalenzraten eine Verdopplung der über 65-jährigen Krankheitsfälle auf etwa 2,2 Mio. bis zum Jahr 2040 aufgrund der veränderten Altersstruktur. Bisher gibt es hingegen keine eindeutigen Anhaltspunkte für eine bemerkenswerte Veränderung der Prävalenz von Demenz, Personen gleichen Alters scheinen heutzutage ein ähnlich hohes Demenzrisiko aufzuweisen wie in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten, wobei Lafortune et al. (2007) für Australien eine rückgängige und für Japan und Schweden eine zunehmende Prävalenzrate beobachten konnten. Allerdings sollten verstärkte Forschung und biomedizinische Fortschritte in Prävention und Therapiemaßnahmen Hoffnung geben, dass sich die Prävalenz von Demenz möglicherweise senken lässt.

Nichtsdestotrotz scheint die durchschnittliche Prävalenz einiger anderer chronischer Krankheiten und Risikofaktoren, die zu den

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

häufigsten pflegebedürftigen Diagnosen gehören, im Zeitverlauf eher zuzunehmen statt rückläufig zu sein. Für die über 65-Jährigen stellen Lafortune et al. (2007) für Arthritis, kardio-vaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck und Fettleibigkeit steigende Prävalenzraten fest (siehe Tabelle D-2 im Anhang). Das Problem der Fettleibigkeit im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit untersuchen Sturm et al. (2004) anhand von US-amerikanischen Daten des US Health and Retirement Survey für 50- bis 69-Jährige.²⁹ Zwischen Fettleibigkeit und Pflegebedürftigkeit existiert ein signifikanter Zusammenhang, da Fettleibigkeit einen großen Risikofaktor für die oben genannten chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislaufsystem-Erkrankungen darstellt. Sturm et al. (2004) schätzen, dass bei fortwährendem Trend von Übergewicht in der US-amerikanischen Bevölkerung die Pflegewahrscheinlichkeit in der Altersgruppe 50- bis 69-Jährige ceteris paribus um ein Prozent mehr steigen würde als im Falle ohne weitere Gewichtszunahme. Eine positive Entwicklung ist jedoch im kardio-vaskulären Bereich zu beobachten. Cutler et al. (2006) stellen fest, dass Verbesserungen in der medizinischen Versorgung von kardio-vaskulären Erkrankungen einen signifikanten Anteil an den rückläufigen Pflegebedürftigkeitsraten tragen. Allerdings muss man an dieser Stelle eingewendet werden, dass diese Verbesserungen in der Regel nur möglich sind, wenn zuvor höhere Gesundheitsausgaben getätigt wurden.³⁰ Ob in den nächsten Jahren entscheidende Erfolge bei neuen Behandlungsmethoden von stark altersbedingten Krankheiten wie Demenz

²⁹ Sturm, R., Ringel, J., Andryeva, T. (2004).

³⁰ Vgl. Jacobzone, S. (2002).

5.5. Einflussfaktoren auf die Pflegefallwahrscheinlichkeit

erzielt werden können und wie sich diese neuen Methoden auf die Pflegebedürftigkeit der älteren Generation auswirken werden, bleibt abzuwarten.

5.5.2. Weitere Einflussfaktoren: sozio-ökonomischer Status und Reformierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes

Neben medizinisch-technischem Fortschritt in Form von besseren Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten ist ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Bevölkerung unabdingbar, um einer zunehmenden Erkrankung an pflegebedürftigen Krankheiten vorzubeugen und die zukünftige Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit positiv zu beeinflussen. Dabei wurde in mehreren Studien nachgewiesen, dass zwischen dem Gesundheitszustand und dem Bildungsniveau eines Individuums eine positive Korrelation besteht.³¹ Eine höhere Ausbildung ist in der Regel mit höherem Einkommen, höheren Lebensstandards und gesünderem Lebensstil verbunden. Das Bildungsniveau kann entsprechend als Proxy für den sozio-ökonomischen Status angesehen werden. In diesem Zusammenhang sollten auch die Kovariate niedriges Einkommen und Mietwohnung gesehen werden, die laut Ziegler und Doblhammer (2008) zu einem um 25% bzw. 43% höheren Pflegerisiko führen. Ebenso beeinflussen veränderte Gesellschafts- und Familienstrukturen den Pflegebedarf. Mit der Entwicklung weg von einem generationenübergreifenden Zusammenleben und einer Tendenz hin zur Vereinzelung in der Gesellschaft nimmt das informelle Pflegepotential im persönlichen Umfeld ab und der Bedarf an professioneller Pflegehilfe steigt.

³¹ Siehe z.B. Ziegler, U., Doblhammer, G. (2008).

5. Pflegefallwahrscheinlichkeiten

Für das finanzwissenschaftliche, nicht-medizinische Verständnis von Pflegebedürftigkeit spielt zudem die sozialgesetzgeberische Definition eine nicht zu verachtende Rolle. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI wird von vielen als zu eng und sehr auf somatische Erkrankungen beschränkt empfunden. Bereits im Herbst 2006 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit der „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes“ einberufen. Gemäß dem im Januar 2009 vorgelegten Bericht des Beirats berücksichtigt „der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit allein maßgebende Katalog von Verrichtungen in §14 Abs. 4 SGB XI vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen nicht ausreichend“.³² Zu dieser Gruppe gehören auch die Demenzkranken. Dies begründe Änderungsbedarf. Ferner soll sich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff von einer zeitorientierten Begutachtung abwenden. Findet die Reformierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes in dieser Form statt, so wird die Zahl der Leistungsempfänger deutlich ansteigen. Dies hätte zur Folge, dass die statistische Pflegewahrscheinlichkeit in der Sozialen Pflegeversicherung zunehmen wird.

³² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, Kapitel 3 Empfehlungen des Beirats, S.71.

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

6.1. Vorstellung der Szenarien

Im folgenden Abschnitt soll die langfristige Entwicklung der Pflegefallzahlen und der damit verbundenen Pflegeausgaben mithilfe unterschiedlicher Annahmen bezüglich der zu erwartenden Pflegefallwahrscheinlichkeit in verschiedenen Szenarien projiziert werden. Ausgehend von einem Basisszenario, das auf der Annahme konstanter Pflegefallwahrscheinlichkeiten und einer mittleren Bevölkerungsvorausberechnung basiert, wird die Sensitivität der Pflegeversicherungsausgaben für abweichende Annahmen zur Entwicklung der Pflegefallwahrscheinlichkeiten bestimmt.

Die Analyse konzentriert sich dabei auf den Versichertenkreis der Sozialen Pflegeversicherung aufgrund der hier umfangreicheren und aktuelleren Datenlage im Vergleich zur Privaten Pflegeversicherung. Im vorherigen Abschnitt konnte jedoch bereits gezeigt werden, dass die abgeleiteten Pflegefallwahrscheinlichkeiten aus den Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit mit nur SPV-Versicherten und die errechneten Pflegefallwahrscheinlichkeiten anhand der Pflegestatistik, die demgegenüber sowohl privat als auch sozial Pflegeversicherte umfasst, sehr ähnlich sind. Bei einer Versichertenquote von rund 85% der Bevölkerung in der Sozialen Pflegeversicherung sollten also die Ergebnisse der Projektionen zumindest qualitativ auch auf den Bereich der Privaten Pflegeversicherung auszuweiten sein.

6.1.1. Status quo-Szenario

Das Basisszenario kann aufgrund der Status quo Annahme hinsichtlich der Pflegeprävalenz auch als „naives Szenario“ bezeichnet werden und spiegelt die rein demographischen Effekte bei der Entwicklung der Pflegefallzahlen wider. Die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten bleiben auf dem zuletzt beobachteten Niveau von 2008 in der Sozialen Pflegeversicherung. Als Grundlage für die demographische Entwicklung wird die mittlere Variante der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes herangezogen (Variante 1-W2 „mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze).³³ Diese Variante basiert auf den Annahmen, dass die Geburtenhäufigkeit bis 2060 annähernd konstant bei 1,4 Kinder je Frau liegt und beim Außenwanderungssaldo ein allmählicher Anstieg auf einen jährlichen Saldo von 200000 Personen ab 2020 zu verzeichnen ist. Neugeborene im Jahr 2060 haben annahmegemäß eine Lebenserwartung von 85,0 (Männer) bzw. 89,2 (Frauen) Jahren. Dies ist ein Zuwachs von 7,8 beziehungsweise 6,8 Jahren im Vergleich zu der Lebenserwartung im Zeitraum 2006/2008.

Zur Verdeutlichung der Sensitivität von der zugrundeliegenden Bevölkerungsprognose für die Projektion der Pflegefallzahlen wird neben der Variante „mittlere Bevölkerung“ zusätzlich das Status quo-Szenario mit einer stärker alternden Bevölkerung berechnet (Szenario 1b).³⁴ Bei diesem Szenario „stärkere Alterung“ wird ein

³³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009a).

³⁴ Variante 6-W1 „relativ alte“ Bevölkerung der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung.

6.1. Vorstellung der Szenarien

höherer Anstieg der Lebenserwartung angenommen. Sie beträgt für Männer 87,7 und für Frauen 91,2 Jahre im Jahr 2060. Das sind 10,6 Jahre für Männer bzw. 8,8 Jahre für Frauen mehr als 2006/2008.

6.1.2. Szenarien bei sinkender Pflegewahrscheinlichkeit

Im vorangegangenen Kapitel wurden Studien aufgeführt, die vermuten lassen, dass Alterung nicht unmittelbar mit einem schlechteren Gesundheitszustand der Bevölkerung verbunden sein muss. Die steigende Lebenserwartung kann mit einer besseren Gesundheit einhergehen, in diesem Fall mit einer niedrigeren alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit.

Für die ersten beiden Szenarien mit nicht konstanter Prävalenz wird für die Annahme über die sich verändernde altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit die Entwicklung der Pflegeprävalenz in der deutschen Sozialen Pflegeversicherung im Zeitraum zwischen 1999 und 2007 beziehungsweise zwischen 1999 und 2008 herangezogen. Eine Ausklammerung der Jahre 1995 bis 1998 erscheint zweckmäßig angesichts der Tatsache, dass bei Einführung eines solchen Pflegeversicherungssystems im Jahre 1995 von einer „Anlaufphase“ auszugehen ist. Anhand der veröffentlichten Daten des Bundesgesundheitsministeriums zur Anzahl der Leistungsempfänger in den einzelnen Altersgruppen in der SPV am jeweiligen Jahresende errechnet sich bei Szenario 2a für den Zeitraum 1999-2008 zum Beispiel für die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit in der Altersklasse 65-70 Jahre eine durchschnittliche Änderungsrate von -0,74% pro Jahr, bei den 80- bis 85-Jährigen sind es etwa -0,66% pro Jahr. In der jüngeren Bevölkerung unter 65 Jahren ist hingegen ein leichter Zuwachs der Pflegewahrscheinlichkeit zu verzeichnen. Für

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

die Entwicklung der Pflegefallzahlen sind jedoch die über 65-Jährigen und deren Pflegewahrscheinlichkeit entscheidender, schließlich gehören knapp 80% aller Pflegeleistungsempfänger zu dieser Altersgruppe. Für alle Altersklassen über 65 lässt sich nämlich ein durchschnittlicher Rückgang der Pflegewahrscheinlichkeit feststellen. Dies wäre vereinbar mit der Kompressionsthese und empirischen Befunden von einzelnen bereits erwähnten Studien. Trotz längerer Lebenserwartung ist die ältere Bevölkerung der über 65-Jährigen also bei einfacher Betrachtung der SPV-Statistiken nicht pflegebedürftiger geworden. Einen nicht unerheblichen Einfluss hat jedoch der Zeitraum, den man betrachtet. Für die Jahre 1999 bis 2007 ergibt sich für die über 65-Jährigen im Vergleich ein stärkerer Rückgang der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit. Die schwächere Kompression im Falle der Betrachtung der Jahre 1999 bis einschließlich 2008 ist auf die Erleichterung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und die damit zusammenhängende Ausweitung der Pflegeleistungsempfänger in Folge der Pflegereform 2008 zurückzuführen. Zur Verdeutlichung werden für Szenario 2b die errechneten Änderungsraten vom Zeitraum 1999-2007 bei ansonsten gleichen Annahmen hinsichtlich Demographie und Methodik zugrunde gelegt. Eine Übersicht zu der Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit in der SPV 1995-2008 sowie die jährlich durchschnittlichen Änderungsraten der altersspezifischen Pflegeprävalenz für den betrachteten Zeitraum 1999-2008 sowie für die Jahre 1999-2007 sind in der Tabelle D im Anhang gegeben.

6.1. Vorstellung der Szenarien

Die in Abschnitt 5.4. aufgeführte OECD-Studie „Trends in Severe Disability among Elderly People“ zur Entwicklung der Abhängigkeits- und schweren Behinderungsrate in zwölf OECD Ländern³⁵ lässt Mutmaßungen über einen stärkeren Rückgang der Pflegeprävalenz als in Szenario 2 angenommen zu. Zur Verdeutlichung der Abhängigkeit der Pflegefallzahlen von der angenommenen Entwicklung der Pflegeprävalenz wird in Szenario 3 mit der dort befundenen betragsmäßig größeren Änderungsrate gerechnet. Die OECD Studie weist nach Betrachtung der vergangenen 10-20 Jahre einen durchschnittlichen Rückgang der Behinderungsrate in jenen OECD Nationen mit fallender Prävalenz bei etwa 1-2% pro Jahr auf. Für die Projektion wird im ersten Schritt (Szenario 3a) der mittlere Wert von 1,5% p.a. verwendet. Alternativ betrachten wir die Pflegefallzahlen bei einer konservativeren Annahme über den Rückgang des Pflegerisikos mit 1% pro Jahr in Szenario 3b. Bei beiden Varianten bezieht sich die Änderungsrate nur auf die über 65-Jährigen, für die jüngeren Altersklassen wird eine konstante Pflegewahrscheinlichkeit unterstellt. Zudem wird angenommen, dass der Trend der abnehmenden Prävalenz bis 2030 anhält. Danach bleibt die Pflegewahrscheinlichkeit per Annahme konstant auf dem Niveau von 2030. Da es keine sicheren Befunde darüber gibt, dass der beobachtete Trend der letzten 10-20 Jahre auch tatsächlich weitere 20 Jahre fortgeschrieben werden kann, wird schließlich für Szenario 3c die rückläufige Pflegewahrscheinlichkeit nur bis 2020 angenommen.

Die danach folgenden Szenarien 4a und 4b bieten eine alternative Herangehensweise für die Betrachtung abnehmender Pflegeprä-

³⁵ Lafortune et al. (2007).

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

valenz. Statt der Fortschreibung von den bisher zu beobachteten jährlichen Änderungsraten der Pflegewahrscheinlichkeit, wie in Szenario 2 und 3 gehandhabt, wird die sinkende Pflegewahrscheinlichkeit in Szenario 4 mit einer „Rechtsverschiebung“ der altersspezifischen Pflegeprävalenzkurve gemäß Zugewinn an Lebensjahren modelliert. Im Einklang mit Befunden zu einer „gesunden Alterung“ wird die Veränderung der Pflegewahrscheinlichkeit vom Ausmaß der erhöhten Lebenserwartung der älteren Bevölkerung abhängig gemacht. Dies geschieht durch Übersetzung der erhöhten Restlebenserwartung eines 65-jährigen Mannes bzw. einer 65-jährigen Frau in eine entsprechend niedrigere Pflegewahrscheinlichkeit. Laut der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes können im Jahre 2060 65-jährige Männer mit weiteren 22,3 bzw. Frauen mit 25,5 Jahren rechnen. Im Vergleich zum Zeitraum 2006/2008 sind das 5,2 (Männer) bzw. 5,1 (Frauen) Jahre mehr, was mit einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg der Restlebenserwartung von 0,51% bzw. 0,43% bis zum Jahre 2060 gleichzusetzen wäre. Diese Änderungsraten werden für die „Rechtsverschiebung“ zugrunde gelegt. Dabei werden zwei Varianten berechnet, die sich im Umfang dieser Rechtsverschiebung unterscheiden. In der ersten Variante wird die erhöhte Restlebensdauer zu 100% in eine abnehmende Pflegebedürftigkeit übersetzt, während in der zweiten Variante der Zugewinn an Lebensjahren sich nur zur Hälfte positiv auf die Pflegebedürftigkeit auswirkt. Erhöht sich also die Restlebenserwartung in dem betrachteten Zeitraum um X Jahre, so werden die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten bildlich gesprochen um X (Szenario 4a) bzw. X/2 Jahre (Szenario 4b) nach rechts verschoben.

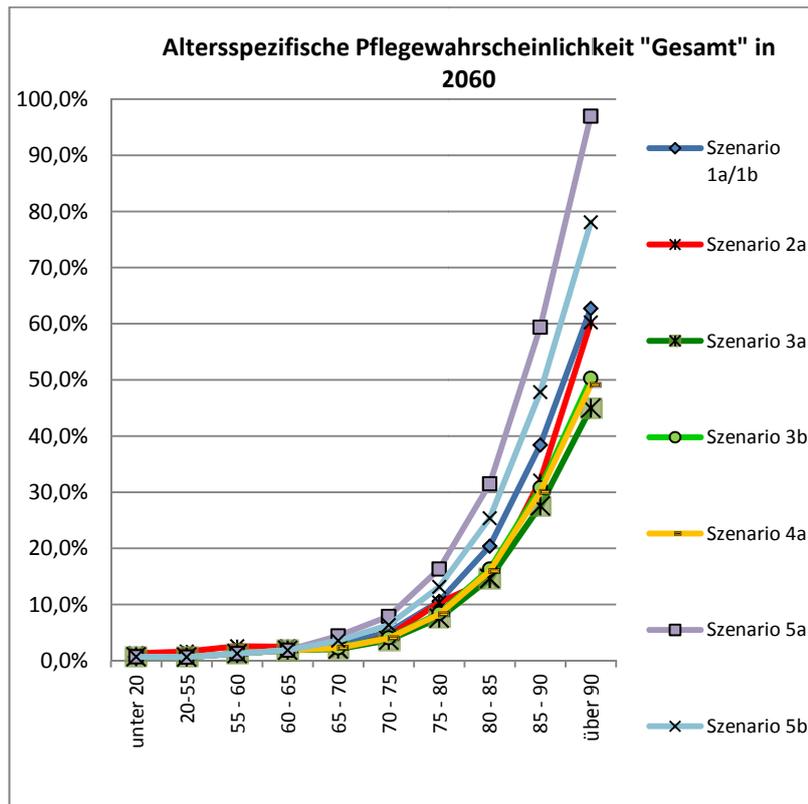
6.1.3. Szenarien bei steigender Pflegewahrscheinlichkeit

Trotz der Hoffnung, dass die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit rückläufig sein wird, kann die Medikalisierungsthese auf dem derzeitigen Forschungsstand nicht uneingeschränkt widerlegt werden. In Szenario 5 wird deshalb die Anzahl der Pflegebedürftigen für den Fall simuliert, dass die steigende Lebenserwartung eben doch zu einer höheren Pflegebedürftigkeit führt. Dabei orientiert sich die hier verwendete Änderungsrate für Szenario 5a in Höhe von +2% p.a. an den Befunden der OECD Studie „Trends in Severe Disability among Elderly People“, wo in drei OECD Ländern eine steigende Prävalenz in den vergangenen Jahren beobachtet werden konnte. Alternativ wird die Entwicklung der Pflegefallzahlen unter Annahme einer geringeren Änderungsrate von +1% projiziert (Szenario 5b). Ähnlich wie in Szenario 3 erfahren auch hier nur die 65-Jährigen eine Änderung in der Pflegewahrscheinlichkeit, der zunehmende Trend wird dabei bis 2030 unterstellt. Danach verharrt die Pflegewahrscheinlichkeit auf dem Niveau von 2030. Für unter 65-Jährige wird die Prävalenz über den gesamten Zeitraum als konstant angenommen. Angesichts der möglichen Aussicht auf Fortschritte im medizinischen Bereich für die Behandlung von chronischen oder altersbedingten Krankheiten wie beispielsweise Demenz, projiziert Variante 3c die Zahl der Pflegewahrscheinlichkeit für den Fall, dass die Pflegeprävalenz der über 65-Jährigen zwar mit +1% pro Jahr steigt, allerdings nur bis zum Jahre 2020.

Die Abbildung 10 stellt die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten aller oben genannten Szenarien in 2060 im Vergleich dar.

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

Abbildung 10



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung.

6.2. Ergebnisse der Projektionen zu den Pflegefallzahlen in der SPV

Tabelle 4 fasst die einzelnen Szenarien, die zugrunde liegenden Annahmen und die Ergebnisse der Projektionen zur Anzahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung in den kommenden Jahren bis 2060 zusammen.

6.2. Ergebnisse der Projektionen zu den Pflegefallzahlen in der SPV

Tabelle 4

Pflegebedürftige in der SPV 2015-2060 bei unterschiedlichen Szenarien (in 1.000)						
Szenario	Szenario 1a	Szenario 1b	Szenario 2a	Szenario 2b	Szenario 3a	Szenario 3b
	Basisszenario „mittlere“ Bevölkerung	Stärkere Alterung	schwach sinkende Prävalenz (altersspezif. Änderung)	stärker sinkende Prävalenz (altersspezif. Änderung)	stark sinkende Prävalenz bis 2030	sinkende Prävalenz bis 2020
Pflege-wahrscheinlichkeit	Status quo von 2008 SPV Statistik	Status quo von 2008 SPV Statistik	Sinkend Ø Änd. p.a. in % SPV 99-08 altersspezif. Änderungsrate	Sinkend Ø Änd. p.a. in % SPV 99-07 altersspezif. Änderungsrate	Sinkend -1,5% p.a. bis 2030 vgl. OECD Studie gleiche Änderungsrate für Altersklasse n > 65 J., konstante Prävalenz für Jüngere	Sinkend -1,0% p.a. bis 2030 vgl. OECD Studie gleiche Änderungsrate für Altersklasse n > 65 J., konstante Prävalenz für Jüngere
Demographie	V1-W2 „mittlere“ Bevölkerung	V6-W1 „relativ alte“ Bevölkerung	V1-W2	V1-W2	V1-W2	V1-W2
2008	2.113	2.113	2.113	2.113	2.113	2.113
2015	2.449	2.475	2.450	2.396	2.247	2.313
2020	2.692	2.759	2.681	2.585	2.319	2.437
2025	2.929	3.052	2.910	2.766	2.365	2.646
2030	3.119	3.311	3.089	2.903	2.352	2.811
2035	3.288	3.544	3.233	2.993	2.465	2.958
2040	3.587	3.920	3.505	3.201	2.678	3.222
2045	3.927	4.365	3.801	3.440	2.921	3.523
2050	4.180	4.736	4.022	3.626	3.099	3.746
2055	4.250	4.908	4.121	3.702	3.146	3.807
2060	4.132	4.825	4.033	3.599	3.058	3.701

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

Pflegebedürftige in der SPV 2015-2060 bei unterschiedlichen Szenarien (in 1.000)						
(Fortsetzung)						
Szenario	Szenario 3c	Szenario 4a	Szenario 4b	Szenario 5a	Szenario 3a	Szenario 3b
	sinkende Prävalenz bis 2020	„Rechtsverschiebung“ der Pflegeprävalenz („100%“)	„Rechtsverschiebung“ der Pflegeprävalenz („50%“)	stark steigende Prävalenz bis 2030	steigende Prävalenz bis 2030	steigende Prävalenz bis 2020
Pflegewahrscheinlichkeit	Sinkend -1,0% p.a. bis 2020 vgl. OECD Studie gleiche Änderungsrate für Altersklasse n > 65 J., konstante Prävalenz für Jüngere	Sinkend -0,51% p.a. (m) -0,43% p.a. (w) bis 2060 „Rechtsverschiebung“ genau um die Jahre der gestiegenen Lebenserwartung gleiche Änderungsrate für Altersklasse n > 65 J., konstante Prävalenz für Jüngere	Sinkend -0,255% p.a. (m) -0,215% p.a. (w) bis 2060 „Rechtsverschiebung“ um die Hälfte der gestiegenen Lebenserwartung gleiche Änderungsrate für Altersklasse n > 65 J., konstante Prävalenz für Jüngere	Steigend +2% p.a. bis 2030 vgl. OECD Studie gleiche Änderungsrate für Altersklasse n > 65 J., konstante Prävalenz für Jüngere	Steigend +1% p.a. bis 2030 vgl. OECD Studie gleiche Änderungsrate für Altersklasse n > 65 J., konstante Prävalenz für Jüngere	Steigend +1% p.a. bis 2020 vgl. OECD Studie gleiche Änderungsrate für Altersklasse n > 65 J., konstante Prävalenz für Jüngere
Demographie	V1-W2	V1-W2	V1-W2	V1-W2	V1-W2	V1-W2
2008	2.113	2.113	2.113	2.113	2.113	2.113
2015	2.313	2.386	2.417	2.747	2.594	2.594
2020	2.437	2.570	2.630	3.295	2.977	2.977
2025	2.646	2.741	2.833	3.927	3.389	3.246
2030	2.811	2.856	2.984	4.598	3.782	3.462
2035	2.958	2.946	3.112	4.877	4.000	3.657
2040	3.222	3.144	3.357	5.343	4.374	3.995
2045	3.523	3.366	3.635	5.870	4.798	4.379
2050	3.746	3.503	3.825	6.265	5.115	4.664
2055	3.807	3.485	3.847	6.383	5.206	4.746
2060	3.701	3.317	3.700	6.205	5.061	4.613

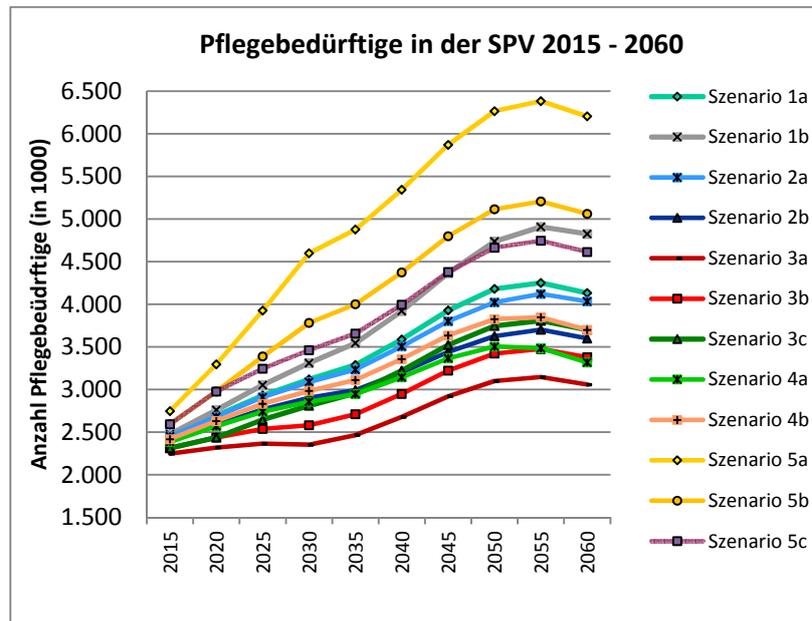
Quelle: eigene Berechnungen.

6.2. Ergebnisse der Projektionen zu den Pflegefallzahlen in der SPV

Abbildung 11 verdeutlicht für die unterschiedlichen Szenarien den jeweiligen Kurvenverlauf der projizierten Pflegefallzahlen für die Jahre 2015 bis 2060.

Der Rückgang der Pflegefallzahlen zwischen den Jahren 2055 und 2060 ist auf die sich in diesem Zeitraum stark verändernde Altersstruktur zurückzuführen. Die Baby-Boom-Generation ist nach 2055 weitgehend verstorben. Anstelle dessen kommen die schwächer besetzten Jahrgänge aus den siebziger Jahren ins hohe Lebensalter, weshalb die Zahl der Pflegebedürftigen nach 2055 voraussichtlich zurückgehen wird.

Abbildung 11



Quelle: eigene Berechnungen.

6.2.1. Status quo-Szenario

Szenario 1: Die Projektion unter dem Basisszenario zeigt, dass bei unveränderten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzraten (Szenario 1a „Status Quo“) der demographische Wandel zu einer Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung von rund 2,1 Mio. Ende 2008 auf etwa 3,1 Mio. in 2030 und schließlich auf rund 4,1 Mio. bis 2060 führen wird. Dies entspricht nahezu einer Verdopplung der Pflegefallzahlen. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass das Basisszenario bzw. das „naive“ Szenario allein nur die demographischen Effekte einer Änderung der Altersstruktur widerspiegelt. Bei Annahme einer stärkeren Alterung der Bevölkerung in Deutschland gemäß Variante 6–W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes, die im Vergleich zur Basisannahme der „mittleren“ Bevölkerung (Variante 1–W2) den Männern eine zusätzliche Lebenserwartung von 2,8 Jahren und den Frauen 2,0 Jahren zuschreibt, steigt die Anzahl der Pflegefälle auf ein Maximum von 4,9 Mio. im Jahre 2055 und erreicht ein Niveau von 4,8 Mio. im Jahre 2060 (Szenario 1b).

6.2.2. Szenarien bei sinkender Pflegewahrscheinlichkeit

Szenario 2: Grundlegend für die Projektionen bei Szenario 2 sind die Änderungsraten der Pflegefallwahrscheinlichkeit in den vergangenen Jahren in der Sozialen Pflegeversicherung. Bei einfacher Betrachtung der Statistiken zur Sozialen Pflegeversicherung kann für die Bevölkerung älter als 65 eine rückläufige Pflegeprävalenz zwischen den Jahren 1999 und 2008 beobachtet werden (Szenario 2a). Obwohl, wie bereits oben erwähnt, die Pflegeprävalenz für unter 65-

6.2. Ergebnisse der Projektionen zu den Pflegefallzahlen in der SPV

Jährige leicht steigend ist, überwiegt die positive Entwicklung des sinkenden Pflegerisikos für Ältere den zweiten Effekt, so dass Szenario 2a im Vergleich zum Basisszenario insgesamt eine etwas niedrigere Pflegefallzahl in Höhe von etwa 4,0 Mio. für 2060 aufweist. Betrachtet man für die Berechnung der durchschnittlichen Änderungsraten die Jahre 1999 bis lediglich 2007 (Szenario 2b), ergeben sich weitaus stärker abnehmende Prävalenzraten im Durchschnitt. Entsprechend wird bei der Variante 2b in 2060 eine vergleichsweise niedrige Gesamtpflegefallzahl von 3,6 Mio. erreicht, 13% weniger als im Status quo-Szenario und knapp 11% weniger als im Szenario 2a.

Szenario 3: Die Unterstellung einer bis zum Jahr 2030 stark sinkenden Pflegeprävalenz bei den über 65-Jährigen mit einer durchschnittlichen jährlichen Änderung von -1,5% führt zu knapp über 3 Millionen Pflegebedürftigen 2060, dem niedrigsten Ergebnis unter den hier berechneten Szenarien. Die projizierte Pflegefallzahl in Szenario 3a ist damit um ein Viertel niedriger als das Ergebnis im Basisszenario. Geht man von einem nicht ganz so starken Rückgang des Pflegerisikos für die alte Bevölkerung aus und unterstellt eine durchschnittliche Änderung von -1,0% p.a. bis ins Jahr 2030 (Szenario 3b), so können die demographischen Effekte, die die Pflegefallzahlen im Basisszenario hochtreiben, nichtsdestotrotz um einiges abgemildert werden und die projizierte Pflegefallzahl für 2060 liegt bei knapp 3,4 Millionen. Das sind immer noch 18% weniger als im Basisszenario, dieser Unterschied reduziert sich jedoch zu 10%, wenn der Trend von rückläufigen Prävalenzraten nur bis 2020 fortgeschrieben werden kann (Szenario 3c).

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

Szenario 4: Bei alternativer Herangehensweise mithilfe einer „Rechtsverschiebung“ der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit erhalten wir für Szenarien 4a und 4b relativ ähnliche Ergebnisse wie in den zwei Szenarien 3b und 3c. Die methodischen Annahmen sind dahingehend gleich, dass sowohl in Szenario 3 als auch 4 gleiche Änderungsraten für die Altersklassen über 65 Jahren angenommen werden bei gleichzeitiger Unterstellung von konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten für die jüngere Bevölkerung. Allerdings ist die Bestimmung der Änderungsrate der Pflegewahrscheinlichkeit in Projektion 4 eine völlig andere und zwar verändert sich die Pflegeprävalenz der über 65-Jährigen entsprechend der Veränderung der Restlebenserwartung einer 65-jährigen Frau bzw. eines 65-jährigen Mannes bis 2060. Für die konkrete Berechnung der Pflegefallzahlen werden in Szenario 4a die Änderungsraten -0,51 % bzw. -0,43% p.a. und in Szenario 4b die um die Hälfte verminderten Änderungsraten -0,255% bzw. -0,215% p.a. verwendet. Folglich sinkt in Szenario 4a die Pflegewahrscheinlichkeit zum Beispiel für 80- bis 85-jährige Männer von aktuell etwa 20,4% auf rund 15,6 % im Jahre 2060, in Szenario 4b sinkt sie im Vergleich dazu auf 17,8%.

6.2.3. Szenarien bei steigender Pflegewahrscheinlichkeit

Szenario 5: Sollten die Pflegewahrscheinlichkeiten der über 65-Jährigen in Zukunft steigen und das mit einer jährlichen Änderungsrate von +2,0% bis zum Jahr 2030, so wird die Soziale Pflegeversicherung nach der Projektion 5a insgesamt 6,2 Millionen Leistungsempfänger im Jahr 2060 zählen, etwa dreimal so hoch wie die aktuellen Pflegefallzahlen und ganze zwei Millionen Pflegefälle mehr als im Basisszenario bei Annahme konstanter Pflegewahrscheinlichkeiten. Unter den getroffenen Annahmen für Szenario 5a präsentiert

6.2. Ergebnisse der Projektionen zu den Pflegefallzahlen in der SPV

sich hier die obere Grenze der Projektionen und die Abhängigkeit der Pflegefallzahlen von der Entwicklung der Pflegeprävalenz. Welche finanzielle Auswirkung ein solch starker Anstieg der Pflegebedürftigen haben kann, wird im nächsten Abschnitt diskutiert. Bei einer gemäßigeren Medikalisierung des Pflegezustands in der älteren Bevölkerung bis 2030 mit einer durchschnittlichen Änderungsrate in Höhe von annahmegemäß +1,0% pro Jahr (Szenario 5b) steigt die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich langsamer, erreicht aber nichtsdestotrotz im Jahr 2060 ein Niveau von 5,1 Mio. und ist damit etwa um eine Million höher als im Basisszenario. In der letzten Variante 5c wird der Anstieg der Pflegewahrscheinlichkeiten um 1% p.a. nur bis zum Jahr 2020 angenommen. Entscheidende Fortschritte in der Behandlung von altersbedingten Krankheiten beispielsweise könnten den unterstellten Trend der steigenden Prävalenz aufhalten, so dass die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten nach 2020 annahmegemäß konstant bleiben. Dies führt gemäß der Projektion schließlich zu 4,6 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2060, deutlich weniger als in Szenario 5a, aber immerhin 12% mehr Pflegebedürftige als im Basisszenario.

Tabelle 5 fasst die vergleichenden Ergebnisse für die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2060 zu 2008 und im Bezug auf das Basisszenario zusammen.

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

Tabelle 5

Veränderung der Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2060 im Vergleich zu 2008 und im Vergleich zum Basisszenario		
Szenarien	Pflegebedürftige 2060 zu 2008 (in %)	Pflegebedürftige 2060 im Unterschied zum Basisszena- rio (in%)
Szenario 1a (Basisszenario)	196%	-
Szenario 1b	228%	17%
Szenario 2a	191%	-2%
Szenario 2b	170%	-13%
Szenario 3a	145%	-26%
Szenario 3b	160%	-18%
Szenario 3c	175%	-10%
Szenario 4a	157%	-20%
Szenario 4b	175%	-10%
Szenario 5a	294%	50%
Szenario 5b	239%	22%
Szenario 5c	218%	12%

Quelle: eigene Berechnungen.

Interessant ist die vergleichende Betrachtung der Effekte, die durch eine rein demographische Änderung beziehungsweise durch eine Änderung der Pflegewahrscheinlichkeiten ausgelöst werden. Die Unterstellung einer ungünstigen Bevölkerungsentwicklung führt zu 703.000 (17%) mehr Pflegefällen als im Basisszenario (Szenario 1b). Die günstigste Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeiten, Szenario 3a, führt hingegen zu einem Effekt von 1,07 Mio. (26%) weniger Pflegebedürftigen im Jahre 2060 als im Basisszenario. Für Szenario 3b, mit einer weniger signifikanten Reduktion der Pflegewahrscheinlichkeiten, ergeben sich immerhin 753.000 weniger Pfl-

6.2. Ergebnisse der Projektionen zu den Pflegefallzahlen in der SPV

gefälle gegenüber dem Basisszenario. Damit könnte eine ausreichend stark sinkende Pflegeprävalenz die rein demographischen Effekte einer stärkeren Alterung auf die Anzahl der Pflegebedürftigen ausgleichen.

Unabhängig von der anzunehmenden Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit kann jedoch mit Sicherheit gesagt werden, dass in Folge der gesellschaftlichen Alterung die Anzahl der Pflegebedürftigen stetig steigen wird, wie auch der Anteil der pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung zunehmen wird. Damit die Pflegefallzahlen im Jahre 2060 auf dem derzeitigen Niveau bleiben, müsste die Pflegewahrscheinlichkeit der über 65-Jährigen nach eigenen Berechnungen bis 2030 durchschnittlich um über 6% pro Jahr sinken, wenn man die Pflegeprävalenzraten der jüngeren Altersklassen über den betrachteten Zeitraum als konstant annimmt. Angesichts der bisherigen empirischen Befunde zu Pflegebedürftigkeitsquote, Abhängigkeitsraten oder Morbiditätsentwicklung in den vergangenen Dekaden scheinen abnehmende Pflegewahrscheinlichkeiten in den kommenden Jahrzehnten zwar gut möglich, jedoch scheint ein Rückgang der Prävalenz um jährlich 6% eher unwahrscheinlich.

Das Ausmaß, in dem die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Versicherung ansteigen wird, ist stark davon abhängig, ob eine „gesunde“ oder „ungesunde“ Alterung in den kommenden Jahrzehnten erfolgen wird. Werden die dazu gewonnenen Lebensjahre der steigenden Lebenserwartung hauptsächlich in Gesundheit verbracht, kommt es zu keiner entsprechenden Expansion der Pflegephase, d.h. die Pflegewahrscheinlichkeiten werden sich positiv entwickeln und rückläufig sein. Die hier durchgeführten Projektionen mit den unter-

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

schiedlichen Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der Pflegefallwahrscheinlichkeit zeigen die starke Sensitivität der Pflegefallzahlen mit einer Bandbreite der projizierten Pflegefallzahlen im Jahre 2060 von knapp über drei 3 Mio. bis zu über 6 Mio. Die tatsächliche Pflegefallzahl wird sich innerhalb dieses Rahmens befinden.

6.3. Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung

Die zentrale Determinante für die Entwicklung der Ausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung ist die Anzahl der Pflegebedürftigen, die ihrerseits von der Änderung der demographischen Struktur und der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten abhängig ist. Nachdem die Auswirkungen verschiedener Prävalenzannahmen auf die Pflegefallzahlen verdeutlicht wurden, sollen nun die Implikationen für die Ausgabenseite der Pflegeversicherung aufgezeigt werden.

Die Gesamtausgaben der Sozialen Pflegeversicherung ergeben sich durch die Multiplikation der durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen mit der Anzahl der Pflegebedürftigen, wobei die Anzahl der Pflegebedürftigen ihrerseits durch die Anzahl der sozial Pflegeversicherten multipliziert mit der unterstellten Pflegewahrscheinlichkeit bestimmt wird.

$$(6) G = P * \bar{g}$$

$$(7) w = \frac{P}{V} \leftrightarrow P = w * V$$

$$(8) G = w * V * \bar{g}$$

6.3. Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung

G : Pflegeversicherungsausgaben insgesamt

\bar{g} : durchschnittliche Ausgaben je Pflegebedürftigen

w : Pflegewahrscheinlichkeit

V : Anzahl der Versicherten in der SPV

P : Anzahl der pflegebedürftigen Leistungsempfänger

6.3.1. SPV-Ausgaben bei konstanten durchschnittlichen Ausgaben pro Pflegebedürftigen

Mithilfe der in Kapitel 6.2. ermittelten Pflegefallzahlen unter den unterschiedlichen Annahmen zur Pflegeprävalenz können die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für die einzelnen Szenarien abgeschätzt werden. Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung beliefen sich 2009 auf insgesamt 20,3 Mrd. Euro, woraus sich durchschnittliche Ausgaben pro Pflegebedürftigen und Jahr in Höhe von 9.075 Euro errechnen. Wird vereinfachend angenommen, dass die durchschnittlichen Ausgaben pro Pflegebedürftigen und Jahr in den kommenden Jahrzehnten unverändert auf diesem Niveau bleiben werden, so ergeben sich für obige Szenarien im Jahre 2020 Pflegeausgaben in Höhe von 21,0 - 29,9 Mrd. Euro und 27,8 - 56,3 Mrd. Euro für das Jahr 2060. Gemäß der Projektion betragen die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung in 2060 im Basisszenario etwa 37,5 Mrd. Euro. In Szenario 3b mit der Annahme abnehmender Pflegewahrscheinlichkeit von -1% pro Jahr bis 2030 sind die Ausgaben um 18,2% niedriger und liegen bei rund 30,7 Mrd. Euro. Bei Unterstellung zunehmender Pflegewahrscheinlichkeit von +1% p.a. bis 2030 in Szenario 5b ergeben sich Ausgaben in Höhe von rund

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

45,9 Mrd. Euro, was 22,5% höher ist als die projizierten Ausgaben im Basisszenario.

Tabelle 6

Pflegeausgaben der SPV unter Annahme konstanter Durchschnittsausgaben				
Szenarien	SPV-Ausgaben 2020 (in Mio.)	Ø jährl. Zuwachsrate 2009-2020 (in %)	SPV-Ausgaben 2060 (in Mio.)	Ø jährl. Zuwachsrate 2009-2060 (in %)
Szenario 1a (Basisszenario)	24.432	1,68%	37.498	1,21%
Szenario 1b	25.037	1,91%	43.789	1,52%
Szenario 2a	24.332	1,65%	36.602	1,16%
Szenario 2b	23.463	1,31%	32.664	0,93%
Szenario 3a	21.047	0,32%	27.753	0,61%
Szenario 3b	22.114	0,77%	30.664	0,81%
Szenario 3c	22.114	0,77%	33.584	0,99%
Szenario 4a	23.327	1,26%	30.103	0,77%
Szenario 4b	23.870	1,47%	33.578	0,99%
Szenario 5a	29.906	3,57%	56.306	2,02%
Szenario 5b	27.020	2,62%	45.928	1,61%
Szenario 5c	27.020	2,62%	41.867	1,43%

Quelle: eigene Berechnung.

Infolge des demographischen Wandels und dem steigenden Anteil der älteren Bevölkerung werden der Pflegeaufwand und folglich die Pflegeausgaben in Zukunft definitiv höher sein als zum heutigen Zeitpunkt, unabhängig von den Annahmen zur Entwicklung der Pflegeprävalenz. Selbst bei einer unterstellten Änderungsrate der

6.3. Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung

Pflegewahrscheinlichkeit von jährlich -1,5% bis 2030 mit anschließender Konstanz (Szenario 3a) werden im Jahr 2060 die Pflegeausgaben, in heutigen Preisen ausgedrückt, nahezu das 1,4 fache der Ausgaben von 2009 betragen. Niedrigere Pflegewahrscheinlichkeiten durch eine Reduzierung der Inzidenz oder Prävalenz von Pflegebedürftigkeit kann jedoch zumindest das Tempo der Ausgabensteigerung erheblich drosseln. Für eine nähere Abschätzung der Pflegeversicherungsausgaben reicht die alleinige Betrachtung von Bevölkerungsalterung und Pflegewahrscheinlichkeiten allerdings nicht aus.

6.3.2. SPV-Ausgaben bei steigenden durchschnittlichen Ausgaben pro Pflegebedürftigen

Neben der Annahme zur Pflegewahrscheinlichkeit beeinflussen Änderungen des Verhältnisses zwischen Pflegebedürftigen in ambulanter und stationärer Pflege oder Verschiebungen zwischen den Pflegestufen die Pflegeversicherungsausgaben. Zudem müssten im Grunde genommen ebenso Preisentwicklungen der Pflegeleistungen beachtet werden. Im Bezug auf die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird hierbei häufig der medizinisch-technologische Fortschritt als ein kostspieliger und ausgabenfördernder Faktor aufgeführt. Dies betrifft die Pflegeversicherung allerdings nur sehr begrenzt. Die Medizintechnik kann nicht als Kostentreiber der Pflegeversicherungsausgaben angesehen werden, da der Pflegebereich sich im Wesentlichen nicht durch den Einsatz von medizinisch-technischen Geräten auszeichnet. Die Preisentwicklung der Pflegeleistungen nimmt zudem aufgrund des Teilkasko-Charakters der Pflegeversicherung eine eher untergeordnete Rolle bei der Entwicklung der Gesamtausgaben ein. Im Gegensatz zur

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

Gesetzlichen Krankenversicherung sind die Leistungsansprüche innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung (derzeit noch) nominal festgeschrieben und entsprechend nach oben hin begrenzt.

Die erst genannten Aspekte bezüglich der Verteilung der Pflegefälle haben hingegen einen bedeutenderen Einfluss auf die Entwicklung der Pflegeversicherungsausgaben. Betrachtet man die Statistiken der Sozialen Pflegeversicherung seit 1995, so lassen sich Strukturverschiebungen in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen hin zu mehr Sach- und vollstationären Leistungen erkennen. Aufgrund der unterschiedlichen Höhe der Versicherungsleistungen für häusliche, professionelle ambulante oder stationäre Pflege, sind beide Trends mit möglichen Ausgabensteigerungen verbunden. Bei der häuslichen Pflege durch Angehörige wird ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 225 Euro für Stufe I, 430 Euro für Stufe II und 685 Euro für Stufe III ausgezahlt. Entscheidet man sich hingegen für die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst, betragen die Versicherungsleistungen 440 Euro, 1040 Euro beziehungsweise 1510 Euro. Für vollstationäre Pflege werden folgende Leistungen gewährleistet: 1023 Euro für Stufe I, 1279 Euro für Stufe II und 1510 Euro für Pflegestufe III. Strukturverschiebungen von einer günstigeren zu einer teureren Versorgungsform führen *ceteris paribus* zu höheren Pro-Kopf-Ausgaben.

Gründe für die Verschiebung in der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen hin zu stationärer Pflegeversorgung finden sich vor allem in den sozio-demographischen Veränderungen in der Gesellschaft. Neben der Alterung der Bevölkerung und der Zunahme der pflegebedürftigen Personen reduziert sich gleichzeitig die Anzahl der Personen, die häusliche Pflege übernehmen könnten. Das informelle

6.3. Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung

Pflegepotential erfährt einen zusätzlichen Rückgang durch veränderte familiäre und gesellschaftliche Strukturen, die Tendenzen zur Vereinzelung der Gesellschaft aufweisen, und durch die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen.

Tatsächlich spiegeln die Leistungsausgaben die Strukturveränderungen bei der Verteilung der Leistungsempfänger nach Versorgungsform wider. Neben dem steigenden Ausgabenanteil für vollstationäre Pflege von rund 47% im Jahre 1999 auf etwa 50% zum Jahresende 2009 ist auch der Anteil der Pflegesachleistung bezogen auf die Gesamtausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung zu Lasten des Pflegegeldes gestiegen. Während das Verhältnis zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung bezüglich der Ausgaben Ende 1999 bei 67 zu 33 lag, betrug es Ende 2009 hingegen 62 zu 38. Entsprechend verzeichnet die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung auf der Ausgabenseite einen durchschnittlichen jährlichen Zuwachs von 2,2% im Zeitraum 1999 bis 2009.³⁶

Interessanter für die Projektion der Pflegeausgaben in Abhängigkeit von der Pflegewahrscheinlichkeit ist an dieser Stelle die Entwicklung der durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen. Dass die Gesamtausgaben wegen der zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen allein infolge der Bevölkerungsalterung steigen werden, scheint unumstritten und wurde durch obige Tabelle 6 bestätigt. Eine gleichzeitige Zunahme der durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen deutet jedoch auf Aspekte der Ausgabensteigerung hin,

³⁶ Hier werden die ersten Jahre nach Einführung der SPV für die Berechnung der durchschnittlichen jährlichen Änderungsraten wie bei den Betrachtungen zuvor ausgeklammert.

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

die nicht unmittelbar auf die steigende Anzahl der Pflegebedürftigen, sondern vielmehr auf Strukturveränderungen in der Versorgungsform zurückzuführen sind. Betrachtet man also die Pflegeausgaben je Pflegebedürftigen, ist auf Grundlage der Zahlen von 1999 bis 2009 eine durchschnittliche Veränderung von +0,15% pro Jahr zu verzeichnen.

Allerdings scheint es bei Betrachtung der aktuellen Zahlen zur Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart, dass mit den Maßnahmen der Pflegereform 2008 der stetige Heimtrend vorerst unterbrochen wurde und sich das relative Verhältnis zwischen ambulant und stationär behandelten Pflegebedürftigen vorläufig stabilisiert. Neben der schrittweisen Erhöhung der meisten Leistungen wurde für die Erleichterung und Bestärkung der häuslichen Pflege von Verwandten die soziale Absicherung der sonst berufstätigen pflegenden Angehörigen verbessert. Pflegende Angehörige können bis zu sechs Monaten Pflegezeit beanspruchen, in der sie zwar kein Gehalt erhalten, jedoch besteht ihre Sozialversicherung fort. Außerdem gibt es eine kurzfristige Freistellungsmöglichkeit von bis zu zehn Tagen im Falle, dass ein Angehöriger plötzlich pflegebedürftig wird.³⁷

Zusätzlich zur ersten Projektion der SPV-Ausgaben (a) mit der Annahme von konstanten durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen unterstellen wir in Projektion (b) für alle Szenarien, dass die durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen bis 2060 um jährlich 0,15% ansteigen. Dadurch ergeben sich Gesamtausgaben,

³⁷ Vgl. BMG (2009): Ratgeber Pflege.

6.3. Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung

die um 7,9% höher ausfallen als im Falle durchweg konstanter Durchschnittsausgaben pro Pflegebedürftigen. Demnach betragen die Pflegeausgaben in der SPV für das Jahr 2060 im Basisszenario knapp 40,5 Mrd. Euro. Bei einer rückläufigen Pflegewahrscheinlichkeit von -1% pro Jahr bis 2030 (Szenario 3b) ergeben sich Ausgaben in verminderter Höhe von etwa 33,1 Mrd. Euro. Sollte sich stattdessen die Medikalisierungsthese bewahrheiten und eine jährlich ein-prozentige Steigerung der Pflegeprävalenz bis 2030 wird angenommen (Szenario 5b), so kommt es 2060 zu Ausgaben in Höhe von rund 49,6 Mrd. Euro. Daraus errechnen sich für die Gesamtausgaben in der SPV durchschnittliche Zuwachsraten von 0,96% (Szenario 4a) bis 1,76% pro Jahr (Szenario 5b).

Die Effekte einer weiterreichenden Strukturänderung werden in Projektion (c) berücksichtigt. Zum Vergleich werden strukturelle Verschiebungen in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen unterstellt, die einen Zuwachs der durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen von +0,5% p.a. statt nur +0,15% nach sich ziehen. In diesem Fall errechnen sich für 2060 Pflegeversicherungsausgaben, die 29,0% höher liegen als unter der Annahme durchweg konstanter Durchschnittsausgaben. Mit 48,4 Mrd. Euro im Basisszenario, 39,5 Mrd. Euro bei rückläufigen Pflegewahrscheinlichkeiten in Szenario 3b und 59,2 Mrd. Euro im Falle von steigenden Pflegeprävalenzen gemäß Szenario 5b sind die projizierten Gesamtausgaben nochmals um 19,5% höher als in (b). Die durchschnittliche jährliche Zuwachsrate der gesamten Pflegeversicherungsausgaben rangiert hierbei zwischen 1,28% und 2,21%.

Angesichts der im Rahmen der Pflegereform 2008 beschlossenen Leistungsdynamisierung kann jedoch davon ausgegangen werden,

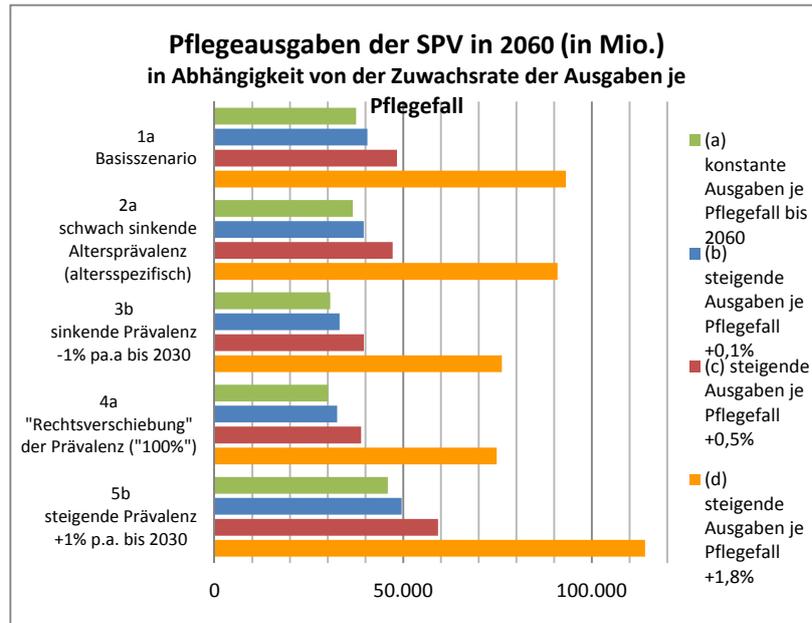
6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

dass die Zuwachsrate in Zukunft noch höher ausfallen wird. Mit der Pflegereform 2008 wurde im SGB XI §30 die Möglichkeit einer Leistungsdynamisierung verankert: „Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung“, wobei sicherzustellen ist, „dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum“. Im Rentenversicherungsbericht 2010 wird für die durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter ein Zuwachs von +2,1% in 2010, +1,9% in 2011 und jeweils +2,2% p.a. für 2012 bis 2014 unterstellt.³⁸ Ausgehend von einem Abschlag von der Lohnwachstumsrate werden in Projektion (d) die Effekte einer möglichen Leistungsdynamisierung mit einer Zuwachsrate der durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen von +1,8% berücksichtigt. Unter dieser Annahme steigen die Pflegeversicherungsausgaben auf ein 2,5-faches der Ausgaben bei durchweg konstanten Durchschnittsausgaben (Projektion a). Je nach Szenario zur Pflegeprävalenz errechnen sich SPV-Ausgaben zwischen 74,8 und 114,1 Mrd. Euro und eine durchschnittliche jährliche Zuwachsrate der Gesamtausgaben zwischen 2,59% und 3,44%. Für das Basisszenario werden Pflegeausgaben in Höhe von 93,1 Mrd. Euro projiziert.

³⁸ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010): Rentenversicherungsbericht 2010.

6.3. Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung

Abbildung 12



Pflegeausgaben 2060 in Mio. (durchschnittliche jährliche Zuwachsrate 2009-2060)

	(a) konstante Ø-Ausgaben bis 2060	(b) steigende Ø-Ausgaben +0,15%	(c) steigende Ø-Ausgaben +0,5%	(d) steigen- de Ø- Ausgaben +1,8%
(1a) Basisszenario	37.498 (1,21%)	40.476 (1,36%)	48.359 (1,71%)	93.142 (3,03%)
(2a) Schwach sinkende Altersprävalenz (alters- spez.)	36.602 (1,16%)	39.509 (1,31%)	47.203 (1,67%)	90.915 (2,98%)
(3b) Sinkende Prävalenz - 1% p.a. bis 2030	36.602 (1,16%)	33.100 (0,96%)	39.546 (1,31%)	76.167 (2,62%)
(4a) „Rechtsverschie- bung“ der Prävalenz („100%“).	30.103 (0,77%)	32.494 (0,92%)	38.822 (1,28%)	74.772 (2,59%)
(5b) Steigende Prävalenz +1% p.a. bis 2030	45.928 (1,61%)	49.577 (1,76%)	59.231 (2,21%)	114.082 (3,44%)

Quelle: eigene Berechnungen.

6.4. Notwendige Pflegewahrscheinlichkeiten für einen konstanten Pflegeversicherungsbeitragssatz

Die Konzeption der Sozialen Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung liegt zum Teil darin begründet, dass man die Belastung der Beitragszahler möglichst gering halten möchte. Die entscheidende Größe ist hierbei der Pflegebeitragssatz, der bundeseinheitlich bei 1,95% der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherungsmitglieder liegt (SGB XI §55), für kinderlose Beitragspflichtige gilt ein Zuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten. Interessant ist nun die Frage, wie hoch bzw. niedrig die Pflegewahrscheinlichkeit sein darf, wenn stattdessen der Pflegebeitragssatz konstant gehalten werden soll.

Im Folgenden werden in vereinfachter Form die einzelnen Bestimmungsfaktoren des Beitragssatzes aufgezeigt. Geht man vom abstrakten Fall aus, dass die Soziale Pflegeversicherung keinerlei finanzielle Defizite oder Überschüsse aufweist, so müssen sich das Beitragsaufkommen und die Pflegeversicherungsausgaben der SPV in jeder Periode entsprechen.

$$(9) \quad E = G.$$

Aus Gleichung (6) und der Annahme, dass sich die Beitragseinnahmen aus dem Produkt der beitragspflichtigen Einkommenssumme aller Versicherungsmitglieder mit dem Beitragssatz errechnen, folgt:

$$(10) \quad b * Y = P * \bar{g}$$

$$(11) \quad b * (\bar{y} * Z) = w_{ges} * V * \bar{g}$$

$$(12) \quad b = \frac{w_{ges} * V * \bar{g}}{\bar{y} * Z}$$

6.4. Notwendige Pflegewahrscheinlichkeiten für einen konstanten Pflegeversicherungsbeitragssatz

E : Pflegeversicherungseinnahmen insgesamt, Beitragsaufkommen,

G : Pflegeversicherungsausgaben insgesamt,

b : durchschnittlicher Beitragssatz,

Y : beitragspflichtiges Einkommen der Versicherungsmitglieder insgesamt,

P : Anzahl der pflegebedürftigen Leistungsempfänger,

\bar{g} : durchschnittliche Ausgaben je Pflegebedürftigen,

\bar{y} : durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen je Beitragszahler,

Z : Anzahl der Beitragszahler in der SPV,

w_{ges} : Pflegewahrscheinlichkeit der SPV-Versicherten (nicht altersspezifisch),

V : Anzahl der Versicherten in der SPV.

Da wir im nächsten Schritt Änderungsraten und keine absoluten Größen analysieren, genügt hier die Durchschnittsbetrachtung anstelle der differenzierten Beitragssätze zwischen kinderlosen Beitragszahlern und solchen mit Kindern. Ebenso betrachten wir hinsichtlich des beitragspflichtigen Einkommens den Durchschnitt der Beitragszahler und unterscheiden nicht zwischen den beitragspflichtigen Einkommen der Erwerbstätigen und den beitragspflichtigen Einkommen der Rentner. Bezogen auf die spätere Analyse der Änderungsraten wird hier zur Vereinfachung implizit unterstellt, dass Lohneinkommen und Renteneinkommen sowie alle anderen Einkommensarten den gleichen Dynamisierungsraten unterworfen sind. Die Ausgabenseite wird durch die Anzahl der Pflegebedürftigen und die durchschnittlichen Pflegeausgaben je Leistungsempfänger be-

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

stimmt. Durch einfache Umformung lässt sich der Beitragssatz b als Funktion von Pflegewahrscheinlichkeit (w_{ges}), Anzahl der Versicherten (V), durchschnittlichen Ausgaben (\bar{g}), durchschnittlich beitragspflichtigem Einkommen (\bar{y}) und Anzahl der Beitragszahler (Z) herleiten. Mit

$$(13) \quad Z = c * V,$$

wobei c der Anteil der beitragszahlenden Versicherungsmitglieder an den Gesamtversicherten ist, vereinfacht sich das Verhältnis zu:

$$(14) \quad b = \frac{w_{ges} * \bar{g}}{\bar{y} * c} \quad \text{bzw.}$$

$$(15) \quad b = w_{ges} * \left(\frac{\bar{g}}{\bar{y}} \right) * \left(\frac{1}{c} \right).$$

Für kleine Änderungsraten der einzelnen Variablen gilt approximativ folgendes Verhältnis:

$$(16) \quad \Delta b \approx \Delta w_{ges} + \Delta \bar{g} - \Delta \bar{y} - \Delta c.$$

Anhand dieser Gleichung mit Veränderungsvariablen lässt sich erkennen, dass eine steigende Pflegewahrscheinlichkeit im Kreise der sozial Pflegeversicherten und eine Zunahme der durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen den Beitragssatz steigen lassen. Ein Zuwachs des durchschnittlich beitragspflichtigen Einkommens und des Anteils der Beitragszahler in der SPV wirken hingegen Beitragssatz senkend. Bei relativer Konstanz der Faktoren $\left(\frac{\bar{g}}{\bar{y}} \right)$ und $\left(\frac{1}{c} \right)$ würde der Beitragssatz ceteris paribus vor allem durch die gesamte Pflegewahrscheinlichkeit unter den SPV-Versicherten w_{ges} bestimmt. Wir betrachten im Folgenden vier Fälle mit unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der durchschnittlichen Ausgaben

6.4. Notwendige Pflegewahrscheinlichkeiten für einen konstanten Pflegeversicherungsbeitragssatz

je Pflegebedürftigen (\bar{g}) und zur Entwicklung des Anteils der beitragszahlenden Versicherungsmitglieder (c) und berechnen die dafür korrespondierende Pflegewahrscheinlichkeit w_{ges} für einen konstanten Beitragssatz.

Für das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen (\bar{y}) wird der Rentenversicherungsbericht 2010 herangezogen, wonach die Bruttolöhne und -gehälter annahmegemäß 2010 um +2,1%, 2011 um +1,9% und in den Jahren 2012-2014 um weitere 2,2% p.a. steigen.³⁹ Bis 2020 steigt diese unterstellte Zunahme gleichmäßig auf 3,0% an und bleibt danach auf diesem Niveau. Für Rentner muss eine durchschnittlich geringere Zuwachsrates der beitragspflichtigen Entgelte angenommen werden, da die Rentenentwicklung langsamer fortschreitet als die Lohnentwicklung. Zudem wird die Anzahl der erwerbstätigen Beitragszahler im Alter von 20-65 Jahren aufgrund der abnehmenden Fertilitätsrate sinken und der Anteil der Beitragszahler im Rentenalter steigen, was das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen sinken lässt. Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte wird in den folgenden Berechnungen eine Änderungsrate der durchschnittlich beitragspflichtigen Entgelte von etwa 2% pro Jahr angenommen.

Die Ausgaben je Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung sind bisher durchschnittlich um etwa 0,15% pro Jahr gestiegen (vgl. Erläuterungen in Abschnitt 6.3.2.). Wie zuvor erwähnt, muss man allerdings mit einer zukünftigen Leistungsdynamisierung in der

³⁹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010): Rentenversicherungsbericht 2010.

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

SPV rechnen. Wir unterscheiden daher hier, ähnlich wie im Abschnitt zuvor, zwischen einer Wachstumsrate der durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen (\bar{g}) von +0,15% für die Szenarien I und II und einer Wachstumsrate von +1,8%, die bei den Szenarien III und IV unterstellt wird.

Im Jahre 2008 lag die Quote der Beitragszahler an der Anzahl der Versicherten insgesamt bei 72,6%. Für die Szenarien I und III unterstellen wir, dass der Anteil der beitragszahlenden Versicherten (c) konstant auf diesem Niveau bleibt, wohingegen wir für Szenarien II und IV eine Zuwachsrate von 0,2% pro Jahr annehmen. Durch die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen und die rückläufige Zahl von Kindern, die in der Sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert sind, wird der Anteil der Beitragszahler an der Gesamtheit der SPV-Versicherten vermutlich leicht steigen.

Tabelle 7

Änderung von w_{ges} für einen konstanten Beitragssatz b (bei Annahme $\Delta \bar{y} = +2\%$ p.a.)			
	c konstant	c +0,2%	
\bar{g} +0,15%	I. 1,85%	II.	2,05%
\bar{g} +1,8%	III. 0,2%	IV.	0,4%

Quelle: eigene Berechnungen.

Tabelle 7 zeigt, um wie viel sich die nicht-altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit w_{ges} ändern darf bzw. muss, wenn ein konstanter

6.4. Notwendige Pflegewahrscheinlichkeiten für einen konstanten Pflegeversicherungsbeitragssatz

Beitragssatz erreicht werden soll. Im finanziell besten Fall II, wenn der Anteil der Beitragszahler steigend ist und die durchschnittliche Leistungsdynamisierung nur sehr beschränkt ist, kann die gesamte Pflegewahrscheinlichkeit unter den getroffenen Annahmen bis zu 2,05% pro Jahr steigen, ohne den Beitragssatz anheben zu müssen. Im finanziell gesehen ungünstigsten Fall III bei Leistungsdynamisierung und konstanter Quote der Beitragszahler in der SPV, darf dies nur zu 0,2% pro Jahr geschehen.

Wie wird sich die Determinante w_{ges} unter rein demographischen Gesichtspunkten verändern? Geht man davon aus, dass die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten konstant bleiben (vgl. Status Quo Szenario 1a in Abs. 5.2.), so wird die gesamte Pflegewahrscheinlichkeit unter den SPV-Versicherten (w_{ges}) trotzdem allein aufgrund der demographischen Alterungsprozesse steigen. Grafisch gesprochen verschiebt sich die Bevölkerungsdichte in Richtung der hohen Altersklassen, es kommt zu steigenden Pflegefällen bei einer gleichzeitig abnehmenden Gesamtbevölkerung in Deutschland, was ein Anstieg von w_{ges} bedeutet. Anhand der Bevölkerungszahlen der 12. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes lässt sich für konstante altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten errechnen, dass die Gesamt-Pflegewahrscheinlichkeit in der SPV von derzeit rund 3,0% auf etwa 5,9% im Jahre 2060 steigen wird, dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Änderung von +1,3%.

Bezogen auf die Ergebnistabelle 7 heißt das, dass in Szenarien I und II der Beitragssatz nicht angehoben werden muss, um die künftig steigenden Gesamtpflegeausgaben zu schultern. Aufgrund der sehr

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

mäßigen Dynamisierung der durchschnittlichen Leistungen pro Pflegebedürftigen kann hier die positive Entwicklung der durchschnittlich beitragspflichtigen Einkommen auf der Einnahmeseite dazu genutzt werden, die steigende Pflegefallzahl auf der Ausgabenseite zu kompensieren. Berücksichtigt man jedoch die Leistungsdynamisierung, übersteigt die Änderungsrate von +1,3% pro Jahr im Falle von Status Quo-Pflegewahrscheinlichkeiten die „erlaubte“ Grenze von +0,2% in Szenario III bzw. +0,4% in Szenario IV. Möchte man unter den gegebenen demographischen Bedingungen nichtsdestotrotz den Beitragssatz konstant halten, so müssen die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten sinken.

Tabelle 8

Proportionale Senkung der <u>altersspezifischen</u> Pflegewahrscheinlichkeit pro Jahr für einen konstanten Beitragssatz b (bei Annahme $\Delta \bar{y} = +2\%$ p.a.)		
	c konstant	c +0,2%
+1,8%	III. -1,1%	IV. -0,9%

Quelle: eigene Berechnungen.

Nimmt man vereinfachend an, dass die Pflegewahrscheinlichkeit in allen Altersklassen die gleiche Änderung erfährt, d.h. die Kurve der altersspezifischen Pflegeprävalenz (vgl. Abbildung 6 in Kapitel 5) proportional nach unten verschoben wird, so müsste sich die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit bis 2060 für einen konstanten Beitragssatz unter Szenario III um jährlich -1,1% und unter Szenario IV um -0,9% ändern. Dies entspricht einer Reduzierung der Pflege-

6.4. Notwendige Pflegewahrscheinlichkeiten für einen konstanten Pflegeversicherungsbeitragssatz

prävalenz von 2008 bis 2060 um insgesamt 43,4% beziehungsweise 37,2%.

Abbildung 13 zeigt die notwendigen Pflegewahrscheinlichkeiten im Jahr 2060 für einen konstanten Beitragssatz in der SPV im Vergleich zu den Szenarien aus Abschnitt 6.1. Welche Implikationen dies für die Pflegefallzahlen hat, veranschaulicht Abbildung 14. Hier werden die projizierten Pflegefallzahlen unter Annahme der oben genannten, für einen konstanten Beitragssatz notwendigen, Änderungsraten der Pflegewahrscheinlichkeit den Szenarien aus Abschnitt 6.1. gegenübergestellt (vgl. Abbildung 11). Neben dem Basisszenario werden die mittleren Szenarien 3b und 5b für sinkende bzw. steigende Pflegewahrscheinlichkeiten, sowie Szenario 3a als untere Grenze, zum Vergleich herangezogen.

Die Pflegewahrscheinlichkeiten und die daraus abgeleiteten Projektionen der Anzahl Pflegebedürftiger unter Szenario III und Szenario IV verdeutlichen, dass die Pflegefälle unter dem Niveau der projizierten Zahlen aus Abschnitt 6.1. liegen müssten, um einen konstanten Pflegeversicherungsbeitragssatz zu gewährleisten.⁴⁰ Mit einem Rückgang der Pflegewahrscheinlichkeiten der über 65-Jährigen um jährlich 1,5% für die kommenden zwei Jahrzehnte und über knapp drei Millionen Pflegebedürftigen in 2060 stellt Szenario 3a bereits die untere Grenze der Projektionen aus Abschnitt 6.1. dar. Dies impliziert, dass bei oben getroffenen Annahmen zur Einkommensent-

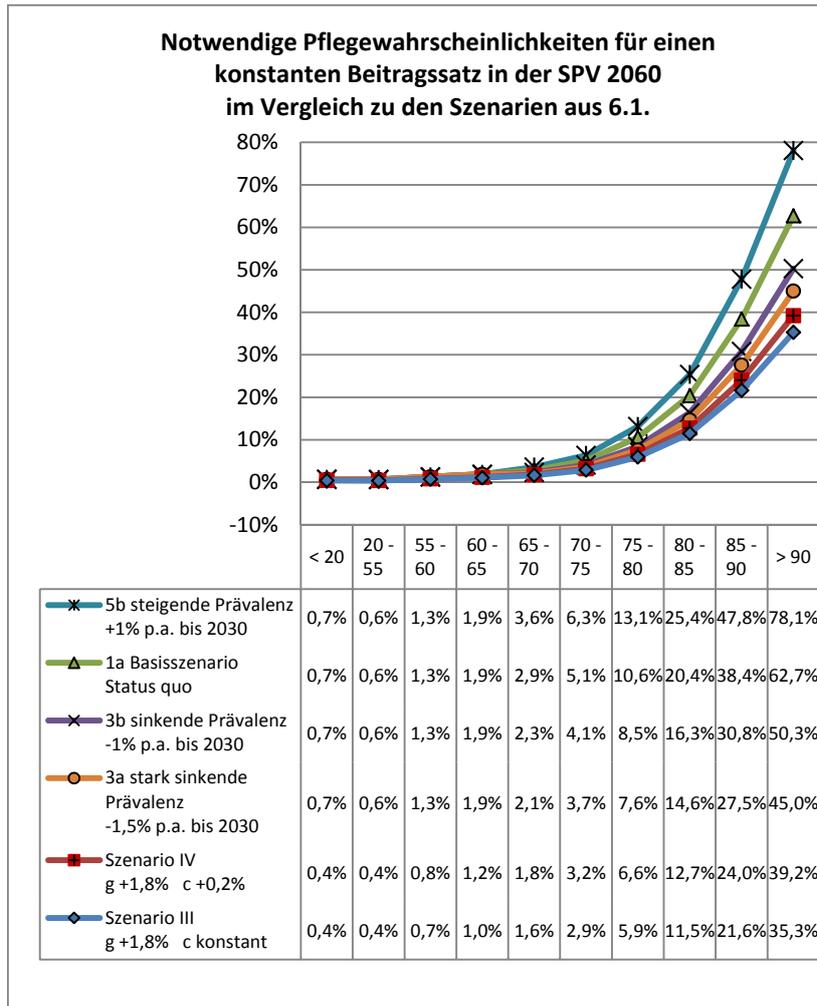
⁴⁰ Der etwas flachere Kurvenverlauf bei Szenario III und IV ergibt sich durch die Betrachtung von sich jährlich proportional verändernden Pflegewahrscheinlichkeiten für alle Altersklassen.

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

wicklung, zur Leistungsdynamisierung und zum Anteil beitragszahlender Versicherten auch ein recht starker Rückgang der Pflegeprävalenz gemäß Szenario 3a nicht hinreichend wäre für einen konstanten Beitragssatz.

6.4. Notwendige Pflegewahrscheinlichkeiten für einen konstanten Pflegeversicherungsbeitragssatz

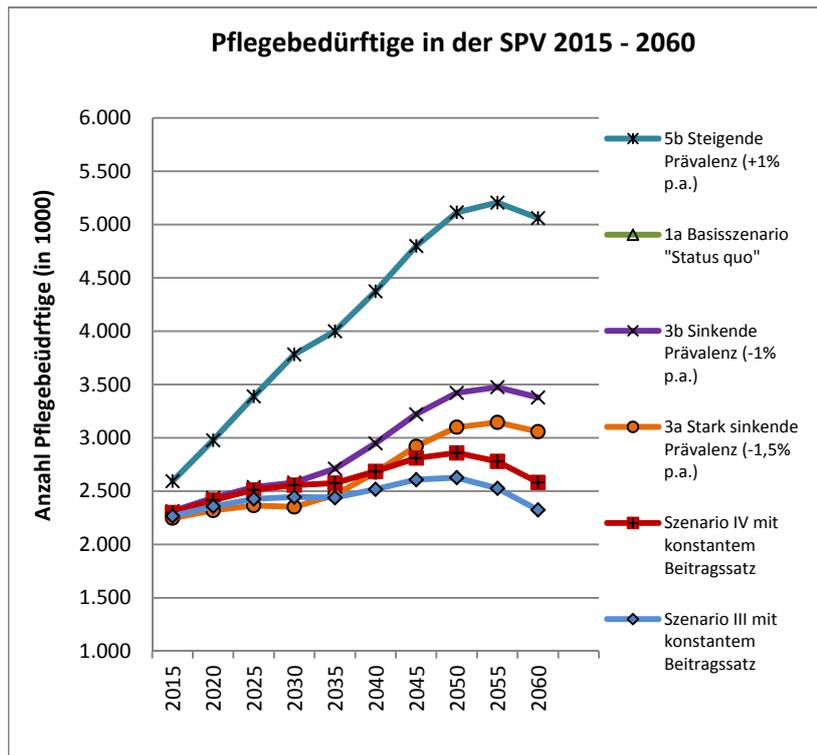
Abbildung 13



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung.

6. Projektion der Pflegefallzahlen und Pflegeausgaben bis 2060

Abbildung 14



Quelle: eigene Berechnung und Darstellung.

Ob verbesserte medizinisch-technologische Behandlungsmöglichkeiten und Präventionsmaßnahmen, ein gesünderer Lebensstil der Gesellschaft und pflegerische Sozialgesetzgebung einen solch starken Rückgang in der Pflegeprävalenz bewirken könnten, dass im Zusammenspiel mit der demographischen Entwicklung und der Einkommens- und Leistungsdynamisierung ein konstanter Pflegeversicherungsbeitragssatz denkbar wäre, bleibt abzuwarten.

7. Zusammenfassung

Diese Arbeit zeigt auf, welche künftige Entwicklung der Pflegefallzahlen und -ausgaben für die Soziale Pflegeversicherung in Deutschland erwartet werden kann und wie diese von den unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Pflegefallwahrscheinlichkeiten abhängig ist. Als sicher kann die stetig steigende Anzahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahrzehnten gelten. Unabhängig davon, ob die Kompressions- oder Medikalisierungsthese im Pflegebereich vorliegt, führt die zunehmende Alterung der deutschen Bevölkerung zu Pflegefallzahlen in 2060, die ein Vielfaches der aktuellen Anzahl der Pflegebedürftigen sind. Im Status-quo-Szenario, unter Annahme konstanter Pflegeprävalenzraten, steigt die Anzahl der Pflegefälle auf 4,1 Millionen, nahezu doppelt so viele Pflegefälle wie in 2008.

Bisherige Untersuchungen zu der Auswirkung der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit können keine eindeutige Evidenz für eine Kompression oder Medikalisierung feststellen, wobei die empirischen Ergebnisse eher auf ein Vorliegen der Kompressionsthese hindeuten. Die Projektionen in dieser Arbeit zeigen für die Szenarien mit sinkender Pflegeprävalenz (Szenarien 2a-4b) Pflegefallzahlen in Höhe von 3,1 bis 4,0 Millionen und bei konstanten durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen Gesamtpflegeausgaben zwischen 26,3 und 34,7 Mrd. Euro auf, abhängig davon, welche Änderungsraten unterstellt werden und wie lange der Trend einer Kompression andauert. Ein mittleres Ergebnis sind etwa 3,7 Mio. Pflegebedürftige in 2060 und Ausgaben für die Soziale Pflegeversicherung in Höhe von 31,8 Mrd. Euro (Szenario 4b), was rund 10% unter dem Niveau des Status quo-Szenarios liegt.

7. Zusammenfassung

Trotzdem wird deutlich, dass selbst eine starke Kompression der Pflegebedürftigkeit die demographischen Effekte der zunehmenden Alterung auf die Pflegefallzahlen und Pflegeversicherungsausgaben nicht ausgleichen kann.

Bei zunehmenden Pflegewahrscheinlichkeiten kann sich die Situation in der Sozialen Pflegeversicherung dramatisch verschärfen. Im pessimistischsten Szenario mit jährlich um 2,0% steigenden Prävalenzraten für die über 65-Jährigen bis 2030 (Szenario 5a) klettert die Zahl der Pflegebedürftigen auf über sechs Millionen im Jahre 2060 und führt bei konstanten durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen zu Gesamtausgaben von 53,4 Mrd. Euro, 50% mehr als im Basisszenario und doppelt so hoch wie die Ausgaben im optimistischsten Szenario 3a mit 26,3 Mrd. Euro. Durch die Projektionsmodelle wird also deutlich, dass die Pflegewahrscheinlichkeit eine maßgebliche Determinante der Pflegefallzahlen und dementsprechend auch der Pflegeversicherungsausgaben ist.

Neben der Entwicklung der Pflegefallzahlen müssen für eine genauere Abschätzung der Pflegeversicherungsausgaben zudem strukturelle Veränderungen in der Verteilung der Pflegefälle auf die Leistungsarten und Versorgungsformen berücksichtigt werden. Eine zunehmende Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich und eine generelle Verschiebung hin zu stationärer Versorgung führen zu steigenden durchschnittlichen Pflegeausgaben je Leistungsempfänger und würden die Soziale Pflegeversicherung unter zusätzlichen Druck setzen. Dies gilt auch für eine Dynamisierung der Pflegeleistungen oder eine Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Sozialgesetzgebung, wie sie vom Bundesministerium für Gesundheit geplant ist.

Geht man von künftig steigenden durchschnittlichen Pflegeausgaben je Leistungsempfänger aus, beispielsweise infolge der Leistungsdynamisierung, so wird es nicht möglich sein, den Beitragssatz konstant zu halten, wenn es zu keiner Reduktion der Pflegewahrscheinlichkeiten kommt. Zur Erreichung eines konstanten Beitragssatzes bei unterstellten steigenden Durchschnittsausgaben von 1,8% pro Jahr, einer zunehmenden Quote der Beitragszahler in der SPV mit einer jährlichen Änderungsrate von +0,2% und jährlich um 2,0% steigenden durchschnittlichen beitragspflichtigen Entgelten (Szenario IV) müssten die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten bis 2060 um insgesamt mehr als ein Drittel gesenkt werden.

Steigende Pflegeversicherungsausgaben sind kaum abzuwenden. Angesichts der bisherigen empirischen Befunde besteht jedoch Anlass zur Hoffnung, dass die Pflegewahrscheinlichkeiten sinken und damit die Entwicklung der zunehmenden Pflegefälle langsamer vorschreitet und die Pflegeausgaben weniger stark ansteigen als im Status quo-Szenario. In welchem Umfang die Pflegeversicherungsausgaben tatsächlich steigen werden, bleibt eine offene Frage, die von der Gesellschaft, der medizinischen Forschung und der pflegerischen Sozialgesetzgebung gemeinsam beantwortet werden muss und weiter erforscht werden sollte. Der Einfluss der Pflegewahrscheinlichkeit auf die Pflegeversicherungsausgaben wurde in diesem Beitrag dargelegt.

Literatur

- Bickel, H. (2008): Die Epidemiologie der Demenz. Das Wichtigste – Informationsblatt Nr. 1, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin.
- Blinkert, B., Gräf, B. (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, Discussion Paper, Deutsche Bank Research, Frankfurt a.M.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010): Rentenversicherungsbericht 2010, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg., 2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Mai 2010, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Statistiken zur Pflege, Leistungsempfänger der SPV am Jahresende nach Pflegestufen (Zeitreihen 1995-2008), Berlin.
- Bomsdorf, E., Babel, B., Kahlenberg, J. (2010): Care Need Projections for Germany until 2050, in: Doblhammer, G., Scholz, R. (Hrsg.): Aging, Care Need and Quality of Life, VS Verlag, Wiesbaden.

- Cutler, D., Landrum, M.B., Stewart, K. (2006): Intensive Medical Care and Cardiovascular Disease Disability Reductions, NBER Working Paper, No. 12184.
- Cutler, D., Meara, E. (1999): The concentration of medical spending, NBER Working Paper, No. 7279.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2009): SOEP Haushaltsfragebogen 2009, Berlin. http://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/diw_01.c.356272.de/soepfrabo_haushalt_2009.pdf
- Fries, J.F. (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity, New England Journal of Medicine, 303, p. 130-135.
- Gen Re (2007): Risk Insights, Vol. 11 (1), Köln.
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bundesgesetzblatt Nr. 20 vom 30. Mai 2008.
- Goldman, D.P., Shang, B., Bhattachary, J., Garber, A.M., Hurd, M., Joyce, G.F., Lakdawalla, D.N., Panis, C., Shekelle, P.G. (2005): Consequences of health trends and medical innovation for the future elderly, Health Affairs, 24, W5-R5–W5-R17.
- Gruenberg, E.M. (1977): The failures of success, Milbank Memorial Fund Quarterly - Health, 55, p. 3-24.
- Hackman, T., Moog, S. (2009): Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in

Deutschland, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Vol. 98 (1), p. 73-89.

Jacobzone, S. (2002): Ageing and the Challenges of New Technologies: Can OECD Social and Health Care Systems Provide for the Future?, in: OECD (2002): "Biotechnology and Healthy Ageing", Paris, p. 48.

Jacobzone, S., Cambois, E. and Robine, J. M. (2000): Is the Health of Older Persons in the OECD Countries Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?, Economic Study No. 30 2000/1, OECD, Paris.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. and Jaffe, M.W. (1963): Studies of illness in the aged - The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function, Journal of the American Medical Association, p. 94-99.

Klein, T., Unger, R. (2002): Aktive Lebenserwartung in Deutschland und den USA, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35: p. 528-539.

Lafortune, G., Balestat, G., OECD Disability Study Expert Group Members (2007): Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the future implications, Health Working Paper No. 26 2007/2, OECD, Paris.

Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des

Landtags von Nordrhein-Westfalen, herausgegeben vom
Präsidenten des Landtags Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

- Manton, K.G. (1982): Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population, *Milbank Memorial Fund Quarterly – Health and Society*, 60 (2), p. 183-244.
- Naumann Murtagh, K., Hubert, H.B. et al. (2004): Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort, *American Journal of Public Health* 94 (8): p. 1406-1411.
- OECD (2005): *The OECD Health Project - Long-term Care for Older People*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2006): *Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures: What are the main drivers?*, Economics Department Working Papers No. 477, OECD, Paris.
- Pfaff, H. (2010): *People in Need of Long-term Care: The Present and the Future*, in: Doblhammer, G., Scholz, R. (Hrsg.): *Aging, Care Need and Quality of Life*, VS Verlag, Wiesbaden.
- Robine, J.M., Mormiche, P., Sermet, C. (1998): Examination of the causes and mechanisms of the increase in disability-free life expectancy, *Journal of Aging and Health*, 10(2), p. 171-191.
- Rothgang, H. (2001): *Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte*, Endbericht zu einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Drucksache 15/5670.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2007): Das Erreichte nicht verspielen, Jahresgutachten 2007/08, Wiesbaden.
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI), §14 Abs. 2-4, §15 Abs. 1 und 3.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Ergebnisse der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Sterbetafel 2006/2008, Wiesbaden.
- Sturm, R., Ringel, J., Andryeva, T. (2004): Increasing Obesity Rates and Disability Trends, Health Affairs, Vol. 23 (2), p. 199-205.
- Verbrugge, L.M. (1984): Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons, Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society, 62 (3), p. 475-519.
- Wagner, A., Fleeer, B. (2007): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen.
- Werblow, A., Felder, S., Zweifel, P. (2007): Population ageing and health care expenditure: A school of Red Herrings, Health Economics, 16, p. 1109–1126.

- Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen, überarbeitete Fassung (23. März 2007), Bielefeld.
- World Health Organization (2002): Current and Future Long-Term Care Needs, Geneva.
- Ziegler, U., Doblhammer, G. (2005): Reductions in the Incidence of Care Need in West and East Germany between 1991 and 2003: Compression of Morbidity or Policy Effect?, IUSSP Working Paper, Tours.
- Ziegler, U., Doblhammer, G. (2008): Cohort Changes in the Incidence of Care Need in West Germany Between 1986 and 2005, *European Journal of Population*, 24: p. 347–362.
- Ziegelmeier, M. (2010): Nursing home residents make a difference - The overestimation of saving rates at older ages, MEA-Discussion Paper 210-10, Mannheim.

Anhang

Tabelle A

Übersicht über Langzeitpflegeregulungen in der EU

Land	Rechtsgrundlage	Begriffsbestimmung
Belgien	Keine Gesetzgebung, aber Leistungen auf regionaler Ebene	Personen, die nicht in der Lage sind, die Aufgaben des täglichen Lebens allein zu verrichten
Dänemark	Gesetz über Leistungen der Sozialdienste	Personen, die wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung selbst nicht zur Körperpflege, Haushaltsführung, Besorgungen oder sonstigen notwendigen Verrichtungen in der Lage sind
Estland	Gesetz über Sozialleistungen für behinderte Menschen	Personen, die nicht in der Lage sind, für einen ausreichenden Lebensunterhalt für sich und ihre Familien zu sorgen
Finnland	Gesetze über Volksrenten, Invaliditätsbeihilfe, Leistungen für behinderte Kinder, Leistungen und Betreuung von behinderten Personen, Sozialfürsorge und medizinische Grundversorgung	Personen, die ständig und regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Betreuung und Pflege benötigen
Frankreich	Leistungen im Rahmen des Sozialgesetzbuchs	Personen, die bei den wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sind
Griechenland	Keine Gesetzgebung, enthalten in anderen Regelungen	Renteneempfänger und Sozialversicherte, ganz- oder halbseitig gelähmt, vollständig erwerbsunfähig, sofern die Person der ständigen Betreuung, Pflege und Unterstützung Dritter bedarf
Irland	Gesetz über soziale Sicherheit, Gesundheitsgesetz	Leistung für (Personen), die so schwer behindert sind, dass sie für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten Pflege durch eine andere Person benötigen
Island	Gesetze über Angelegenheiten älterer Personen, Behinderte, lokale soziale Dienste, Sozialversicherungsgesetz, öffentliches Gesundheitswesen	Ständiger Bedarf nach Langzeitpflege oder nach Betreuung oder einer anderen Art der Pflege in einer Einrichtung
Italien	Gesetz	Menschen, die der ständigen Hilfe bei der Fortbewegung und den Verrichtungen des täglichen Lebens bedürfen
Lettland	Gesetz über soziale Dienste und Sozialhilfe	Personen, die altersbedingt und/oder wegen gesundheitlicher Probleme nicht fähig sind, für sich selbst zu sorgen und normale Alltagsaktivitäten auszuüben
Liechtenstein	Gesetze über Krankenversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung	Hilflose Personen, die wegen Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedürfen
Litauen	Gesetz über soziale Dienste und Institutionen des Gesundheitswesens	Abhängigkeit der Leistungen vom Umfang der täglich notwendigen Hilfen (Mehr oder weniger als acht Stunden)

Luxemburg	Gesetz	Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die wesentlichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang und regelmäßig Hilfe eines Dritten benötigen
Malta	Gesetz über soziale Sicherheit sowie Verordnungen	Kein genauer Begriff, entscheidend sind die Kriterien über 60 Jahre alt zu sein und nicht mehr allein in der eigenen Wohnung leben zu können
Niederlande	Gesetz über außergewöhnliche Krankheitskosten	Personen bei langem Krankenhausaufenthalt, ältere Menschen, Behinderte sowie geistig Behinderte mit chronischen Problemen
Norwegen	Gesetze über Gesundheitsdienste der Gemeinden, soziale Dienste sowie Volksversicherungsgesetz	Keine Definition
Österreich	Bundes- und Landespflegegeld-gesetze	Ständiger Betreuungs- und Hilfebedarf von mehr als 50 Stunden im Monat, voraussichtlich mindestens sechs Monate
Polen	Gesetze über öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung, Renten des Sozialversicherungsfonds, die berufliche und soziale Rehabilitation und die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen	Renteneempfänger, bei denen eine vollständige Erwerbsunfähigkeit und die Unfähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung festgestellt wurde, und die auf ständige fremde Hilfe angewiesen sind
Portugal	Rechtsverordnung zur Sozialversicherung	Personen, die für die Verrichtungen des täglichen Lebens die Hilfe von Dritten benötigen
Schweden	Gesetz über soziale Dienste	Personen, die Betreuung und Pflege benötigen
Schweiz	Bundesgesetze zur Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung	Dauerndes Angewiesensein auf Hilfe Dritter oder auf persönliche Überwachung bei den alltäglichen Lebensverrichtungen wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit
Slowakei	Sozialhilfegesetz, Gesetze über Gesundheitswesen und entsprechende Dienste, Pflugschaftsbeihilfen, u.a.	Notwendigkeit der Pflege durch eine andere Person bei einer Funktionsstörung von mindestens 50% der körperlichen, sensorischen oder geistigen Fähigkeiten oder bei schlechtem Gesundheitszustand
Slowenien	Keine Gesetzgebung	Personen, die bei den wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf ständige Hilfe angewiesen sind
Spanien	Allgemeines Gesetz über soziale Sicherheit	Arbeitnehmer, die dauernd erwerbsunfähig sind, keine Tätigkeit ausüben können und aufgrund körperlicher oder funktioneller Störungen für die wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen sind
Tschechien	Gesetz zur Sozialen Sicherheit und ministerielle Verordnungen	Unfähigkeit, die folgenden Tätigkeiten auszuführen: Ankleiden, Körperpflege, Einkaufen
Ungarn	Gesetz über Sozialverwaltung und Sozialhilfe	Schwere Behinderungen (völlige oder starke Seh- oder Hörbehinderung, geistige Behinderung bei Geburt oder vor dem 14. Lebensjahr, schwere körperliche Behinderung mit der Notwendigkeit der ständigen Hilfe durch eine andere Person
Vereinigtes Königreich	Gesetz über Beiträge und Leistungen der sozialen Sicherheit	Personen ab 65 Jahren, die wegen körperlicher, oder seelischer Behinderung tagsüber und/oder nachts auf persönliche Pflege angewiesen sind
Zypern	Gesetze über Sozialhilfe und soziale Dienste sowie über Heime für ältere Menschen und Personen mit Behinderungen	Mentale oder physische Defizite oder soziale Not

Quelle: Wingefeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007).

Tabelle B-1

Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit "gesamt" 1999-2007											
Alter von ... bis unter ... Jahren	1999	2001		2003		2005		2007		2007 zu 1999 Änd. in %	durchschnittl. jährl. Änderung in %
	in %	in %	2001 zu 1999 Änd. in %	in %	2003 zu 2001 Änd. in %	in %	2005 zu 2003 Änd. in %	%	2007 zu 2005 Änd. in %		
unter 15	0,6	0,5	-3,4%	0,5	0,7%	0,5	-0,5%	0,6	5,7%	2,45%	0,30%
15 - 60	0,5	0,5	-2,5%	0,5	0,2%	0,5	1,6%	0,5	4,9%	4,15%	0,51%
60 - 65	1,7	1,6	-4,4%	1,6	-0,3%	1,6	1,2%	1,7	2,9%	-0,77%	-0,10%
65 - 70	3,0	2,9	-5,0%	2,8	-3,5%	2,6	-4,0%	2,7	2,0%	-10,20%	-1,34%
70 - 75	5,3	5,2	-1,9%	5,2	0,6%	5,1	-2,9%	5,0	-1,4%	-4,95%	-0,63%
75 - 80	10,8	10,3	-4,0%	10,1	-2,5%	9,9	-1,9%	10,3	3,8%	-4,79%	-0,61%
80 - 85	22,1	20,5	-7,3%	21,2	3,6%	20,9	-1,5%	20,6	-1,3%	-6,60%	-0,85%
85 - 90	39,6	40,8	3,0%	41,1	0,8%	37,5	-8,8%	38,4	2,4%	-3,11%	-0,39%
90 und mehr...	62,0	61,5	-0,8%	61,2	-0,5%	62,1	1,3%	63,5	2,2%	2,35%	0,29%
insgesamt.....	2,5	2,6	0,8%	2,6	1,7%	2,7	2,6%	2,8	5,8%	11,37%	1,36%

Tabelle B-2

Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit "Frauen" 1999-2007											
Alter von ... bis unter ... Jahren	1999	2001		2003		2005		2007		2007 zu 1999 Änd. in %	durchschnittl. jährl. Änderung in %
	in %	in %	2001 zu 1999 Änd. in %	in %	2003 zu 2001 Änd. in %	in %	2005 zu 2003 Änd. in %	%	2007 zu 2005 Änd. in %		
unter 15	0,5	0,5	-8,0%	0,5	0,0%	0,5	-1,6%	0,5	17,5%	6,36%	0,77%
15 - 60	0,5	0,5	-10,7%	0,5	0,0%	0,5	1,5%	0,5	9,1%	-1,16%	-0,15%
60 - 65	1,5	1,5	-3,7%	1,5	-1,0%	1,5	1,9%	1,6	6,9%	3,70%	0,45%
65 - 70	2,8	2,7	-4,1%	2,6	-4,1%	2,4	-4,5%	2,6	4,6%	-8,07%	-1,05%
70 - 75	5,4	5,2	-2,8%	5,2	0,2%	5,1	-3,2%	5,0	-0,2%	-5,92%	-0,76%
75 - 80	11,3	11,0	-2,6%	10,9	-1,5%	10,7	-2,1%	11,1	4,0%	-2,28%	-0,29%
80 - 85	23,9	22,3	-6,8%	23,2	4,0%	22,9	-1,0%	22,9	-0,1%	-4,19%	-0,53%
85 - 90	42,8	44,1	3,2%	44,7	1,3%	40,9	-8,5%	42,0	2,6%	-1,91%	-0,24%
90 und mehr...	67,3	67,1	-0,3%	67,2	0,2%	68,6	2,0%	70,9	3,4%	5,29%	0,65%
insgesamt.....	3,4	3,4	0,5%	3,5	1,1%	3,5	1,9%	3,7	5,9%	9,66%	1,16%

Tabelle B-3

Alterspezifische Pflegewahrscheinlichkeit "Männer" 1999-2007											
Alter von ... bis unter ... Jahren	1999	2001		2003		2005		2007		2007 zu 1999 Änd. in %	durchschnittl. jährl. Änderung in %
	in %	in %	2001 zu 1999 Änd. in %	in %	2003 zu 2001 Änd. in %	in %	2005 zu 2003 Änd. in %	%	2007 zu 2005 Änd. in %		
unter 15	0,6	0,6	-1,2%	0,6	1,3%	0,6	0,3%	0,6	-2,7%	-2,25%	-0,28%
15 - 60	0,5	0,5	-0,7%	0,5	0,4%	0,5	1,7%	0,5	1,3%	2,69%	0,33%
60 - 65	1,9	1,8	-4,9%	1,8	0,3%	1,8	0,6%	1,8	-0,5%	-4,51%	-0,58%
65 - 70	3,2	3,1	-4,4%	3,0	-2,9%	2,9	-3,5%	2,8	-0,5%	-10,97%	-1,44%
70 - 75	5,2	5,2	0,2%	5,2	1,3%	5,1	-2,6%	4,9	-3,0%	-4,08%	-0,52%
75 - 80	9,6	9,0	-6,0%	8,8	-2,7%	8,8	0,0%	9,1	4,1%	-4,80%	-0,61%
80 - 85	17,6	16,2	-8,3%	16,6	2,7%	16,3	-1,7%	16,1	-1,6%	-8,88%	-1,16%
85 - 90	30,0	30,5	1,6%	30,3	-0,6%	27,8	-8,5%	28,4	2,3%	-5,34%	-0,68%
90 und mehr...	43,3	42,1	-2,7%	40,9	-3,0%	40,5	-1,1%	40,1	-0,8%	-7,31%	-0,94%
Insgesamt.....	1,6	1,6	-0,4%	1,7	3,1%	1,8	4,2%	1,9	5,8%	13,12%	1,55%

Quelle: eigene Berechnungen, Grunddaten: Pflegestatistik 1999-2007 Statistisches Bundesamt.

Tabelle C-1

Table 3.13. Summary of trends in severe disability⁽¹⁾ among the population aged 65+, selected OECD countries, average annual growth rate (age-standardised rates unless otherwise stated)

	Period covered	Population in households and in institutions			Population in households			Population in institutions
		All	Male	Female	All	Male	Female	All
Australia	98-03	+0.1%	-0.2%	+0.3%				
Belgium ⁽²⁾	97-04	+3.4%	+3.8%	+3.3%				
Canada ⁽²⁾	96-03	-0.5%			-0.5%	-1.5%	+0.3%	-0.5%
Denmark	87-05	-1.7%	-2.3%	-1.3%				
Finland	80-00	-2.0%	-2.2%	-1.9%				
France (a)	90/91 - 98/99	-2.0%	-1.1%	-2.3%				
France (b)	91/92 - 02/03	+0.2%			+0.3%	-0.4%	+0.8%	0.0%
Italy	91 - 99/00				-1.3%	-3.5%	-0.2%	
Japan	04-05	+2.7%						
Netherlands ⁽²⁾	96/98 - 01/03	-2.2%			-1.1%	+0.9%	-1.8%	-3.5%
Sweden ⁽³⁾	80-04	-2.3%	-3.3%	-1.7%				
Sweden ⁽³⁾	94-04	+3.1%	+2.2%	+3.6%				
UK (GHS) ⁽²⁾	94/95 - 01/02	-2.1%			-2.2%	-2.8%	-1.7%	-1.5%
UK (HSE) ⁽²⁾	95 - 00/01	+1.1%			+2.0%	+3.2%	+1.3%	-1.7%
USA (MCBS)	92-04	-1.4%	-1.5%	-1.3%				
USA (NLTC)	82 - 04/05	-1.0%			-0.2%			-2.7%

Notes:

1) The definition of "severe disability" varies from one country/survey to the other.

2) The average annual growth rates refer to the age-standardised rates, except for Belgium, Canada, France, the Netherlands and the UK.

3) Regarding Sweden, the data relate only to the population aged 65 to 84.

Quelle: Lafortune et al. (2007), p. 48.

Tabelle C-2

Table A3.1. Summary of trends in the prevalence of selected diseases and risk factors among the population aged 65+, average annual growth rate, selected OECD countries,

	Period Covered	Arthritis	Heart Problem	Dementia	Diabetes	Hypertension	Obesity
Australia	98-03	+0.3%	+0.9%	-1.4%	+6.8%	+3.3%	..
Belgium	97-04	+0.1%	+0.3%	..	+5.1%	+3.2%	+1.1%
Canada	96-03	+1.6%	+3.0%	..	+3.7%	+3.9%	+2.9%
Denmark	87-05	..	..	..	+3.3%	..	+1.6%
Finland	80-00	-0.6%	..	..	+0.4%	+0.7%	+1.4%
Italy	91-00	+2.3%	+1.1%	..	+0.6%	+6.3%	+3.0%
Japan	89-04	+1.4%	+2.4%	+5.4%	+5.3%	+1.0%	..
Netherlands	90-00	+1.8%	+3.0%	..	+1.2%	+1.8%	+3.8%
Sweden	80-04	..	..	+1.3%	+0.9%	+0.9%	+2.0%
United Kingdom	94-03	..	0.0%	..	+7.4%	..	+3.2%
United States	92-02	+0.6%	-0.3%	..	+2.2%	+1.5%	+3.5%

Sources: See the following set of tables and charts for each country

Notes:

- Regarding dementia, the growth rates for Japan and Sweden relate to shorter time periods, 1998-2004 and 1988-2003 respectively.
- The trend for obesity in Canada relates to the population aged 75 and over.

Quelle: Lafortune et al. (2007), p. 67.

Tabelle D

Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit "gesamt" 1995-2008									
Alter von ... bis unter ... Jahren	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
unter 20.....	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
20-55.....	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
55-60.....	0,7%	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%
60 - 65	1,2%	1,6%	1,7%	1,7%	1,8%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
65 - 70	2,0%	2,7%	2,8%	3,0%	3,1%	3,0%	2,9%	2,9%	2,9%
70 - 75	3,4%	4,7%	4,9%	5,0%	5,2%	5,2%	5,2%	5,3%	5,3%
75 - 80	6,2%	9,1%	9,6%	10,1%	10,6%	10,3%	10,1%	10,1%	10,0%
80 - 85	12,6%	19,7%	21,0%	21,5%	21,6%	20,4%	20,0%	20,7%	20,9%
85 - 90	22,8%	36,2%	37,5%	38,5%	39,6%	39,5%	40,0%	41,0%	40,4%
90 und mehr.	35,8%	57,8%	59,8%	61,4%	63,2%	61,8%	61,8%	62,5%	61,9%
Insgesamt.....	1,5%	2,6%	2,4%	2,5%	2,6%	2,6%	2,6%	2,7%	2,7%

Alter von ... bis unter ... Jahren	2004	2005	2006	2007	2008	2008 zu 1999 Änd. in %	2008 zu 1999 durchsch nittl. Änd. in %	2007 zu 1999 Änd. in %	2007 zu 1999 durchsch nittl. Änd. in %
	in %	in %	in %	%	%				
unter 20.....	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	11,64%	1,23%	8,91%	1,07%
20-55.....	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	17,21%	1,78%	12,45%	1,48%
55-60.....	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%	12,57%	1,36%	7,77%	0,94%
60 - 65	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	1,9%	5,22%	0,57%	0,50%	0,06%
65 - 70	2,8%	2,7%	2,7%	2,7%	2,9%	-6,51%	-0,74%	-10,43%	-1,37%
70 - 75	5,3%	5,2%	5,0%	5,0%	5,1%	-2,52%	-0,28%	-4,43%	-0,56%
75 - 80	9,9%	9,8%	9,8%	10,0%	10,6%	-0,32%	-0,04%	-5,27%	-0,67%
80 - 85	21,0%	20,6%	20,0%	20,1%	20,4%	-5,75%	-0,66%	-7,15%	-0,92%
85 - 90	39,0%	37,5%	36,8%	37,5%	38,4%	-3,07%	-0,35%	-5,27%	-0,67%
90 und mehr.	61,9%	62,2%	62,1%	62,7%	62,7%	-0,69%	-0,08%	-0,67%	-0,08%
Insgesamt.....	2,7%	2,8%	2,8%	2,9%	3,0%	15,55%	1,66%	11,04%	1,32%

Quelle: eigene Berechnungen, Grunddaten: BMG.

mea

Mannheimer Forschungsinstitut
Ökonomie und demografischer Wandel

L13, 17
Universität Mannheim
68131 Mannheim

Tel 0621 - 181 18 62
Fax 0621 - 181 18 63

www.mea.uni-mannheim.de

