

Pflegehaushalte

Bericht von Johannes Geyer

Einkommen und Vermögen der Pflegehaushalte in Deutschland

323

Interview mit Johannes Geyer

»Viele der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen sind alleinlebende Frauen«

329

Bericht von Erika Schulz

Alterung der Bevölkerung und Gesundheitspersonal in fünf ausgewählten europäischen Ländern

330

Am aktuellen Rand Kommentar von Karsten Neuhoff

Klimabeitrag alter Kraftwerke als Plan B

340



DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V.
 Mohrenstraße 58, 10117 Berlin
 T +49 30 897 89 -0
 F +49 30 897 89 -200
 82. Jahrgang
 1. April 2015

Herausgeber

Prof. Dr. Pio Baake
 Prof. Dr. Tomaso Duso
 Dr. Ferdinand Fichtner
 Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.
 Prof. Dr. Peter Haan
 Prof. Dr. Claudia Kemfert
 Dr. Kati Krähnert
 Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D.
 Prof. Dr. Jürgen Schupp
 Prof. Dr. C. Katharina Spieß
 Prof. Dr. Gert G. Wagner

Chefredaktion

Sabine Fiedler
 Dr. Kurt Geppert

Redaktion

Renate Bogdanovic
 Andreas Harasser
 Sebastian Kollmann
 Dr. Claudia Lambert
 Marie Kristin Marten
 Dr. Wolf-Peter Schill

Lektorat

Dr. Peter Krause
 Dr. Jan Marcus

Pressestelle

Renate Bogdanovic
 Tel. +49-30-89789-249
 presse@diw.de

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
 Postfach 74
 77649 Offenburg
 leserservice@diw.de
 Tel. (01806) 14 00 50 25
 20 Cent pro Anruf
 ISSN 0012-1304

Gestaltung

Edenspiekermann

Satz

eScriptum GmbH & Co KG, Berlin

Druck

USE gGmbH, Berlin

Nachdruck und sonstige Verbreitung – auch auszugsweise – nur mit Quellenangabe und unter Zusendung eines Belegexemplars an die Serviceabteilung Kommunikation des DIW Berlin (kundenservice@diw.de) zulässig.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier.



Der DIW Wochenbericht wirft einen unabhängigen Blick auf die Wirtschaftsentwicklung in Deutschland und der Welt. Er richtet sich an die Medien sowie an Führungskräfte in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Wenn Sie sich für ein Abonnement interessieren, können Sie zwischen den folgenden Optionen wählen:

Standard-Abo: 179,90 Euro im Jahr (inkl. MwSt. und Versand).

Studenten-Abo: 49,90 Euro.

Probe-Abo: 14,90 Euro für sechs Hefte.

Bestellungen richten Sie bitte an leserservice@diw.de oder den DIW Berlin Leserservice, Postfach 74, 77649 Offenburg; Tel. (01806) 14 00 50 25, 20 Cent/Anruf aus dem dt. Festnetz, 60 Cent maximal/Anruf aus dem Mobilnetz. Abbestellungen von Abonnements spätestens sechs Wochen vor Laufzeitende

NEWSLETTER DES DIW BERLIN



Der DIW Newsletter liefert Ihnen wöchentlich auf Ihre Interessen zugeschnittene Informationen zu Forschungsergebnissen, Publikationen, Nachrichten und Veranstaltungen des Instituts: Wählen Sie bei der Anmeldung die Themen und Formate aus, die Sie interessieren. Ihre Auswahl können Sie jederzeit ändern, oder den Newsletter abbestellen. Nutzen Sie hierfür bitte den entsprechenden Link am Ende des Newsletters.

>> Hier Newsletter des DIW Berlin abonnieren: www.diw.de/newsletter

RÜCKBLLENDE: IM WOCHENBERICHT VOR 50 JAHREN



Zur Lage in der Bauwirtschaft

Der nunmehr mögliche Überblick über das Baugeschehen des vergangenen Jahres bestätigt das bereits im Herbst erkennbare Bild:

1. Die reale Produktion der Bauwirtschaft wurde beträchtlich ausgeweitet, das Vorjahrsergebnis um 12 vH übertroffen.
2. Der Preisauftrieb verlangsamte sich in beinahe allen Baubereichen deutlich, die gesamten Bauleistungen verteuerten sich nur noch um 3,7 vH gegenüber 5,0 vH im Jahre 1963 und 7,9 vH im Jahre 1962. Im Straßenbau gingen die Preise sogar zurück (-1,2 vH), obwohl die Produktion in diesem Bereich stärker ausgeweitet wurde (+16 vH) als in der gesamten Bauwirtschaft.
3. Mit +9 vH gegenüber -0,5 vH im Jahre 1963 nahm das Produktionsergebnis (brutto) je Beschäftigten erheblich zu; dies hatte jedoch vornehmlich witterungsbedingte Gründe. Obwohl kaum Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden waren, hatten die Unternehmer im Winter 1963 nur wenig Arbeitskräfte entlassen. Die Arbeitszeit der auf Baustellen Beschäftigten im Bauhauptgewerbe verringerte sich in den ersten beiden Monaten des Jahres 1963 auf 2,4 Stunden täglich. In dem vergleichsweise milden Winter 1964 erhöhte sich die tägliche Arbeitszeit und somit auch das Produktionsergebnis je Beschäftigten gegenüber dem vergleichbaren Vorjahrszeitraum beträchtlich. Bezieht man das Produktionsergebnis auf die Beschäftigtenstunde, so wird dieser Effekt eliminiert, das Ergebnis ist eine Abschwächung im Wachstum der Effizienz auf 4,5 vH gegenüber reichlich 5 vH 1963.

aus dem Wochenbericht Nr. 15 vom 9. April 1965



Einkommen und Vermögen der Pflegehaushalte in Deutschland

Von Johannes Geyer

Im Jahr 2013 bezogen rund 2,6 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung. Die Zahl der Leistungsempfänger ist seit 1998 um 45 Prozent gestiegen. Gut 70 Prozent der Leistungsbeziehenden, etwa 1,7 Millionen Personen, wurden zu Hause und knapp 30 Prozent stationär gepflegt. Daneben gibt es eine nicht unerhebliche Zahl von Personen, die auf Pflege angewiesen sind, aber noch nicht in einem Maß, das zu Leistungen aus der Pflegeversicherung berechtigt, diese werden zu fast 100 Prozent zu Hause gepflegt. Ein Pflegefall stellt für die betroffenen Personen und Haushalte in der Regel eine große Belastung dar. Neben den gesundheitlichen Einschränkungen entstehen zusätzliche Kosten durch Ausgaben für Medizin und Pflege. Zugleich sinkt häufig das Einkommen der pflegenden Angehörigen durch Reduktion der Erwerbstätigkeit. Die vorliegende Studie zeigt, dass Pflegehaushalte über ein ähnlich hohes Haushaltseinkommen verfügen wie Haushalte, in denen keine pflegebedürftige Person lebt. Allerdings machen Transferleistungen bei Pflegebedürftigen einen relativ hohen Anteil am Gesamteinkommen aus. Darüber hinaus ist ihr Vermögen erheblich geringer als das von Personen ohne Pflegebedarf. Insbesondere alleinlebende Pflegebedürftige verfügen über geringe finanzielle Ressourcen, stellen zugleich aber über 40 Prozent aller Pflegehaushalte dar.

Der Pflegefall stellt die Betroffenen und ihre Angehörigen vor einige Herausforderungen. Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen selbst können gesundheitliche Probleme der pflegenden Angehörigen infolge der Beanspruchung durch die Pfllegetätigkeit kommen, und häufig müssen finanzielle Belastungen bewältigt werden. Diese können sowohl durch privat zu finanzierende Pflegeleistungen als auch durch Einkommensausfälle der pflegenden Haushaltsmitglieder entstehen,¹ da pflegende Angehörige ihre Erwerbstätigkeit häufig einschränken, um Pflege und Beruf miteinander vereinbaren zu können.²

Die Pflegeversicherung beschränkt sich auf Zuschüsse zu den Kosten der Pflege oder Pflegesachleistungen und bedarf der Ergänzung durch informelle sowie durch privat finanzierte formelle Pflege (Kasten). Mit zunehmender Dauer der Pflegesituation gewinnt auch die Frage an Bedeutung, ob Haushalte diese Kosten aus ihrem laufenden Einkommen tragen können oder aus ihrem Vermögen finanzieren müssen. Umfragedaten belegen, dass die Pflegebedürftigen eine starke Präferenz für die Versorgung in der häuslichen Umgebung haben.³ Kann diese nicht gewährleistet werden, bleibt vielen Pflegebedürftigen nur der Übergang in ein Pflegeheim. Die Kosten der stationären Betreuung liegen sowohl für die Betroffenen als auch für die Pflegeversicherung über denen bei ambulanter Versorgung. Dementsprechend hoch ist der Anteil der Bezieher von Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) unter den Pflegebedürftigen, die stationäre betreut werden. Rund 42 Prozent der Personen in stationärer Pflege beziehen Hilfe zur Pflle-

¹ Siehe dazu auch Geyer, J., Schulz, E. (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. DIW Wochenbericht Nr. 14/2014, 294-301.

² Lilly, M. B., Laporte, A., Coyte, P. C. (2007): Labor Market Work and Home Care's Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor Force Participation Rates, Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work. *Milbank Quarterly* 85 (4), 641-690.

³ Kuhlmeier, A., Dräger, D., Winter, M., Beikirch, E. (2010): COMPASS - Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *Informationsdienst altersfragen* 37 (4), 4-11.

Kasten

Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung deckt einen Teil des Risikos pflegebedürftig zu werden. Der einen Anspruch auf Leistungen begründende Pflegebedürftigkeitsbegriff ist in § 14 SGB XI kodifiziert. Pflegebedürftigkeit liegt demnach vor, wenn in den regelmäßig wiederkehrenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und der hauswirtschaftlichen Versorgung dauerhafte (voraussichtlich für mindestens sechs Monate) Einschränkungen vorliegen. Zudem richten sich die Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Dabei werden insbesondere drei Pflegestufen unterschieden (§ 15 SGB XI):

- Pflegestufe I: erheblich Pflegebedürftige. Diese Personen benötigen mindestens einmal täglich Hilfe bei mindestens zwei Aktivitäten des täglichen Lebens und mehrfach pro Woche Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung.
- Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftige. Diese Personen benötigen mindestens dreimal täglich Hilfe bei der Grundpflege und mehrfach pro Woche Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung.
- Pflegestufe III: Schwerpflegebedürftige. Diese Personen benötigen rund um die Uhr, auch nachts, Hilfe bei der Grundpflege und mehrfach pro Woche Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Darüber hinaus können seit 2008 auch pflegebedürftige Personen Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung beziehen, wenn sie noch nicht die Voraussetzungen für die Pflegestufe I erfüllen aber in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (§ 45b SGB XI).

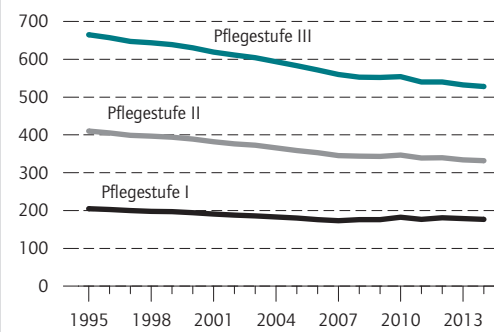
Anspruchsberechtigte Personen können bei der ambulanten Pflege zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld oder einer Kombination aus beidem wählen. Neben der Unterstützung der ambulanten Betreuung gewährt die Pflegeversicherung Leistungen bei teil- und vollstationärer Pflege. Zudem unterstützt die Pflegeversicherung Pflegehaushalte durch verschiedene weitere Leistungen. Unter anderem werden Leistungen gewährt, wenn Pflegepersonen die häusliche Pflege vorübergehend nicht leisten können (beispielsweise wegen Urlaub oder Krankheit) oder auch für die altersgerechte Anpassung der Wohnung.¹

Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden zwischen 1995 und Juli 2008 nicht angepasst, so dass es zu einem Kauf-

¹ Ein Überblick über Struktur und Leistungen der Pflegeversicherung findet sich in Schulz, E. (2010): The Long-Term Care System in Germany. DIW Discussion Papers 1093. Zu den aktuellen Leistungen gibt das Bundesministerium für Gesundheit Auskunft, www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Pflegeversicherung_im_Ueberblick_2015.pdf.

Abbildung 1

Höhe des Pflegegeldes nach Pflegestufen
In Euro pro Monat zu Preisen von 1995

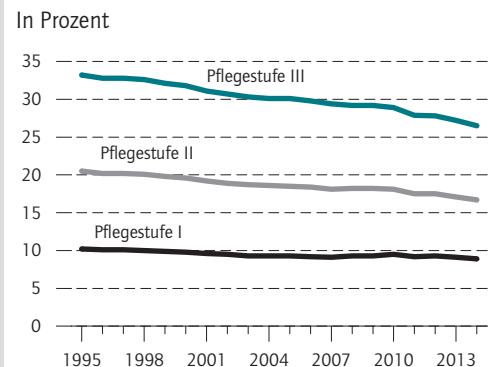


Quelle: Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

Abbildung 2

Anteil des Pflegegeldes am durchschnittlichen Bruttoeinkommen
In Prozent



Quellen: SOEPv30; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

kraftverfall kam. In Preisen von 1995 ist das Pflegegeld in Pflegestufe I von 205 Euro um 13 Prozent auf knapp 180 Euro gesunken (Abbildung 1). Der Rückgang fällt für die höheren Pflegestufen noch stärker aus und beträgt in Pflegestufe III knapp 20 Prozent. Im Jahr 1995 erreichten die Leistungen in der Pflegestufe III noch ein Drittel des durchschnittlichen Bruttolohns, 2014 sind sie auf fast ein Viertel gesunken (Abbildung 2).² Durch die Leistungserhöhungen in mehreren Schritten seit 2008 wird diesem Trend entgegengewirkt.

² Auch und gerade bei stationären Leistungen ist davon auszugehen, dass sich der Zuschuss der Pflegeversicherung entwertet hat. Vergleiche dazu Rothgang, H., Kulik, D., Müller, R., Unger, R. (2009): BARMER GEK Pflegereport 2009. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Schwäbisch Gmünd, 33-35.

ge. Im Gegensatz dazu lag der Anteil bei der Pflege in Privathaushalten im Jahr 2013 bei ungefähr 7,5 Prozent.

Die vorliegende Studie untersucht – auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)⁴ die Einkommens- und Vermögenssituation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten.⁵ Das SOEP enthält auch Daten zu Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Der Begriff Pflegebedürftige umfasst im vorliegenden Bericht auch diesen Personenkreis. Haushalte, in denen eine pflegebedürftige Person lebt, werden im Folgenden Pflegehaushalte genannt.

Das laufende Einkommen ist eine wichtige Determinante der Spielräume, die Pflegebedürftige in Privathaushalten für eine selbständige Lebensführung haben. Ihre Möglichkeiten für den Einkauf privater Pflegeleistungen oder auch für die pflegerechte Ausgestaltung der Wohnung oder des Hauses hängen unter anderem davon ab. Seit 1995 können erheblich pflegebedürftige Personen ergänzende Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Bei der Analyse der Einkommenssituation dieser Haushalte wird hier zum einen das individuelle Einkommen von pflegebedürftigen Personen im Alter ab 60 Jahren mit dem der sonstigen Bevölkerung ab 60 Jahren verglichen. Zum anderen wird Einkommen von Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person ab 60 Jahren mit dem der sonstigen Haushalten verglichen, deren Haushaltsvorstand 60 Jahre oder älter ist. Analog wird bei der Analyse der Vermögenssituation verfahren.

Die Pflegeversicherung – wichtige Einkommensquelle der Pflegebedürftigen

Rund 73 Prozent der hier betrachteten Pflegebedürftigen in Privathaushalten beziehen Leistungen der Pflegeversicherung, gut 51 Prozent erhalten monetäre Leistungen, also Pflegegeld (Tabelle 1).⁶ Im Durchschnitt beziehen Pflegebedürftige gut 5 000 Euro pro Jahr, dies weist auf eine relativ hohe Pflegebedürftigkeit im Sinn der Pflegeversicherung hin. Etwas mehr als 70 Prozent der Pflegebedürftigen beziehen eine gesetzliche Rente. Der Anteil entspricht etwa dem der nicht pflegebedürftigen Personen im Rentenalter, die im Mittel jedoch pro

⁴ Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte, die seit 1984 in Westdeutschland und seit 1990 in Ostdeutschland jährlich durchgeführt wird, vgl. Wagner, G. G., Göbel, J., Krause, P., Pischner, R., Sieber, I. (2008): Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP): Multidisziplinäres Haushaltspanel und Kohortenstudie für Deutschland – Eine Einführung (für neue Datennutzer) mit einem Ausblick (für erfahrene Anwender). AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv Bd. 2, Heft 4, 301–328.

⁵ Zur Einkommens- und Vermögenssituation von Personen, die in Heimen leben, und den Haushalten der Angehörigen liegen keine Befragungsdaten vor.

⁶ Wir können an dieser Stelle nicht differenzieren, ob die Personen neben dem Pflegegeld auch Pflegesachleistungen, also Kombinationsleistungen, erhalten.

Tabelle 1

Jahreseinkommen¹ von Pflegebedürftigen Personen und der sonstigen Bevölkerung 2012

Einkommensart	Anteile der Einkommensarten in Prozent		Höhe des Einkommens in Euro	
	Pflegebedürftige	Sonstige Personen	Pflegebedürftige	Sonstige Personen
Leistungen der Pflegeversicherung	72,7			
Pflegegeld	51,4		5 086	
Rente	71,1	74,6	10 978	14 870
Witwenrente	23,6	14,8	8 914	8 950
Private Transfers	2,5	0,4	2 251	4 982
Vermietung und Verpachtung	8,2	13,2	9 800	11 913
Wohngeld	3,6	1,2	1 010	1 217
Sozialhilfe	2,3	0,7	2 650	3 426
Kapitaleinkünfte	49,9	71,9	806	1 056
Erwerbstätigkeit	0,7	18,6	13 559	26 390

¹ Untersucht wurden Personen ab 60 Jahren. Gewichtete Daten, die repräsentative Aussagen für die Gruppen zulassen.

Quellen: SOEPv30; Berechnungen des DIW Berlin.

Viele Pflegebedürftige beziehen Witwenrente.

Jahr knapp 4 000 Euro mehr Rente beziehen als pflegebedürftige Rentner. Dieser Unterschied ist auch dadurch zu erklären, dass Pflegebedürftige häufiger weiblich sind, Frauen jedoch niedrigere Renten als Männer erhalten. Deswegen ist auch der Anteil der Bezieher von Witwenrenten unter den Pflegebedürftigen höher als in der Vergleichsgruppe, wobei der durchschnittliche Zahlbetrag mit knapp 9 000 Euro pro Jahr ähnlich hoch ausfällt. Andere Einkunftsarten, wie Kapitaleinkünfte, sind unter den Pflegebedürftigen weniger verbreitet. Insgesamt sind die Quoten sonstiger öffentlicher Transfers (Wohngeld, Sozialhilfe) etwas höher als in der Vergleichsgruppe, in der Einkommen aus Erwerbstätigkeit mit knapp 20 Prozent erwartungsgemäß eine größere Rolle spielt.

Einkommen der Pflegehaushalte nicht unterdurchschnittlich – Transfers häufiger beansprucht

Bei der Analyse der Haushaltseinkommen wird nach folgenden Einkommensquellen differenziert: Erwerbsarbeit, Kapitaleinkünfte, Mietwert selbst genutzter Immobilien⁷, private Transfers, öffentliche Transfers und

⁷ Durch die Einbeziehung des Mietwertes selbstgenutzter Immobilien wird berücksichtigt, dass Hausbesitzer vom verfügbaren Einkommen keine Miete zahlen müssen. Dadurch wird der Vergleich der verfügbaren Haushaltseinkommen von Mietern und Eigenheimbesitzern verbessert, siehe dazu Frick, J. R., Grabka, M. M. (2003): Imputed Rent and Income Inequality: A Decomposition Analysis for Great Britain, West Germany and the U.S. Review of Income and Wealth 49 (4), 513–537.

Tabelle 2

Jahreseinkommen von Pflegehaushalten und sonstigen Haushalten¹ 2012

Einkommensart	Anteile der Einkommensarten in Prozent		Höhe des Einkommens ² in Euro	
	Pflegehaushalte	Sonstige Haushalte	Pflegehaushalte	Sonstige Haushalte
Nettoeinkommen			20 787	21 674
Rente (GRV)	97,1	88,5	13 980	16 277
Rente (privat)	18,1	30,2	22 229	25 262
Private Transfers	3,0	1,1	2 188	5 594
Imputierte Miete	58,8	58,4	3 385	3 595
Öffentliche Transfers	70,9	12,7	4 991	4 465
Kapitaleinkünfte	68,8	79,7	1 550	1 895
Erwerbstätigkeit	18,1	30,2	22 229	25 262

¹ Untersucht wurden Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person ab 60 Jahren und Haushalte in denen der Haushaltsvorstand 60 oder älter ist und in denen keine pflegebedürftige Person lebt. Gewichtete Daten, die repräsentative Aussagen für die Gruppen zulassen.

² Unterschiede in der Haushaltsgröße wurden berücksichtigt (vgl. Fußnote 8).

Quellen: SOEPv30; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

Das gewichtete Nettoeinkommen ist in Pflegehaushalten ähnlich hoch wie in sonstigen Haushalten, setzt sich aber anders zusammen.

gesetzliche oder private Renten. Das durchschnittliche gewichtete⁸ Nettoeinkommen der Pflegehaushalte belief sich im Jahr 2012 auf gut 20 000 Euro (Tabelle 2). Es war damit ähnlich hoch wie bei sonstigen Haushalten mit einem Haushaltsvorstand ab 60 Jahren. Diese bezogen zu 30 Prozent Einkommen aus Erwerbstätigkeit.

⁸ Um Unterschiede im Einkommen aufgrund der Haushaltsgröße zu berücksichtigen, wurden alle Einkommenskomponenten mit der Quadratwurzel der Haushaltsgröße gewichtet, siehe hierzu: www.diw.de/de/diw_01.c.411605.de/presse/diw_glossar/aequivalenzeinkommen.html.

Unter den Pflegehaushalten betrug dieser Anteil lediglich 18 Prozent, und das durchschnittliche Erwerbseinkommen der Pflegehaushalte lag unterhalb des Einkommens der Vergleichsgruppe. Pflegehaushalte bezogen auch seltener Kapitaleinkommen als Haushalte ohne pflegebedürftige Haushaltsmitglieder, und die durchschnittlichen Erträge waren niedriger.

Demgegenüber sind Pflegehaushalte in überdurchschnittlichem Maß Empfänger von Transfers. Drei Prozent der Pflegehaushalte bezogen private Transfers im Unterschied zu einem Prozent in der Vergleichsgruppe, und rund 71 Prozent der Pflegehaushalte erhielten öffentliche Transfers gegenüber knapp 13 Prozent in der Vergleichsgruppe. Eine wichtige Rolle dürften hier Transfers der Pflegeversicherung spielen. Bei geringeren Zahlbeträgen nahmen Pflegehaushalte schließlich auch gesetzliche oder private Renten häufiger in Anspruch als die sonstigen Haushalte. Insgesamt war das durchschnittliche gewichtete Haushaltseinkommen pro Jahr in beiden Gruppen mit rund 21 000 Euro ähnlich hoch, in der Zusammensetzung zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede.⁹

⁹ Diese Befunde decken sich mit Auswertungen früherer Wellen des SOEP. Dort wurde auch gezeigt, dass das Armutsrisiko von Pflegehaushalten nicht höher ist als in der Gesamtbevölkerung und dass der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung das Armutsrisiko signifikant mindert. Umgekehrt zeigte sich, dass Pflegebedürftige, die keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hatten, einem größeren Armutsrisiko ausgesetzt waren, vgl. Geyer, J., Korfhage, T., Schulz, E. (2013): Versorgungsformen in Deutschland – Untersuchungen zu den Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Hilfe- und Pflegebedarf. Evaluation – Berichterstattung Pflegequalität, Endbericht für Zentrum für die Qualität in der Pflege, www.zqpf.de/index.php?pn=press&id=402.

Tabelle 3

Individuelles Nettovermögen von Pflegebedürftigen Personen und der sonstigen Bevölkerung 2012

	Insgesamt		Frauen		Männer	
	Pflegebedürftige	Sonstige Personen	Pflegebedürftige	Sonstige Personen	Pflegebedürftige	Sonstige Personen
Nettovermögen¹ in Euro						
Mittelwert	93 713	119 405	83 633	106 104	110 479	133 207
Median	9 000	60 000	5 500	50 000	14 540	74 000
Anteile in Prozent						
Positives Nettovermögen	62,0	80,4	57,6	78,7	69,3	82,1
Kein Nettovermögen	33,8	17,4	37,9	19,7	27,0	15,0
Negatives Nettovermögen	4,2	2,2	4,5	1,5	3,7	2,9

¹ Nettovermögen ohne Betriebsvermögen. Untersucht wurden Personen ab 60 Jahren. Gewichtete Daten, die repräsentative Aussagen für die Gruppen zulassen.

Quellen: SOEPv30; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

Pflegebedürftige verfügen seltener und im Mittel über ein geringeres Vermögen als die sonstige Bevölkerung.

Die Pflegehaushalte im SOEP wurden auch nach der Höhe der regelmäßigen Kosten der Pflege befragt. Ungefähr die Hälfte aller Pflegehaushalte gibt an, die Pflegesituation verursache regelmäßige Kosten. Die monatliche Belastung liegt bei ungefähr 400 Euro und damit bei gut 20 Prozent des verfügbaren durchschnittlichen Haushaltseinkommens.¹⁰

Pflegebedürftige seltener vermögend

In die Analyse der Vermögenssituation werden Geldvermögen, private Versicherungen, Sachvermögen, selbst genutztes Immobilienvermögen, anderer Immobilienbesitz und Schulden einbezogen.¹¹ Das Nettovermögen der Pflegebedürftigen betrug 2012 knapp 94 000 Euro (Tabelle 3) und ist damit gut 20 Prozent niedriger als das durchschnittliche Nettovermögen sonstiger Personen ab 60 Jahren. Dass die Vermögen sehr ungleich verteilt sind, zeigt bereits der Blick auf den Wert in der Mitte der Verteilung.¹² Im Median verfügen Pflegebedürftige über ein Vermögen von 9 000 Euro im Vergleich zu 60 000 Euro in der übrigen Bevölkerung ab 60 Jahre. Ein nicht unerheblicher Teil der Pflegebedürftigen, ungefähr 38 Prozent, hat kein positives Nettovermögen oder ist verschuldet. In der Vergleichsgruppe

liegt dieser Anteil bei weniger als 20 Prozent. Analog zur Situation bei den Einkommen ist dieses Ergebnis möglicherweise ebenfalls wesentlich dadurch geprägt, dass Pflegebedürftigen häufiger weiblich sind, Frauen zugleich aber auch geringere Vermögen als Männer haben. Der Unterschied zwischen pflegebedürftigen und nicht pflegebedürftigen Frauen ist Prozentual größer als die entsprechende Vermögensdifferenz bei Männern.

Fast die Hälfte aller pflegebedürftigen Frauen besitzt kein oder ein negatives Vermögen. Im Median beläuft sich ihr Vermögen auf etwa 5 500 Euro. Frauen ohne Pflegebedarf haben ein Medianvermögen von 50 000 Euro, und nur rund 20 Prozent haben kein positives Nettovermögen. Bei pflegebedürftigen Männern liegt das Medianvermögen bei knapp 15 000 Euro, 30 Prozent besitzen kein Nettovermögen oder sind verschuldet. Während die Vermögenssituation der pflegebedürftigen Männer im Durchschnitt also deutlich besser ist als die der pflegebedürftigen Frauen, ist sie erheblich schlechter als die der übrigen Männer ab 60 Jahren; letztere verfügen über ein Medianvermögen von 74 000 Euro.

Geringstes Vermögen bei alleinlebenden Pflegebedürftigen

Ein großer Teil der Pflegebedürftigen, 43 Prozent, lebt allein (Tabelle 4). Knapp 48 Prozent wohnen in Zweipersonenhaushalten und zehn Prozent in Haushalten mit

¹⁰ Siehe dazu auch Geyer, J., Korfhage, T., Schulz, E. (2013), a. a. O.

¹¹ Im Prinzip könnte man auch noch das Betriebsvermögen berücksichtigen. Allerdings verfügt nur ein sehr kleiner Teil der Stichprobe über solche Vermögen, die aber extrem hohe Werte aufweisen. Deswegen wurde hier auf eine Auswertung verzichtet.

¹² Zum Begriff *Median* siehe DIW Glossar: www.diw.de/de/diw_01.c.413351.de/presse/diw_glossar/medianeinkommen.html.

Tabelle 4

Nettovermögen von Pflegehaushalten und sonstigen Haushalten nach Haushaltsgröße 2012

	Haushalte insgesamt		Nach Haushaltsgröße (Zahl der Personen)					
			Pflegehaushalte			Sonstige Haushalte		
	Pflegehaushalte	Sonstige Haushalte	1	2	3 und mehr	1	2	3 und mehr
Nettovermögen¹ in Euro								
Mittelwert	140 799	176 211	82 594	157 728	208 127	115 915	223 042	251 886
Median	35 160	86 600	3 000	90 500	172 203	35 000	141 000	195 000
Anteile in Prozent								
Positives Nettovermögen	67,2	79,9	55,4	72,9	75,5	74,6	84,5	81,5
Kein Nettovermögen	28,4	17,6	39,2	23,5	20,0	22,7	13,1	16,1
Negatives Nettovermögen	4,4	2,5	5,4	3,6	4,5	2,6	2,4	2,4
Nachrichtlich: Struktur der Haushalte in Prozent			42,6	47,8	9,7	48,7	46,2	5,1

¹ Nettovermögen ohne Betriebsvermögen. Untersucht wurden Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person ab 60 Jahren und Haushalte in denen der Haushaltsvorstand 60 oder älter ist und in denen keine pflegebedürftige Person lebt. Gewichtete Daten, die repräsentative Aussagen für die Gruppen zulassen.

Quellen: SOEPv30; Berechnungen des DIW Berlin.

mehr als zwei Personen. Die Alleinlebenden sind häufig weiblich und verwitwet, während die in Paarhaushalten lebenden Pflegebedürftigen häufiger Männer sind. Insgesamt liegt das Medianvermögen der Pflegehaushalte bei gut 35 000 Euro, während die Vergleichshaushalte im Median über gut 86 000 Euro verfügen. Rund ein Drittel der Pflegehaushalte hat kein positives Nettovermögen, während sich dieser Anteil bei den sonstigen Haushalten auf 20 Prozent beläuft. Allerdings gibt es unter den Pflegehaushalten mehr Alleinlebende, und in der Vergleichsgruppe leben umgekehrt häufiger drei oder mehr Personen (25 Prozent). Das Haushaltsvermögen wird daher auch differenziert nach der Haushaltsgröße betrachtet. Alleinlebende Pflegebedürftige weisen die schwächste Vermögensposition auf. Sie kommen im Median auf 3 000 Euro Vermögen und liegen damit deutlich unter der Vergleichsgruppe (35 000). Größere Haushalte unterscheiden sich weniger in ihrem Vermögen, das in den Pflegehaushalten aber noch immer kleiner ausfällt als in der Vergleichsgruppe.

Fazit

Pflegesituationen stellen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in mehrfacher Hinsicht vor Herausforderungen. Um möglichst lange selbständig leben und zu Hause gepflegt werden zu können, benötigen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen neben einem Netzwerk zur Organisation der informellen Pflege auch finanzielle Ressourcen, mit denen pflegebedingte Kosten bewältigt und gegebenenfalls auch Einkommensausfälle der pflegenden Angehörigen kompensiert werden können. Insbesondere bei höherer Pflegebedürftigkeit leistet die Pflegeversicherung durch einen substanziellen Beitrag zum laufenden Einkommen oder als direkte Pflegesachleistung wichtige Unterstützung. Allerdings deckt sie

nicht den gesamten Pflegebedarf, und sie wurde in der Vergangenheit nur selten an die laufende Preis- und Lohnentwicklung angepasst. Trotz der seit 2008 vorgesehenen Dynamisierung der Leistungen, hat ihr realer Wert im Vergleich zum Einführungsjahr 1995 deutlich abgenommen. Dieser Verlust ist in der Pflegestufe I, in der sich die meisten Leistungsbeziehenden der Pflegeversicherung befinden, am schwächsten.

Insgesamt erzielen Pflegehaushalte ähnlich hohe Einkommen wie Haushalte, in denen keine pflegebedürftige Person lebt. Sie beziehen allerdings häufiger Transferleistungen. Die Abhängigkeit Pflegebedürftiger von den Leistungen der Renten- und Pflegeversicherung birgt für zukünftige Generationen auch Risiken, da das Rentenniveau durch die Rentenreformen der vergangenen Jahre in Zukunft sinken wird.¹³

Im Hinblick auf ihre private Vermögenssituation unterscheiden sich Pflegebedürftige und Pflegehaushalte deutlich von der übrigen Bevölkerung. Insbesondere alleinlebende Pflegebedürftige, von denen die Mehrheit weiblich ist, verfügen über vergleichsweise niedrige Rücklagen. Aus sozialpolitischer Sicht ist dies problematisch, da gerade alleinlebende Pflegebedürftige ein höheres Risiko in Bezug auf den Übergang in ein Pflegeheim aufweisen. Erstens wird diese Form der Pflege in der Regel von den Pflegebedürftigen nicht präferiert und zweitens ist die stationäre Pflege im Vergleich zur ambulanten Versorgung relativ teuer – sowohl für die Sozialversicherung als auch für die Pflegebedürftigen, die einen großen Teil der Kosten selber finanzieren müssen.

¹³ Geyer, J., Steiner, V. (2010): Künftige Altersrenten in Deutschland: relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 11/2010.

Johannes Geyer ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Staat am DIW Berlin | jgeyer@diw.de

INCOME AND ASSETS OF CARE HOUSEHOLDS IN GERMANY

Abstract: In 2013, some 2.6 million people received long-term care benefits. The number of benefit recipients has risen by 45 percent since 1998. A good 70 percent of benefit recipients, roughly 1.7 million people, are cared for at home and nearly 30 percent in a nursing facility. There are also a significant number of individuals who are dependent on care but not to such an extent that they are entitled to benefits from their care insurance. Instead, they are almost all cared for at home. Long-term care is usually a major burden on the individuals and households concerned. Alongside health-related restrictions, there are also addi-

tional costs due to medical expenses and care. At the same time, related caregivers often earn less, since they are forced to reduce working hours to take on care commitments. The present study shows that care households have similar incomes to households without care recipients. However, transfer payments for care recipients make up a relatively high share of total income. Moreover, care recipients' assets are far lower than those of individuals without care needs. Care recipients living alone have particularly limited financial resources, and they represent more than 40 percent of all care households.

JEL: I14, I38

Keywords: long-term care, wealth, income distribution



Dr. Johannes Geyer, Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Staat am DIW Berlin

SECHS FRAGEN AN JOHANNES GEYER

»Viele der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen sind alleinlebende Frauen«

1. Herr Geyer, wie viele Menschen in Deutschland beziehen Leistungen aus der Pflegeversicherung (PV), und wie hat sich die Zahl in den letzten Jahren entwickelt? **Aktuell beziehen ungefähr 2,6 Millionen Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung, und diese Zahl ist seit 1998 um über 40 Prozent gestiegen. Von den Leistungsbeziehern leben ungefähr zwei Drittel in privaten Haushalten und ein Drittel in Pflegeheimen.**
2. Wie ist dieser Anstieg zu erklären? **Der Anstieg ist vor allem aus der demografischen Entwicklung zu erklären, also einer Zunahme der älteren Bevölkerung. Das Pflegeisiko steigt insbesondere ab dem Alter von ungefähr 80 Jahren, in der Altersgruppe 80–85 liegt die Pflegequote bei 20 Prozent und steigt danach stark an. Die Bevölkerungsgruppe der Älteren hat in den letzten Jahren zugenommen und wird auch in den kommenden Jahren weiter zunehmen.**
3. Über welches Einkommen verfügen Pflegebedürftige in Privathaushalten? **Das gewichtete Haushaltseinkommen in Pflegehaushalten liegt bei etwas über 20 000 Euro pro Jahr. In Haushalten ohne Pflegepersonen hat es ungefähr die gleiche Höhe. Allerdings unterscheidet es sich in der Zusammensetzung. Pflegehaushalte sind stärker von öffentlichen Transfers abhängig, während sonstige Haushalte stärker Einkommen aus Erwerbstätigkeit beziehen. Zudem verfügen Pflegehaushalte seltener über Kapitaleinkünfte, und wenn man die Höhe der Kapitaleinkünfte betrachtet, liegen diese auch unter den Kapitaleinkommen von Vergleichshaushalten.**
4. Wo liegen die Ursachen für die Vermögensunterschiede? **Die Vermögensunterschiede zwischen Haushalten ohne und mit Pflegebedarf können wir nicht vollständig erklären. Es kann gut sein, dass die Pflegesituation so kostenintensiv ist, dass ein Teil des Vermögens bereits für Ausgaben, die mit der Pflege zusammenhängen, aufgebraucht wurde. Wir wissen, dass die pflegebedürftige**

Bevölkerung älter ist als die Vergleichsbevölkerung. Das heißt, wir befinden uns hier schon in der späteren Phase des Lebens und ein weiterer wichtiger Faktor an dieser Stelle ist, dass viele dieser Pflegebedürftigen Frauen sind, die allein leben. Frauen haben typischerweise weniger Vermögen als Männer und im hohen Alter allein lebend vieles von diesem Vermögen aufgebraucht. Das mag ein Grund sein, warum wir hier so große Vermögensunterschiede zwischen diesen beiden Gruppen finden.

5. Die PV gewährt nur einen Zuschuss zu den Pflegekosten. Inwieweit können die betroffenen Haushalte die Gesamtkosten aus ihrem laufenden Einkommen finanzieren? **Da muss man differenzieren. In den Privathaushalten sehen wir, dass der Teil der Personen, die tatsächlich Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen muss, bei unter acht Prozent liegt. Das ist keine niedrige Quote, aber doch deutlich niedriger als bei Pflegepersonen in stationären Einrichtungen. Dort sind die Zuzahlungen sehr viel höher und der Zuschuss der Pflegeversicherung ist relativ gesehen kleiner, und dort ist die Quote der Inanspruchnahme der ergänzenden Sozialhilfe auf über 40 Prozent gestiegen.**
6. Müssten die Leistungen der PV der Kostensituation und Preisentwicklung angepasst werden? **Um das Versorgungsniveau zu halten, müsste die Pflegeversicherung der Preis- und Lohnentwicklung entsprechen, ansonsten entwertet sich der Zuschuss immer stärker. Diese Situation hatten wir seit 1995 bis 2008. Seit 2008 wurden die Leistungen in mehreren Schritten erhöht. Ab 2015 sind wir jetzt in eine Dynamisierung eingestiegen. Das bedeutet, dass im Prinzip alle drei Jahre die Sätze entsprechend der Preisentwicklung angepasst werden müssen. Hier wäre es vielleicht besser gewesen, diese Preisentwicklung vorwegzunehmen. Die Preissteigerung wird jetzt zwar nach drei Jahren ausgeglichen, das läuft aber der Preisentwicklung immer hinterher. Das ist auf jeden Fall besser, als die Sätze immer konstant zu halten; diese Regelungen werden aber sicher noch Gegenstand von weiteren Reformen sein.**

Das Gespräch führte Erich Wittenberg.



Das vollständige Interview zum Anhören finden Sie auf www.diw.de/interview

Alterung der Bevölkerung und Gesundheitspersonal in fünf ausgewählten europäischen Ländern

Von Erika Schulz

Der Gesundheitssektor war in den zurückliegenden Jahren durch eine merkliche Beschäftigungszunahme gekennzeichnet. Diese hohe Dynamik wird unter anderem auf die Alterung der Bevölkerung zurückgeführt, da mit zunehmendem Alter die Risiken einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes wachsen und damit verbunden die Inanspruchnahme medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Leistungen steigt. In diesem Beitrag wird für fünf ausgewählte Europäische Staaten (Dänemark, Deutschland, Italien, Polen und die Slowakei) abgeschätzt, wie sich die künftige Bevölkerungsveränderung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Nachfrage nach Gesundheitspersonal im kurativen Gesundheitswesen auswirken. Diese demografisch bedingte Änderung der Nachfrage wird der mit einem sektoralen Makromodell vorausgeschätzten Beschäftigungsentwicklung gegenübergestellt. Basis bilden die demografischen und sozio-ökonomischen Szenarien des EU-Forschungsprojektes NEUJOBS sowie die Ergebnisse des NEMESIS Modells. Es zeigt sich, dass in einigen Ländern die Veränderung der Einwohnerzahl einen stärkeren Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitspersonal hat als die Alterung der Bevölkerung. Ein Vergleich mit der modellierten Beschäftigungsentwicklung deutet in den untersuchten Ländern außer in Polen eher auf eine Verstärkung der Ungleichgewichte durch einen Mangel an Arbeitskräften auf dem Gesundheitsarbeitsmarkt hin. Besonders in Italien werden sich die Ungleichgewichte verstärken.

Der Gesundheitssektor ist einer der bedeutendsten Wirtschaftsbereiche in Europa mit einer hohen Beschäftigungsdynamik. Im Jahr 2013 waren im EU Durchschnitt rund elf Prozent der Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt.¹ In den letzten zehn Jahren wurden fast fünf Millionen neue Arbeitsplätze geschaffen, dies ist mehr als die Hälfte des gesamten Beschäftigtenzuwachses in der EU. Dieses Ergebnis wurde nicht zuletzt durch den anhaltenden Wachstumstrend beim Gesundheitspersonal trotz des allgemeinen Beschäftigungsrückgangs während der Wirtschaftskrise erzielt. Der Bereich Gesundheits- und Sozialwesen umfasst neben der akutmedizinischen Versorgung auch die Versorgung in Heimen (unter anderem Pflegeheime) sowie die soziale ambulante Betreuung (auch ambulante Pflegedienste). Da die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und insbesondere pflegerischer Leistungen mit dem Alter zunimmt, wird die hohe Dynamik beim Beschäftigungszuwachs in diesem Sektor auch auf die Alterung der Bevölkerung zurückgeführt.

Angesichts der erwarteten weiteren Zunahme der Zahl alter Menschen stellt sich die Frage, ob auch künftig die Gesundheitswirtschaft ein Job-Motor bleiben wird. Im Rahmen des von der Europäischen Union geförderten Forschungsprojektes NEUJOBS wurde unter anderem der Frage nachgegangen, wie sich die Bevölkerungsentwicklung sowie unterschiedliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen auf die sektorale Beschäftigung auswirken.² Einer der untersuchten Sektoren ist das Gesundheits- und Sozialwesen. Für fünf ausgewählte Europäische Staaten, nämlich Däne-

¹ EU steht für die Europäische Union aus 28 Staaten, also einschließlich Kroatien.

² Das NEUJOBS Projekt wurde von der EU im Rahmen des 7. Rahmenforschungsprogramms finanziert. Ziel des Projektes war, mögliche Entwicklungspfade der Beschäftigung unter unterschiedlichen sozioökonomischen Rahmenbedingungen aufzuzeigen. Einbezogen wurden der Trend zu einer wirtschaftlich und sozial nachhaltigen Produktionsweise, der Trend zu höherer Qualifikation, die Alterung der Bevölkerung sowie die Veränderung der Haushalts- und Familienstrukturen und der Trend zu mehr Agglomerationen. Vgl. Fischer-Kowalski, M. et al. (2012): Socio-Ecological Transitions: Definition, Dynamics and related Global Scenarios. NEUJOBS – State Of the Art Report 6/D1.1/D1.2, www.neujobs.eu.

mark, Deutschland, Italien, Polen und Slowakei, die sich in ihren Gesundheits- und Sozialsystemen unterscheiden, wurde die bevölkerungsbedingte Veränderung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und dem entsprechendem Gesundheitspersonal berechnet und der mit einem sektoralen Makromodell simulierten Beschäftigungsentwicklung gegenübergestellt.³ Das Ergebnis gibt Hinweise auf mögliche (künftige) Ungleichgewichte – insbesondere Arbeitskräfteknappheit – auf dem Gesundheitsmarkt. In diesem Bericht wird auf die Entwicklung im Bereich der akutmedizinischen (kurativen) Gesundheitsversorgung fokussiert.

Gesundheitspersonal: alt, weiblich und in Teilzeit

In der EU waren im Jahr 2013 gemäß dem EU Labour Force Survey (EU LFS) rund 13,3 Millionen Personen im kurativen Gesundheitswesen beschäftigt⁴. In den fünf betrachteten Ländern waren 2013 zusammen rund 5,1 Millionen Personen in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung tätig. Der Anteil der im Gesundheitswesen Beschäftigten an der Gesamtbeschäftigung ist in Deutschland mit 7,1 Prozent am höchsten, gefolgt von Dänemark (6,9 Prozent) und Italien (5,7 Prozent). In Polen und der Slowakei liegt der Anteil unter fünf Prozent. Da in allen untersuchten Ländern der Gesundheitssektor stark reguliert ist, hängen das Beschäftigungsniveau und der Anteil der im Gesundheitswesen Beschäftigten nicht allein von der Nachfrage ab. Zwar bieten alle Länder Gesundheitsleistungen für ihre Einwohner an, die zum Zeitpunkt der Nutzung kostenlos sind. Jedoch unterscheiden sich die Gesundheitssysteme in dem öffentlich finanzierten Leistungsspektrum, dem Anteil der erforderlichen Zuzahlungen und dem Versorgungsniveau. Dabei ist das Versorgungs- und Beschäftigungsniveau auch abhängig von der finanziellen Ausstattung. Budgetrestriktionen wirken hier begrenzend; die Folgen sind oftmals lange Wartezeiten insbesondere für Spezialuntersuchungen und elektive, also für nicht dringende oder zeitlich ungebundene Operationen, wie beispielsweise für Italien,

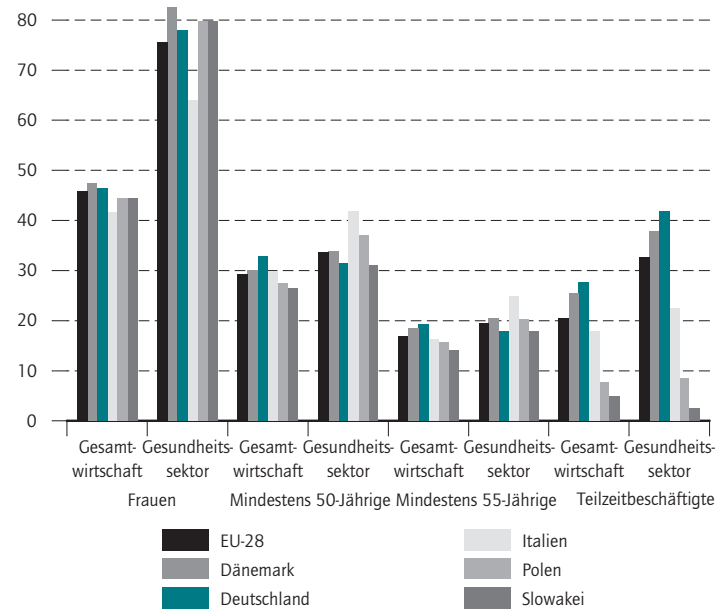
³ Vgl. Schulz, E. et al. (2013): Impact of Ageing on Curative Health Care Workforce in Selected EU Countries. NEUJOBS Working Paper D12.1, www.neujobs.eu.

⁴ Der EU Labour Force Survey ist eine in den einzelnen Mitgliedstaaten durchgeführte Haushaltsbefragung und bezieht Personen im Alter von 15 Jahren und älter ein. Es werden in allen Staaten die gleichen Abgrenzungen, Methoden und Definitionen verwendet. Damit bietet der LFS international vergleichbare Daten zur Erwerbstätigkeit. Nationale Statistiken, die auf Angaben von Unternehmen oder anderen Quellen beruhen, können vom LFS abweichende Werte ausweisen. Oftmals liegen solchen Erhebungen auch eine andere Zielsetzung und andere sektorale oder aufgabenbezogene Abgrenzungen zugrunde. Vgl. Eurostat: Erläuterungen und Definitionen des Labour Force Survey. epp.eurostat.ec.europa.eu.

Abbildung 1

Charakteristik der Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft und im Gesundheitssektor 2013

Anteile in Prozent



Quellen: Eurostat, EU Labour Force survey (EU LFS); Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

Drei Viertel der Arbeitskräfte im Gesundheitssektor sind Frauen.

Polen und die Slowakei berichtet wurde⁵. In Deutschland und Dänemark sind regionale Engpässe zu beobachten.⁶ Hinzu kommt, dass in einigen medizinischen Berufsgruppen ein zunehmender Fachkräftemangel zu verzeichnen ist. So sind in einigen ländlichen Gebieten Deutschlands praktizierende Allgemeinmediziner knapp, in Polen ist die anhaltende Abwanderung von Ärzten ein Problem.⁷

Generell ist die Beschäftigung im Gesundheitswesen gekennzeichnet durch einen im Vergleich zur Gesamtwirtschaft hohen Anteil weiblicher, älterer und teilzeitarbeitender Erwerbstätiger. Während in der Gesamtwirtschaft der Anteil der Frauenbeschäftigung rund 45 Prozent (EU) beträgt, sind rund drei Viertel der Beschäftigten

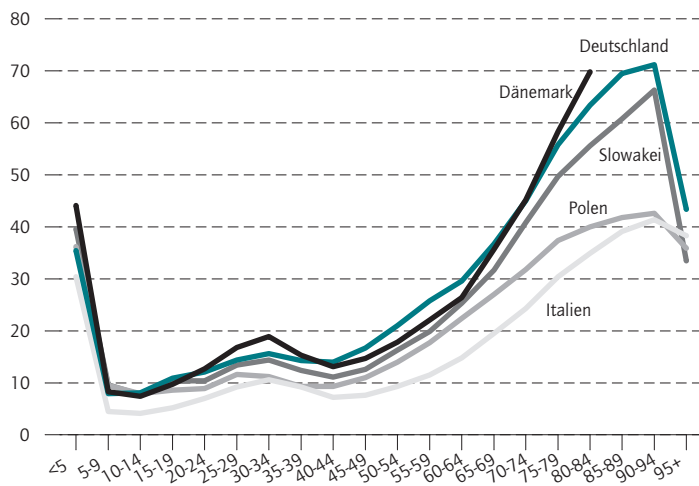
⁵ Coda Moscarola, F. (2013): Health care workforce in Italy. NEUJOBS Working Paper D12.1, Supplement D; Golinowska, S., Sowa, A., Kocot, E. (2013): Impact of ageing on curative health care workforce. Country report Poland. NEUJOBS Working Paper D12.1, Supplement E; Radvanský, M., Dováňová, G. (2013): Impact of ageing on curative health care workforce. Country report Slovakia. NEUJOBS Working Paper D12.1, Supplement F.

⁶ Schulz, E. (2013a): Impact of ageing on curative health care workforce. Country report Denmark. NEUJOBS Working Paper D12.1, Supplement B; Schulz, E. (2013b): Impact of ageing on curative health care workforce. Country report Germany. NEUJOBS Working Paper D12.1, Supplement C.

⁷ Schulz, E. (2013b), a. a. O.; Golinowska, S. et al. (2013), a. a. O.

Abbildung 2

Krankenhaufälle je 100 Einwohner nach Altersgruppen 2011



Quellen: Eurostat, Krankenhausstatistik; Statistik Dänemark; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

Mit dem Alter steigt die Zahl der Krankenhaufälle.

im Gesundheitswesen weiblich (Abbildung 1). In den betrachteten Ländern variiert der Anteil zwischen 82 Prozent in Dänemark und 64 Prozent in Italien. Der Gesundheitssektor ist insgesamt für die Frauenbeschäftigung von großer Bedeutung. In der EU ist jede zehnte erwerbstätige Frau im Gesundheitswesen beschäftigt. In Dänemark und Deutschland ist es jede achte, in Italien jede elfte und in der Slowakei sowie Polen jede zwölfte erwerbstätige Frau.

In der EU sind in der Gesamtwirtschaft rund 17 Prozent der Beschäftigten 55 Jahre und älter, im Gesundheitswesen sind es mit 20 Prozent etwas mehr (2013). Mit Ausnahme von Deutschland ist in den betrachteten Ländern der Anteil älterer (55+) Beschäftigter im Gesundheitssektor höher als in der Gesamtwirtschaft. Der Anteil der 55-Jährigen und Älteren am Gesundheitspersonal ist mit rund 25 Prozent in Italien am höchsten, gefolgt von Dänemark und Polen mit jeweils über 20 Prozent. In Deutschland und der Slowakei liegt der Anteil bei rund 18 Prozent. Dies bedeutet, dass in den betrachteten Ländern zusammen rund eine Million Beschäftigte in den nächsten zehn Jahren altersbedingt aus dem Gesundheitssektor ausscheiden werden. Bezieht man die 50- bis 54-Jährigen mit ein, dann erhöht sich diese Zahl auf rund 1,8 Millionen. Es ist also eine beachtliche Zahl von Beschäftigten, die in den nächsten zehn bis 15 Jahren durch neues Gesundheitspersonal ersetzt werden muss, um das heutige Beschäftigungsniveau aufrecht zu erhalten. Dies stellt insbesondere für die ambulante medizinische Versorgung eine Heraus-

forderung dar, da in diesem Bereich in allen betrachteten Ländern der Anteil älterer Beschäftigter nochmals deutlich höher ist.⁸

Generell ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen höher als in der Gesamtwirtschaft. Dies ist mit dem hohen Anteil der Frauenbeschäftigung zu erklären. Im Durchschnitt der EU ist jeder dritte Erwerbstätige im Gesundheitsbereich teilzeitbeschäftigt, doch sind in den betrachteten Ländern merkliche Unterschiede zu beobachten.⁹ In der Slowakei ist Teilzeitbeschäftigung (auch unter Frauen) selten: Der Anteil beträgt in der Gesamtbeschäftigung nur fünf Prozent, im Gesundheitswesen ist er sogar lediglich halb so hoch. Auch Polen weist einen geringen Anteil Teilzeitbeschäftigter aus: in der Gesamtwirtschaft rund acht Prozent, im Gesundheits- und Sozialwesen 8,6 Prozent. Im Gegensatz dazu stehen Deutschland mit 42 Prozent und Dänemark mit 38 Prozent Teilzeitbeschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen.

Ältere fragen mehr Gesundheitsleistungen nach

Um die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Nachfrage nach Gesundheitspersonal aufzuzeigen, wird ein zweistufiges Verfahren angewandt. Zunächst wird entsprechend der *utilization method* die altersspezifische Inanspruchnahme einzelner medizinischer Leistungen ermittelt und unter Verwendung konstanter Quoten der Inanspruchnahme und der vorausgeschätzten Bevölkerung die Veränderung der Nachfrage berechnet.¹⁰ Anschließend wird in einem zweiten Schritt anhand von Beschäftigungsrelationen zum Output (Krankenhaustage oder Zahl der Arztkonsultationen) die Veränderung des entsprechenden Gesundheitspersonals ermittelt.

Diese Methode setzt detaillierte Informationen über die Inanspruchnahme der einzelnen medizinischen Leistungen nach Geschlecht und Alter voraus. Für den Krankenhausbereich veröffentlicht das Europäische Statistische Amt internationale vergleichbare Daten über Krankenhausentlassungen (in Dänemark Aufnahmen) und Liegedauern. Für den ambulanten Bereich konnten länderspezifische Daten für die Konsultationen von Allgemeinärzten, Spezialisten sowie Zahnärzten verwendet werden. Da diese auf nationalen Statistiken oder Sur-

8 Der Anteil der 55-jährigen und älteren Beschäftigten im ambulanten Sektor betrug nach dem EU LFS im Jahr 2011 in Dänemark 27,4 Prozent, in Deutschland 18 Prozent, in Italien 28,3 Prozent, in Polen 23,9 Prozent und in der Slowakei 26,6 Prozent. Vgl. Schulz, E. et al. (2013), a. a. O., 18.
9 Die Angaben zum Anteil der Teilzeitarbeit liegen aus dem LFS nur für das Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt vor. Vgl. Schulz, E. et al. (2013), a. a. O.
10 Health Workforce Australia (2012): Health workforce 2025, Doctors, Nurses, Midwives. Volume 1 and 2, Adelaide. www.hwa.gov.au.

veys beruhen, ist für den ambulanten Sektor keine vollständige Vergleichbarkeit zwischen den untersuchten Ländern gegeben.

Als Beispiel sei hier die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen erörtert. Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen und damit die entsprechende Nachfrage nach Krankenhauspersonal hängt von der Zahl der Krankenhaufälle sowie der jeweiligen Länge des Krankenhausaufenthaltes ab. Abbildung 2 zeigt die Zahl der Entlassungen je 100 Einwohner für die einzelnen Altersgruppen und Länder im Jahr 2011. Die Kurven verlaufen in allen Ländern ähnlich und zeigen deutlich die mit dem Alter der Patienten steigende Zahl an Krankenhaufällen je 100 Einwohner. Ausnahmen bilden die jüngste Altersgruppe und die Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen. Diese sind auf die Krankenhausbearbeitungen zurückzuführen (Neugeborene und Mütter). Abgesehen von diesem generellen Trend bestehen jedoch deutliche Unterschiede im Niveau der Krankenhaufälle je 100 Einwohner zwischen den einzelnen Staaten. Insbesondere in Italien und Polen liegen die Quoten in den höheren Altersgruppen merklich unter denen in Deutschland oder Dänemark.

Auch die zweite Komponente der Inanspruchnahme, die Verweildauer, nimmt generell mit dem Alter der Patienten zu, weist jedoch einen wesentlich flacheren Verlauf auf (Abbildung 3). In Deutschland und Polen wirkt hier die Vergütung der Krankenhäuser auf Basis von Fallpauschalen begrenzend, da diese jeweils auch eine Bandbreite der Verweildauer als Komponente ausweisen.¹¹ In Italien mit einem Mix aus Fallpauschalen und tageweiser Vergütung ist der Anstieg der Verweildauern mit dem Alter deutlicher ersichtlich. In Dänemark sind die Verweildauern in allen Altersgruppen geringer als in den übrigen Ländern. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass in Dänemark nicht die Entlassungen, sondern die Krankenhausaufnahmen (und somit mehr Tagesfälle) erfasst werden. Die Kombination von Krankenhaufällen und Verweildauern ergibt die Krankenhaustage je 100 Einwohner in den einzelnen Altersgruppen, die als Indikator für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen angesehen werden.

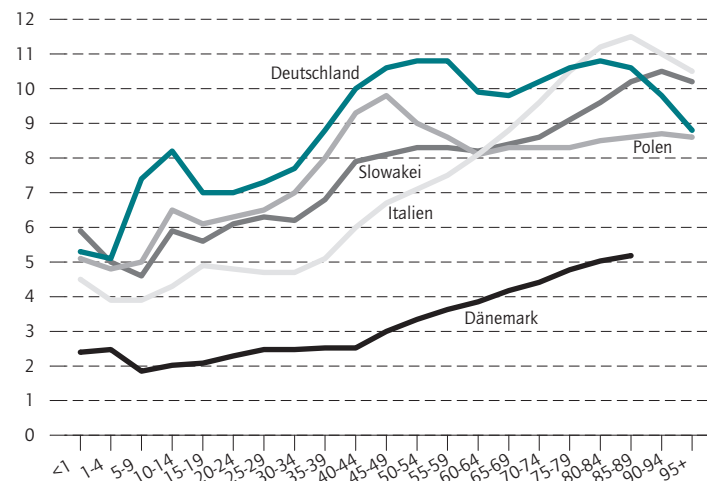
In ähnlicher Weise kann die Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Versorgung ermittelt werden. Generell steigt die Zahl der Arztbesuche mit dem Alter der Patienten an. Eine Ausnahme bilden die Konsultationen von Kinderärzten. Auch bei den Zahnarzt-

¹¹ Fallpauschalen klassifizieren die Patienten nach der Hauptdiagnose, den Nebendiagnosen sowie der erforderlichen Prozeduren und Operationen in Klassen gleicher Schwere und gleichen finanziellen Aufwandes (Diagnose Related Groups - DRGs). Es werden Minimal- und Maximalwerte der Verweildauern berücksichtigt.

Abbildung 3

Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nach Altersgruppen 2011

In Tagen



Quellen: Eurostat, Krankenhausstatistik; Statistik Dänemark; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

Auch die Verweildauer steigt generell mit dem Alter.

besuchen ergibt sich ein etwas anderes Bild. Hier steigt die Zahl der Zahnarztbesuche bis zum Alter von 60 Jahren an, um dann in den höheren Altersjahren wieder zurückzugehen.¹²

Trotz der generell einheitlichen Trends gibt es zwischen den untersuchten Ländern Unterschiede in der Höhe der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Diese können teilweise auf Unterschiede im Gesundheitsstatus zurückgeführt werden. So differiert die in guter Gesundheit verbrachte (Rest-)Lebenszeit insbesondere der älteren Bevölkerung zwischen den betrachteten Ländern. In Dänemark können 65-jährige Frauen (Männer) weitere 12,9 (10,6) Lebensjahre in Gesundheit verbringen, während in der Slowakei 65-jährige Frauen (Männer) noch weitere 3,1 (3,5) gesunde Lebensjahre zu erwarten haben (Tabelle 1).¹³

Einwohnerzahl und Alterung bestimmen die künftige Nachfrage nach Gesundheitspersonal

Um die demografisch bedingte Veränderung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu ermitteln, werden die konstant gehaltenen Quoten der Inanspruch-

¹² Vgl. Schulz, E. et al. (2013), a. a. O.

¹³ Eurostat: Healthy Life Expectancies. epp.eurostat.ec.europa.eu.

Tabelle 1

Gesunde Lebensjahre

	Bei der Geburt		Im Alter von 65 Jahren	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
In Jahren				
Dänemark	60,6	61,4	10,6	12,9
Deutschland	57,4	57,9	6,7	6,9
Italien	62,1	61,5	7,7	7,1
Polen	59,2	62,9	7,4	7,8
Slowakei	53,4	53,1	3,5	3,1
Anteil an der Gesamtlebenserwartung in Prozent				
Dänemark	77,6	74,8	60,8	63,7
Deutschland	73,1	69,5	37,0	32,3
Italien	77,8	72,5	41,8	32,2
Polen	81,4	77,5	48,2	39,3
Slowakei	73,7	66,5	24,0	16,5

Quelle: Eurostat, Healthy Life Expectancies.

© DIW Berlin 2015

Der Gesundheitsstatus ist in den betrachteten Ländern sehr unterschiedlich.

Tabelle 2

Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung

	2010	Friendly-	Tough-
		Szenario 2030	
Geburtenraten			
Dänemark	1,87	1,94	1,87
Deutschland	1,39	1,70	1,39
Italien	1,41	1,71	1,41
Polen	1,38	1,69	1,38
Slowakei	1,40	1,70	1,40
Lebenserwartung Männer in Jahren			
Dänemark	77,2	83,1	79,4
Deutschland	78,0	83,9	80,1
Italien	79,4	85,3	81,5
Polen	72,1	79,2	74,9
Slowakei	71,7	80,7	76,5
Lebenserwartung Frauen in Jahren			
Dänemark	81,4	86,3	83,2
Deutschland	83,0	87,6	84,6
Italien	84,6	89,2	86,1
Polen	80,7	85,7	82,6
Slowakei	79,3	86,4	83,4
Nettowanderungen pro Jahr in 1000 Personen			
Dänemark	15,3	18,0	5,9
Deutschland	-10,7	366,2	-100,3
Italien	311,6	549,1	128,2
Polen	-1,2	91,7	-85,3
Slowakei	4,4	18,9	-2,6

Quelle: Huisman et al. (2013).

© DIW Berlin 2015

Es wurden zwei Szenarien unterschiedlicher Lebenserwartung, Geburtenhäufigkeit und Nettomigration vorausberechnet.

nahme mit der entsprechenden altersspezifischen Bevölkerung kombiniert. Im Projekt NEUJOBS wurden – entsprechend den Szenarien der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung – auch zwei Szenarien der Bevölkerungsentwicklung vorausberechnet.¹⁴ Die Bevölkerungsszenarien (als *friendly* und *tough* bezeichnet) unterscheiden sich in der Höhe der Zunahme der Lebenserwartung, in den Annahmen zur Geburtenhäufigkeit sowie der unterstellten Nettomigration. Im friendly-Szenario wird von einer höheren Lebenserwartung, einer höheren Geburtenhäufigkeit sowie höheren Zuwanderungen als im tough-Szenario ausgegangen (Tabelle 2). Die unterschiedlichen Annahmen zur Lebenserwartung und Geburtenhäufigkeit wirken sich im Vorausschätzungszeitraum vornehmlich auf die Altersstruktur der Bevölkerung aus, während die Wanderungsannahmen direkt auf die Höhe der Einwohnerzahl wirken.

Die im tough-Szenario unterstellten Nettoabwanderungen in Deutschland, Polen und der Slowakei führen zu merklichen Einwohnerrückgängen in diesen Ländern. Die Einwohnerzahl wird sich demnach in Deutschland um 6,6 Millionen, in Polen um knapp zwei Millionen und in der Slowakei um über 60000 verringern (Tabelle 3). In diesem Szenario wächst die Einwohnerzahl nur in Dänemark (2,2 Prozent) und Italien (1,4 Prozent). Im friendly-Szenario mit unterstellten Nettozuzügen in allen betrachteten Ländern wächst die Einwohnerzahl in allen Ländern mit Ausnahme von Deutschland. Trotz einer unterstellten Nettozuwanderung von jährlich fast 370000 Personen wird sich die Einwohnerzahl in Deutschland um 1,7 Millionen (-2,1 Prozent) verringern. Im Gegensatz dazu wird für Italien im friendly-Szenario mit einem Einwohnerzuwachs von 4,8 Millionen gerechnet, nicht zuletzt aufgrund der unterstellten hohen Nettozuwanderungen.

In beiden demografischen Szenarien setzt sich die Alterung der Bevölkerung in allen betrachteten Ländern fort. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren wird von 18,7 Prozent im Durchschnitt der betrachteten Länder im Jahr 2010 auf rund 23 Prozent im Jahr 2025 zunehmen. Am stärksten ist der Alterungsprozess in Polen und der Slowakei. Dennoch wird der Anteil der Älteren in diesen Ländern auch 2025 noch geringer ausfallen als in Deutschland und Italien.

Veränderung der Nachfrage nach Gesundheitspersonal

Wenn sich das Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

¹⁴ Huisman, C., de Beer, J., van der Erf, R., van der Gaag, N., Kupiszewska, D. (2013): Demographic scenarios 2010–2030. NEUJOBS Working Paper D10.1.

nicht ändert, bestimmen die Alterung und die Veränderung der Einwohnerzahl die künftige Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und dem dazugehörigen Personal. Tabelle 4 weist die länderspezifischen Veränderungen für die stationäre Versorgung aus. Generell nimmt die Zahl der im Krankenhaus verbrachten Tage insgesamt in allen Ländern und in beiden demographischen Szenarien zu. Dennoch ist zu erkennen, dass der Bevölkerungsrückgang insbesondere in Deutschland und Polen im tough-Szenario den Zuwachs deutlich abschwächt. In Deutschland ist hier lediglich mit einem Zuwachs von 1,6 Prozent und in Polen von 2,8 Prozent zu rechnen, während für Italien und Dänemark ein Zuwachs von rund zwölf Prozent errechnet wurde. Im friendly-Szenario steigt die Nachfrage nach Krankenhausleistungen deutlich stärker, und auch für Deutschland wird trotz des Bevölkerungsrückgangs mit einem Anstieg der Krankenhaustage von rund zehn Prozent gerechnet. Die Nachfrage nach Krankenhauspersonal steigt entsprechend. Eine Ausnahme bilden die Hebammen, da hier angesichts der sinkenden Geburtenzahlen mit einer Verringerung der Beschäftigung gerechnet wird.¹⁵

Die Entwicklung der Nachfrage nach Leistungen im ambulanten Sektor wurde anhand von nationalen Statistiken der medizinischen Versorgung geschätzt. Der Umfang der erfassten ambulanten Leistungen sowie die einbezogenen Berufsgruppen differieren zwischen den betrachteten Ländern. Dennoch ergeben sich in allen Ländern einige Gemeinsamkeiten. So wächst die Nachfrage nach ambulanter medizinischer Versorgung weniger stark als die Nachfrage nach Krankenhausleistungen. Im tough-Szenario verringert sich die Nachfrage nach ambulanten Versorgungsleistungen aufgrund des Bevölkerungsrückganges in Deutschland und Polen sogar. Rückläufig wird die Nachfrage nach Zahnarztleistungen und kinderärztlichen Leistungen eingeschätzt. Das insgesamt geringere Wachstum im ambulanten Sektor ist auch darauf zurückzuführen, dass Allgemeinmediziner oder Hausärzte als *gate-keeper* fungieren (außer in Deutschland), also eine Überweisung des Hausarztes (zwingend) erforderlich ist, um Spezialisten zu konsultieren oder Krankenhausleistungen in Anspruch zu nehmen. Damit ist der Kontakt zu Hausärzten weniger vom Alter des Patienten abhängig als andere medizinische Versorgungsleistungen. Einen Überblick über die geschätzte demographisch bedingte Nachfrageentwicklung nach Gesundheitspersonal im stationären Bereich sowie im Bereich von praktizierenden Ärzten (Hausärzte, Spezialisten) und Zahnärzten gibt Tabelle 5.

¹⁵ Insbesondere in Polen. Vgl. Golinowska, S. et al. (2013), a. a. O.

Tabelle 3

Entwicklung der Einwohnerzahl 2010 bis 2025

	2010	Veränderung 2025 gegenüber 2010			
		Friendly-	Tough-	Friendly-	Tough-
		Szenario		Szenario	
	In 1000 Personen		In Prozent		
Bevölkerung insgesamt					
Dänemark	5 535	294	122	5,3	2,2
Deutschland	81 802	-1 721	-6 552	-2,1	-8,0
Italien	60 340	4 819	872	8,0	1,4
Polen	38 167	7	-1 973	0,0	-5,2
Slowakei	5 425	193	-64	3,6	-1,2
Zusammen	191 270	3 592	-7 596	1,9	-4,0
Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter					
Dänemark	903	284	204	31,4	22,6
Deutschland	16 902	2 587	1 103	15,3	6,5
Italien	12 206	3 020	1 956	24,7	16,0
Polen	5 161	2 557	1 993	49,5	38,6
Slowakei	665	350	278	52,6	41,8
Zusammen	35 838	8 798	5 535	24,5	15,4

Quellen: Huisman et al. (2013); Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

Deutschland erleidet in beiden Szenarien einen Bevölkerungsrückgang.

Tabelle 4

Veränderung der Krankenhaustage insgesamt - reiner demografischer Effekt

	2010	Veränderung 2025 gegenüber 2010			
		Friendly-	Tough-	Friendly-	Tough-
		Szenario		Szenario	
	Krankenhaustage in Millionen		In Prozent		
Dänemark	4,5	0,9	0,5	19,2	11,7
Deutschland	145,5	14,5	2,3	10,0	1,6
Italien	59,2	12,5	7,2	21,2	12,2
Polen	46,6	4,6	1,3	9,9	2,8
Slowakei	8,3	1,4	0,8	17,3	9,9

Quellen: Coda Moscarola (2013); Golinowska et al. (2013); Radvanský et al. (2013); Schulz (2013a); Schulz (2013b).

© DIW Berlin 2015

In Deutschland und Polen dämpft der Bevölkerungsrückgang den Anstieg der Krankenhaustage.

Modellierte Beschäftigungsentwicklung

Generell wird die Veränderung der Beschäftigung im Gesundheitssektor beeinflusst durch die Zahl der Aus- und Eintritte – sei es durch Verrentung oder durch Wechsel in einen anderen Sektor – sowie die Eintritte in den Ge-

Tabelle 5

Nachfragebedingte Veränderung des erforderlichen Gesundheitspersonals – reiner demografischer Effekt

2025 gegenüber 2010 in Prozent

	Stationäre Versorgung		Praktizierende Ärzte und Zahnärzte	
	Friendly-	Tough-	Friendly-	Tough-
	Szenario		Szenario	
Dänemark	15,1	9,5	9,8	5,5
Deutschland	9,0	1,0	1,7	-4,3
Italien	16,8	9,1	10,9	4,7
Polen	7,7	0,7	3,7	-1,7
Slowakei	23,2	20,0	11,9	5,2

Quellen: Coda Moscarola (2013); Golinowska et al. (2013); Radvanský et al. (2013); Schulz (2013a); Schulz (2013b).

© DIW Berlin 2015

Stationäre Leistungen werden stärker nachgefragt als ambulante.

undheitsarbeitsmarkt nach Berufsschul- und Hochschulausbildung oder durch Quereinstiege aus anderen Berufen und Tätigkeiten. Die Entlohnung und die Attraktivität des Berufsfeldes sind mit ausschlaggebend für die Wahl eines Gesundheitsberufes. Der Gesundheitssektor steht damit in Konkurrenz zu anderen Wirtschaftsbereichen um das Arbeitskräftepotential. Im Projekt NEUJOBS ist sowohl das Arbeitskräfteangebot als auch die Entwicklung von Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit in einem detaillierten sektoralen Makromodell (NEMESIS Modell) für jedes EU Land für die bei-

den Szenarien *tough* und *friendly* vorausgeschätzt worden.¹⁶ Ein Bereich des sektoralen Modells sind die „Nicht marktmäßigen Dienstleistungen“, zu denen auch der Gesundheitssektor gehört. Für Deutschland liegen aus dem sogenannten NEMESIS Modell Angaben für die Beschäftigung des Gesundheitssektors vor, für die anderen Staaten ist eine Schätzung für diesen Teil der nicht marktmäßigen Dienstleistungen erfolgt.¹⁷

Die Tabelle 6 weist die mit dem NEMESIS Model geschätzte Veränderung der gesamtwirtschaftlichen Arbeitskräfteangebots sowie der gesamtwirtschaftlichen und sektoralen Beschäftigung aus. Das Modell berücksichtigt nicht nur die Bevölkerungsentwicklung, sondern auch die Veränderungen im Qualifikationsniveau der Bevölkerung sowie die gesamtwirtschaftliche Entwicklung und die Verschiebung zwischen den einzelnen Wirtschaftssektoren. Im tough-Szenario wird nur für Italien und die Slowakei mit einer Zunahme des gesamtwirtschaftlichen Arbeitskräfteangebotes gerechnet. Insbesondere Deutschland weist angesichts des Rückgangs der Bevölkerungszahl sowie der ins Rentenalter

16 Das New Econometric Model of Evaluation by Sectorial Interdependency and Supply (NEMESIS) wurde vom Institut SEURECO entwickelt und für das NEUJOBS Projekt erweitert. Vgl. Boitier, B., Lancesseur, N., Zagamé, P. (2013): Global scenarios for European socio-ecological transition. NEUJOBS working paper D 9.2. Die zwei Szenarien unterscheiden sich vor allem im Wirtschaftswachstum, im Beschäftigungsniveau, in der Höhe der öffentlichen Verschuldung sowie im Anteil der Höherqualifizierten, wobei das friendly-Szenario die positivere Variante ist.

17 Die nicht marktmäßigen Dienstleistungen umfassen neben dem Gesundheits- und Sozialwesen, den Bildungsbereich, die öffentliche Verwaltung sowie Aktivitäten im Bereich Sport, Vereine und Unterhaltung. Die Anteile im Gesundheits- und Sozialwesen schwanken in den fünf Ländern zwischen 25 und 51 Prozent, vgl. Boitier, B. et al. (2013), a. a. O.

Tabelle 6

Veränderung von Arbeitskräfteangebot und Beschäftigung – Ergebnisse des NEMESIS Modells

2025 gegenüber 2010 in Prozent

	Arbeitskräfteangebot		Beschäftigung			
			insgesamt		Nicht marktmäßige Dienstleistungen ¹	
	Friendly-	Tough-	Friendly-	Tough-	Friendly-	Tough-
	Szenario		Szenario		Szenario	
Dänemark	2,0	-0,6	3,9	-0,0	12,9	6,6
Deutschland	-0,4	-5,6	0,4	-8,5	5,4	-12,7
Italien	9,7	3,7	8,7	-1,3	-0,3	-17,7
Polen	4,4	-0,5	5,1	-3,3	28,1	9,9
Slowakei	4,7	0,1	11,7	3,9	18,8	0,9

¹ Für Deutschland sind die Veränderungen für das Gesundheitswesen ausgewiesen.

Quellen: Huisman et al. (2013); Boitier et al. (2013); Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2015

vorrückenden Baby-Boomer einen deutlichen Rückgang des Arbeitskräfteangebotes von 5,5 Prozent bis zum Jahr 2025 auf.¹⁸ Auch im friendly-Szenario weist Deutschland als einziger der betrachteten Staaten einen – wenn auch nur marginalen – Rückgang des Arbeitskräfteangebotes auf. Hingegen wird für Italien mit einer Zunahme des Arbeitskräfteangebotes von rund zehn Prozent gerechnet, auch für Polen und die Slowakei wird ein deutlicher Zuwachs mit je rund vier bis fünf Prozent vorausgeschätzt.

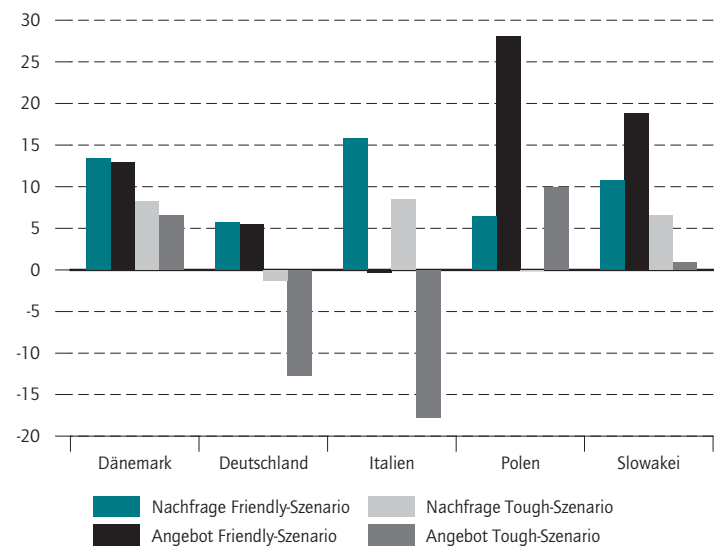
Die Veränderung des Arbeitskräfteangebots ergibt sich im NEMESIS Modell durch die Veränderung der sektoralen Beschäftigung und der Arbeitslosigkeit. Für den Bereich der nicht marktmäßigen Dienstleistungen wird unter den ungünstigeren gesamtwirtschaftlichen Bedingungen des tough-Szenarios mit einem Rückgang der Beschäftigung in Italien und Deutschland gerechnet. Für Deutschland ist der Rückgang im Gesundheits- und Sozialwesen sogar höher als in dem zusammengefassten Bereich nicht marktmäßige Dienstleistungen insgesamt. Unter den günstigen Rahmenbedingungen des friendly-Szenarios sind hingegen Beschäftigungszuwächse in allen Ländern ausgewiesen, mit Ausnahme von Italien mit einem nahezu konstanten Beschäftigungsniveau.

Nachfrageentwicklung und modellierte Beschäftigung – ein Vergleich

Kann der veränderten Nachfrage nach Gesundheitspersonal durch eine entsprechende Änderung der Beschäftigung entsprochen werden? In der Abbildung 4 sind die geschätzten demografisch bedingten Veränderungen in der Nachfrage nach sowie die mit dem NEMESIS Modell berechneten Veränderungen in der Beschäftigung von Gesundheitspersonal ausgewiesen.¹⁹ Insbesondere unter ungünstigen gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen übersteigt die Nachfrage nach Gesundheitspersonal das modellierte Beschäftigungsniveau in allen betrachteten Ländern mit Ausnahme von Polen. Hier wird mit einem deutlichen Beschäftigungszuwachs gerechnet, der höher ausfällt als in allen anderen betrachteten Ländern. Dies ist auch im friendly-Szenario so. Hier wird für Polen mit einer Zunahme der Beschäftigung im Gesundheitssektor von rund 28 Prozent gerechnet, während die Nachfrage nur um rund sechs Prozent steigt. Auch für Italien ergeben die Berechnungen

Abbildung 4

Veränderung in der Nachfrage nach Gesundheitspersonal und modellierte Beschäftigungsentwicklung 2025 gegenüber 2010 in Prozent



Quelle: Schulz, E. et al. (2013).

© DIW Berlin 2015

Nur Polen kann mit einem deutlichen Beschäftigungszuwachs rechnen.

ein großes Ungleichgewicht, denn der starken Zunahme der Nachfrage bedingt durch die merkliche Zunahme der Einwohnerzahl (acht Prozent) steht im friendly-Szenario eine leichte Verringerung der Beschäftigung im Gesundheitssektor entgegen.

Fazit

Die Gegenüberstellung der demografisch bedingten Änderung der Nachfrage mit der vorausgeschätzten Beschäftigungsentwicklung weist darauf hin, dass sich die bestehenden Ungleichgewichte im Gesundheitssektor, insbesondere unter ungünstigen wirtschaftlichen Bedingungen in Deutschland, Italien und der Slowakei, künftig verstärken könnten. Die Unterschiede in der Entwicklung von Nachfrage und modellierter Beschäftigung könnten sich noch vergrößern, wenn neben dem reinen demografischen Effekt weitere Determinanten der Nachfrage einbezogen werden. Zu nennen ist hier insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt, der in der Vergangenheit nicht nur als Kostentreiber im Gesundheitswesen angesehen wird weil einzelne Behandlungen teurer werden, sondern weil durch neue Behandlungsmethoden andere/weitere Patientengruppen vom medizinisch-technischen Fortschritt profitieren und somit die Anzahl der Behandlungen insgesamt steigt. Be-

¹⁸ Als Baby-Boomer werden die geburtenstarken Jahrgänge der Ende der 50er bis Mitte der 60er Jahre geborenen Personen bezeichnet. Vgl. Statistisches Bundesamt (2012): Geburtstrends und Familiensituation in Deutschland. Wiesbaden, www.destatis.de.

¹⁹ Unter der Annahme, dass das Gesundheitspersonal sich verändert wie die nicht marktmäßigen Dienstleistungsbereiche insgesamt, außer in Deutschland.

grenzend auf den Ausgabenanstieg sowie die Nachfrage wirken hingegen weitere staatliche Eingriffe mit dem Ziel von Kostendämpfung, die Erhöhung der Zuzahlungen oder die Eingrenzung des finanzierten medizinischen Leistungsspektrums. Die Entwicklung im Krankenhausbereich hat in der Vergangenheit gezeigt, dass die durchschnittliche Verweildauer deutlich zurückgegangen ist. Da der Krankenhausbereich einen wesentlichen Anteil am gesamten Leistungsgeschehen hat und dieser in den Ländern auch unterschiedlich ist, ist bei der Berücksichtigung des langjährigen Trends mit einer

merklich geringeren Nachfrage nach Krankenhausleistungen gemessen in Krankenhaustagen zu rechnen. Eine Alternativrechnung, die die Vergangenheitstrends berücksichtigt, weist sogar insbesondere für Deutschland und Dänemark einen deutlichen Rückgang der nachgefragten Krankenhaustage insgesamt aus, wenn der Trend zur Verringerung der Verweildauer anhalten würde.²⁰

20 Schulz, E. et al. (2013), a. a. O., 44.

Erika Schulz ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Staat am DIW Berlin | eschulz@diw.de

HEALTH WORKERS AND POPULATION AGEING IN FIVE SELECTED EUROPEAN COUNTRIES

Abstract: In recent years, the health sector has seen a marked increase in employment. This strong momentum is attributed in part to the ageing population, since as age increases, so does the risk of deteriorating health—and thus the associated demand for medical, nursing, and therapeutic services also rises. In this article, we selected five European countries (Denmark, Germany, Italy, Poland, and Slovakia) and assessed the impact of the future population change on the utilization of health-related services and the demand for health workers in curative health care. We then compared this demographically induced change in demand to a sectorial macro model

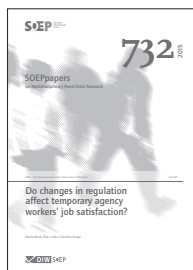
of anticipated employment development. The bases for this analysis are the demographic and socioeconomic scenarios of the EU research project NEUJOBS, as well as the results of the NEMESIS model. It turns out that in some countries, changes in the total population have a greater influence on the demand for health workers than does the ageing of the population. A comparison with the modeled development of employment indicates a strengthening of the imbalances caused by a shortage of manpower in the health labor market in all countries studied except Poland. In Italy in particular, the imbalances will increase.

JEL: I11, J11, J21

Keywords: Ageing populations, utilization of health care services, health care personnel

SOEP Papers Nr. 732

2013 | Henna Busk, Elke J. Jahn and Christine Singer



Do Changes in Regulation Affect Temporary Agency Workers' Job Satisfaction?

This paper evaluates the impact on temporary agency workers' job satisfaction of a reform that considerably relaxed regulations covering the temporary help service sector in Germany. We isolate the causal effect of this reform by combining a difference-in-difference and matching approach and using rich survey data. We find that the change of the law substantially decreased agency workers' job satisfaction while regular workers' job satisfaction remained unchanged. Further analysis reveals that the negative effect on agency workers' job satisfaction can be attributed to a decrease in wages and an increase in perceived job insecurity.

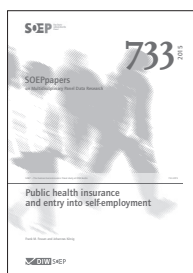
These results are also robust to the use of different specifications and placebo tests.

www.diw.de/publikationen/soepapers



SOEP Papers Nr. 733

2013 | Frank M. Fossen and Johannes König



Public Health Insurance and Entry into Self-Employment

We estimate the impact of a differential treatment of paid employees versus self-employed workers in a public health insurance system on the entry rate into entrepreneurship. In Germany, the public health insurance system is mandatory for most paid employees, but not for the self-employed, who usually buy private health insurance. Private health insurance contributions are relatively low for the young and healthy, and until 2013 also for males, but less attractive at the other ends of these dimensions and if membership in the public health insurance system allows other family members to be covered by contribution-free family insurance. Therefore, the health insurance system can create incentives or disincentives to

starting up a business depending on the family's situation and health. We estimate a discrete time hazard rate model of entrepreneurial entry based on representative household panel data for Germany, which include personal health information, and we account for non-random sample selection. We estimate that an increase in the health insurance cost differential between self-employed workers and paid employees by 100 euro per month decreases the annual probability of entry into self-employment by 0.38 percentage points, i.e. about a third of the average annual entry rate. The results show that the phenomenon of entrepreneurship lock, which an emerging literature describes for the system of employer provided health insurance in the USA, can also occur in a public health insurance system. Therefore, entrepreneurial activity should be taken into account when discussing potential health care reforms, not only in the USA and in Germany.

www.diw.de/publikationen/soepapers





Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D. ist Leiter der Abteilung Klimapolitik am DIW Berlin. Der Beitrag gibt die Meinung des Autors wieder.

Klimabeitrag alter Kraftwerke als Plan B

Damit Deutschland seine Klimaziele für 2020 erreicht, muss auch der Kraftwerkspark einen Beitrag leisten und die Emissionen um 22 Millionen Tonnen gegenüber der Projektion, also um zusätzliche sechs Prozent, reduzieren. Mit mehr Wind- und Sonnenenergie und einer Verbesserung der Energieeffizienz ist das möglich. Jedoch ist insbesondere Stromerzeugung mit Braunkohle bei den aktuellen CO₂-Preisen im Europäischen Emissionshandel so günstig, dass die Produktion mit CO₂-intensiven alten Kraftwerken nicht reduziert, sondern lieber exportiert wird.

Als Plan A sind deswegen Europäisches Parlament, EU-Kommission und Mitgliedsländer in die Verhandlung über eine Marktstabilitätsreserve (MSR) für den Europäischen Emissionshandel eingestiegen. Der Überhang an Zertifikaten soll abgebaut werden, sodass der Emissionshandel wieder glaubwürdige und konsistente CO₂-Preise liefert. Zentrale Frage ist der Zeitpunkt der Einführung der Marktstabilitätsreserve. Deutschland und Großbritannien haben als Eintrittsjahr 2017 vorgeschlagen, das EU-Parlament das Jahr 2018. Die EU-Präsidentschaft Litauens ist am 26. März mit dem Anfangsdatum 2021 in die Verhandlung gezogen. Solch eine späte Einführung würde jedoch zu langanhaltender Unsicherheit führen, neue Investitionen verzögern und die Betreiber alter Anlagen verunsichern.

Deshalb wurde, als Plan B, der Klimabeitrag vom Wirtschaftsministerium in die Diskussion gebracht. Das Konzept sieht vor, dass alte Kraftwerke, wenn sie ein ihnen zugeteiltes Emissionsbudget überschreiten, für diese Emissionen zusätzliche CO₂-Zertifikate im Wert von 20 Euro pro Tonne CO₂ abgeben. Das liefert Anreize für die Reduktion der Stromerzeugung mit den CO₂-intensivsten Kraftwerken, damit Kohle schrittweise durch erneuerbare Energien substituiert wird.

Mit dem Klimabeitrag als Plan B kann Deutschland in den nächsten Wochen glaubwürdiger mit anderen europäischen Ländern, EU-Kommission und Parlament die Ausgestaltung der Marktstabilitätsreserve diskutieren. Die Reaktionen in Deutschland zum Klimabeitrag haben gezeigt, dass dabei die Auswirkungen auf Arbeitsplätze direkt angesprochen und Perspektiven aufgezeigt werden müssen. Mit einer schrittweisen Reduktion der Stromproduktion aus Kohle verschiebt sich der Fokus der deutschen Energiewirtschaft und mit ihm die damit verbundenen Arbeitsplätze hin zum Bereich Energieeffizienz und erneuerbare Energien.

Hier zeigt sich, dass die wahre Herausforderung der Energiewende nicht in der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung liegt. Vielmehr liegt die Herausforderung in der Gestaltung des schrittweisen Strukturwandels in Regionen, die eng mit Kohleabbau und -nutzung verbunden sind. In diesen Regionen gilt es, Perspektiven für Menschen zu entwickeln – angefangen von frühzeitigen Weiterbildungsprogrammen über Förderung von Neugründungen und Innovationen bis hin zur Bereitstellung von Infrastruktur für neue Geschäftsfelder.

Klare Rahmenbedingungen und insbesondere Emissionsreduktionsziele sind dabei notwendig, damit private und öffentliche Entscheidungsträger nach vorne schauen, frühzeitig neue Strategien entwickeln und Investitionen in zukunftsweisende Geschäftsfelder tätigen. Der Klimabeitrag ist in diesem Kontext keine neue Anforderung, sondern bestätigt die Bedeutung der vereinbarten Klimaziele für öffentliche und private Akteure. Diskutiert werden sollte jetzt, wie Bundesregierung und EU-Kommission die Umsetzung der daraus abgeleiteten Strategien stärken können.