

Zahl der Pflegefälle wird deutlich steigen

Bis 2020 wird die Zahl der Pflegebedürftigen um mehr als ein Drittel steigen; bis 2050 wird sie sich sogar mehr als verdoppelt haben. Dies geht auf die in die Jahre kommenden „Baby-Boomer“ sowie die weiterhin steigende Lebenserwartung zurück. Außerdem wurde erst kürzlich der Kreis der Anspruchsberechtigten der Pflegeversicherung um die (bislang lediglich hilfsbedürftigen) Demenzkranken erweitert. Ganz ohne Zweifel stellt dies für die pflegenden Familienangehörigen eine Entlastung dar. Gleichzeitig wird hierdurch der allgemeine Finanzbedarf der Pflegeversicherung erheblich gesteigert. Dem könnte das zeitliche Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit etwa durch gesundheitsbewusstes Verhalten, medikamentöse Behandlung, Präventionsmaßnahmen, Rehabilitation und technische Hilfsmittel entgegenwirken. Dennoch wird eine deutliche Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen nicht zu verhindern sein.

Im Jahr 1995 wurde in Deutschland die Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialen Sicherung eingeführt: Pflegebedürftige erhalten seit dem 1. 4. 1995 Leistungen für die häusliche Pflege und seit dem 1. 7. 1996 auch für die stationäre Pflege. Voraussetzung hierfür war bislang eine erhebliche Pflegebedürftigkeit (Kasten). Mit Inkrafttreten der Pflegereform zum 1. 7. 2008 werden mittlerweile auch solchen Personen Leistungen gewährt, die zwar nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, aber dennoch aufgrund der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz der Hilfe im erheblichen Umfang bedürfen (§ 45a SGB XI).¹ Diese Erweiterung der Pflegeversicherung bezieht sich ausschließlich auf Hilfsbedürftige infolge demenzieller Erkrankungen. Damit wird sich der Anteil der als pflegebedürftig anerkannten Demenzkranken unter den gegenwärtig schätzungsweise 1,1 Millionen demenziell Erkrankten erhöhen.² Die Prävalenzraten, die den Anteil der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung an der Bevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen wiedergeben, werden ebenfalls steigen. Das Ausmaß dieser Erhöhung kann derzeit jedoch noch nicht abgeschätzt werden.

Steigende Zahl Pflegebedürftiger in den letzten Jahren

Rund 2,1 Millionen Pflegebedürftige erhielten im Jahr 2006 Leistungen aus der sozialen und privaten Pflegeversicherung.³ Rund zwei Drittel der

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Gut zu Wissen – Das wichtigste zur Pflegereform 2008. Berlin 2008; sowie AOK-Bundesverband und andere: Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs. Zuletzt geändert am 10. 6. 2008.

² Vgl. Bickel, H.: Die Epidemiologie der Demenz. Das Wichtigste – Informationsblatt Nr. 1. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin 2008, www.bmg.bund.de.

³ Nicht erfasst sind hierbei Personen, die sich selbst als hilfsbedürftig einstufen, aber keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Hierzu gehört auch ein Teil der Demenzkranken.

Acht Fragen an Erika Schulz

„Der Mangel an Pflegekräften ist ein europaweites Problem“

Frau Dr. Schulz, wie hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren entwickelt?

Von 1997 bis 2006 hat sich die Zahl der Leistungsempfänger um 20 Prozent erhöht. Wir haben gegenwärtig 2,1 Millionen Leistungsbezieher aus der Pflegeversicherung, sowohl für die Pflege zu Hause als auch für die Pflege in Heimen.

Wo liegen die Ursachen für diese Zunahme?

Das hat mit der Zahl der Hochbetagten zu tun. Die Zahl der über 70-Jährigen hat sich in den Jahren 1997 bis 2006 in etwa verdoppelt. Worauf es hier besonders ankommt, sind die sehr alten Menschen, die eine hohe Wahrscheinlichkeit haben, pflegebedürftig zu werden. Hier hat sich die Zahl der Männer verachtfacht und die Zahl der Frauen versiebenfacht. Das macht deutlich, wie bedeutsam die demografische Entwicklung, also die durchschnittliche Alterung der Bevölkerung, für die Entwicklung der Pflegefälle ist.

Was sind denn die häufigsten Krankheitsursachen für Pflegebedürftigkeit in Deutschland?

An erster Stelle stehen die Demenzerkrankungen mit 23 Prozent, an zweiter Stelle Schlaganfälle, und dann kommen die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen.

Wenn die Zahl der Anspruchsberechtigten steigt, wird auch zusätzliches Geld gebraucht. Wo soll das herkommen?

Mit der Pflegereform in diesem Jahr wurden die bislang festgeschriebenen Pflegesätze aber auch die Beitragssätze erhöht. Mit dieser Erhöhung hat man bereits auf die zukünftig steigende Nachfrage reagiert.

Wird der Pflegesatz auch in Zukunft ausreichen, um eine gute Pflege zu ermöglichen?

Ich glaube, dass auch in Zukunft Beitragserhöhungen stattfinden werden, um die Qualität der Pflege zu sichern. Auf die Qualität der Pflege wird in Deutschland viel Wert gelegt. Wir wissen aus den Qualitätsberichten des medizinischen Dienstes der Krankenkassen, dass nicht alles

positiv ist, aber es wird daran gearbeitet, die bestehenden Mängel abzubauen.

Schon jetzt gibt es Engpässe beim Pflegepersonal, wie wird das in Zukunft aussehen?

Dass im medizinischen Pflegebereich die Fachkräfte fehlen, ist nicht nur in Deutschland, sondern europaweit ein Problem. Insbesondere bei der Pflege Demenzkranker braucht man speziell ausgebildetes Pflegepersonal. Hier ist es nötig, dass der Pflegeberuf qualitativ aufgewertet und besser bezahlt wird. Die Wertschätzung der gesamten Berufsgruppe der Pflegekräfte muss steigen.

Die Wertschätzung
» der Pflegekräfte muss «
steigen – auch beim
Gehalt.

Zurzeit wird ein Drittel der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen versorgt. Wird sich dieser Anteil erhöhen?

Es werden in Zukunft mehr Personen in Pflegeheimen betreut werden müssen, weil der Anteil der sehr alten Pflegebedürftigen steigt. Allein durch diesen demografischen Faktor wird es eine Verschiebung hin zu den Pflegeheimen geben. Auch wird es eine Verschiebung zwischen den Pflegestufen I und II geben. Es wird in Zukunft mehr schwer Pflegebedürftige in der Pflegestufe II geben.

Wie sollten die politischen Entscheidungsträger auf diese Situation reagieren?

Es sind ja bereits gezielt Maßnahmen in Angriff genommen worden. Zum Beispiel werden im Bereich der Demenzerkrankungen Modellprojekte finanziell gefördert. Ein anderes Beispiel im präventiven Bereich ist die Kampagne „3 000 Schritte extra“, mit der Personen im mittleren Alter mobilisiert werden sollen. Inwieweit das tatsächlich zu einer Verminderung der durchschnittlichen Pflegefallwahrscheinlichkeit führt, kann man derzeit noch nicht beurteilen. Es wird aber auch notwendig sein, noch mehr finanzielle Mittel bereitzustellen, vor allem weil in Zukunft qualifizierte Pflegekräfte fehlen werden.



Dr. Erika Schulz
Wissenschaftliche
Referentin
in der Abteilung Staat
am DIW Berlin

Das Gespräch führte
Erich Wittenberg.

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

Definition von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind nach der Definition des Pflegegesetzes Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Im Hinblick auf den Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen (I, II oder III) zugeordnet.

- Erhebliche Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) liegt vor, wenn mindestens einmal täglich bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) sowie mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.
- Schwerpflegebedürftigkeit (Pflegestufe II) liegt vor, wenn mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) sowie mehrfach in der Wo-

che bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigt wird. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

- Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass er jederzeit gegeben ist. Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen. Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, haben mit Inkrafttreten der Pflegereform einen Anspruch auf einen Betreuungsbeitrag. Man spricht hier von der „Pflegestufe 0“.

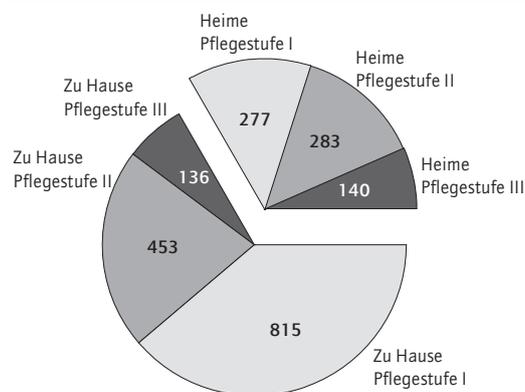
Leistungsempfänger werden durch den Partner, (Schwieger-)Töchter oder andere Verwandte, zu einem geringen Teil durch Freunde und Bekannte oder durch professionelle, ambulant tätige Pflegekräfte zu Hause betreut. Das andere Drittel wohnt

in Pflegeheimen (Abbildung 1). Über die Hälfte der Leistungsbezieher insgesamt ist *erheblich* pflegebedürftig (Pflegestufe I), rund ein Drittel *schwer* pflegebedürftig (Pflegestufe II) und rund jeder Achte *schwerst* pflegebedürftig (Pflegestufe III). Die Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter stark an.

Abbildung 1

Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Unterbringung 2006

In 1 000



Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2008

Gegenüber 1997 ist die Zahl der Leistungsempfänger um 20 Prozent gestiegen (Tabelle 1). Dies ist vor allem demographisch bedingt. Die Zahl der 70-Jährigen und Älteren hat sich im Zeitraum von 1997 bis 2006 in etwa verdoppelt. Besonders dynamisch verlief die Entwicklung bei den 90-Jährigen und Älteren. Hier war die Zahl der Männer achtmal so hoch wie 1997 und die der Frauen siebenmal. Die Prävalenz-Raten haben sich hingegen kaum geändert (Abbildung 2).⁴ Frauen leben zwar länger als Männer (nach der abgekürzten Sterbetafel 2004/06 im Durchschnitt rund 5,4 Jahre), weisen aber ab dem 75. Lebensjahr auch eine höhere Pflegefallwahrscheinlichkeit auf.⁵ Dies weist darauf hin, dass die zusätzlichen Lebensjahre nicht ausschließlich in

⁴ Es ist lediglich bei den Frauen im Alter von 90 Jahren und älter eine leichte Steigerung und bei den Männern im Alter von 90 Jahren und älter eine leichte Verringerung zu erkennen. Das Ergebnis für die Männer ist etwas überraschend. Die Lebenserwartung der 80-jährigen Männer ist stärker gestiegen als die der Frauen.

⁵ Siehe auch Hoffmann, E., Nachtmann, J.: Alter und Pflege. Report Altersdaten. Gero Stat 03/2007.

Tabelle 1

Leistungsempfänger der sozialen und der privaten Pflegeversicherung, Pflegestufen und Unterbringung

	Pflegeversicherung			Pflegestufe			Unterbringung	
	Soziale	Private	Insgesamt	I	II	III	ambulant und teilstationär	vollstationär
	In Personen			Anteile in Prozent				
1997	1 659 948	88 377	1 748 325	43,6	40,6	15,8	72,1	27,9
1998	1 738 118	96 968	1 835 086	45,9	39,3	14,8	70,6	29,4
1999	1 826 362	102 947	1 929 309	47,3	38,4	14,3	70,1	29,9
2000	1 822 104	106 709	1 928 813	48,6	37,6	13,8	69,2	30,8
2001	1 839 602	110 980	1 950 582	49,4	37,1	13,5	68,6	31,4
2002	1 888 969	114 463	2 003 432	50,2	36,5	13,3	68,3	31,7
2003	1 891 144	116 845	2 007 989	50,8	36,0	13,2	67,7	32,3
2004	1 925 703	122 583	2 048 286	51,0	35,8	13,2	67,5	32,5
2005	1 951 953	128 343	2 080 296	51,2	35,5	13,2	67,2	32,8
2006	1 968 505	134 722	2 103 227	51,9	35,0	13,1	66,7	33,3

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2008

Gesundheit verbracht werden.⁶ In der Vergangenheit fand sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern eine Verschiebung von der ambulanten zur stationären Pflege statt. Insbesondere ab dem 85. Lebensjahr werden immer mehr Pflegebedürftige in Heimen betreut. Die künftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen wird im Wesentlichen durch

- die demographische Entwicklung,
- die begriffliche Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit sowie
- die Pflegefallwahrscheinlichkeit beeinflusst.

Alle drei Faktoren werden im Folgenden dargestellt.

6 Zur Diskussion um den Zusammenhang zwischen steigender Lebenserwartung und Zunahme der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre vgl. Schulz, E.: Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 5/2001; sowie Ahn, M. et al.: Bio-demographic Aspects of Population Ageing. Results of WP1 of the Project: Ageing, Health and Retirement in Europe (AGIR). ENEPRI Research Report, No. 1, Juni 2004, www.enepri.org.

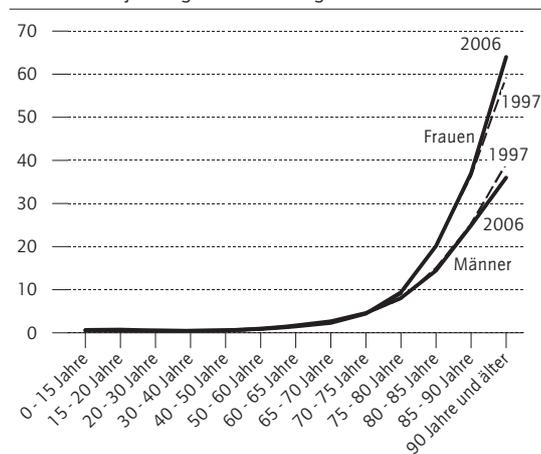
Starke Zunahme der Zahl Hochbetagter

Nicht zuletzt weil die Pflegequote stark mit dem Alter korreliert ist, hängt die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen entscheidend an demographischen Faktoren. Das DIW Berlin hat im Jahr 2007 eine Aktualisierung der Bevölkerungsvorausschätzung veröffentlicht.⁷ Von den dort vorgestellten Varianten wird im Folgenden auf drei Varianten zurückgegriffen, um den Einfluss unterschiedlicher Wanderungen und Lebenserwartungen auf die Zahl der Pflegefälle zu verdeutlichen. In der Variante 2a wird von einer jährlichen Nettozuwanderung von 100 000 Personen und einer weiteren Steigerung der Lebenserwartung der Männer auf 85,9 Jahre und der Frauen auf 88,7 Jahre im Jahr 2050 ausgegangen. Diese Variante wird hier als Basisvariante gewählt. Den Effekt höherer Zuzüge mit einem doppelt so hohen Wanderungssaldo zeigt die Variante 2b. Die Variante 1a zeigt den Effekt geringerer Lebenserwartungszunahme mit einer Lebenserwartung von 84,3 Jahren für Männer und 86,9 Jahren für Frauen (2050).⁸

Abbildung 2

Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach Altersgruppen

Anteil an der jeweiligen Bevölkerung in Prozent



Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Berechnungen des DIW Berlin.

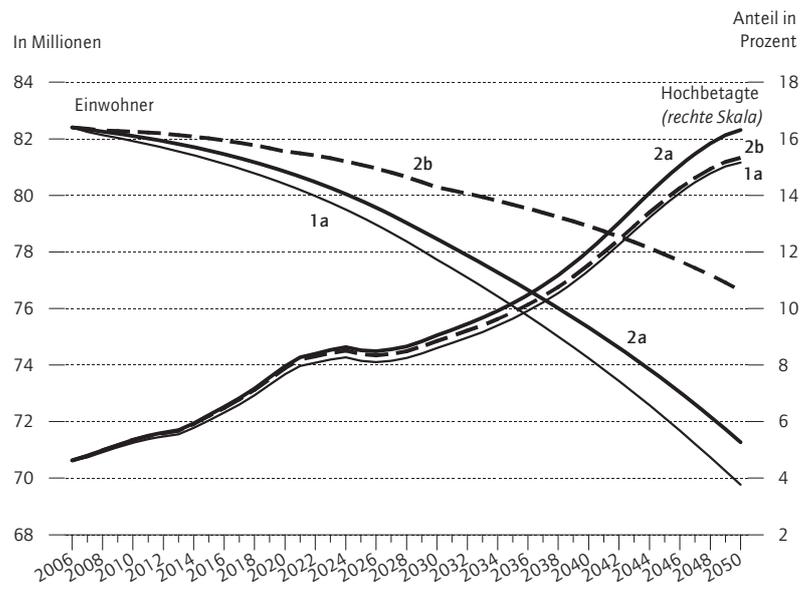
DIW Berlin 2008

7 Vgl. Schulz, E., Hannemann, A.: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2050: Nur leichter Rückgang der Einwohnerzahl? Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 47/2007.

8 In allen Varianten ist die Geburtenhäufigkeit nahezu konstant, rund 1,4 Kinder je Frau.

Abbildung 3

Einwohnerzahl und Hochbetagte

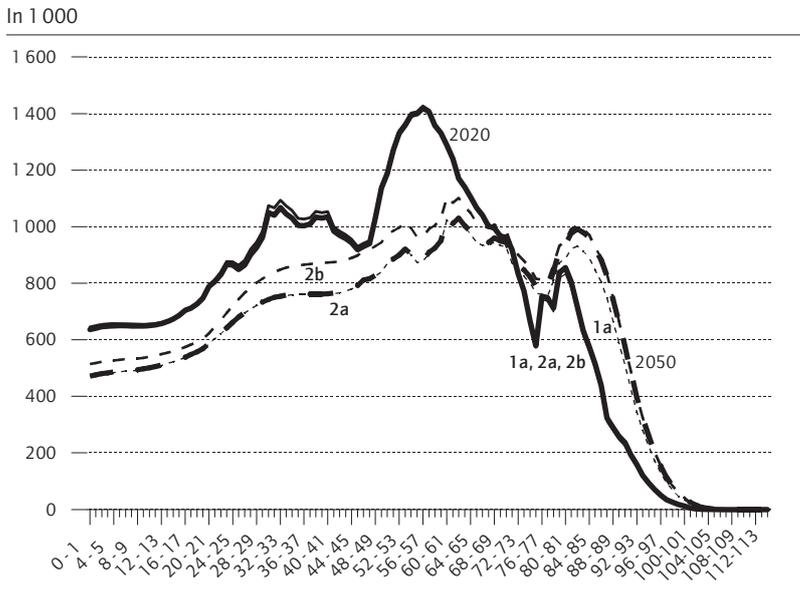


Quelle: Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2008

Abbildung 4

Altersprofil der Bevölkerung 2020 und 2050



Quelle: Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2008

Trotz der Unterschiede in den Annahmen ist den drei Varianten gemeinsam, dass die Einwohnerzahl in Deutschland langfristig sinkt und sich die Alterung der Bevölkerung fortsetzt (Abbildung 3). Der Rückgang der Bevölkerung setzt bereits in den nächsten Jahren ein, so dass im Jahr 2020 – je nach Variante – zwischen 81,6 Millionen (2a und

2b) und 80,4 Millionen (1a) Personen in Deutschland leben werden. Bis 2050 beschleunigt sich der Rückgang. Die Einwohnerzahl in Deutschland sinkt auf 71,3 Millionen (2a), 76,6 Millionen (2b) beziehungsweise 69,8 Millionen (1a). Dabei wird sich der Anteil der Bevölkerungsgruppe mit einer relativ hohen Pflegefallwahrscheinlichkeit – 80 Jahre und älter – in der Basisvariante (2a) von 4,6 Prozent 2006 über 8 Prozent 2020 auf 16,3 Prozent im Jahr 2050 erhöhen. Demgegenüber nimmt der Anteil der Hochbetagten in der Variante mit höheren Zuwanderungen (2b) weniger stark zu: 7,9 Prozent 2020 respektive 15,3 Prozent im Jahr 2050. Unter der Annahme einer schwächer steigenden Lebenserwartung in Variante 1a steigt der Anteil der 80-Jährigen und Älteren sogar „nur“ auf 7,7 Prozent (2020) und 15,2 Prozent (2050).

Die „Baby-Boom-Generation“ wird im Jahr 2020 die Gruppe der „jungen Alten“ (hier die 54- bis 68-Jährigen) und bis 2050 den Großteil der Hochbetagten stellen (Abbildung 4). Die Zahl der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird sich rein demographisch bedingt bis 2050 in etwa verdreifachen (von 3,8 Millionen auf 11,6 Millionen). Blickt man jedoch noch weiter in die Zukunft, dann wird die Zahl der Hochbetagten bereits bis 2060 wieder deutlich abnehmen, da die nachfolgende, wesentlich schwächer besetzte Generation in dieses Alter vorrückt. Das Jahr 2050 stellt somit einen „Peak“ dar, der anschließend wieder abgebaut wird.

Demographisch bedingte Zunahme der Pflegefälle

Hält man die im Zeitraum 2004 bis 2006 beobachtete Pflegewahrscheinlichkeit konstant, so wird sich allein aufgrund der Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung um 0,8 Millionen bis 2020 und um weitere 1,7 Millionen bis 2050 (Variante 2a) erhöhen (Tabelle 2).⁹ Bis zum Jahr 2050 wird somit die Zahl der Leistungsempfänger von 2,1 Millionen auf 4,6 Millionen steigen (Abbildung 5). Der Anteil der 80-Jährigen und Älteren an den Pflegefällen wird von gegenwärtig 52 Prozent über 63 Prozent (2020) auf 78 Prozent (2050) wachsen. Die Zahl der hochbetagten Pflegefälle wird bereits bis 2020 um zwei

⁹ Um zufallsbedingte Schwankungen der Prävalenzraten in den einzelnen Jahren zu glätten, wird ein Durchschnitt aus den letzten drei Jahren (2004–2006) gebildet, differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht, Pflegestufen sowie Unterbringungsart (zu Hause oder in Heimen). Den Prävalenzraten der Jahre 2004 bis 2006 liegt der bis 30.6.2008 gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde. Diese Voraussetzungen umfassen damit nicht den Teil der Demenzkranken, die nach der neuen Abgrenzung zu den Pflegebedürftigen zählen.

Tabelle 2

Zahl der Leistungsempfänger nach Altersgruppen, Unterbringungsart und Pflegestufe in Deutschland 2006, 2020 und 2050 nach Variante 2a

Leistungsempfänger in 1 000

	Pflege zu Hause				Pflege in Pflegeheimen				Pflege insgesamt				
	Pflegestufe			Insgesamt	Pflegestufe			Insgesamt	Pflegestufe			Insgesamt	
	I	II	III		I	II	III		I	II	III		
2006													
unter 35 Jahre	64,0	48,6	29,4	142,0	15,6	2,7	3,2	21,4	79,6	51,3	32,6	163,5	
35–50 Jahre	33,9	27,5	11,4	72,7	24,1	4,3	4,6	33,0	58,0	31,8	16,0	105,8	
50–65 Jahre	69,4	40,4	12,7	122,4	25,0	11,4	7,7	44,0	94,3	51,7	20,3	166,4	
65–75 Jahre	139,2	75,9	19,4	234,6	31,3	29,8	15,1	76,2	170,5	105,8	34,5	310,8	
75–80 Jahre	121,7	60,3	14,1	196,2	26,9	32,8	15,7	75,4	148,7	93,1	29,8	271,6	
80–85 Jahre	166,2	75,9	17,5	259,5	49,8	60,0	27,5	137,2	215,9	135,9	44,9	396,7	
85–90 Jahre	134,9	64,8	14,9	214,5	53,9	65,3	28,7	148,0	188,8	130,1	43,6	362,5	
90 Jahre und älter	85,6	59,4	16,3	161,4	50,8	76,7	37,3	164,7	136,4	136,1	53,6	326,1	
Insgesamt	814,8	452,8	135,6	1 403,2	277,4	283,0	139,7	700,0	1 092,2	735,7	275,3	2 103,2	
2020													
unter 35 Jahre	53,7	42,3	25,1	121,1	14,1	2,3	2,9	19,3	67,8	44,7	27,9	140,4	
35–50 Jahre	24,9	20,4	8,4	53,8	17,4	3,1	3,4	23,9	42,3	23,6	11,7	77,6	
50–65 Jahre	90,1	53,3	16,7	160,0	31,4	14,6	9,8	55,8	121,4	67,9	26,6	215,9	
65–75 Jahre	140,9	79,1	20,0	240,0	30,5	29,9	15,2	75,6	171,5	108,9	35,1	315,6	
75–80 Jahre	143,0	73,2	17,2	233,4	30,6	38,4	18,3	87,3	173,6	111,6	35,5	320,6	
80–85 Jahre	271,4	130,3	30,1	431,9	76,0	95,7	43,2	214,9	347,4	226,1	73,2	646,7	
85–90 Jahre	226,7	115,5	25,8	368,0	83,8	106,3	45,7	235,8	310,5	221,8	71,4	603,8	
90 Jahre und älter	153,2	107,6	28,7	289,5	82,7	128,9	61,4	272,9	235,9	236,4	90,1	562,4	
Insgesamt	1 104,0	621,7	171,8	1 897,6	366,4	419,2	199,7	985,4	1 470,5	1 040,9	371,6	2 883,0	
2050													
unter 35 Jahre	40,7	32,0	19,0	91,7	10,6	1,7	2,2	14,5	51,3	33,8	21,1	106,2	
35–50 Jahre	19,8	16,2	6,6	42,5	13,7	2,5	2,7	18,9	33,5	18,7	9,3	61,4	
50–65 Jahre	67,5	39,9	12,4	119,9	23,1	11,0	7,3	41,5	90,6	50,9	19,7	161,3	
65–75 Jahre	142,0	79,9	20,2	242,0	30,6	30,1	15,2	76,0	172,6	110,0	35,4	318,0	
75–80 Jahre	161,4	83,5	19,7	264,5	34,2	43,0	20,5	97,6	195,5	126,4	40,1	362,1	
80–85 Jahre	362,3	176,8	40,9	580,0	99,4	125,5	56,4	281,3	461,6	302,3	97,3	861,2	
85–90 Jahre	491,2	254,4	56,4	802,0	176,5	223,5	95,2	495,2	667,6	478,0	151,6	1 297,2	
90 Jahre und älter	400,3	281,1	73,3	754,7	206,9	316,6	147,3	670,8	607,2	597,7	220,6	1 425,4	
Insgesamt	1 685,1	963,8	248,4	2 897,3	594,9	754,0	346,7	1 695,6	2 280,0	1 717,8	595,1	4 592,9	

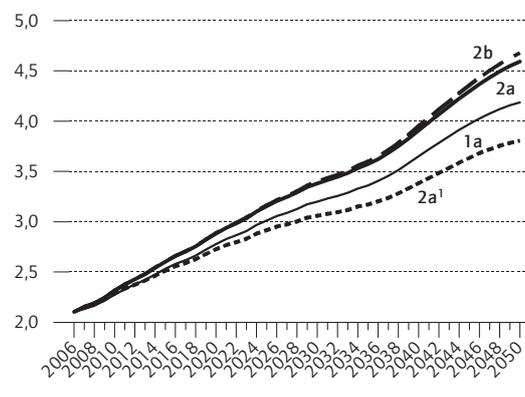
Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2008

Abbildung 5

Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050

In Millionen



1 Mit einer Verringerung der Pflegewahrscheinlichkeit um jährlich 0,5 Prozent.

Quelle: Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2008

Drittel steigen. Im Jahr 2050 wird schließlich mit 3,6 Millionen Leistungsempfängern im Alter von 80 Jahren und älter gerechnet. Wegen der mit dem Alter zunehmenden Pflegewahrscheinlichkeit und des steigenden Anteils immer älterer Menschen wird sich die Zahl der hochbetagten Leistungsempfänger bis 2050 noch dynamischer als die Zahl der hochbetagten Bevölkerung entwickeln.

Auf längere Sicht wirken sich auch höhere Zuwanderungen auf die Zahl der Pflegefälle aus. Zwar sind Migranten beim Zuzug im Durchschnitt jünger als die heimische Bevölkerung, wenn sie jedoch dauerhaft in Deutschland ihren Wohnsitz behalten, wachsen auch sie nach und nach in die höheren Altersgruppen hinein. Die höhere Zuwanderung in der Variante 2b wird sich zwar noch nicht bis zum Jahr 2020 bei der Zahl der Leistungsempfänger bemerkbar machen, bis

2050 ist aber mit zusätzlichen 85 000 Pflegefällen zu rechnen. Der Zuwachs beim Anteil der hochbetagten Pflegebedürftigen fällt etwas geringer aus.

Da die Pflegefallwahrscheinlichkeit ab dem 70. Lebensjahr mit dem Alter stark zunimmt, wird von unterschiedlichen Annahmen über die Zunahme der Lebenserwartung ein größerer Einfluss auf die Zahl der Leistungsempfänger erwartet als von den unterschiedlichen Wanderungsannahmen. Die um 1,6 Jahre für Männer und 1,8 Jahre für Frauen geringere Zunahme der Lebenserwartung bis 2050 in der Variante 1a führt zu einer um 100 000 geringeren Zahl der Pflegefälle im Jahr 2020. 2050 fällt die Zahl der Leistungsempfänger um 0,4 Millionen Personen geringer aus. Der schwächere Anstieg der Lebenserwartung schlägt sich auch in den Anteilen der Hochbetagten nieder. Der Anteil der 80-jährigen und älteren Leistungsempfänger wird sich bis 2050 auf 76,4 Prozent erhöhen und somit um 1,6 Prozent-Punkte geringer sein als in Variante 2a.

Verschiebung von ambulanter zu institutioneller Pflege

In allen Varianten wird sich der Anteil der Hochbetagten an den Leistungsempfängern deutlich erhöhen. Mit dem Alter steigt der Anteil der Personen, die an mehreren Krankheiten und an Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens leiden. Diese Multimorbidität erfordert

in der Regel einen höheren Pflegeaufwand. Hinzu kommt, dass ab dem 80. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit demenzieller Erkrankungen stark zunimmt. Diese Faktoren beeinflussen sowohl das Ausmaß des Pflegebedarfs als auch die Möglichkeit, Pflegebedürftige zu Hause zu betreuen. Daher führt der steigende Anteil der Hochbetagten trotz einer konstant gehaltenen alters-, geschlechts- und pflegestufenspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeit zu einer Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen, die nicht mehr zu Hause, sondern in Heimen betreut werden. Die Zahl der Pflegebedürftigen in Heimen wird von 0,7 Millionen 2006 über rund eine Million 2020 und auf 1,7 Millionen im Jahr 2050 (2a) zunehmen. Dies ist ein Zuwachs um 142 Prozent (bis 2050), während die Pflegefälle, die zu Hause betreut werden, um 106 Prozent zunehmen (Abbildung 6).

Zusätzlich ist mit einer Verschiebung zwischen den Pflegestufen, die den Grad der Pflegebedürftigkeit widerspiegeln, zu rechnen. Der Zuwachs bei der Pflegestufe II (schwer Pflegebedürftige) fällt dabei am dynamischsten aus (134 Prozent). Der Anteil dieser Gruppe wird sich damit von 35 Prozent auf 37,4 Prozent erhöhen. Die Anteilsverschiebung ergibt sich unabhängig von der unterstellten Bevölkerungsvariante.

Demenzerkrankungen nehmen demographiebedingt zu

Die Betrachtung der künftigen Entwicklung der Pflegefälle hängt ferner von der zugrunde gelegten Definition der Pflegebedürftigkeit ab. Im Zuge der Reform der Pflegeversicherung zum 1. 7. 2008 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff erweitert. Derzeit lässt sich jedoch kaum abschätzen, wie sich dies auf die Zahl der Pflegebedürftigen auswirken wird. Gegenwärtig werden rund drei Millionen Hilfsbedürftige in Privathaushalten und 45 000 Hilfsbedürftige in Heimen versorgt, ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beziehen.¹⁰ Geht man methodisch genauso vor, wie bei der Berechnung der Zahl der Pflegefälle, so erhöht sich die Zahl der zu Hause versorgten Hilfsbedürftigen bis 2050 auf 4,7 Millionen.¹¹

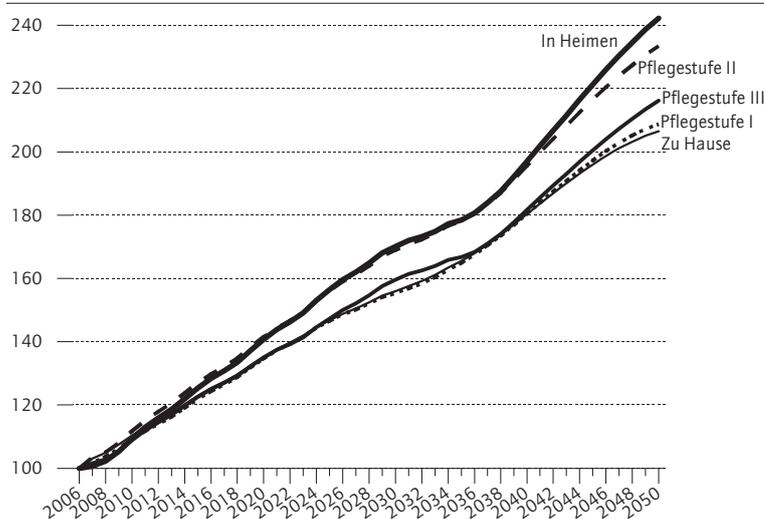
¹⁰ Vgl. Schneekloth, U., Wahl, H. W.: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuGII). Integrierter Abschlussbericht, München 2005; und Schneekloth, U., Wahl, H. W.: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuGIV). Integrierter Abschlussbericht, München 2007.

¹¹ Hierbei werden die Prävalenzraten für Hilfsbedürftigkeit aus dem Jahre 2006 konstant gehalten und mit der Zahl der Bevölkerung in Privathaushalten multipliziert. Siehe auch Schulz, E.: Projection of Care Need and Family Resources in Germany. In: Doblhammer, G., Scholz, R. (Hrsg.): Aging, Care Need and Quality of Life. Rostocker Zentrum, 2008 (erscheint demnächst).

Abbildung 6

Pflegefälle nach Pflegestufen und Unterbringungsart nach Variante 2a

Index 2006 = 100



Quelle: Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2008

Ein Teil dieser Hilfsbedürftigen der Pflegestufe 0 leidet an Demenz und wird künftig sicherlich Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken, steigt ab dem 80. Lebensjahr stark an. Rund 13,3 Prozent der 80- bis 84-Jährigen, 24 Prozent der 85- bis 89-Jährigen und 35 Prozent der 90-Jährigen und Älteren leiden an Demenz.¹² Unter der Annahme konstanter Prävalenz-Raten wird die Zahl der Demenzkranken von 1,1 Millionen (2006), auf 1,7 Millionen 2020 und auf 3 Millionen im Jahr 2050 steigen (Variante 2a). Welcher Teil davon künftig zu den Pflegebedürftigen zählt, bleibt abzuwarten.

Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit könnte sinken

Eine weitere wichtige Determinante der Pflegefallentwicklung ist die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden oder zu sein. Die Ursachen der Pflegebedürftigkeit sind vielfältig. Zu den häufigsten pflegebegründenden Diagnosen gehören psychische und allgemeine Verhaltensstörungen (23 Prozent), Krankheiten des Kreislaufsystems (17 Prozent), Symptome und abnorme klinische Befunde und Laborbefunde (14,3 Prozent) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (13,9 Prozent).¹³ Fast jeder zehnte Antragsteller auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ist pflegebedürftig in Folge eines Schlaganfalls. Dies wäre durch gesundheitsbewusstes Verhalten und frühzeitige Behandlung etwa von Bluthochdruck, hohen Cholesterinwerten und Diabetes (Schlaganfall begünstigende Diagnosen) zu mindern.¹⁴

Psychische Erkrankungen stellen die häufigste Diagnose dar, wobei sie auch die vielfältigen Arten demenzieller Erkrankungen umfassen. Mit zunehmendem Alter können mehrere Arten von demenziellen Erkrankungen gleichzeitig auftreten. Die Therapiemöglichkeiten sind zurzeit begrenzt.¹⁵ So eignet sich die medikamentöse Behandlung von psychischen Erkrankungen eher dazu, deren negative Folgen zu mildern und den

Krankheitsverlauf zu verlangsamen (im günstigsten Fall aufzuhalten). Folglich lässt sich die Pflegefallwahrscheinlichkeit bei psychischen Erkrankungen vor allem durch präventive Maßnahmen reduzieren.¹⁶

Beeinflusst wird sowohl das Gesundheitsverhalten als auch die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit schließlich durch das Bildungsniveau.¹⁷ Das künftig erwartete steigende Bildungsniveau der Bevölkerung könnte sich somit positiv auf die Betroffenheit von Pflegebedürftigkeit auswirken. Keine Studie gibt jedoch diesbezüglich das Ausmaß einer möglichen Reduzierung der Pflegebedürftigkeit an. Geht man deshalb exemplarisch davon aus, dass die alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeit jährlich um 0,5 Prozent verringert werden kann, dann wären im Jahr 2050 0,8 Millionen Personen weniger pflegebedürftig als in der Basisvariante (Variante 2a).¹⁸

Fazit

Die demographische Entwicklung bestimmt zum wesentlichen Teil die Veränderung der Zahl der Pflegefälle, weitgehend unabhängig von der gewählten Bevölkerungsvariante. Die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird die Entwicklung noch verstärken, indem ein Teil der jetzt Hilfsbedürftigen künftig zu den Pflegebedürftigen gezählt wird. Inwieweit es gelingt, die Pflegefallwahrscheinlichkeit zu reduzieren, ist ungewiss. Unbeeinflussbar sind die Faktoren Alter, Geschlecht und genetische Veranlagung. Beeinflussbare Faktoren sind im Wesentlichen Lebensstil, Bildungsniveau, Prävention und die Behandlung von Grunderkrankungen. Zusätzlich können medikamentöse Behandlung, Rehabilitationsmaßnahmen und technische Hilfsmittel den Schweregrad der Pflegebedürftigkeit mindern. Es besteht also durchaus Hoffnung, dass die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit (in der alten Abgrenzung) künftig sinken könnte. Ob dies durch die Einbeziehung eines Teils der Hilfsbedürftigen kompensiert oder sogar überkompensiert wird, bleibt abzuwarten.

Auch bei einer günstigen Prognose der Pflegequotenentwicklung wird sich die Zahl der Leis-

¹² Vgl. Bickel, H.: Die Epidemiologie der Demenz. Das Wichtigste – Informationsblatt Nr. 1, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin 2008, 1; sowie Bickel, H.: Stand der Epidemiologie. In: Hallauer, J., Kurz, A.: Weißbuch Demenz. Stuttgart 2002, 10–14.

¹³ Vgl. Wagner, A., Fleer, B.: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen 2008.

¹⁴ Vgl. DAK Ratgeber Schlaganfall-Prävention: Blutdruck und Blutfette senken, Fettarm essen, Sport treiben, nicht rauchen. www.dak.de.

¹⁵ Vgl. Kurz, A.: Die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit. Das Wichtigste – Nr. 5, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2008; sowie Müller, W., Kuhlmei, A.: Herausforderungen einer alternen Gesellschaft – Was kann ihr die pharmazeutische Industrie geben? Studie im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller, Frankfurt a. M. 2008.

¹⁶ Vgl. Kurz, A.: Klinische Forschung. Das Wichtigste – Nr. 12, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2008.

¹⁷ Vgl. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Dementia – Etiology and Epidemiology, A systematic review, Vol 1, Stockholm 2008.

¹⁸ Die Ergebnisse stimmen im Prinzip mit denen des Statistischen Bundesamtes überein, dass für zwei Varianten die Pflegefallentwicklung vorausgeschätzt hat. Siehe Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2008.

JEL Classification:

I11, I12

Keywords:

Ageing populations,
Need for long term care

tungsempfänger der Pflegeversicherung merklich erhöhen. Daher muss mit entsprechenden Konsequenzen für die Finanzierung gerechnet werden. Hinzu kommt die Entwicklung im Bereich der hilfsbedürftigen Personen, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen und fast ausschließlich durch Familienangehörige oder andere informelle Pflegekräfte betreut werden. Bei einer

demographisch bedingten Abnahme der Zahl der potentiellen (familiären) Pflegekräfte und der geschätzten starken Zunahme des Pflege- und Hilfebedarfs ist es fraglich, ob diese Anforderungen durch informelle Pflegekräfte abgedeckt werden können. Es ist eher zu vermuten, dass die Nachfrage nach professionellen Pflegediensten über das demographisch bedingte Maß steigen wird.

Impressum

DIW Berlin
Mohrenstraße 58
10117 Berlin
Tel. +49-30-897 89-0
Fax +49-30-897 89-200

Herausgeber

Prof. Dr. Klaus F. Zimmermann
(Präsident)
Prof. Dr. Tilman Brück
Dr. habil. Christian Dreger
Prof. Dr. Claudia Kemfert
Prof. Dr. Viktor Steiner
Prof. Dr. Gert G. Wagner
Prof. Dr. Christian Wey

Redaktion

Kurt Geppert
PD Dr. Elke Holst
Carel Mohn
Dr. Vanessa von Schlippenbach
Manfred Schmidt

Pressestelle

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

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
Postfach 7477649
Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. 01805–19 88 88, 14 Cent./min.
Reklamationen können nur innerhalb
von vier Wochen nach Erscheinen des
Wochenberichts angenommen werden;
danach wird der Heftpreis berechnet.

Bezugspreis

Jahrgang Euro 180,-
Einzelheft Euro 7,-
(jeweils inkl. Mehrwertsteuer
und Versandkosten)
Abbestellungen von Abonnements
spätestens 6 Wochen vor Jahresende
ISSN 0012-1304
Bestellung unter leserservice@diw.de

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 Stabs-
abteilung Kommunikation des DIW
Berlin (Kundenservice@diw.de)
zulässig.

Gedruckt auf
100 Prozent Recyclingpapier.