

Vierteljahresschrift zur empirischen
Wirtschaftsforschung, Jg. 42



■ Susanna Kochskämper / Jochen Pimpertz

Herausforderungen an die Pflegeinfrastruktur

Vorabversion aus: IW-Trends, 42. Jg. Nr. 3
Herausgegeben vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Verantwortliche Redakteure:

Prof. Dr. Michael Grömling, Telefon: 0221 4981-776

Dr. Oliver Stettes, Telefon: 0221 4981-697

groemling@iwkoeln.de · stettes@iwkoeln.de · www.iwkoeln.de

Die IW-Trends erscheinen viermal jährlich, Bezugspreis € 50,75/Jahr inkl. Versandkosten.

Rechte für den Nachdruck oder die elektronische Verwertung erhalten Sie über
lizenzen@iwkoeln.de, die erforderlichen Rechte für elektronische Pressespiegel unter
www.pressemonitor.de.

ISSN 0941-6838 (Printversion)

ISSN 1864-810X (Onlineversion)

© 2015 Institut der deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH

Postfach 10 18 63, 50458 Köln

Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln

Telefon: 0221 4981-452

Fax: 0221 4981-445

iwmedien@iwkoeln.de

www.iwmedien.de

Herausforderungen an die Pflegeinfrastruktur

Susanna Kochskämper / Jochen Pimpertz, September 2015

In einer alternden Bevölkerung steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen. Deren Versorgung bedarf nicht nur zusätzlicher Pflegekräfte. Gleichzeitig muss auch eine geeignete Pflegeinfrastruktur in ausreichendem Umfang bereitgestellt werden. Bis 2030 müssen bundesweit bis zu 220.000 Plätze allein in der stationären Dauerpflege zusätzlich angeboten werden. Dabei stehen die einzelnen Bundesländer aufgrund ihrer spezifischen Bevölkerungsentwicklung und Ausgangsausstattung vor unterschiedlichen Herausforderungen. Sie alle müssen jedoch frühzeitig die Weichen für die Entwicklung einer bedarfs- und präferenzgerechten Pflegeinfrastruktur stellen.

Stichwörter: Pflegewirtschaft, Demografie

JEL-Klassifikation: I11, I18

Herausforderung Pflege

Die Bevölkerungsalterung stellt die Gesellschaft besonders bei dem Thema Pflege vor vielfältige Herausforderungen. Denn mit einem höheren Alter steigt normalerweise auch das Pflegefallrisiko. Ein höherer Pflegebedarf wirft aber nicht nur Fragen bezüglich der Finanzierung auf. Auch die Bereitstellung einer für die Versorgung der Pflegebedürftigen notwendigen Infrastruktur stellt eine große Aufgabe dar.

In diesem Zusammenhang werden in der Öffentlichkeit vor allem zwei Aspekte diskutiert: zum einen die Rekrutierung notwendiger Pflegefachkräfte, zum anderen das Umfeld, in dem Pflege künftig organisiert werden soll. Hoch im Kurs stehen derzeit ambulante Pflegearrangements im heimischen Wohnumfeld. Davon verspricht sich die Politik eine kostengünstige und präferenzgerechte Versorgung. Vergleichsweise wenig Beachtung findet dagegen die notwendige Pflegeinfrastruktur und der damit verbundene Investitionsbedarf.

Da das Vorhalten einer ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgungsstruktur in Deutschland in der Verantwortung der Bundesländer liegt (§9 SGB XI), stellt

sich die Frage, ob die Weichen für eine bedarfsgerechte Entwicklung der Pflegeinfrastruktur bereits gestellt sind. In dem folgenden Beitrag wird dazu für jedes Bundesland die Entwicklung der Pflegefallzahlen und daraus abgeleitet der Bedarf an Pflegeinfrastruktur geschätzt, um Ansatzpunkte für die Gestaltung der Pflegepolitik zu gewinnen.

Ausgangssituation in den Bundesländern

Bundesweit waren im Jahr 2013 insgesamt 2,6 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinn der gesetzlichen Pflegeversicherung. Hinzu kamen weitere 109.000 Menschen, die nach der aktuellen Rechtslage nicht als pflegebedürftig im engeren Sinn gelten, denen aber eine „erheblich eingeschränkte Alltagskom-

Pflegebedürftige nach Bundesländern

Tabelle 1

Angaben für 2013

	Pflegebedürftige ¹⁾ in Personen	Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung	Anteil der 65-Jährigen und älter an der Bevölkerung	Anteil der Frauen an der Bevölkerung der 65-Jährigen und älter
		in Prozent		
Nordrhein-Westfalen (NW)	604.362	3,4	20,5	57,3
Bayern (BY)	343.585	2,7	19,8	56,5
Baden-Württemberg (BW)	313.351	2,9	19,6	56,4
Niedersachsen (NI)	298.060	3,8	21,2	56,5
Hessen (HE)	211.747	3,5	20,1	56,2
Sachsen (SN)	158.250	3,9	24,7	58,5
Rheinland-Pfalz (RP)	122.548	3,1	20,6	56,5
Berlin (BE)	117.566	3,4	19,1	57,1
Brandenburg (BB)	106.916	4,4	22,8	57,1
Sachsen-Anhalt (ST)	95.704	4,3	24,7	58,5
Thüringen (TH)	90.089	4,2	23,7	58,0
Schleswig-Holstein (SH)	87.774	3,1	22,3	55,9
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	74.029	4,6	22,4	57,9
Hamburg (HH)	52.126	3,0	18,8	57,3
Saarland (SL)	35.424	3,6	22,3	57,3
Bremen (HB)	23.415	3,6	21,3	57,7
Deutschland	2.734.946	3,4	20,9	57,0

1) Pflegebedürftige im Sinn der Gesetzlichen Pflegeversicherung zuzüglich Leistungsempfänger mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2015b; 2015c; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

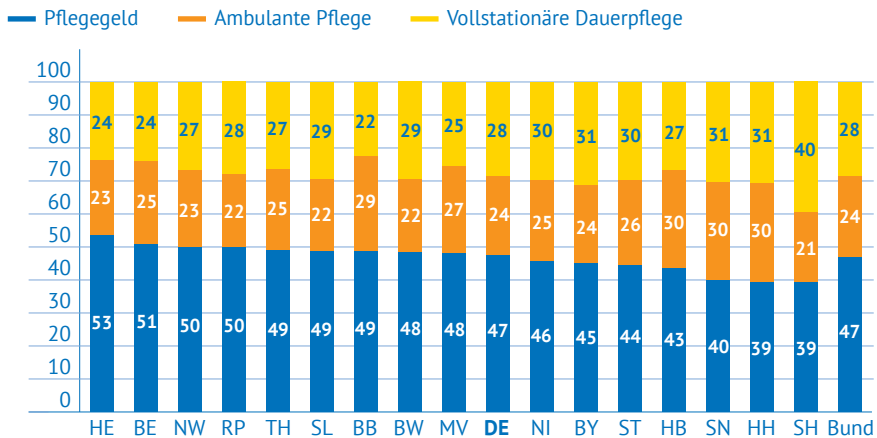
petenz“ zugesprochen wird (Statistisches Bundesamt, 2015a, 7). Diese Gruppe erhält im Status quo ebenfalls Leistungen aus der Pflegeversicherung, wenn auch in einem geringeren Umfang als jene Personen, die nach den Kriterien für die Pflegestufen I bis III vor allem unter körperlichen Beeinträchtigungen leiden. In Zukunft soll ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff den Bedarf der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz systematisch abbilden (Bundesregierung, 2015).

Der Pflegebedarf tritt allerdings regional differenziert auf. Zwar gibt es in bevölkerungsreichen Ländern in der Regel absolut mehr Pflegefälle. Ihr Anteil an der jeweiligen Bevölkerung variiert aber deutlich (Tabelle 1). Demnach weisen vor allem die ostdeutschen Flächenländer erhöhte Pflegequoten auf. Mögliche Erklärungen hierfür liefern eine ältere Bevölkerungsstruktur und ein höherer Frauenanteil, da diese häufiger pflegebedürftig sind als Männer des gleichen Alters (Kochskämper/Pimpertz, 2014, 7). Werden aber die länderspezifischen Prävalenzen – der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Personen der jeweiligen Altersgruppe – verglichen, sind die Unterschiede kaum allein auf diese Faktoren zurückzuführen. Beispielsweise liegt die Prävalenz in der Gruppe der 85- bis

Leistungsarten nach Bundesländern

Abbildung 1

Anteil an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2013 in Prozent



Ambulante Pflegeleistungen: einschließlich Kurzzeitpflege; Pflegegeld: ohne Kombination mit Sachleistungsbezug.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2015b; Institut der deutschen Wirtschaft Köln



http://www.iwkoeln.de/_storage/asset/244977/storage/master/download/abb1.xlsx

89-jährigen Frauen in Mecklenburg-Vorpommern bei 56 Prozent, in Bayern hingegen nur bei 37 Prozent. Ob medizinische und sozialstrukturelle Gründe (Rothgang et al., 2014, 72) oder Unterschiede in der Begutachtungspraxis ausschlaggebend hierfür sind, muss an dieser Stelle offenbleiben.

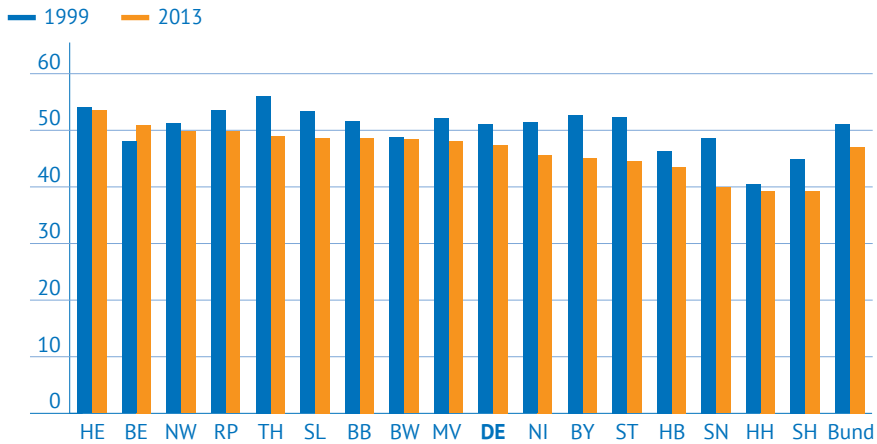
Weitere Unterschiede treten im Nachfrageverhalten auf (Abbildung 1). In den meisten Bundesländern überwiegt die Pflege durch professionelle Anbieter. Allerdings reicht deren Anteil von 50 Prozent in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz bis zu 61 Prozent in Hamburg und Schleswig-Holstein. Dagegen werden in Berlin und Hessen in weniger als der Hälfte der Fälle professionelle Dienste hinzugezogen.

Während sich auf Bundesebene ein leichter Trend zugunsten einer weiteren Professionalisierung der Pflege abzeichnet, weisen die Länder unterschiedliche Entwicklungen auf. Seit 1999 ist der Anteil derjenigen, die ausschließlich durch Angehörige versorgt werden und deshalb lediglich Pflegegeld beziehen, bundesweit von gut 51 auf rund 47 Prozent gesunken. Allerdings lag der Anteil der reinen Pflegegeldempfänger in Berlin im Jahr 2013 um knapp 3 Prozentpunkte

Pflegegeldempfänger

Abbildung 2

Anteil an allen Leistungsempfängern in den Jahren 1999 und 2013 in Prozent



Pflegegeldempfänger ohne Kombination mit Sachleistungsbezug.
Quellen: Statistisches Bundesamt, 2001; 2015b; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

über dem Anteil des Jahres 1999 (Abbildung 2). In Baden-Württemberg und Hessen blieb er weitgehend stabil, während Bayern, Sachsen-Anhalt und Sachsen eine deutliche Zunahme der professionellen Pflege aufwiesen und damit den Bundestrend prägten.

Annahmen und Schätzung des künftigen Pflegebedarfs

Die Entwicklung der Pflegefallzahlen ist ausschlaggebend für die Anforderungen an die künftige Pflegeinfrastruktur. Exakt prognostizieren lassen sich die Pflegefallzahlen allerdings nicht. Denn die Veränderungen des Bedarfs hängen nicht allein von der Bevölkerungsalterung ab. Unklar ist beispielsweise auch, wie sich die Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen auf das Nachfrageverhalten auswirken. Deshalb beschränkt sich die Untersuchung auf eine Status-quo-Projektion der Pflegefallzahlen, die ausschließlich den Einfluss der demografischen Entwicklung simuliert. Dieses Vorgehen vermeidet eine auf Hypothesen gestützte Modellierung von Einflussfaktoren, die empirisch nicht hinreichend abgesichert ist.

Auf Basis der amtlichen Pflegestatistik werden zunächst länderspezifische Pflegeprävalenzen differenziert nach Alter und Geschlecht berechnet. Anschließend wird die Bevölkerung der einzelnen Länder auf Basis der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung in der Variante Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung fortgeschrieben. Da die Pflegestatistik Daten nach Altersgruppen lediglich in Fünfjahresintervallen ausweist, die Prävalenz für die Fortschreibung jedoch auf Jahresbasis modelliert werden muss, wird die beobachtete Pflegefallhäufigkeit für jedes Bundesland mittels einer Exponentialfunktion geschätzt. Weil die Prävalenz bis zu einem Alter von 54 Jahren in den Bundesländern in der Regel unter 1 Prozent liegt und dabei kaum variiert, wird für die jüngere Bevölkerung auf eine Differenzierung nach Altersjahren verzichtet. Für alle Personen ab 55 Jahren liefert die Schätzfunktion Werte für jedes Alter. Die Simulation berücksichtigt sowohl die Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III als auch die in der Pflegestufe 0 ausgewiesenen Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Mögliche Verschiebungen, die sich infolge eines reformierten Begriffs der Pflegebedürftigkeit ergeben, bleiben derzeit unberücksichtigt. Durch die Übertragung der Pflegeprävalenzen auf die jeweilige Bevölkerungsentwicklung lässt sich die Entwicklung der Pflegefallzahlen simulieren.

Dabei berücksichtigt die Simulation, dass das altersbezogene Pflegefallrisiko durch eine steigende Lebenserwartung beeinflusst werden kann. Lag beispielsweise die Restlebenserwartung einer im Jahr 2011 lebenden 65-jährigen Frau bei gut 21 Jahren, wird sie für eine gleichaltrige Frau in 2030 auf über 22 Jahre und im Jahr 2060 auf 24 Jahre geschätzt (Statistisches Bundesamt, 2011). Darüber, wie sich eine steigende Lebenserwartung auf das Pflegerisiko auswirkt, existieren widerstreitende Hypothesen (Kochskämper/Pimpertz, 2014, 10 ff.):

- Vertreter der Medikalisierungsthese gehen davon aus, dass sich das altersspezifische Pflegefallrisiko nicht ändert, die Menschen also die gewonnenen Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit verbringen.
- Vertreter der Kompressionsthese sind dagegen der Meinung, dass bei einer steigenden Lebenserwartung auch der Eintritt des Pflegefalls später erfolgt und folglich die Anzahl der Jahre, die in Pflegebedürftigkeit verbracht werden, konstant bleibt oder sogar zurückgeht.
- Einen Kompromiss der beiden Thesen bietet die Bi-Modalitätsthese. Sie geht davon aus, dass zwar die Mehrheit der Menschen mit zunehmendem Lebensalter gesünder lebt, ein Teil jedoch die gewonnenen Lebensjahre vollständig in Krankheit oder in Pflegebedürftigkeit verbringt.

Angesichts der bislang nicht abschließend vorliegenden empirischen Evidenz wird im Folgenden den möglichen Auswirkungen einer längeren Lebenserwartung in zwei Szenarien Rechnung getragen (Übersicht).

Pflegefallszenarien

Übersicht

Annahmen zur Pflegebedürftigkeit bei steigender Lebenserwartung

Basisszenario (Medikalisierung)	Optimistisches Szenario (Kompression)
Zusätzliche Lebensjahre werden vollständig in Pflegebedürftigkeit verbracht.	Zusätzliche Lebensjahre werden frei von Pflegebedürftigkeit verbracht.
Dauer der Pflegebedürftigkeit nimmt im Durchschnitt aller Pflegefälle zu.	Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt im Durchschnitt aller Pflegefälle konstant.
Altersspezifische Prävalenz bleibt konstant.	Altersspezifische Prävalenz wird entsprechend gestiegener Restlebenserwartung in höhere Altersjahre verschoben.

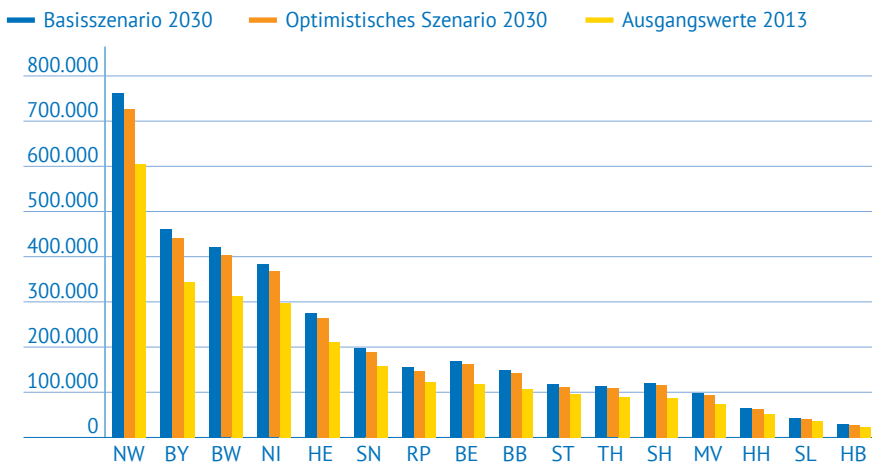
Die Pflegefallzahlen nehmen in allen Bundesländern bis 2050 deutlich zu (Abbildung 3). Auch unter der Annahme, dass die im Zuge einer steigenden Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre gesund verbracht werden (optimistisches Szenario), sorgt die zunehmend stärkere Besetzung der älteren Jahrgänge für einen steigenden Pflegebedarf. In der Simulation wird dieser Effekt bereits bis 2030 deutlich spürbar. Relativ zum Ausgangsniveau fällt der Zuwachs in Berlin mit annähernd 38 Prozent und in Brandenburg mit 33 Prozent besonders hoch aus. Das Saarland scheint mit knapp 15 Prozent relativ günstig durch den demografischen Wandel zu steuern. Im Basisszenario liegen die Zuwächse für alle Bundesländer um etwa 5 bis 6,5 Prozentpunkte höher.

Auch nach 2030 steigt die Anzahl der Pflegefälle weiter, weil die Mitglieder der geburtenstarken Jahrgänge nach und nach die Altersstufen der Hochbetagten mit besonders hohem Pflegefallrisiko erreichen. Je nach Szenario müssen deshalb bis 2050 über alle Bundesländer verteilt zwischen 1,5 und 1,9 Millionen zusätzliche Pflegefälle versorgt werden.

Pflegebedürftige 2013 bis 2030

Abbildung 3

Angaben auf Basis der Personen in den Pflegestufen I bis III und mit eingeschränkter Alltagskompetenz



Fortschreibung der Anzahl der Pflegebedürftigen auf Basis der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung; Basisszenario: unveränderte altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten, optimistisches Szenario: mit steigender Lebenserwartung in höhere Lebensalter verschobene altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2011; 2015b; 2015c; 2015d; Institut der deutschen Wirtschaft Köln



http://www.iwkoeln.de/_storage/asset/244975/storage/master/download/abb3.xlsx

Einflüsse auf die Struktur der Versorgung

Um mögliche Anforderungen an die Pflegeinfrastruktur aufzuzeigen, wird in den beiden Szenarien weiter nach den verschiedenen Versorgungsarten unterschieden. Für die künftige Nachfrage nach professioneller Pflege ist die Entwicklung des informellen Pflegesektors wichtig. Denn häusliche Pflege lässt sich nur dann realisieren, wenn Angehörige zumindest teilweise Pflege- und/oder Betreuungsleistungen übernehmen. Selbst Pflegebedürftige, die ambulante Pflegedienste beanspruchen, sind oftmals auf die ergänzende Unterstützung der Angehörigen angewiesen (Blinkert/Gräf, 2009, 14; Runde et al., 2009, 13).

Ob jedoch in Zukunft informelle Pflege in dem gleichen Umfang geleistet werden kann, ist unsicher:

- Die Anzahl der Singlehaushalte hat in der Vergangenheit zugenommen. Zwar umfasst dieser Trend bisher vor allem Personen bis zu einem Alter von 64 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2012). Ändert sich dieser Haushaltsstatus im Zeitablauf nicht mehr, entfällt zunehmend die Möglichkeit, im Alter durch einen Partner gepflegt zu werden.
- Auch die Gruppe der Kinderlosen wächst. Im Jahr 2012 lag der Anteil der Frauen ohne Kinder in der Gruppe der 65- bis 75-Jährigen bei 12 Prozent, der in der Gruppe der 45- bis 54-Jährigen hingegen schon bei 19 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2013). In Zukunft kann daher eine größere Gruppe von Älteren im Pflegefall nicht mehr auf die Hilfe der eigenen Kinder hoffen. Dabei sind jedoch Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sowie zwischen Stadt- und Flächenstaaten erkennbar. Lag der Anteil kinderloser Frauen in der Gruppe der 45- bis 54-Jährigen im Jahr 2012 in Bremen bei einem Drittel, waren in Sachsen nur gut 8 Prozent der gleichaltrigen Frauen ohne eigene Kinder.
- Darüber hinaus ist bisher nicht empirisch abgesichert, ob und wie sich eine steigende Erwerbsbeteiligung besonders von Frauen auf den Anteil informeller Pflege auswirken wird. Zwar hat der Anteil derjenigen, die Pflege leisten und gleichzeitig erwerbsfähig sind, in der Vergangenheit zugenommen (Runde et al., 2009, 17; Greyer/Schulz, 2014, 297). Geringfügig Beschäftigte leisten

durchschnittlich 2,8 Stunden Pflege, Vollzeitbeschäftigte lediglich 1,7 Stunden pro Tag (Greyer/Schulz, 2014, 297). Bereits für die Pflegestufe II wird jedoch ein Pflegebedarf von zwei Stunden pro Tag zu drei unterschiedlichen Zeiten angesetzt. Für die Pflegestufe III sind es fünf Stunden, die jederzeit erbracht werden müssen.

- Dass ein sinkendes Pflegepotenzial durch Partner und Kinder in dem gleichen Umfang durch die weitere Verwandtschaft, Freunde und Bekannte oder ehrenamtliche Helfer ersetzt werden kann, ist gegenwärtig nicht abzusehen.

Steigender Bedarf in der stationären Versorgung

Im Folgenden wird auf eine annahmenbasierte Modellierung dieser Faktoren verzichtet. In den weiteren Berechnungen werden die nach Geschlecht und Alter differenzierten Anteile der Versorgungsarten im Zeitablauf konstant gehalten. Auf der Basis dieser Annahmen gibt Tabelle 2 einen Überblick über die Simulationsergebnisse bezüglich der künftig erforderlichen Pflegeinfrastruktur.

Die Simulation verdeutlicht, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ein deutlicher Nachrüstungsbedarf besteht, um die gegenüber dem Jahr 2013 höhere Nachfrage zu decken. Dabei basieren die Ergebnisse ausschließlich auf der Bevölkerungsalterung. Ein abnehmender Anteil an informeller Pflege würde die Nachfrage nach stationär und ambulant erbrachten Leistungen professioneller Anbieter zusätzlich erhöhen.

Um den künftigen Bedarf an Pflegeheimplätzen für die stationäre Dauerpflege berechnen zu können, sind weitere Annahmen zum Auslastungsgrad der jeweiligen Einrichtungen zu treffen. Üblicherweise legen die Kostenträger bei den Entgeltverhandlungen mit den Pflegeheimen bestimmte Werte für die durchschnittliche Belegung der Bettenkapazitäten zugrunde (Roth, 2007, 34). Teilweise sind die Auslastungsgrade auch von einzelnen Bundesländern festgeschrieben. Bisher unterscheiden sich die tatsächlich beobachteten Auslastungsgrade deutlich von Bundesland zu Bundesland (Tabelle 3). Im Jahr 2013 lag der Auslastungsgrad in Bayern mit durchschnittlich 81 Prozent am niedrigsten. Den höchsten Wert erreichte Mecklenburg-Vorpommern mit 97 Prozent.

Pflegebedürftige nach Leistungsarten

Tabelle 2

Angaben in Personen

Ambulante Pflege	Ausgangslage 2013	2030	
		Basisszenario	Optimistisches Szenario
Baden-Württemberg	66.205	92.321	88.410
Bayern	77.941	103.299	98.766
Berlin	28.064	41.804	40.052
Brandenburg	29.819	41.476	39.557
Bremen	6.727	8.611	8.267
Hamburg	14.936	19.029	18.230
Hessen	46.463	62.519	59.702
Mecklenburg-Vorpommern	19.204	25.292	24.170
Niedersachsen	70.943	92.990	88.966
Nordrhein-Westfalen	136.022	177.585	169.932
Rheinland-Pfalz	26.262	33.352	31.768
Saarland	7.517	9.435	9.008
Sachsen	44.227	56.034	53.762
Sachsen-Anhalt	23.700	28.921	27.606
Schleswig-Holstein	17.518	25.907	24.886
Thüringen	21.299	27.220	26.025
Deutschland	636.847	845.795	809.107

Vollstationäre Dauerpflege	Ausgangslage 2013	2030	
		Basisszenario	Optimistisches Szenario
Baden-Württemberg	87.971	125.671	120.805
Bayern	102.896	147.391	141.539
Berlin	27.233	44.697	43.290
Brandenburg	23.098	35.147	33.893
Bremen	6.030	8.006	7.727
Hamburg	15.139	20.800	20.108
Hessen	48.958	65.495	63.100
Mecklenburg-Vorpommern	18.453	26.314	25.223
Niedersachsen	85.945	117.345	112.873
Nordrhein-Westfalen	155.733	215.289	207.080
Rheinland-Pfalz	32.952	43.509	41.837
Saarland	10.006	12.498	11.964
Sachsen	45.641	61.202	59.056
Sachsen-Anhalt	27.614	43.244	41.438
Schleswig-Holstein	32.716	48.252	46.464
Thüringen	23.045	31.801	30.581
Deutschland	743.430	1.046.661	1.006.978

Fortschreibung der Anzahl der Pflegebedürftigen und ihrer Verteilung auf die Leistungsarten auf Basis der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung; Basisszenario: unveränderte altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten, optimistisches Szenario: mit steigender Lebenserwartung in höhere Lebensalter verschobene altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten; ambulante Pflegeleistungen: einschließlich Kurzzeitpflege.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2011; 2015b; 2015c; 2015d;
 Institut der deutschen Wirtschaft Köln



http://www.iwkoeln.de/_storage/asset/244973/storage/master/download/tab2.xlsx

In der Simulation wird unterstellt, dass im Jahr 2030 ein extremer Auslastungsgrad von durchschnittlich 98 Prozent an allen Standorten erzielt werden wird. Dies soll die Frage beantworten, ob eine nahezu volle Auslastung der Pflegeheime den erhöhten Bedarf an Heimplätzen decken könnte. Es zeigt sich aber, dass selbst unter dieser extremen Annahme die derzeit vorhandene Anzahl an Pflegeheimplätzen in keinem Bundesland ausreichen wird (Tabelle 3).

Bundesweit ergibt sich bis zum Jahr 2030 im optimistischen Szenario ein zusätzlicher Bedarf von knapp 180.000 Betten für die stationäre Dauerpflege, im Basisszenario sogar ein Bedarf von 220.000 Betten. Auch hiervon wären die Bundesländer unterschiedlich betroffen: Sachsen-Anhalt müsste im Basisszena-

Bedarf an Pflegeplätzen in der vollstationären Dauerpflege

Tabelle 3

Angaben in Betten

	2013		2030	
	Auslastungsgrad ¹⁾	Verfügbare Plätze	Zusätzlich benötigte Plätze Basis-szenario	Optimis-tisches Szenario
Baden-Württemberg	89	99.165	29.070	24.105
Bayern	81	127.569	22.830	16.858
Berlin	85	31.892	13.717	12.281
Brandenburg	93	24.734	11.130	9.851
Bremen	91	6.612	1.557	1.273
Hamburg	84	18.001	3.223	2.517
Hessen	87	56.289	10.542	8.099
Mecklenburg-Vorpommern	97	19.093	7.758	6.645
Niedersachsen	86	99.984	19.756	15.193
Nordrhein-Westfalen	91	171.747	47.936	39.559
Rheinland-Pfalz	82	40.311	4.086	2.380
Saarland	86	11.657	1.096	551
Sachsen	96	47.580	14.871	12.681
Sachsen-Anhalt	93	29.638	14.488	12.646
Schleswig-Holstein	84	38.986	10.251	8.426
Thüringen	94	24.447	8.003	6.758
Deutschland	88	847.705	220.316	179.824

1) Durchschnittliche Belegung in Prozent der Bettenkapazitäten.
 Berechnung der zusätzlich benötigten Pflegeheimplätze in der vollstationären Dauerpflege auf Basis der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung; Basisszenario: unveränderte altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten, optimistisches Szenario: mit steigender Lebenserwartung in höhere Lebensalter verschobene altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten; Annahme eines extremen Auslastungsgrads von 98 Prozent im Jahr 2030.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2011; 2015b; 2015c; 2015d; 2015e;
 Institut der deutschen Wirtschaft Köln

rio den existierenden Bestand von 2013 bis 2030 um rund die Hälfte erhöhen, das Saarland hingegen lediglich um knapp 9 Prozent, da es über bislang relativ gering ausgelastete Kapazitäten verfügt.

Um den Bedarf an Pflegeheimplätzen künftig decken zu können, sind über den Aufbau zusätzlicher Kapazitäten hinaus auch bestandserhaltende Investitionen erforderlich. In welchem Umfang die bestehende Infrastruktur erneuert werden muss, lässt sich aber nicht zuverlässig schätzen, weil Daten über deren Zustand fehlen. Auf der Basis eines sehr einfachen Ansatzes ließe sich bei einer unterstellten Nutzungsdauer von 30 Jahren (Heiden et al., 2012, 48) und unter der Annahme, dass der aktuelle Bestand neuwertig ist und der Verzehr linear erfolgt, ein Reinvestitionsbedarf von etwa der Hälfte der bestehenden Infrastruktur bis zum Jahr 2030 ableiten. Diese überschlägige Rechnung lässt aber viele Fragen offen: zum Beispiel, ob Gebäude grundlegend erneuert werden müssen oder nur deren Ausstattung. Nicht zuletzt deshalb kommt eine Expertenbefragung zu der deutlich moderateren Einschätzung, dass bundesweit gut ein Drittel der Bestandskapazitäten den in der Branche üblichen Qualitätsanforderungen nicht mehr entspricht, wobei Pflegeheime in Ostdeutschland im Durchschnitt einen vergleichsweise guten Zustand aufweisen (Lennartz/Kersel, 2011, 26). Aufgrund der unbefriedigenden Datenlage wird deshalb auf eine Quantifizierung des Ersatzbedarfs verzichtet.

Investitionsbedarf in der ambulanten Versorgung

Über den Bedarf an Infrastruktur, der in der ambulanten Pflege entstehen wird, herrscht noch große Unsicherheit. Einerseits benötigen die ambulanten Pflegeeinrichtungen Ausstattung und Personal. Andererseits muss auch das private Wohnumfeld adäquat ausgerüstet werden. Die Datenlage hierzu ist unzureichend. Immerhin lässt sich der künftige Personalbedarf für die ambulante Versorgung simulieren, sodass der Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten zumindest in der Tendenz erkennbar wird.

Für den anstehenden Personalbedarf ist neben der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen auch der Produktivitätsfortschritt relevant. Allerdings ist davon auszugehen, dass die ambulante Pflege personalintensiv bleiben wird und im Vergleich zur Gesamtwirtschaft lediglich geringe Effizienzgewinne erzielt

Personalbedarf in der ambulanten Pflege

Tabelle 4

Anzahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten

	Personal- stand 2013	Personalbedarf 2030			
		Ohne Produktivitäts- fortschritt		Produktivitätsfortschritt 0,4 Prozent pro Jahr	
		Basis- szenario	Optimis- tisches Szenario	Basis- szenario	Optimis- tisches Szenario
Baden-Württemberg	18.707	26.162	25.045	24.487	23.442
Bayern	25.199	33.435	31.963	31.295	29.917
Berlin	16.188	24.112	23.099	22.569	21.621
Brandenburg	10.953	15.225	14.519	14.251	13.589
Bremen	2.609	3.347	3.213	3.133	3.008
Hamburg	6.656	8.494	8.136	7.951	7.616
Hessen	14.003	18.867	18.013	17.660	16.860
Mecklenburg-Vorpommern	6.822	8.977	8.578	8.402	8.029
Niedersachsen	20.192	26.379	25.235	24.691	23.620
Nordrhein-Westfalen	43.003	56.351	53.911	52.745	50.461
Rheinland-Pfalz	7.979	10.201	9.713	9.548	9.091
Saarland	2.003	2.517	2.402	2.356	2.249
Sachsen	17.346	21.962	21.069	20.557	19.721
Sachsen-Anhalt	7.768	9.501	9.067	8.893	8.487
Schleswig-Holstein	6.373	9.394	9.022	8.793	8.445
Thüringen	7.398	9.458	9.029	8.853	8.451
Deutschland	213.197	284.381	272.015	266.181	254.606

Berechnung des benötigten Personals in der ambulanten Pflege, umgerechnet in Vollzeitäquivalente, auf Basis der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung; Basisszenario: unveränderte altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten, optimistisches Szenario: mit steigender Lebenserwartung in höhere Lebensalter verschobene altersspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeiten; Annahme: konstante Personalintensität; ambulante Pflege: ohne stationäre Kurzzeitpflege.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2011; 2015b; 2015c; 2015d; 2015f;
Institut der deutschen Wirtschaft Köln



http://www.iwkoeln.de/_storage/asset/244971/storage/master/download/tab4.xlsx

werden können. Gleichwohl wird im Folgenden mit zwei Alternativen gerechnet: Die erste Variante unterstellt einen Produktivitätsfortschritt von null. Die zweite, optimistische Variante geht in Analogie zu den Schätzungen über den Produktivitätsfortschritt im Krankenhaussektor von einem jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,4 Prozent aus (Schneider et al., 2013, 15). Für die ambulante Pflege dürfte dieser Wert zu hoch angesetzt sein, da technische Veränderungen im Krankenhausbereich einen höheren Stellenwert einnehmen. Ein Produktivitätsfortschritt von 0,4 Prozent repräsentiert das Maximalszenario. Doch auch in diesem Fall ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein zusätzlicher Personalbedarf in der ambulanten Pflege von bis zu knapp 53.000 Vollzeitäquivalenten (Tabelle 4).

Weichen richtig stellen

Die Bevölkerungsalterung lässt einen starken Anstieg der Pflegefallzahlen erwarten, verbunden mit einem erhöhten Bedarf an Pflegeinfrastruktur. Der Zuwachs erfolgt stetig – bis 2030 müssen deutschlandweit zusätzlich jedes Jahr zwischen gut 10.000 und 13.000 Pflegeheimplätze in der Dauerpflege bereitgestellt werden. Dabei tritt der Bedarf in den einzelnen Bundesländern mit unterschiedlicher Dringlichkeit zutage. Die Simulationsrechnungen verdeutlichen, dass allorts Handlungsbedarf besteht. Skepsis ist besonders gegenüber der Hoffnung angebracht, dass der zusätzliche Bedarf im Rahmen ambulanter Versorgungskapazitäten gedeckt werden könnte. Dagegen sprechen nicht nur sozio-demografische Trends wie ein steigender Anteil an Single-Haushalten, sondern auch, dass in der ambulanten Pflege Ausrüstungsinvestitionen notwendig werden.

Vor diesem Hintergrund gilt es, die Weichen frühzeitig richtig zu stellen, denn der notwendige Ausbau der Infrastruktur benötigt Zeit. Neben dem Kapitalbedarf ist unternehmerisches Engagement gefordert, um bedarfsgerechte Angebote vor Ort zu entwickeln. Das wird nicht zuletzt durch die mittelständische Struktur der Pflegeheimkapazitäten verstärkt. Die stationären Einrichtungen betreuen im bundesweiten Durchschnitt nicht mehr als 63 Pflegebedürftige pro Haus (Statistisches Bundesamt, 2015e). Hier sind die Bundesländer gefordert, die notwendigen Rahmenbedingungen zu setzen, damit sich das unternehmerische Wagnis auch in Zukunft lohnt. Es müssen sich nicht nur Kapitalgeber, sondern auch Personen in der Altenpflege engagieren.

In einigen Ländern werden die Anreize allerdings zugunsten der ambulanten Pflege und auf Kosten der stationären Pflege gestärkt. Damit wird die Hoffnung auf eine kostengünstigere Versorgung verbunden, ist doch die Personalintensität im stationären Bereich im Bundesdurchschnitt mit 0,6 Personen pro Pflegefall fast doppelt so hoch wie im ambulanten Bereich mit 0,3 Personen. Gleichzeitig scheint es dem Wunsch vieler Menschen zu entsprechen, im Pflegefall in den eigenen vier Wänden versorgt zu werden. Diese Überlegung kann aber in die Irre führen: Zum einen ist nicht sichergestellt, dass der informelle Pflegesektor auch in Zukunft im gleichen Ausmaß zur Versorgung beitragen wird. Auch in den ambulant betreuten Wohngruppen kann der Pflegebedarf kaum ohne informelle Pflege aufgefangen werden. Zum anderen ist offen, wie sich ein geringerer

Fachkräfte-Personalschlüssel in ambulanten Einrichtungen für schwere Pflegefälle auswirken wird.

Die Politik sollte deshalb keine Versorgungsart bevorzugen. Stattdessen sollten die Länder ihre Gesetze so gestalten, dass sich Investitionen in alle Versorgungsarten gleichermaßen lohnen. Zu enge Regeln bis hin zur Zimmerausstattung sind dabei ebenfalls kontraproduktiv, denn sie schrecken dringend benötigte Investoren eher ab. Die Bundesländer sind daher gefordert, ihre Pflegepolitik auf den Prüfstand zu stellen. Nur unter konstanten, anreizneutralen Rahmenbedingungen wird es gelingen, dass sich das Angebot an erforderlicher Infrastruktur an dem künftigen Pflegebedarf ausrichtet.

Literatur

Blinkert, Baldo / Gräf, Bernhard, 2009, Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, Deutsche Bank Research (Hrsg.), Aktuelle Themen, Nr. 422, Frankfurt am Main

Bundesregierung, 2015, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Stand: 22.06.2015, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Kabinetts-Entwurf_PSG-II.PDF [20.8.2015]

Greyer, Johannes / Schulz, Erika, 2014, Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland, in: DIW-Wochenbericht, Nr. 14, S. 294–301

Heiden, Iris an der / Meyrahn, Frank / Schweitzer, Melanie / Großmann, Anett / Stöver, Britta / Ulrich, Philip / Wolter, Ingo, 2012, Demografischer Wandel – Auswirkungen auf die Bauwirtschaft durch steigenden Bedarf an stationären und ambulanten Altenpflegeplätzen, Abschlussbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, 2hm & Associates GmbH und GWS mbH – Gesellschaft für wirtschaftliche Strukturforshung (Hrsg.), <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/Studien/demografischer-wandel-auswirkungen-bauwirtschaft-durch-steigenden-bedarf-altenpflegeplaetzen,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf> [20.8.2015]

Kochskämper, Susanna / Pimpertz, Jochen, 2014, Finanzierung des Pflegefallrisikos, IW-Analysen, Nr. 99, Köln

Lennartz, Peter / Kersel, Hans, 2011, Stationärer Pflegemarkt im Wandel. Gewinner und Verlierer 2020, hrsg von Ernst & Young, http://www.paritaet-lsa.de/cms/files/pflegemarktstudie_2011_ernst_young.pdf [11.9.2015]

Roth, Thomas, 2007, Entgeltverhandlungen, Verordnete Auslastung, in: Altenheim, Nr. 10, S. 34–37

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Mundhenk, Rebecca / Unger, Rainer, 2014, BARMER GEK Pflegereport 2013, Barmer GEK (Hrsg.), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Nr. 29, Siegburg

Runde, Peter / Giese, Reinhard / Kaphengst, Claudia / Hess, Julius, 2009, AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg, Hamburg

Schneider, Markus / Hofmann, Uwe / Krauss, Thomas / Köse, Aynur / Karmann, Alexander / Werblow, Andreas / Rösel, Felix / Braeseke, Grit / Richter, Tobias, 2013, Messung der Produktivitätsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft, Kurzfassung, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie / Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.), Berlin, <http://www.bmwi.de/DE/Mediathek/publikationen,did=609546.html> [19.8.2015]

Statistisches Bundesamt, 2001, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Pflegebedürftige am 15.12.1999, Z 1.1 Pflegebedürftige am 15.12.1999 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 00 bis 16, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2011, Generationensterbetafeln für Deutschland. Modellrechnungen für die Geburtsjahrgänge 1896–2009, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2012, Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011, Ergänzende Tabellen zur Pressekonferenz am 11.7.2012 in Berlin, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2013, Daten zu Geburten, Kinderlosigkeit und Familien, Ergebnisse des Mikrozensus 2012, Tabellen zur Pressekonferenz am 7. November 2013 in Berlin, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2015a, Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile [15.6.2015]

Statistisches Bundesamt, 2015b, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Pflegebedürftige am 15.12.2013, Z 1.1 Pflegebedürftige am 15.12.2013 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2015c, Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerungsstand (Anzahl), 31.12.2013, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2015d, Entwicklung der Bevölkerung von 2014 bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Basis: 31.12.2013, Variante 1: Kontinuität bei schwacher Zuwanderung, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2015e, Zusatzauswertungen zur Pflegestatistik 2013 – Pflegeheime, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2015f, Zusatzauswertungen zur Pflegestatistik 2013 – ambulante Pflegedienste, Wiesbaden

Infrastructure for Long-Term Care Faces Challenges

In an ageing population the number of those in need of long-term care increases. Fulfilling this need is not only a matter of providing additional nursing staff. It is equally important to establish the corresponding infrastructure on an adequate scale. By 2030 up to 220,000 additional places will be required nationally in residential care alone. With considerable differences in their demographic trends and the level of their existing facilities, Germany's individual states all face different challenges. However, common to them all is the need to waste no time in taking strategic decisions for the development of a long-term care infrastructure appropriate to the needs and preferences of their populations.

IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 42. Jahrgang, Heft 3/2015; ISSN 0941-6838 (Printversion); ISSN 1864-810X (Onlineversion). Rechte für den Nachdruck oder die elektronische Verwertung erhalten Sie über lizenzen@iwkoeln.de, die erforderlichen Rechte für elektronische Pressespiegel unter www.pressemonitor.de © 2015, IW Medien GmbH, Köln; DOI: 10.2373/1864-810X.15-03-04