

„Zukunft der Pflege“

Eine Studie von:

Prof. Dr. Reinhold Schnabel
Universität Duisburg-Essen und ZEW

2. Mai 2007

1 Einführung

Die Bevölkerung Deutschlands altert rasant. Insbesondere die Zahl der Hochbetagten wird sich in den nächsten Jahren vervielfachen. Die kürzlich erschienene 11. koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung rechnet für das Jahr 2050 mit einer Zahl von bis zu zehn Millionen Menschen im Alter über achtzig. Je nach demographischem Szenario (insbes. Zuwanderung und Entwicklung der Sterblichkeit) ergibt sich eine Verdreifachung oder Vervielfachung gegenüber der heutigen Zahl. Dies ist jedoch nur ein Teil eines wachsenden Problems, denn gleichzeitig geht die Zahl der Bevölkerung im produktiven Alter deutlich zurück. Die aktive Bevölkerung ist jedoch für die Versorgung der Pflegebedürftigen in doppelter Weise von Bedeutung. Zum einen werden Pflegepersonen in steigender Zahl benötigt – und zwar im ambulanten und im stationären Bereich, in der familiären und in der professionellen Pflege. Diese Pflegepersonen müssen erheblichen physischen und psychischen Belastungen gewachsen sein. Zum anderen wird die aktive Bevölkerung im Umlageverfahren gleichzeitig für die Finanzierung der Pflegeausgaben herangezogen. Damit wird auch die Finanzierung der Pflegeausgaben immer schwieriger.

Vor diesem Hintergrund wird in dieser Studie untersucht, wie sich der Pflegemarkt in den nächsten Jahrzehnten entwickeln wird. Als Zeithorizont wird das Jahr 2050 gewählt, weil zu diesem Zeitpunkt alle geburtenstarken Jahrgänge das „Pflegealter“ erreicht haben werden. Jedoch bedeutet dies keineswegs, dass sich die Lage ab diesem Zeitpunkt entspannen wird. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird vielmehr in Relation zur aktiven Bevölkerung hoch bleiben, weil die jeweils nachwachsende Generationen aufgrund der niedrigen Geburtenrate kleiner sein werden als ihre Eltern- oder Großelterngenerationen – es wird sozusagen auf absehbare Zeit ein Belastungsplateau erreicht.

Die längerfristige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der gewählten Pflegearrangements hängt von mehreren Faktoren ab, die in nachfrageseitige und angebotsseitige Determinanten eingeteilt werden können. Neben demographischen Entwicklungen spielen beispielsweise Änderungen von Familienstrukturen und Erwerbsverhalten, aber auch die Einkommen und die Verfügbarkeit von Versicherungsschutz

eine Rolle. Die demographische Entwicklung hat hier nicht nur einen Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit, sondern gleichzeitig auch auf das familiäre Pflegepotential für häusliche Pflege. In dem Maße, in dem – aus welchen Gründen auch immer – die Pflege durch Angehörige zurückgeht, muss diese durch professionelle Pflege (d.h. durch den Pflegemarkt im engeren Sinne) ersetzt werden.

2 Der Pflegemarkt in Deutschland: Strukturen und aktuelle Trends

Der deutsche Pflegemarkt wird entscheidend durch die **gesetzliche Pflegeversicherung** geprägt, die sich aufteilt in die **private** und die **soziale** Pflegepflichtversicherung. Die Unterschiede beschränken sich auf die Form der Beitragsfinanzierung. Während die soziale Pflegeversicherung in einem Umlageverfahren durch lohn- bzw. einkommensbezogene Beiträge finanziert wird, beruht die private Pflegepflichtversicherung auf einem kapitalgedeckten Verfahren mit einkommens-unabhängigen Prämien. Die Leistungen der beiden Systeme sind jedoch identisch. Jedes Teilsystem verfügt über einen Risikostrukturausgleich. Neben der gesetzlichen Pflegeversicherung gibt es weitere Angebote der privaten Pflegeversicherung zur freiwilligen Höherversicherung, die sowohl den Versicherten der sozialen wie der privaten Pflegeversicherung offen stehen und auch aktiv von den Pflegekassen vermarktet werden. Pflegeleistungen können durch zugelassene ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime und auch durch Angehörige erbracht werden.

Auf Antrag stellen die medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) bzw. die private Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit, eingeteilt in drei Pflegestufen fest. Die Pflege kann ambulant, teilstationär und vollstationär erfolgen. Ambulante und teilstationäre Pflege werden in der Regel zu einem Aggregat zusammen gefasst. Die ambulante Pflege kann durch Verwandte oder durch professionelle Pflegekräfte erfolgen. Wird die Pflegeleistung nicht durch Pflegedienste, sondern durch nicht-professionelle Pflegekräfte (in der Regel Ehegatten und Verwandte) erbracht, wird ein Pflegegeld gezahlt. Andernfalls erfolgt eine Erstattung nach dem Sachleistungsprinzip. Eine wesentliche Entscheidung, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Pflegefall zu treffen haben, ist demnach die Art der Pflegeleistung. Die gesetzliche Pflegeversicherung (Pflegekassen und private Pflegepflichtversicherungen) übernehmen die Pflegekosten jedoch nur im Rahmen von Höchstsätzen. In der stationä-

ren Pflege übersteigen die tatsächlichen Pflorgetarife der Pflegeheime regelmäßig die Pflegesätze. Die durchschnittlichen Vergütungen für stationäre Dauerpflege betragen im Jahr 2005 monatlich 1.854 €, 2.280 € und 2.706 € in den Pflegestufen I, II und III.¹ Es kommen außerdem die Unterkunftskosten hinzu, die von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen werden und die im Durchschnitt 578 € monatlich betragen.

Tabelle 1: Pflegesätze in der ambulanten und stationären Pflege

	Pflegestufen			
	I	II	III	III, Härtefall
ambulante Sachleistung	384 €	921 €	1.432 €	1.918 €
ambulantes Pflegegeld	205 €	410 €	665 €	
Vollstationäre Pflege	1.023 €	1.279 €	1.432 €	1.688 €

Träger professioneller Pflege sind private und freigemeinnützige Einrichtungen; selten nur werden Pflegeleistungen durch staatliche Träger erbracht. Auffällig ist die relative geringe Betriebsgröße der privaten Träger im Vergleich zu den anderen Einrichtungen. Da wir eine starke Expansion der privaten Träger im ambulanten und im stationären Sektor beobachten, scheint gleichwohl ein kostengünstiger Betrieb trotz der geringen Größe möglich zu sein. Insbesondere die Zahl der privaten Pflegeheime ist allein innerhalb der 4 Jahre von 2001 bis 2005 um 20 Prozent gestiegen, wobei sich die Betriebsgröße nicht geändert hat.

¹ Statistisches Bundesamt, Pflegebericht 2005, Wiesbaden 2007.

Tabelle 2: Professionelle Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft

	alle Träger	private Träger	freigemeinnützige Träger	öffentliche Träger
Pflegedienste	10.977	6.327	4.457	193
mittlere Zahl Pflegebedürftiger	43	32	58	45
Pflegeheime	10.424	3.974	5.748	702
mittlere Zahl Pflegebedürftiger pro Pflegeheim	65	53	71	80

Professionelle Pflege wird zwar einerseits in der sozialen Pflegeversicherung als Kostenbelastung betrachtet, stellt aber andererseits eine erhebliche und ständig wachsende Zahl von Arbeitsplätzen zur Verfügung. Im Jahr 2005 waren in Pflegediensten und Pflegeheimen insgesamt 760.000 Menschen beschäftigt, wovon ein erheblicher Teil auf Teilzeitstellen arbeitete. Rechnet man diese Stellen in Vollzeit-äquivalente um, kommt man immerhin auf 545.000 Vollzeitstellen.

In häuslicher Pflege werden 980.000 Menschen durch Angehörige ganz ohne Hilfe durch einen Pflegedienst gepflegt. Hinzu kommen nochmals 225.000 Pflegepersonen, die durch Pflegedienste unterstützt werden, aber einen erheblichen Teil der Pflege selber leisten. Insgesamt pflegen daher 1,2 Millionen Menschen einen Angehörigen, der zumindest als „erheblich pflegebedürftig“ eingestuft ist und erhalten für diese Leistung auch Pflegegeld von der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dieses Pflegegeld liegt erheblich unter dem entsprechenden Höchstbetrag für professionelle Pflegedienste, unter anderem deshalb, weil hierdurch kein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis begründet wird. Die Pflegekasse entrichtet jedoch Rentenbeiträge an die gesetzliche Rentenversicherung.

Tabelle 3: Pflegepersonal in Deutschland 2005

	Zahl der Pflegepersonen
Pflegende Angehörige ausschließlich Pflege durch Angeh. kombiniert mit Pflegedienst	980.425 225.000
Beschäftigte in Pflegediensten	140.267 (Vollzeitäquivalent)
Beschäftigte in Pflegeheimen	405.396 (Vollzeitäquivalent)

e) Zahl geschätzt auf der Basis der Pflegestatistik, BMG 2007, PKV-Verband 2007.

Zu diesen Pflegepersonen kommen noch weitere hinzu, die Angehörige pflegen, die nur geringfügig pflegebedürftig sind und sich daher nicht in Pflegestufe 1 befinden. Diese Pflegefälle der „Stufe 0“ werden in der amtlichen Pflegestatistik nicht erfasst. Eine eigene Auswertung des Sozio-ökonomischen Panels des Jahres 2005 ergab, dass eine erheblich höhere Zahl von Menschen in der häuslichen Pflege engagiert ist. Im Jahre 2005 gaben hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung 4,2 Millionen Personen an, in irgendeiner Form Pflegeleistungen zu erbringen. Der Durchschnitt der aufgewendeten Zeit beträgt hierbei 16 Stunden pro Woche. Die Hälfte aller häuslichen Pflegepersonen (bzw. rund 2 Millionen) wendet 8 Stunden oder weniger Zeit pro Woche für die Pflege auf. Ein Viertel der Pflegepersonen (etwa 1 Million) ist mehr als 20 Stunden pro Woche mit der Pflege von Angehörigen beschäftigt. Die zuhause erbrachten Pflegeleistungen summieren sich auf 66,7 Millionen Wochenstunden und entsprechen einem Volumen von 1,67 Millionen Vollzeitstellen.

Vorrang der Pflege durch Angehörige vor der professionellen Pflege?

In der pflegepolitischen Diskussion wird immer wieder der Vorrang der häuslichen Pflege durch Angehörige betont. Diese politische Wertung ist problematisch und beruht auf einem gängigen Vorurteil und einem ökonomischen Fehlschluss. Zum einen zeigen empirische Studien aus den Vereinigten Staaten, dass die Qualität der Familienpflege häufig zu wünschen übrig lässt. Zum anderen verursacht auch die Pflege durch Familienangehörige erhebliche Kosten in Form entgangener Einkommen. Eine Ausweitung professioneller Pflege ist zwar mit steigenden direkten Ausgaben der Pflegeversicherung verbunden, kann jedoch sowohl für die Betroffenen (Pflegebedürftige und Angehörige) als auch die Volkswirtschaft als Ganzes vorteilhaft sein.

Ausgabendynamik und Finanzprobleme der sozialen Pflegeversicherung

Das ökonomische und politische Problem der Ausweitung der professionellen Pflege liegt vielmehr in der Art der Finanzierung der **sozialen** Pflegeversicherung. Durch den Lohnbezug der Sozialbeiträge würde eine Erhöhung der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung die Lohnnebenkosten anheben und damit negative Beschäftigungswirkungen entfalten. Außerdem würde die damit verbundene Ausweitung der Umlagefinanzierung die ohnehin schon vorhandene implizite Verschuldung des öffentlichen Sektors weiter erhöhen und die Generationengerechtigkeit verletzen. Die lohnbezogene Umlagefinanzierung der sozialen Pflegeversicherung führt letztendlich zu einem Dilemma: einerseits erfordert das Ziel der Beitragsstabilität eine Begrenzung der professionellen Pflege, was wiederum die Beschäftigung in doppelter Hinsicht hemmt. Andererseits führt ein bedarfsgerechter Ausbau der professionellen Pflege zu einem Anstieg der Beitragssätze.

Diese Probleme würden bei einer Finanzierung zusätzlicher Ausgaben durch eine **lohnunabhängige Prämie im Kapitaldeckungsverfahren** nicht entstehen. Gerade angesichts des Rückgangs der Erwerbsbevölkerung im Zuge der demographischen Alterung ist eine möglichst produktive Verwendung des Zeitbudgets der erwerbsfähigen Bevölkerung angebracht. Doch wird diese gänzlich andere Form der Versicherung wegen der lohnunabhängigen Beiträge als verteilungspolitisch bedenklich angesehen.

Finanzielle Belastung der privaten Haushalte

Die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung sind nur ein unvollständiger Indikator der gesamten Pflegeausgaben. Da die gesetzliche Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung angelegt ist, decken die Pflegesätze nur einen Teil der Pflege- und Unterbringungskosten ab. Den nicht versicherten Rest müssen die Pflegebedürftigen beziehungsweise ihre Angehörigen soweit zumutbar aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestreiten. Wenn das eigene Einkommen nicht ausreicht und auch das eigene Vermögen (abgesehen von einem schutzwürdigen Teil) aufgebraucht ist, können die zusätzlichen Kosten durch die Sozialhilfe übernommen werden. Angehörige in direkter Linie (also in der Regel die Kinder) werden dann ebenfalls in begrenztem Umfang herangezogen.

Allein in der stationären Pflege ergibt sich für das Jahr 2005 bei einem Gesamtvolumen von 17,4 Mrd. Euro eine Kostenbeteiligung der privaten Haushalte von 8 Mrd. Euro für Pflege und Unterbringung (Schätzung auf Basis der Durchschnittswerte des Pflegeberichts 2005). Hiervon übernahm die Sozialhilfe im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ ein knappes Drittel, nämlich 2,6 Mrd. Euro. Der Umfang der Selbstbeteiligung wird in Zukunft – wie unten gezeigt wird – aufgrund des Trends zur Hospitalisierung weiter anwachsen – und zwar selbst dann, wenn die Pflegesätze künftig an die Preisentwicklung angepasst werden. Ohne Dynamisierung der Pflegesätze wird die Selbstbeteiligung der Haushalte nochmals stärker steigen. Damit wird auch die Kostenbelastung der Gemeinden durch die „Hilfe zur Pflege“ überproportional zunehmen. Die Hilfe zur Pflege wird dabei noch stärker anwachsen als die Selbstbeteiligung der Haushalte, weil zusätzliche Haushalte an die Grenze ihrer finanziellen Möglichkeiten gelangen und damit anspruchsberechtigt werden.

Aktuelle Trends der Pflegebedürftigkeit

Da die Pflegeversicherung schrittweise eingeführt wurde und es auch für die Beteiligten einer gewissen Anpassungszeit bedurfte, lassen sich leider die Zahlen der ersten Jahre nicht mit denen der späteren Jahre vergleichen. Wir müssen uns daher auf einen Vergleich des Jahres 2005 mit dem Jahr 1999 beschränken. Betrachtet man die absolute Zahl der Empfänger von Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung (vgl. Tabelle), dann zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Gesamtzahl. Dieser Anstieg ist aber vorwiegend auf die Zunahme in der ersten Pflegestufe zurückzuführen. Die Zahl der schwer und schwerst Pflegebedürftigen ist im ambulanten Bereich sogar leicht gesunken. Ein dritter Befund ist der absolute Anstieg der Zahl der Menschen in stationärer Pflege.

**Tabelle 4: Zahl der Pflegefälle nach Pflegestufe und Versorgungsform
– soziale Pflegeversicherung**

Jahr	ambulant				stationär			
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	gesamt
1995	-	-	-	1 061 418	-	-	-	-
1996	508.462	507.329	146.393	1.162.184	111.856	162.818	109.888	384.562
1997	568.768	486.338	142.997	1.198.103	159.467	189.862	113.278	462.607
1998	616.506	471.906	138.303	1.226.715	187.850	210.525	113.028	511.403
1999	668.314	472.189	139.876	1.280.379	203.950	226.657	115.376	545.983
2000	681.658	448.406	130.696	1.260.760	210.883	234.836	115.625	561.344
2001	697.714	436.693	127.260	1.261.667	218.909	242.779	116.247	577.935
2002	725.993	435.924	127.235	1.289.152	230.383	249.600	119.834	599.817
2003	733.302	424.682	123.414	1.281.398	237.907	254.477	121.635	614.019
2004	746.140	426.632	123.039	1.296.811	245.327	258.926	124.639	628.892
2005	759.114	425.843	124.549	1.309.506	251.730	262.528	128.189	642.447

Bei diesem Vergleich muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Bevölkerung Deutschlands im betrachteten Zeitraum deutlich gealtert ist. Dies kann einen Teil der Niveau- und Strukturänderungen erklären. Bereinigt man die Fallzahlen um diesen demographischen Effekt, dann zeigt sich folgendes differenzierte Bild:

- die Gesamtzahl der Pflegefälle ist demographie-bereinigt nicht gestiegen. Sie ist sogar geringfügig um 2,4% gesunken,
- der Anteil der schweren und schwersten Pflegestufen ist demographie-bereinigt zurückgegangen. Entsprechend ist der Anteil der ersten Pflegestufe deutlich gestiegen,
- der Anteil der stationären Pflege ist demographie-bereinigt deutlich gestiegen, vor allem in den oberen Pflegestufen.
- im Ergebnis sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung demographie-bereinigt konstant geblieben. Die Ausgabeneffekte der stärkeren Hospitalisierung und des höherer Anteils der ersten Pflegestufe neutralisieren sich.
- der Ausgabenanstieg um 9% von 1999 bis 2005 (von 16,35 Mrd. Euro auf 17,86 Mrd. Euro) ist rein demographisch bedingt, wie ebenfalls eine Vergleichsrechnung zeigt.

Dieser empirische Befund spricht dafür, dass es zur Zeit zwei gegenläufige Trends gibt. Zum einen zeigen die Daten einen klaren Trend zur Hospitalisierung an, der iso-

liert betrachtet zu höheren Pflegeausgaben führt.² Zum anderen scheint es einen Rückgang des Schweregrads der Pflegebedürftigkeit zu geben. Dieser Rückgang der Pflegeschwere lässt sich durch einen verbesserten Gesundheitszustand bei steigender Lebenserwartung erklären.

Schreibt man diese Tendenzen fort, dann ergibt sich ein steigender Marktanteil des stationären Sektors am insgesamt wachsenden Pflegemarkt, weil Pflege durch Familienangehörige durch professionelle Pflege ersetzt wird und eine Verschiebung zu Gunsten von Pflegeheimen stattfindet. Dies hätte ein beschleunigtes Ausgabenwachstum in der Pflegeversicherung zur Folge.

Falls jedoch parallel hierzu der Anteil der schwer und schwerst Pflegebedürftigen sinken würde, dann würde diese Tendenz des Ausgabenanstiegs wieder gedämpft werden. Die Pflegeausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung pro pflegebedürftiger Person könnten dann sogar in etwa stabil bleiben, wenn sich die zwei gegenläufigen Trends neutralisieren würden. Während der Trend zur Hospitalisierung als gesichert gelten kann, ist es relativ unklar, wie sich die altersspezifischen Pflegebedürftigkeit (bzw. die altersspezifischen Pflegequoten in den einzelnen Pflegestufen) entwickeln werden. Wir werden daher weiter unten zwei Varianten präsentieren. Eine Status Quo Variante und eine Variante mit Hospitalisierungstrend.

² Vgl. hierzu auch Jasmin Häcker und Bernd Raffelhüschen, Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des Heimsogeffekts, Forschungszentrum Generationenverträge, Juni 2006.

3 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der Nachfrage nach Pflegeleistungen

Die Nachfrage nach Pflegeleistungen hängt unmittelbar und zuallererst von der gesundheitlich bedingten Pflegebedürftigkeit ab. Inwiefern sich die Pflegebedürftig in einer Nachfrage nach bestimmten Pflegeleistungen niederschlägt hängt sodann von Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen, von den Preisen der einzelnen zur Wahl stehenden Pflegeleistungen, sowie von Art und Umfang des Versicherungsschutzes ab. Darüber hinaus ist mit einem Einstellungswandel bezüglich der Angehörigenpflege zu rechnen.

Eine Besonderheit der Pflegeentscheidung stellt die Tatsache dar, dass sie häufig nicht mehr durch die Pflegebedürftigen gefällt wird, sondern durch „Sachwalter“ wie Ärzte, soziale Dienste und nicht zuletzt durch Angehörige. Alle diese Sachwalter haben ihre eigenen Interessen, die für Pflegeentscheidungen eine große Rolle spielen.

Die Pflegebedürftigkeit selbst hängt sehr stark von der gesundheitlichen Lage und damit vom Alter ab. Daher hat die Entwicklung der Anzahl der Hochbetagten einen entscheidenden Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit. Die Zahl der Hochbetagten und die Zahl der Pflegebedürftigen wird aufgrund der demographischen Alterung aus zwei Gründen zunehmen:

- Erstens wachsen zunehmend geburtenstarke Jahrgänge in die Pflegebedürftigkeit hinein (Jahrgangsstärkeneffekt). Diese Erhöhung der Jahrgangstärke bewirkt einen stetigen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050.
- Zweitens wird damit gerechnet, dass die Lebenserwartung weiterhin stark ansteigt und folglich die Zahl der Hochbetagten (Lebenserwartungseffekt). Wenn die hinzu gewonnenen Lebensjahre nicht in Gesundheit verbracht werden, dann wird der Anstieg der Lebenserwartung die Zahl der Pflegebedürftigen erhöhen. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts werden zwar akute Krankheiten zunehmend besser therapiert, so dass die Sterblichkeit zurück geht. Damit nehmen aber andere Krankheiten, insbesondere altersbe-

dingte physische Einschränkungen und Demenzkrankheiten zu.³ Es gibt demnach sogar Effekte, die in Richtung von höheren altersspezifischen Pflegeprävalenzen wirken. Die Pflegebedürftigkeit verschiebt sich parallel zur Erhöhung der Lebenserwartung nur dann in ein höheres Alter, wenn die hinzu gewonnenen Lebensjahre in Gesundheit verbracht werden. Während diese Sicht auf kurative Leistungen zutrifft (sog. Kompressionsthese), kommt die aktuelle Literatur zu dem Schluss, dass der Kompressionseffekt in der Pflege nicht zum Tragen kommen werde. Daher gehen alle einschlägigen Pflegeprojektionen und auch die vorliegende Studie von konstanten altersspezifischen Pflegeprävalenzen aus.⁴

Ausgehend von der 11. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes wurde die langfristige Entwicklung der Pflegefälle in der gesetzlichen Pflegeversicherung prognostiziert. Da es erhebliche Unsicherheiten dieser Langfristprognose gibt, werden eine obere und eine untere Variante ausgewiesen. Die untere Variante korrespondiert mit einem mäßigen Anstieg der Lebenserwartung, die obere Variante mit einem stärkeren Anstieg.⁵

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in den nächsten Jahrzehnten ungebrochen ansteigen. Bis zum Jahr 2020 wird die Zahl 2,7 bis 2,8 Millionen erreichen im Vergleich zu rund 2,1 Millionen im Jahr 2007. Auch in den Jahrzehnten danach wird es kein Nachlassen des Wachstums geben. Im Gegenteil: ab dem Jahr 2035 wird die Dynamik des Anstiegs zunehmen, weil dann die geburtenstärkeren Jahrgänge das typi-

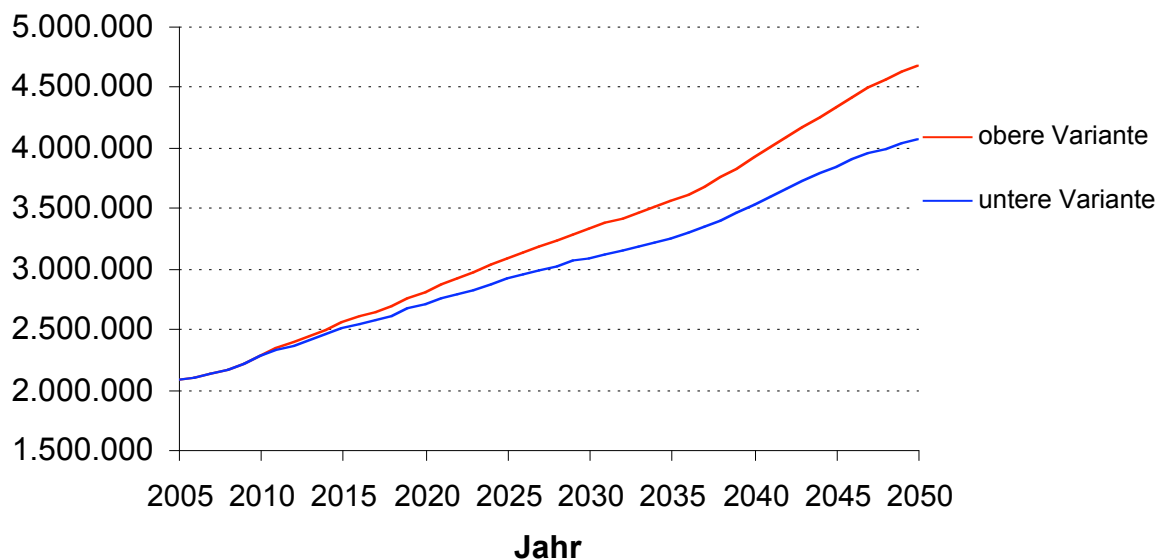
³ Betrachtet man den Prozess des Sterbens bei unterschiedlichen Erkrankungen, so zeigen sich erhebliche Unterschiede in Verlauf und Geschwindigkeit. In den letzten Jahrzehnten sind vor allem Volkskrankheiten zurückgedrängt worden, die mit einem frühen und schnellen Tod verbunden sind (Herztod und Hirnschlag). Die meisten Krebserkrankungen weisen (bei relativ intensiver Therapiephase) ebenfalls eine relative kurze Pflegephase auf. Bei Leukämie handelt es sich typischer Weise um einen Prozess von wenigen Tagen. Je besser es gelingt Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs zu behandeln, desto mehr Menschen werden an oder mit anderen Krankheiten sterben, die mit längeren Pflegephasen verbunden sind („Altersschwäche“, Demenz, Diabetes usw.).

⁴ Siehe beispielsweise Werblow, Felder, Zweifel, 2006 zu den Unterschieden zwischen kurativer Medizin und Pflegebedürftigkeit.

⁵ Varianten L1 und L2 der 11. koord. Bevölkerungsprognose. Es wurden jeweils konstante Immigration (100.000 p.a.) und konstante Geburtenziffern unterstellt.

sche Pflegealter erreichen. Im Jahr 2050 erreicht die Zahl der Pflegebedürftigen, je nach Szenario, zwischen 4 und 4,7 Millionen. Oberes und unteres Szenario unterscheiden sich hierbei nur im Ausmaß der Steigerung voneinander. Diese Prognosen sind relativ genau, weil die zahlenmäßige Entwicklung der Altenbevölkerung auf Jahrzehnte bekannt ist. Geburten und Einwanderung spielen hierbei überhaupt keine Rolle. Die wesentliche demographische Unbekannte ist die Veränderung der Sterblichkeit.

Abbildung 1: Entwicklung der Pflegefälle in der gesetzlichen Pflegeversicherung



Anmerkungen: Untere Variante = Basisannahme zur Lebenserwartung der 11. koordinierten Bevölkerungsprognose. Obere Variante = stärkerer Anstieg der Lebenserwartung. Pflegebedürftige der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung. Konstante altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten nach Pflegestufe und Pflegearrangement des Jahres 2005.

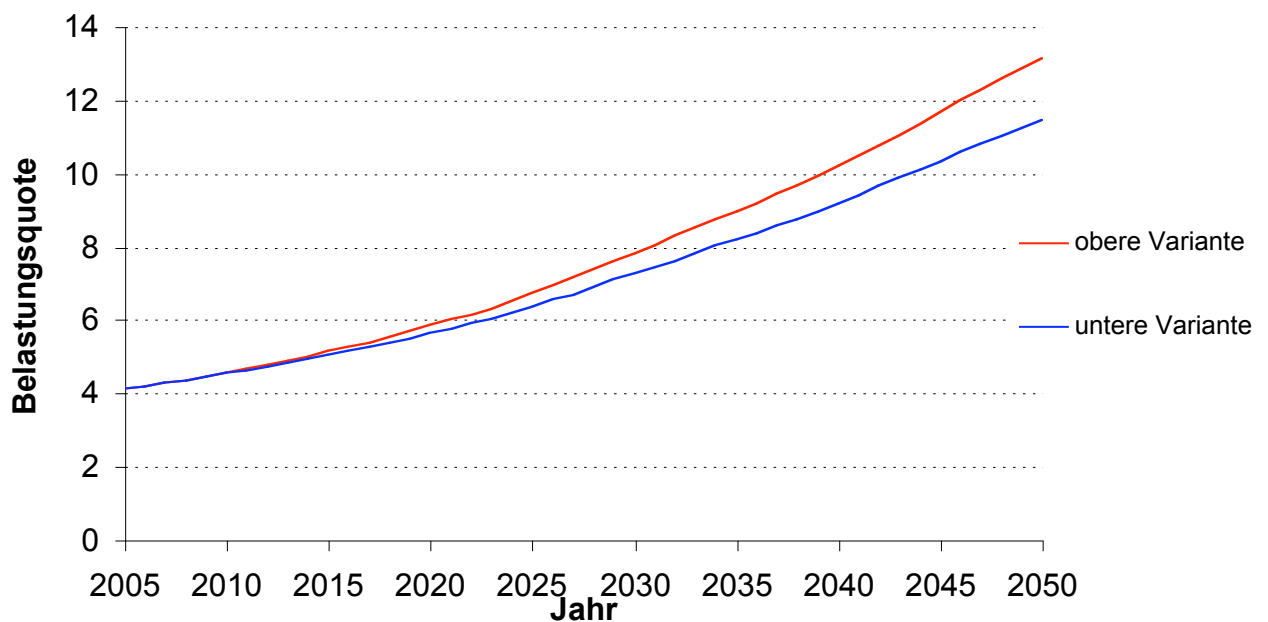
Wie in Abbildung 1 dargestellt, verdoppelt sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 auf gut 4 Millionen im günstigeren Fall.⁶ Sie steigt übrigens noch bis zum Jahr 2060 weiter an. In der weniger günstigen Variante steigt die Zahl der Pflegebedürftigen sogar auf 4,7 Millionen an. Die Fallzahlentwicklung der unteren Vari-

⁶ Der Anteil der privat versicherten Pflegebedürftigen wird steigen, weil diese Gruppe zur Zeit noch vergleichsweise jung ist und erst in den nächsten Jahren in die Pflegebedürftigkeit „hineinaltert“.

ante ergibt sich auch dann, wenn zwar die Lebenserwartung stark ansteigt, aber die altersspezifischen Pflegeisiken im gleichen Maße sinken.

Dieser Anstieg der Pflegebedürftigkeit ist an sich schon dramatisch. Doch wird die ganze Tragweite erst sichtbar, wenn man dies der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter gegenüberstellt. Dieser Zusammenhang wird in der folgenden Abbildung 2 verdeutlicht, in der die Zahl der Pflegefälle bezogen auf hundert Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren dargestellt wird. Kamen im Jahr 2005 nur 4 Pflegefälle auf 100 Aktive, so werden es im Jahr 2020 bereits 5,6 bis 5,8 sein. Bis zum Jahr 2035 wird sich diese Belastungsquote verdoppeln. Im Jahr 2050 erreicht die Belastungsquote einen Wert von etwa 12 (11,4 im unteren bzw. 13,1 im oberen Szenario). Auch hier spielt es keine nennenswerte Rolle, ob man das untere oder das obere Szenario betrachtet. Die Zahl der Pflegefälle bezogen auf die aktive Bevölkerung wird sich demnach verdreifachen.

Abbildung 2: Pflegefälle pro hundert Personen im erwerbsfähigen Alter



Folgerung 1:

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Verlauf der nächsten 20 Jahre um 50% erhöhen und bis 2050 verdoppeln. Die Belastungsquote wird sich wegen des Rückgangs der erwerbsfähigen Bevölkerung sogar verdreifachen.

Inwiefern sich diese Pflegebedürftigkeit in einer Nachfrage nach Pflegeleistungen äußert hängt von zahlreichen weiteren Faktoren ab. So muss damit gerechnet werden, dass der Wunsch nach einer Pflege durch Angehörige in Zukunft zurück geht. Dies würde eine autonome Verschiebung der Nachfrage zugunsten professioneller Pflege⁷ bewirken.

Auch die Verfügbarkeit von Versicherungsschutz wird für das Nachfrageverhalten der Pflegebedürftigen eine große Rolle spielen. Mangelnder Versicherungsschutz vermindert tendenziell die Nachfrage nach professioneller Pflege, weil es für die meisten Betroffenen nicht möglich ist, die Pflegekosten aus eigenen Ersparnissen zu bestreiten. Auch ein individueller Ansparprozess reicht hierfür nicht aus; benötigt wird vielmehr angesichts der enormen Belastungen im Pflegefall eine Versicherungslösung.

In diesem Zusammenhang spielt die Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung als wesentliche Randbedingung eine zentrale Rolle. Wenn die heutigen Pflegesätze in Zukunft nicht an die Entwicklung der Inflation angepasst werden, dann wird die reale Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung erodieren. Vieles würde dann davon abhängen, ob es der privaten Versicherungswirtschaft gelingt, attraktive Versicherungsprodukte anzubieten, die es erlauben die zunehmende Pflegelücke zu schließen. Ob dann aber die Bevölkerung bereit ist, die Pflegelücke durch den Abschluss von privaten Versicherungen zu schließen, ist zumindest unklar. Für einen Teil der Bevölkerung könnte es nämlich lohnender sein, auf die Hilfe des Staates zu

⁷ Unter informeller Pflege soll die Pflege durch Angehörige verstanden werden. Diese erfolgt in der Regel ohne unmittelbare entgeltliche Honorierung. Gleichwohl kann es eine mittelbare Honorierung in Form von Geschenken oder Erbschaften geben. Informelle Pflege ist somit nicht notwendiger Weise altruistisch. Andere Pflegearrangements werden als „professionelle“ bezeichnet.

setzen, der im Wege der Sozialhilfe (sog. „Hilfe zur Pflege“) die Kosten einer „Basispflege“ für den Fall der Bedürftigkeit übernimmt. Angesichts der demographischen Belastungen ist es aber unwahrscheinlich, dass das Niveau der Basispflege in Zukunft noch dem heutigen Niveau entsprechen kann.

Folgerung 2:

Inwiefern die wachsende Pflegebedürftigkeit zu einer wirksamen Nachfrage führt, hängt entscheidend von der Ausgestaltung der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe ab.

4 Pflegepotential und Professionelle Pflege

Entwicklung des Pflegepotentials

Im Jahr 2005 wurden 980 Tausend Menschen in den Pflegestufen 1 bis 3 allein durch Angehörige gepflegt, d.h. gänzlich ohne Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst. Diese Pflegeleistungen werden im Wesentlichen durch Ehegattinnen und Töchter erbracht. Weitere 470 Tausend Menschen wurden zuhause durch einen Pflegedienst versorgt, wobei häufig auch noch zusätzlich Angehörige tätig wurden. In Pflegeheimen waren 677 Tausend Menschen vollstationär untergebracht.

Die abnehmende Verfügbarkeit von Angehörigen für Pflēgetätigkeiten wird in Zukunft den Pflegemarkt prägen. Diese Tendenz ist zum einen demographisch bedingt zum anderen aber auch sozio-ökonomisch:

- Erstens hat Kinderlosigkeit zugenommen und die Zahl der Kinder pro Familie drastisch abgenommen. Während heute auf jeden Pflegebedürftigen im Schnitt 2,3 Kinder kommen, sind es in Zukunft nur noch 1,3 Kinder. Damit geht das familiäre Pflegepotential deutlich zurück.
- Zweitens nehmen die Opportunitätskosten der Familienpflege zu. Zunehmende räumliche Entfernung und Erwerbstätigkeit von Frauen spielen hier die Hauptrolle.

- Drittens werden weniger Alte in festen Partnerschaften leben, so dass immer weniger Partner zur Übernahme von Pflegeleistungen zur Verfügung stehen werden (vgl. Häcker und Raffelhüschen 2006).

Entwicklung der Zahl der Pflegefälle nach Pflegearrangements

Häcker und Raffelhüschen (2006) quantifizieren den Effekt der zunehmenden Professionalisierung der Pflege und den Effekt der zunehmenden Heimunterbringung von Pflegebedürftigen („Hospitalisierung“). Berücksichtigt man alle drei oben genannten Entwicklungen, dann wird sich die häusliche Pflege durch Angehörige auf einen Anteil von 23 Prozent (gegenüber 48,2 Prozent heute) halbieren, während die Anteile der anderen Pflegearrangements zunehmen. Der Anteil der Heimpflege wird in dieser mittleren Variante von heute 32,8 Prozent auf 48 Prozent steigen. Es werden demnach fiskalisch preiswerte Leistungen durch fiskalisch teurere ersetzt.

**Abbildung 3: Zahl der Pflegefälle nach Pflegearrangement
- steigende Professionalisierung der Pflege**

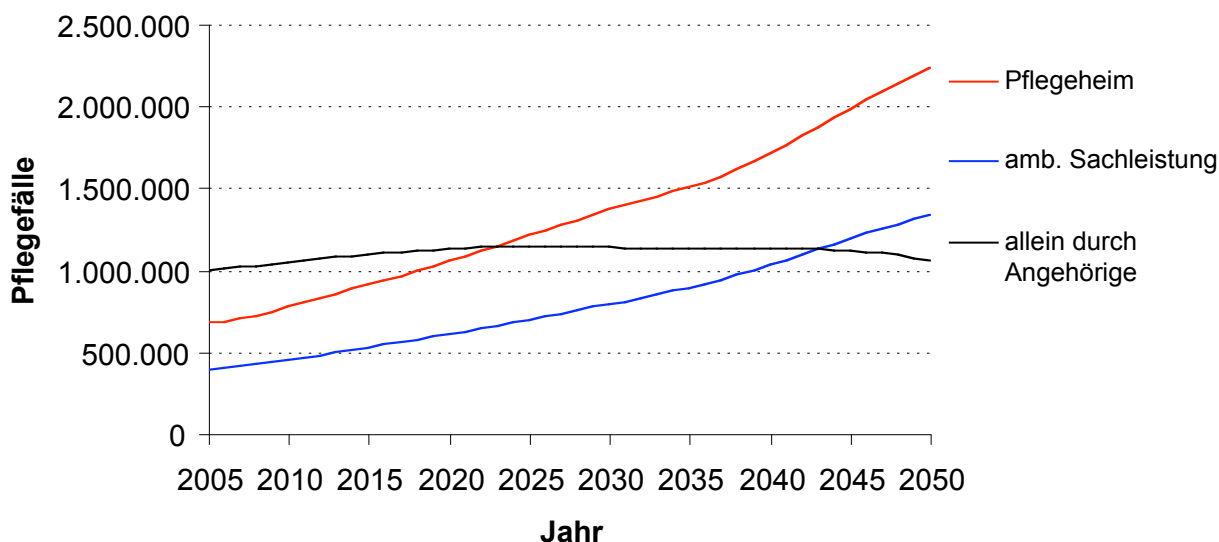


Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen, wenn die Angehörigenpflege zurückgeht und zunehmend in Heimen gepflegt wird. Während die absolute Zahl der Personen, die zuhause von Angehörigen gepflegt nur gering ansteigt und langfristig in etwa bei einer Million konstant bleibt, nimmt die Pflege im Heim stark zu. Bis zum Jahr 2020 wird die Zahl der Pflegebedürftigen im Heim eine Million erreichen und

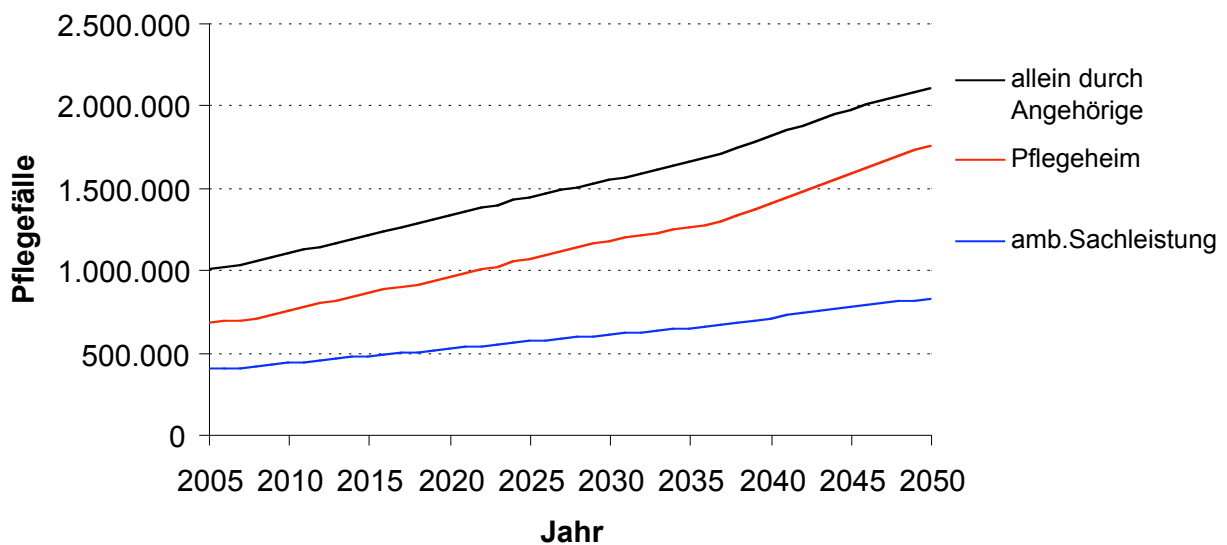
danach ungebrochen und teilweise beschleunigt anwachsen. Selbst dieses Szenario könnte noch zu optimistisch sein angesichts der abnehmenden Zahl an Kindern. Denn die häusliche Angehörigenpflege müsste selbst in diesem Szenario bezogen auf die verfügbare Zahl an Angehörigen ansteigen. Das heißt: um die Angehörigenpflege wenigstens bei einer Million konstant zu halten, müsste ein steigender Anteil von Ehegatten und Kindern zur Pflege bereit sein.

Folgerung 3:

Politik und Betroffene müssen sich darauf einrichten, dass die Pflege durch Familienangehörige zunehmend durch professionelle Pflege ersetzt wird. Die Pflege im Heim wird zur häufigsten Versorgungsform werden und nahezu die Hälfte aller Pflegefälle umfassen.

Die folgende Abbildung 4 zeigt, in welchem Maße sich die Zahl der pflegenden Angehörigen erhöhen müsste, um die heutige Struktur der Pflegearrangements aufrecht zu erhalten. Diese Zahl müsste sich auf über 2 Millionen verdoppeln, während parallel hierzu die Zahl der in Frage kommenden Personen dramatisch zurückgeht. Selbst in diesem sehr unwahrscheinlichen Szenario ergibt sich eine Tendenz zur Hospitalisierung, weil sich die Struktur der Pflegebedürftigkeit hin zu mehr Hochbetagten verschiebt. So steigt der Anteil der Heimpflege auf 37,4 Prozent (gegenüber heute 32,8%). Die absolute Zahl der in Heimen Gepflegten steigt demnach auch ohne „Heimsogeeffekt“ bis 2020 auf 0,95 Millionen (anstatt 1,05 Millionen mit Heimsogeeffekt).

Abbildung 4: Zahl der Pflegefälle nach Pflegearrangement – konstante alterspezifische Pflegequoten nach Pflegestufe und Pflegearrangement



Beschäftigungseffekte

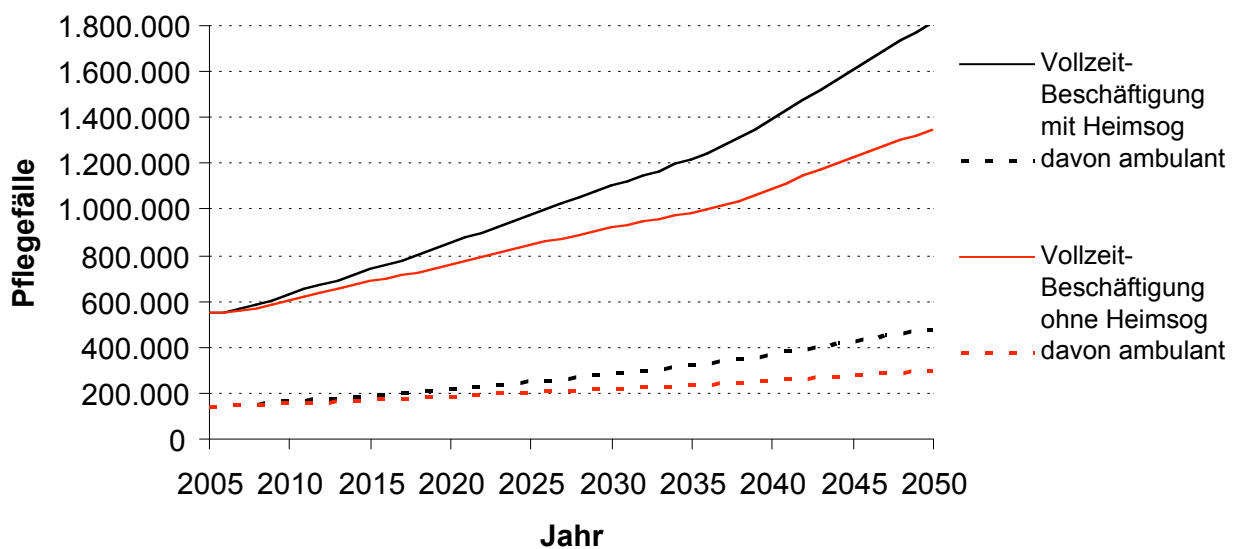
Der gesamtwirtschaftliche Aufwand für professionelle Pflegeleistungen muss sich schon in naher Zukunft dramatisch erhöhen, um die wachsende Nachfrage zu befriedigen. Selbst wenn in Zukunft Angehörige für die Pflege im wachsenden Umfang bereit stünden, müsste sich die Zahl der professionellen Pflegekräfte in den nächsten Jahrzehnten mehr als verdoppeln. Das jährliche Beschäftigungswachstum in diesem Sektor beläuft sich hierbei auf etwa 3 Prozent.⁸ Die vollzeitäquivalente Beschäftigung in ambulanten Pflegediensten und in Pflegeheimen müsste schon im Status-Quo Szenario (ohne zunehmende Professionalisierung der Pflege) von 545 Tausend auf 1,35 Millionen anwachsen. Dies müsste bewerkstelligt werden trotz einer im Zeitablauf sinkenden Erwerbstätigkeit.

Wenn sich jedoch, wovon auszugehen ist, der Trend zu professioneller Pflege, insbesondere im Heim, fortsetzt, wird die Beschäftigung in diesem Bereich noch stärker steigen. Die professionelle Pflege – insbesondere die stationäre Pflege – wird überproportional zunehmen. Die Zahl der Beschäftigten im Pflegesektor wird in diesem

⁸ Im Status-Quo Szenario ohne Heimsogeeffekt 2,4%; im Szenario mit Heimsogeeffekt 3,2%.

Heimsog-Szenario auf 1,8 Millionen Vollzeitäquivalente steigen. Um die Bedeutung der Größenordnung zu verdeutlichen, lässt sich diese Zahl mit der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigung vergleichen. Es kommen dann auf hundert sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Volkswirtschaft annähernd zehn Beschäftigte im Pflegesektor, während es heute nur 2,1 sind. Der Anteil an der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigung steigt auf etwa das 4,5-fache des heutigen Wertes. Auch ohne Heimsogeffekt würden auf hundert sozialversicherungspflichtig Beschäftigte noch sieben Beschäftigte im Pflegebereich kommen: eine Steigerung um das 3,5-fache.

Abbildung 5: Entwicklung des professionellen Pflegepersonals



Das heutige Potential an Pflegepersonal wird bei weitem nicht ausreichen, um den steigenden Pflegebedarf zu decken. Schon die absolute Zahl der erforderlichen Pflegekräfte wird deutlich höher liegen als heute, während die Zahl der Arbeitsfähigen schrumpft. Dies erzeugt eine Konkurrenz um Arbeitskräfte mit anderen Sektoren der Volkswirtschaft, die zu einem Anstieg der Löhne im Pflegesektor führen wird. Selbst wenn es gelingt entsprechend qualifiziertes Personal in den nächsten Jahrzehnten auszubilden und bereit zu stellen, wird es kaum möglich sein, die Nachfrage ohne nennenswerten Anstieg der Pflegekosten zu bewerkstelligen. Ähnliches gilt auch für die Heilberufe im übrigen Gesundheitssektor.

Die demographischen Veränderungen bewirken demnach eine gesamtwirtschaftliche Verschiebung hin zu Dienstleistungen am Menschen. Der Gesundheits- und Pflegesektor wird zum mit Abstand größten Sektor der deutschen Volkswirtschaft. Bereits mittelfristig wird ein Viertel der deutschen Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegegewesen tätig sein. Da Pflege vorwiegend „Handarbeit“ ist, wird sie zudem relativ zu industriell hergestellten Gütern immer teurer. Es ist offensichtlich, dass der zunehmende inländische Fachkräftebedarf nur mit erhöhten Ausbildungsanstrengungen gedeckt werden kann. Außerdem müssen voraussichtlich in noch stärkerem Maße als bisher Personen aus anderen Ländern angeworben werden. Inwiefern Deutschland für Menschen aus diesen Ländern als Einwanderungsland attraktiv bleibt, steht auf einem anderen Blatt. Denkbar ist jedoch eine verstärkte Nutzung von Dienstleistungen im Ausland, verbunden mit einer Verlagerung des Lebensmittelpunktes. Hierfür sind noch die institutionellen und rechtlichen Bedingungen zu verändern.

Folgerung 4:

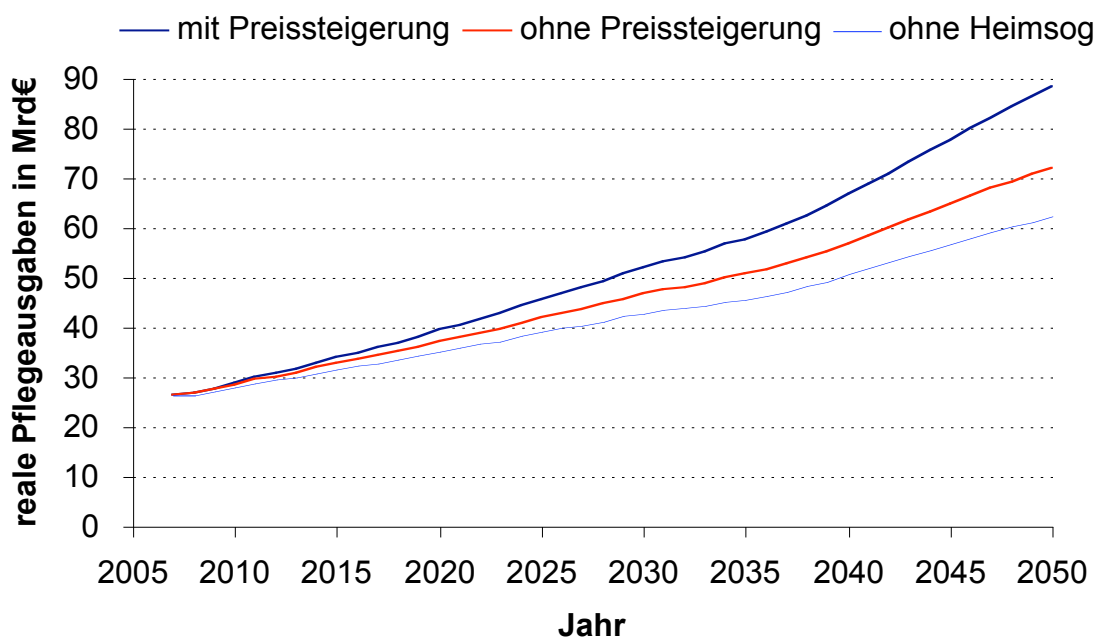
Die Nachfrage nach professionellen Pflegekräften wird um rund 3 Prozent pro Jahr wachsen, so dass der Anteil des Pflegesektors an der Gesamtbeschäftigung langfristig dramatisch ansteigt. Auf 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte werden im Jahr 2020 bereits 3,5 Beschäftigte im Pflegesektor kommen, im Jahr 2030 4,9, im Jahr 2040 6,7 und im Jahr 2050 9,4 (jeweils Vollzeitäquivalente).

Ausgabenvolumen und Marktgröße

Abbildung 6 verdeutlicht die entsprechende Ausgabenentwicklung im Pflegebereich für drei Szenarien. Das obere Szenario stellt den Effekt dar, der sich durch eine erhöhte Preissteigerung im Pflegesektor ergibt. Mit einer solchen Entwicklung ist zu rechnen, weil der starke Zuwachs des Pflegepersonals bei schrumpfender Bevölkerung zu Lasten der übrigen Beschäftigung gehen muss. Das mittlere Szenario ergibt sich, wenn die Preisentwicklung im Pflegesektor der allgemeinen Inflationsrate entspricht (ebenfalls mit Heimsogeeffekt). Das dritte Szenario stellt zum Vergleich die Situation ohne Heimsogeeffekt dar.

Der Pflegeaufwand des Jahres 2005 betrug einschließlich der Selbstbeteiligung in der stationären Pflege 26,7 Mrd. Euro. Gemäß der oberen demographischen Variante wird dieser Aufwand bis zum Jahr 2050 auf etwa 72 Mrd. Euro steigen (gemessen in realen Größen). Dies entspricht einer Steigerung um den Faktor 2,7. Diese Steigerung liegt höher als die Steigerungsrate der reinen Pflegefälle, weil sich die Struktur der Pflegefälle und der Pflegearrangements verschiebt.

Abbildung 6: Ausgabenentwicklung im Pflegesektor

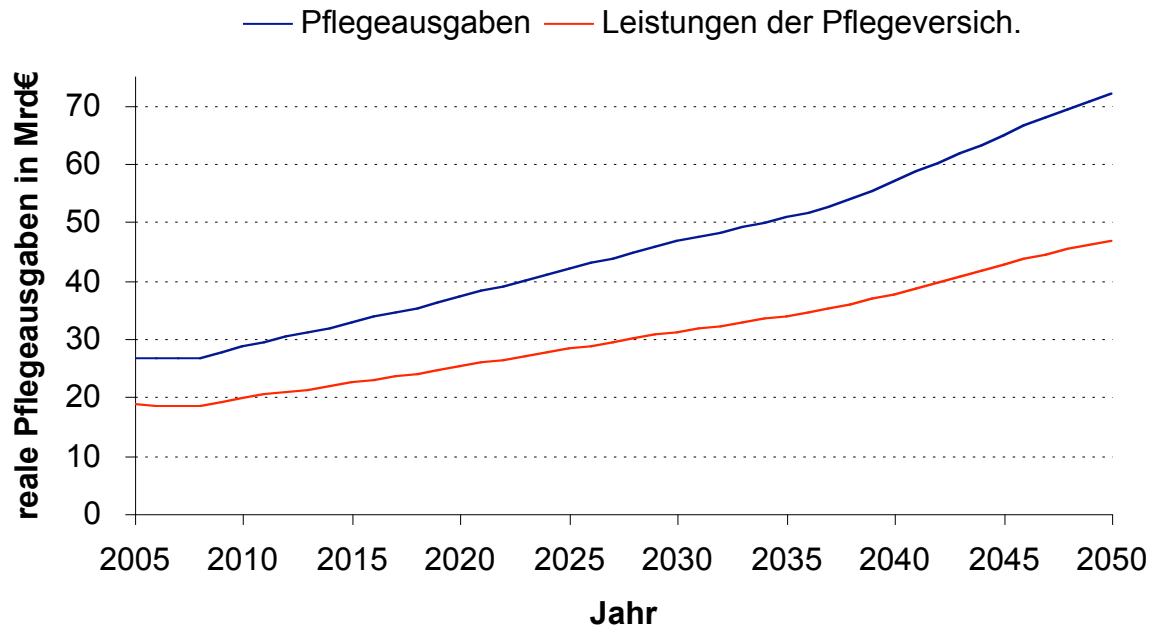


Anmerkung: Die Ausgaben beinhalten nicht nur die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung (d.h. der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung), sondern auch die Selbstbeteiligung im stationären Bereich. Die Ausgaben sind in realen Größen des Jahres 2007 ausgedrückt.

Die Aufteilung der Kosten auf gesetzliche Pflegeversicherung und Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen wird in den Abbildungen 7 und 8 dargestellt. Hierbei wird deutlich, wie sich die Pflegelücke entwickelt, d.h. der Anteil an den Ausgaben, der nicht durch die gesetzliche Pflegeversicherung abgedeckt wird. Selbst dann, wenn die Pflegesätze an die Inflation angepasst werden, wird der Anteil der gesetzlichen Pflegeversicherung an den Gesamtausgaben bedingt durch die Strukturverschiebungen absinken. Als Folge wird sich die „Pflegelücke“ mehr als Verdreifachen. Auch der Aufwand der Kommunen für „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Sozialhilfe wird noch stärker wachsen, weil immer mehr Pflegebedürftige ihre Ressourcen aufbrauchen

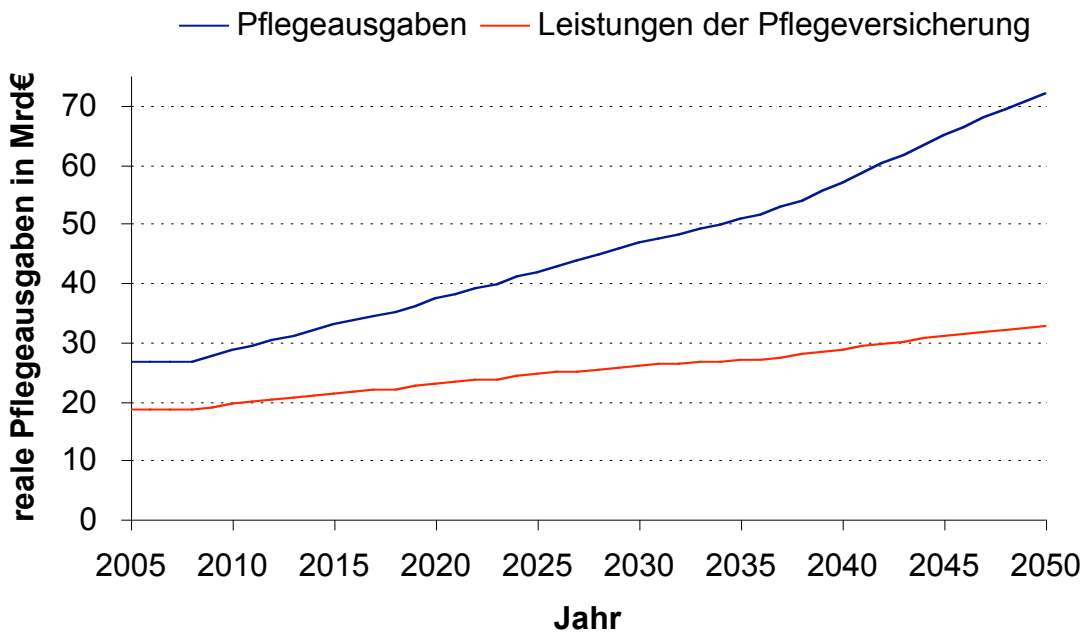
werden – falls es nicht zu einer starken Zunahme der privaten freiwilligen Pflegeversicherung kommen wird.

**Abbildung 7: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und Pflegelücke
– mit Dynamisierung der Pflegesätze**



Seit Bestehen der gesetzlichen Pflegeversicherung sind die Pflegesätze nicht angepasst worden. Wenn die Pflegesätze auch in Zukunft nicht angepasst werden, sondern statt dessen auf dem heutigen nominalen Niveau verbleiben, wird die Selbstbeteiligung ungleich stärker wachsen (vgl. Abbildung 8). Sie wird sich bis zum Jahr 2050 nahezu verfünffachen. Damit werden nur noch 45% der Pflegeausgaben von der gesetzlichen Pflegeversicherung abgedeckt. In der stationären Pflege würden dann die Anteile der Pflegeversicherung nochmals niedriger. Entsprechend höhere Belastungen kommen dann auch auf die Kommunen als Träger der Sozialhilfe zu. Abbildung A1 im Anhang zeigt der Vollständigkeit halber auch die Entwicklung, falls sich die Pflegeleistungen in der Zukunft stärker verteuern.

**Abbildung 8: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und Pflegelücke
– ohne Dynamisierung der Pflegesätze**



Dies hinterlässt eine erhebliche Vorsorgelücke im Vergleich zum heutigen Leistungsniveau. Die privaten Haushalte müssen aber rechtzeitig wissen, was sie von der gesetzlichen Pflegeversicherung erwarten können, um ihr Vorsorgeverhalten darauf einzurichten.

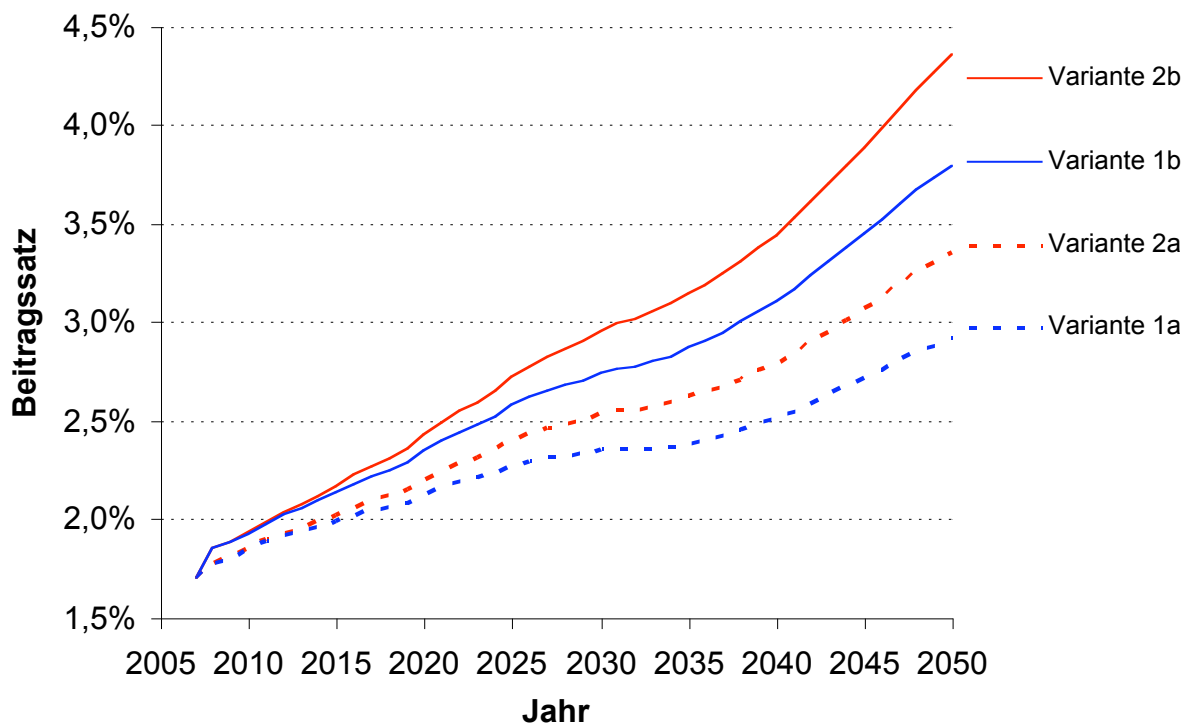
Folgerung 5:

Die Ausgaben für professionelle Pflege werden stärker wachsen als die reine Pflegebedürftigkeit. Der Anstieg wird rund 3 Prozent pro Jahr betragen. Bis zum Jahr 2020 wird der Markt für professionelle Pflege um etwa 40 Prozent auf 37 Mrd. Euro wachsen, bis zum Jahr 2030 um 75 Prozent auf 47 Mrd. Euro und bis 2050 um 270 Prozent auf dann 72 Mrd. Euro. Die Steigerungen in der stationären Pflege werden nochmals höher liegen. Bei stärkerer Preissteigerung im Pflegesektor wird der Anstieg nochmals stärker ausfallen.

5 Beitragsentwicklung bei Finanzierung im Umlageverfahren

Wenn die gesetzliche Pflegeversicherung diesen Aufwand bei gleichzeitig schrumpfender Erwerbsbevölkerung schultern soll, müssen die Pflegebeiträge dramatisch ansteigen. Wenn dies – wofür vieles spricht – politisch oder wirtschaftlich nicht praktikabel ist, müssten die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in realen Größen reduziert werden – etwa indem die Pflegesätze auf dem heutigen Niveau belassen werden. In den folgenden Berechnungen zeigen wir auf, welche Konsequenzen für den Beitragssatz die demographischen Veränderungen bei **Erhalt der realen Leistungen**, d.h. bei Dynamisierung mit der Inflationsrate bzw. der Preissteigerungsrate der Pflegeleistungen, hätten (vgl. Abbildungen 9 und 10).

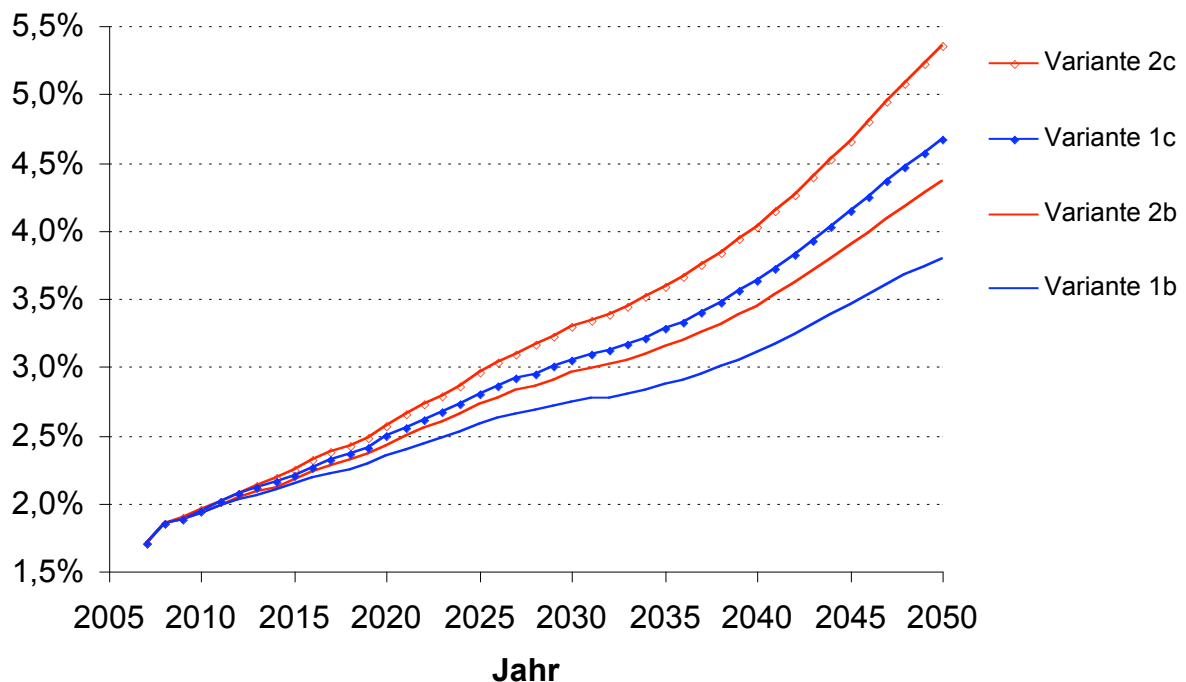
Abbildung 9: Entwicklung der Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung: (a) ohne und (b) mit Hospitalisierungstrend, Dynamisierung der Pflegesätze der Inflationsrate.



Anmerkung: Prognose mit konstanten altersspezifischen Pflegequoten für Pflegestufen I bis III. Varianten: 1=niedrige Lebenserwartung, 2=höhere Lebenserwartung, a=ohne Heimsog-Effekt, b=mit Heimsog-Effekt.

Der Beitragssatzanstieg führt zu einer zunehmenden Belastung der zukünftigen aktiven Bevölkerung zugunsten von Generationen, die profitieren ohne den gleichen Beitrag geleistet zu haben. Diese fortwährenden „Einführungsgewinne“ erhöhen die implizite Verschuldung. Da die Beiträge der sozialen Pflegeversicherung zudem lohn- beziehungsweise einkommensbezogen erhoben werden, ergeben sich außerdem negative Beschäftigungseffekte. Eine besondere Verschärfung der Budgetsituation der sozialen Pflegeversicherung ergibt sich dadurch, dass die Bemessungsgrundlage bei Rentnern (im wesentlichen Renten der gesetzlichen Rentenversicherung) relativ niedrig liegt.

**Abbildung 10: Entwicklung der Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung:
(b) ohne und (c) mit Preissteigerung des Pflegesektors**



Anmerkung: Prognose mit konstanten altersspezifischen Pflegequoten für Pflegestufen I bis III. Varianten: 1=niedrige Lebenserwartung, 2=höhere Lebenserwartung, b=mit Heimsog-Effekt, c=mit Heimsog-Effekt und erhöhte Preissteigerung im Pflegemarkt.

Folgerung 6:

Die gesetzliche Pflegeversicherung kann ihr heutiges Leistungsniveau nur um den Preis erheblich steigender Beitragssätze halten. Je nach Szenario müsste der Beitragssatz auf 3 bis 5,5 Prozent steigen. Gleichzeitig erhöhen sich aber auch die Beitragssätze der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Die Beschäftigungsanreize verschlechtern sich gerade in einer Zeit ohnehin knapper Ressourcen

Fazit

Die (unvermeidlichen) demographischen Verschiebungen werden in den nächsten Jahrzehnten zu einer Verdopplung der Pflegebedürftigkeit führen, wobei insbesondere die höheren Pflegestufen zunehmen werden. Schon dies wird zu einer überproportionalen Ausdehnung der professionellen, insbesondere der stationären Pflege führen. Parallel hierzu wird das Pflegepotential für die Pflege von Angehörigen schrumpfen. Dies verstärkt die Tendenz zur Hospitalisierung. Der professionelle Pflegemarkt wird sich daher mit realen Wachstumsraten von etwa 3 Prozent pro Jahr ausdehnen. Auf Sicht von 10 Jahren wird sich dieses Marktvolumen um über 30 Prozent erhöhen mit entsprechenden Effekten für die Beschäftigung im Pflegemarkt. So wird sich der Anteil des Pflegemarktes an der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigung auf Sicht von 15 Jahren verdoppeln. Falls die Marktentwicklung mit der Nachfrage Schritt hält, wird auf lange Sicht fast jeder zehnte Arbeitsplatz im Bereich der Pflege liegen.

Mögliche Hemmnisse der Entwicklung

Dieser Marktentwicklung stehen jedoch einige Hemmnisse im Wege. Zu allererst die demographische Entwicklung selber, denn das Arbeitskräftepotential wird in den nächsten Jahrzehnten beschleunigt schrumpfen. Der Pflegemarkt wird zunehmend in Konkurrenz zu anderen Märkten um den Faktor Arbeit treten. Beschäftigungsgewinne des Pflege- wie des Gesundheitssektors setzen voraus, dass diese Sektoren für die Beschäftigten attraktiv sind. Dies kann zu erheblichen Preiserhöhungen im Pflegemarkt führen. Ein zusätzliches Instrument zur Befriedigung der wachsenden

Nachfrage ist die weitere Einwanderung von Pflegepersonal, wobei jedoch auch Qualifikationsstandards zu beachten sind. Zu einem neuen Instrument könnte die Pflege im Ausland werden (Auswanderung von Rentnern), falls überhaupt die Kostenunterschiede langfristig bestehen bleiben.

Problembereich Pflegepolitik

Ein weiteres potentielles Entwicklungshemmnis des Pflegemarktes stellen politische Vorgaben dar. Erstens besteht die Gefahr der Deckelung oder Budgetierung von Pflegeleistungen, wenn der Druck auf die Beitragssätze in der sozialen Pflegeversicherung wächst und auch die Kommunen sich stark steigenden Ausgaben (Hilfe zur Pflege) gegenüber sehen. Dirigistische Eingriffe in den Pflegemarkt könnten dann dazu führen, dass das Angebot verknappt wird. Dies wäre angesichts des schrumpfenden Arbeitskräftepotentials ein besonderes Problem. Diese Tendenz ist dann besonders wahrscheinlich, wenn die Leistungen über lohnbezogene Beiträge finanziert werden (vgl. hierzu die Kostendämpfungsversuche in der gesetzlichen Krankenversicherung).

Zweitens ist aus Sicht der Bürger zur Zeit zu wenig Planungssicherheit gegeben. Es ist unklar, in welchem Umfang die gesetzliche Pflegeversicherung in Zukunft Leistungen erbringt. Damit ist auch das erforderliche Maß an eigener Vorsorge schwer einzuschätzen. Vernachlässigen die Bürger aber ihre Vorsorge, dann führt dies zu dem Problem der Unterversicherung. Als Folge muss dann entweder der Staat einspringen oder aber es kommt zu einer pflegerischen Unterversorgung.

Ein drittes Hemmnis könnte in der Begünstigung bestimmter Pflegearrangements bestehen. Dies könnte zu einer Überversorgung in einigen Teilbereichen bzw. einer Unterversorgung in anderen Bereichen führen. Das aktuelle Pflegegeld ist vergleichsweise niedrig angesetzt und setzt nur geringe Anreize zur Übernahme von Pflege durch Angehörige und begünstigt unter Umständen die Wahl eines teureren Pflegedienstes. Andererseits bestünde bei einer Erhöhung des Pflegegeldes die Gefahr von Mitnahmeeffekten. Es besteht noch weiterer Forschungsbedarf zur Wirkung der Pflegesatzstruktur. Laufende Experimente zum „Pflegebudget“, das ambulante Sach- und Geldleistungen ersetzt, lassen erste Ergebnisse hierzu in den nächsten Jahren erwarten.

Problembereich Sozialhilfe als „lender of last resort“.

Die Beteiligung der Sozialhilfe an der „Pflegelücke“ ist gegenwärtig schon erheblich. Im stationären Bereich werden rund 35 Prozent der nicht durch die soziale Pflegeversicherung gedeckten Ausgaben durch die „Hilfe zur Pflege“ getragen. Selbst für Teile der Mittelschicht gibt es angesichts einer Kostenübernahme durch die Sozialhilfe, nur einen eingeschränkten Anreiz für eine eigenständige private Vorsorge. Je höher die Qualität der Pflege, die durch „Hilfe zur Pflege“ gesichert wird und je geringer der Rückgriff der Sozialhilfe auf Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen und dessen Familie, desto geringer ist die Bereitschaft, selber vorzusorgen und desto höher wird die Inanspruchnahme der Sozialhilfe in der Zukunft. Der Bund und die Länder als Gesetzgeber müssen sich dieses Zielkonflikts bewusst sein, wenn sie die Regeln der Sozialhilfe festlegen beziehungsweise anpassen.

Gestaltungsoptionen der gesetzlichen Pflegeversicherung

In Bezug auf die Gestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung im engeren Sinne und der Pflege im weiteren Sinne gibt es im Grunde drei Möglichkeiten der Politik:

1. Abschmelzen des Umlageverfahrens 1: die Pflegesätze der gesetzlichen Pflegeversicherung bleiben eingefroren; der Anteil der umlagefinanzierten Pflegeversicherung schrumpft und die Bürger füllen die wachsende Lücke freiwillig durch Abschluss von ergänzenden privaten Pflegeversicherung. Die Prämien werden dann nach Risiko tarifiert.
2. Abschmelzen des Umlageverfahrens 2: die Pflegesätze bleiben eingefroren, und der Staat verlangt eine verpflichtende ergänzende private Vorsorge (bspw. in Form einer privaten Pflegeversicherung). Diese kann über einheitliche Prämien finanziert werden und einen Risikostrukturausgleich ähnlich wie in der aktuellen privaten Pflegepflichtversicherung vorsehen. Damit wird ein sozialer Ausgleich über unterschiedliche Risiken erreicht.
3. Ausbau des Umlageverfahrens: die Pflegesätze werden zum Ausgleich von Preissteigerungen angehoben. Die stark steigenden Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beitragssatzsteigerungen im Umlageverfahren finanziert.

Der Ausbau des Umlageverfahrens würde zu dem oben beschriebenen Dilemma führen. Es ist dann damit zu rechnen, dass es ähnlich wie im Gesundheitswesen zu

Budgetierungen und künstlichen Beschränkungen des Marktes kommen wird, um einen Anstieg der Beitragssätze zu vermeiden. Die ökonomisch klaren und anreizverträglichen, aber möglicherweise verteilungspolitisch unerwünschten Alternativen 1 und 2 würden der Entfaltung des Pflegemarktes, der Befriedigung der Pflegebedürfnisse und auch den beschäftigungspolitischen Erfordernissen entsprechen. Wie auch immer die politische Entscheidung ausfällt: es wäre wichtig, diese Entscheidung nicht zu lange hinauszuzögern, um den Bürgern Planungssicherheit zu geben und genügend Zeit für die Gestaltung der eigenen Vorsorge zu lassen.

Folgerung 7:

Angesichts der starken Belastungen, die auf die privaten Haushalte zukommen, müssen die Weichen für eine Entwicklung des Pflegemarktes und der Vorsorge der Bürger rechtzeitig gestellt werden. Aus ökonomischer Sicht wäre eine Begrenzung des Umlageverfahrens und der lohnbezogenen Beiträge auf das heutige Niveau sinnvoll. Eine Ergänzung der sozialen Pflegeversicherung nach dem Vorbild der heutigen privaten Pflegepflichtversicherung ist eine geeignete Alternative zum Ausbau des Umlageverfahrens. Verteilungspolitische Korrekturen sollten, soweit erwünscht, im Steuer-Transfer-System erfolgen.

6 Anhang

Abbildung A1: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und Pflegelücke – ohne Dynamisierung der Pflegesätze und mit Preiserhöhungen im Pflegemarkt

