

Demografischer Wandel in Deutschland



Heft 2

Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und
Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern

Ausgabe 2010

Demografischer Wandel in Deutschland

Heft 2

Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und
Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern

Ausgabe 2010

Herausgeber:

Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Herstellung und Redaktion:

Statistisches Bundesamt
65180 Wiesbaden
Telefon: +49 (0) 611 75-2405
Telefax: +49 (0) 611 75-3330
www.destatis.de/kontakt

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung

zum Thema Krankenhausbehandlungen:

Statistisches Bundesamt
Bereich „Gesundheit“
Telefon: +49 (0) 611 75-8109
Telefax: +49 (0) 611 75-8996
E-Mail: gesundheit@destatis.de

zum Thema Pflegebedürftige:

Statistisches Bundesamt
Bereich „Soziales“
Telefon: +49 (0) 611 75-8106
Telefax: +49 (0) 611 75-8994
E-Mail: pflege@destatis.de

Erscheinungsfolge: unregelmäßig
Erschienen im November 2010

Weiterführende Informationen:

www.statistikportal.de

Fotorechte: © Rainer Sturm, PIXELIO

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010
(im Auftrag der Herausbergemeinschaft)

Auszugsweise Vervielfältigung und Verbreitung mit Quellenangabe gestattet.

Einführung	4
Teil 1 Entwicklung der Bevölkerung im höheren Alter	5
Teil 2 Krankenhausbehandlungen heute und in Zukunft	7
2.1 Rückblick: Entwicklung der Krankenhausbehandlungen 1995 bis 2008	7
2.2 Entwicklung der Krankenhausbehandlungen nach Diagnosen in Deutschland bis 2030	11
2.3 Entwicklung der Krankenhausbehandlungen in den Bundesländern bis 2030	17
Teil 3 Pflegebedürftige heute und in Zukunft	21
3.1 Rückblick: Entwicklung der Pflegebedürftigen 1999 bis 2007	21
3.2 Altersspezifische Pflegequoten im Dezember 2007	24
3.3 Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland und in den Bundesländern bis 2030 (Status-Quo-Szenario)	26
3.4 Pflegebedürftige in Deutschland: Ein Ausblick bis ins Jahr 2050 (Szenarien „sinkende Pflegequoten“ und „Status Quo“ im Vergleich)	29
3.5 Hinweise auf weitere Vorausberechnungen	31
Anhang: Detaillierte Diagnosearten: Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser mit Wohnsitz in Deutschland 2008	33
Literaturverzeichnis	36
Adressen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder	40

Quelle der Abbildungen, soweit nicht anders angegeben:
 Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Im Jahr 2008 wurden erstmals Vorausberechnungen zur Zahl der in Krankenhäusern stationär behandelten Patientinnen und Patienten sowie die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von der amtlichen Statistik veröffentlicht.¹⁾ Diese Berechnungen wurden jetzt auf Grundlage der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung aktualisiert. Den Vorausberechnungen liegt der Ansatz zugrunde, Entwicklungen aus der jüngsten Vergangenheit in die Zukunft fortzuschreiben. Neben den Vorausberechnungen ist auch die aktuelle Situation dargestellt. Das hier vorliegende zweite Heft in der Reihe „Demografischer Wandel in Deutschland“ schließt an das erste Heft in dieser Reihe an, in dem die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung und die daraus abgeleitete Entwicklung der Zahl und Struktur privater Haushalte für Deutschland und die Bundesländer dargelegt ist.²⁾ Die Veröffentlichung einer aktualisierten Fassung des ersten Heftes erfolgt Ende 2010.

Basis der Analysen zu den Auswirkungen des demografischen Wandels ist die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.³⁾ In dieser Bevölkerungsvorausberechnung wurden mehrere Varianten mit unterschiedlichen Annahmen zur Geburtenrate, zur Lebenserwartung und zu den grenzüberschreitenden Wanderungen erstellt. Für die hier vorliegenden Vorausberechnungen zu Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigen wurde die so genannte „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“ herangezogen. Diese Variante geht von einer Fortsetzung der aktuell beobachteten demografischen Trends aus. Da Annahmen zur Binnenwanderung – Wanderungen zwischen den Bundesländern – nur bis zum Jahr 2030 getroffen wurden, werden die Vorausberechnungen für Bundesländer auch nur bis zum Jahr 2030 dargestellt. Für Deutschland insgesamt erstreckt sich der Vorausberechnungszeitraum für Pflegebedürftige sogar bis zum Jahr 2050.

Im ersten Teil des Heftes wird ein kurzer Überblick über die voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung im höheren Alter gegeben. Teil 2 zeigt, wie sich die Bevölkerungsentwicklung auf die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Personen auswirken könnte. In Teil 3 werden die möglichen Auswirkungen auf die Zahl der Pflegebedürftigen erörtert. Da in der Wissenschaft umstritten ist, ob Menschen bei einem Anstieg der Lebenserwartung künftig länger gesund und selbstständig leben oder die gewonnenen Jahre vermehrt in Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbringen, wurden sowohl für die Krankenhausbehandlungen als auch für die Pflegebedürftigen zwei Szenarien erstellt: In einem Szenario – Status-Quo-Szenario – wird die altersspezifische Erkrankungshäufigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit von heute zu Grunde gelegt und in einem zweiten Szenario – Szenario sinkende Behandlungs- bzw. Pflegequoten – wird unterstellt, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer schweren Erkrankung bzw. des Eintritts der Pflegebedürftigkeit mit der steigenden Lebenserwartung in eine höhere Altersklasse verschiebt.

Neben diesen zwischen Statistischem Bundesamt und statistischen Landesämtern koordinierten Vorausberechnungen wurden in den letzten Jahren von einigen Bundesländern eigenständige Vorausberechnungen zur Bevölkerungsentwicklung und zu möglichen Folgen des demografischen Wandels auf regionaler Ebene erstellt, die von den hier vorliegenden koordinierten Vorausberechnungen aufgrund anderer Ansätze abweichen können.⁴⁾

1) Siehe hierzu Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008.

2) Siehe hierzu Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2007.

3) Siehe hierzu Statistisches Bundesamt 2009a.

4) Siehe hierzu u. a. Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2010), Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2007 und 2009, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2010.

Teil 1 Entwicklung der Bevölkerung im höheren Alter

Pflegebedürftigkeit betrifft überwiegend ältere Menschen. Dies gilt auch für viele Krankheiten wie beispielsweise Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und Neubildungen (Krebs). Die künftige Anzahl zu pflegender Menschen und stationär zu behandelnder Patientinnen und Patienten dürfte daher entscheidend von der zahlenmäßigen Entwicklung der Menschen im höheren Alter abhängen.

Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen. Legt man die Vorausberechnungsvariante „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“ zu Grunde, so werden im Jahr 2030 rund 7,3 Millionen mehr 60-Jährige und Ältere in Deutschland leben (28,5 Millionen) als im Jahr 2009 (21,2 Millionen). Dies entspricht einer Zunahme von 34,5 %. Im Jahr 2030 würden dann 37 % der Einwohner in Deutschland zu den 60-Jährigen und Älteren zählen (2009: jeder Vierte). Bei deutlich gesunkener Bevölkerungszahl würde sich bis 2050 der Anteil der über 60-Jährigen auf 40 % der Bevölkerung weiter erhöhen. Diese Vorausberechnungsvariante basiert auf den Annahmen einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern je Frau, eines Anstiegs der Lebenserwartung Neugeborener bis 2060 auf 85 Jahre (Jungen) bzw. 89,2 Jahre (Mädchen) und eines jährlichen Außenwanderungssaldos von + 100 000 Personen.

Die 60-Jährigen und Älteren stellen 2050 40 % der Gesamtbevölkerung

Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen pflegebedürftig werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Von den über 80-Jährigen waren im Jahr 2007 rund 31 % pflegebedürftig. Zwar ist der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit nicht ganz so ausgeprägt, doch auch hier zeigt sich bei vielen Krankheitsbildern ein enger Zusammenhang zwischen Alter und Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen. Daher wird die Gruppe der über 60-Jährigen näher beleuchtet.

Tabelle 1 gibt einen Überblick, wie sich die einzelnen Altersgruppen bis zum Jahr 2050 gegenüber 2009 voraussichtlich entwickeln. Betrachtet man die prozentualen Veränderungen, so zeichnet sich eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung hin zu den höheren Altersklassen ab. Bis 2030 erhöht sich die Bevölkerungszahl gegenüber heute in allen Altersstufen über 60 deutlich. Auch innerhalb der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren steigen aufgrund des aktuellen Altersaufbaues immer mehr Menschen in die höheren Altersstufen hinauf: Im Jahr 2050 gibt es dann mehr als 10 Millionen über 80-Jährige (2009: gut 4 Millionen), die Zahl der 60- bis 80-Jährigen ist gegenüber 2030 (22 Millionen) aber schon wieder deutlich auf 17,7 Millionen gefallen. Damit verschiebt sich die Struktur innerhalb der älteren Bevölkerung zu den Altersgruppen, die tendenziell ein höheres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden oder in Folge einer Krankheit stationär behandelt zu werden.

Besonders starke Zunahme der Zahl der über 80-Jährigen

Aufgrund der beschriebenen demografischen Alterung ist in den kommenden Jahrzehnten trotz insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahlen mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen und der Zahl der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern zu rechnen. Wie stark dieser Anstieg ausfällt, ist neben der demografischen Entwicklung davon abhängig, wie sich der Anteil der Pflegebedürftigen und der Krankenhausbehandlungen in den einzelnen Altersgruppen künftig entwickeln wird. Steigender Wohlstand, eine bessere Ernährung und weniger körperlich belastende Arbeit könnten beispielsweise dazu führen, dass Menschen künftig nicht nur länger, sondern auch länger gesund leben. In den folgenden Kapiteln werden daher neben Status-Quo-Vorausberechnungen (gleichbleibende Pflege- und Behandlungsquoten nach Altersgruppen) auch Ergebnisse für Szenarien mit sinkenden Pflege- und Behandlungsquoten innerhalb der Altersgruppen bei steigender Lebenserwartung beschrieben.

Künftige Anzahl der Pflegebedürftigen und Krankenhausbehandlungen nicht nur von demografischer Entwicklung abhängig

Tabelle 1: Bevölkerung Deutschlands in den Altersgruppen mit erhöhtem Krankheits- und Pflegerisiko 2009 bis 2050

Bevölkerung im Alter von ... bis unter ... Jahren	2009	2020	2030	2050
	Anzahl in 1 000			
Insgesamt	81 735	79 914	77 350	69 412
darunter				
60 – 70	9 197	10 911	12 572	9 541
70 – 80	7 839	7 628	9 479	8 159
80 – 90	3 656	5 086	4 929	7 905
90 und mehr	477	922	1 488	2 319
	Veränderung gegenüber 2009 in %			
Insgesamt	–	– 2,2	– 5,4	– 15,1
darunter				
60 – 70	–	18,6	36,7	3,7
70 – 80	–	– 2,7	20,9	4,1
80 – 90	–	39,1	34,8	116,2
90 und mehr	–	93,3	211,9	386,0

Teil 2 Krankenhausbehandlungen heute und in Zukunft

Bei der Diskussion um die Auswirkungen des demographischen Wandels stehen die sozialen Sicherungssysteme im Fokus der Betrachtungen. Ein besonderer Schwerpunkt sind dabei die Ausgaben im Gesundheitswesen. Mit über 25 % Anteil an allen Gesundheitsausgaben und einer Höhe von 67 Milliarden EUR im Jahr 2008 ist das Krankenhauswesen einer der kostenintensivsten Bereiche und liegt damit deutlich vor den Ausgaben für Arztpraxen mit 40,2 Milliarden EUR. 1992 lagen die Ausgaben für den stationären Bereich noch bei 43 Milliarden EUR, die Steigerung beträgt seitdem ca. 56 %.

Der medizinische Fortschritt, eine stark veränderte Lebensweise und eine geringere körperliche Belastung der Menschen führten zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung. Gleichzeitig nimmt mit steigendem Alter aber die Intensität der Erkrankungen zu. Das bedeutet auch, dass ältere Menschen heute häufig nicht mehr nur von einer Krankheit betroffen sind, sondern von einer Vielzahl von Erkrankungen (Multimorbidität). Diese Entwicklung führt dazu, dass ältere Menschen im Durchschnitt häufiger und auch länger im Krankenhaus verweilen als Jüngere. Es ist davon auszugehen, dass eine höhere Behandlungshäufigkeit bei älteren Menschen in Verbindung mit dem demografischen Wandel in Deutschland zu mehr Krankenhausbehandlungen und damit verbunden auch zu einer Steigerung der Kosten führt.⁵⁾

Im Folgenden werden die möglichen Auswirkungen der Alterung auf die voraussichtliche Entwicklung der Krankenhaufälle nach Diagnosegruppen bis zum Jahr 2030 für Deutschland und nach Bundesländern aufgezeigt. Dabei können nur die aktuell vorliegenden Rahmenbedingungen berücksichtigt werden (aktuelle Anzahl der Behandlungsfälle in Verbindung mit voraussichtlicher Bevölkerungsentwicklung). Nicht berücksichtigt werden mögliche strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem wie beispielsweise eine Verschiebung der Behandlungsfälle von stationärer hin zu ambulanter Behandlung oder umgekehrt.

2.1 Rückblick: Entwicklung der Krankenhausbehandlungen 1995 bis 2008

Die Zahl der Krankenhaufälle ist in den Jahren 1995 bis 2008 von 15,8 auf 17,9 Millionen gestiegen. Diese Entwicklung verlief jedoch nicht kontinuierlich: Während bis zum Jahr 2002 ein Anstieg auf 17,4 Millionen Fälle zu verzeichnen ist, ging die Zahl in den drei Folgejahren zunächst auf knapp 17 Millionen zurück und ist seitdem wieder um fast eine Million Fälle angestiegen. Eine mögliche Erklärung des zwischenzeitlichen Rückgangs ist die Einführung von sogenannten diagnosebezogenen Fallpauschalen im Jahr 2002. Die vormals gültigen festen Tagessätze im Krankenhaus wurden damals von Pauschalbeträgen abgelöst. Das bedeutet, dass festgelegte Beträge bezogen auf Behandlungen und nicht mehr bezogen auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlt wurden. Ziele der Einführung sind eine Steigerung der Effektivität, ein Rückgang der Verweildauer und insgesamt eine Dämpfung der Ausgaben.⁶⁾

**Fast 18 Millionen
Krankenhaufälle in 2008**

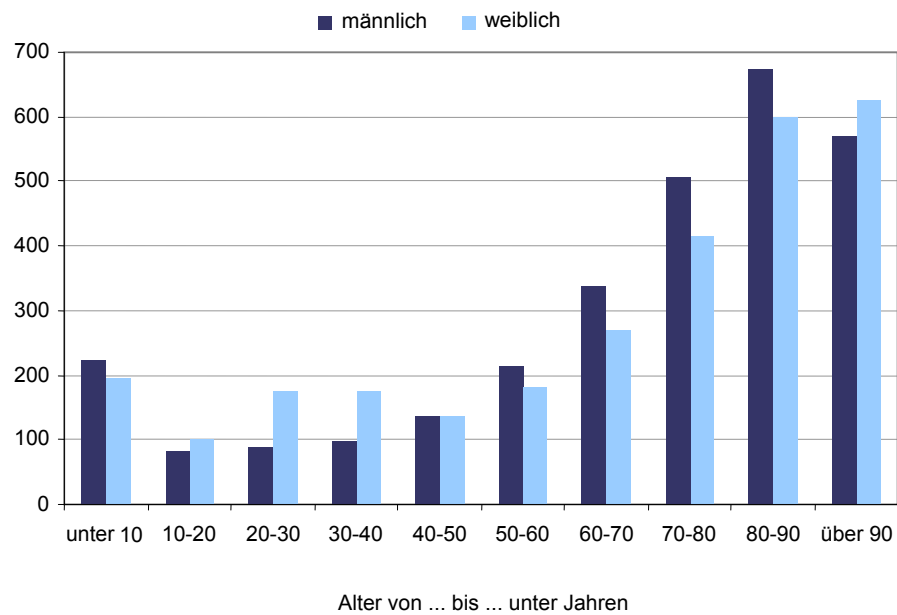
5) Siehe Leidl 2003.

6) Siehe Günster, Manky und Repschläger 2004.

Ab etwa 60 Jahren deutlicher Anstieg an Krankenhausbehandlungen

Die Anzahl der Krankenhaufälle ist eng mit dem Alter der Patienten verknüpft. Dies zeigt sich deutlich, wenn man die Anteile der Krankenhaufälle insgesamt je 1 000 Einwohner nach Altersgruppen betrachtet (siehe Abbildung 1). Etwa ab dem 60. Lebensjahr ist ein starker Anstieg der Krankenhaufälle bei Frauen und noch deutlicher bei Männern zu verzeichnen, der sich mit steigendem Alter weiter fortsetzt. Die geschlechtsspezifisch deutlichen Unterschiede in den Altersgruppen der 20- bis 40-Jährigen sind auf die Krankenhausaufenthalte der Frauen durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zurückzuführen.

Abbildung 1: Krankenhaufälle je 1 000 Einwohner nach Alter und Geschlecht 2008



Krankenhausstatistik

Die Krankenhausstatistik ist eine jährliche Befragung aller Krankenhäuser in Deutschland. Im Rahmen der Diagnosedaten geben die Krankenhäuser Auskunft über alle im Laufe eines Jahres vollstationär behandelten Patienten und Patientinnen. Neben demografischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Wohnort melden die Krankenhäuser Verweildauer und Diagnose der Behandelten.

Wird eine Person wegen mehrerer Diagnosen behandelt, so erfolgt die Zuordnung nach derjenigen Diagnose, die hauptsächlich für die Veranlassung des Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist (Hauptdiagnose). Die durchschnittliche Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die Patientinnen und Patienten in stationärer Behandlung verbringen. Stundenfälle, bei denen der Patient das Krankenhaus bereits nach wenigen Stunden wieder verlässt, gehen mit einem Tag in die Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer ein. Jeder ununterbrochene Krankenhausaufenthalt wird als ein Fall erfasst. Wird eine Person mehrfach im Jahr vollstationär behandelt, so werden entsprechend viele Fälle nachgewiesen. Die in diesem Beitrag dargestellten Krankenhaus- bzw. Diagnosefälle dürfen somit nicht mit behandelten Personen gleichgesetzt werden.

Von der Entwicklung der Krankenhausfälle kann nicht unmittelbar auf die Entwicklung des Kapazitätsbedarfs in den Krankenhäusern geschlossen werden. Für den Kapazitätsbedarf ist die Summe der Belegungstage, das Krankenhaustagevolumen, ausschlaggebend. Dieses ergibt sich durch Multiplikation der Krankenhausfälle mit der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten.

Krankenhausfälle können entweder nach dem Behandlungsort- oder dem Wohnortprinzip dargestellt werden. Hier wird das Wohnortprinzip zu Grunde gelegt, d. h. enthalten sind nur Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz in Deutschland. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da die Folgen des demografischen Wandels für die zukünftig in Krankenhäusern zu behandelnden Fälle in Deutschland nur bezogen auf die Wohnbevölkerung untersucht werden können. In den regelmäßigen Veröffentlichungen der Krankenhausstatistik erfolgt der Nachweis dagegen nach dem Behandlungsortprinzip. Da dieses auch in deutschen Krankenhäusern behandelte Patienten und Patientinnen aus dem Ausland einschließt (2008 waren dies fast 70 000 Fälle), weichen die dort gezeigten Krankenhausfälle von den vorliegenden Ergebnissen ab.

Bei der Interpretation der Fallzahlen sollte beachtet werden, dass Personen, die innerhalb eines Jahres mehrfach in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, auch mehrfach als Krankenhausfall zählen (siehe Kasten „Krankenhausstatistik“). Aus den Angaben lassen sich deshalb keine altersspezifischen „Pro-Kopf“-Wahrscheinlichkeiten ableiten. Speziell in den höheren Altersklassen sind Mehrfacheinweisungen innerhalb eines Jahres unter anderem auch aufgrund der Multimorbidität nicht selten.

Während im Jahr 2008 etwa jeder vierte Einwohner 60 Jahre oder älter war, gehörte jeder zweite Krankenhauspatient diesen Altersgruppen an. Die 60- bis unter 80-Jährigen (21 % der Bevölkerung) stellen 35 % der Krankenhausfälle, die ab 80-Jährigen (5 % der Bevölkerung) 14 %. Wie sich die Krankenhausfälle auf in Obergruppen zusammengefasste Diagnosegruppen verteilen, zeigt Tabelle 2.

Fast die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen entfällt auf Ältere

Tabelle 2: Krankenhausfälle 2008 nach zusammengefassten Diagnosegruppen

Krankenhausfälle	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Darunter im Alter von ... bis unter ... Jahren					
				60 – 80			80 und mehr		
				insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
1 000			%						
Krankenhausfälle insgesamt	17 869	8 354	9 515	35	18	17	14	5	9
darunter									
Herz-/Kreislaufkrankungen ...	2 667	1 404	1 263	53	30	23	24	8	16
Neubildungen	1 853	918	934	53	30	23	24	8	16
Krankheiten des Verdauungssystems	1 772	885	887	36	19	17	15	5	10
Verletzungen und Vergiftungen	1 745	856	889	28	12	16	18	4	14
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	1 584	681	903	45	17	28	9	17	7
Krankheiten des Atmungssystems	1 083	597	486	29	18	11	16	7	9
Psychische und Verhaltensstörungen	1 124	606	518	16	7	9	6	2	4
nachrichtlich:									
Bevölkerung insgesamt	82 120	40 239	41 881	21	10	11	5	1	3

Besonders hoch sind die Anteile älterer Patienten an den Herz-/Kreislaufkrankungen und Neubildungen (Krebs), den beiden am häufigsten auftretenden Diagnosegruppen. Im Gegensatz dazu ist der Anteil an den Krankenhausfällen bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen in der Altersgruppe der 60- bis unter 80-Jährigen mit 16 % sogar geringer als ihr Bevölkerungsanteil (21 %). Die meisten Krankheitsbilder sind altersabhängig, so dass aus heutiger Sicht von einer mit steigendem Alter zunehmenden Zahl an Krankenhausfällen zu rechnen ist. Dies macht sich in der Modellrechnung der Krankenhausfälle bis 2030 bemerkbar.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme stationärer Einrichtungen ist die Verweildauer. Steigt die Verweildauer bei einer gleichbleibenden Anzahl an Fällen an, so müssen mehr Kapazitäten bereitgestellt werden. Umgekehrt wären weniger Kapazitäten notwendig, wenn die Verweildauer abnimmt. Die Entwicklung in den Jahren 1995 bis 2008 ist durch einen kontinuierlichen Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer gekennzeichnet. Lag die Verweildauer im Jahr 1995 noch bei 11,4 Tagen, so waren es im Jahr 2008 nur noch 8,1 Tage.

Ob sich der längerfristige Trend hin zu einer Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer in Zukunft fortsetzen wird, oder mit einer Abnahme der Verweildauer nicht mehr zu rechnen ist, kann nicht beurteilt werden. Demografisch bedingt deutet sich zumindest an, dass sich die rückläufige Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer abschwächen könnte, da ältere Menschen aufgrund der Intensität und Multimorbidität im Durchschnitt länger im Krankenhaus bleiben als jüngere. Unterstellt man, dass die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Altersgruppen konstant bleibt, würde sie – ausgehend von der heutigen altersspezifischen Verweildauer – allein aufgrund der Alterung der Gesellschaft im Jahr 2030 im Vergleich zu 2008 wieder leicht zunehmen. Für die Vorausberechnungen werden keine Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der Verweildauer getroffen.

2.2 Entwicklung der Krankenhausbehandlungen nach Diagnosen in Deutschland bis 2030

Es wird allgemein davon ausgegangen, dass die Lebenserwartung in Deutschland weiter ansteigt. Daran schließt sich die Frage an, wie sich das Krankheitsrisiko bei einer steigenden Lebenserwartung entwickeln wird. Diese Frage wird seit dem Ende der 1970er-Jahre von verschiedenen Autoren in der Wissenschaft intensiv diskutiert. Im Zentrum dieser Diskussionen stehen zwei Thesen: Zum einen die Kompressionsthese um den Autor James Fries⁷⁾ und zum anderen die Expansions- bzw. Medikalisierungsthese des Autors Ernest Gruenberg⁸⁾. Bei der Kompressionsthese geht man davon aus, dass die Menschen mit steigender Lebenserwartung auch länger gesund leben und sich schwere Krankheiten in einem festgesetzten Zeitfenster vor dem Tode ereignen. Im Gegensatz dazu beschreibt die Expansionsthese, dass sich die Phasen gesundheitlicher Beeinträchtigungen ausweiten werden, die Menschen zwar länger leben, in dieser Zeit aber auch länger krank sind. Welche These letztendlich mehr zutreffen wird, kann hier nicht geklärt werden.⁹⁾

Um bei den Vorausberechnungen beiden Thesen Rechnung zu tragen, werden zwei Szenarien erstellt. Der Focus wird hierbei auf das Status-Quo-Szenario gelegt. Dabei werden konstante alters- und geschlechtsspezifische Diagnosefallquoten – basierend auf den Istwerten der Jahre 2006 bis 2008 – zugrunde gelegt. Dies würde eher der Expansionsthese entsprechen. Um einen Ausblick zu geben, wie eine Modellrechnung in Anlehnung an die Kompressionsthese aussieht, wird eine zweite Variante vorgestellt, in der der Zeitraum der Erkrankung ab dem 60. Lebensjahr entsprechend der Veränderung der Lebenserwartung nach hinten verschoben wird (Szenario „sinkende Behandlungsquote“).

**Zwei Varianten für
Vorausberechnungen**

Status-Quo-Szenario

In den nächsten Jahrzehnten ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung ein Anstieg der Krankenhausfälle in Deutschland zu erwarten (siehe Abbildung 2). Nach den hier vorgestellten Berechnungen, basierend auf den Ergebnissen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“) und unter Zugrundelegung des Status-Quo-Szenarios, könnte sich die Zahl der Krankenhausfälle – bei sinkender Gesamtbevölkerung – bis zum Jahr 2030 von derzeit ca. 17,9 Millionen um 1,4 Millionen Fälle auf 19,3 Millionen erhöhen. Dies wäre ein Anstieg um ca. 8 %. Im Jahr 2020 wäre nach diesem Szenario mit ca. 18,8 Millionen Fällen zu rechnen.

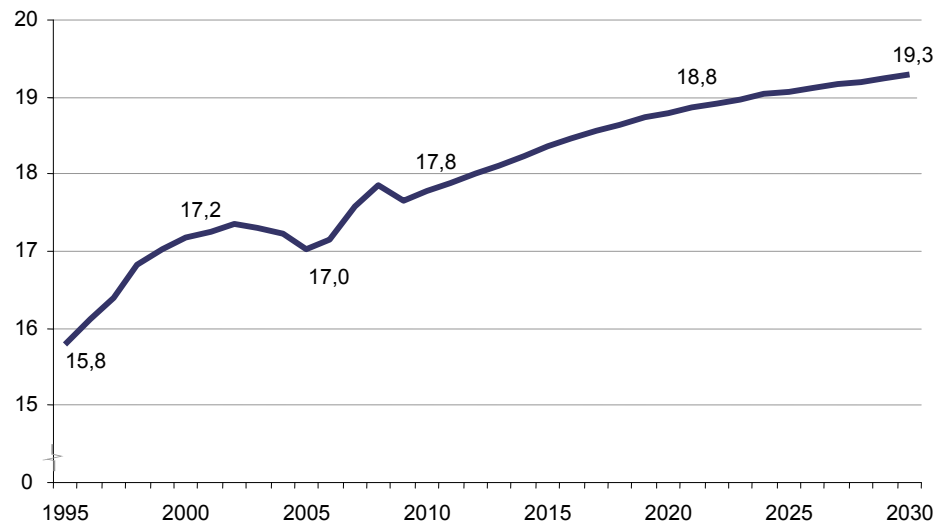
**Mehr Krankenhaus-
behandlungen
trotz sinkender
Bevölkerung**

7) Siehe Fries 1980.

8) Siehe Gruenberg 1977.

9) Siehe zur neueren Diskussion u. a. Kroll und Ziese 2009, Niehaus 2006 und Fetzer 2005.

Abbildung 2: Krankenhausfälle 1995 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)
in Millionen



Status-Quo-Szenario

Das Status-Quo-Szenario basiert auf der Überlegung, dass die Wahrscheinlichkeit, in Folge einer Erkrankung stationär behandelt zu werden, heute und in Zukunft allein vom Alter und vom Geschlecht abhängt. Für die Vorausberechnungen wurden die gegenwärtigen alters- und geschlechtsspezifischen Diagnosewahrscheinlichkeiten aus den Jahren 2006 bis 2008 (differenziert nach Fünfjahres-Altersgruppen und Diagnosearten) konstant gehalten und der vorausberechneten Bevölkerung zugrunde gelegt: Gibt es im Jahr 2030 z. B. mehr 70- bis unter 75-jährige Frauen, so steigt entsprechend die Anzahl der wegen Krebs stationär behandelten Frauen in dieser Altersgruppe.

Da wiederholte Krankenhausaufenthalte einer einzelnen Person mehrfach in die Statistik eingehen, basiert das Status-Quo-Modell nicht auf konstanten Diagnosewahrscheinlichkeiten sondern auf konstanten Diagnosefallquoten. Diese geben das Verhältnis von Diagnosefällen zur Anzahl der Personen einer bestimmten Altersgruppe und Geschlechts an. Es wird folglich unterstellt, dass zukünftig genauso viele Diagnosefälle auf 1 000 Einwohner einer bestimmten Altersgruppe und eines bestimmten Geschlechts kommen wie heute.

Das folgende Beispiel veranschaulicht den Rechenweg:

Im Jahr 2008 wurden laut Diagnosestatistik 115 000 Patientinnen im Alter von 70 bis unter 75 Jahren mit der Diagnose „Neubildungen“ stationär behandelt. Bezogen auf 2,4 Millionen Frauen dieser Altersgruppe errechnet sich daraus ein Verhältnis (Diagnosefallquote) von rund 0,05. Um die Anzahl der im Jahr 2030 mit der Diagnose „Neubildungen“ stationär behandelten 70- bis unter 75-jährigen Frauen zu ermitteln, wurde diese Diagnosefallquote mit der vorausberechneten Zahl der Frauen dieser Altersgruppe multipliziert.

Für Frauen und Männer verläuft diese Entwicklung unterschiedlich: Die Zahl der Krankenhausfälle bei Frauen dürfte unter den getroffenen Annahmen von 9,5 Millionen (2008) auf 9,9 Millionen (2030) ansteigen, bei Männern von 8,4 Millionen (2008) auf 9,4 Millionen (2030). Die Ursache für den deutlich stärkeren Anstieg bei Männern (12,3 %) gegenüber Frauen (4,2 %) ist die Kombination aus geschlechtsspezifischem Krankheitsrisiko und demografischer Entwicklung.

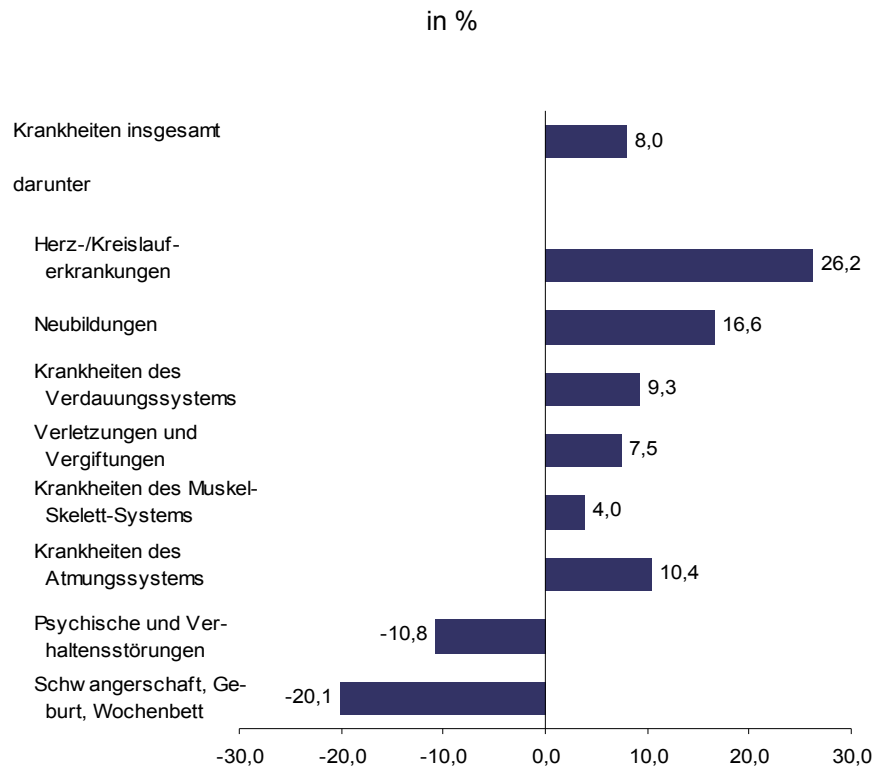
Bezogen auf die unterschiedlichen Diagnosen wurde bereits oben erläutert, dass ältere Menschen unter anderen Erkrankungen leiden als Jüngere. Durch die Alterung wird es demnach zu unterschiedlichen Entwicklungen bei den einzelnen Diagnosegruppen kommen (siehe Abbildung 3 und Tabelle 3). Aufgrund der angenommenen weiterhin niedrigen Geburtenrate ist ein Rückgang insbesondere bei den Krankenhausfällen, die durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bedingt sind, zu erwarten. Nach der hier erläuterten Modellrechnung könnte dieser Rückgang bei über 20 % liegen. Damit einhergehend dürften auch die Fälle sogenannter bestimmter Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode (das ist der Zeitraum zwischen der 24. Schwangerschaftswoche und dem 7. Tag nach der Geburt) haben, sowie die Fälle angeborener Fehlbildungen sinken.

Unterschiedliche Entwicklungen bei Diagnosearten

Bei mit zunehmendem Alter vermehrt auftretenden Krankheiten wird es dagegen deutliche Zuwächse geben. Sie sind wegen der hohen absoluten Fallzahl von großer Bedeutung. Dies trifft vor allem für Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems zu: Ihre Zahl wird voraussichtlich um über 26 % auf ca. 3,4 Millionen Fälle zunehmen. Eine ähnliche Entwicklung wird sich auch bei der zweitgrößten Gruppe der Diagnosen, den Neubildungen, zeigen: Ihre Zahl wird sich auf ca. 2,2 Millionen Fälle und damit um fast 17 % erhöhen.

Auch bei Demenzerkrankungen dürfte es zu einem deutlichen Anstieg der Fälle kommen. Krankenhausbehandlungen wegen Demenz fallen zurzeit jedoch in absoluten Zahlen kaum ins Gewicht (knapp 28 100 Fälle im Jahr 2008). Eine Zunahme Demenzkranker würde sich hauptsächlich im Bereich der häuslichen Betreuung und der Pflege auswirken.

Abbildung 3: Veränderung der Anzahl der Krankenhausfälle 2030 gegenüber 2008 nach zusammengefassten Diagnosearten (Status-Quo-Szenario)



Durch die zu erwartenden Änderungen im Diagnosespektrum rückt der Aspekt der Versorgung mit medizinischen Leistungen in Krankenhäusern in den Vordergrund. Die momentan angebotenen Kapazitäten in den einzelnen Fachabteilungen werden nach dieser Modellrechnung nicht mehr dem künftigen Bedarf gerecht. So werden beispielsweise im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe weniger Kapazitäten nachgefragt werden, während es in anderen Bereichen, wie z. B. der inneren Medizin, zu einem deutlichen Anstieg der Krankenhausfälle kommen wird.¹⁰⁾

Tabelle 3: Krankenhausfälle 2008, 2020 und 2030 nach zusammengefassten Diagnosegruppen (Status-Quo-Szenario)

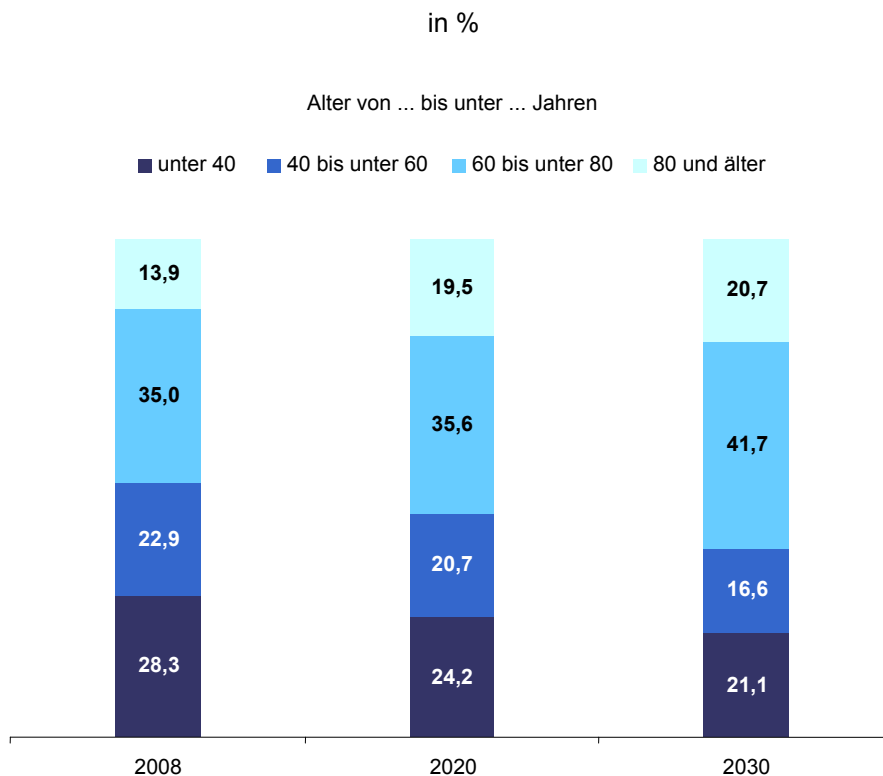
Krankenhausfälle	2008	2020	2030
	in 1 000		
Krankenhausfälle insgesamt	17 869	18 801	19 291
darunter			
Herz-/Kreislauf-erkrankungen	2 667	3 095	3 368
Neubildungen	1 853	2 049	2 160
Krankheiten des Verdauungssystems	1 772	1 878	1 936
Verletzungen und Vergiftungen	1 745	1 823	1 877
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	1 584	1 612	1 647
Krankheiten des Atmungssystems	1 083	1 155	1 196
Psychische und Verhaltensstörungen	1 124	1 050	1 002
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	934	851	747

10) Siehe Schulz 2000.

Die Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerung zugunsten älterer Menschen zeigt sich deutlich in der Verschiebung der Anteile der Krankenhausfälle nach einzelnen Altersgruppen. Demografisch bedingt wird es einen deutlichen Rückgang des Anteils der unter 40-jährigen Menschen an allen in Krankenhäusern behandelten Fällen geben. Gleiches gilt für die Gruppe der 40- bis 60-Jährigen bis zum Jahr 2030 (siehe Abbildung 4). Bis 2030 wird der Anteil der 60- bis unter 80-Jährigen dagegen deutlich auf fast 42 % anwachsen (2008: 35,0 %), wobei der Anstieg sich vor allem im Zeitraum 2020 bis 2030 vollzieht. Der auf die ab 80-Jährigen entfallende Anteil an Krankenhausfällen wird bereits bis 2020 deutlich (von 13,9 % in 2008 auf 19,5 % in 2020) und danach nur noch leicht auf 20,7 % steigen. Ursache für diese un stetigen Entwicklungen ist die wesentlich durch die geburtenschwachen Jahrgänge der Kriegs- und Nachkriegsjahre sowie die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und vor allem der 1960er-Jahre gekennzeichnete Bevölkerungsentwicklung.

2030 jeder fünfte Patient über 80 Jahre alt

Abbildung 4: Krankenhausfälle nach Altersgruppen (Status-Quo-Szenario)



Szenario „sinkende Behandlungsquote“

Während das Status-Quo-Szenario eher von einer Expansion der Krankheiten ausgeht, geht eine zweite, hier als das Szenario „sinkende Behandlungsquote“ bezeichnete Modellrechnung eher von einer Kompression des Krankheitsverlaufs aus. Hierbei wird unterstellt, dass es entsprechend der Erhöhung der Lebenserwartung ab dem 60. Lebensjahr auch zu einer Verschiebung des Zeitraums schwerer Erkrankungen kommt. Das bedeutet, dass die Menschen länger leben und sich dabei im Gegensatz zur Expansionsthese die Phase von schweren Krankheiten vor dem Tod nicht verlängert.

Annahme steigender Lebenserwartung und späterer Erkrankungen

Szenario „sinkende Behandlungsquote“

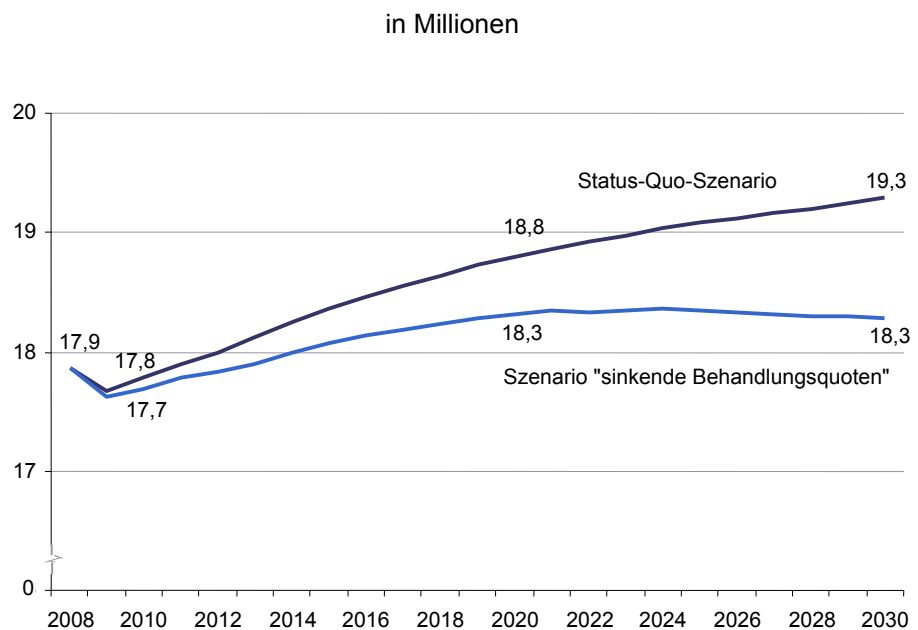
Diese Berechnungsvariante basiert auf der Überlegung, dass Menschen bei einer steigenden Lebenserwartung nicht nur länger, sondern auch länger gesund leben und schwere Krankheiten bzw. häufige Krankenhausbehandlungen erst in einem höheren Alter auftreten (Kompressionsthese). Um die zukünftige Zahl der Krankenhausbehandlungen zu ermitteln, werden die heutigen altersspezifischen Behandlungsquoten (Krankenhausfälle je Einwohner einer bestimmten Altersgruppe) entsprechend dem Anstieg der Lebenserwartung in höhere Altersgruppen „verschoben“. Diese Verschiebung wird nur für die Altersgruppe 60 Jahre und älter vorgenommen, da es ab diesem Alter zu einem deutlichen Anstieg altersspezifischer Krankenhausaufenthalte kommt.

0,4 bis 1,4 Millionen mehr Krankenhausbehandlungen 2030 als heute

Der Anstieg der Krankenhausfälle bis zum Jahr 2020 wird nach dem Szenario „sinkende Behandlungsquote“ im Vergleich zum Status-Quo-Szenario deutlich abgeschwächt (0,5 Millionen Fälle weniger). Im Gegensatz zum Status-Quo-Szenario wäre ab dem Jahr 2020 sogar mit annähernder Konstanz bis zum Jahr 2030 zu rechnen. Der Unterschied beider Modellrechnungen wächst bis zum Jahr 2030 auf über eine Million Fälle an. Betrachtet man die beiden Szenarien als Unter- bzw. Obergrenze der wahrscheinlichen Entwicklung, so liegt der Korridor der voraussichtlichen Krankenhausfälle im Jahr 2030 zwischen 18,3 und 19,3 Millionen Fällen.

Entsprechend groß werden die Unterschiede von Modellrechnungen hinsichtlich benötigter Krankenhauskapazitäten und der voraussichtlichen Kosten im Krankenhausbereich sein, je nachdem welche Annahmen getroffen werden.

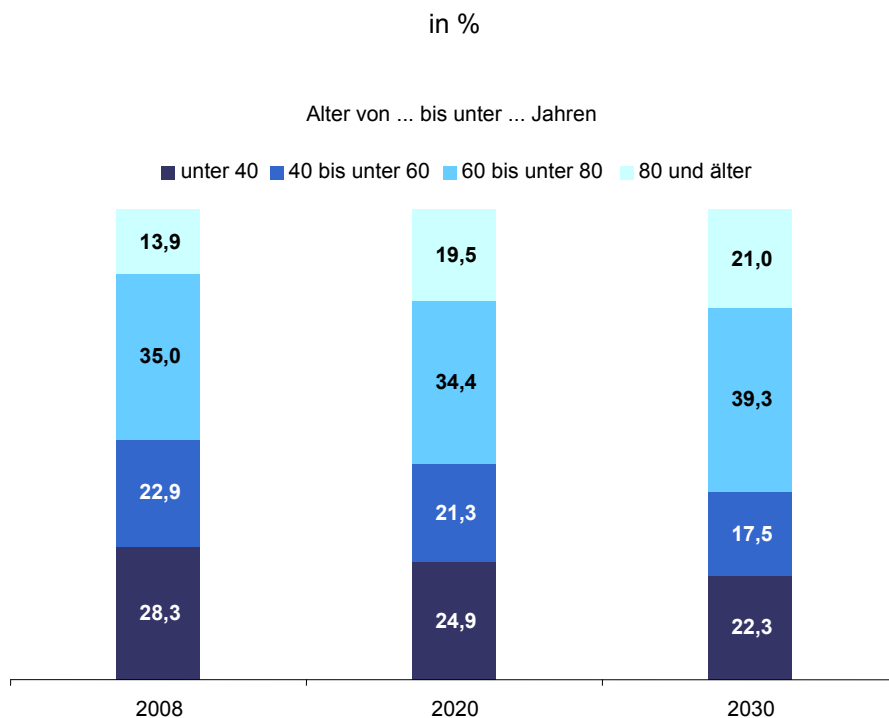
Abbildung 5: Krankenhausfälle bis 2030 - Vergleich zwischen dem Status-Quo-Szenario und dem Szenario „sinkende Behandlungsquoten“



Hinsichtlich der Entwicklung der Altersstruktur der Krankenhausfälle unterscheiden sich beide Varianten nur wenig (Abbildungen 4 und 6). Der Anstieg des Anteils 60- bis unter 80-Jähriger an den Krankenhausfällen bis zum Jahr 2030 fällt im optimistischen Szenario mit plus 4,3 Prozentpunkten im Vergleich zum Jahr 2008 schwächer aus als im Status-Quo-Szenario (plus knapp sieben Prozentpunkte). Der Rückgang des Anteils unter 40-Jähriger und 40- bis unter

60-Jähriger ist in dem Szenario „sinkende Behandlungsquote“ jeweils um etwa einen Prozentpunkt geringer als in dem Status-Quo-Szenario, wobei bei den unter 60-Jährigen die Absolutzahlen in beiden Szenarien identisch sind.

Abbildung 6: Krankenhausfälle nach Altersgruppen (Szenario “sinkende Behandlungsquoten“)

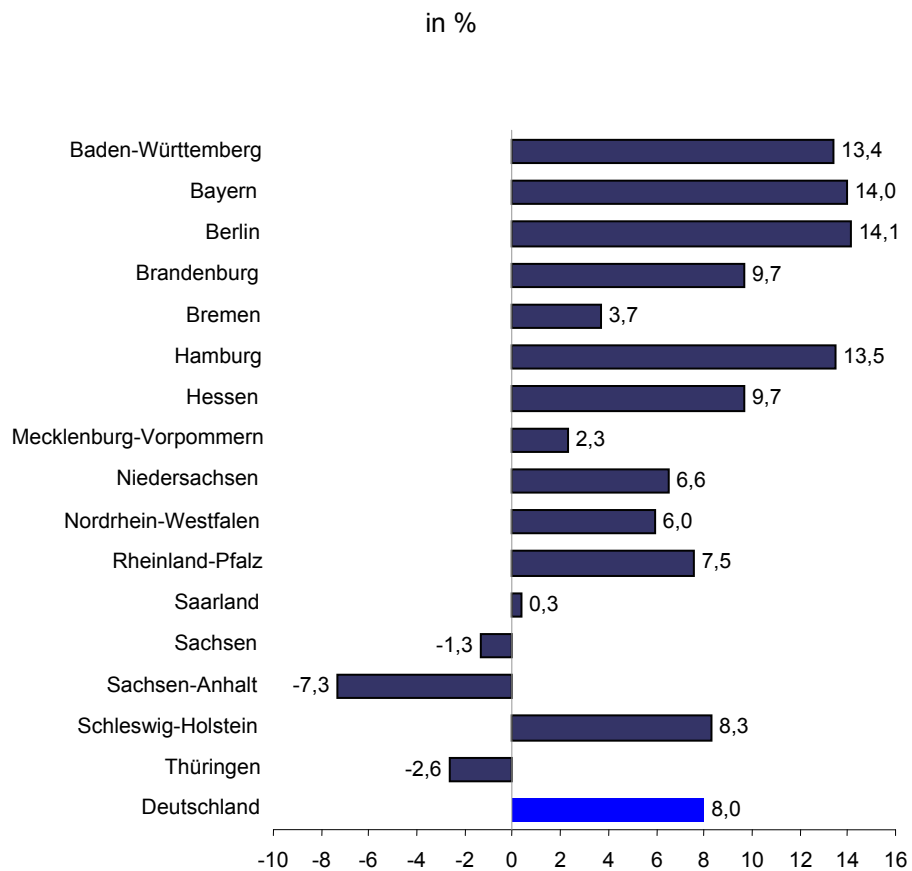


2.3 Entwicklung der Krankenhausbehandlungen in den Bundesländern bis 2030

Bei der Darstellung der Entwicklung der Krankenhausfälle in den Ländern bis 2030 wird nur das Status-Quo-Szenario betrachtet. Die Zahl der Krankenhausfälle nach einzelnen Bundesländern wird, neben den Auswirkungen durch die Unterschiede in der Altersstruktur, durch die unterschiedliche regionale Bevölkerungsentwicklung bestimmt. Der Rückgang der Krankenhausfälle in Sachsen-Anhalt erklärt sich aus dem bis 2030 zu erwartenden deutlichen Bevölkerungsrückgang. Die größten Zuwächse sind in Berlin und Bayern zu erwarten, deren Einwohnerzahl bis zum Jahr 2030 nach den Ergebnissen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung noch leicht ansteigen wird (siehe Abbildung 7).

Krankenhausfälle steigen in fast allen Bundesländern deutlich

Abbildung 7: Veränderung der Krankenhausfälle in den Bundesländern 2030 zu 2008 nach Status-Quo-Szenario



Länderspezifische Vorausberechnungen der Krankenhaufälle

Die Vorausberechnungen der Diagnosefälle nach Bundesländern erfolgen nach dem gleichen Prinzip wie die Berechnungen für Deutschland insgesamt mit dem Status-Quo-Modell. Grundlage sind nach Bundesländern differenzierte alters- und geschlechtsspezifische Diagnosefallquoten. Diese werden an die vorausberechnete Bevölkerung im Jahr 2030 in den jeweiligen Bundesländern nach Alter und Geschlecht angelegt.

Die Zuordnung der Patienten auf die Bundesländer erfolgt nach dem Wohnort (Wohnortprinzip), da die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung die Entwicklung der Bevölkerung mit Wohnsitz in dem jeweiligen Bundesland zeigt. Für die Ermittlung länderspezifischer Diagnosefallquoten werden die Patienten (Krankenhaufälle) mit Wohnsitz in einem Bundesland auf die jeweilige Bevölkerung des Landes bezogen.

Die vorausberechneten Ergebnisse nach Ländern zeigen, wie viele Krankenhaufälle in Zukunft voraussichtlich auf die Bevölkerung eines bestimmten Landes entfallen, und nicht, wie viele Krankenhaufälle zukünftig in den Krankenhäusern eines Bundeslandes behandelt werden. Die Ergebnisse können daher nicht unmittelbar im Hinblick auf den zukünftig benötigten Bedarf an Krankenhauskapazitäten in den Ländern interpretiert werden. Hierzu müssten die nach dem Wohnortprinzip für ein Land gezeigten Krankenhaufälle um Patienten aus anderen Ländern erhöht und um solche vermindert werden, die sich in einem anderen Bundesland behandeln lassen. Die zukünftige Entwicklung von Patientenbewegungen zwischen Ländern ist jedoch von vielen, kaum prognostizierbaren Faktoren abhängig und über längere Zeit nicht vorhersehbar. Auf entsprechende Analysen wurde daher verzichtet.

Unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Ländern sind, wie Tabelle 4 zeigt, auch bei den beiden Diagnosegruppen der Herz-/Kreislaufkrankungen sowie der Neubildungen zu erwarten. Im Vergleich der Jahre 2008 und 2030 reicht die Spannbreite der Veränderungsrate bei den Herz-/Kreislaufkrankungen von + 11,4 % in Sachsen-Anhalt bis zu + 37,9 % in Berlin. Ähnlich könnte es bis 2030 auch bei den Neubildungen aussehen: Hier liegt das Spektrum der Veränderungsrate zwischen + 1,1 % in Sachsen-Anhalt und + 26,3 % in Hamburg.

Für die Krankenhausplanung bedeutet dies, dass Änderungen im künftigen Bedarf an Einrichtungen und medizinischem Personal absehbar sind. Die Auswirkungen werden sich aber vermutlich nicht nur auf den Krankenhausbereich beschränken. Hier sei auch der Bereich der notärztlichen Versorgung genannt, der vor allem bei Herz-/Kreislaufkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall etc. eine wichtige Rolle spielt. Vor allem in den Flächenstaaten ist die Versorgung von akuten Herzinfarktpatienten aufgrund der teilweise langen Anfahrtswege schwierig. Von Bedeutung ist dies, weil die akuten Herzkrankheiten fast 30 % aller Herz-/Kreislaufkrankungen ausmachen und für über 40 % der aus dieser Diagnoseart resultierenden Todesfälle verantwortlich sind.

Tabelle 4: Krankenhausfälle 2008 und 2030 nach Bundesländern und zwei Diagnosegruppen (Status-Quo-Szenario)

Land	Insgesamt			Herz-/Kreislaufkrankungen			Neubildungen		
	2008	2030	Veränderung 2030 gegenüber 2008	2008	2030	Veränderung 2030 gegenüber 2008	2008	2030	Veränderung 2030 gegenüber 2008
	1 000	1 000	%	1 000	1 000	%	1 000	1 000	%
Baden- Württemberg	1 985	2 251	13,4	285	381	33,9	204	251	23,2
Bayern	2 693	3 070	14,0	381	505	32,8	267	330	23,5
Berlin	666	761	14,1	103	142	37,9	73	88	20,6
Brandenburg	613	672	9,7	99	133	34,1	70	87	23,4
Bremen	138	143	3,7	18	21	16,1	15	16	8,9
Hamburg	337	382	13,5	45	57	28,4	34	43	26,3
Hessen	1 286	1 410	9,7	188	241	28,3	133	157	18,3
Mecklenburg- Vorpommern	401	410	2,3	63	82	29,6	44	49	10,3
Niedersachsen	1 684	1 794	6,6	249	307	23,3	161	184	14,5
Nordrhein- Westfalen	4 159	4 408	6,0	633	771	21,8	427	486	13,9
Rheinland-Pfalz ...	935	1 005	7,5	142	175	23,8	96	111	16,1
Saarland	252	253	0,3	42	48	15,0	27	29	8,5
Sachsen	951	938	-1,3	143	168	18,0	113	118	4,8
Sachsen-Anhalt ...	608	564	-7,3	98	109	11,4	67	68	1,1
Schleswig-Holstein	599	648	8,3	88	112	27,4	60	69	15,5
Thüringen	564	549	-2,6	93	110	18,8	63	67	6,6
Deutschland	17 869	19 291	8,0	2 667	3 368	26,2	1 853	2 160	16,6

Teil 3 Pflegebedürftige heute und in Zukunft

Die Vorausberechnungen der Statistischen Ämter zeigen für die nächsten Jahrzehnte eine zunehmende Alterung der Bevölkerung in der Bundesrepublik.¹¹⁾ Im folgenden Beitrag wird ausgeführt, wie sich die ältere Bevölkerungsstruktur auf die zu erwartende Zahl der Pflegebedürftigen bei Bund und Ländern auswirken kann. Einleitend wird die bisherige Entwicklung bei den Pflegebedürftigen seit 1999 – dem Jahr der Einführung der Pflegestatistik – betrachtet und danach der grundsätzliche Zusammenhang von Alter und Pflegebedürftigkeit dargestellt.

3.1 Rückblick: Entwicklung der Pflegebedürftigen 1999 – 2007

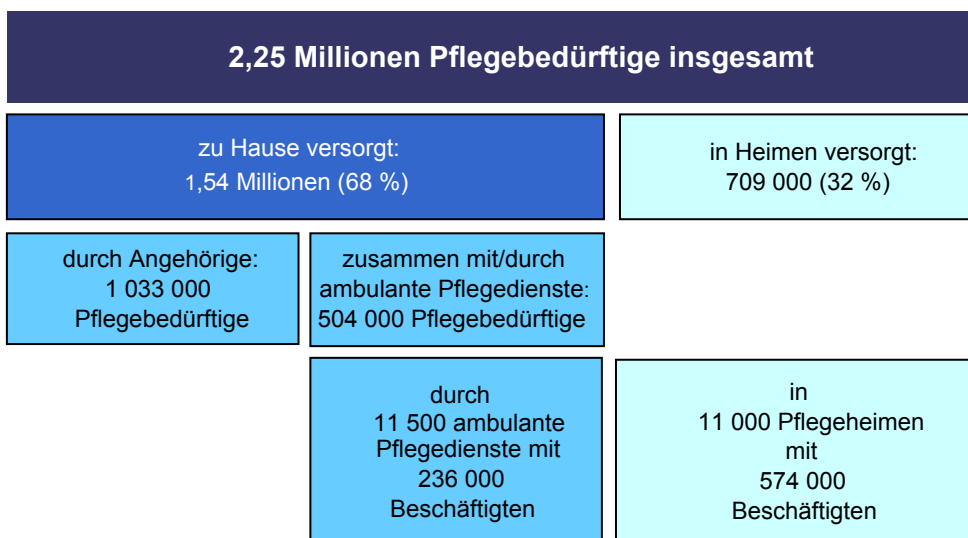
Im Dezember 2007 waren 2,25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Die Mehrheit (83 %) der Pflegebedürftigen war 65 Jahre und älter; ein gutes Drittel (35 %) 85 Jahre und älter. 68 % der Pflegebedürftigen waren Frauen.

Über zwei Millionen Pflegebedürftige

Mehr als zwei Drittel (68 % oder 1,54 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden im Dezember 2007 zu Hause versorgt. Davon erhielten 1 033 000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 504 000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 709 000 (32 %) Pflegebedürftige wurden in Pflegeheimen betreut.

Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt

Abbildung 8: Pflegebedürftige 2007 nach Versorgungsart



Seit Durchführung der Statistik war auf Bundesebene durchgängig eine Zunahme bei der Zahl der Pflegebedürftigen zu beobachten: Sie betrug im Jahr 1999 2,02 Millionen und stieg auf 2,25 Millionen im Jahr 2007 an. Der Anstieg von 1999 bis ins Jahr 2007 betrug somit rund 11 % bzw. 231 000 Pflegebedürftige – der stärkste Anstieg war dabei bei der letzten Erhebung im Jahr 2007 zu beobachten (118 000 Pflegebedürftige bzw. knapp 6 % gegenüber 2005). Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt hat dabei leicht von 2,5 auf 2,7 % zugenommen. Ein wichtiger Faktor für den Anstieg war die zunehmende Alterung der Bevölkerung. 1999 waren 2,9 Millionen Menschen in der Bundesrepublik 80 Jahre und älter. Im Jahr 2007 waren es dann 3,9 Millionen.

11) Siehe Fußnote 3.

Begriffserläuterungen zur Pflegestatistik

Erfassung als Pflegebedürftige

Erfasst werden Personen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB XI) erhalten. Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftige ist die Entscheidung der Pflegekassen bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschließlich Härtefällen).

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen (§ 14 SGB XI, Abs. 1).

... durch Angehörige versorgt

Hier werden die Pflegebedürftigen zugeordnet, die ausschließlich Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI erhalten.

... zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste versorgt

Hier werden die Pflegebedürftigen erfasst, die von einem nach SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen (einschließlich Kombinationsleistungen oder häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) erhalten. In der Regel erfolgt hierbei auch zusätzliche Pflege durch Angehörige.¹²⁾

... in Heimen versorgt

Hier werden die Pflegebedürftigen zugeordnet, die vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) oder teilstationäre Pflege (Tages-/Nachtpflege) durch die nach SGB XI zugelassenen Pflegeheime erhalten.

Pflegestufen

Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen (§ 15 SGB XI, Abs. 1): Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige), Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige), Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige).

Im langfristigen Zeitvergleich zeigt sich ein Trend hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste: So ist gegenüber 1999 die Zahl der in Heimen betreuten Pflegebedürftigen um rund 24 % (+ 136 000) und die Zahl der durch ambulante Dienste Versorgten um 21 % (+ 89 000) gestiegen, während die Pflege durch Angehörige, d. h. die Zahl der reinen Pflegegeldempfänger, um 1 % (+ 6 000) nur leicht zunahm. Durch diese Entwicklung sank auch der Anteil der zu Hause Versorgten von knapp 72 % im Jahr 1999 über 69 % (2003) auf gut 68 % im Jahr 2007.

Anteil der zu Hause Versorgten dabei rückläufig

Eine Ausnahme stellt dabei die Entwicklung von 2005 zu 2007 dar: Es zeigt sich hier kein eindeutiger Trend hin zur „professionellen“ Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste, da auch im Bereich der Pflegegeldempfänger/-innen entsprechend ein Wachstum zu verzeichnen ist. In diesem Zeitraum ist die Anzahl der in Heimen Versorgten um knapp 5 % (33 000) und die Anzahl der durch ambulante Dienste Betreuten um 7 % (33 000) gestiegen, während die „reinen“ Pflegegeldempfänger um gut 5 % (53 000) zunahm. Damit war der Anteil der zu Hause Versorgten im Jahr 2007 gegenüber 2005 nicht weiter rückläufig.

12) Dies zeigen z. B. auch die Untersuchungen von TNS Infratest. Siehe TNS Infratest 2003.

Die generelle Entwicklung zu mehr professioneller Pflege ist nur zu einem geringen Teil dadurch erklärbar, dass ältere Pflegebedürftige eher im Heim oder mit Unterstützung durch ambulante Dienste versorgt werden und die Altersstruktur der Pflegebedürftigen sich im Zeitablauf etwas hin zu den Älteren verschoben hat. Die Veränderung kann auch als Hinweis gedeutet werden, dass die Möglichkeiten zur familiären Pflege bereits rückläufig sind. Für die Zukunft wird häufig erwartet, dass die Möglichkeiten zur familiären Pflege, z. B. durch die zunehmende gesellschaftliche Mobilität und höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen, eingeschränkt werden. Momentan leisten die Töchter und Schwiegertöchter der Pflegebedürftigen, neben den Lebensgefährten, einen Hauptteil der familiären Pflege.¹³⁾

Bei der Verteilung der Pflegestufen zeigen sich ebenfalls Veränderungen im Zeitablauf: Hier hat die Pflegestufe I seit 1999 stetig an Bedeutung gewonnen: Während bei der ersten Durchführung der Statistik rund 46 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I zugeordnet waren, betrug der Anteil bei der Erhebung 2007 knapp 52 %. Eine Modellrechnung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zeigt, dass ein Faktor für diesen Anstieg die längere Verweildauer der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I im Vergleich mit den anderen Stufen sein kann.¹⁴⁾ Andere Untersuchungen weisen allerdings darauf hin, dass auch bei den Erstbegutachtungen weiterhin Zunahmen bei den Anteilen der Pflegestufe I feststellbar sind.¹⁵⁾

Zunehmender Anteil der Pflegestufe I

Die Entwicklungen in den einzelnen Ländern zeigen zum Teil deutliche Unterschiede (siehe Abbildung 9):

Der stärkste Anstieg bei der Anzahl der Pflegebedürftigen ist von 1999 bis 2007 in Brandenburg (32 %) und Mecklenburg-Vorpommern (25 %) zu verzeichnen.¹⁶⁾ Das Wachstum ist dabei wiederum zu einem guten Teil durch die Alterung der Bevölkerung erklärbar.

Stärkster Anstieg bei Pflegebedürftigen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

Zuordnung der Pflegebedürftigen nach Ländern

Die regionale Zuordnung erfolgt bei den Pflegebedürftigen, die von einer stationären bzw. ambulanten Einrichtung versorgt werden, entsprechend der Adresse der Einrichtung. Es kann hierdurch zu folgendem Effekt kommen: Ein ambulanter Pflegedienst kann auch Pflegebedürftige versorgen, die in einem benachbarten Bundesland wohnen. Diese Pflegebedürftigen werden dann abweichend zu dem Wohnsitz dem Bundesland zugeordnet, in dem der ambulante Pflegedienst seine Adresse hat. Bezogen auf die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen dürften diese Fälle jedoch eher von geringer Bedeutung sein. Bei stationär versorgten Pflegebedürftigen entspricht der Versorgungsort in der Regel dem Wohnort. Im Vorfeld der stationären Pflege kann es jedoch zu einem Umzug von einem in ein anderes Bundesland kommen.

Nur geringes Wachstum war von 1999 bis 2007 in Hamburg (+ 3 %) und Schleswig-Holstein (+ 4 %) feststellbar.

13) Vgl. z. B. Blinkert und Klie 2004 oder Rothgang 2004. Auf einen langfristigen positiven demografischen Effekt für die familiäre Pflege weisen z. B. Doblhammer und andere 2006 hin. Nach ihren Ergebnissen wird der Anteil von Pflegebedürftigen ohne Partner und Kind bis ins Jahr 2030 zurückgehen. Weitere Quellen zum Thema familiäre Pflege bietet auch die Fußnote 29.

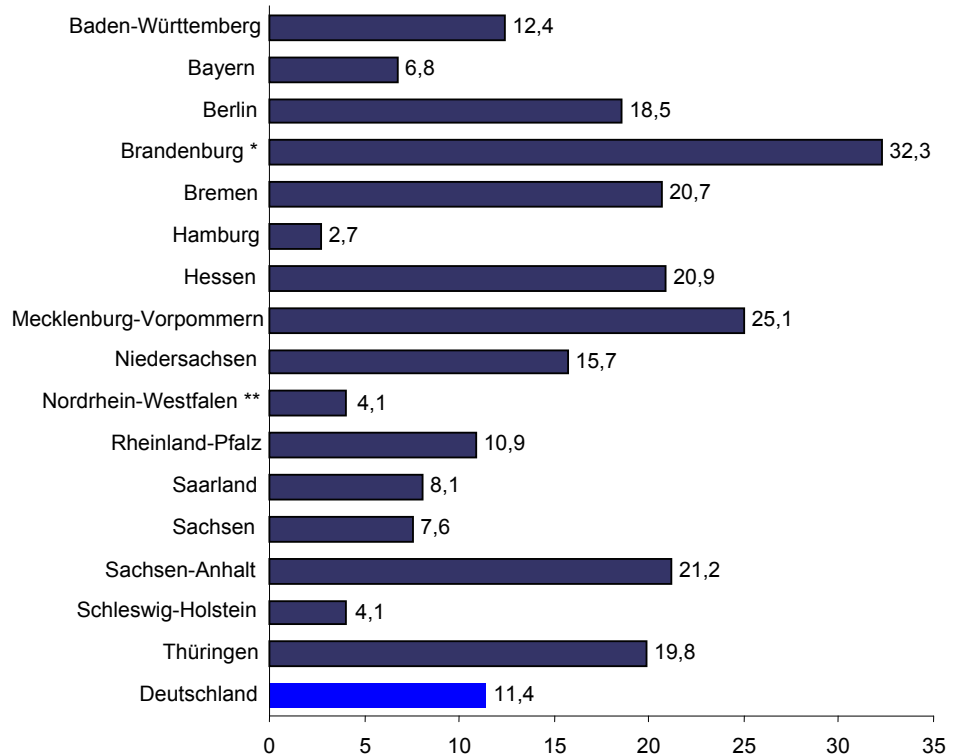
14) Vgl. Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2007.

15) Vgl. Rothgang et al 2009 (S. 79 ff.) oder Hackmann und Moog 2008a (S. 6 f.): Zum Thema siehe auch Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2006 (S. 11 f).

16) Der Wert für Brandenburg ist allerdings nur eingeschränkt im Zeitablauf vergleichbar. Siehe methodische Hinweise in Abbildung 9.

Abbildung 9: Veränderung der Anzahl der Pflegebedürftigen 2007 gegenüber 1999

in %



* Die Daten für das Land Brandenburg sind nur eingeschränkt vergleichbar. Ursache ist eine Fehlerbereinigung im Jahr 2007 im Bestand der Pflegegeldempfänger/-innen einer Krankenkasse (zuvor lag dort eine Untererfassung vor). Das Ausmaß dieser Untererfassung bei den Pflegegeldempfängern/-innen lässt sich nur grob anhand von Angaben der Kasse abschätzen: es ist allerdings von weniger als 5 000 Fällen auszugehen.

** Die zeitliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse für Nordrhein-Westfalen ist ebenfalls durch eine Bereinigung im Bestand der Pflegekasse in Höhe von rund 13 000 Pflegegeldempfängern im Jahr 2003 eingeschränkt. Die entsprechend bereinigte Veränderungsrate von 1999 bis 2007 dürfte bei ungefähr + 7 % liegen.

Höchste Bedeutung der Heime in Schleswig-Holstein ...

Auch bei den Versorgungsstrukturen zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: Die stärkste Bedeutung hat die Pflege in Heimen in Schleswig-Holstein: 40 % aller Pflegebedürftigen wurden dort stationär versorgt. In Brandenburg und in Hessen wurden hingegen nur rund 25 % der Pflegebedürftigen in Heimen betreut. In Deutschland insgesamt waren es 32 %.

... geringste Bedeutung in Brandenburg und Hessen

Der relativ geringe Anteil der Pflege in Heimen in Hessen lässt sich insbesondere durch die hohe Bedeutung der Angehörigenpflege erklären: In Hessen wurden 54 % der Pflegebedürftigen allein durch Angehörige versorgt. Der Vergleichswert für Deutschland beträgt 46 %. In Brandenburg ist die starke Bedeutung der ambulanten Pflegedienste auffallend: Von ihnen wurden 27 % der Pflegebedürftigen versorgt – der Bundesdurchschnitt beträgt 22 %.

3.2 Altersspezifische Pflegequoten im Dezember 2007

Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5 %) pflegebedürftig war ...

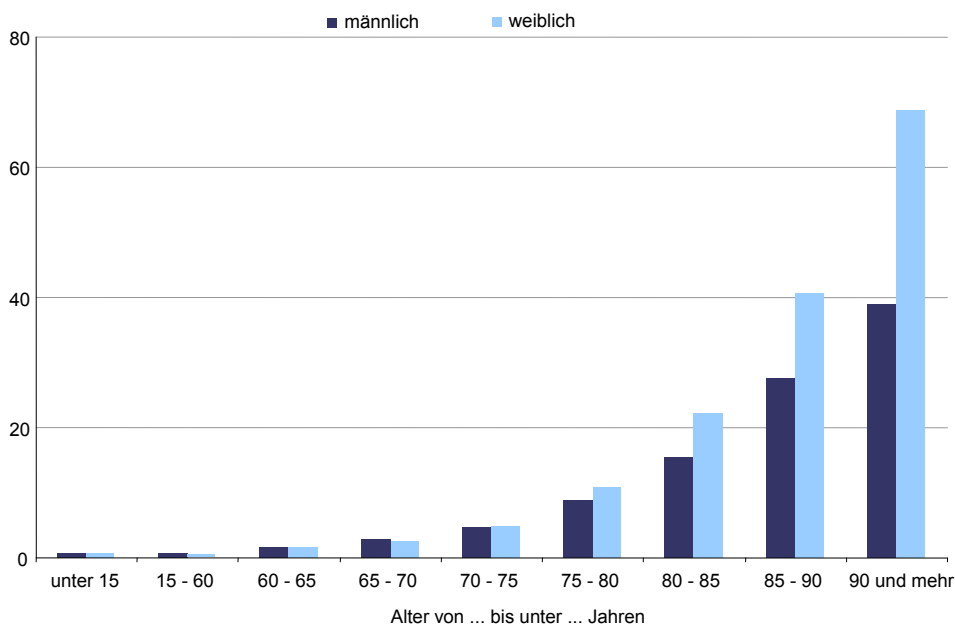
Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig (siehe Abbildung 10). Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5 %) pflegebedürftig war, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug dabei 62 %. Auffallend ist, dass Frauen etwa ab dem 80. Lebensjahr eine

deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig waren – als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z. B. bei den 85- bis unter 90-jährigen Frauen die Pflegequote 41 %, bei den Männern gleichen Alters hingegen lediglich 28 %. Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und Männern kann ein Faktor für diesen Verlauf der Pflegequoten auch das differierende Antragsverhalten bei Männern und Frauen sein: Ältere Frauen leben häufiger alleine. Bei Pflegebedarf kann schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen, während die pflegebedürftigen Männer häufig z. B. zuerst von ihren Frauen versorgt werden. Entsprechend wird zunächst auf eine Antragstellung verzichtet.¹⁷⁾

... waren es bei den 90-Jährigen und Älteren 62 %

Abbildung 10: Pflegequoten 2007 nach Alter und Geschlecht

in %



Die Pflegequoten variieren zwischen den einzelnen Bundesländern: Sie sind dabei bei den Älteren in Baden-Württemberg häufig am niedrigsten. Dort beträgt z. B. der Anteil der Pflegebedürftigen bei den 85- bis unter 90-Jährigen knapp 32 %. Auch Hamburg hat in dieser Altersgruppe eine Quote von rund 32 %. Die höchsten Werte liegen hingegen in Mecklenburg-Vorpommern (49 %) und Brandenburg (50 %) – also im Nordosten Deutschlands – vor: Hier sind die Menschen im Alter eher pflegebedürftig als im Bundesdurchschnitt.

Pflegequote im Alter: Niedrige Werte in Baden-Württemberg und Hamburg

Auch beim Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt bestehen – bedingt durch die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen der Bevölkerung sowie die differierenden Pflegequoten – Unterschiede. Die Höchstwerte mit rund 3,4 % weisen Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg sowie Sachsen-Anhalt mit 3,3 % auf. Der Anteil in Baden-Württemberg betrug hingegen lediglich 2,2 %.

17) Vgl. hierzu auch Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2005. Hoffmann und Nachtmann 2007 (S. 11 f.) geben einen Überblick über verschiedene Einflussfaktoren. Zudem bestehen – aufgrund der nun länger zurückliegenden letzten Volkszählung – gewisse Unsicherheiten bei den Bevölkerungsdaten zu den hochaltrigen Männern. Somit ist es möglich, dass die Quoten bei den hochaltrigen Männern relativ etwas stärker unterschätzt sind.

3.3 Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland und in den Bundesländern bis 2030 (Status-Quo-Szenario)

Status-Quo-Ansatz mit konstanten Pflegequoten

Die folgenden Berechnungen beruhen auf einem einfachen Modell: Die Vorausberechnung überträgt dabei den momentanen Status-Quo der Pflegequoten auf die veränderte Bevölkerungsstruktur in den Jahren bis 2030 (bzw. in Abschnitt 3.4 bis 2050). Dies geschieht getrennt nach Geschlecht und geschichtet nach 5-Jahres-Altersgruppen basierend auf den Jahren 2005 und 2007. Zur Abbildung der veränderten Bevölkerungsstruktur wird die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes verwendet (und zwar die Variante „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“).¹⁸⁾

Status-Quo-Szenario: Beispielrechnung

In den Jahren 2005 und 2007 waren im Mittel 27,8 % der 85- bis unter 90-jährigen Männer und 41,8 % der Frauen in diesem Alter in Hessen pflegebedürftig. Die Bevölkerungsvorausberechnung geht für das Jahr 2030 von 55 900 Männern und 84 500 Frauen aus, die 85 bis unter 90 Jahre alt sind. Für die Zahl der Pflegebedürftigen von 85 bis unter 90 Jahren im Jahr 2030 ergibt sich für Hessen: $(27,8 \% \times 55\,900) + (41,8 \% \times 84\,500) = \text{rund } 50\,900$ Pflegebedürftige. Die Summe für Hessen ergibt sich dann durch Aufaddierung der einzelnen Altersgruppen. Entsprechend wird für die anderen Länder und den Bund vorgegangen.

Zur Berechnung der Pflegequoten in den Basisjahren wird bei den ab 90-Jährigen – wie auch bei der Bevölkerungsvorausberechnung – eine bereinigte Bevölkerungszahl genutzt. Hierdurch ergeben sich für diese Altersgruppen Abweichungen zu den Ergebnissen der Bevölkerungsfortschreibung.

Die Berechnungen basieren – wie erwähnt – auf konstanten Pflegequoten. Entsprechend wird hier u. a. von möglichem medizinisch-technischem Fortschritt in diesem Bereich abstrahiert. Demzufolge wird im Rahmen dieses Modells auch davon ausgegangen, dass die zu erwartende Zunahme der Lebenserwartung auf die Pflegequoten in den Altersgruppen keine Auswirkungen haben wird. Unklar ist, ob zukünftig verbesserte Diagnose-, Therapie- und Rehamöglichkeiten dazu beitragen, dass sich der Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Zuge der steigenden Lebenserwartung nach hinten verschiebt oder ein längeres Leben nur dazu führt, dass mehr Jahre in Pflegebedürftigkeit verbracht werden.¹⁹⁾

Insgesamt ist der Verlauf der maßgeblichen Einflussgrößen (auch der Bevölkerungsstruktur) mit zunehmendem Abstand vom Basiszeitpunkt immer schwerer vorhersehbar, von daher hat insbesondere die langfristige Rechnung bis 2030 bzw. 2050 Modellcharakter. Sie zeigt, wie sich unter den getroffenen Annahmen die Zahl der Pflegebedürftigen entwickeln wird.

Bei der Vorausberechnung erfolgt keine Differenzierung der Daten nach Versorgungsarten. Dies unterbleibt, da wichtige Faktoren wie das Potenzial an familiärer Unterstützung, die Einfluss auf das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Pflege haben, in einem einfachen Modell nur schwer darstellbar sind. Auch auf eine Aufteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen wird verzichtet, da bereits die bisherige Entwicklung hin zur Pflegestufe I mit diesem einfachen altersabhängigen Status-Quo-Ansatz kaum darstellbar ist.

18) Siehe Fußnote 3.

19) Vgl. zu dieser Diskussion insbesondere zum Thema Pflegebedürftigkeit z. B. Dietz 2002, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2001 und Schnabel 2007 sowie Rothgang 2007. Einen aktuelleren Überblick über empirische Ergebnisse geben z. B. Hackmann und Moog 2008a.

Definitionsgemäß werden zudem Menschen mit einem Hilfebedarf unter- oder außerhalb der Leistungsansprüche nach den Pflegestufen des SGB XI nicht in den Berechnungen berücksichtigt. Infratest ermittelte in Stichprobenerhebungen eine Anzahl von weiteren rund drei Millionen Personen mit einem vorrangig häuslichen Hilfebedarf in privaten Haushalten, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. In Heimen wohnen zudem rund 45 000 Personen der sogenannten Pflegestufe 0.²⁰⁾

Zudem basiert die Vorausberechnung auf der bestehenden Definition von Pflegebedürftigkeit. Mögliche Änderungen in der Definition bzw. den entsprechenden gesetzlichen Grundlagen werden in der Modellrechnung nicht berücksichtigt.²¹⁾ Auch werden - wie erwähnt - nur die Pflegebedürftigen entsprechend den Pflegestufen des SGB XI in die Berechnungen einbezogen. Von daher wird auf die Entwicklung der Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (z. B. aufgrund einer Demenz) nach § 45a SGB XI nicht eingegangen.²²⁾

Exkurs: Abnehmende Pflegequoten von 1999 bis 2007?

Die Bewertung, ob eine Abnahme der Pflegequoten in den einzelnen Altersgruppen – also des Risikos pflegebedürftig zu sein – von 1999 bis 2007 feststellbar ist, erfolgt anhand einer altersstandardisierten Zahl der Pflegebedürftigen für die jeweiligen Jahre. Bei der Altersstandardisierung werden die Pflegequoten nach Alter und Geschlecht getrennt auf die Bevölkerungsstruktur des Jahres 1999 übertragen. Man erhält so einen Vergleichsmaßstab, ob das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit – unabhängig von Änderungen in der Bevölkerungszusammensetzung – angestiegen ist oder auch nicht.

Betrachtet man die bisherigen Ergebnisse der Pflegestatistik, so ist bei der altersstandardisierten Zahl der Pflegebedürftigen für Deutschland von 1999 bis 2007 ein leichter Rückgang feststellbar. Dies ist in der Summe auf einen leichten Rückgang der Pflegequoten in den jeweiligen Altersgruppen zurückzuführen. Für Deutschland betrug die altersstandardisierte Zahl der Pflegebedürftigen (berechnet anhand der Bevölkerungsstruktur von 1999 mit 5-Jahres-Altersgruppen) im Jahr 1999: 2,02 Millionen, 2001: 1,98 Millionen, 2003: 1,98 Millionen, 2005: 1,93 Millionen. 2007 betrug der Wert 1,97 Millionen. Der Rückgang entspricht somit 2 % von 1999 bis 2007. (Berücksichtigt man leichte Bereinigungseffekte²³⁾ bei der Durchführung der Pflegestatistik, so beträgt der Rückgang vermutlich eher 1 %.) Ob sich diese insgesamt etwas rückläufige Entwicklung fortsetzt, werden die nächsten Erhebungen zeigen.

Für die nächsten Jahre ist im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft auch ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen wahrscheinlich. Nach den Ergebnissen dieser Vorausberechnung dürfte die Zahl von 2,25 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2007 auf 2,65 Millionen im Jahr 2015 steigen. Im Jahr 2020 sind 2,90 Millionen Pflegebedürftige und im Jahr 2030 etwa 3,37 Millionen Pflegebedürftige zu erwarten (siehe Abbildung 11). Die Zahl der Pflegebedürftigen wird unter Zugrundelegung des Status-Quo-Modells zwischen den Jahren 2007 und 2020 um knapp ein Drittel (29 %) ansteigen; von 2007 bis 2030 um 50 %. Die Zunahme fällt dabei bis zum Jahr 2030 bei den Männern mit 65 % höher als bei den Frauen

Anstieg bis 2020 um ein Drittel, bis 2030 um die Hälfte

20) Vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2003 und 2006.

21) Vorschläge für eine mögliche Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind dem „Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Bundesministerium für Gesundheit 2009) entnehmbar. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit wird darin als zu eng und zu verrichtungsbezogen diskutiert. Besonders der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, der etwa bei demenzkranken Menschen häufig auftritt, werde bisher zu wenig berücksichtigt.

22) Basisdaten zu dieser Personengruppe bietet der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2009.

23) Ein Teil des Rückgangs ist durch eine Bereinigung im Bestand einer Pflegekasse in Höhe von rund 13 000 (hier nicht standardisiert) Pflegebedürftigen erklärbar. Auch war die Zahl der Fälle ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe für 1999 vermutlich leicht (rund 10 000 Fälle) überhöht. Zu einem leichten Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führte hingegen eine geringe Bereinigung für Brandenburg bei der Erhebung 2007 (siehe auch Hinweis in Abbildung 9).

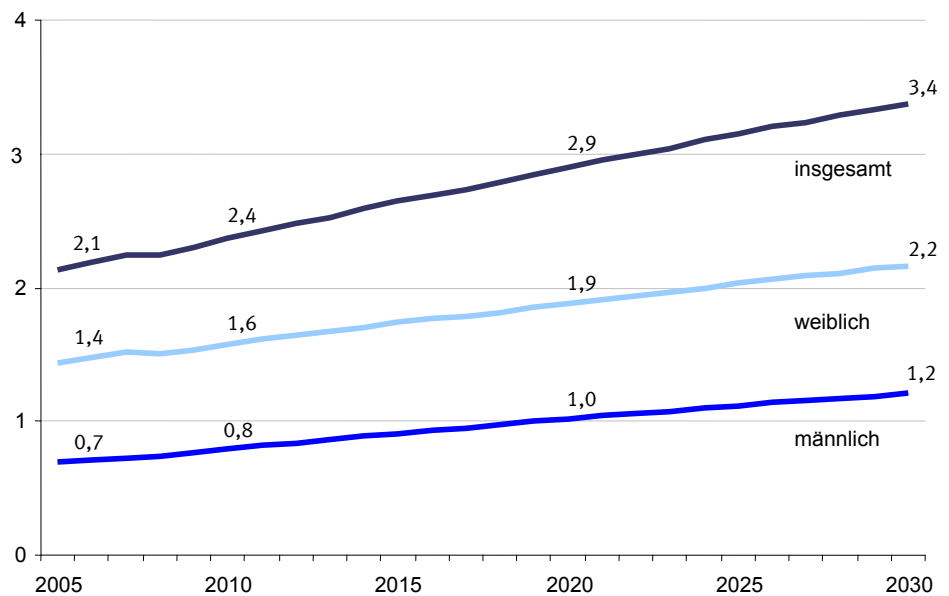
(43 %) aus.²⁴⁾ Gleichzeitig wird der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunehmen: Der Anteil beträgt heute 2,7 % und wird bis 2020 auf 3,6 % und bis zum Jahr 2030 auf 4,4 % ansteigen.

Anteil der 85-Jährigen und Älteren nimmt zu

Aufgrund der demografischen Entwicklung sind deutliche Verschiebungen bei den Altersstrukturen zu erwarten: Während im Jahr 2007 rund 35 % der Pflegebedürftigen 85 Jahre und älter waren, beträgt dieser Anteil im Jahr 2020 rund 41 % und 2030 circa 48 %. Hingegen verliert die Gruppe der unter 60-Jährigen an Bedeutung: Deren Anteil an den Pflegebedürftigen nimmt von 14 % im Jahr 2007 auf 10 % im Jahr 2020 und gut 7 % im Jahr 2030 ab.

Abbildung 11: Pflegebedürftige in Deutschland von 2005 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)

in Millionen



Starke Zunahme in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern erwartet

Bis in das Jahr 2020 dürfte die Zahl der Pflegebedürftigen am stärksten in Brandenburg (+ 46 %) und in Mecklenburg-Vorpommern (+ 43 %) ansteigen. Die anderen Länder verzeichnen bis dahin deutlich niedrigere Zuwachsraten: Das niedrigste Wachstum wird für die Stadtstaaten Hamburg und Bremen mit 18 bzw. 19 % ermittelt. Der Wert für Deutschland beträgt 29 % (siehe Tabelle 5).

Von 2007 bis zum Jahr 2030 ist wiederum die höchste Zunahme in Brandenburg (+ 72 %) zu erwarten. Danach folgen Berlin (+ 66 %) und Mecklenburg-Vorpommern (+ 63 %). Niedrige Wachstumsraten weisen auch in dieser langfristigen Perspektive die Stadtstaaten Bremen (+ 34 %) und Hamburg (+ 38 %) sowie das Saarland (+ 35 %) auf.

24) Eine Erklärung für den stärkeren Anstieg bei den Männern ist, dass für die Männer in der Bevölkerungsvorausberechnung eine stärkere Zunahme der Lebenserwartung angenommen wird. Zudem waren im Vergleichsjahr 2007 auch kriegsbedingt relativ weniger Männer unter den Hochaltrigen.

Tabelle 5: Pflegebedürftige 2007 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)

Land	Pflegebedürftige am Jahresende						
	2007	2015	Veränderung 2015 gegenüber 2007	2020	Veränderung 2020 gegenüber 2007	2030	Veränderung 2030 gegenüber 2007
	1 000	1 000	%	1 000	%	1 000	%
Baden-Württemberg	237	284	20,0	315	32,9	374	57,8
Bayern	314	374	18,9	411	30,9	486	54,7
Berlin	96	115	20,0	130	36,0	159	66,0
Brandenburg	85	107	25,4	124	45,5	146	71,6
Bremen	21	23	12,1	25	18,9	28	34,2
Hamburg	43	48	10,3	51	18,3	60	38,3
Hessen	176	203	15,3	221	25,6	259	47,5
Mecklenburg-Vorpommern	57	72	26,0	82	43,2	93	63,5
Niedersachsen	242	279	15,3	305	26,1	353	45,7
Nordrhein-Westfalen	485	563	16,2	610	25,8	693	43,0
Rheinland-Pfalz	102	120	16,8	129	26,4	149	45,1
Saarland	29	34	15,1	36	22,3	40	34,8
Sachsen	127	153	20,0	168	32,5	191	50,2
Sachsen-Anhalt	81	96	18,9	105	30,2	117	45,3
Schleswig-Holstein	79	94	18,3	104	31,7	123	55,8
Thüringen	72	86	19,4	95	31,8	109	50,3
Deutschland	2 247	2 645	17,7	2 905	29,3	3 371	50,0

3.4 Pflegebedürftige in Deutschland: Ein Ausblick bis ins Jahr 2050 (Szenarien „sinkende Pflegequoten“ und „Status Quo“ im Vergleich)

In dem eher optimistischen Szenario „sinkende Pflegequote“ wird davon ausgegangen, dass durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes in den jeweiligen Altersgruppen z. B. in Folge von medizinisch-technischem Fortschritt und/oder einer gesünderen Lebensweise auch das Pflegerisiko in den Altersgruppen abnimmt. Als Orientierungsgröße gilt dabei die erwartete Zunahme der Lebenserwartung im jeweiligen Alter. Es erfolgt daher eine Verschiebung des Pflegerisikos in ein höheres Alter entsprechend der steigenden Lebenserwartung.

**Annahme:
Pflegerisiko sinkt
durch bessere
Gesundheit**

Die Berechnungen erfolgen nun bis in das Jahr 2050, um so auch sehr langfristige demografische Entwicklungen zu skizzieren. Nochmals betont werden muss, dass die Berechnungen Modellcharakter haben. Sie zeigen, wie sich unter den getroffenen Annahmen die Zahl der Pflegebedürftigen entwickeln wird. Dabei ist bei langfristigen Prognosen der Verlauf der maßgeblichen Einflussgrößen wie der Bevölkerungsstruktur und des Pflegerisikos natürlich immer schwerer vorhersehbar.

Szenario „sinkende Pflegequoten“

In diesem Szenario wird unterstellt, dass sich die Pflegebedürftigkeit mit steigender Lebenserwartung in ein höheres Alter verlagert. Um die Zahl der Pflegebedürftigen vorauszuberechnen, werden die altersspezifischen Pflegequoten getrennt für beide Geschlechter entsprechend der gestiegenen Restlebenserwartung in höhere Altersklassen verschoben.

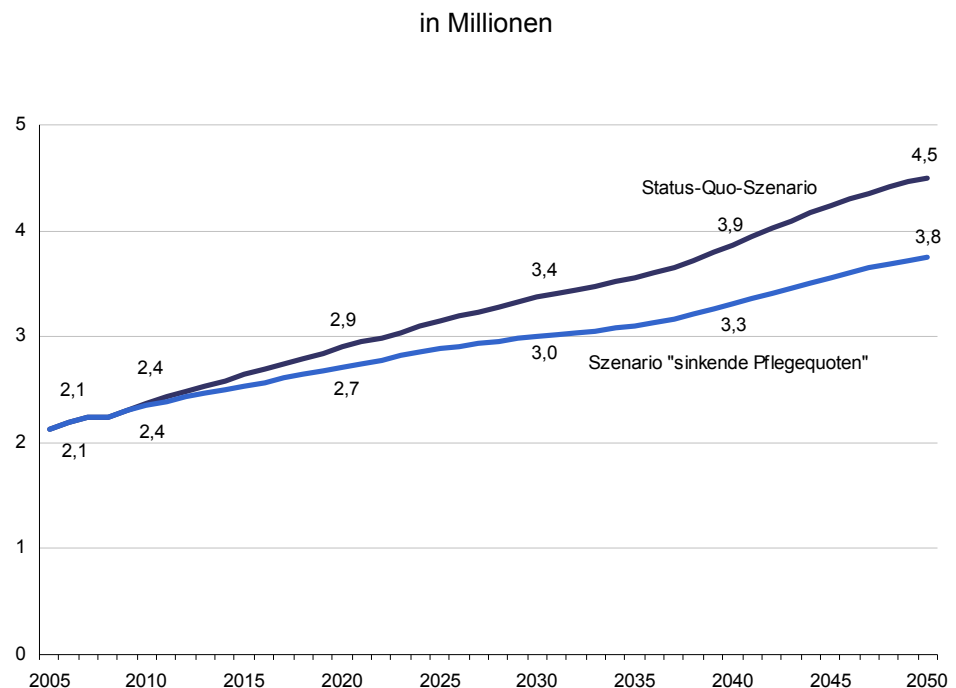
Das Szenario „sinkende Pflegequoten“ führt generell zu einem Dämpfungseffekt – allerdings steigt auch bei diesem Szenario die Zahl der Pflegebedürftigen. Demnach werden für das Jahr 2020 etwa 2,72 Millionen Pflegebedürftige, für 2030 ca. 3,0 Millionen erwartet und für das Jahr 2050 dann 3,76 Millionen (siehe Abbildung 12). Der Anstieg beträgt somit 21 % bis 2020, 33 % bis 2030 und bis 2050 dann 67 % gegenüber den 2,25 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2007.

Zum Vergleich wurde im Status-Quo-Szenario ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf 2,90 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2020 und 3,37 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2030 errechnet. Im Jahr 2050 sind dann 4,50 Millionen möglich. Die Zahl der Pflegebedürftigen hätte sich bis dahin verdoppelt: der Anstieg läge also bei 100 %.

Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung liegt im Szenario „sinkende Pflegequote“ entsprechend mit 3,4 % im Jahr 2020 und 3,9 % im Jahr 2030 etwas niedriger als im Status-Quo-Szenario: Dort sind es 3,6 % im Jahr 2020 und 4,4 % im Jahr 2030. Im Status-Quo-Szenario wären im Jahr 2050 dann 6,5 % der Gesamtbevölkerung pflegebedürftig, im Szenario „sinkende Pflegequote“ 5,4 %.

Der Anteil der 85-jährigen und älteren Pflegebedürftigen an den Pflegebedürftigen insgesamt ist hingegen etwas höher als in dem Status-Quo-Szenario (2020: jeweils rund 41 %, 2030: 50 % zu 48 % im Status-Quo-Szenario, 2050: 63 % zu 59 %).

Abbildung 12: Pflegebedürftige insgesamt in Deutschland von 2005 bis 2050 – Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario „sinkende Pflegequote“



3.5 Hinweise auf weitere Vorausberechnungen

In den letzten Jahren wurden einige Vorausberechnungen zu den Pflegebedürftigen veröffentlicht, die im Detail der Methodik und der Datengrundlage unterschiedlich sind. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sei auf folgende Veröffentlichungen kurz hingewiesen:

- Eine Vorausberechnung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) wurde bereits im Jahr 2001 veröffentlicht.²⁵⁾ Bei den Berechnungen wurden andere Grunddaten als in diesem vorliegenden Bericht verwendet. So werden zu den Pflegebedürftigen die Daten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung genutzt. Diese liegen bei den Fallzahlen – unter anderem aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethodik – etwas niedriger als die Daten der Pflegestatistik.²⁶⁾ Zudem wurde als Bevölkerungsvorausschätzung die des DIW aus dem Jahr 1999 gewählt.
Grundsätzlich erfolgte auch diese Vorausberechnung anhand eines Status-Quo-Ansatzes, und zwar basierend auf dem Jahr 1999.
Die Berechnungen ermitteln einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von 1,9 Millionen im Jahr 1999 auf 2,9 Millionen im Jahr 2020. Die Vorausschätzung erfolgte auch für die Versorgungsarten (stationär und ambulant).
- Von der Kommission zur „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ wurden im Jahr 2003 Prognosen zu den Pflegedürftigen veröffentlicht (Rürup-Bericht).²⁷⁾ Für diese Berechnungen wurden nur die Daten der gesetzlich in der sozialen Pflegeversicherung Versicherten einbezogen – die privat Versicherten wurden somit nicht berücksichtigt. Die Bevölkerungsentwicklung beruht auf den im dortigen Bericht getroffenen Annahmen. Das Grundmodell zur Ermittlung der zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen basiert wiederum auf konstanten Pflegequoten.
Dabei wird ein Anstieg der Zahl der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen von rund 1,9 Millionen im Jahr 2002 auf 3,1 Millionen im Jahr 2030 errechnet. Die Berechnungen beziehen zusätzlich auch die Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung und die Versorgungsart der Pflegebedürftigen ein.
- Berechnungen anhand der Pflegestatistik 2003 und der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder veröffentlichte das Ifo-Institut im Jahr 2006.²⁸⁾ Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt hier von rund 2,1 Millionen im Jahr 2003 auf 2,9 Millionen im Jahr 2020 an. Diese Berechnung nutzt ebenfalls konstante Pflegequoten. Zudem wird auch auf die Versorgungsart der Pflegebedürftigen und mögliche Beschäftigungseffekte eingegangen.
- Vorausberechnungen zu den Pflegebedürftigen, die insbesondere auf die Entwicklung der familiären Pflegemöglichkeiten eingehen, bieten Blinkert und Klie bzw. Blinkert und Gräf sowie Hackmann und Moog. Eine Übersicht über verschiedene Einflussfaktoren auf das häusliche Pflegepotential bieten auch Rothgang et al.²⁹⁾
- Weitere aktuellere Vorausberechnungen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen wurden durchgeführt von Enste und Pimpert (Schwerpunkt Beschäftigung und Marktvolumen), Mennicken (Pflegeheime) und Hackmann (Beschäftigte). Einen Sammelband mit verschiedenen Beiträgen zum Thema Alter,

25) Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2001.

26) Momentan ist die so ermittelte Zahl der Pflegebedürftigen knapp 4 % niedriger. Zu den Unterschieden siehe Statistisches Bundesamt 2008.

27) Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003.

28) Vgl. Hofmann 2006.

29) Vgl. Blinkert und Klie 2004, Blinkert und Gräf 2009, Hackmann und Moog 2008b, Rothgang et al 2009 (S. 88 ff.).

Pflege und Vorausberechnungen haben zudem Doblhammer und Scholz herausgegeben.³⁰⁾

- Einen Überblick über verschiedene Möglichkeiten eine Verbesserung des Gesundheitszustandes in den Vorausberechnungen zu den Pflegebedürftigen zu berücksichtigen gibt Pattloch.³¹⁾
- Bereits veröffentlichte Vorausberechnungen der Statistischen Landesämter anhand der Pflegestatistik, mit teilweise unterschiedlichen Modellannahmen und Bevölkerungsszenarien und somit auch von diesem Bericht abweichenden Ergebnissen, sind zudem der Literaturliste zu entnehmen. Einige Berechnungen beziehen dabei neben der Landesebene auch die Kreise ein.³²⁾
- Ein Beispiel für eine Vorausberechnung in der kommunalen Altenplanung – außerhalb der amtlichen Statistik – haben Asam und Knepe veröffentlicht.³³⁾

30) Vgl. Enste und Pimpert 2008, Mennicken et al 2009, Hackmann 2009, Doblhammer und Scholz 2010.

31) Pattloch 2010.

32) Vgl. Burger und Weber 2009, Information und Technik Nordrhein-Westfalen 2010, Müller 2007, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2009, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2010.

33) Asam und Knepe 2004.

**Detaillierte Diagnosearten:
Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser mit Wohnsitz
in Deutschland 2008¹⁾²⁾**

Hauptdiagnose	Insgesamt ³⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		unter 40	40 – 60	60 – 80	80 und mehr
		Anzahl			
Insgesamt	17 869 451	5 048 702	4 092 175	6 250 597	2 477 947
davon					
Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen	17 251 899	4 519 320	4 061 080	6 208 039	2 463 438
davon					
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	495 273	218 040	69 829	128 670	78 734
Neubildungen	1 852 959	143 774	524 395	976 952	207 838
darunter					
Bösartige Neubildungen der Verdauungs- organe	342 809	4 673	72 669	215 381	50 086
Bösartige Neubildungen der Trachea, Bronchien und Lunge	189 525	1 469	50 457	124 289	13 310
Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	150 163	6 563	58 065	73 272	12 263
Bösartige Neubildung der Prostata	85 520	27	10 060	65 817	9 616
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	123 842	21 798	20 194	48 615	33 235
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel- krankheiten	482 678	67 881	117 929	191 334	105 527
darunter					
Diabetes Mellitus	216 801	24 950	43 241	103 190	45 420
Psychische und Verhaltensstörungen					
darunter	1 123 864	443 245	438 870	174 730	67 018
Demenz	28 087	73	744	11 431	15 839
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	424 660	175 985	206 813	39 660	2 202
Depression	200 155	52 605	86 061	48 965	12 523
Krankheiten des Nervensystems	694 363	146 070	199 261	256 678	92 354
Krankheiten des Auges und der Augen- anhangsgebilde	316 249	29 295	49 976	166 769	70 209
Glaukom	55 097	2 694	10 721	32 663	9 019
Krankheiten des Ohres und des Warzenfort- satzes	147 656	42 626	47 363	48 157	9 510
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 667 446	107 911	509 504	1 412 202	637 826
darunter					
Ischämische Herzkrankheiten	679 910	7 981	154 129	407 498	110 302
Herzinsuffizienz	350 180	1 753	22 363	164 356	161 708
Hirninfarkt und Schlaganfall	234 092	3 340	28 748	116 857	85 147
Krankheiten des Atmungssystems	1 082 953	420 764	177 707	313 777	170 703
darunter:					
Grippe und Pneumonie	259 581	62 406	28 826	91 068	77 281
Krankheiten des Verdauungssystems	1 772 254	399 402	478 456	636 939	257 456
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	245 989	96 509	65 129	59 677	24 673
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. Bindegewebes	1 584 087	209 801	513 679	713 227	147 378
darunter					
Arthrose	412 220	8 134	90 526	265 790	47 769
Krankheiten der Wirbelsäule u. des Rückens	509 982	67 684	186 555	206 001	49 742
Krankheiten des Urogenitalsystems	945 439	214 884	260 962	347 138	122 454
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	934 416	897 505	36 910	0	0
Bestimmte Zustände die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	181 832	181 819	5	8	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	106 952	88 050	12 026	6 240	635
Symptome u. abnorme klinische u. Labor- befunde, die a.n.k. sind	748 491	223 007	164 881	237 564	123 037
Verletzungen, Vergiftungen u. bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1 745 156	566 939	374 004	489 362	314 851
Faktoren, die den Gesundheitszustand beein- flussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	609 694	525 079	29 245	41 206	14 159
Ohne Diagnoseangabe	7 714	4 293	1 808	1 297	313

1) Die Angaben beziehen sich auf Patientinnen und Patienten, die vollstationär zur Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Dazu gehören auch Stundenfälle.

2) Einschließlich der Fälle mit unbekanntem Geschlecht.

3) Einschließlich der Fälle mit unbekanntem Alter.

**Detaillierte Diagnosearten:
 Patienten der Krankenhäuser mit Wohnsitz in Deutschland 2008¹⁾**

Hauptdiagnose	Insgesamt ²⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		unter 40	40 – 60	60 – 80	80 und mehr
		Anzahl			
Insgesamt	8 354 303	2 173 704	2 149 735	3 221 261	809 596
davon					
Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen	8 046 117	1 910 536	2 134 339	3 197 644	803 593
davon					
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	239 487	112 886	38 072	64 026	24 503
Neubildungen	918 465	56 872	214 303	553 493	93 797
darunter					
Bösartige Neubildungen der Verdauungs- organe	203 489	2 491	45 948	133 923	21 127
Bösartige Neubildungen der Trachea, Bronchien und Lunge	129 588	773	30 996	89 014	8 805
Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	855	19	155	568	113
Bösartige Neubildung der Prostata	85 520	27	10 060	65 817	9 616
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	50 773	10 611	8 671	22 024	9 467
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel- krankheiten	197 084	28 400	51 468	90 215	27 000
darunter					
Diabetes Mellitus	115 131	13 488	28 705	59 514	13 424
Psychische und Verhaltensstörungen	605 570	254 034	254 606	78 212	18 718
darunter					
Demenz	11 027	44	452	5 737	4 794
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	311 496	129 492	154 281	26 781	942
Depression	71 711	19 707	34 512	15 107	2 385
Krankheiten des Nervensystems	366 100	74 893	116 900	143 057	31 250
Krankheiten des Auges und der Augen- anhangsgebilde	137 244	15 137	26 525	74 238	21 344
Glaukom	24 095	1 510	5 415	14 118	3 052
Krankheiten des Ohres und des Warzenfort- satzes	69 032	21 964	22 895	21 256	2 917
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 404 371	58 909	326 140	803 909	215 412
darunter					
Ischämische Herzkrankheiten	447 351	6 317	119 328	271 830	49 876
Herzinsuffizienz	164 305	1 160	15 856	94 678	52 611
Hirnfarkt und Schlaganfall	112 148	1 730	19 172	66 102	25 144
Krankheiten des Atmungssystems	597 147	228 606	102 802	192 337	73 401
darunter					
Grippe und Pneumonie	145 852	35 090	17 697	58 734	34 331
Krankheiten des Verdauungssystems	885 286	195 659	271 091	335 013	83 522
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	131 389	57 814	36 748	29 683	7 144
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. Bindegewebes	680 727	113 128	253 625	276 859	37 115
darunter					
Arthrose	155 736	4 763	43 108	96 145	11 720
Krankheiten der Wirbelsäule u. des Rückens	230 680	35 535	95 442	86 031	13 672
Krankheiten des Urogenitalsystems	408 731	68 008	99 777	190 193	50 752
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	X	X	X	X	X
Bestimmte Zustände die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	99 484	99 479	2	3	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	58 150	50 177	5 175	2 604	194
Symptome u. abnorme klinische u. Labor- befunde, die a.n.k. sind	340 786	98 415	84 377	117 675	40 319
Verletzungen, Vergiftungen u. bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	856 291	365 544	221 162	202 847	66 738
Faktoren, die den Gesundheitszustand beein- flussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	305 892	261 597	14 989	23 373	5 932
Ohne Diagnoseangabe	2 252	1 567	399	221	64

1) Die Angaben beziehen sich auf Patienten, die vollstationär zur Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Dazu gehören auch Stundenfälle.

2) Einschließlich der Fälle mit unbekanntem Alter.

**Detaillierte Diagnosearten:
Patientinnen der Krankenhäuser mit Wohnsitz in Deutschland 2008¹⁾**

Hauptdiagnose	Insgesamt ²⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		unter 40	40 – 60	60 – 80	80 und mehr
		Anzahl			
Insgesamt	9 515 099	2 874 991	1 942 430	3 029 308	1 668 347
davon					
Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen ..	9 205 735	2 608 778	1 926 732	3 010 367	1 659 841
davon					
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	255 785	105 154	31 756	64 644	54 231
Neubildungen	934 494	86 902	310 092	423 459	114 041
darunter					
Bösartige Neubildungen der Verdauungs- organe	139 320	2 182	26 721	81 458	28 959
Bösartige Neubildungen der Trachea, Bronchien und Lunge	59 937	696	19 461	35 275	4 505
Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	149 308	6 544	57 910	72 704	12 150
Bösartige Neubildung der Prostata	X	X	X	X	X
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	73 069	11 187	11 523	26 591	23 768
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel- krankheiten	285 593	39 481	66 461	101 118	78 527
darunter					
Diabetes Mellitus	101 669	11 462	14 536	43 675	31 996
Psychische und Verhaltensstörungen	518 293	189 211	184 263	96 518	48 300
darunter					
Demenz	17 060	29	292	5 694	11 045
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	113 164	46 493	52 532	12 879	1 260
Depression	128 443	32 898	51 548	33 858	10 138
Krankheiten des Nervensystems	328 261	71 176	82 361	113 620	61 104
Krankheiten des Auges und der Augen- anhangsgebilde	179 004	14 158	23 451	92 530	48 865
Glaukom	31 002	1 184	5 306	18 545	5 967
Krankheiten des Ohres und des Warzenfort- satzes	78 624	20 662	24 468	26 901	6 593
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 263 068	49 001	183 361	608 291	422 413
darunter					
Ischämische Herzkrankheiten	232 557	1 664	34 800	135 668	60 425
Herzinsuffizienz	185 874	593	6 507	69 677	109 097
Hirninfrakt und Schlaganfall	121 943	1 610	9 576	50 754	60 003
Krankheiten des Atmungssystems	485 804	192 156	74 905	121 440	97 302
darunter					
Grippe und Pneumonie	113 729	27 316	11 129	32 334	42 950
Krankheiten des Verdauungssystems	886 966	203 743	207 365	301 924	173 934
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	114 600	38 695	28 381	29 994	17 529
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. Bindegewebes	903 337	96 673	260 050	436 352	110 260
darunter					
Arthrose	256 464	3 371	47 415	169 631	36 046
Krankheiten der Wirbelsäule u. des Rückens	279 301	32 149	91 112	119 970	36 070
Krankheiten des Urogenitalsystems	536 707	146 875	161 185	156 945	71 702
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ...	934 416	897 505	36 910	X	X
Bestimmte Zustände die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	82 347	82 339	3	5	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	48 802	37 873	6 851	3 636	441
Symptome u. abnorme klinische u. Labor- befunde, die a.n.k. sind	407 705	124 592	80 504	119 889	82 718
Verletzungen, Vergiftungen u. bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	888 860	201 395	152 842	286 510	248 113
Faktoren, die den Gesundheitszustand beein- flussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	303 800	263 481	14 255	17 833	8 227
Ohne Diagnoseangabe	5 462	2 726	1 409	1 076	249

1) Die Angaben beziehen sich auf Patientinnen, die vollstationär zur Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Dazu gehören auch Stundenfälle.

2) Einschließlich der Fälle mit unbekanntem Alter.

- ASAM, W. und H. KNEPPE (2004): *Kommunalisierung der Altenpolitik und demographischer Wandel - Neue Steuerung im Kreis Siegen-Wittgenstein*, in: Der Landkreis 11/2004, S. 666 - 668.
- BICKEL, H. (2001): *Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland*, in: Das Gesundheitswesen Band 63, S. 9 - 14.
- BLINKERT, B. und B. GRÄF (2009): *Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen*, Deutsche Bank Research – Aktuelle Themen 442, Frankfurt am Main.
- BLINKERT, B. und T. KLIE (2004): *Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen*, in: Sozialer Fortschritt, Band 53, 11/12 2004, S. 319 - 325.
- BREYER, F. (1999): *Lebenserwartung, Kosten des Sterbens und die Prognose von Gesundheitsausgaben*, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, Band 50, S. 53 - 65.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2008): *Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, Berlin.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg., 2009): *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*, Berlin.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hg., 2003): *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – Bericht der Kommission*, Berlin.
- BURGER, F. und M. WEBER (2007): *Vorausberechnung der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals für Baden-Württemberg bis 2030*, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, Heft 8/2007, S. 19 - 24, Stuttgart.
- BURGER, F. und M. WEBER (2009): *Vorausberechnung der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals in Baden-Württemberg bis 2031*, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 9/2009, S. 12 – 15, Stuttgart.
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (DIW) (2001): *Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten, Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050*, in: Wochenbericht 5/2001.
- DIETZ, B. (2002): *Lebenserwartung, Morbidität und Mortalität im Alter*, in: Sozialer Fortschritt 12/2002, S. 307 - 314.
- DOBLHAMMER, G und R. SCHOLZ (Hg. 2010): *Ageing, Care Need and Quality of Life*, Wiesbaden.
- DOBLHAMMER, G., G. WESTPHAL und U. ZIEGLER (2006): *Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung*, in: Demografische Forschung 4/2006, S. 3.
- ENSTE, D. und J. PIMPERT (2008): *Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050*, IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 35. Jahrgang, Heft 4/2008, Köln.
- FETZER, S. (2005): *Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV - doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionstheorie und medizinisch-technischer Fortschritt*.
- FRIES, J.F. (1980): *Ageing, natural death, and the compression of morbidity*, in: The New England Journal of Medicine 303, S. 130 - 135.
- FRIES, J.F. (1989): *Erfolgreiches Altern, Medizinische und demographische Perspektiven*, in: M.M. Baltes (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen*, Bern, S. 19 - 26.

- GRUENBERG, E.M. (1977): *The failure of success*, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, S. 3 - 24.
- GÜNSTER, C., T. MANSKY und U. REPSCHLÄGER (2004): *Das deutsche DRG-Entgeltsystem*, in: Klauber, J., Robra, B.-P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhausreport 2003 – G-DRGs im Jahre 1, S. 43 - 67.
- GURALNIK, J.M. (1991): *Prospects for the compression of morbidity: The challenge posed by increasing disability in the years prior to death*, in: Journal of aging and health, Vol. 3, S. 138 - 154.
- HACKMANN, T. (2009): *Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer*, Diskussionsbeiträge Forschungszentrum Generationenverträge, No. 40, Freiburg.
- HACKMANN, T. und S. MOOG (2008a): *Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit*, in: Diskussionsbeiträge Forschungszentrum Generationenverträge, No. 26, Freiburg.
- HACKMANN, T. und S. MOOG (2008b): *Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage*, in: Diskussionsbeiträge Forschungszentrum Generationenverträge, No. 33, Freiburg.
- HEIGL, A. (2002): *Aktive Lebenserwartung: Konzeptionen und neuer Modellansatz*, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft (2002), S. 1 - 9.
- HOFFMANN, E. und J. NACHTMANN (2007): *Alter und Pflege*, GeroStat Report Altersdaten 3/2007, Berlin
- HOFMANN, H. (2006): *Altenpflege und Soziale Dienste – wachsender Bedarf bei fehlenden Mitteln*, in: ifo Schnelldienst 15/2006, S. 24 - 30.
- INFORMATION UND TECHNIK NORDRHEIN-WESTFALEN (2010) (Hg.): *Auswirkungen des demografischen Wandels – Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigkeit*, Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 66, Düsseldorf.
- KROLL, L.E. und T. ZIESE (2009): *Kompression oder Expansion der Morbidität?*, in: Böhm, K., Tesch-Römer, C. und Ziese, T. (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter, S. 105 – 112.
- LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN (2005) (Hrsg.): *Auswirkungen des demografischen Wandels – Teil I*, Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 25, Düsseldorf.
- LANDESAMT FÜR DATENVERARBEITUNG UND STATISTIK NORDRHEIN-WESTFALEN (2006) (Hrsg.): *Auswirkungen des demografischen Wandels – Aktualisierte Ergebnisse der Modellrechnungen für die Bereiche Haushalte, Erwerbspersonen und Pflegebedürftigkeit*, Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 38, Düsseldorf.
- LEIDL, R. (2003): *Die Ausgaben für Gesundheit und ihre Finanzierung*, in: F. W. Schwartz (Hrsg.), Das Public Health Buch, München, 2. Auflage, S. 349 - 366.
- MEDIZINISCHER DIENST DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN E.V. (2005): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003*, Essen.
- MEDIZINISCHER DIENST DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN E.V. (2006): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004*, Essen.
- MEDIZINISCHER DIENST DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN E.V. (2007): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005*, Essen.

- MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN E.V. (2009): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008*, Essen.
- MENNICKEN, R., S. KROLOP, B. AUGURZKY, A.R. REICHERT, H. SCHMIDT, H. SCHMITZ und S. TERKATZ (2009): *Pflegeheim Rating Report 2009 - Konsolidierung voraus!*, RWI Materialien, Heft 54, Essen.
- MÜLLER, B. (2007): *Pflegebedürftige und Pflegearbeitsmarkt in Hessen 2005*, in: Staat und Wirtschaft in Hessen, Heft Nr. 4.
- NIEHAUS, F. (2006): *Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben*, in: Wissenschaftliches Diskussionspapier der PKV, 5/2006.
- PATTLOCH, D. (2010): *Pflegeversicherung: Woher? Wohin?*, soll erscheinen in: Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg.
- PRISTL, K. (2003): *Abschätzung des künftigen Pflegebedarfs, Pflegebedürftige – aktuelle Situation und Projektion bis 2020*, in: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisch-prognostischer Bericht 2003, S. 153 - 171.
- ROTHGANG, H., D. KULIK, R. MÜLLER und R. UNGER (2009): *GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung*, St. Augustin.
- ROTHGANG, H. (2004): *Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen*, Gutachten für die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Bremen.
- ROTHGANG, H. (2007): *Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung*, Bremen.
- SCHNABEL, R. (2007): *Zukunft der Pflege*, Duisburg-Essen.
- SCHULZ, E., H.H. KÖNIG und R. LEIDL (2000): *Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich – Modellrechnungen bis zum Jahr 2050*, in: DIW-Wochenbericht 44.
- STAATSMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG (2004) (Hrsg.): *Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Pflege- und Krankenhausversorgung, Trends und Fakten 2004*, Stuttgart.
- STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (2007): *Demografischer Wandel in Deutschland – Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*, Wiesbaden.
- STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (2008): *Demografischer Wandel in Deutschland – Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2008): *Pflegestatistik 2007, Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2009a): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2009b): *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2008*, Fachserie 12 Reihe 6.2.1, Wiesbaden
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2009c): *Pflegestatistik 2007, 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2009d): *Pflegestatistik 2007, 3. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2009e): *Pflegestatistik 2007, 4. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste*, Wiesbaden.

- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (2005): *Die Bevölkerungsentwicklung in Baden-Württemberg – Eine Herausforderung für unsere Gesellschaft*, Statistische Analysen, Heft 3/2005, Stuttgart.
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (2007): *Vorausberechnung der Pflegebedürftigen und der Pflegearten für Baden-Württemberg bis 2030*, Stuttgart.
- STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (2009): *Der demografische Wandel in Baden-Württemberg – Herausforderungen und Chancen*, Statistische Analysen, Heft 1/2009, Stuttgart
- STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ (2004a): *Rheinland-Pfalz 2050 – Zeitreihen, Strukturdaten, Analyse, Bad Ems*.
- STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ (2004b): *Rheinland-Pfalz 2050: Zeitreihen, Strukturdaten, Analysen, II. Auswirkungen der demografischen Entwicklung*, Bad Ems.
- STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ (2010): *Rheinland-Pfalz 2050: Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Pflegebedarf*, in: Statistische Analysen, Nr. 16, Bad Ems.
- TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG (2003): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002 - Schnellbericht*, München.
- TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG (2006): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen 2005*, Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV), München.

Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt
Gustav-Stresemann-Ring 11
65189 Wiesbaden
www.destatis.de
Infoservice
Telefon: 0611 75-2405
Telefax: 0611 72-4000
www.destatis.de/kontakt

**Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn**
Graurheindorfer Straße 198
53117 Bonn
Telefon: 0611 75-1
Telefax: 0611 75-8990/-8991
poststelle@destatis.de

**Statistisches Bundesamt
i-Punkt Berlin**
Friedrichstraße 50
(Checkpoint Charlie)
10117 Berlin
Telefon: 0611 75-9434
Telefax: 0611 75-9430
i-punkt@destatis.de

Statistische Ämter der Länder

**Statistisches Landesamt
Baden-Württemberg**
Böblinger Straße 68
70199 Stuttgart
Telefon: 0711 641-2866
Telefax: 0711 641-2973
www.statistik-bw.de
vertrieb@stala.bwl.de

**Bayerisches Landesamt für
Statistik und Datenverarbeitung**
Neuhauser Straße 8
80331 München
Telefon: 089 2119-205
Telefax: 089 2119-457
www.statistik.bayern.de
vertrieb@statistik.bayern.de

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
Behlerstraße 3a
14467 Potsdam
Telefon: 0331 8173-1777
Telefax: 030 9028-4091
www.statistik-berlin-brandenburg.de
info@statistik-bbb.de

Statistisches Landesamt Bremen
An der Weide 14 – 16
28195 Bremen
Telefon: 0421 361-6070
Telefax: 0421 361-6168
www.statistik.bremen.de
bibliothek@statistik.bremen.de

**Statistisches Amt für Hamburg
und Schleswig-Holstein**
Standort Hamburg
Steckelhörn 12
20457 Hamburg
Telefon: 040 42831-1766
Telefax: 040 42831-1700
Standort Kiel
Fröbelstraße 15 – 17
24113 Kiel
Telefon: 0431 6895-9393
Telefax: 0431 6895-9498
www.statistik-nord.de
info@statistik-nord.de

Hessisches Statistisches Landesamt
Rheinstraße 35/37
65185 Wiesbaden
Telefon: 0611 3802-0
Telefax: 0611 3802-890
www.statistik-hessen.de
info@statistik-hessen.de

**Statistisches Amt
Mecklenburg-Vorpommern**
Lübecker Straße 287
19059 Schwerin
Telefon: 0385 4801-0
Telefax: 0385 4801-4416
www.statistik-mv.de
statistik.auskunft@statistik-mv.de

Neue Telefon- und Telefaxnummer ab
1. Dezember 2010:

**Statistisches Amt
Mecklenburg-Vorpommern**
Telefon: 0385 588-56411
Telefax: 0385 588-56708

**Landesbetrieb für Statistik und
Kommunikationstechnologie
Niedersachsen (LSKN)**
Göttinger Chaussee 76
30453 Hannover
Telefon: 0511 9898-3166
Telefax: 0511 9898-4132
www.lskn.niedersachsen.de
vertrieb@lskn.niedersachsen.de

**Information und Technik
Nordrhein-Westfalen**
Geschäftsbereich Statistik
Mauerstraße 51
40476 Düsseldorf
Telefon: 0211 9449-2495
Telefax: 0211 9449-2104
www.it.nrw.de
statistik-info@it.nrw.de

**Statistisches Landesamt
Rheinland-Pfalz**
Mainzer Straße 14 – 16
56130 Bad Ems
Telefon: 02603 71-4444
Telefax: 02603 71-194444
www.statistik.rlp.de
info@statistik.rlp.de

Statistisches Amt Saarland
Virchowstraße 7
66119 Saarbrücken
Telefon: 0681 501-5925
Telefax: 0681 501-5915
www.statistik.saarland.de
presse.statistik@lzd.saarland.de

**Statistisches Landesamt
des Freistaates Sachsen**
Macherstraße 63
01917 Kamenz
Telefon: 03578 33-1423
Telefax: 03578 33-1598
www.statistik.sachsen.de
vertrieb@statistik.sachsen.de

**Statistisches Landesamt
Sachsen-Anhalt**
Merseburger Straße 2
06110 Halle (Saale)
Telefon: 0345 2318-0
Telefax: 0345 2318-913
www.statistik.sachsen-anhalt.de
info@stala.mi.sachsen-anhalt.de

Thüringer Landesamt für Statistik
Europaplatz 3
99091 Erfurt
Telefon: 0361 37-84642
Telefax: 0361 37-84699
www.statistik.thueringen.de
auskunft@statistik.thueringen.de

