



Britta Stöver
Remigius Szlachetka
Philip Ulrich
Marc Ingo Wolter
(Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH)



Die Pflegewirtschaft im Kontext demografischer Entwicklungen

soeb-Working-Paper 2015-2

Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung
Internet: www.soeb.de
Koordination: Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) e.V.
Friedländer Weg 31
D-37085 Göttingen
Projektleitung: Dr. Peter Bartelheimer

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Abstract	4
1. Einleitung	5
2. Aktuelle Entwicklungen in der Pflegewirtschaft	5
3. Demografie in Deutschland	9
3.1 Datenlage	9
3.2 Modellergebnisse	11
4. Pflegequoten	12
4.1 Entwicklungen	13
4.2 Medikalisierungs- und Kompressionsthese	14
4.3 Modellergebnisse zu den Pflegebedürftigen	14
5. Pflegeformen	16
5.1 Entwicklung der Pflegeheimquoten und der ambulanten Pflege	17
5.2 Modellergebnisse zu den Pflegeformen	19
6. Bedarf an Arbeitskräften und Arbeitsproduktivität	21
6.1 Entwicklung von Vollzeit- und Teilzeitarbeitskräften	21
6.2 Arbeitsproduktivität	23
6.3 Modellergebnis zu Arbeitskräften (VZÄ)	24
7. Ausblick	28
8. Anhang: Definitionen (des SGB)	29
8.1 Pflegebedürftige	29
8.2 Pflegeformen	29
8.3 Pflegeheimquoten	30
8.4 Personal	30
8.5 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente)	30
8.6 Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008	30
8.7 Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) 2013	31

8.8 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	31
9. Literaturverzeichnis	33

Zusammenfassung

Die demografisch bedingte Alterung stellt die Gesellschaft vor die Herausforderung, Lösungen für den steigenden Bedarf an Betreuung von Pflegebedürftigen zu finden. Um die Bedeutung der Pflegebedürftigkeit in der Zukunft abschätzen zu können, sind die Entwicklung der Pflegequoten und die Zahl der Pflegebedürftigen, ihre Verteilung auf die verschiedenen Pflegeformen sowie der Personalbedarf von großer Bedeutung. Die vorliegende Studie zeichnet einerseits ein aktuelles Bild zur Lage der Pflegewirtschaft, basierend auf den Pflegestatistiken des Statistischen Bundesamtes von 1999 bis 2011. Zum anderen wird auf Basis der Modellierung mit dem INFORGE-Modell eine Abschätzung zur zukünftigen Entwicklung gegeben und die daraus entstehenden Herausforderungen angesprochen.

Abstract

The ageing society poses several challenges for maintaining long-term care facilities in Germany. Determinants for the future demand and supply of long-term care are the development of the long-term care rates, the number of dependent people, the chosen type of care (out- or inpatient care) and the nursing staff. The intention of the paper is twofold: Firstly, the actual situation of long-term care in Germany is described. Secondly, a projection on the future development until 2030 is given and key areas for specific actions are identified.

1. Einleitung

Die persönlichen Teilhabemöglichkeiten werden erheblich von der Wahrscheinlichkeit bzw. Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit beeinflusst. Altersbedingte Pflegebedürftigkeit wird in einer älter werdenden Gesellschaft zunehmen. Doch wie viele Personen werden in Zukunft voraussichtlich pflegebedürftig sein? Wie werden diese Personen betreut und gepflegt? Gibt es genügend Arbeitskräfte, um den steigenden Bedarf an stationären und ambulanten Pflegeplätzen zu decken? Mit einer sozioökonomischen Modellierung zu Pflegebedürftigkeit und Pflege sollen Antworten auf diese Fragen gefunden werden. Eingebettet in das makroökonomische Modell INFORGE und die koordinierte Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes ermöglicht das Pflegemodul die Berechnung von Projektionen und Szenarien.

Getrieben vom demografischen Wandel wird die gesellschaftliche Alterung weiter voranschreiten und zu einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit führen. Der Anteil der Pflegebedürftigen wird ausgehend von 3,1 % (2011) bis 2030 auf 4,5 % steigen. 3,4 Mio. Personen werden danach im Jahr 2030 pflegebedürftig sein. Für Pflegeheime bedeutet dies, dass sie 2030 1,1 Mio. Personen, und damit 53,2 % mehr als noch 2011, unterbringen müssen. Die Anzahl der Personen, die zu Hause versorgt wird, steigt um 27,1 % von 1,8 Mio. Personen auf 2,3 Mio. Personen. Die steigende Nachfrage fordert zunehmend qualifizierte Arbeitskräfte: 2030 werden 310 Tsd. VZÄ Personal mehr benötigt als 2011, davon 255 Tsd. (+53,1 %) im Bereich der Pflegeheime und 56 Tsd. (+29,0 %) im Bereich der ambulanten Pflege. Dies stellt den Arbeitsmarkt im Pflegebereich zukünftig vor hohe Herausforderungen.

Im weiteren Verlauf wird in Abschnitt 2 ein aktuelles Bild zur Lage der Pflegewirtschaft gezeichnet. Eine Analyse von Pflegebedürftigkeit in der Zukunft benötigt neben einer detaillierten Vorausschau auf demografische Entwicklungen (Abschnitt 3) die Analyse der Pflegequoten (Abschnitt 4) und Anteile an unterschiedlichen Pflegeformen (Abschnitt 5). Mit der Projektion der Pflegebedürftigen wird der zukünftige Bedarf an Pflege allgemein deutlich, welcher in vielfältiger Weise auf die Gesellschaft allgemein sowie die Gesundheits- und Pflegewirtschaft im Speziellen Einfluss nimmt. Fokus im sechsten Abschnitt des Papiers ist die Entwicklung der Arbeitskräfte in der Pflege bis zum Jahr 2030. Abschnitt 7 gibt einen Ausblick auf zukünftige Arbeiten.

2. Aktuelle Entwicklungen in der Pflegewirtschaft

Die Pflege ist Teil des Wirtschaftszweiges WZ-2008 - QB „Heime und Sozialwesen“, der in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) des Statistischen Bundesamtes gut erfasst ist. Der Wirtschaftszweig zeichnet sich dadurch aus, dass dort immer mehr Personen mit im Durchschnitt kleiner werdenden Stellen eine zunehmende Fülle an Aufgaben übernehmen: Seit 1991 hat sich die Anzahl der Arbeitnehmer im Bereich „Heime und Sozialwe-

sen“ von 1,2 Mio. Personen auf über 2,1 Mio. Personen (2012) gesteigert.¹ Ihr Anteil an allen Arbeitnehmern beträgt 5,7 %. Gleichzeitig hat sich die durchschnittliche jährliche Arbeitszeit pro Arbeitnehmer im gleichen Zeitraum um 14,9 % reduziert. Die insgesamt erbrachten Stunden über alle Wirtschaftsbereiche hinweg gingen hingegen nur um 12,1 % zurück.

Die Wertschöpfung, vergleichbar mit dem Rohertrag einer Gewinn- und Verlustrechnung, hat sich seit 1991 bis heute mehr als verdreifacht und erreichte 2012 48,7 Mrd. Euro. Davon entfielen jedoch alleine 46 Mrd. Euro auf Lohnkosten. Weitere 7,3 Mrd. Euro wurden volkswirtschaftlich für Abschreibungen angesetzt. Der Nettobetriebsüberschuss lag deshalb mit 4,1 Mrd. Euro im negativen Bereich, was allerdings keine Ausnahme, sondern ein anhaltende Situation darstellt.

Ein steigender Bedarf bei unveränderter, schwieriger Ertragssituation ist ein wichtiges Kennzeichen dieser Branche. Der bedeutendste Einflussfaktor ist der **demografische Wandel**. Einerseits bedeutet die voranschreitende gesellschaftliche Alterung eine zunehmende Pflegebedürftigkeit, andererseits verringert sich durch den Bevölkerungsrückgang das Angebot an qualifizierten Arbeitskräften, welche die steigende Nachfrage bedienen können. Daneben wirken politische Entscheidungen (u.a. Pflegegeld und Pflegebeiträge) auf die Lage der Branche ein. Die Problemsituation wird allerdings mit jedem Jahr deutlicher hervortreten, sodass weitere politische Reaktionen wahrscheinlich sind.

Hinzu kommt die **regionale** Verteilung der Pflegebedürftigen und damit die notwendige Verteilung der Pflegeplätze: Das Fehlen guter Perspektiven für gesicherte Einnahmen sowie mangelndes Fachpersonal bei gleichzeitig zunehmender Zahl von Pflegebedürftigen wird immer häufiger in einzelnen Regionen anzutreffen sein. Während in einigen Gebieten Deutschlands die Auslastung der Pflegeheime sehr hoch ist, wegen fehlender Ertragsaussichten aber der Neubau nicht in Angriff genommen wird, sind in Regionen mit guten Aussichten zurzeit sehr schlechte Auslastungsgrade zu beobachten. Als verantwortlich für diese Entwicklung sind die Versorgungssteuerung der öffentlichen Finanzierungsträger, differierende Bedarfslagen und Veränderungen bei der Nachfrage zu nennen. Auch die Wettbewerbsintensität hat insbesondere durch den Aufbau von Neukapazitäten im privaten Segment in einigen Regionen zugenommen. Vor dem Hintergrund sinkender Auslastung der Pflegeheime in Regionen, in denen die Konkurrenzsituation besonders intensiv ist, vermindert sich die Rentabilität der Investition in ein neues Pflegeheim und so wird der Bau letztendlich aufgrund zu geringer Bettenbelegung nicht durchgeführt.

Die aktuelle Pflegestatistik (StBA 2013) weist für das Jahr 2011, gegenüber der letzten Veröffentlichung, einen deutlichen Anstieg der Pflegebedürftigen um rund 160 Tsd. aus. Diese Zunahme ist allerdings nicht allein auf den realen Anstieg zurückzuführen. Vielmehr wur-

¹ Die Angaben in diesem und dem folgenden Absatz beziehen sich auf die VGR vom 15.9.2014 (StBA 2014a).

de zeitgleich die Erfassungsmethodik geändert, wodurch es zu einer Überzeichnung der Zuwächse bei den Pflegebedürftigen kam. Die direkte Vergleichbarkeit mit vorherigen Angaben zur Zahl der Pflegebedürftigen ist damit nur eingeschränkt möglich. Die Abweichungen beziehen sich insbesondere auf Datenunterschiede zu reinen Pflegegeldempfängern in den zugrundeliegenden Statistiken. Die Zahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI lag 2011 bei 2,5 Mio. Personen. Bei der Addition der Daten aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegeversicherung (PPV) fällt die Zahl mit rund 2,46 Mio. um knapp 2 % niedriger aus.

Die Vergleichbarkeit zum Jahr 2009 ist des Weiteren eingeschränkt, da die Zahl der allein durch Angehörige versorgten Pflegebedürftigen (Pflegegeld nach §37 SGB XI) 2009 zu hoch ausgewiesen wurde. Diese Verzerrung in den bestätigten Datenlieferungen der Pflegekassen resultieren vermutlich in veränderten Abläufen und Erhebungsmethoden der Pflegekassen. Im Vergleich zu Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit über die Zahl der erfassten Leistungstage in der sozialen Pflegeversicherung kann gegenüber 2009 eine Überzeichnung der reinen Pflegegeldempfänger bis zu 9 % (ca. 90 Tsd. Personen) festgestellt werden. Demnach wäre die Zahl der Pflegebedürftigen um bis zu 4 %-Punkte zu hoch und schränkt daher die Vergleichbarkeit mit historischen Daten ein.

Trotz der Problematik der statistischen Überzeichnung bei der genauen Zahl der Pflegebedürftigen, kann an Tabelle 1 eine deutliche Zunahme bei den Pflegebedürftigen abgelesen werden. Zwischen 1999 und 2011 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 500 Tsd. Personen erhöht. Hierbei stieg die Zahl der Pflegebedürftigen insbesondere in den letzten beiden Jahren mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 3,4 % dynamischer als in den Jahren zuvor. Weiterhin kann eine starke Erhöhung bei der Anzahl der Pflegeheime auf mehr als 12,3 Tsd. beobachtet werden. Damit erreicht die Zahl der Pflegeheime, in denen zuletzt verstärkt Ein- und Zweibettzimmer errichtet wurden, in etwa das Niveau der ambulanten Pflegedienste (12,3 Tsd.). Bei der Betrachtung der Wachstumsraten der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste kann eine höhere Wachstumsdynamik bei stationären Einrichtungen beobachtet werden. Im Zeitraum 1999 bis 2011 stieg die Zahl der Pflegeheime jährlich um 2,8 %, während die ambulanten Pflegedienste im gleichen Zeitraum lediglich um 1,1 % p. a. zunahm. Obwohl die Pflegeheime und damit auch die Bettenanzahl zugenommen haben, hat sich die Auslastung² nur in geringem Maße verringert. In den letzten beiden Jahren konnte wieder ein leichter Anstieg der Auslastung beobachtet werden. Sie beträgt aktuell 88,3 % und bewegt sich damit auf dem Niveau des Jahres 2007.

² Die Auslastung ist definiert als das Verhältnis der Personen, welche stationär in Heimen gepflegt werden, zur Bettenanzahl in diesen Einrichtungen.

Tabelle 1: Pflegestatistik 1999 - 2011

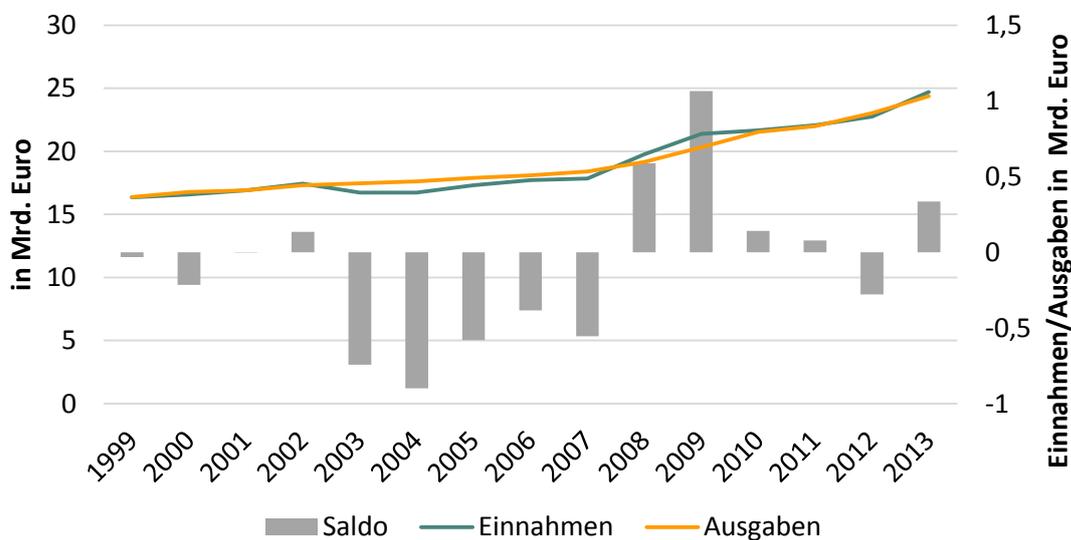
Pflegestatistik					DWR*	DWR*
	1999	2007	2009	2011	(99-11)	(09-11)
Pflegebedürftige	2.016.091	2.246.829	2.338.252	2.501.441	1,8	3,4
Stationär in Heimen	562.762	686.082	717.490	743.120	2,3	1,8
Pflegeheime	8.859	11.029	11.634	12.354	2,8	3,0
Anzahl der Betten	631.382	777.015	818.608	841.575	2,4	1,4
Anzahl der 1-2 Zimmer	599.877	766.897	809.779	834.923	2,8	1,5
Auslastung	89,1	88,3	87,6	88,3	-0,1	0,4
Ambulante Pflegedienste	10.820	11.529	12.026	12.349	1,1	1,3

*durchschnittliche Wachstumsrate

Quelle: StBA (2013).

Die Ausgaben der Pflegeversicherung in der Statistik der VGR (StBA 2014a) haben sich von 1999 bis 2013 um 48,8 % erhöht (vgl. Abbildung 1). Die Einnahmen folgten dieser Entwicklung mit einem Zuwachs von 51,1 %. Vor allem wenn neue Tatbestände in die Pflegeversicherung aufgenommen werden, ist mit steigenden Beiträgen zur Sozialversicherung zu rechnen.

Abbildung 1: Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung



Quelle: StBA (2014a).

3. Demografie in Deutschland

Da die Pflegewirtschaft maßgeblich von der Zahl der Pflegebedürftigen und damit von der demografischen Entwicklung abhängt, ist die Bevölkerungsprojektion für die Aussage zur zukünftigen Pflegenachfrage von entscheidender Bedeutung. Bei der Vorausschau auf die Bevölkerungsentwicklung ist zu berücksichtigen, dass die Unsicherheit über die Anzahl und insbesondere die Verteilung der Älteren auf die Altersjahre oder Altersgruppen in Deutschland groß ist. Erst mit der Veröffentlichung der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, welche immer noch aussteht, wird diese Unsicherheit behoben werden können. Die bereits bekannten Ergebnisse aus dem Zensus 2011³ zeigen nicht nur eine deutliche Überschätzung der Bevölkerung insgesamt, sondern auch eine „Verjüngung“ der Bevölkerung, da viele in höheren Altersstufen sich beim Verlassen des Landes nicht bei den Verwaltungen abgemeldet haben.

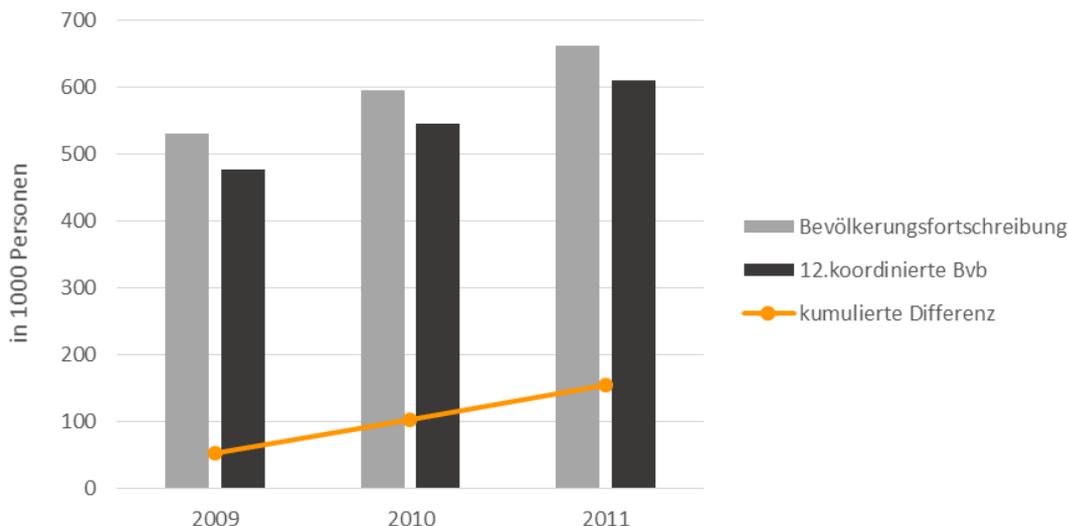
3.1 Datenlage

Ein Vergleich der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basis 31.12.2008) (StBA 2009) mit der Bevölkerungsfortschreibung (StBA 2013b) zeigt in Abbildung 2 für die Jahre 2009 bis 2011 bereits Abweichungen für die Altersjahre 90 und älter. Nach der Bevölkerungsfortschreibung (in hellgrau) gab es 2009 530 Tsd. Personen, die 90 Jahre oder älter waren. 2010 waren es 595 Tsd. und 2011 661 Tsd. Personen. Die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (dunkelgraue Balken) weist für die Variante V1W1 in den jeweiligen Jahren und für die Altersgruppe 90+ 476 Tsd., 545 Tsd. und 610 Tsd. Personen aus. Daraus ergibt sich für die Jahre zwischen 2009 und 2011 eine (kumulierte) Differenz von insgesamt 155 Tsd. Personen. Wie sich dieser Unterschied in Zukunft entwickeln wird, ist schwer abzuschätzen.

Wie bereits geschildert, ist die steigende Anzahl Älterer ursächlich für eine erhöhte Anzahl möglicher Pflegefälle. Zur natürlichen Bevölkerungsentwicklung gehört neben der Mortalität auch die Fertilität, also die Entwicklung der Geburtsneigung. Für das hier behandelte Thema ist letztgenanntes allerdings nicht ausschlaggebend. Neugeborene werden bis 2030 maximal 17 Jahre alt sein. Die Pflegequoten liegen für diese Altersgruppe unter 1 %.

³ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014).

Abbildung 2: Unterschied der Bevölkerung 90+ in der Bevölkerungsfortschreibung⁴ und der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung



Quelle: StBA (2009, 2013b), eigene Berechnung und Darstellung.

Anders kann es bei der Nettozuwanderung (dem Saldo zwischen Zu- und Abwanderung innerhalb eines Jahres über die deutschen Landesgrenzen hinweg) sein. Um einen Eindruck darüber zu erlangen, ob eine veränderte Nettozuwanderung Wirkungen auf die interessierenden Altersgruppen hat, werden verschiedene Varianten der Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes verglichen.

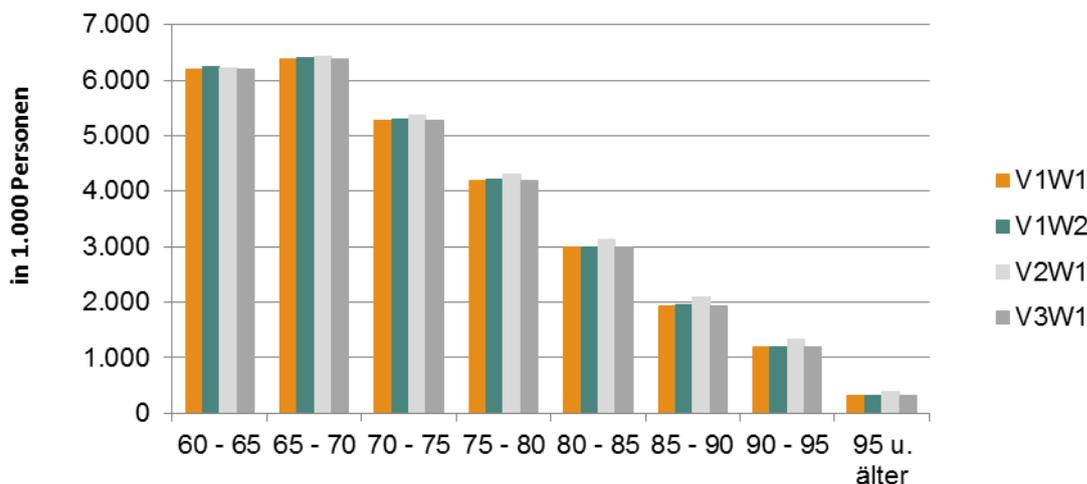
- 1) V1W1: 1,4 Kinder je Frau, Basis-Lebenserwartung (85 Jahre bei Männern und 89,2 Jahre bei Frauen von Neugeborenen im Jahr 2060), Wanderungssaldo von 100 Tsd. Personen ab 2014.
- 2) V1W2: wie V1W1, nur mit einem Wanderungssaldo von 200 Tsd. Personen ab 2020.
- 3) V2W1: wie V1W1, nur mit höherer Lebenserwartung von 87,7 Jahren bei Männern und 91,2 Jahren bei Frauen geboren im Jahr 2060.
- 4) V3W1: wie V1W1, nur mit höherer Geburtenrate von 1,6 Kindern je Frau.

Eine höhere Wanderung (V1W2) sorgt lediglich in der Altersgruppe 60 bis 65 Jahre für höhere Werte als V1W1. In dieser Altersgruppe sind allerdings die Pflegequoten (Kapitel 4.2) vergleichsweise gering. Die mit Abstand größte Veränderung zu der Variante V1W1 zeigt die Variante V2W1, die sich durch höhere Lebenserwartungen auszeichnet (vgl. Abbildung. 3).

Unabhängig von der Bedeutung der demografischen Entwicklung für die Anzahl an Pflegebedürftigen ist die Wanderung relevant in Bezug auf das Pflegepersonal.

⁴ Alle Berechnungen beziehen sich auf die Bevölkerungsfortschreibung vor dem Zensus 2011. Zum Zeitpunkt der Berechnungen lagen keine amtlichen, konsistenten Zeitreihen auf Grundlage des Zensus 2011 vor.

Abbildung 3: Bevölkerungsvorausberechnung für 2030 nach Altersgruppen und verschiedenen Varianten



Quelle: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (StBA 2009).

3.2 Modellergebnisse

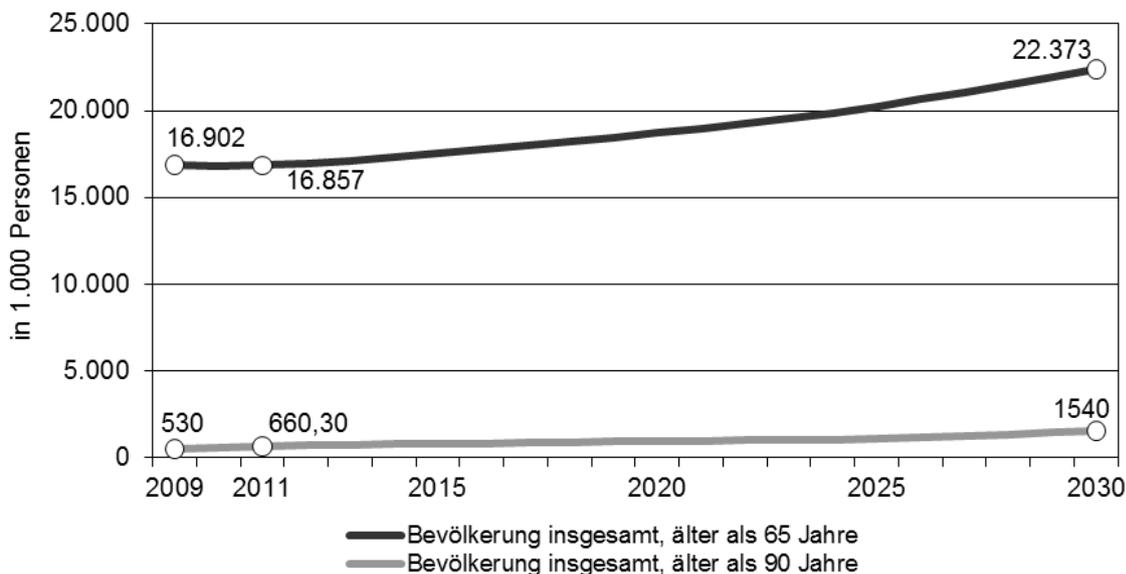
Für die folgenden Berechnungen wurde die Variante V1W2 verwendet.⁵ Ausschlaggebend für diese Entscheidung ist einerseits die immer noch ausstehende Veröffentlichung der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung auf Basis des Zensus 2011 und andererseits die Vergleichbarkeit mit den vorliegenden Rechnungen des BMG (BMG 2011), die sich ebenfalls auf V1W2 beziehen.

Konkret liegt der Bevölkerungsbestand aus der Bevölkerungsfortschreibung des StBA (StBA 2013b), der auch in die Ergebnisse der Pflegestatistik des Jahres 2011 eingegangen ist, für das Jahr 2011 vor. Dieser wurde auch für die Berechnung der Pflegebedürftigen verwendet. Die Entwicklungen nach Geschlecht und Alter getrennt in den Jahren bis 2030 folgen dann den Entwicklungen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (V1W2). Die Abbildung 4 zeigt die sich daraus ergebende Bevölkerungsentwicklung bis 2030 für zwei wichtige Altersgruppen: Die Anzahl der Personen ab 65 Jahre und die Untergruppen der Personen ab 90 Jahre. Zwischen 2011 und 2030 steigt die Anzahl der über 65-Jährigen um 32,7 %, die Anzahl der über 90-Jährigen sogar um 133,3 %.

Eine Sensitivitätsrechnung zeigt, dass sich auf Basis der Variante V2W2 für die Anzahl der Personen 65+ im Jahr 2030 23,1 Mio. Personen und für die Personen 90+ 1,7 Mio. ergeben würden. Unter den Annahmen der V2W2 gäbe es also im Jahr 2030 gegenüber der Annahme V1W2 mit geringerer Lebenserwartung über 200 Tsd. Personen mehr, welche besonders hohe Pflegewahrscheinlichkeiten aufweisen (90 und mehr Altersjahre).

⁵ Die Variante 1 enthält die Annahmen von 1,4 Kindern je Frau und einer Basis-Lebenserwartung von 85 Jahren bei männlichen und 89,2 Jahren bei weiblichen Neugeborenen im Jahr 2060. Wanderungssaldo 2 unterstellt ein Ansteigen des Wanderungssaldos auf 200 Tsd. Personen bis 2020 und ein Verbleiben auf diesem Niveau in den nachfolgenden Jahren.

Abbildung 4: Entwicklung wichtiger Altersgruppen in den Jahren 2009 bis 2030 auf Grundlage der V1W2

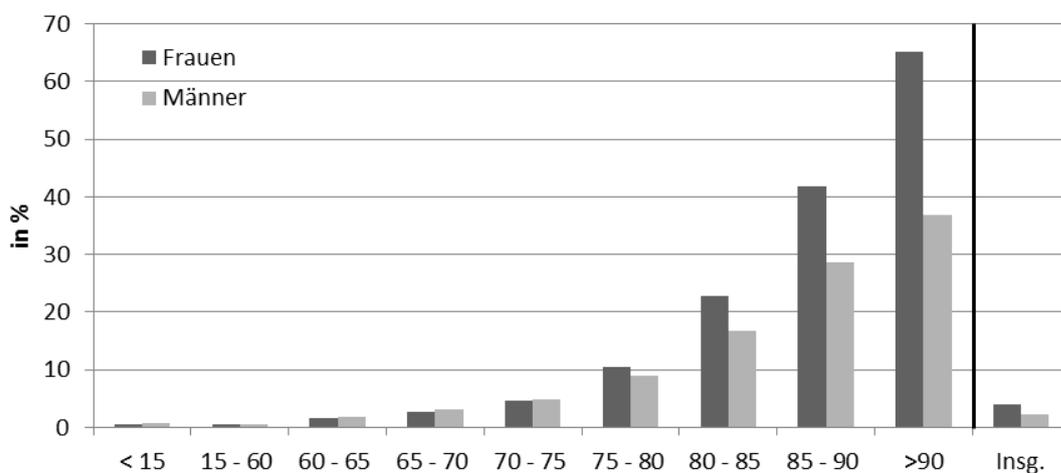


Quelle: StBA (2009), eigene Berechnungen.

4. Pflegequoten

Wie hoch die Anzahl der Pflegebedürftigen - ausgehend von einer unterstellten Bevölkerungsentwicklung - sein wird, bestimmt sich durch alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten.⁶ Diese geben Auskunft über den prozentualen Anteil der Pflegebedürftigen an einer definierten Bevölkerungsgruppe (z. B. Frauen im Alter von 80 bis unter 85 Jahren).

Abbildung 5: Pflegequoten getrennt nach Geschlecht für unterschiedliche Altersgruppen für das Jahr 2011



Quelle: Pflegestatistik (lfd. Jahrgänge), eigene Darstellung.

⁶ Faktoren wie z.B. eine sozioökonomisch differierende Morbidität können in den Berechnungen nicht berücksichtigt werden.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind wesentlich: Die Pflegequoten der Frauen sind deutlich höher als die der Männer. Die Unterschiede nehmen mit steigendem Alter zu (vgl. Abbildung 5). Eine Trennung nach Frauen und Männern bei der Fortschreibung der Pflegebedürftigen ist daher unbedingt geboten.

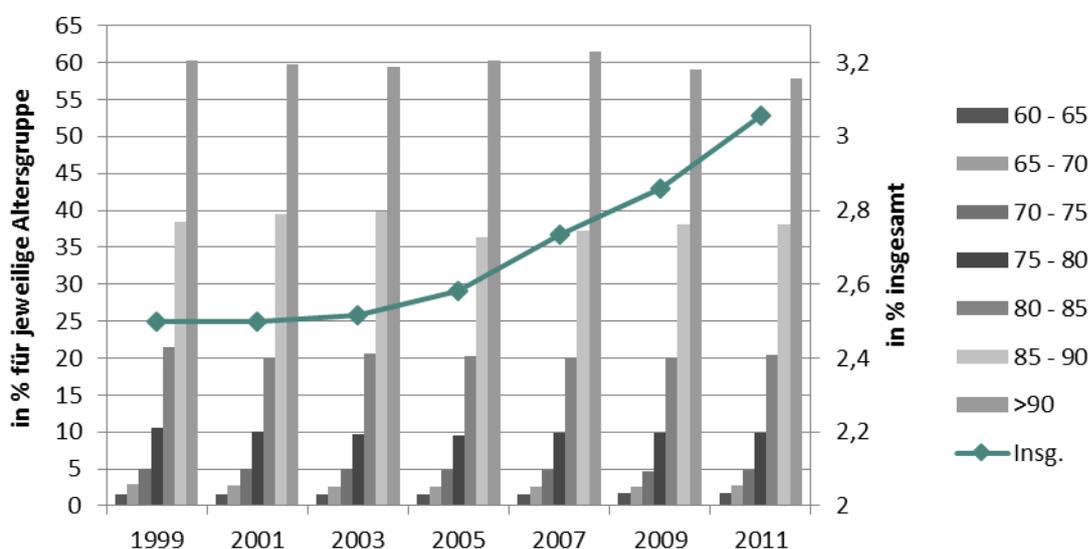
4.1 Entwicklungen

Mit der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes liegen Beobachtungen seit 1999 im Zweijahresabstand vor. Die letzte Erhebung wurde Anfang 2013 veröffentlicht und berichtet über das Jahr 2011. Ein Vergleich der durchschnittlichen Pflegequoten nach Altersgruppen von 1999 bis 2011 zeigt, dass weder Veränderungen im Zeitablauf noch trendmäßige Entwicklungen festzustellen sind (vgl. Abbildung 6).

Allerdings zeigt die Abbildung, dass die durchschnittliche Pflegequote (gemessen als Pflegebedürftige insgesamt relativ zur Bevölkerung insgesamt) seit 2005 von 2,5 % bis 2009 um 0,4 %-Punkte auf 2,9 % gestiegen ist. Diese Beobachtung nahezu unveränderter altersspezifischer Pflegequoten bei steigendem Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung ist auf die Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung zurückzuführen. Die Anzahl derer, die Altersgruppen mit hoher Pflegequote zuzurechnen sind, nimmt relativ zu. Auch deswegen ist nicht nur die Anzahl der Hochbetagten für die Anzahl der Pflegefälle von Bedeutung, sondern ihre Verteilung auf die übrigen Altersgruppen.

Gegen eine Annahme unveränderter Pflegequoten für die zukünftige Entwicklung argumentieren Vertreter der Medikalisierungs- (Begründer: Gruenberg 1977) sowie der Kompressionsthese (Begründer: Fries 1980) (vgl. Kroll/Ziese 2009).

Abbildung 6: Entwicklung der Pflegequoten in den laufenden Jahrgängen der Pflegestatistik



Quelle: Pflegestatistik (lfd. Jahrgänge), eigene Darstellung.

4.2 Medikalisierungs- und Kompressionsthese

Vertreter der Medikalisierungsthese unterstellen, dass sich durch die steigende Lebenserwartung die Morbiditätsphase verlängert (vgl. Kroll/Ziese 2009; Hackmann/Moog 2008). Der Gesundheitszustand in den höheren Altersgruppen ist gleichbleibend schlecht und führt damit zu steigenden altersspezifischen Pflegequoten. Davon muss differenziert werden, dass eine steigende altersspezifische Pflegequote auch auf politisch-rechtliche Einflussfaktoren zurückzuführen sein kann. Durch eine definitorische Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von Gesetzeswegen aus kann es ebenfalls zu einer Zunahme leistungsberechtigter Personen kommen.

Die Kompressionsthese geht von sich verkürzenden Morbiditätsphasen aus. Durch die steigende Lebenserwartung wird die Phase, in der mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist, in ein höheres Lebensalter verlagert (vgl. Kroll/Ziese 2009; Hackmann/Moog 2008). Pflegebedürftigkeit tritt demnach erst zu einem späteren Zeitpunkt ein und verschiebt sich in höhere Altersgruppen. Der medizinisch-technische Fortschritt führt mitunter dazu, dass mehr Jahre in Gesundheit verbracht werden. Dies führt damit zu sinkenden altersspezifischen Pflegequoten.

In der wissenschaftlichen Diskussion gibt es sowohl Studien, die für die Kompressionsthese sprechen, als auch solche, die auf die Medikalisierungsthese hindeuten. Die Ergebnisse der Studien gelten aber empirisch nicht zwingend als gesichert. Demnach ist die Diskussion schwer in die eine oder andere Richtung zu bewerten und rechtfertigt keine Abweichung von konstanten altersspezifischen Pflegequoten in der Basisprognose.

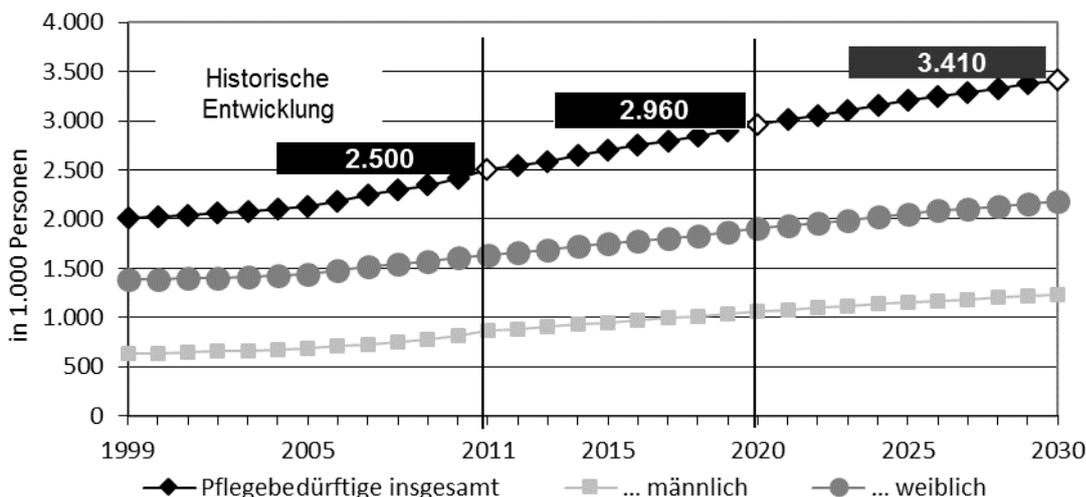
4.3 Modellergebnisse zu den Pflegebedürftigen

Nach Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit ist die Anzahl zusätzlicher Demenzerkrankter, die aufgrund der angestrebten Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit zu den Pflegebedürftigen hinzukommen, schwer abschätzbar. Es ist allerdings davon auszugehen, dass sich die Möglichkeit der Inanspruchnahme und der Zugang zur Pflegebedürftigkeit nach einer etwaigen Änderung der Abgrenzung erhöht. Da zurzeit kaum Erkenntnisse über den zusätzlichen Zugang zur Pflegebedürftigkeit vorliegen, wird bei den Berechnungen die Demenz als primäres Krankheitsbild nicht berücksichtigt.

Im Rahmen der Modellrechnungen wird vielmehr angenommen, dass die Pflegequoten unverändert bleiben und nach Alter und Geschlecht gemäß der Pflegestatistik des StBA berücksichtigt werden. Ausgehend von den Ergebnissen der Entwicklung der Bevölkerung bis zum Jahr 2030 können unter der Verwendung unveränderter Pflegequoten die Pflegebedürftigen berechnet werden: 2030 wird es 3,4 Mio. Pflegebedürftige geben (vgl. Abbildung 7). Das entspricht weitestgehend der Rechnung des Bundesministeriums für Gesundheit für das

Jahr 2030, welche 3,2 Mio. Personen ausweist, allerdings nur die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung einbezieht (BMG 2011: 98).⁷

Abbildung 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2030 auf Basis konstanter Pflegequoten



Quelle: Pflegestatistik (lfd. Jahrgänge), eigene Darstellung.

Obwohl die Pflegequoten nach Altersgruppen und Geschlecht in der Rechnung unverändert geblieben sind, verändert sich dennoch das Verhältnis von Pflegebedürftigen zur Gesamtbevölkerung (Abbildung 8): Ihr Anteil steigt von 3,1 % im Jahr 2011 (letztes Jahr der Pflegestatistik) bis 2030 auf gut 4,5 %. Darin kommt die sich verändernde Alterszusammensetzung der Bevölkerung zum Ausdruck: Nicht nur der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung, sondern auch der Anteil der Älteren an der Bevölkerung ist deutlichen Steigerungen unterlegen.

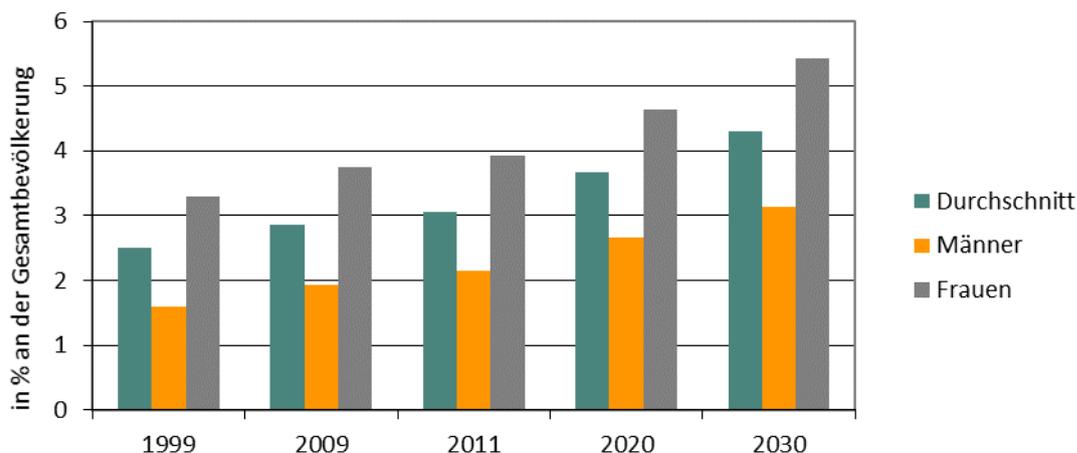
Gleichzeitig kommt es infolge des Alterungsprozesses zu einer Beschleunigung des Anstieges in den nächsten 20 Jahren: Während zwischen 1999 und 2011 der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung von 2,5 % auf 3,1 % um durchschnittlich 0,05 %-Punkte p. a. zugenommen hat, erreicht der durchschnittliche jährliche Zuwachs in den darauffolgenden Jahren 0,07 %-Punkte.

In einer Sensitivitätsrechnung mit der Variante der Bevölkerungsvorausschätzung V2W2 – also bei stärker steigender Lebenserwartung – nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 auf rund 3,6 Mio. Personen gegenüber 3,4 Mio. Personen im Referenzszenario zu. Eine Steigerung der Lebenserwartung (vgl. Abschnitt „Demografie“) bei Frauen um 2 Jahre und bei Männern um 1,7 Jahre führt also zu einem Anstieg der Pflegebedürftigen um 200 Tsd. Personen.

⁷ Der fünfte Pflegebericht (BMG 2011) aus dem Jahr 2011 ist der zurzeit letztveröffentlichte. Weitere, ältere Versionen stehen als Downloads unter:

<http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/pflegeberichte.html> zur Verfügung.

Abbildung 8: Entwicklung der Pflegequoten bezogen auf die Gesamtbevölkerung

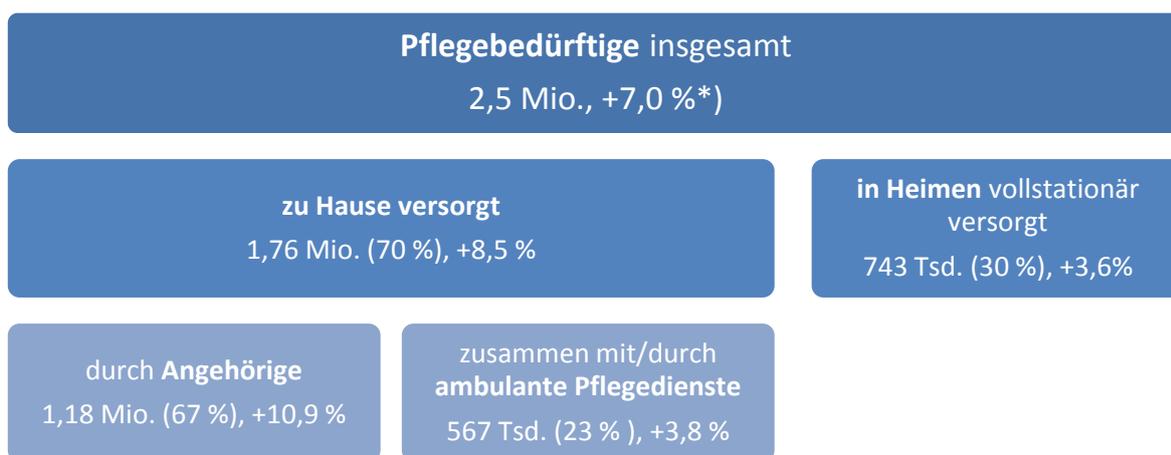


Quelle: Pflegestatistik (lfd. Jahrgänge), eigene Darstellung.

Für die Beitragszahler der Pflegeversicherung stellt der steigende Anteil der Pflegebedürftigen relativ zur Bevölkerung, aber insbesondere zur Anzahl der Arbeitnehmer, eine finanzielle Herausforderung dar. Die Belastung jedes Beitragszahlers wird absolut steigen. Eine Anhebung des Beitragssatzes wird insbesondere dann wahrscheinlicher, wenn nicht nur die Fallzahlen steigen, sondern auch die Kosten pro Fall zunehmen.

5. Pflegeformen

Abbildung 9: Pflegebedürftige nach Versorgungsart im Jahre 2011



*) Angabe der prozentualen Veränderung zu 2009. Die Vergleichbarkeit ist allerdings eingeschränkt (vgl. Kapitel 0, S. 7).

Quelle: StBA (2013: 5).

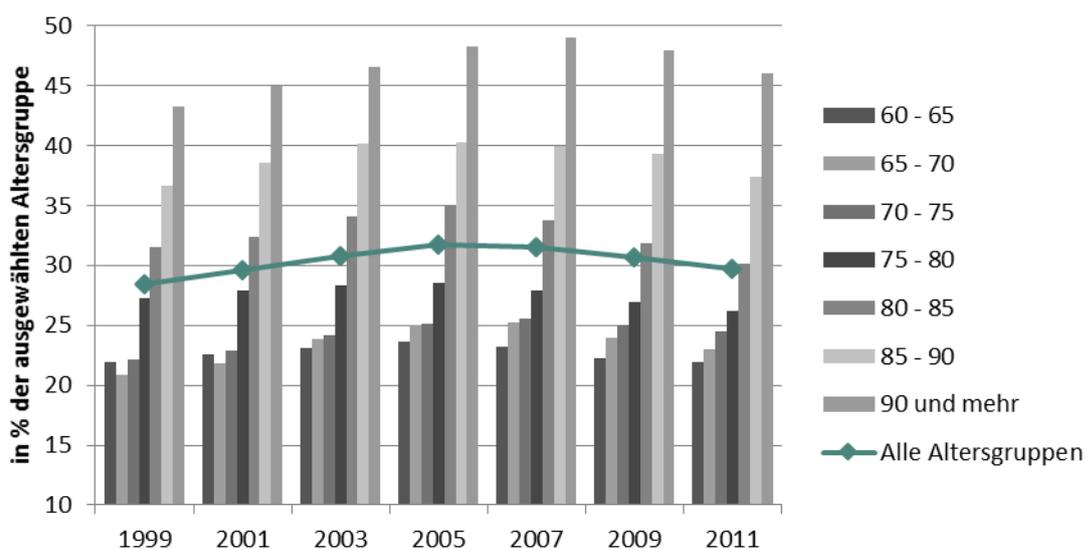
Ende des Jahres 2011 gab es in Deutschland rund 2,5 Mio. Pflegebedürftige im Sinne des §14 des Pflegeversicherungsgesetzes SGB XI (vgl. Abbildung 9). Etwa die Hälfte von ihnen (47,3 %) wurde zu Hause allein durch Angehörige versorgt. Bei weiteren 576 Tsd. (23,0 %) unterstützten ambulante Pflegedienste die örtliche Versorgung. Insgesamt wurden somit 70,3 % der Pflegebedürftigen in einer ihnen vertrauten Umgebung betreut. Die restlichen 743 Tsd. Personen (29,7 %) waren vollstationär in Heimen untergebracht (vgl. StBA 2013).

5.1 Entwicklung der Pflegeheimquoten und der ambulanten Pflege

Für die Bestimmung des Bedarfs an stationären Pflegeplätzen werden in einem nächsten Schritt die Personen unter den Pflegebedürftigen identifiziert, die zukünftig vollstationär in Pflegeheimen untergebracht sein werden. Wiederum basierend auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (StBA 2013) können altersgruppenspezifische Pflegeheimquoten - also die Anteile der Pflegebedürftigen vollstationär in Heimen an den Pflegebedürftigen insgesamt - ermittelt werden. Sie sind in Abbildung 10 dargestellt.

Anders als die Pflegequoten weisen die Pflegeheimquoten über die Jahre deutlich mehr Volatilität auf. Insbesondere ist der Anteil der Personen, die vollstationär in Heimen untergebracht worden sind, für die höchste Altersgruppe (90+) steigend, auch wenn in den Jahren 2009 und 2011 - verglichen mit 2005 und 2007 - wieder geringere Anteile ausgewiesen werden. Letztlich hat sich aber der Anteil von 1999 bis 2011 um 1,8 %-Punkte gesteigert. Für die Zukunft werden in vergleichbaren Studien unterschiedliche Entwicklungen für die Pflegeheimquoten unterstellt: Steigende (IW 2008) oder konstante (E&Y 2011).

Abbildung 10: Historische Entwicklung der Pflegeheimquoten 1999-2011



Quelle: Pflegestatistik (lfd. Jahrgänge), eigene Darstellung.

Nachdem die Pflegeheimquoten festgelegt worden sind, kann die Anzahl der Personen, die vollstationär in Pflegeheimen untergebracht sind, berechnet werden. Die übrigen Pflegebedürftigen, die mit Abstand die Mehrheit darstellen, werden zu Hause gepflegt.

Mit der Annahme hinsichtlich der Entwicklung der Pflegeheimquote ist implizit auch eine Aussage über die Entwicklung der häuslichen Pflege verbunden. Die häusliche Pflege ist wiederum von einer Vielzahl von Einzelfaktoren abhängig. Zwei wichtige Einflussfaktoren sind:

- 1) Situation der Familien bzw. Haushalte: Die Haushalte werden immer kleiner: Zwischen 2010 und 2013 hat die Gesamtzahl der Haushalte um 1 % zugenommen, wobei diese Entwicklung insbesondere von den Ein- und Zweipersonenhaushalten getragen wurde, die jeweils um 2 % gewachsen sind (StBA 2014b). Alle anderen Haushalte (ab 3 Personen) sind immer weniger vertreten (ebd.). Insbesondere die Anzahl der Einpersonenhaushalte ist stark gestiegen. Seit 1991 konnten sie um 41 % zulegen und damit auch schneller als die Zweipersonenhaushalte (+29 %) (ebd.)⁸. Diese Entwicklung wird durch sehr junge und sehr alte Personen bestimmt: In den Gruppen der unter 20- bis 30-Jährigen und der über 70-Jährigen leben mehr als die Hälfte alleine und damit deutlich mehr als in den anderen Altersgruppen (ebd.). Dies ergibt sich unter anderem daraus, dass eine zunehmende Anzahl junger Personen studiert und sich das Haushaltsbildungsverhalten der Jüngeren verändert. Bei den älteren Haushalten sind die Kinder, wenn vorhanden, meist bereits ausgezogen und der Partner verstorben. Der demografische Wandel bedingt zudem, dass die älteren Haushalte zunehmend an Gewicht gewinnen und resultiert so auch langfristig in einer Zunahme der Einpersonenhaushalte.
- 2) Steigende Erwerbstätigkeit der Frauen: In der Regel liegt die Pflege von Angehörigen immer noch in der Hand der Frauen. Ihre steigende Erwerbsneigung führt aber zu einer zunehmenden Belastung, sodass nicht von einer steigenden Pflegeleistung der Frauen ausgegangen werden kann. Immerhin ist die Erwerbsquote der Frauen im Alter von 15 bis 65 Jahren von rund 60 % im Jahre 1991 auf mehr als 73 % im Jahre 2011 gestiegen (StBA 2013).

Unter sonst unveränderten Bedingungen stehen beide Einflussgrößen eher für steigende als für fallende Pflegeheimquoten. Ohne Familienverbände wird die Pflege in der Familie erheblich erschwert. Der zunehmend wichtiger werdende Beitrag von Frauen zum Erwerbsleben (vgl. Diskussion Fachkräftemangel, zurückgehende Zahl an Personen im erwerbsfähigen Alter [Helmrich u.a. 2012]) schränkt ihren Beitrag zur häuslichen Pflege ceteris paribus ein.

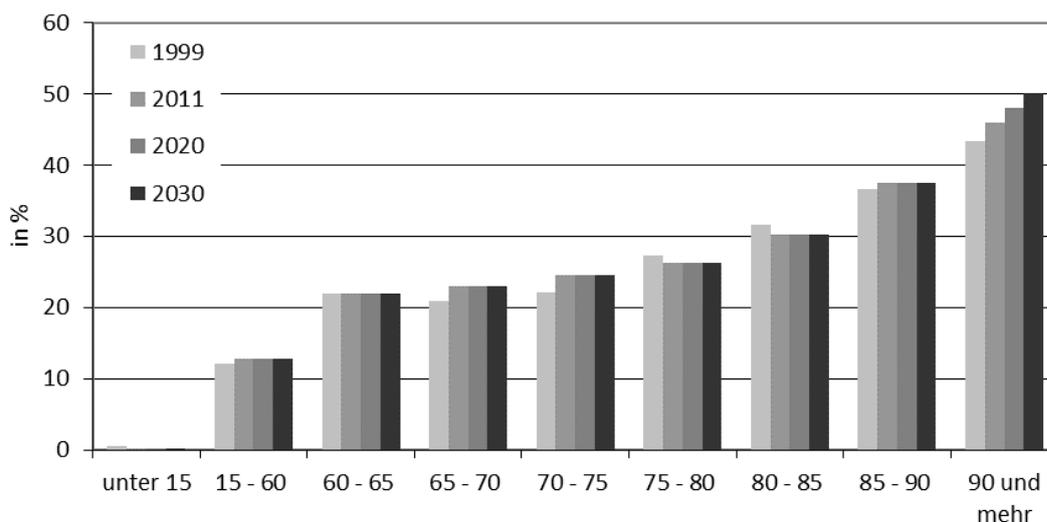
⁸ Da sich die Werte vor und nach 2010 aufgrund des Zensus 2011 in Höhe und Struktur unterscheiden, wurden für die Vergleichbarkeit zwischen 1991 und 2013 eigene Berechnungen durchgeführt.

Demgegenüber stehen politische Ziele, welche dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgen. Die (kontinuierliche) Reform der Pflegeversicherung sowie die Förderinstrumente des Städtebaus bzw. der Wohnungspolitik werden bereits heute darauf ausgerichtet, dass Pflegebedürftige möglichst lange zu Hause versorgt und gepflegt werden können.

5.2 Modellergebnisse zu den Pflegeformen

Für die Modellrechnung wird, ausgehend von der Zahl der Pflegebedürftigen, nun über die Pflegeheimquoten deren Verteilung auf Pflegebedürftige „vollstationär in Heimen“ und „zu Hause versorgt“ ermittelt. Die Pflegeheimquoten werden für das Referenzszenario in den verschiedenen Altersgruppen grundsätzlich als konstant angenommen. Nur die Pflegeheimquoten der über 90-Jährigen steigen in den nächsten 17 Jahren so, wie sie in den Jahren 1999 bis 2009 gestiegen sind, also um 4,7 %-Punkte. Der Anstieg erfolgt linear. Die Werte für das Jahr 2011 werden aus der Trendrechnung ausgeschlossen, da die Entwicklung der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik gegenüber 2009 überzeichnet ist (vgl. Kapitel 0, S. 7 und StBA 2013: 7, 25). Die Anhebung der Pflegeheimquoten bei den über 90-Jährigen geht auf die Annahme zurück, dass die seit 1999 zu beobachtende Erhöhung der Pflegeheimquote mit einer „Alterung“ der Kohorte der über 90-Jährigen zu begründen ist. Immer mehr Personen innerhalb der Gruppe sind über 95 bzw. über 100 Jahre alt. Dieser Prozess wird sich bis 2030 fortsetzen und erhöht die Wahrscheinlichkeit der Pflege im Heim. Die sich ergebenden Pflegeheimquoten zeigt die Abbildung 11.

Abbildung 11: Entwicklung der Pflegeheimquoten bis zum Jahr 2030

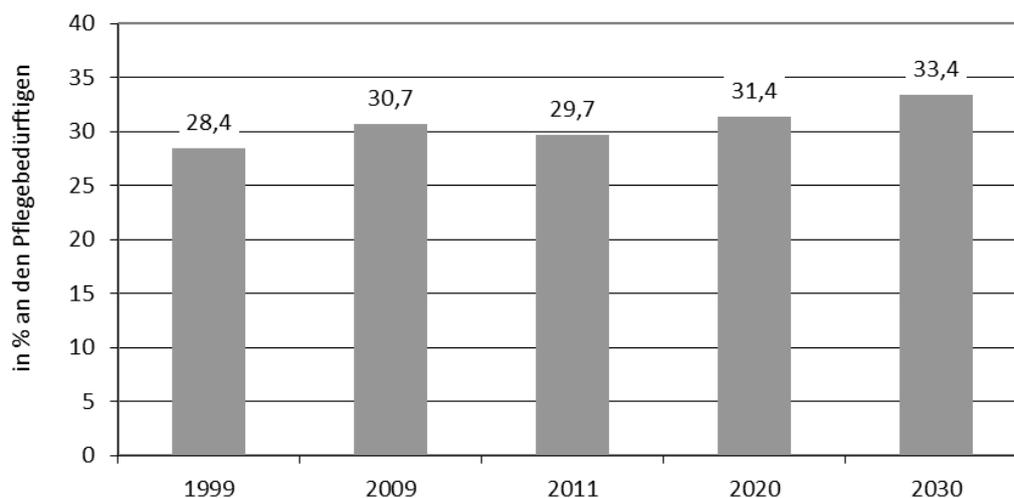


Quelle: Pflegestatistik (Ifd. Jahrgänge), eigene Berechnungen.

Gleichzeitig ist in der Gruppe der Pflegebedürftigen, wie in der Bevölkerung insgesamt, festzustellen, dass zunehmend ältere Altersgruppen mit mehr Personen besetzt sind und somit

das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen zunimmt. Eine Folge davon ist eine zusätzlich steigende, auf die Pflegebedürftigen bezogene durchschnittliche Pflegeheimquote, obwohl nahezu alle altersgruppenspezifischen Pflegeheimquoten unverändert bleiben. Während die durchschnittliche Pflegeheimquote zwischen 1999 und 2009 um 2,3 %-Punkte zugelegt hat, wird sie durch die Kombination aus der Pflegeheimquote der über 90-Jährigen und der Alterung der Bevölkerung von 2011 bis 2030 um insgesamt 3,7 %-Punkte steigen (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 12: Entwicklung der Pflegeheimquoten insgesamt

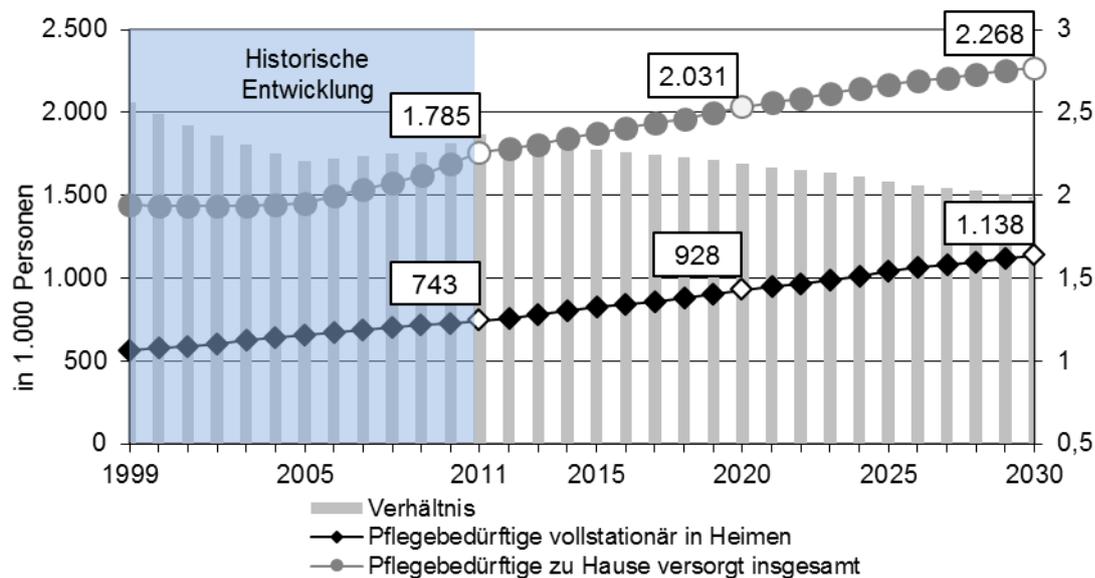


Quelle: Pflegestatistik (lfd. Jahrgänge), eigene Berechnungen.

Ein Blick auf die absolute Entwicklung in Abbildung 13 zeigt, dass die Anzahl der vollstationär in Heimen versorgten Pflegebedürftigen weiter deutlich steigen wird. Waren es 2011 noch ca. 743 Tsd. Personen, werden es 2030 schon 1,1 Mio. Personen sein. Ihre Anzahl wächst also um 53,2 %. Die Anzahl der Personen, die zu Hause versorgt wird, steigt von 1,8 Mio. Personen auf 2,3 Mio. Personen und damit um 27,1 %.

Im Gegensatz zu diesen Vergleichen mit ähnlichen Zahlen hat das Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW) (Enste/Pimpertz 2008) für das Jahr 2020 eine Anzahl von 1,1 Mio. Personen in stationärer Pflege und für das Jahr 2030 1,4 Mio. Personen vorgelegt. Das IW geht von deutlich steigenden Pflegeheimquoten bedingt durch die fehlende Möglichkeit häuslicher Pflege aus (ebd.). Für das Jahr 2020 nimmt das IW eine durchschnittliche Pflegeheimquote von 39 % an, zehn Jahre später liegt sie dann bei 42 % (ebd.). Im Vergleich zu der Pflegeheimquote im Referenzszenario ergibt sich eine Abweichung von 8,6 %-Punkten.

Abbildung 13: Entwicklung der Pflegebedürftigen vollstationär in Heimen und zu Hause versorgt



Quelle: Pflegestatistik (Ifd. Jahrgänge), eigene Berechnungen.

6. Bedarf an Arbeitskräften und Arbeitsproduktivität

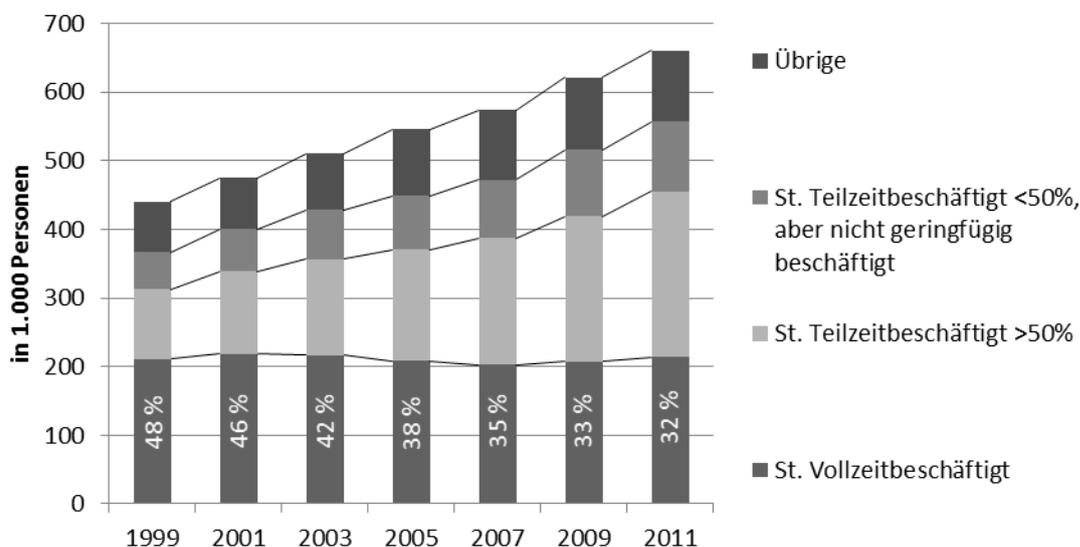
Im Rahmen des Pflege-Moduls in INFORGE⁹ ist die Entwicklung des Arbeitsmarktes, insbesondere die Entwicklung der Arbeitnehmer und Erwerbstätigen, ein zentrales Anliegen. Daher werden im Folgenden die historische Ausgangssituation und eine grobe Abschätzung zukünftiger Veränderungen dargestellt.

6.1 Entwicklung von Vollzeit- und Teilzeitarbeitskräften

Die Anzahl der in Pflegeheimen Beschäftigten ist in den letzten Jahren stark angestiegen (s. Abbildung 14). Während 1999 441 Tsd. Personen in Pflegeheimen beschäftigt waren, sind es 2011 bereits 661 Tsd. Personen. Das bedeutet einen Anstieg von 49,9 % innerhalb von 12 Jahren. Im Vergleich dazu ist der Zuwachs der Erwerbstätigen in Deutschland von insgesamt 39,0 Mio. (1999) auf 41,6 Mio. (2011) mit 6,5 % eher bescheiden (StBA 2014a).

⁹ INFORGE wird sowohl als eigenständiges Prognose- und Simulationsmodell für die Erklärung von Wirkungsanalysen des ökonomischen Strukturwandels in Deutschland angewendet, dient aber auch als Basismodellierung für über den ökonomischen Kernbereich hinausgehende Fragestellungen. Andere Modelle der GWS-Familie - wie PANTA RHEI, SPARTEN, LÄNDER oder REGIO - sind spezifische Erweiterungen von INFORGE.

Abbildung 14: Entwicklung der Vollzeit und Teilzeitarbeitskräfte in Pflegeheimen (absolut)



Quelle: Pflegestatistik (Ifd. Jahrgänge), eigene Berechnungen.

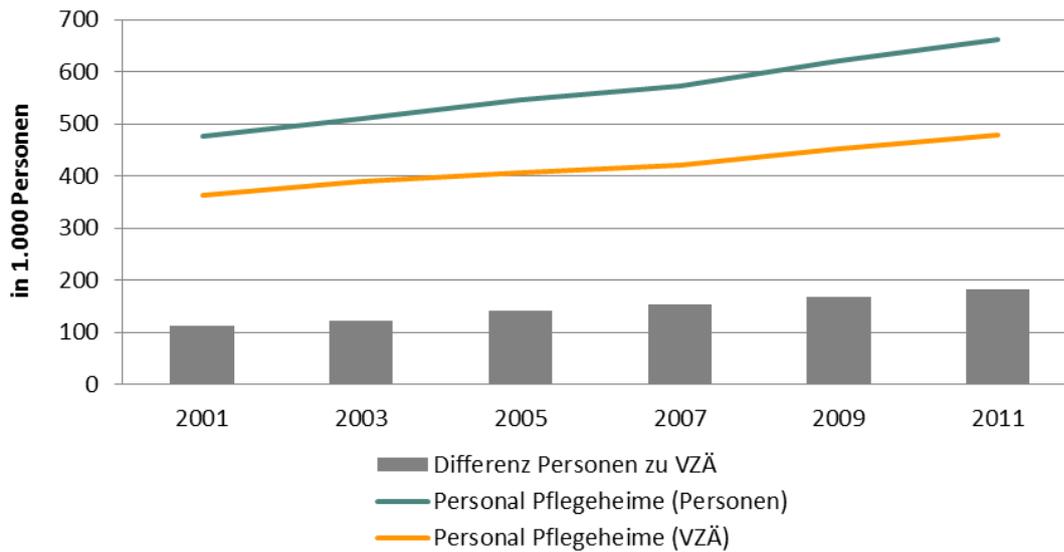
Natürlich richtet sich die nötige Zahl an Arbeitskräften nach der Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger. Gleichzeitig sind aber die gearbeiteten Stunden pro Kopf der Beschäftigten im Durchschnitt kräftig gesunken, wodurch immer mehr Beschäftigte für den gleichen Arbeitsinsatz benötigt werden. Damit trägt auch die sinkende, regelmäßig geleistete Arbeitszeit je Person in Pflegeheimen zusätzlich zur Dynamik bei den Beschäftigten bei. Wie in Abbildung 14 dargestellt, hat sich der Anteil der Vollzeitarbeitskräfte zwischen 1991 und 2011 von 48,0 % auf 32,4 % reduziert.

Da die Entwicklung der Arbeitszeiten pro Kopf jedoch zurzeit kaum absehbar ist, werden im Folgenden Vollzeitäquivalente (VZÄ) betrachtet.¹⁰ Es erfolgt eine Orientierung an der vollen tariflichen Arbeitszeit (vgl. z.B. StBA 2013d). Damit schließen wir uns den Betrachtungsweisen von u.a. StBA, Afentakis/Maier (2010, 2013), Schulz (2012, 2013) oder auch RWI (2011) an. Die historische Entwicklung des Personals in Pflegeheimen ist in Abbildung 15 dargestellt.

Nach Ausweis der Pflegestatistik des Jahres 2011 (StBA 2013) arbeiteten ca. 661 Tsd. Personen im Pflegebereich. Hätten alle Personen Vollzeit gearbeitet (geschätzte Vollzeitäquivalente), würde sich daraus ein Bedarf von 480 Tsd. Personen ergeben (ebd.). Das heißt, dass die tatsächlich geleistete Arbeitszeit im Durchschnitt 72,6 % der tariflich vereinbarten Vollarbeitszeit beträgt. Beispielsweise werden dann 29 statt 40 Stunden pro Woche gearbeitet.

¹⁰ Vollzeitäquivalente bedeutet, dass die Höhe an Personal ausgewiesen wird, die vorläge, wenn ausschließlich Vollzeit gearbeitet würde.

Abbildung 15: Entwicklung des Personals in Pflegeheimen insgesamt

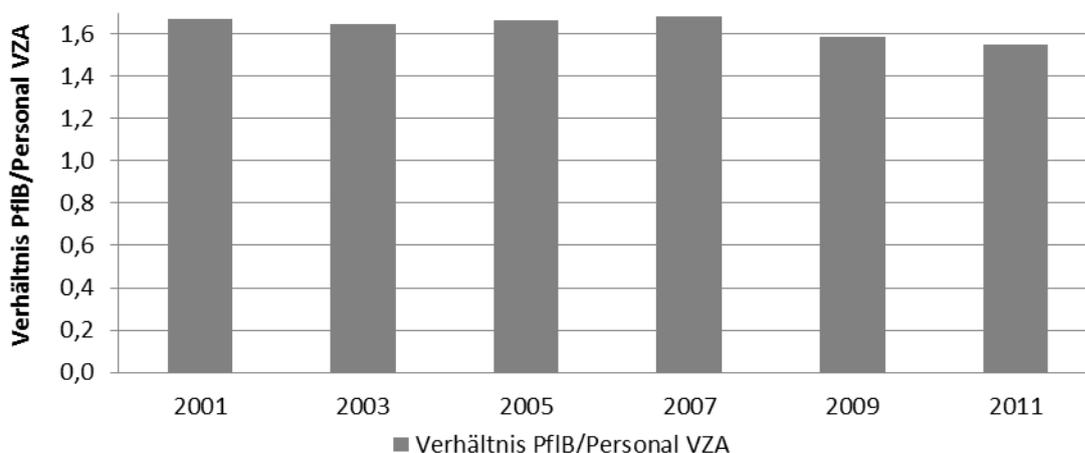


Quelle: Pflegestatistik (lfd. Jahrgänge), eigene Berechnungen.

6.2 Arbeitsproduktivität

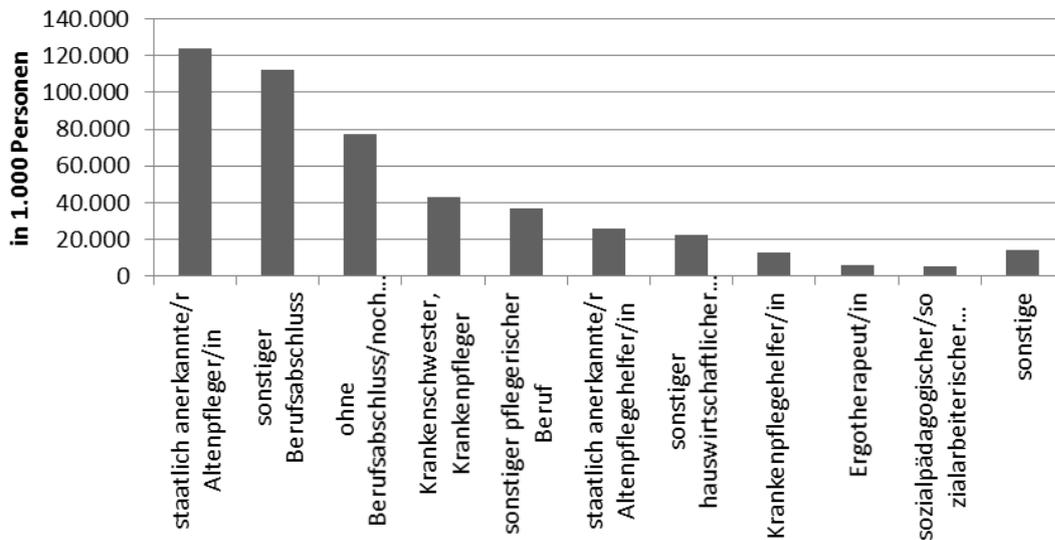
Gemessen in Vollzeitäquivalenten ist das Verhältnis von vollstationär Pflegebedürftigen und Pflegepersonal von 2003 bis 2011 mit ca. 1,6 nahezu unverändert geblieben. Betrachtet man jedoch nur die letzten Jahre (2007 bis 2011), zeichnet sich ein Rückgang ab: Der Wert ist in dem verkürzten Zeitraum um 8,1 % auf 1,55 zurückgegangen (vgl. Abbildung 16). Für die Fortschreibung des Pflegepersonals in VZÄ gehen wir davon aus, dass sich dieses Verhältnis nicht ändert; anders gesagt bleibt die Arbeitsproduktivität – also das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen vollstationär in Heimen und Pflegepersonal (in VZA) – unverändert.

Abbildung 16: Arbeitsproduktivität als Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Pflegepersonal



Quelle: Pflegestatistik (lfd. Jahrgänge), eigene Berechnungen.

Abbildung 17: Die 10 wichtigsten Berufe nach der Gesundheitspersonalrechnung in stationären/ teilstationären Einrichtungen, darunter Pflege im Jahr 2011



Quelle: StBA 2013, eigene Berechnung und Darstellung.

Der wichtigste Beruf in Pflegeheimen ist der/die staatlich anerkannte Altenpfleger/in (vgl. Abbildung 17). Es folgen allerdings zwei „Berufsgruppen“, die keinen für den Pflegebereich besonders ausgewiesenen Berufsabschluss oder (Platz 3) gar keinen Abschluss aufzuweisen haben. Darunter fallen auch die Personen, die noch in Ausbildung sind. Es folgen Krankenschwestern/-pfleger und sonstige pflegerische Berufe.

Um die Übersichtlichkeit zu wahren, gehen wir davon aus, dass der „Berufsmix“ unverändert bleibt. Diese Annahme ist konsistent zu der Annahme unveränderter Arbeitsproduktivität, da eine Veränderung der Struktur der Berufe auch eine Veränderung der Arbeitsproduktivität wahrscheinlich macht. Anders ausgedrückt unterstellt das Pflegemodul, dass die Pflegeleistung auch in Zukunft durch den heutigen Berufsmix erbracht wird.

Eine ähnliche Annahme wird für die Anzahl der mobilen Pflegekräfte getroffen. Es wird unterstellt, dass sich die benötigte Anzahl des Personals proportional mit der Anzahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, entwickelt. Während sich die Zahl der zu Hause Gepflegten zwischen 2003 und 2011 um 22,5 % erhöht hat, ist die Anzahl der vollzeitäquivalenten Arbeitsplätze im ambulanten Bereich um 43,7 % gestiegen. Wir nehmen ein unverändertes Verhältnis zwischen dem Personal im ambulanten Bereich und den zu Pflegenden an. Damit sind die Ergebnisse nicht als Prognose, sondern nur als eine grobe Abschätzung zu interpretieren.

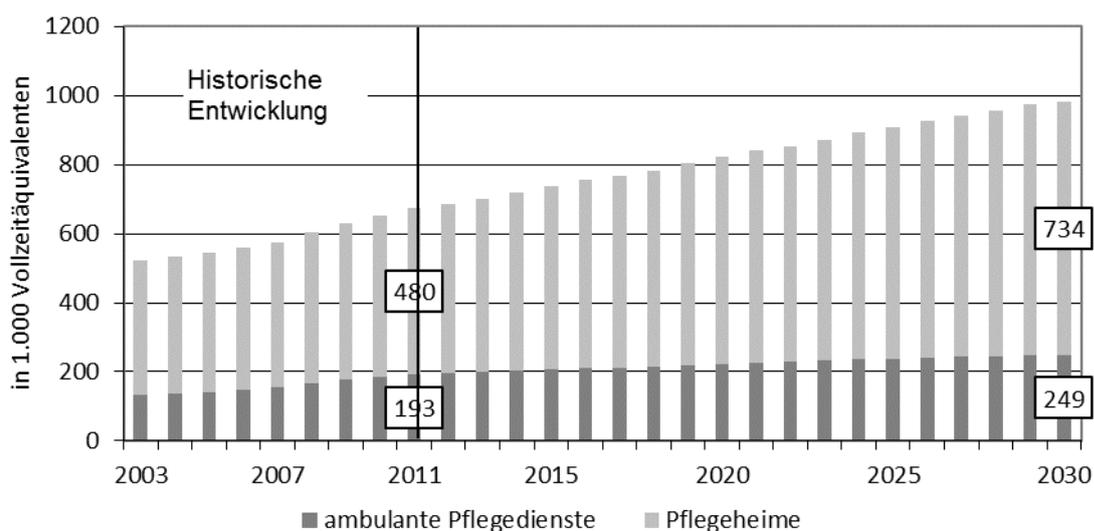
6.3 Modellergebnis zu Arbeitskräften (VZÄ)

Unter der Annahme einer unveränderten Arbeitsproduktivität (gleichbleibende Pflegeleistungen), also der Annahme, dass das Betreuungsverhältnis zwischen Pflegebedürftigen und

Pflegekräften gemessen als Vollzeitäquivalente konstant ist, ergibt sich ein deutlicher Anstieg des Personalbedarfs bis 2030 (s. Abbildung 18). Es werden 310 Tsd. VZÄ Personal mehr benötigt als 2011, davon 255 Tsd. (+53,1 %) im Bereich der Pflegeheime und 56 Tsd. (+29,0 %) im Bereich der ambulanten Pflege. Insgesamt bedeutet dies einen Mehrbedarf von 46,2 %.

Wird dieses Ergebnis in Kontext zu anderen Studien gesetzt, ist festzustellen, dass die Rekrutierung der notwendigen Arbeitskräfte in Zukunft im gesamten Gesundheitsbereich erhebliche Schwierigkeiten verursachen wird. Im BIBB-Report (Helmrich u.a. 2012: 8) wird ein Engpass für Gesundheitsbereiche ausgewiesen. Zu gleichen Ergebnissen kommt die Prognos AG in ihrer Arbeitslandschaft 2030 (Prognos 2011: 37f.). Ähnlich auch Afentakis/Maier (2013).

Abbildung 18: Grobe Abschätzung der Entwicklung des Personals in geschätzten Vollzeitäquivalenten



Quelle: Pflegestatistik, lfd. Jahrgänge, eigene Berechnungen.

Dabei dürfte die Problemlage noch unterschätzt sein. Auswertungen des Mikrozensus weisen darauf hin, dass im Gesundheitsbereich insgesamt die gewünschten Arbeitszeiten nicht wesentlich von den tatsächlichen Arbeitszeiten abweichen, sodass eine Ausweitung des Arbeitsangebotes durch verlängerte Arbeitszeiten oder auch Überstunden eher nicht möglich sein wird.

Auch die „Ausschöpfung“ des erlernten Berufs ist im Gesundheitsbereich sehr hoch: Rund 72 % der Personen, die einen Gesundheitsberuf erlernt haben und einer Erwerbstätigkeit nachgehen wollen, üben ihn auch aus. Nur Lehrer haben hier einen noch höheren Wert (Helmrich u.a. 2012: 7). Das bedeutet allerdings auch, dass die Ausschöpfung nur noch wenig gesteigert werden kann.

Ferner ist in verschiedenen Studien die Verweildauer untersucht worden. Eine Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (Behrens/Horbach/Müller 2008) kommt zu dem Ergebnis, dass 20- bis 24-jährige Alten- und Sozialpflegekräfte nach 10 Jahren (3650 Tagen) noch mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 50 % in ihrem Beruf sind (ebd.: 30). Für Personen, die im Alter von 35 bis 44 Jahren in den Beruf eintreten, ist die Wahrscheinlichkeit des anhaltenden Verbleibs mit 70 % deutlich höher (ebd.: 30-32).

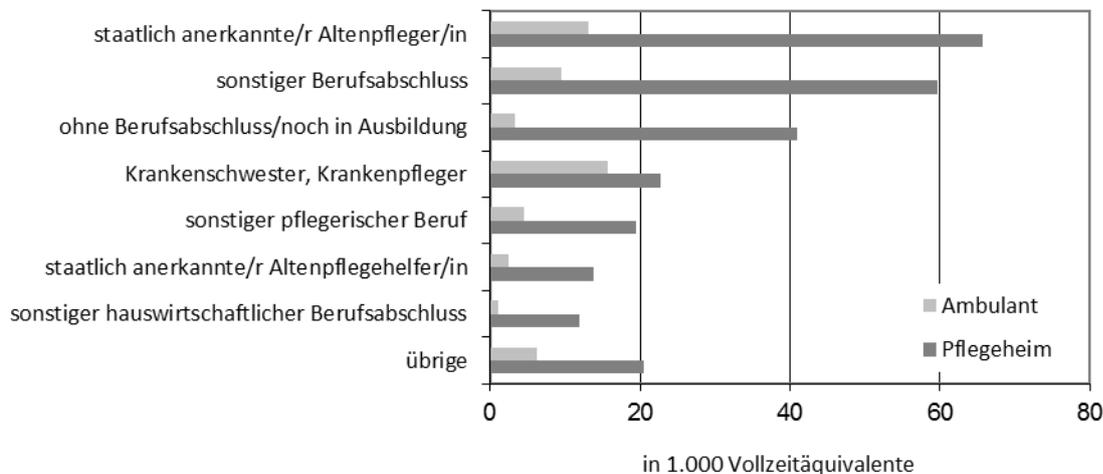
Das IWAK kommt zu ähnlichen Aussagen: Nach 10 Jahren sind 64 % der Altenpfleger/innen noch in ihrem Beruf nach Ende der Berufsausbildung (Joost/Kipper/Tewolde 2009: 28). Die konkrete Verweildauer – ohne Berücksichtigung von Voll-/Teilzeit – im Beruf (Berufsverlauf) wird mit Unterbrechungszeiten für die älteste Kohorte (Abschluss der Berufsausbildung in den Jahren 1976 bis 1980) mit ca. 19,5 Jahren angegeben. Davon entfallen allerdings knapp 8 Jahre auf Unterbrechungszeiten (Joost/Kipper/Tewolde 2009: 26). Das IWAK kommt zu der Schlussfolgerung, dass zwar die Mehrheit der Altenpfleger/innen eine hohe Berufsbindung hat, allerdings gleichzeitig erhebliche Unterbrechungszeiten aufweist. Gerade die Verkürzung der Unterbrechungszeiten wird als Ansatzpunkt für mögliche Steigerungen des Arbeitsangebotes gesehen (ebd.: 38ff.).

Im Ergebnis ist wohl davon auszugehen, dass die Verbleibdauer in Gesundheitsberufen - verglichen mit anderen Tätigkeiten - eher gering ausfällt (Pilger/Jahn 2013: 11). Eventuelle Fachkräfteengpässe werden dadurch eher verschärft.

Erfreulich ist immerhin, dass die aufgrund des Altersprozesses ausscheidenden Erwerbspersonen aus dem gesamten Gesundheitsbereich grundsätzlich ersetzt werden können (Helmrich u.a. 2012: 6). Von dem aktuellen Bestand an Personen (2008: 5,15 Mio. Personen), die einen erlernten Beruf im Gesundheitswesen haben, werden bis 2030 rund 2,2 Mio. Personen wegen Alters ausgeschieden sein. Gleichzeitig kann es aber gelingen, über die duale Ausbildung und in zunehmendem Maße die universitäre Bildung rund 2,5 Mio. Personen auszubilden. Damit ist das Gesundheitswesen einer der wenigen Bereiche, denen dieses gelingt. Diese Ergebnisse sind allerdings unter der Bevölkerungsannahme V1W1 entstanden, sodass eine höhere Zuwanderung nicht berücksichtigt wurde. Die Situation kann also durch zugewanderte Arbeitskräfte aus dem Gesundheitsbereich zusätzlich entlastet werden.

Die Entwicklung der Berufe wurde bei einer unveränderten Verteilung der Berufe getrennt nach ambulanter und stationärer Pflege vorgenommen. Bei einer solch groben Abschätzung sind es vor allem die Altenpfleger, für die ein deutlich erhöhter Bedarf entsteht (vgl. Abbildung 19). An zweiter Stelle liegen die sonstigen Berufsabschlüsse. Danach folgen vor allem Personen in Ausbildung. Auf Platz vier liegen Krankenschwestern/-pfleger.

Abbildung 19: Grobe Abschätzung des zusätzlichen Personalbedarfs in geschätzten Vollzeitäquivalenten nach Berufsabschluss ab 2011 bis 2030 absolut



Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Gesamtsituation auf dem Arbeitsmarkt wird sich bei einem unveränderten wirtschaftlichen Umfeld deutlich zugunsten der Arbeitnehmer verbessern. Die Anzahl der Erwerbspersonen – also die Personen, die sowohl arbeitsfähig als auch erwerbsorientiert sind – wird infolge der demografischen Entwicklung abnehmen (vgl. z.B. Fuchs/Söhnlein/Weber 2011)¹¹. Gleichzeitig wird die Wirtschaft, wenn nichts Unvorhersehbares passiert, weiter wachsen. Zukünftig werden es die in das Berufsleben eintretenden Jahrgänge also einfacher haben, einen Arbeitsplatz zu finden, als in den letzten 10 bis 15 Jahren.

Für den Pflegebereich bedeutet dies nicht nur, dass zusätzliche Personen rekrutiert werden müssen, sondern auch, dass die Konkurrenz zwischen den Berufen im Pflegebereich und anderen Berufen zunehmen wird. Wenn neben vielen weiteren Gründen die Entlohnung ein Entscheidungskriterium für einen Beruf im Pflegebereich sein sollte, können auch Lohnsteigerungen die Folge sein. Die Aufstockung der Beschäftigten gemessen in Vollzeitäquivalenten um 50 % in 20 Jahren ist bei einem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials selbst bei einer gesamtwirtschaftlichen Zuwanderung von 200 Tsd. Personen um fast 4 Mio. Personen oder 10 % in den Jahren 2010 bis 2030 (Fuchs/Söhnlein/Weber 2011: 3) schwierig. Hinzu kommt die regionale Verteilung der Arbeitskräfte, die sich in den nächsten 20 Jahren ebenfalls verändern wird.

Zwar wirken sich grundsätzlich steigende Erwerbsquoten – steigende Erwerbsbeteiligung – vor allem von Frauen positiv auf die Anzahl potenzieller Arbeitnehmer aus. Gleichzeitig sind es aber insbesondere die Frauen, die eine deutliche Steigerung ihrer Studieneigung

¹¹ Die demografische Entwicklung umfasst sowohl die natürliche Bevölkerungsentwicklung als auch die von außen durch Zuwanderung vorgegebene. Die Höhe des Rückgangs wird also auch von der Nettozuwanderung beeinflusst. Je niedriger der Saldo aus zu- und abwandernden Personen, desto höher die Abnahme an Erwerbspersonen.

aufweisen. Schon heute beginnen mehr Frauen als Männer ein Studium. Das reduziert bei einer gegebenen Bevölkerung die Anzahl der Personen mit einer Berufsausbildung. Noch sind es jedoch in der Regel Personen mit einer beruflichen Ausbildung, die im Pflegebereich arbeiten. Die Personen mit einem Fachhochschul- oder Universitätsabschluss sind bei Weitem in der Minderheit.

7. Ausblick

Der Beitrag macht die Wirkung des demografischen Wandels im Pflegebereich deutlich. Die wachsende Nachfrage nach Pflegeleistungen und der steigende Bedarf an qualifizierten Arbeitskräften stellen die Pflegewirtschaft zukünftig zunehmend vor Herausforderungen.

Gleichzeitig hängen die Ergebnisse von den zugrunde gelegten Entwicklungen ab. Mit der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung und der Pflegestatistik 2013, welche beide in der ersten Jahreshälfte von 2015 erscheinen sollen, wird es zu Anpassungen der Datengrundlage und damit der zukünftigen Entwicklung kommen. Dies hat Auswirkungen auf die Höhe der Pflegebedürftigkeit, den Umfang der Pflegeinfrastruktur und die Zahl der Arbeitskräfte. Das Pflegemodul wird mit Erscheinen der neuen Daten aktualisiert und neu ausgewertet werden müssen.

8. Anhang: Definitionen (des SGB)

8.1 Pflegebedürftige

Das Elfte Buch des Sozialgesetzbuches regelt die soziale Pflegeversicherung; der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist dabei im §14 Abs. 1 SGB XI definiert. Es handelt sich um „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).

§15 Abs. 1 SGB XI klassifiziert alle pflegebedürftigen Personen in drei Gruppierungen:

- Pflegestufe I: Erheblich Pflegebedürftige,
- Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftige,
- Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftige.

8.2 Pflegeformen

Stationäre Pflege

Unter die stationäre Pflege fallen vollstationäre und teilstationäre Pflegeleistungen sowie die Kurzzeitpflege. Diese Leistungen werden in solchen Einrichtungen erbracht, die einen Versorgungsauftrag nach SGB XI haben. In vollstationärer Pflege befinden sich Pflegebedürftige, bei denen häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder im Einzelfall nicht in Betracht kommt (vgl. §43 SGB XI). Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, haben Pflegebedürftige den Anspruch auf teilstationäre Pflege (vgl. §41 SGB XI).

Häusliche Pflege

Viele Menschen werden auch bei großem Hilfe- bzw. Pflegebedarf zu Hause versorgt. Pflegebedürftige haben nach §36 SGB XI bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Zur häuslichen Pflege gehört die Versorgung von Pflegebedürftigen durch ambulante Pflegedienste sowie die informelle Pflege.

Unter informelle Pflegeleistungen fällt die Versorgung pflegebedürftiger Personen durch ihre Familienangehörigen oder weitere Personen des sozialen Umfelds.

Pflegeheime

Statistisch erfasst werden die Pflegeheime, die durch Versorgungsvertrag nach §72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach §73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

Ambulante Pflegedienste

Erfasst werden die ambulanten Pflegedienste, die durch Versorgungsvertrag nach §72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach §73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

Sonstige Wohn- und Pflegeformen

Neben den oben genannten klassischen Pflegeformen gibt es weitere Formen, die nicht pauschal der häuslichen oder stationären Pflege zuzuordnen sind. Hier ist im Einzelfall die Zuordnung davon abhängig, ob der Wohnraum Teil der Pflegeleistung ist oder nicht:

- Betreutes Seniorenwohnen,
- gemeinschaftliche Wohnformen,
- betreute Wohn- und Haushaltsgemeinschaften für Pflegebedürftige.

8.3 Pflegeheimquoten

Ein wichtiger statistischer Begriff in Zusammenhang mit den Pflegeformen ist die Pflegeheimquote. Pflegeheimquoten werden als Anteil der vollstationär in Heimen untergebrachten Pflegebedürftigen einer Altersgruppe an den Pflegebedürftigen derselben Altersgruppe auf Basis der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes berechnet.

8.4 Personal

Zum Personalbestand einer Pflegeeinrichtung gehören alle, die dort beschäftigt sind, die also in einem Arbeitsverhältnis zur Pflegeeinrichtung stehen und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen.

8.5 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente)

Hier erfolgt eine Umrechnung der Arbeitszeiten des Personals in Vollzeitstellen. Im Rahmen der Pflegestatistik ist nur eine Schätzung der Vollzeitäquivalente möglich, da in der Statistik nicht die exakten Arbeitszeiten des Personals laut Arbeitsvertrag, sondern meist Zeitspannen erhoben werden. Auch wird der Arbeitsanteil nach dem SGB XI nicht in die Schätzungen einbezogen. Die Schätzung soll einen ergänzenden Einblick in die Personalstrukturen bieten.

8.6 Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008

Zum 1. Juli 2008 trat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz in Kraft. In diesem wurden die monetären Leistungen in allen Pflegestufen und Pflegeformen (ambulante Sachleistungen, Pflegegeld, vollstationäre Versorgung, Kurzzeitpflege) ausgeweitet.

Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung bei eingeschränkter Alltagskompetenz nach §45a SGB XI haben nun auch Personen, die sich der sogenannten Pflegestufe 0 zuordnen lassen. Diese benötigen ein erhöhtes Maß an Beaufsichtigung und Betreuung, so-

dass auch sie seit dem 1. Juli 2008 Betreuungsgelder erhalten. Besondere Berücksichtigung finden hierbei vor allem Demenzkranke (vgl. BMFSFJ 2009; Pflege-ABC 2012b; Pflegestufe Info 2012b; Pflegestufe Info 2012c).

8.7 Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) 2013

Das PNG sieht insbesondere eine deutliche Erhöhung der Leistungen für demenziell Erkrankte in der ambulanten Versorgung vor sowie eine Ausweitung der Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige mit ihren Angehörigen, beispielsweise durch die Einführung von Betreuungsleistungen und die Möglichkeit der Vereinbarung von Zeitkontingenzen neben den verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege.

8.8 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die verbesserten Leistungen für Demenzkranke im Pflegeneuausrichtungsgesetz sind laut Entwurf nur eine Übergangslösung auf dem Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. In einem gesonderten Gesetz will die Regierung dafür rechtliche Voraussetzungen schaffen. Basierend auf den Beiratsergebnissen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von Januar und Mai 2009 wurde im Dezember 2011 vom Bundesministerium für Gesundheit ein Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt.¹²

Ziel war es, einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufzustellen, der alle wesentlichen Aspekte der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Dabei sollen sowohl körperliche Einschränkungen als auch Problemlagen, welche zum Verlust oder zur Einschränkung der Selbstständigkeit führen, integriert werden.

Die zentralen Empfehlungen des Expertenbeirats umfassen (BMG 2013: 8f.):

- Schaffung von fünf statt drei Pflegegraden
- Gleichberechtigtes Einbeziehen von pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven Erkrankungen und psychischen Störungen in den Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Einstufung in Pflegegrade über das neue Begutachtungsassessment
- Erfassung der Bedarfslagen pflegebedürftiger Kinder
- Hinweise auf Rehabilitations- und Präventionsbedarfe durch das Begutachtungsassessment
- Häusliche Betreuung als gleichwertige „3. Säule“ der Leistungen der Pflegeversicherung
- Betreuungsangebote der vollstationären Versorgung bleiben erhalten
- Entlastungsangebote innerhalb der ambulanten-häuslichen Versorgung für alle Pflegebedürftigen

¹² Vgl. hierzu auch die Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit:
<http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegebeduerftigkeit/bericht-zum-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html>.

- Unveränderte Leistungsarten der Pflegeversicherung (ambulante Sachleistungen, Geldleistungen, Kombinationsleistungen, vollstationäre Sachleistungen) sowie weitere Leistungen für besondere Bedarfe (Hilfsmittel).

Das neue Begutachtungsverfahren wird seit Sommer 2014 in zwei Modellprojekten in allen Bundesländern mit ca. 4.000 Begutachtungen auf seine Alltagstauglichkeit und Wirkung getestet.

9. Literaturverzeichnis

- Afentakis, A. & Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* 11/2010, Wiesbaden.
- Afentakis, A. & Maier, T. (2013): Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. *Bundesgesundheitsblatt*, 56:1072-1080.
- Behrens, J., Horbach, A. & Müller, R. (2008): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). In: *Berichte aus der Pflege* 12. Mai 2009. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): Pflege-Weiterentwicklungsgesetz: Häufige Fragen und Antworten, WWW-Dokument, <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/root,did=128332.html> (25.03.2015)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011): Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. 2011.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. 27.Juni 2013, Berlin.
- Enste, D. & Pimpertz, J. (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. *IW Trends* 4/2008, 35. Jahrgang, Köln
- Fuchs, J., Söhnlein, D. & Weber B. (2011): Projektion des Arbeitskräfteangebots bis 2050. Rückgang und Alterung sind nicht mehr aufzuhalten. *IAB-Kurzbericht* 16/2011.
- Hackmann, T. & Moog, S. (2008): Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit. *FZG Discussion Papers* 26, Research Center for Generational Contracts (FZG), University of Freiburg.
- Helmrich, R., Zika, G., Kalinowski, M., Wolter, M. I., Bott, P. Bremser, F., Drosdowski, T., Haenisch, C., Hummel, M., Maier, T. & Schandock, M. (2012): Engpässe auf dem Arbeitsmarkt: Geändertes Bildungs- und Erwerbsverhalten mildert Fachkräftemangel. Neue Ergebnisse der BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen bis zum Jahr 2030, *BIBB-Report* 18.2012, Bonn.
- Joost, A. Kipper, J & Tewolde, T. (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht.
- Kroll, L. Eric & Ziese, T. (2009): Kompression oder Expansion der Morbidität. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter – Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin: Oktoberdruck AG, S. 105-113.
- Pilger, C. & Jahn, D. (2013): Gesundheitswesen in Baden-Württemberg Struktur und Entwicklung der Beschäftigung. In *IAB-Regional* 1/2013.
- Prognos AG (2011) *Arbeitslandschaft 2030*, München.
- Pflege-ABC 2012b (2012): Pflegestufe 0. WWW-Dokument, http://www.pflegestufe.info/pflege/pflegestufe_0.html (25.03.2015).
- Pflegestufe Info 2012b (2012): Demenz. WWW-Dokument, <http://www.pflegestufe.info/pflege/demenz.html> (25.03.2015).
- Pflegestufe Info 2012c (2012): Begutachtungsrichtlinien (BRi). WWW-Dokument, <http://www.pflegestufe.info/stichworte/begutachtungs.html> (25.03.2015).
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (Hg.) (2011): *Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt*. Forschungsprojekt im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege, Essen.
- Schulz, E. (2012): Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. *DIW Wochenbericht* Nr. 51/52.2012, Berlin.
- Schulz, E. (2013): Ageing, care need and long-term care workforce in Germany. Supplement B to NEUJOBS working paper D12.1. www.neujobs.com
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014): *Zensus Kompakt – Ergebnisse des Zensus 2011*, Ausgabe 2013, Stuttgart.

- Statistisches Bundesamt (StBA) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 2009, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2013b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung 1987 (Westen) bzw. 1990 (Osten) 2011. Fachserie 1 Reihe 1.3, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2013c): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2013d): Gesundheit. Personal 2000 bis 2011. Fachserie 12 Reihe 7.3.2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2014a): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen – Inlandsproduktberechnung. Detaillierte Jahresergebnisse 2013. Fachserie 18 Reihe 1.4, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2014b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Fachserie 1 Reihe 3, Wiesbaden.

Impressum

Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Dritter Bericht.

Koordination:	Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) e.V., Friedländer Weg 31, 37085 Göttingen	Webseite:	www.soeb.de
Projektleitung: E-Mail:	Dr. Peter Bartelheimer peter.bartelheimer@sofi.uni-goettingen.de	Download:	http://www.soeb.de/fileadmin/redaktion/downloads/Working-Paper/soeb_3_Working-Paper_2015_2_GWS_final.pdf
Tel.:	0551-52205-51	Redaktion:	Markus Holler (INIFES) Sarah Cronjäger (SOFI)
Abteilung 1:	Erosion des deutschen „TeilhabeKapitalismus“	Autoren (für Rückfragen):	Britta Stöver (GWS, stoever@gws-os.com), Remigius Szlachetka (GWS, szlachetka@gws-os.com), Philip Ulrich (GWS, ulrich@gws-os.com), Marc Ingo Wolter (GWS, wolter@gws-os.com)
Arbeitspaket 1	Gesamtwirtschaftliche Entwicklung bis 2030, Indikatoren, Zeitreihen	Anschrift:	Gesellschaft für Wirtschaftliche Struktur- forschung mbH (GWS), Heinrichstr. 30, 49080 Osnabrück