

Demografischer Wandel in Deutschland



Heft 2

Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und
Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern

Ausgabe 2008

Herausgeber:

Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Herstellung und Redaktion:

Statistisches Bundesamt
65180 Wiesbaden
Telefon: +49 (0) 611 / 75 24 05
Telefax: +49 (0) 611 / 75 33 30
www.destatis.de/kontakt

Fachliche Informationen zu dieser Veröffentlichung

zum Thema Krankenhausbehandlungen:

Statistisches Bundesamt
Gruppe VIII A „Gesundheit“
Telefon: +49 (0) 18 88 / 644 89 51
Telefax: +49 (0) 18 88 / 644 89 96
E-Mail: gesundheitsstatistiken@destatis.de

zum Thema Pflegebedürftige:

Statistisches Bundesamt
Gruppe VIII B „Soziales“
Telefon: +49 (0) 18 88 / 644 81 06
Telefax: +49 (0) 18 88 / 644 89 94
E-Mail: pflege@destatis.de

Erscheinungsfolge: einmalig

Erschienen im März 2008

Kostenfreier Download:

www.statistikportal.de/Statistik-Portal/publ.asp

Fotorechte:

© Rainer Sturm, [PIXELIO](#)

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008
(im Auftrag der Herausgebergemeinschaft)

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 Krankenhaus- behandlungen 1995 – 2005	7
2.2 Entwicklung der Krankenhausbehandlungen nach Diagnosen in Deutschland bis 2030	10
2.3 Entwicklung der Krankenhausbehandlungen in den Bundesländern bis 2020	15
Teil 3 Pflegebedürftige heute und in Zukunft	18
3.1 Rückblick: Entwicklung der Pflegebedürftigen 1999 – 2005	18
3.2 Altersspezifische Pflegequoten im Dezember 2005	21
3.3 Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland bis 2030 und in den Bundesländern bis 2020 (Status-Quo-Szenario)	22
3.4 Pflegebedürftige 2020 und 2030 in Deutschland (Szenario „sinkende Pflegequoten“)	26
3.5 Hinweise auf weitere Vorausberechnungen	27
Anhang: Detaillierte Diagnosearten: Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser mit Wohnsitz in Deutschland 2005	28
Literaturverzeichnis	31
Adressen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder	34

Im zweiten Heft der Serie „Demografischer Wandel in Deutschland“ wird aufgezeigt, wie sich der demografische Wandel auf die Zahl der in Krankenhäusern stationär behandelten Patientinnen und Patienten sowie die Zahl der Pflegebedürftigen auswirken könnte, wenn Entwicklungen aus der jüngsten Vergangenheit in der Zukunft fortbestehen. Neben Vorausberechnungen hierzu ist auch die aktuelle Situation dargestellt. Das hier vorliegende zweite Heft schließt an das erste Heft der Reihe „Demografischer Wandel in Deutschland“ an, in dem die voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung und die daraus abgeleitete Entwicklung der Zahl und Struktur privater Haushalte für Deutschland und die Bundesländer dargelegt ist.¹⁾

Basis der Analysen zu den Auswirkungen des demografischen Wandels ist die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der statistischen Ämter des Bundes und der Länder.²⁾ 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 „Untergrenze der mittleren Bevölkerung“ herangezogen. Da Annahmen zur Binnenwanderung – Wanderungen zwischen den Bundesländern – nur bis zum Jahr 2020 getroffen wurden, werden die Vorausberechnungen für Bundesländer hier auch nur bis zum Jahr 2020 dargestellt.

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 Bevölkerungsvorausberechnungen und Vorausberechnungen zu möglichen Folgen des demografischen Wandels auf regionaler Ebene erstellt.³⁾ Aufgrund unterschiedlicher Annahmen und methodischer Unterschiede können die Ergebnisse der hier vorliegenden koordinierten Vorausberechnungen von den eigenständigen Vorausberechnungen der Länder abweichen.

1) Siehe Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2007.

2) Siehe Statistisches Bundesamt 2006a, 2006b und 2007a.

3) Siehe Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen 2005 und 2006, Pristl 2003, Staatsministerium Baden-Württemberg 2004, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2005, Burger und Weber 2007, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2004.

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 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen. Legt man die Vorausberechnungsvariante „Untergrenze der mittleren Bevölkerung“ zu Grunde, so werden im Jahr 2030 fast 8 Millionen mehr 60-Jährige und Ältere in Deutschland leben (28,4 Millionen) als im Jahr 2005 (20,5 Millionen). Dies entspricht einer Zunahme von gut 38 %. Im Jahr 2030 würde dann mehr als jeder dritte Einwohner in Deutschland zu den 60-Jährigen und Älteren zählen (2005: jeder vierte). Diese Vorausberechnungsvariante basiert auf den Annahmen einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern je Frau, eines Anstiegs der Lebenserwartung Neugeborener auf 80,6 Jahre (Jungen) bzw. 85,5 Jahre (Mädchen) und eines jährlichen Außenwanderungssaldos von + 100 000 Personen. Ausführliche Ergebnisse zur Bevölkerungsentwicklung im Bund und in den Ländern können dem Heft 1 dieser Reihe und den Veröffentlichungen zur 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung entnommen werden.⁴⁾

Zahl der 60-Jährigen und Älteren steigt bis 2030 um knapp 8 Millionen

Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen pflegebedürftig werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Von den über 80-Jährigen waren im Jahr 2005 etwa 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 2030 gegenüber 2005 voraussichtlich entwickeln. Betrachtet man die prozentualen Veränderungen, so zeichnet sich eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung hin zu den höheren Altersklassen ab. So nehmen die jüngeren Senioren von 60 bis unter 70 Jahren bis zum Jahr 2030 um knapp 26 % zu. Deutlich stärker mit plus 58 % fällt der Anstieg bei den 80- bis unter 90-Jährigen aus. Die mit Abstand stärkste Zunahme zeichnet sich bei den 90-Jährigen und Älteren ab: Deren Anzahl dürfte sich bis zum Jahr 2030 mehr als verdoppeln. 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

⁴⁾ Siehe Fußnoten 1 und 2.

Tabelle 1: Bevölkerung Deutschlands in den Altersgruppen mit erhöhtem Krankheits- und Pflegerisiko 2005 bis 2030

Bevölkerung im Alter von ... bis unter ... Jahren	2005	2010	2020	2030
	Anzahl in 1 000			
Insgesamt	82 391	81 887	80 057	77 203
darunter:				
60 – 70	10 044	9 083	10 957	12 618
70 – 80	6 815	8 131	7 601	9 446
80 – 90	3 076	3 724	5 014	4 854
90 und mehr	557	563	910	1 432
	Veränderung gegenüber 2005 in %			
Insgesamt	–	– 0,6	– 2,8	– 6,3
darunter:				
60 – 70	–	– 9,6	9,1	25,6
70 – 80	–	19,3	11,5	38,6
80 – 90	–	21,1	63,0	57,8
90 und mehr	–	1,1	63,4	157,1

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Teil 2 Krankenhausbehandlungen heute und in Zukunft

Bei der Diskussion um die Auswirkungen des demografischen Wandels stehen die sozialen Sicherungssysteme im Fokus der Betrachtungen. Ein Schwerpunkt sind dabei die Ausgaben im Gesundheitswesen und hier insbesondere der kostenintensive Krankenhausbereich. Über ein Viertel aller Gesundheitsausgaben in Deutschland gehen in den Krankenhausbereich. Im Jahr 2005 waren dies über 62 Milliarden Euro. Da ältere Menschen häufiger stationär in Krankenhäusern versorgt werden als jüngere, dürften Behandlungsfälle und damit verbundene Kosten gerade im Krankenhausbereich mit einer alternden Bevölkerung ansteigen.⁵⁾ Mit dem Alter nimmt auch die Intensität der Erkrankungen zu. Dies bedeutet, dass ältere Menschen oftmals nicht nur an einer Krankheit, sondern gleichzeitig an mehreren oder einer Vielzahl von Krankheiten leiden (so genannte Multimorbidität). Auch dies führt dazu, dass ältere Menschen im Durchschnitt häufiger und länger im Krankenhaus verweilen als jüngere.

Im Folgenden werden die Auswirkungen der Alterung auf die voraussichtliche Entwicklung der Krankenhaufälle nach Diagnosearten bis zum Jahr 2030 für Deutschland bzw. bis 2020 nach Bundesländern untersucht. Wie sich die Gesundheitsausgaben in diesem Bereich entwickeln, ist nicht nur vom demografischen Wandel beeinflusst, sondern von einer Vielzahl weiterer Faktoren, wie dem medizinisch-technischen Fortschritt und den institutionellen Rahmenbedingungen. Aussagen hierzu werden nicht getroffen.

2.1 Rückblick: Entwicklung der Krankenhausbehandlungen 1995 – 2005

Die Zahl der Krankenhaufälle ist in den Jahren 1995 bis 2002 von 15,8 auf 17,4 Millionen gestiegen. In den folgenden Jahren war ein kontinuierlicher Rückgang bis auf 17,0 Millionen im Jahr 2005 zu verzeichnen. Der Rückgang seit 2002 ist in erster Linie auf die Einführung von so genannten diagnosebezogenen Fallpauschalen im Jahr 2002 zurückzuführen, die die festen Tagessätze im Krankenhaus abgelöst haben. Seitdem werden von den gesetzlichen Krankenkassen Pauschalbeträge für Behandlungen von Krankheiten gezahlt, unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes im Krankenhaus. Sie bieten somit einen Anreiz, die Verweildauer so kurz wie möglich zu halten. Eine Folge davon kann sein, dass Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden.

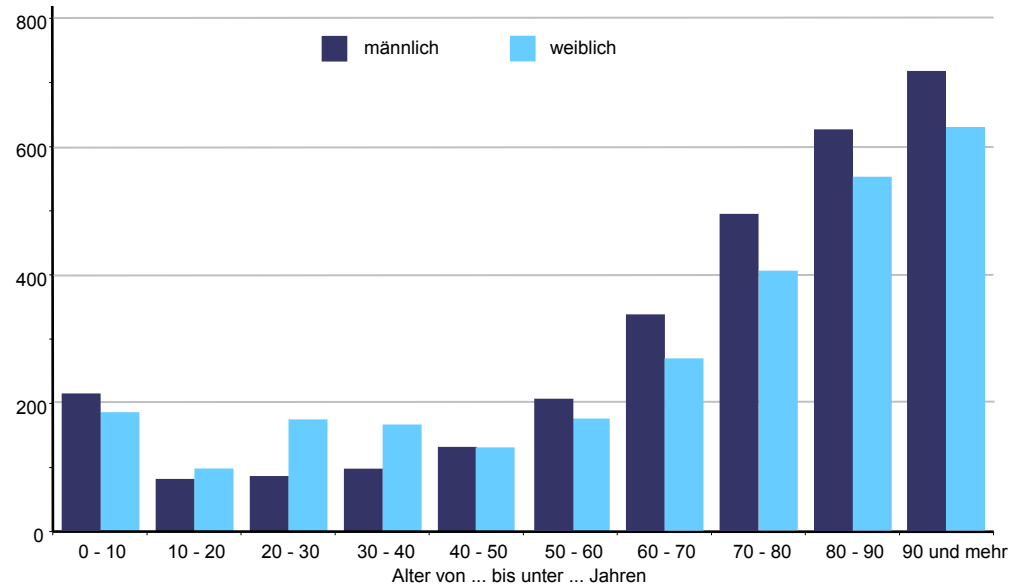
**17 Millionen
Krankenhaufälle
in 2005**

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 geschlechtsspezifischen deutlichen Unterschiede in den Altersgruppen der 20- bis unter 40-Jährigen sind auf die Krankenhaufälle der Frauen durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zurückzuführen.

**Ab etwa 60 Jahren
deutlich häufiger im
Krankenhaus**

5) Siehe Leidl 2003.

Abbildung 1: Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe 2005 nach Geschlecht



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

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 Patientinnen und Patienten. 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 Krankentagevolumen, 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten aus dem Ausland einschließt (2005 waren dies gut 60 000 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 unter anderem auch aufgrund der Multimorbidität nicht selten.

Während im Jahr 2005 etwa jeder vierte Einwohner 60 Jahre oder älter war, gehörte fast jeder zweite Krankenhauspatient diesen Altersgruppen an. Die 60- bis unter 80-Jährigen (20 % der Bevölkerung) stellen 35 % der Krankenhausfälle, die über 80-Jährigen (4 % der Bevölkerung) 13 %. Wie sich die Krankenhausfälle auf in Obergruppen zusammengefasste Diagnosearten verteilen, zeigt Tabelle 2.

Fast die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen entfällt auf Ältere

Tabelle 2: Krankenhausfälle 2005 nach zusammengefassten Diagnosearten *)

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	16 971	7 889	9 082	35	18	17	13	4	9
darunter:									
Herz-/Kreislaufkrankungen ...	2 549	1 340	1 209	55	31	24	22	7	15
Neubildungen	1 837	895	942	53	30	23	10	4	6
Krankheiten des Verdauungssystems	1 701	846	855	37	19	18	13	4	9
Verletzungen und Vergiftungen	1 656	818	838	27	11	16	16	3	13
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	1 394	597	797	45	17	28	8	2	6
Krankheiten des Atmungssystems	1 084	591	492	28	17	11	15	6	9
Psychische und Verhaltensstörungen	1 043	564	478	16	7	9	6	2	4
nachrichtlich:									
Bevölkerung insgesamt	82 391	40 317	42 074	20	9	11	4	1	3

*) Tiefer gegliederte Ergebnisse nach Diagnosearten sind im Anhang dargestellt.

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Besonders hoch ist der Anteil älterer Patienten an den Herz-/Kreislaufkrankungen und Neubildungen (Krebs), den beiden am häufigsten auftretenden Diagnosearten. 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 (20 %). Mit wenigen Ausnahmen ist aus heutiger Sicht von einer mit steigendem Alter zunehmenden Zahl an Krankenhausfällen auszugehen. Dies macht sich auch langfristig in der Modellrechnung der Krankenhausfälle für 2020 und 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 2004 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 2004 wie auch im Jahr 2005 nur noch 8,7 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 2005 um 0,5 Tage je Krankenhausfall zunehmen. Für die Vorausberechnungen werden keine Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der Verweildauer getroffen.

2.2 Entwicklung der Krankenhausbehandlungen nach Diagnosen in Deutschland bis 2030

In der Wissenschaft wird diskutiert, wie sich das Krankheitsrisiko bei einer steigenden Lebenserwartung gestalten wird. Hier stehen zwei Ansichten gegenüber: Vertreter der Kompressionsthese⁶⁾ erwarten, dass die Menschen mit steigender Lebenserwartung auch länger gesünder leben und sich schwere Krankheiten in einem festgesetzten Zeitfenster vor dem Tode ereignen. Vertreter der Expansions- these⁷⁾ (oder Medikalisierungsthese) gehen davon aus, dass die Krankheitsintensität mit steigender Lebenserwartung zunimmt, die Menschen demnach zwar länger leben, diese Zeit aber auch länger krank verbringen. Welche These letztendlich mehr zutreffen wird, kann hier nicht geklärt werden.⁸⁾

Zwei Varianten für Vorausberechnungen

Um bei den Vorausberechnungen beiden Thesen Rechnung zu tragen, werden zwei Szenarien erstellt. Bei dem Status-Quo-Szenario werden konstante alters- und geschlechtsspezifische Diagnosefallquoten – basierend auf den Istwerten der Jahre 2004/2005 – zu Grunde 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 Behandlungsquoten“).

Status-Quo-Szenario

Mehr Krankenhausbehandlungen trotz sinkender Bevölkerung

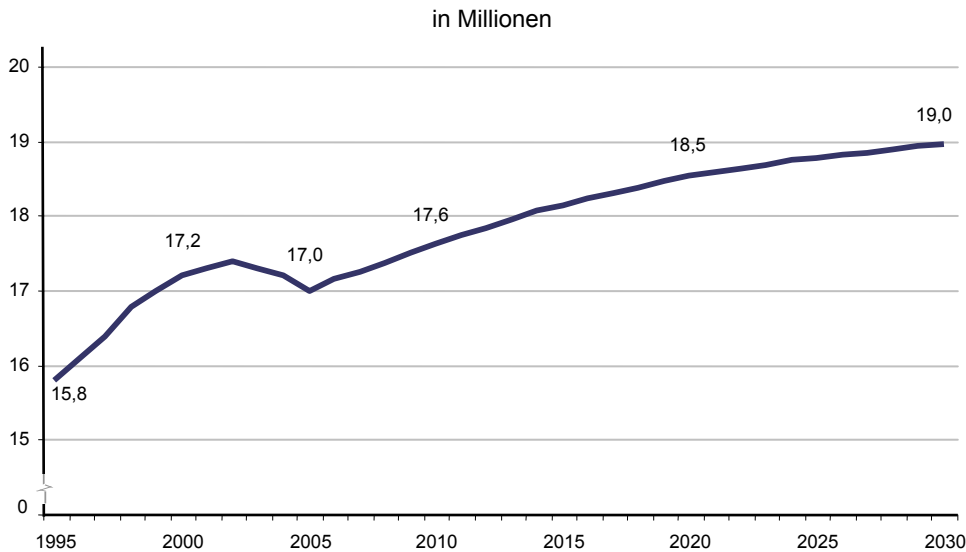
In den nächsten Jahrzehnten ist aufgrund der Alterung ein Anstieg der Krankenhausfälle in Deutschland zu erwarten (siehe Abbildung 2). Nach den hier vorgestellten Berechnungen, basierend auf den Ergebnissen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante „Untergrenze der mittleren Bevölkerung“) und unter Zugrundelegung des Status-Quo-Szenarios könnte sich die Zahl der Krankenhausfälle – bei sinkender Gesamtbevölkerung – bis zum Jahr 2030 von derzeit ca. 17 Millionen um 2 Millionen Fälle auf 19 Millionen erhöhen. Dies wäre ein Anstieg um ca. 12 %. Im Jahr 2020 wäre nach diesem Szenario mit ca. 18,5 Millionen Fällen zu rechnen.

6) Siehe u. a. Fries 1989.

7) Siehe u. a. Guralnik 1991.

8) Siehe zur neueren Diskussion u. a. Fetzer 2005 und Niehaus 2006.

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



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

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 2004/2005 (differenziert nach Fünfjahres-Altersgruppen und Diagnosearten) konstant gehalten und der vorausberechneten Bevölkerung zu Grunde 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:

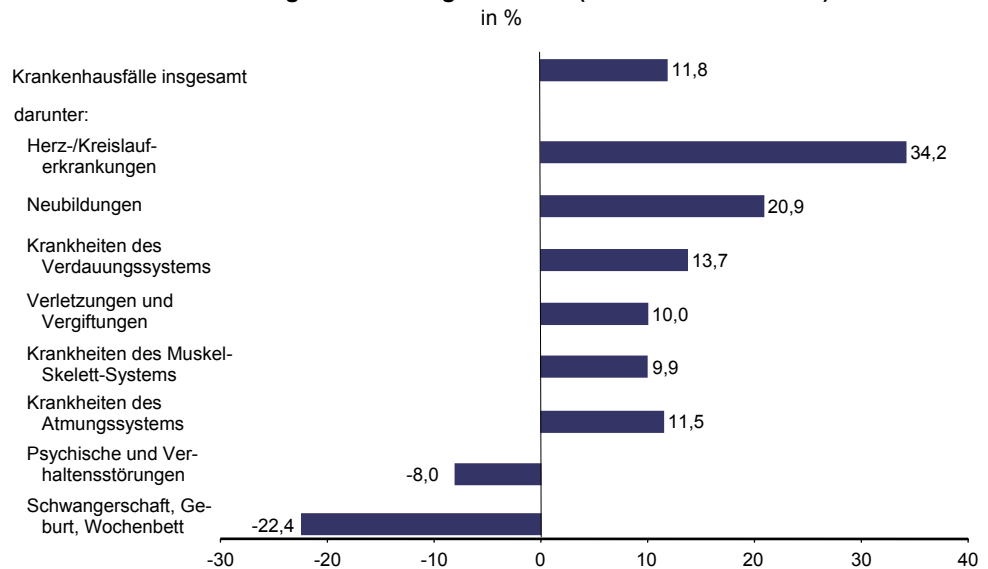
Im Jahr 2005 wurden laut Diagnosestatistik 101 000 Patientinnen im Alter von 70 bis unter 75 Jahren mit der Diagnose „Neubildungen“ stationär behandelt. Bezogen auf 2 053 000 Frauen dieser Altersgruppe im Jahr 2005 errechnet sich daraus ein Verhältnis (Diagnosefallquote) von rund 0,05. Um die Anzahl 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 9,1 Millionen (2005) auf 9,7 Millionen (2030) ansteigen, bei Männern von 7,9 Millionen (2005) auf 9,3 Millionen (2030). Die Ursache für den deutlich stärkeren Anstieg bei Männern (17,7 %) gegenüber Frauen (6,6 %) ist die Kombination aus geschlechtsspezifischem Krankheitsrisiko und demografischer Entwicklung.

Deutliche Zunahme altersabhängiger Erkrankungen

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 Diagnosearten kommen (siehe Abbildung 3 und Tabelle 3). Rückgänge sind in den Bereichen psychische Störungen und Verhaltensstörungen und – bei weiter niedriger Geburtenrate – in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt zu erwarten. Krankheiten, die mit zunehmendem Alter vermehrt auftreten, wie Herz-/Kreislaufkrankungen und Neubildungen (Krebs), werden überdurchschnittlich ansteigen. Auch bei Demenzerkrankungen dürfte es zu einem deutlichen Anstieg der Fälle kommen. Krankenhausbehandlungen wegen Demenz fallen jedoch in absoluten Zahlen kaum ins Gewicht (knapp 32 000 Fälle im Jahr 2005). Eine Zunahme Demenzkranker würde sich hauptsächlich im Bereich der häuslichen Betreuung und der Pflege auswirken.

Abbildung 3: Veränderung der Krankenhausfälle 2030 gegenüber 2005 nach zusammengefassten Diagnosearten (Status-Quo-Szenario)



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Die Änderungen im Diagnosespektrum haben Auswirkungen auf die Kapazitäten, die in den einzelnen Fachabteilungen der Krankenhäuser vorgehalten werden müssen. Während im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe weniger Kapazitäten nachgefragt werden, wird es in anderen Bereichen, z. B. der inneren Medizin, zu einem deutlichen Anstieg der Krankenhausfälle kommen.⁹⁾

Tabelle 3: Krankenhausfälle 2005, 2020 und 2030 nach zusammengefassten Diagnosearten (Status-Quo-Szenario)

in 1 000

Krankenhausfälle	2005	2020	2030
Krankenhausfälle insgesamt	16 971	18 518	18 974
darunter:			
Herz-/Kreislaufkrankungen	2 549	3 151	3 420
Neubildungen	1 837	2 110	2 220
Krankheiten des Verdauungssystems	1 701	1 880	1 934
Verletzungen und Vergiftungen	1 656	1 779	1 822
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	1 394	1 507	1 533
Krankheiten des Atmungssystems	1 084	1 169	1 208
Psychische und Verhaltensstörungen	1 043	1 006	959
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	931	822	722

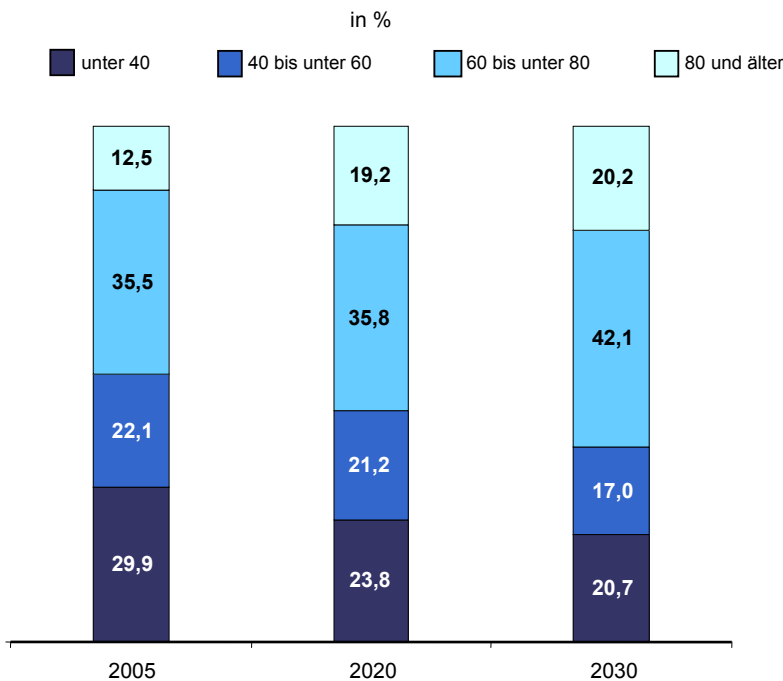
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

9) Vgl. 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. Bis zum Jahr 2020 wird fast jeder fünfte Krankenhausfall durch die Altersgruppe der über 80-Jährigen und Älteren verursacht, im Jahr 2005 war es jeder achte Fall. 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 unter 60-Jährigen bis zum Jahr 2030. Bis 2030 wird der Anteil der 60- bis unter 80-Jährigen dagegen deutlich auf 42,1 % anwachsen (2005: 35,5 %), wobei der Anstieg sich vor allem im Zeitraum 2020 bis 2030 vollzieht. Der auf die über 80-Jährigen entfallende Anteil an Krankenhausfällen wird bereits bis 2020 deutlich (von 12,5 % in 2005 auf 19,2 % in 2020) und danach nur noch leicht steigen. Ursache für diese un stetigen Entwicklungen ist die wesentlich durch die geburten schwachen Jahrgänge der Kriegs- und Nachkriegsjahre sowie die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und vor allem der 1960er Jahre gekennzeichnete Bevölkerungsentwicklung.

**2020 fast jeder
fünfte Patient
80 Jahre und älter**

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



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Szenario „sinkende Behandlungsquoten“

Während das Status-Quo-Szenario eher von einer Expansion der Krankheiten ausgeht, geht eine zweite, hier als „Szenario sinkende Behandlungsquoten“ 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 Behandlungsquoten“

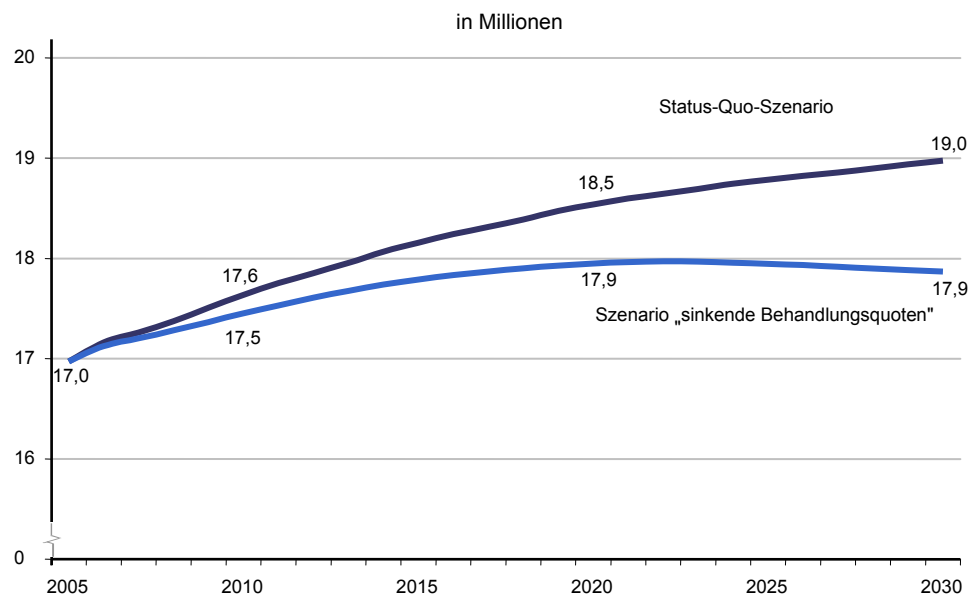
Diese Berechnungsvariante basiert auf der Überlegung, dass Menschen bei einer steigenden Lebenserwartung nicht nur länger, sondern auch länger gesund leben und schwere Krankheiten bzw. häufige Krankenhausbehandlungen erst in einem höheren Alter auftreten (Kompressionsthese). Um die zukünftige Zahl der 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.

1 bis 2 Millionen mehr Krankenhausbehandlungen 2030 als heute

Der Anstieg der Krankenhausfälle bis zum Jahr 2020 wird nach dem Szenario „sinkende Behandlungsquoten“ im Vergleich zum Status-Quo-Szenario deutlich abgeschwächt (0,6 Millionen Fälle weniger). Im Gegensatz zum Status-Quo-Szenario wäre nach 2020 sogar mit einem leichten Rückgang bis zum Jahr 2030 zu rechnen. Der Unterschied beider Modellrechnungen wächst bis zum Jahr 2030 auf über 1 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 knapp 18 und rund 19 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.¹⁰⁾

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

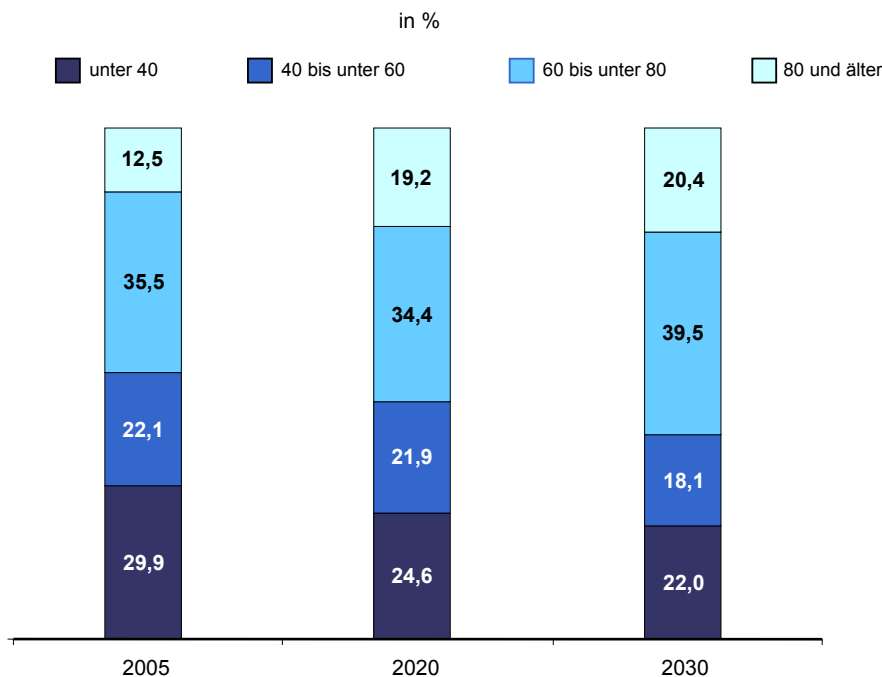


Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

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 vier Prozentpunkten im Vergleich zum Jahr 2005 schwächer aus als im Status-Quo-Szenario (plus knapp sieben Prozentpunkte), und der Rückgang des Anteils unter 40-Jähriger und 40- bis unter 60-Jähriger ist in dem Szenario „sinkende Behandlungsquoten“ jeweils um etwa einen Prozentpunkt geringer als in dem Status-Quo-Szenario.

10) Siehe hierzu z. B. Breyer 1999.

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



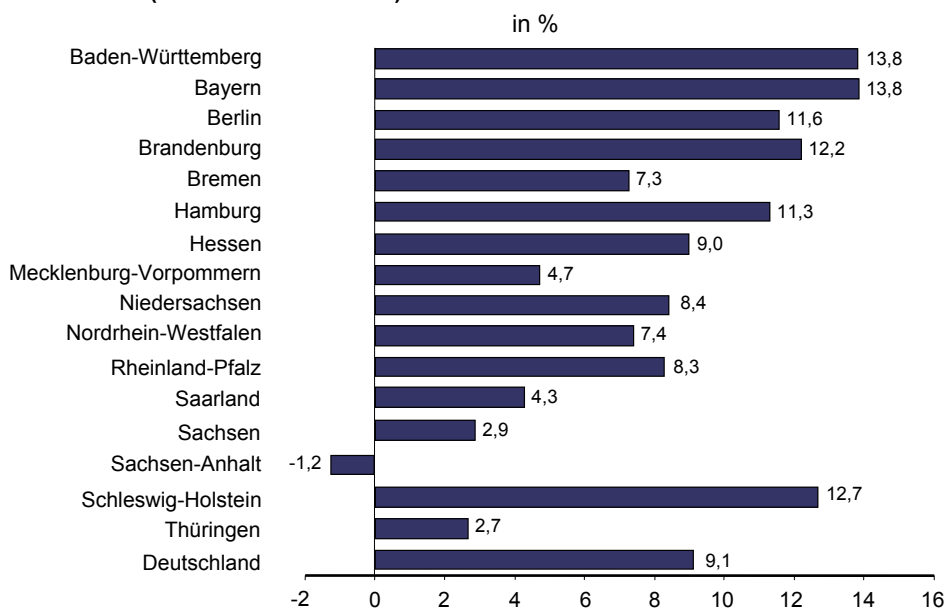
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

2.3 Entwicklung der Krankenhausbehandlungen in den Bundesländern bis 2020

Bei der Darstellung der Entwicklung der Krankenhausfälle in den Ländern bis 2020 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 leichte Rückgang der Krankenhausfälle in Sachsen-Anhalt erklärt sich aus dem bis 2020 zu erwartenden deutlichen Bevölkerungsrückgang (- 14 %). Die größten Zuwächse sind in Baden-Württemberg und Bayern zu erwarten, deren Einwohnerzahl bis zum Jahr 2020 nach den Ergebnissen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung noch leicht ansteigen wird (+ 1 %).

Krankenhausfälle steigen in fast allen Bundesländern deutlich

Abbildung 7: Veränderung der Krankenhausfälle 2020 gegenüber 2005
(Status-Quo-Szenario)



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Länderspezifische Vorausberechnungen der Krankenhaushfälle

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 2020 in den jeweiligen Bundesländern nach Alter und Geschlecht angelegt.

Die Zuordnung der Patienten auf die Bundesländer erfolgt nach dem Wohnort (Wohnortprinzip), da die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung die Entwicklung der Bevölkerung mit Wohnsitz in dem jeweiligen Bundesland zeigt. Für die Ermittlung länderspezifischer Diagnosefallquoten werden die Patienten (Krankenhaushfälle) mit Wohnsitz in einem Bundesland auf die jeweilige Bevölkerung des Landes bezogen.

Die vorausberechneten Ergebnisse nach Ländern zeigen, wie viele Krankenhaushfälle in Zukunft voraussichtlich auf die Bevölkerung eines bestimmten Landes entfallen, und nicht, wie viele Krankenhaushfälle 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 Krankenhaushfälle 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.

16 bis 35 % mehr Herz-/Kreislaufkrankungen je nach Bundesland

Unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Ländern sind, wie Tabelle 4 zeigt, auch bei den beiden Diagnosegruppen Herz-/Kreislaufkrankungen sowie Neubildungen (Krebs) zu erwarten. Im Vergleich der Jahre 2005 und 2020 reicht die Spannweite der Veränderungsrate bei den Herz-/Kreislaufkrankungen von + 16,3 % in Bremen bis zu + 34,5 % in Brandenburg. Ähnlich könnte es bis 2020 auch bei den Neubildungen aussehen: Hier liegt das Spektrum der Veränderungsrate zwischen + 5,5 % in Sachsen-Anhalt und + 21,5 % wiederum in Brandenburg.

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 (Herzinfarkt) 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 2005 und 2020 nach Bundesländern
und zwei zusammengefassten Diagnosearten (Status-Quo-Szenario)**

Land	Insgesamt			Herz-/Kreislaufkrankungen			Neubildungen		
	2005	2020	Veränderung 2020 gegenüber 2005	2005	2020	Veränderung 2020 gegenüber 2005	2005	2020	Veränderung 2020 gegenüber 2005
	1 000	1 000	%	1 000	1 000	%	1 000	1 000	%
Baden- Württemberg	1 897	2 159	13,8	269	347	29,2	201	242	20,5
Bayern	2 539	2 890	13,8	360	459	27,6	268	321	19,7
Berlin	648	723	11,6	103	132	28,1	73	85	16,5
Brandenburg	579	650	12,2	94	127	34,5	74	89	21,5
Bremen	133	143	7,3	17	20	16,3	15	17	9,5
Hamburg	319	355	11,3	44	53	20,3	32	37	13,7
Hessen	1 229	1 339	9,0	184	227	23,5	129	150	15,7
Mecklenburg- Vorpommern	382	400	4,7	60	76	26,3	44	49	13,0
Niedersachsen	1 597	1 731	8,4	230	284	23,3	157	181	15,1
Nordrhein- Westfalen	3 953	4 246	7,4	612	730	19,2	421	471	11,9
Rheinland-Pfalz ..	877	949	8,3	135	163	21,2	95	108	13,7
Saarland	247	257	4,3	41	48	17,5	27	30	9,0
Sachsen	893	919	2,9	135	163	20,5	110	118	7,9
Sachsen-Anhalt ..	589	581	- 1,2	93	108	16,4	71	75	5,5
Schleswig-Holstein	555	625	12,7	82	107	29,3	56	67	18,8
Thüringen	535	549	2,7	89	107	20,6	64	70	10,3
Deutschland	16 971	18 518	9,1	2 549	3 151	23,6	1 837	2 110	14,9

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

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 – 2005

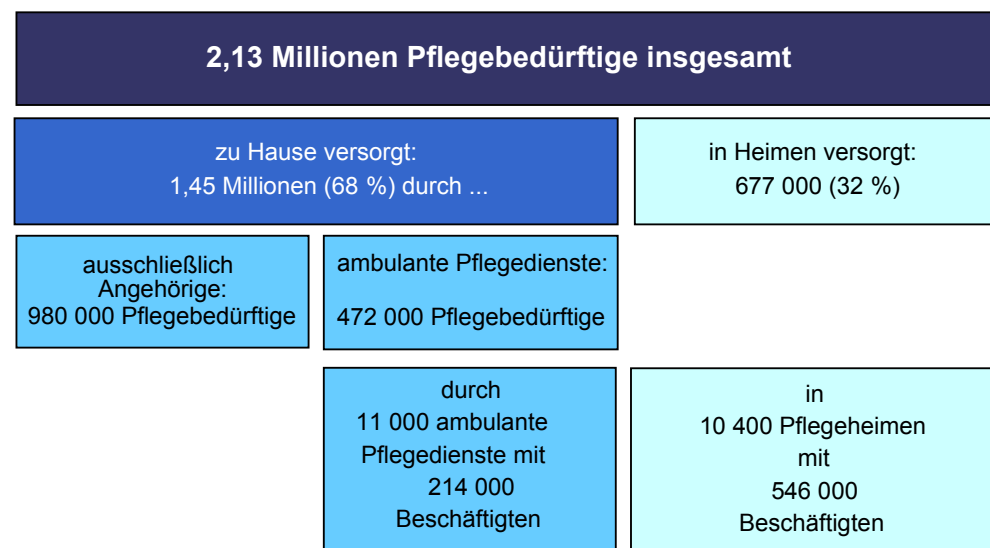
Über 2 Millionen Pflegebedürftige

Im Dezember 2005 waren 2,13 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Die Mehrheit (82 %) der Pflegebedürftigen war 65 Jahre und älter; ein Drittel (33 %) 85 Jahre und älter. 68 % der Pflegebedürftigen waren Frauen.

Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt

Mehr als zwei Drittel (68 % oder 1,45 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden im Dezember 2005 zu Hause versorgt. Davon erhielten 980 000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 472 000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 677 000 (32 %) Pflegebedürftige wurden in Pflegeheimen betreut.

Abbildung 8: Pflegebedürftige 2005 nach Versorgungsart



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

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 2,13 Millionen im Jahr 2005 an. Der Anstieg von 1999 bis ins Jahr 2005 betrug somit rund 6 % bzw. 112 000 Pflegebedürftige. Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt hat dabei leicht von 2,5 auf 2,6 % zugenommen. Ein wichtiger Faktor für den Anstieg war die zunehmende Alterung der Bevölkerung. 1999 waren 3,6 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter. Im Jahr 2005 waren es dann 4,5 %.

11) Vgl. die in Fußnote 1 und 2 angegebenen Quellen.

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 Pflegekasse 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).

... 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.

... 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.

... durch Angehörige versorgt

Hier werden die Pflegebedürftigen zugeordnet, die Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI 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 Zeitvergleich zeigt sich ein Trend hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste: So ist gegenüber 2003 die Zahl der in Heimen betreuten Pflegebedürftigen um rund 6 % (+ 36 000) und die Zahl der durch ambulante Dienste Versorgten um 5 % (+ 21 000) gestiegen, während die Pflege durch Angehörige bzw. die Zahl der reinen Pflegegeldempfänger um 1 % (- 6 000) abnahm. Im Vergleich zu 1999 beträgt der Anstieg in den Heimen 18 % (+ 103 000 Pflegebedürftige), bei den ambulanten Pflegediensten 14 % (+ 56 000) und der Rückgang bei den Pflegegeldempfängern 5 % (- 47 000). Durch diese Entwicklung sank auch der Anteil der zu Hause Versorgten von 72 % im Jahr 1999 über 69 % (2003) auf 68 % im Jahr 2005.

Diese Entwicklung ist nur zu einem geringen Teil dadurch erklärbar, dass ältere Pflegebedürftige eher im Heim versorgt werden und die Altersstruktur der Pflegebedürftigen sich im Zeitablauf etwas verändert 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, eingeschränkt werden: So leben die Kinder dann verstärkt nicht mehr in der Nähe ihrer pflegebedürftigen Eltern. Momentan leisten insbesondere die Töchter und

Weiterhin Trend zur professionellen Pflege

Anteil der zu Hause Versorgten rückläufig

Schwiegertöchter der Pflegebedürftigen einen wichtigen Teil der familiären Pflege.¹²⁾

Zunehmender Anteil der Pflegestufe I

Bei der Verteilung der Pflegestufen zeigen sich ebenfalls Veränderungen im Zeitablauf: Hier hat die Pflegestufe I seit 1999 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 2005 bereits gut 50 %. Eine Modellrechnung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen weist darauf hin, dass ein Faktor für diesen Anstieg die längere Verweildauer der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I im Vergleich mit den anderen Stufen sein kann.¹³⁾

Die Entwicklungen in den einzelnen Ländern weisen zum Teil deutliche Unterschiede auf:

Stärkster Anstieg (19 %) bei Pflegebedürftigen in Bremen und Berlin

Der stärkste Anstieg bei der Anzahl der Pflegebedürftigen ist von 1999 bis 2005 in den Stadtstaaten Berlin und Bremen mit rund 19 % feststellbar. Hohe Wachstumsraten verzeichnen auch Brandenburg (16 %) und Sachsen-Anhalt (14 %). Das Wachstum in Brandenburg und Sachsen-Anhalt ist dabei wiederum zu einem guten Teil durch die Alterung der Bevölkerung erklärbar. Der starke Anstieg in den beiden Stadtstaaten geht hingegen einher mit einem zum Teil deutlich steigenden Anteil der Pflegebedürftigen in den einzelnen Altersgruppen – er ist also dort nur zu einem relativ geringen Teil auf die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung zurückzuführen.

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.

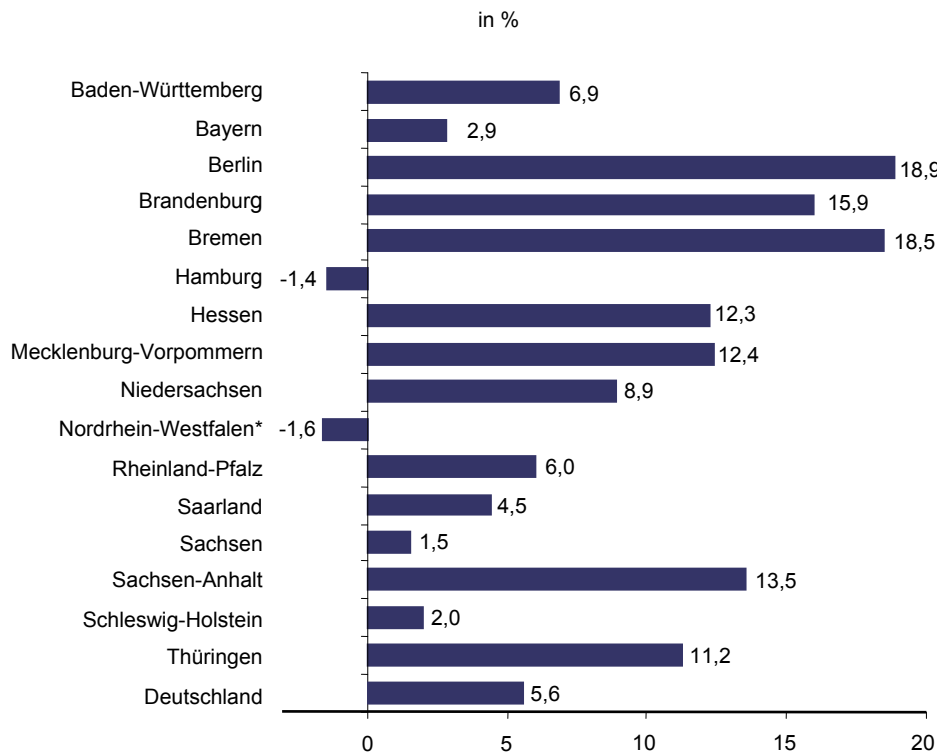
Leichte Rückgänge bzw. nur geringes Wachstum waren von 1999 bis 2005 in Nordrhein-Westfalen¹⁴⁾ (- 2 %), Hamburg (- 1 %), Sachsen und Schleswig-Holstein (jeweils + 2 %) feststellbar.

12) Vgl. z. B. Blinkert und Klie 2004, Rothgang 2004 oder Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2007. Auf einen möglichen langfristigen positiven Effekt für die familiäre Pflege weisen Doblhammer und andere 2006 hin: Nach ihren Ergebnissen wird der Anteil alleinstehender Pflegebedürftiger bis ins Jahr 2030 zurückgehen.

13) Vgl. Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2007.

14) Der Wert für Nordrhein-Westfalen ist allerdings nur eingeschränkt im Zeitablauf vergleichbar, siehe methodischer Hinweis in Abbildung 9.

Abbildung 9: Veränderung der Anzahl der Pflegebedürftigen 2005 gegenüber 1999



* Die zeitliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse für Nordrhein-Westfalen ist 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 2005 dürfte bei ungefähr + 1 % liegen.

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

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 Hessen hingegen wurden nur rund 26 % und in Brandenburg 27 % der Pflegebedürftigen in Heimen betreut. In Deutschland insgesamt waren es 32 %.

**Höchste Bedeutung
der Heime in
Schleswig-Holstein ...**

Der relativ geringe Anteil der Pflege in Heimen in Hessen lässt sich insbesondere durch die hohe Bedeutung der Angehörigenpflege erklären: In Hessen wurden 55 % 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 28 % der Pflegebedürftigen versorgt – der Bundesdurchschnitt beträgt 22 %.

**... geringste
Bedeutung
in Brandenburg
und Hessen**

3.2 Altersspezifische Pflegequoten im Dezember 2005

Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig. 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 60 %. Auffallend ist, dass Frauen etwa ab dem 80. Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig sind – als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z. B. bei den 85- bis unter 90-jährigen Frauen die Pflegequote 40 %, bei den Männern gleichen Alters hingegen lediglich 27 %.

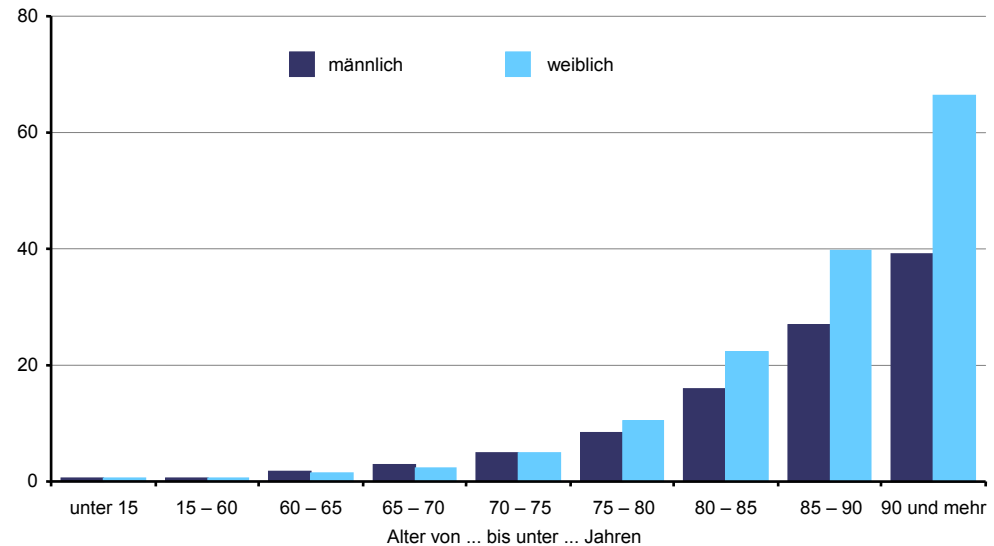
**Während bei den
70- bis unter 75-
Jährigen „nur“ jeder
Zwanzigste (5 %) pflegebedürftig war ...**

... waren dies bei den 90-Jährigen und Älteren 60 %

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 zunächst häufig z. B. von ihren Frauen versorgt werden. Entsprechend wird zunächst auf eine Antragstellung verzichtet.¹⁵⁾

Abbildung 10: Pflegequoten 2005 nach Alter und Geschlecht

in %



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

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

Die Pflegequoten variieren zwischen den einzelnen Bundesländern: Sie sind dabei im Alter in Baden-Württemberg häufig am niedrigsten. Dort beträgt z. B. der Anteil der Pflegebedürftigen bei den 85- bis unter 90-Jährigen 31 %. Auch Hamburg hat in dieser Altersgruppe eine Quote von rund 31 %. Die höchsten Werte liegen hingegen in Brandenburg (46 %) und Mecklenburg-Vorpommern (47 %) – also im Nordosten Deutschlands – vor: Hier sind die Menschen im Alter eher pflegebedürftig als im Bundesdurchschnitt.

Auch beim Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung insgesamt bestehen – bedingt durch die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen der Bevölkerung sowie die differierenden Pflegequoten – Unterschiede. In Bremen und Sachsen-Anhalt waren 3,1 % der Bevölkerung pflegebedürftig. Der Anteil in Baden-Württemberg betrug hingegen lediglich 2,1 %.

3.3 Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland bis 2030 und in den Bundesländern bis 2020 (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 (getrennt nach Geschlecht und geschichtet nach 5-Jahres-Altersgruppen und ermittelt anhand der Jahre 2003 und 2005) auf die veränderte Bevölkerungsstruktur in den Jahren bis 2020 (bzw. 2030 für den Bund). Zur Abbildung der veränderten Bevölkerungsstruktur wird die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes verwendet (und zwar die Variante „Untergrenze der middle“).

¹⁵⁾ Vgl. hierzu auch Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2005.

ren Bevölkerung“).¹⁶⁾ Die Berechnungen werden für jedes Bundesland durchgeführt und das Ergebnis auf Bundesebene durch Summierung ermittelt.

Status-Quo-Szenario: Beispielrechnung

In den Jahren 2003 und 2005 waren im Mittel 28,4 % der 85- bis unter 90-jährigen Männer und 42,2 % der Frauen in diesem Alter in Hessen pflegebedürftig. Die Bevölkerungsvorausberechnung geht für das Jahr 2020 von 43 660 Männern und 72 750 Frauen aus, die 85 bis unter 90 Jahre alt sind. Für die Zahl der Pflegebedürftigen von 85 bis unter 90 Jahren im Jahr 2020 ergibt sich für Hessen: $(28,4 \% \times 43\ 660) + (42,2 \% \times 72\ 750) = \text{rund } 43\ 000$ Pflegebedürftige. Die Summe auf Bundesebene ergibt sich durch Aufaddierung der einzelnen Länderergebnisse. 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 Bevölkerungsforschreibung.

Die Berechnungen basieren – wie erwähnt – auf konstanten Pflegequoten. Entsprechend wird hier u. a. von möglichem medizinisch-technischen 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. Es ist dabei weiterhin umstritten, 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.¹⁷⁾

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 2020 bzw. 2030 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.

Definitionsgemäß werden zudem Menschen mit einem Hilfebedarf unter- oder außerhalb der Leistungsansprüche des SGB XI nicht in den Berechnungen berücksichtigt. Infratest ermittelte in Stichprobenerhebungen eine Anzahl von weiteren rund 3 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 so genannten Pflegestufe 0.¹⁸⁾

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.

16) Siehe Fußnoten 1 und 2.

17) Vgl. zu dieser Diskussion insbesondere zum Thema Pflegebedürftigkeit z. B. Dietz 2002, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2001 und Schnabel 2007 sowie Rothgang 2007.

18) Vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2003 und 2006.

Exkurs: Abnehmende Pflegequoten von 1999 bis 2005?

Die Bewertung, ob eine Abnahme der Pflegequoten in den einzelnen Altersgruppen – also des Risikos pflegebedürftig zu sein – von 1999 bis 2005 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 1987 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 2005 ein leichter Rückgang feststellbar. Dies ist in der Summe auf einen leichten Rückgang der Pflegequoten in den Altersgruppen zurückzuführen. Für Deutschland betrug die altersstandardisierte Zahl der Pflegebedürftigen (berechnet anhand der Bevölkerungsstruktur von 1987 mit einzelnen Jahresaltersgruppen) im Jahr 2005: 1,61 Millionen, 2003: 1,64 Millionen, 2001: 1,65 Millionen. 1999 betrug der Wert 1,67 Millionen¹⁹⁾. Der Rückgang entspricht somit knapp 4 % von 1999 bis 2005. (Berücksichtigt man den zusätzlichen Bereinigungseffekt in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2003, so beträgt der Rückgang nur knapp 3 %). Ob sich diese leicht rückläufige Entwicklung fortsetzt, werden die nächsten Erhebungen zeigen.

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

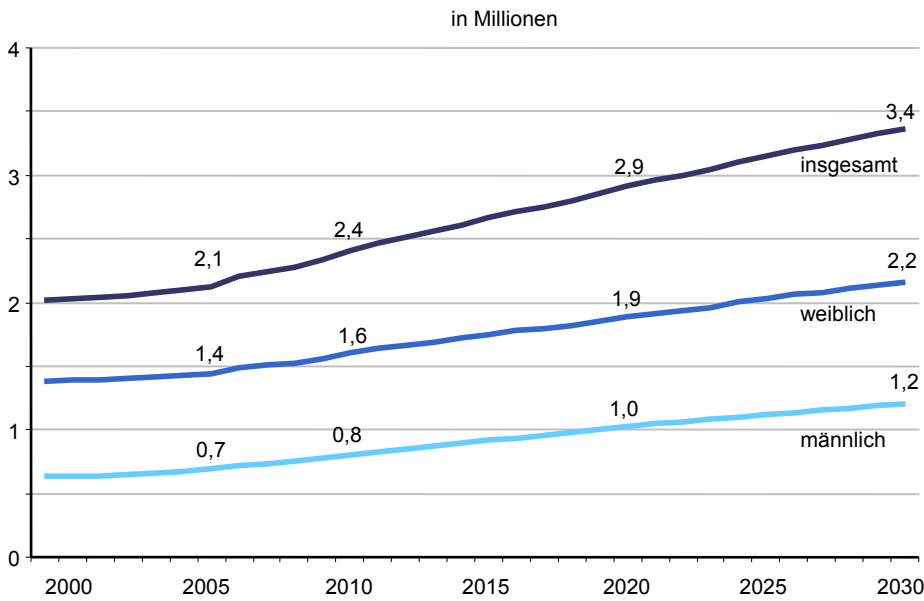
Für die nächsten Jahre ist im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft auch ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen wahrscheinlich. Nach den Ergebnissen dieser Vorausberechnung dürfte die Zahl von 2,13 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2005 auf 2,40 Millionen im Jahr 2010 steigen. Im Jahr 2020 sind 2,91 Millionen Pflegebedürftige und im Jahr 2030 etwa 3,36 Millionen Pflegebedürftige zu erwarten. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird unter Zugrundelegung des Status-Quo-Modells zwischen den Jahren 2005 und 2020 um mehr als ein Drittel (37 %) ansteigen; von 2005 bis 2030 um 58 %. Die Zunahme fällt dabei bis zum Jahr 2030 bei den Männern mit 74 % höher als bei den Frauen (50 %) aus. Gleichzeitig wird der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunehmen: Der Anteil beträgt heute 2,6 % und wird bis 2020 auf 3,6 % und bis zum Jahr 2030 auf 4,4 % ansteigen.

Anteil der 85-Jährigen und Älteren nimmt zu

Deutliche Verschiebungen sind bei den Altersstrukturen feststellbar: Während im Jahr 2005 rund 33 % der Pflegebedürftigen 85 Jahre und älter waren, beträgt dieser Anteil im Jahr 2020 rund 41 % und 2030 rund 48 %. Hingegen verliert die Gruppe der unter 60-Jährigen an Bedeutung: Deren Anteil an den Pflegebedürftigen nimmt von 14 % im Jahr 2005 auf 10 % im Jahr 2020 und gut 7 % im Jahr 2030 ab.

19) Die standardisierte Zahl der Pflegebedürftigen wird anhand der Fälle der Pflegestufen I bis III ermittelt. Fälle ohne Zuordnung bleiben unberücksichtigt, da die Anzahl dieser Fälle für 1999 vermutlich leicht (rund 10 000 Fälle) überhöht war. Zudem ist ein geringer Teil des Rückgangs in den Jahren 2003 und 2005 durch eine Bereinigung im Bestand einer Pflegekasse in Höhe von rund 13 000 (hier nicht standardisiert) Pflegebedürftigen erklärbar (siehe methodischer Hinweis in Abbildung 9). Für die Berechnungen hat das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) in Zusammenarbeit mit dem Forschungsdatenzentrum der Länder (FDZ) zusätzliches Datenmaterial aus der Pflegestatistik bereitgestellt. Hierfür möchte der Verfasser insbesondere Frau Dr. Elke Hoffmann (DZA) danken.

Abbildung 11: Pflegebedürftige in Deutschland 1999 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Am stärksten dürfte die Zahl der Pflegebedürftigen in Brandenburg (+ 59 %) und in Mecklenburg-Vorpommern (+ 55 %) ansteigen. Die anderen Länder verzeichnen bis dahin deutlich niedrigere Zuwachsraten: Das niedrigste Wachstum wird für die Stadtstaaten Bremen und Hamburg mit 20 bzw. 25 % ermittelt. Der Wert für Deutschland beträgt 37 %.

Stärkster Anstieg in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern erwartet

Tabelle 5: Pflegebedürftige 2005 bis 2020 (Status-Quo-Szenario)

Land	Pflegebedürftige am Jahresende						
	2005	2010	Veränderung 2010 gegenüber 2005	2015	Veränderung 2015 gegenüber 2005	2020	Veränderung 2020 gegenüber 2005
	1 000	1 000	%	1 000	%	1 000	%
Baden-Württemberg	225	260	15,6	291	29,1	320	42,2
Bayern	303	347	14,7	383	26,4	417	37,8
Berlin	96	102	6,3	114	18,6	128	32,9
Brandenburg	75	86	15,7	102	36,9	118	58,7
Bremen	20	22	6,5	23	14,2	24	20,5
Hamburg	41	45	9,3	49	17,6	52	24,5
Hessen	163	181	10,9	199	21,7	215	31,5
Mecklenburg-Vorpommern	51	60	17,3	70	36,9	80	55,5
Niedersachsen	228	252	10,4	276	21,2	300	31,7
Nordrhein-Westfalen	458	521	13,6	572	24,8	614	34,0
Rheinland-Pfalz	98	110	12,2	121	23,5	130	32,7
Saarland	28	32	13,6	35	23,8	37	31,0
Sachsen	120	138	14,8	155	28,9	170	41,4
Sachsen-Anhalt	76	86	14,0	97	28,0	106	40,3
Schleswig-Holstein	78	85	10,0	94	21,5	104	34,5
Thüringen	67	76	13,9	86	28,4	95	41,8
Deutschland	2 129	2 404	12,9	2 667	25,3	2 911	36,8

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

3.4 Pflegebedürftige 2020 und 2030 in Deutschland (Szenario „sinkende Pflegequoten“)

Annahme:
Pflegerisiko sinkt durch medizinisch-technischen Fortschritt

In diesem eher optimistischen Szenario wird davon ausgegangen, dass durch den medizinisch-technischen Fortschritt 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.

Dämpfungseffekt:
Anstieg bis 2020 um ein Viertel, bis 2030 um 39 %

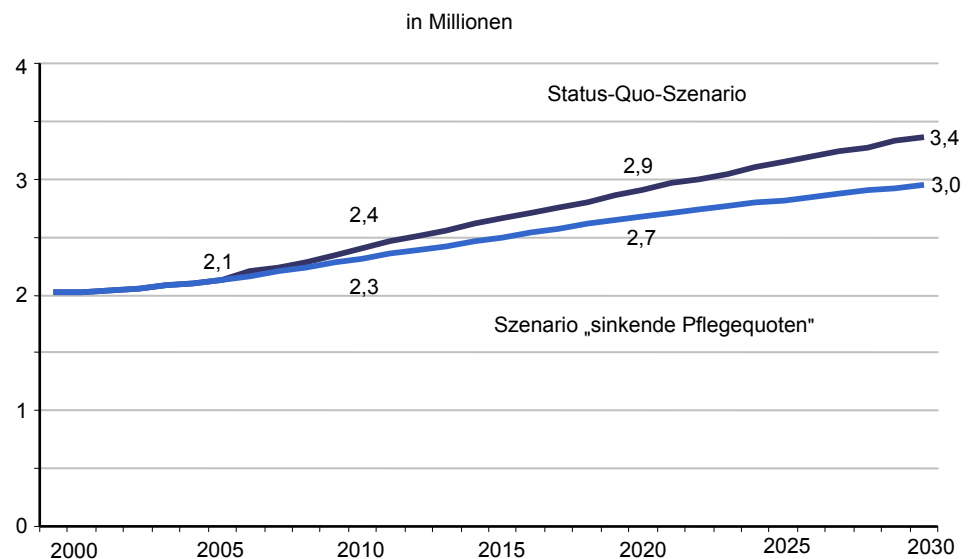
Das Szenario „sinkende Pflegequoten“ führt zu einem Dämpfungseffekt – allerdings steigt auch bei diesem Szenario die Zahl der Pflegebedürftigen. Demnach werden für das Jahr 2020 etwa 2,68 Millionen Pflegebedürftige und für 2030 ca. 2,95 Millionen erwartet. Der Anstieg beträgt somit 26 % bis 2020 und 39 % bis 2030.

Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung liegt entsprechend mit 3,4 % im Jahr 2020 und 3,8 % im Jahr 2030 etwas niedriger als im ersten Szenario. Der Anteil der 85-jährigen und älteren Pflegebedürftigen an den Pflegebedürftigen insgesamt ist hingegen etwas höher als in dem Status-Quo-Szenario (2020: 42 %, 2030: 51 %).

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 vorzuberechnen, werden die altersspezifischen Pflegequoten getrennt für beide Geschlechter entsprechend der gestiegenen Restlebenserwartung in höhere Altersklassen verschoben.

Abbildung 12: Pflegebedürftige in Deutschland 1999 bis 2030 – Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario „sinkende Pflegequoten“



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

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.²⁰⁾ 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.²¹⁾ 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).²²⁾ 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 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 2006.²³⁾ 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. Zusätzlich wird auch auf die Versorgungsart der Pflegebedürftigen und mögliche Beschäftigungseffekte eingegangen.
- Vorausberechnungen zu den Pflegebedürftigen, die insbesondere auf die Entwicklung der familiären Pflegepotentiale eingehen, bieten Blinkert und Klie sowie Rothgang.²⁴⁾
- 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.²⁵⁾
- Ein Beispiel für eine Vorausberechnung in der kommunalen Altenplanung – außerhalb der amtlichen Statistik – haben Asam und Knepe veröffentlicht.²⁶⁾

20) Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung 2001.

21) Momentan ist die so ermittelte Zahl der Pflegebedürftigen rund 3% niedriger. Zu den Unterschieden siehe Statistisches Bundesamt 2007c.

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

23) Vgl. Hofmann 2006.

24) Vgl. Blinkert und Klie 2004, Rothgang 2004.

25) Vgl. Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung Nordrhein-Westfalen 2006, Müller 2007, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2007, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2004.

26) Asam und Knepe 2004.

**Detaillierte Diagnosearten:
Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser mit Wohnsitz
in Deutschland 2005^{1) 2)}**

Hauptdiagnose	Insgesamt ³⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		unter 40	40 – 60	60 – 80	80 und mehr
		Anzahl			
Insgesamt	16 971 194	5 078 695	3 750 602	6 018 842	2 122 752
davon:					
Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen ...	16 311 814	4 529 364	3 712 540	5 963 033	2 106 849
davon:					
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krank- heiten	413 725	197 233	58 626	104 149	53 716
Neubildungen	1 836 862	162 049	509 930	981 573	183 307
darunter:					
Bösartige Neubildungen der Verdauungs- organe	344 350	5 185	70 404	224 154	44 607
Bösartige Neubildungen der Trachea, Bronchien und Lunge	182 820	1 563	48 483	121 609	11 165
Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	153 701	8 204	60 414	73 290	11 793
Bösartige Neubildung der Prostata	79 190	51	8 635	62 453	8 051
Krankheiten des Blutes und der blut- bildenden Organe	115 035	22 336	18 007	46 714	27 978
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel- krankheiten	462 107	70 686	112 041	191 096	88 284
darunter:					
Diabetes Mellitus	214 097	24 484	42 441	105 664	41 508
Psychische und Verhaltensstörungen	1 042 638	425 113	387 726	168 147	61 645
darunter:					
Demenz	31 527	31	689	13 082	17 724
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	386 470	165 883	181 278	37 562	1 746
Depression	170 567	42 999	69 378	46 954	11 236
Krankheiten des Nervensystems	692 244	148 254	195 468	262 933	85 589
Krankheiten des Auges und der Augen- anhangsgebilde	308 736	31 048	43 113	164 058	70 517
Krankheiten des Ohres und des Warzenfort- satzes	142 080	46 756	43 623	44 336	7 365
Krankheiten des Kreislaufsystems	2 548 679	114 796	481 497	1 401 065	551 317
darunter:					
Ischämische Herzkrankheiten	729 543	10 072	162 118	453 349	104 004
Herzinsuffizienz	306 115	1 709	18 769	150 875	134 762
Hirminfarkt und Schlaganfall	215 218	2 766	23 389	112 033	77 028
Krankheiten des Atmungssystems	1 083 777	454 605	163 237	308 633	157 301
darunter:					
Grippe und Pneumonie	274 973	76 687	29 177	93 613	75 496
Krankheiten des Verdauungssystems	1 700 990	408 505	440 960	627 108	224 416
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	227 382	90 721	56 650	57 276	22 735
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. Bindegewebes	1 394 451	211 493	441 736	630 612	110 608
darunter:					
Arthrose	366 422	8 217	75 399	243 980	38 826
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	417 451	66 124	154 472	162 807	34 047
Krankheiten des Urogenitalsystems	888 823	227 595	245 477	320 308	95 441
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ...	930 547	899 438	31 103	–	–
Bestimmte Zustände, mit Ursprung in der Perinatalperiode	162 163	162 163	–	–	–
Angebliche Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	106 286	89 583	10 537	5 599	567
Symptome u. abnorme klinische u. Labor- befunde, anderenorts nicht klassifiziert	598 898	183 616	123 940	194 066	97 276
Verletzungen, Vergiftungen u. andere Folgen äußerer Ursachen	1 656 391	583 374	348 869	455 360	268 787
Faktoren, die den Gesundheitszustand beein- flussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	654 832	547 336	37 233	54 706	15 495
Ohne Diagnoseangabe	4 546	1 994	829	1 103	407

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.

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

**Detaillierte Diagnosearten:
Patienten der Krankenhäuser mit Wohnsitz in Deutschland 2005 ¹⁾**

Hauptdiagnose	Insgesamt ²⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		unter 40	40 – 60	60 – 80	80 und mehr
		Anzahl			
Insgesamt	7 889 430	2 193 029	1 969 727	3 079 642	646 843
davon:					
Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen ..	7 559 901	1 919 729	1 950 546	3 048 847	640 768
davon:					
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krank-					
heiten	201 351	102 544	32 190	50 809	15 808
Neubildungen	895 031	63 356	204 596	551 086	75 991
darunter:					
Bösartige Neubildungen der Verdauungs-					
organe	201 992	2 778	44 550	137 682	16 982
Bösartige Neubildungen der Trachea,					
Bronchien und Lunge	129 277	815	30 839	90 228	7 395
Bösartige Neubildung der Brustdrüse					
(Mamma)	1 074	20	259	697	98
Bösartige Neubildung der Prostata	79 190	51	8 635	62 453	8 051
Krankheiten des Blutes und der blut-					
bildenden Organe	47 769	11 226	7 771	21 120	7 652
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-					
krankheiten	183 731	29 028	48 690	85 303	20 710
darunter:					
Diabetes Mellitus	108 623	13 125	27 749	57 088	10 661
Psychische und Verhaltensstörungen	564 281	247 502	227 270	73 564	15 940
darunter:					
Demenz	11 533	13	421	6 269	4 829
Psychische und Verhaltensstörungen					
durch psychotrope Substanzen	285 580	123 594	135 995	25 224	766
Depression	60 658	16 448	28 246	13 925	2 039
Krankheiten des Nervensystems	377 070	79 118	121 059	150 316	26 577
Krankheiten des Auges und der Augen-					
anhangsgebilde	128 754	16 231	22 965	70 537	19 021
Krankheiten des Ohres und des Warzenfort-					
satzes	67 513	24 523	21 320	19 507	2 163
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 339 697	63 249	308 092	794 659	173 695
darunter:					
Ischämische Herzkrankheiten	472 593	8 005	124 752	297 221	42 615
Herzinsuffizienz	140 862	1 115	13 421	85 258	41 068
Hirninfrakt und Schlaganfall	100 394	1 407	15 632	62 185	21 170
Krankheiten des Atmungssystems	591 297	246 025	94 525	187 313	63 433
darunter:					
Grippe und Pneumonie	149 671	42 387	17 605	58 655	31 024
Krankheiten des Verdauungssystems	845 897	201 506	248 868	326 702	68 821
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	118 428	52 899	31 603	27 620	6 306
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u.					
Bindegewebes	597 038	114 284	219 329	237 785	25 640
darunter:					
Arthrose	134 020	4 835	35 765	84 739	8 681
Krankheiten der Wirbelsäule und des					
Rückens	192 495	34 989	80 900	67 952	8 654
Krankheiten des Urogenitalsystems	367 327	70 111	87 868	171 874	37 473
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ...	–	–	–	–	–
Bestimmte Zustände, mit Ursprung in der					
Perinatalperiode	88 806	88 806	–	–	–
Angebliche Fehlbildungen,					
Deformitäten, Chromosomenanomalien.....	57 369	50 467	4 413	2 295	194
Symptome u. abnorme klinische u. Labor-					
befunde, anderenorts nicht klassifiziert	270 330	81 094	63 597	95 836	29 803
Verletzungen, Vergiftungen u. andere Folgen					
äußerer Ursachen	818 212	377 760	206 390	182 521	51 541
Faktoren, die den Gesundheitszustand beein-					
flussen und zur Inanspruchnahme des					
Gesundheitswesens führen	327 577	272 642	18 780	30 158	5 954
Ohne Diagnoseangabe.....	1 952	658	401	637	121

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.

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

**Detaillierte Diagnosearten:
Patientinnen der Krankenhäuser mit Wohnsitz in Deutschland 2005 ¹⁾**

Hauptdiagnose	Insgesamt ²⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		unter 40	40 – 60	60 – 80	80 und mehr
		Anzahl			
Insgesamt	9 081 691	2 885 623	1 780 855	2 939 193	1 475 907
davon:					
Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen ...	8 751 866	2 609 615	1 761 976	2 914 179	1 466 079
davon:					
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krank-					
heiten	212 373	94 689	26 435	53 340	37 908
Neubildungen	941 830	98 692	305 334	430 487	107 316
darunter:					
Bösartige Neubildungen der Verdauungs-					
organe	142 358	2 407	25 854	86 472	27 625
Bösartige Neubildungen der Trachea,					
Bronchien und Lunge	53 543	748	17 644	31 381	3 770
Bösartige Neubildung der Brustdrüse					
(Mamma)	152 627	8 184	60 155	72 593	11 695
Bösartige Neubildung der Prostata	–	–	–	–	–
Krankheiten des Blutes und der blut-					
bildenden Organe	67 265	11 109	10 236	25 594	20 326
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel-					
krankheiten	278 375	41 658	63 350	105 793	67 574
darunter:					
Diabetes Mellitus	105 474	11 359	14 692	48 576	30 847
Psychische und Verhaltensstörungen	478 350	177 606	160 454	94 583	45 705
darunter:					
Demenz	19 994	18	268	6 813	12 895
Psychische und Verhaltensstörungen					
durch psychotrope Substanzen	100 886	42 286	45 282	12 338	980
Depression	109 909	26 551	41 132	33 029	9 197
Krankheiten des Nervensystems	315 173	69 136	74 408	112 617	59 012
Krankheiten des Auges und der Augen-					
anhangsgebilde	179 981	14 817	20 148	93 520	51 496
Krankheiten des Ohres und des Warzenfort-					
satzes	74 567	22 233	22 303	24 829	5 202
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 208 972	51 547	173 399	606 403	377 621
darunter:					
Ischämische Herzkrankheiten	256 949	2 067	37 365	156 128	61 389
Herzinsuffizienz	165 252	594	5 347	65 617	93 694
Hirninfrakt und Schlaganfall	114 823	1 359	7 757	49 848	55 857
Krankheiten des Atmungssystems	492 476	208 578	68 711	121 320	93 867
darunter:					
Grippe und Pneumonie	125 302	34 300	11 572	34 958	44 472
Krankheiten des Verdauungssystems	855 089	206 997	192 090	300 406	155 595
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	108 954	37 822	25 047	29 656	16 429
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u.					
Bindegewebes	797 407	97 209	222 403	392 825	84 968
darunter:					
Arthrose	232 400	3 382	39 633	159 240	30 145
Krankheiten der Wirbelsäule und des					
Rückens	224 955	31 135	73 572	94 854	25 393
Krankheiten des Urogenitalsystems	521 496	157 484	157 609	148 434	57 968
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ...	930 546	899 437	31 103	–	–
Bestimmte Zustände, mit Ursprung in der					
Perinatalperiode	73 355	73 355	–	–	–
Angebliche Fehlbildungen,					
Deformitäten, Chromosomenanomalien	48 914	39 113	6 124	3 304	373
Symptome u. abnorme klinische u. Labor-					
befunde, anderenorts nicht klassifiziert	328 567	102 521	60 343	98 230	67 473
Verletzungen, Vergiftungen u. andere Folgen					
äußerer Ursachen	838 176	205 612	142 479	272 838	217 246
Faktoren, die den Gesundheitszustand beein-					
flussen und zur Inanspruchnahme des					
Gesundheitswesens führen	327 233	274 673	18 452	24 548	9 541
Ohne Diagnoseangabe	2 590	1 334	427	466	286

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.

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

- 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 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 UND SOZIALE SICHERUNG (2003): *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – Bericht der Kommission*.
- 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.
- 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., G. WESTPHAL und U. ZIEGLER (2006): *Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung*, in: Demografische Forschung 4/2006, S. 3.
- FETZER, S. (2005): *Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV - doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionstheorie und medizinisch-technischer Fortschritt*.
- FRIES, J. F. (1989): *Erfolgreiches Altern, Medizinische und demographische Perspektiven*, in: M. M. Baltes (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen*, Bern, S. 19 - 26.
- 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.
- HEIGL, A. (2002): *Aktive Lebenserwartung: Konzeptionen und neuer Modellansatz*, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft (2002) S. 1 - 9.
- HOFMANN, H. (2006): *Altenpflege und Soziale Dienste – wachsender Bedarf bei fehlenden Mitteln*, in: ifo Schnelldienst 15/2006, S. 24 - 30.
- 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. (2007): *Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005*, 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*.
- 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. (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.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2006a): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2006b): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050, Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Ergebnisse nach den 12 Varianten sowie den 3 zusätzlichen Modellrechnungen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung)*, elektronische Publikation, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007a): *Bevölkerung Deutschlands nach Bundesländern bis 2050, Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nach Ländern*, elektronische Publikation, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007b): *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2005*, Fachserie 12 Reihe 6.2.1, Wiesbaden
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007c): *Pflegestatistik 2005, Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007d): *Pflegestatistik 2005, 2. Bericht: Ländervergleich - Pflegebedürftige*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007e): *Pflegestatistik 2005, 3. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime*, Wiesbaden.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007f): *Pflegestatistik 2005, 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 RHEINLAND-PFALZ (2004): *Rheinland-Pfalz 2050: Zeitreihen, Strukturdaten, Analysen, II. Auswirkungen der demografischen Entwicklung*, Bad Ems.
- STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ (2004): *Rheinland-Pfalz 2050 – Zeitreihen, Strukturdaten, Analyse, 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 selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV), München.

Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt
Gustav-Stresemann-Ring 11
65189 Wiesbaden
<http://www.destatis.de>
Infoservice
Telefon: 06 11 / 75 - 24 05
Telefax: 06 11 / 72 - 40 00
<http://www.destatis.de/kontakt>

Statistisches Bundesamt
Zweigstelle Bonn
Graurheindorfer Straße 198
53029 Bonn
Telefon: 0 18 88 / 644 - 1
Telefax: 0 18 88 / 644 - 89 90 / 89 91
E-Mail: poststelle@destatis.de

i-Punkt-Berlin/
EDS Europäischer Datenservice
Otto-Braun-Straße 70–72
10178 Berlin
Telefon: 0 18 88 / 644 - 94 27
Telefax: 0 18 88 / 644 - 94 30
<http://www.eds-destatis.de>
E-Mail: eds@destatis.de

Statistische Ämter der Länder

Statistisches Landesamt
Baden-Württemberg
Böblinger Straße 68
70199 Stuttgart
Telefon: 07 11 / 641 - 0
Telefax: 07 11 / 641 - 29 73
<http://www.statistik-bw.de>
E-Mail: auskunftsdienst@stala.bwl.de

Bayerisches Landesamt für
Statistik und Datenverarbeitung
Neuhauser Straße 8
80331 München
Telefon: 089 / 21 19 - 0
Telefax: 089 / 21 19 - 15 80
<http://www.statistik.bayern.de>
E-Mail: info@statistik.bayern.de

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
Hauptsitz Potsdam
Dortustraße 46
14467 Potsdam
Telefon: 03 31 / 39 - 0
Telefax: 03 31 / 39 - 4 18

Standort Berlin
Alt-Friedrichsfelde 60
10315 Berlin
Telefon: 030 / 90 21 - 0
Telefax: 030 / 90 21 - 36 55
<http://www.statistik-berlin-brandenburg.de>
E-Mail: info@statistik-bbb.de

Statistisches Landesamt Bremen
An der Weide 14–16
28195 Bremen
Telefon: 04 21 / 361 - 25 01
Telefax: 04 21 / 361 - 43 10
<http://www.statistik.bremen.de>
E-Mail: office@statistik.bremen.de

Statistisches Amt für Hamburg
und Schleswig-Holstein
Standort Hamburg
Steckelhörn 12
20457 Hamburg
Telefon: 040 / 42 83 1 - 0
Telefax: 040 / 42 83 1 - 13 33
<http://www.statistik-nord.de>
E-Mail: info-hh@statistik-nord.de

Standort Kiel
Fröbelstraße 15–17
24113 Kiel
Telefon: 04 31 / 68 95 - 0
Telefax: 04 31 / 68 95 - 93 72
<http://www.statistik-nord.de>
E-Mail: info-sh@statistik-nord.de

Hessisches Statistisches Landesamt
Rheinstraße 35–37
65185 Wiesbaden
Telefon: 06 11 / 38 02 - 0
Telefax: 06 11 / 38 02 - 8 90
<http://www.statistik-hessen.de>
E-Mail: info@statistik-hessen.de

Statistisches Amt
Mecklenburg-Vorpommern
Lübecker Straße 287
19059 Schwerin
Telefon: 03 85 / 48 01 - 0
Telefax: 03 85 / 48 01 - 44 16
<http://www.statistik-mv.de>
E-Mail:
statistik.auskunft@statistik-mv.de

Landesbetrieb für Statistik und
Kommunikationstechnologie
Göttinger Chaussee 76
30453 Hannover
Telefon: 05 11 / 98 98 - 0
Telefax: 05 11 / 98 98 - 41 32
<http://www.lsk.niedersachsen.de>
E-Mail:
auskunft@lsk.niedersachsen.de

Landesamt für Datenverarbeitung
und Statistik Nordrhein-Westfalen
Mauerstraße 51
40476 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 94 49 - 01
Telefax: 02 11 / 94 49 - 21 04
<http://www.lids.nrw.de>
E-Mail: statistik-info@lds.nrw.de

Statistisches Landesamt
Rheinland-Pfalz
Mainzer Straße 14–16
56130 Bad Ems
Telefon: 0 26 03 / 71 - 0
Telefax: 0 26 03 / 71 - 19 44 44
<http://www.statistik.rlp.de>
E-Mail: info@statistik.rlp.de

Landesamt für zentrale Dienste
Statistisches Amt Saarland
Virchowstraße 7
66119 Saarbrücken
Telefon: 06 81 / 501 - 00
Telefax: 06 81 / 501 - 59 15
<http://www.statistik.saarland.de>
E-Mail:
presse.statistik@lzd.saarland.de

Statistisches Landesamt
des Freistaates Sachsen
Macherstraße 63
01917 Kamenz
Telefon: 0 35 78 / 33 - 0
Telefax: 0 35 78 / 33 - 19 21
<http://www.statistik.sachsen.de>
E-Mail:
auskunft@statistik.sachsen.de

Statistisches Landesamt
Sachsen-Anhalt
Merseburger Straße 2
06010 Halle (Saale)
Telefon: 03 45 / 23 18 - 0
Telefax: 03 45 / 23 18 - 9 13
<http://www.statistik.sachsen-anhalt.de>
E-Mail:
info@stala.mi.sachsen-anhalt.de

Thüringer Landesamt für Statistik
Europaplatz 3
99091 Erfurt
Telefon: 03 61 / 37 - 9 00
Telefax: 03 61 / 37 - 8 46 99
<http://www.statistik.thueringen.de>
E-Mail:
auskunft@statistik.thueringen.de