

# Pflegevorausberechnung 2030

## Methodische Erläuterungen

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Rainer Unger, Thomas Kalwitzki,  
SOCIUM Forschungszentrum für Ungleichheit und Sozialpolitik,  
Universität Bremen

<b>1. Design</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Daten</b> .....	<b>2</b>
Regionen.....	2
Datenbasis .....	2
<b>3. Definitionen</b> .....	<b>3</b>
Pflegebedürftige.....	3
Versorgungsart: ambulante Pflege .....	4
Versorgungsart: vollstationäre Pflege.....	4
Versorgungsart: Angehörigenpflege.....	4
Beschäftigte bei ambulanten und stationären Pflegediensten: Vollzeitäquivalente .....	5
Personalbedarf im Pflegesektor .....	5
Personalangebot im Pflegesektor.....	6
Versorgungslücke .....	6
<b>4. Ausgangssituation und Projektion</b> .....	<b>7</b>
Grundlegende Annahmen .....	7
Rechtliche Veränderungen im Projektionszeitraum .....	7
Projektion.....	7

## 1. Design

Ziel der Vorausberechnung ist es, kleinräumig darzustellen, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland entwickeln wird und wie sich deren Versorgung verändert. Dazu wird eine Projektion für den Zeitraum 2013 bis zum Jahr 2030 berechnet.

Unter der Annahme, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen der jeweiligen Gebietskörperschaft (Bund, Land, Kommune) aus dem Jahr 2013 auf die Bevölkerung 2030 übertragen werden können, werden die Bedarfe (Zahl der Pflegebedürftigen), die Angebotsseite (Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen) und die Inanspruchnahme (ambulante Pflege, stationäre Pflege, Angehörigenpflege) für das Jahr 2030 vorausberechnet. Hierdurch wird angegeben, wie sich die Pflegebedarfe und das Personal in Pflegeeinrichtungen entwickeln und in welchen Regionen Engpässe entstehen.

Die Fragen, die auf dieser Basis insbesondere mit Blick auf die kommunale Ebene beantwortet werden sollen, sind:

- Wie entwickeln sich Pflegebedarfe?
- Droht Personalmangel in der pflegerischen Versorgung?
- Wie sehen die Pflegestrukturen der Zukunft aus?

Die statistischen Auswertungen wurden mit der Analyse-Software SAS für Windows durchgeführt.

## 2. Daten

### Regionen

Die Projektion erfolgt auf Bundesebene, Landesebene und der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (Kreisebene), um einerseits einen Gesamtüberblick zu erhalten, andererseits die landesspezifischen Organisationsunterschiede und schließlich die kleinräumigen Unterschiede insbesondere in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen.

### Datenbasis

Als Datengrundlage für die Darstellung und Beschreibung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung und der Pflegehäufigkeit werden

- a) die Bevölkerungsdaten des Jahres 2013, beruhend auf den korrigierten Altersstrukturen nach dem Zensus 2011 der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder,
- b) die [Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030 des „Wegweiser Kommune“](#) (Bertelsmann Stiftung) sowie
- c) die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise des Erhebungsjahres 2013 genutzt.

Die Pflegestatistik ist eine zweijährliche Erhebung bei den ambulanten und stationären Pflegediensten und bei den Pflegekassen – jeweils zum Jahresende. Sie umfasst auf

Seiten der Pflegebedürftigen alle Personen, die gesetzlich oder privat pflegeversichert sind und nach § 15 SGB XI als pflegebedürftig eingestuft sind. Zusätzlich werden Personen ohne Pflegeeinstufung, die jedoch eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen und somit leistungsberechtigt sind, in der Pflegestatistik ab 2013 ausgewiesen. Diese werden im Rahmen der Projektion nicht mit den Pflegebedürftigen fusioniert, sondern als eigene Personengruppe behandelt.

Die vollständigen Daten der Pflegestatistik 2013 wurden an einem Gastwissenschaftlerarbeitsplatz der Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ) zur Verfügung gestellt. Die Daten wurden im Wegweiser Kommune für den Gebietsstand 01.01.2015 gerechnet.

Aus Gründen des Datenschutzes konnten für 18 Kommunen keine Einzelergebnisse direkt errechnet werden. Hintergrund ist hierbei, dass nach den Richtlinien des Statistischen Bundesamtes eine vollständige Anonymisierung nur dann gewährleistet ist, wenn aus den Berechnungsergebnissen keinerlei Rückschluss auf einzelne Personen, Leistungsanbieter oder Träger von Leistungsanbietern möglich ist. In den betroffenen Fällen wurde auf Kreisebene die erforderliche Anzahl von Trägerformen unterschritten. Deshalb wurden nach konkreten Vorgaben des Statistischen Bundesamtes jeweils zwei Kreise/kreisfreie Städte zusammengelegt und gemeinsam berechnet.

Anschließend wurden diese Ergebnisse unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahl sowie der Alters- und Geschlechtsverteilung wieder auf die einzelnen Kommunen umgerechnet. Hierdurch können sich für diese 18 Kommunen geringfügige Abweichungen zu den tatsächlichen Werten ergeben. Für die Versorgungsarten konnten zudem nur einheitliche Werte für die beiden zusammengelegten Kreise errechnet werden. Betroffen sind die Kreise: LK Ammerland und LK Cloppenburg, Hochsauerlandkreis und LK Soest, LK Cochem-Zell und Rhein-Hunsrück-Kreis, KS Zweibrücken und LK Südwestpfalz, LK Heidenheim und Ostalbkreis, LK Garmisch-Partenkirchen und LK Weilheim-Schongau, KS Landshut und LK Landshut, LK Cham und LK Regensburg, LK Merzig-Wadern und LK Saarlois.

### 3. Definitionen

#### Pflegebedürftige

Als Pflegeleistungen werden in den Daten der Pflegestatistik unterschieden:

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI: Pflege durch ambulante Pflegedienste),
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI: für selbst beschaffte Pflegehilfen),
- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI: häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson; wird teilweise auch Urlaubspflege genannt),
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI: stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege; wird

- teilweise auch teilstationäre Pflege genannt),
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI: vorübergehende stationäre Pflege),
- Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI: dauerhafte vollstationäre Pflege).

Aufgrund der verwendeten Datenbasis ist Pflegebedürftigkeit im Rahmen dieser Berechnungen immer als sozialrechtlicher Begriff zu verstehen. Es gelten damit immer nur diejenigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und auch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Der Begriff der „Pflegebedürftigen“ bezeichnet damit immer Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen nach dem 11. Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Der Erhebungsstichtag für die Erhebung bei den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12.2013; der für die Pflegegeldempfänger/innen – organisatorisch bedingt davon abweichend – der 31.12.2013.

Das Statistische Bundesamt unterscheidet zwischen drei Versorgungsarten, nach denen auch in der Projektion unterschieden wird.

### Versorgungsart: ambulante Pflege

Hierin sind alle Pflegebedürftigen gefasst, die zu Hause unter Beteiligung von ambulanten Pflegediensten gepflegt werden. Dahinter verbergen sich Empfänger von Pflegesachleistungen (inklusive Kombinationsleistungen, d.h. Pflegesachleistungen bei gleichzeitiger Zahlung von Pflegegeld) und Empfänger von Verhinderungspflege.

### Versorgungsart: vollstationäre Pflege

Die stationären Pflegeeinrichtungen melden ihre Leistungen in den Kategorien vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege und Nachtpflege.

Die Leistungsempfänger von Tagespflege und Nachtpflege sind immer auch anspruchsberechtigt Pflegegeldleistungen oder Pflegesachleistungen zu beziehen. Sie werden entsprechend der Konvention der Pflegestatistik seit 2009 nicht mehr bei den stationären Fällen mitgezählt, da es sonst zu Doppeltzählungen kommt. Gezählt werden nur die Pflegebedürftigen, die mehrere Tage oder dauerhaft im Heim vollstationär gepflegt werden (Kurzzeitpflege oder vollstationäre Dauerpflege).

### Versorgungsart: Angehörigenpflege

Knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen wird ausschließlich durch Angehörige gepflegt und erhält Pflegegeld von der Pflegeversicherung. Die Pflegegeldempfänger werden von den Pflegekassen gemeldet. Die Empfänger von Kombinationsleistungen werden auch durch die ambulanten Pflegedienste gemeldet. In der Versorgungsart „Angehörigenpflege“ werden nur diejenigen gezählt, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen. Dies geschieht um eine Doppeltzählung zu vermeiden und eine klare Grenze zu ziehen, zwischen denen, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen und denjenigen, die es nicht tun. Diese Pflegebedürftigen werden nur von Familienmitgliedern, Nachbarn, Freunden oder Bekannten zu Hause gepflegt.

## Beschäftigte bei ambulanten und stationären Pflegediensten:

### Vollzeitäquivalente

Eine Möglichkeit, das Beschäftigtenvolumen zu messen, ist die Erhebung der Zahl der Beschäftigten. Aber nicht alle Erwerbstätigen arbeiten in Vollzeit. Bei unterschiedlichen Anteilen an Teilzeitbeschäftigten in unterschiedlichen Regionen würde ein unterschiedliches Arbeitsvolumen gezählt werden. Um Teilzeiterwerbstätige und Vollzeiterwerbstätige vergleichbar zu machen, werden Vollzeitäquivalente bestimmt. Teilzeitbeschäftigte werden dabei mit einem geringeren Anteil gezählt.

Die Berechnung der Vollzeitäquivalente wird analog der Methodik des Statistischen Bundesamtes für die Pflegestatistik 2013 folgendermaßen durchgeführt: In Vollzeit Tätige sowie Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst sind mit dem Faktor 1 gewichtet. Beschäftigte mit einer Regelarbeitszeit von über 50 Prozent sind mit dem Faktor 0,75 gewichtet; Beschäftigte in Teilzeit mit 50 Prozent und weniger der Regelarbeitszeit, die aber nicht geringfügig beschäftigt sind, sind mit dem Faktor 0,45 und geringfügig Beschäftigte mit 0,25 gewichtet. Auszubildende, (Um-)Schüler und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung gehen mit einem Faktor von 0,5 ein.

In der Vorausberechnung soll eine Aussage über die gesamten Beschäftigungsvolumina getroffen werden, die zur Versorgung der Pflegebedürftigen erforderlich sind. Es wird deshalb keine Differenzierung nach unterschiedlichen Leistungsbereichen vorgenommen. Hier gehen dementsprechend alle Leistungen ein, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit (nach dem SGB XI) als auch aufgrund von Krankheiten (nach dem SGB V) erbracht werden, ebenso die Tätigkeiten in Verwaltung, hauswirtschaftlicher Versorgung, Betreuung etc.

### Personalbedarf im Pflegesektor

Zur Ermittlung des zukünftigen Personalbedarfs, wird auf das derzeitige Personalniveau im jeweiligen Setting abgestellt. Wird der so ermittelte Quotient von Personal und Pflegebedürftigen konstant gehalten und mit der zukünftigen Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen verknüpft, ergibt sich ein zukünftiger Personalbedarf. Bei dem unter dieser Annahme für die Zukunft errechneten Bedarf handelt es sich also nicht um eine pflegewissenschaftlich begründete Bedarfsdeckung, sondern um eine reine Status quo-Berechnung. Es werden die Bedarfe ermittelt, die notwendig sind, um das heutige Personalniveau pro Pflegebedürftigem sicherzustellen. Für die ambulante Pflege wird somit Folgendes berechnet:

$$\text{Personalrelationen ambulant} = \frac{\text{Vollzeitäquivalente im ambulanten Pflegedienst}}{\text{Pflegebedürftige mit ambulanter Pflege}}$$

Und für die stationäre Pflege ergibt sich:

$$\text{Personalrelationen stationär} = \frac{\text{Vollzeitäquivalente in Pflegeheimen}}{\text{Vollstationär Pflegebedürftige in Pflegeheimen}}$$

Für die Projektionen werden dann folgende Personalbedarfe ermittelt:

**ambulanter Personalbedarf** = Personalrelation ambulant \* Pflegebedürftige mit ambulanter Pflege

**stationärer Personalbedarf** = Personalrelation stationär \* vollstationär versorgte Pflegebedürftige in Pflegeheimen

### Personalangebot im Pflegesektor

Angesichts der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass der Pflegesektor in Zukunft

in erhöhtem Maße mit anderen Branchen um das knapper werdende Arbeitsangebot konkurrieren muss. Die Rekrutierung von Personal wird daher zunehmend schwieriger. Vor diesem Hintergrund ist die der Projektion zugrunde liegende Annahme, dass sich das Personalangebot für den Pflegemarkt proportional zur Zahl der potenziellen Erwerbstätigen entwickelt, als durchaus optimistisch anzusehen. Da die Zahl der Erwerbspersonen regional nicht für die Projektionen spezifizierbar ist, wird als Näherungswert die Quote der Vollzeitäquivalente im ambulanten und stationären Pflegedienst in Relation zur Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren verwendet. Bei einer bundesweit ab den 2020er Jahren rückläufigen Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter folgt hieraus ein ebenfalls rückläufiges Arbeitskräfteangebot im Pflegesektor. Diese Entwicklung kann aber regional sehr unterschiedlich verlaufen.

### Versorgungslücke

Bei einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger und einem in fast allen Kreisen unter Status quo- Bedingungen rückläufigen Personalangebot entsteht bis 2030 für jeden Kreis eine Versorgungslücke, die sich als Differenz aus Personalbedarf und Personalangebot ergibt. Diese Versorgungslücke weist dabei nur die Verschlechterung der Versorgung im Vergleich zum Status quo des Jahres 2013 aus. Sollten zu diesem Zeitpunkt bereits Versorgungslücken in den Kreisen bestanden haben, so sind diese unbekannt und können nicht in die Betrachtung einbezogen werden.

## 4. Ausgangssituation und Projektion

### Grundlegende Annahmen

Für die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen ist entscheidend, wie sich die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen im Zeitverlauf entwickeln. Hierüber wird insbesondere unter dem Stichwort „Kompression der Morbidität“ intensiv diskutiert. Dabei wird angenommen, dass mit einer steigenden Lebenserwartung die Erkrankungen sowie Pflegebedürftigkeit weiter nach hinten im Lebensverlauf verschoben werden und dann sogar noch kürzer andauern. Unter entsprechenden Annahmen wurden auch schon Szenarien mit sinkenden Pflegequoten berechnet. Die Entwicklung der Pflegeprävalenz in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts spiegelt allerdings eher eine konstante altersspezifische Pflegeprävalenz wider. Wird die momentane Entwicklung in Deutschland betrachtet, so zeigen sich zwar rückläufige alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzen, aber annähernd konstante alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die (Über-)Lebenszeit in Pflegebedürftigkeit so weit steigt, dass die rückläufigen Inzidenzen gerade ausgeglichen werden. Vor diesem Hintergrund wird für den gesamten Betrachtungszeitraum unterstellt, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten konstant bleiben und eine Verringerung dieser Häufigkeiten etwa wegen einer Kompression der Morbidität nicht stattfindet.

In jeder Region gibt es andere Ausgangssituationen, die auch zu unterschiedlichen Projektionsergebnissen führen. In den Regionen gibt es beispielsweise unterschiedliche Heimquoten oder auch unterschiedliche Quoten Beschäftigter im Pflegedienst je pflegebedürftiger Person. Diese regionalen Besonderheiten werden in den Projektionen berücksichtigt.

### Rechtliche Veränderungen im Projektionszeitraum

Zum 1.1.2017 wird durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eine Veränderung der Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit gemäß der §§ 14 und 15 SGB XI vorgenommen. Es ändern sich hierdurch die Relationen, nach denen Personen aufgrund ihrer vorhandenen Fähigkeiten und Einschränkungen pflegebedürftig und somit leistungsberechtigt im Sinne des SGB XI sind. Hierdurch werden dann auch neue Pflegeprävalenzwerte nach Alter und Geschlecht entstehen, welche jedoch erst aus der Pflegestatistik des Jahres 2017 abgeleitet werden können. Die kommende Rechtslage kann somit in der vorliegenden Projektion noch keine Berücksichtigung finden. Als Folge hieraus muss eine Projektion, welche auf Basis der Prävalenzwerte des Jahres 2013 – und dementsprechend zum Rechtsstand 2013 – erfolgt, für das Zieljahr 2030 Zahlen von Pflegebedürftigen produzieren, die dann zu erwarten wären, wenn der Rechtsstand unverändert bliebe.

### Projektion

Je nach Alterskategorie und nach den Geschlechtern zeigen sich in den bisherigen Berichtsjahren der Pflegestatistik unterschiedliche Anteile stationärer und ambulanter Pflege. Dies kann dadurch bedingt sein, dass für unterschiedliche Alterskategorien prinzipiell weniger Verwandte und Bekannte verfügbar sind, die als Pflegepersonen in



Betracht kommen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass mit den Alterskategorien auch bestimmte Erkrankungen häufiger werden (z. B. Demenz oder Schlaganfall), die dann die Wahrscheinlichkeit für eine Versorgungsart erhöhen oder reduzieren.

Für die Projektion werden die Anteile der Pflegearten je Alter und Geschlecht auf dem Niveau des Jahres 2013 konstant gehalten. Es wird somit eine einfache Fortschreibung des Status quo der aktuell beobachtbaren Pflegeprävalenzen und Anteile in den Versorgungsarten je Alter, Geschlecht und Region vorgenommen. Dazu werden aus dem Jahr 2013 die nach Alter, Geschlecht und Versorgungsart gegliederten Pflegehäufigkeiten als Anteilswerte der Bevölkerung im gleichen Alter und mit gleichem Geschlecht erfasst. Dies geschieht auf Bundesebene, auf Landesebene und auf der kommunalen Ebene, d.h. für die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte. Anschließend werden diese Relationen auf die Bevölkerungsvorausberechnung aus dem Wegweiser Kommune der Bertelsmann Stiftung übertragen und die daraus resultierenden Fallzahlen ermittelt. Auch bei alters- und geschlechtsspezifisch konstanten Versorgungsartenquoten kommt es aufgrund der demografischen Alterung dann zu Veränderungen in der Versorgungsstruktur.

.