

Häcker, Jasmin; Raffelhüschen, Bernd

**Working Paper**

## Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des "Heimsog-Effekts"

Diskussionsbeiträge, No. 142

**Provided in Cooperation with:**

Department of Economics, University of Freiburg

*Suggested Citation:* Häcker, Jasmin; Raffelhüschen, Bernd (2006) : Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des "Heimsog-Effekts", Diskussionsbeiträge, No. 142, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Finanzwissenschaft, Freiburg i. Br.

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/38831>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

# DISKUSSIONSBEITRÄGE

# DISCUSSION PAPERS

**Zukünftige Pflege ohne Familie:  
Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“**

**Jasmin Häcker  
Bernd Raffelhüschen**

**142/06**

INSTITUT FÜR FINANZWISSENSCHAFT  
DER ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT FREIBURG IM BREISGAU



Prof. Dr. A. Oberhauser  
Waldackerweg 14  
79194 Gundelfingen

Prof. Dr. B. Raffelhüschen  
Bertoldstraße 17  
79098 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. W. Ehrlicher  
Beethovenstrasse 23  
79100 Freiburg i. Br.

Prof. Dr. H.-H. Francke  
Bertoldstraße 17  
79098 Freiburg i. Br.

# Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des “Heimsog-Effekts”\*

Jasmin Häcker<sup>†</sup> und Bernd Raffelhüschen  
Forschungszentrum Generationenverträge  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Juni 2006

## Zusammenfassung

Jegliche Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten bei der Wahl der Art der Pflege von einer günstigeren hin zu einer teureren Versorgungsform gehen mit Auswirkungen auf die zukünftige Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung einher. Dabei ist ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten bereits das Resultat der demographischen Entwicklung, möglicherweise verschärft durch sich verändernde Haushalts- und Familienstrukturen sowie eine zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen. In welchem Ausmaß Veränderungen in den Pflegearrangements mit Ausgabensteigerungen einhergehen, soll im Rahmen dieses Beitrags untersucht werden.

**JEL classification:** I18; J10

**Keywords:** Pflegeversicherung, Heimsog-Effekt, Pflegepotential, Demographie

---

\*Für die Bereitstellung der Daten bzgl. der Vorausberechnung der Familienstandsstrukturen danken wir Frau Dr. Juliane Roloff vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB).

<sup>†</sup>Forschungszentrum Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, D-79085 Freiburg (Fax: +49-761-203 2290; jasmin.haecker@generationenvertraege.de)

# 1 Einleitung

Wenn bislang die Diskussion auf die gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) und deren finanzielle Lage kam, so wurden neben der Betrachtung des gegenwärtigen Status quo und seiner zukünftigen Finanzierbarkeit auch jene Faktoren hinsichtlich ihrer Finanzierbarkeit analysiert, die laut dem “Zweiten und Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung” bei der Absicherung des Pflegerisikos zu berücksichtigen sind, aber erst einer expliziten Umsetzung bedürfen.<sup>1</sup> Hierunter fällt bspw. die Dynamisierung der Leistungen, die sicherstellt, dass das gegenwärtige reale Pflegeleistungsniveau aufrechterhalten wird. Zu nennen ist aber auch die breitere Definition des Pflegebegriffs, der neben rein somatisch ebenfalls gerontopsychiatrisch bedingte Erkrankungen umfassen soll, was den im Pflegefall leistungsberechtigten Personenkreis ausweitet.<sup>2</sup> Während beide Faktoren eine politische Entscheidungsvariable darstellen, deren Umsetzung die fiskalische Lage der GPV zusätzlich verschärft, ist bislang eine dem System endogen zugrundeliegende Variable, die deutliche finanzielle Konsequenzen nach sich ziehen dürfte, eher stiefmütterlich behandelt worden, nämlich der Effekt eines veränderten Inanspruchnahmeverhaltens der Pflegeleistungen.<sup>3</sup>

Für den Zeitraum seit Einführung der GPV bis heute zeigt die Betrachtung des Inanspruchnahmeverhaltens der Art der Pflegeleistung einerseits eine Verschiebung innerhalb der häuslichen Pflege, sowie andererseits den Trend von der ambulanten hin zur stationären Pflege. Während seit dem Jahr 1996 eine rückläufige Tendenz des Anteils an Pflegegeldempfängern zu beobachten ist, nämlich von 61 auf 50 Prozent aller Leistungsbezieher, hat der Anteil der Empfänger von Sachleistungen zugenommen. So ist der Anteil der insgesamt mit höheren Ausgabenanteilen verbundenen Sachleistungsempfänger seit 1996 gestiegen und zwar von 14 Prozent aller Leistungsbezieher auf 17 Prozent im Jahr 2005. Ähnlich zu dieser Entwicklung ist der Trend der zunehmenden Substitution von ambulanten durch stationäre Leistungen. Nahmen im Jahr 1997 noch 72 Prozent aller Pflegebedürftigen ambulante Leistungen in Anspruch ist der Anteil auf inzwischen 67 Prozent zurückgegangen; entsprechend ist die Heimquote von 28 auf 33 Prozent gestiegen. Damit haben im Zeitraum 1997 bis 2005 zwei Formen der Verschiebung im Inanspruchnahmeverhalten stattgefunden, die beide zu einem höheren Ausgabeneffekt führen: Einerseits die Umschichtung von der “günstigen” Geld- hin zu den “teureren” Sachleistungen und damit von der informellen zur professionellen ambulanten Pflege und andererseits die Umschichtung von der vergleichsweise “günstigeren” ambulan-

---

<sup>1</sup>BMGS (2001) und BMGS (2004).

<sup>2</sup>Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) vom 14. Dezember 2001 wurde die stärkere Ausdifferenzierung des Pflegebegriffs bereits teilweise umgesetzt.

<sup>3</sup>Für eine ausführliche Analyse bzgl. der finanziellen Konsequenzen der Leistungsdynamisierung siehe u.a. Häcker (2006) und für die Einbeziehung des Personenkreises der Demenzkranken in die GPV siehe Häcker und Raffelhüschen (2005).

ten zur “teureren” stationären Pflege.<sup>4</sup> Letzteres wird auch als “Heimsog-Effekt” oder “Hospitalisierungstrend” bezeichnet.

Bei Unterstellung einer in Zukunft weitestgehend gleichbleibenden Verteilung der Pflegebedürftigen auf die einzelnen Pflegestufen hat jegliche Art der Verschiebung von einer günstigeren hin zu einer teureren Versorgungsform Auswirkungen auf die zukünftige Ausgabenentwicklung, da es bei gleicher Pflegestufe zu Steigerungen der Pro-Kopf-Ausgaben der GPV kommt. In welchem Ausmaß ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten mit Ausgabensteigerungen einhergeht, soll im Rahmen dieses Beitrags untersucht werden. Hierzu werden in Abschnitt 2 mögliche Ursachen für ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten aufgeführt, bevor im dritten Abschnitt Szenarien entwickelt werden, die unterschiedliche Schätzungen bzgl. der Veränderungen in den Pflegearrangements abbilden sollen. Die Beurteilung der fiskalischen Konsequenzen, die mit einer Erhöhung der Inanspruchnahme professioneller Leistungen für die GPV einhergehen, werden im Rahmen von Abschnitt 4 aufgezeigt. Abschnitt 5 schließt mit einem Fazit.

## 2 Determinanten der Inanspruchnahme

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von häuslicher Pflege ist gemäß den Pflegeberichten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) der Jahre 1998 und 2000 das Vorhandensein einer familialen Pflegeperson.<sup>5</sup> So werden laut der Infratest Studie (2003) 92 Prozent aller in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen von Familienangehörigen betreut. Bei verheirateten Pflegebedürftigen ist die Hauptpflegeperson der Ehepartner, bei verwitweten und hochbetagten Pflegebedürftigen übernimmt in der Regel die Tochter die Hauptverantwortung für die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung.<sup>6</sup> Damit kommt der Familie eine wichtige Funktion bei der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit zu und jegliche Änderungen, die diesen Personenkreis betreffen, lösen zwangsläufig Veränderungen bei der Wahl der Pflegeform aus.

In Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, die im Wesentlichen durch eine sinkende Fertilität und eine steigende Lebenserwartung gekennzeichnet ist, was eine Bevölkerungsalterung nach sich zieht, kommt es allein demographisch bedingt zu einem Rückgang der potentiellen (familialen) Pflegepersonen – insbesondere was die

---

<sup>4</sup>Der höhere Ausgabeneffekt ist dabei das Resultat einer unterschiedlich hohen Gewährung von Versicherungsleistungen bei häuslicher, professioneller ambulanter und stationärer Pflege. So beträgt das Pflegegeld (die Pflegesachleistung) in Stufe I monatlich 205 Euro (384 Euro), in Stufe II 410 Euro (921 Euro) und in Stufe III 665 Euro (1.432 Euro). Die stationären Leistungen belaufen sich demgegenüber auf monatlich 1.023 Euro in Stufe I, 1.279 Euro in Stufe II und 1.432 Euro in Stufe III.

<sup>5</sup>Vgl. MDS (1998) und (2000).

<sup>6</sup>Vgl. Infratest Sozialforschung (2003), S. 18.

Versorgung durch die Kinder betrifft. Diese Verschlechterung der Relation von Pflegepotential zu Pflegebedürftigen (relatives Pflegepotential) wird darüber hinaus durch soziostrukturelle Faktoren, wie sich verändernde Haushalts- und Familienstrukturen und eine zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen, verschärft.<sup>7</sup> Da die demographische Entwicklung bereits andernorts vielfach diskutiert worden ist, wird im Folgenden lediglich noch Bezug genommen auf die Determinanten einer veränderter Haushalts- bzw. Familienstruktur und einer steigenden Frauenerwerbsquote. Letzteres ist insofern ein bedeutsamer Parameter, als der Hauptanteil an Pflegepersonen durch Frauen gegeben ist.

**Haushalts- und Familienstrukturen.** Empirisch gesehen spielen Haushalts- und Familienstrukturen die entscheidende Rolle bei der Wahl der Art der Pflege. Zum einen fällt die familiäre Pflege umso geringer und die Inanspruchnahme von professionellen ambulanten Diensten umso höher aus, je kleiner der Haushalt ist, in dem der Pflegebedürftige lebt.<sup>8</sup> Während die Versorgung Pflegebedürftiger in Zwei-, Drei- und Mehrpersonenhaushalten fast ausschließlich auf der familialen Pflege beruht, müssen alleinlebende Pflegebedürftige auf professionelle ambulante Dienste zurückgreifen.<sup>9</sup> Zum anderen ist der Status "Alleinstehend" auch eine der bedeutsamsten Determinanten der Heimübersiedlung. Klein (1998), der für Deutschland eine Analyse anhand des Altersheimsurveys (AHS) des Jahres 1995/1996 und des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) der Jahre 1984 bis 1994 durchführt, kommt zu dem Ergebnis, dass der Familienstand, gefolgt von weiteren Personen im Haushalt, für einen Heimeintritt ausschlaggebend sind. So sind laut Infratest Sozialforschung (2006) unter den in Heimen lebenden Pflegebedürftigen 85 Prozent ihrem Familienstand nach entweder verwitwet, geschieden oder ledig – bei den in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen sind es gerade einmal 68 Prozent.<sup>10</sup>

Gerade aber der Anteil an Einpersonenhaushalten ist in der Vergangenheit kontinuierlich gestiegen bzw. der Anteil an Zwei- und Mehrpersonenhaushalten kontinuierlich gesunken, von 74,9 Prozent im Jahr 1970 (früheres Bundesgebiet) auf 65,3 Prozent im Jahr 1994 (Deutschland) und auf 62,7 Prozent im Jahr 2004 – ein Trend, wie er auch für die Zukunft erwartet wird.<sup>11</sup> Hochrechnungen des Bundesinstituts für Bevölke-

---

<sup>7</sup>Siehe hierzu auch Gilberg (2000), S. 40 ff. Neben *soziostrukturellen* Faktoren führt Gilberg (2000) auch *soziokulturelle* Faktoren auf, wie die Bereitschaft und Motivation, Pflegeleistungen zu übernehmen, die das familiäre Unterstützungspotential beeinflussen. In den noch folgenden Berechnungen bleiben diese Faktoren jedoch unberücksichtigt.

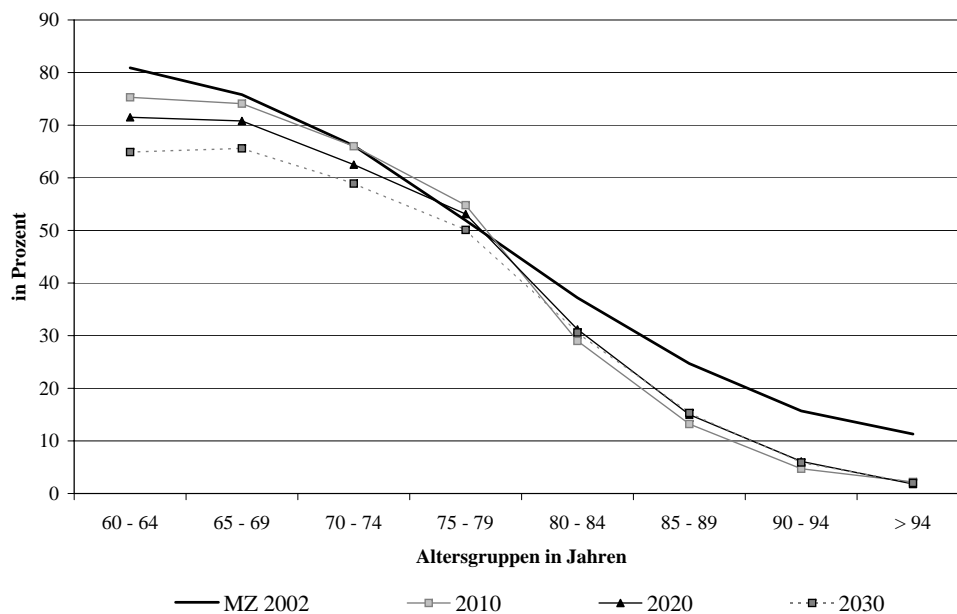
<sup>8</sup>Siehe hierzu die Studien von Schneekloth et al. (1996), Blinkert und Klie (1999) und Schneekloth und Müller (2000).

<sup>9</sup>Vgl. Schneekloth et al. (1996), S. 131.

<sup>10</sup>Vgl. Infratest Sozialforschung (2006), Tab. 2.2 und Infratest Sozialforschung (2003), Tab. 1.2.

<sup>11</sup>Siehe Statistisches Bundesamt (2005), Tab. 2.13: Privathaushalte nach Zahl der Personen, Ländern und Gemeindegrößenklassen. Für eine ausführliche Darstellung der zukünftig zu erwartenden Entwicklung von Lebensformen und Haushalten, siehe Hullen (2003).

Abbildung 1: Entwicklung des Anteils an Verheirateten und nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften



Quelle: Mikrozensus 2002 und Hochrechnungsergebnisse von J. Roloff (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung)

rungsforschung zur Entwicklung der Bevölkerung in den Privathaushalten nach dem Familienstand bis zum Jahr 2030 zeigen, wie sich die insbesondere für die Wahl der Pflegeform wichtigen Familienkonstellationen “Verheiratet” und “nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften (NEL)” für die Altersgruppe der über 60-Jährigen entwickeln:<sup>12</sup> Gemäß dem Mikrozensus 2002 leben knapp über 80 Prozent der 60- bis 64-Jährigen in ehelichen oder nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften, in der Altersklasse der 75- bis 79-Jährigen sind es rund 52 Prozent und bei den 95-Jährigen und älteren sind es gerade noch 11 Prozent, die in einer dieser Konstellationen vorzufinden sind. Dieser mit zunehmendem Alter immer geringer werdende Anteil an ehelichen und nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften ist dabei auf die vergleichsweise niedrigere Lebenserwartung der Männer zurückzuführen, die wiederum einen höheren weiblichen Witwenstand bedingt. Diesen Verlauf, allerdings auf z.T. deutlich niedrigerem Niveau, weisen auch die Hochrechnungsergebnisse von J. Roloff (BiB) der Jahre 2010, 2020 und 2030 auf. Während die Alterklasse der 75- bis 79-Jährigen über die Zeit wenig Änderung hinsichtlich ihres Anteils an Verheirateten und NEL aufzeigt (dieser bewegt sich um die 50 Prozent Marke) kommt es zu einem deutlichen Rückgang des Anteils an ehelichen und nicht-

<sup>12</sup>Die Hochrechnung, durchgeführt von Dr. Juliane Roloff, wurde direkt am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung angefordert. Datenbasis der Hochrechnung bildet die 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes sowie der Mikrozensus des Jahres 2002.

ehelichen Lebensgemeinschaften sowohl bei den Altersgruppen der 60- bis 69-Jährigen als auch bei den 80-Jährigen und älteren. So sinkt dieser Anteil bei den 60- bis 69-Jährigen im Jahr 2030 auf 65 Prozent, bei den 80- bis 84-Jährigen um 7 Prozentpunkte auf 30 Prozent im Jahr 2030 und bei den 95-Jährigen und älteren um 9 Prozentpunkte auf 2 Prozent. Den Tatbestand geringfügig ansteigender Bevölkerungsanteile an Verheirateten und NELs der Altersklassen der über 80-Jährigen ab dem Jahr 2010 ist dabei auf den Abbau des Kriegerwitweneffekts zurückzuführen. So wird die Generation der Kriegerwitwen der heute über 70-Jährigen verstärkt ab dem Jahr 2010 aus der Bevölkerung herauswachsen, was in dem höheren Anteil an Zusammenlebenden, bspw. anhand der im Jahr 2020 80- bis 84-Jährigen im Vergleich zu den im Jahr 2010 80- bis 84-Jährigen sichtbar wird. Der Kriegerwitweneffekt zeigt sich mitunter auch an dem heute hohen Anteil in Heimen lebender pflegebedürftiger Frauen. So sind laut Infratest Sozialforschung (2006) rund 3/4 aller in Heimen lebenden Pflegebedürftigen weiblichen Geschlechts, was auf die höhere Lebenserwartung der Frauen und damit der höheren Verwitwungswahrscheinlichkeit, aber v.a. auf den Kriegerwitweneffekt zurückzuführen ist.

**Frauenerwerbsquote.** Ähnlich “ungünstig” auf die Wahl der Art der Pflege wie die Veränderung der Haushalts- bzw. Familienstrukturen wirkt sich die zu erwartende steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen auf das familiäre Pflegepotential aus. So sind momentan rund 73 Prozent der Pflegepersonen weiblichen Geschlechts, wovon wiederum 65 Prozent im erwerbsfähigen Alter sind. Mit 54 Prozent ist jede zweite Pflegeperson zwischen 40 und 64 Jahre alt und nur 11 Prozent der Pflegepersonen ist 39 Jahre oder jünger; 33 Prozent der Hauptpflegepersonen sind 65 Jahre und älter (siehe auch Tab. 1). Angesichts der Tatsache, dass von den Frauen im erwerbsfähigen Alter 60 Prozent *nicht* erwerbstätig sind, ist – abhängig vom Ausmaß der zunehmenden Frauenerwerbsquote – ebenfalls von einer vermehrten Substitution von Geld- zu Sachleistungen und von ambulanter zu stationärer Pflege auszugehen.

Allein in den letzten zehn Jahren hat sich die Erwerbsbeteiligung von Frauen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren um 6 Prozent erhöht. Insbesondere aber in den hier relevanten Altersgruppen ab dem 40. Lebensjahr war die Zunahme mit 20,9 Prozent merklich.<sup>13</sup> Diese Entwicklung macht sich ebenfalls in der Zahl der pflichtversicherten Pflegepersonen, die zu 90 Prozent aus Frauen bestehen, für die Jahre 1997 bis 2002 bemerkbar. Hier war ein Rückgang um 11,1 Prozent zu verzeichnen; entsprechend sind die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen gesunken, und zwar von 1,19 Mrd. Euro im Jahr 1997 auf 0,9 Mrd. Euro im Jahr 2005 (siehe auch Tab. 1). Während also ein negativer Effekt von dem rückläufigen familialen Pflegepotential und damit

---

<sup>13</sup>Vgl. Mikrozensus 2004: “Erwerbsquoten Männer und Frauen nach Altersgruppen” und eigene Berechnungen.



Tabelle 1: Strukturmerkmale der Pflegepersonen

Demographische Struktur der privaten Hauptpflegeperson von Pflegebedürftigen (Angaben in %)		Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen		
		Ausgaben für die soziale Sicherung der Pflegepersonen (in Mrd. €)	Pflicht- versicherte Pflegepersonen	
	<b>2002</b>	<b>1995</b>	0.31	394,000
Geschlecht		<b>1996</b>	0.93	531,000
Männlich	27	<b>1997</b>	1.19	575,000
Weiblich	73	<b>1998</b>	1.16	574,000
Alter		<b>1999</b>	1.13	574,000
bis 39	11	<b>2000</b>	1.07	554,000
40 - 64	54	<b>2001</b>	0.98	530,000
65 - 79	26	<b>2002</b>	0.96	511,000
80 und älter	7	<b>2003</b>	0.95	463,000 **
keine Angaben	3	<b>2004</b>	0.93	-
Erwerbsstatus*		<b>2005</b>	0.90	-
Vollzeit	19			
Teilzeit	15			
Geringfügig beschäftigt	6			
Nicht erwerbstätig	60			

\* Hauptpflegeperson zwischen 15 und 64 Jahren

\*\* vorläufige Zahl, die sich durch Nacherfassungen i.d.R. deutlich erhöht

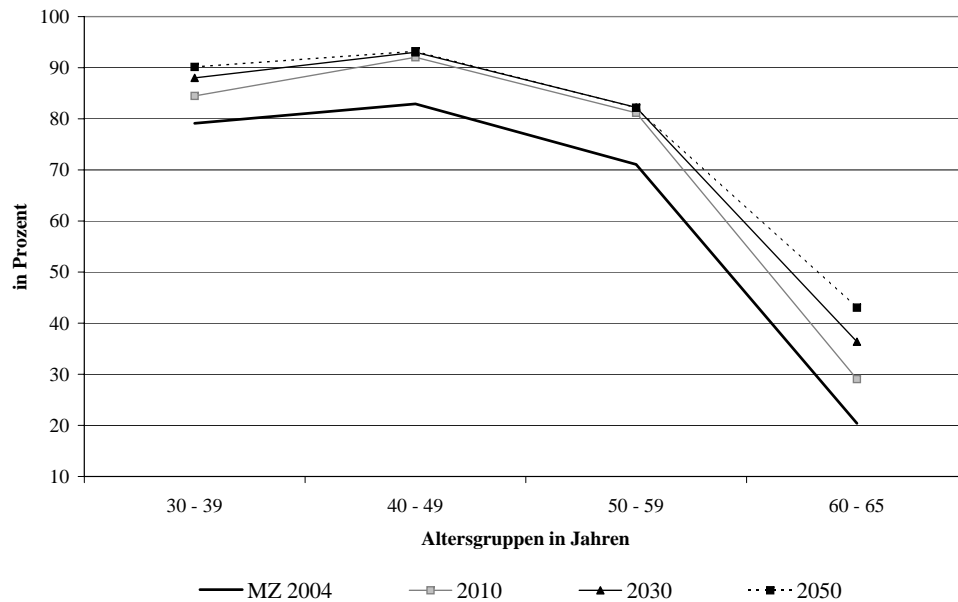
Quelle: Schneekloth und Müller (2000), Infratest Sozialforschung (2003), BMG (2006)

der Veränderungen in der Wahl von der innerfamiliär geleisteten häuslichen Pflege hin zu einem teilweisen oder vollständigen Einbezug professioneller Dienste in das Pflegearrangement durch eine steigende Frauenerwerbsquote ausgeht, kommt es fiskalisch gesehen auch zu einem positiven Effekt, nämlich einer Reduktion der Ausgaben der Sozialleistungen für Pflegepersonen.

Ähnlich zu den Haushalts- bzw. Familienstrukturen wird auch bei der Frauenerwerbsquote in Zukunft damit gerechnet, dass der Trend der zunehmenden Erwerbsbeteiligung anhält: Zum einen steigt der Anteil der kinderlosen Frauen, die bereits in der Vergangenheit eine hohe Erwerbsbeteiligung aufwiesen und zum anderen bleiben immer mehr Mütter erwerbstätig oder kehren nach einer kürzer werdenden familienbedingten Unterbrechungsphase in die Erwerbstätigkeit zurück.<sup>14</sup> Einer Projektion des Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zufolge kommt es zu einem Anstieg in der Potentialerwerbsquote von 84,5 Prozent der 30-bis 39-Jährigen Frauen im Jahr

<sup>14</sup>Siehe hierzu ausführlich Enquête-Kommission Demographischer Wandel (2002), S. 154 ff.

Abbildung 2: Entwicklung der Potentialerwerbsquote der Frauen



Quelle: Mikrozensus 2004 und Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)

2010 auf 90,2 Prozent im Jahr 2050.<sup>15</sup> Demgegenüber bleibt die Potentialerwerbsquote der Frauen in der Altersklasse der 40- bis 49-Jährigen bzw. der 50- bis 59-Jährigen im Betrachtungszeitraum 2010 bis 2050 nahezu unverändert bei ca. 93 bzw. 82 Prozent. In der Altersklasse der 60- bis 65-Jährigen wiederum wird ein Anstieg um 14 Prozentpunkte erwartet, ausgehend von einer Potentialerwerbsquote von 29 Prozent im Jahr 2010 auf 43 Prozent im Jahr 2050 (vgl. Abb. 2).

Diese Entwicklungstendenzen in den Indikatoren Haushalts- bzw. Familienstruktur und Frauenerwerbsquote dienen im Weiteren nun der Bestimmung des zukünftigen familialen Pflegepotentials. Aufgrund ihrer wichtigen Funktion bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit haben Veränderungen in diesen Determinanten für die Beurteilung der Finanzlage der GPV Relevanz, da diese eine verstärkte Inanspruchnahme der mit höheren Ausgaben verbundenen professionellen Pflege zur Folge hat, was sich wiederum in der zukünftigen Ausgabenentwicklung der GPV niederschlägt.

<sup>15</sup>Diese Projektion wurde direkt beim Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung angefordert.

### 3 Die Entwicklung des Pflegepotentials und die Inanspruchnahme der Leistungen

Für die Bestimmung, wie stark der Zusammenhang zwischen einer in Zukunft veränderten Haushalts- und Familienstruktur sowie einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung der Frauen und dem Pflegepotential ist, wird auf ein von der Enquête-Kommission in Auftrag gegebenes Gutachten von Blinkert und Klie (2001) zurückgegriffen, welches veränderten Haushaltsstrukturen und Frauenerwerbsquoten bei der Ermittlung des zukünftigen Pflegepotentials Rechnung trägt.<sup>16</sup> Zur Beantwortung der Frage, welche Auswirkungen wiederum ein rückläufiges Pflegepotential auf das Inanspruchnahmeverhalten hat, wird vereinfachend von einem proportional elastischem Zusammenhang ausgegangen.

#### 3.1 Hochrechnung des Pflegepotentials

Ausgangspunkt der von Blinkert und Klie (2001) durchgeführten Modellrechnung für ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten ist die Bestimmung des zukünftig zu erwartenden Pflegepotentials. Dabei unterscheiden Blinkert und Klie (2001) zwischen dem Pflegepotential der Ehegatten/Partner und dem der Kinder (30- bis 65-Jährige). Gemäß Infratest Sozialforschung (2003) sind damit rund 70 Prozent der Pflegepersonen erfaßt, wobei es sich bei 28 Prozent der Hauptpflegepersonen um (Ehe-)Partner/in und bei 42 Prozent der Pflegepersonen um Tochter, Sohn oder Schwiegertochter handelt.<sup>17</sup> Die Unterteilung des Pflegepotentials in ein intra- und intergeneratives Pflegepotential erlaubt eine adäquate Erfassung der oben aufgeführten Determinanten einer veränderten Haushalts- und Familienstruktur sowie einer steigenden Frauenerwerbsquote. Demzu-

---

<sup>16</sup>Die Berechnungen von Blinkert und Klie (2001) basieren noch auf der 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. In Anlehnung an Blinkert und Klie (2001) führt Rothgang (2004) eine Vorausschätzung des zukünftigen Inanspruchnahmeverhaltens für Nordrhein-Westfalen durch.

<sup>17</sup>Siehe Infratest Sozialforschung (2003), S. 19. Nicht erfaßt werden bei dieser Betrachtung u.a. Eltern, die weitere 14 Prozent an den Pflegepersonen ausmachen. Blinkert und Klie (2001) tragen diesem Personenkreis Rechnung, indem zusätzlich zu dem bereits genannten Partner- und Kinderpflegepotential auch ein Pflegepotential für alle Pflegebedürftigen unter 60 Jahre ausgewiesen wird. Da es sich bei den unter 60-jährigen Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich zu einem Drittel um Kinder handelt, reflektiert das Pflegepotential der unter 60-jährigen Pflegebedürftigen folglich in der Hauptsache Eltern. (siehe hierzu auch MDS (1998), S. 47 ff.) Die Nichtberücksichtigung dieses Pflegepotentials in den hier durchgeführten Berechnungen hat zweierlei Gründe: zum einen soll der Fokus auf der Altenpflege liegen und zum anderen scheint es eher fraglich, ob – wie bei Blinkert und Klie (2001) angenommen – die Bereitschaft zur Pflege von Kindern gegenüber ihren Eltern dieselbe ist, wie von die Bereitschaft der Eltern, ihr Kind zu pflegen. Da dieser Tatbestand durch die Datenlage eher nicht bestätigt werden kann und die Hochrechnung dieses Pflegepotentials daher wenig zutreffend erscheint, wird in der hier durchgeführten Analyse davon abgesehen und damit implizit unterstellt, dass das Pflegepotential der unter 60-jährigen Pflegebedürftigen über die Zeit unverändert bleibt. Dessen ungeachtet hätte eine Berücksichtigung dieses Personenkreises eine leichte Verschärfung der hier aufgeführten Ergebnisse zur Folge.

folge wird sowohl eine gute Annäherung an die jetzige Struktur der Hauptpflegepersonen erreicht, als auch diese gegenwärtige Struktur der Hauptpflegepersonen über die Zeit beibehalten. Entsprechend der demographischen Entwicklung nimmt lediglich der Anteil des Partnerpflegepotentials etwas zu.

Der Schätzwert des Partnerpflegepotentials  $POTGAT_{t,i}$  für die Altersgruppe  $i$ , mit  $i \in \{\{60 - 69\}; \{70 - 79\}; \{80 - 89\}; \{90 - 100\}\}$ , zu einem Zeitpunkt  $t$  ergibt sich dabei aus der Anzahl der Personen der Altersgruppe  $i$ ,  $N_{t,i}$ , der Wahrscheinlichkeit, dass diese mit einem Ehegatten oder sonstigen Partner zusammenleben,  $PZUS_{t,i}$ , sowie der Wahrscheinlichkeit, dass der vorhandene Partner in dieser Altersklasse auch als Helfer in Erscheinung treten kann,  $PHILFE_i$ ,

$$POTGAT_{t,i} = N_{t,i} \cdot PZUS_{t,i} \cdot PHILFE_i. \quad (1)$$

Die Wahrscheinlichkeit  $PHILFE_i$  wurde der Studie von Blinkert und Klie (2001) entnommen. Die Wahrscheinlichkeit  $PZUS_{t,i}$  wiederum stammt aus der direkt am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung angeforderten Hochrechnung der zukünftigen Bevölkerung in den Privathaushalten nach dem Familienstand, die bereits im Rahmen veränderter Haushalts- und Familienstrukturen diskutiert wurde. Während sich  $PZUS_{t,i}$  im Zeitablauf ändert – die Hochrechnung erfolgt bis zum Jahr 2030, danach wird  $PZUS_{t,i}$  konstant fortgeschrieben –, wird  $PHILFE_i$  über die Zeit als konstant angenommen (siehe auch Tab. 2).  $PZUS_{t,i}$  umfaßt den Anteil der Verheirateten sowie den Anteil an nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften (NEL) der Altersgruppe  $i$ , womit im Wesentlichen die Konstellationen abgedeckt sind, in denen ein Partner vorhanden ist, der die Pflege übernehmen kann.

Das Kinderpflegepotential zum Zeitpunkt  $t$ ,  $POTKIND_{t,i}$ , errechnet sich für die Pflegebedürftigen der Altersgruppe  $i$  aus der Anzahl der Männer,  $N_{t,i-30}^m$ , und Frauen,  $N_{t,i-30}^f$ , der Altersgruppe  $i - 30$ . Blinkert und Klie (2001) unterstellen in diesem Zusammenhang, dass sich das intergenerative Pflegepotential ausschließlich aus der Zahl der Nichterwerbstätigen in den entsprechenden Altersklassen ergibt. Die Erwerbsquoten der Männer und Frauen für das Jahr 2004 stammen dabei aus dem Mikrozensus 2004, die Hochrechnung der Potentialerwerbsquote der Frauen wurde – wie zuvor bereits aufgeführt und diskutiert – direkt beim Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung angefordert. Das Kinderpflegepotential läßt sich zu jedem Zeitpunkt  $t$  demzufolge darstellen als

$$POTKIND_{t,i} = N_{t,i-30}^m \cdot (1 - EQ_{t,i-30}^m) + N_{t,i-30}^f \cdot (1 - EQ_{t,i-30}^f). \quad (2)$$

Damit ist das gesamte durch Ehegatten/Partner und Kinder bereitgestellte Pflegepo-

Tabelle 2: Bevölkerung in Privathaushalten nach dem Familienstand und Erwerbsquoten

<b>Hilfbereitschaft und Anteil der Zusammenlebenden in höheren Altersgruppen</b>				
(Angaben in %)				
	60- bis 69-Jährige	70- bis 79-Jährige	80- bis 89-Jährige	über 90-Jährige
<b>PHILFE</b>	98.0	94.0	71.0	63.0
<b>PZUS</b>				
MZ 2002	78.6	59.9	33.3	15.0
2010	74.7	61.6	23.2	4.1
2020	71.1	58.2	25.9	5.2
2030	65.3	55.1	24.6	5.2

<b>Erwerbsquoten in verschiedenen Altersgruppen für Männer und Frauen</b>				
(Angaben in %)				
	30- bis 39-Jährige	40- bis 49-Jährige	50- bis 59-Jährige	60- bis 65-Jährige
<b>Männer</b>				
MZ 2004	96.3	95.8	87.4	38.9
<b>Frauen</b>				
MZ 2004	79.1	82.9	71.1	20.4
	Durchschnittliche Potentialerwerbsquoten			
2010	84.5	92.0	81.2	29.1
2020	87.0	92.2	82.6	33.0
2030	88.0	93.0	82.2	36.4
2040	89.2	93.0	82.9	39.7
2050	90.2	93.2	82.2	43.0

Quelle: Blinkert und Klie (2001), J. Roloff Hochrechnungsergebnisse, Mikrozensus 2002 und 2004 und Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

tential für die Altersgruppe  $i$  zum Zeitpunkt  $t$  gegeben durch<sup>18</sup>

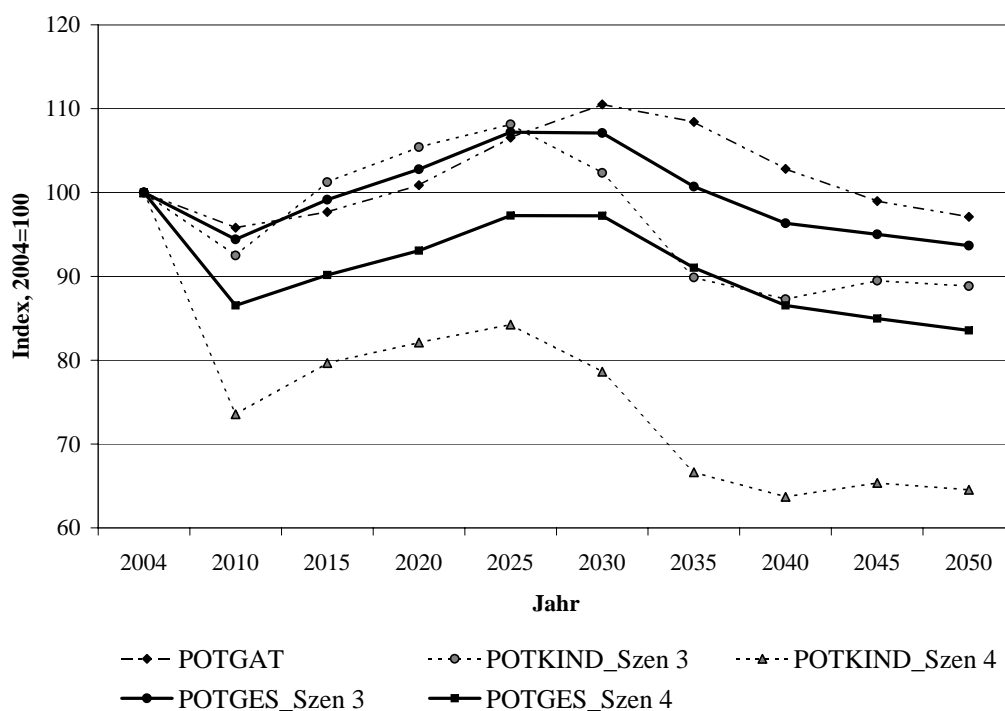
$$POTGES_{t,i} = POTGAT_{t,i} + POTKIND_{t,i}. \quad (3)$$

Gemäß den hier durchgeführten Berechnungen sieht die Entwicklung des Pflegepotentials wie folgt aus (vgl. Abb. 3): Sowohl das Partner- als auch das Kinderpflegepotential weisen einen über die Zeit sinuskurvenartigen Verlauf auf. Bei dem intragenerativen Pflegepotential ist dieser Verlauf zum einen die Folge des Abbaus des Kriegerwitweneffekts, etwa ab dem Jahr 2010, und zum anderen das Resultat der in die Jahre kommenden (jüngsten) Babyboomer-Generationen, etwa ab dem Jahr 2020, die dann dem Partnerpflegepotential zuzurechnen sind. Hierbei überwiegt der demographische

<sup>18</sup>Durch die Art und Weise, wie das Potential bestimmt wird, wird die gegenwärtige Struktur der Hauptpflegepersonen über die Zeit beibehalten. Entsprechend der demographischen Entwicklung nimmt der Anteil des Partnerpflegepotentials etwas zu.

Effekt einer Zunahme der über 60-Jährigen, insbesondere bei der Altersklasse der 60- bis 69-Jährigen, den Effekt einer abnehmenden Rate an ehelichen und nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften. In der Folge übersteigt das Partnerpflegepotential im Jahr 2020 sein Ausgangsniveau und erreicht im Jahr 2030 sein Maximum von 110 Prozent des Ausgangswertes. Der darauffolgende Abfall im Partnerpflegepotential ist wiederum das Resultat eines nun überkompensierenden Effekts der Singularisierung, wie er insbesondere bei den 80-Jährigen und älteren ausgeprägt ist, gegenüber dem demographischen Effekt, nämlich der in das Partnerpflegepotential nachwachsenden – im Vergleich zu den Babyboomern kohortenschwächeren – 60- bis 69-Jährigen.

Abbildung 3: Entwicklung des absoluten Pflegepotentials für die Jahre 2004 bis 2050

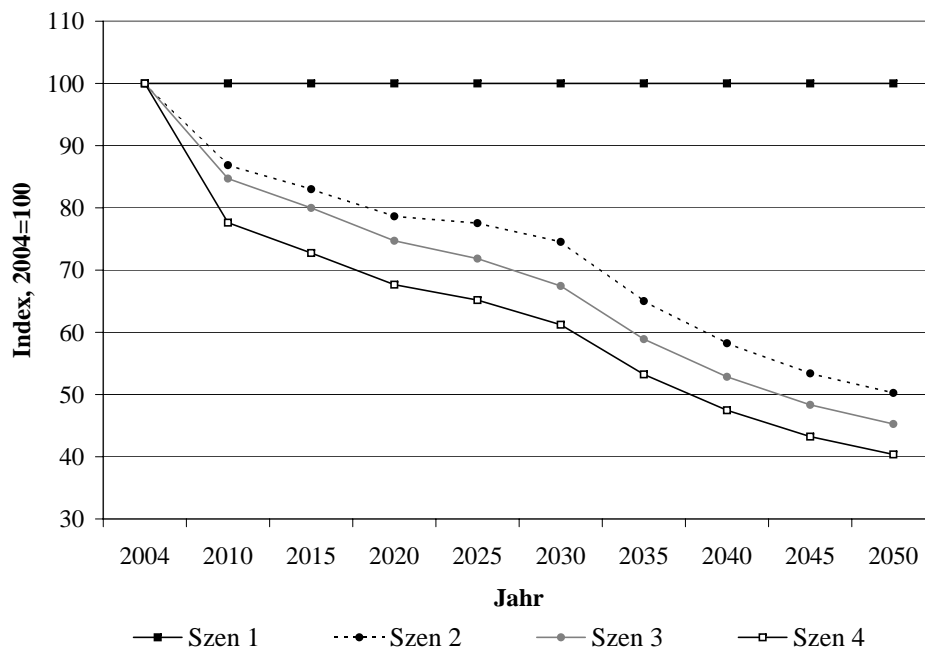


Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Blinkert und Klie (2001).

Das Kinderpflegepotential, für das im Folgenden zwei Szenarien (Szenario 3 und 4) unterschieden werden, weist einen zum Partnerpflegepotential vergleichsweise stärkeren Anstieg bis zum Jahr 2025 aus. So werden die Babyboomer-Generationen bis zum Jahr 2025 in das intergenerative Pflegepotential einbezogen, bevor sie in den Jahren danach, also ab einem Alter von 60 Jahren, schließlich dem intragenerativen Pflegepotential zugerechnet werden. Während Szenario 3 eine über die Zeit konstante Frauenerwerbsquote annimmt und damit lediglich die demographisch bedingte Veränderung

im intergenerativen Pflegepotential widerspiegelt, wird unter Szenario 4 die Veränderung im Erwerbsverhalten der Frauen entsprechend den in Tab. 2 ausgewiesenen Daten berücksichtigt. So kommt es im Fall einer unveränderten Erwerbsbeteiligung der Frauen (Szenario 3), zu einer Ausweitung des intergenerativen Pflegepotentials auf einen Maximalwert im Jahr 2025 von 108 Prozent des Ausgangswertes und sinkt entsprechend der demographischen Entwicklung bis zum Jahr 2050 auf knapp unter 90 Prozent seines Ausgangswertes. Das Kinderpflegepotential unter Szenario 4 zeigt dieselbe Dynamik auf, jedoch auf deutlich niedrigerem Niveau. So führt die Berücksichtigung der Potentialerwerbsquote der Frauen zu einem sofortigen Absinken des intergenerativen Pflegepotentials um 26 Prozentpunkte. Wie unter Szenario 3 steigt das Kinderpflegepotential entsprechend der demographischen Entwicklung in den Folgejahren, bis schließlich im Jahr 2025 die letzten Babyboomer als intergeneratives Pflegepotential wegfallen. Entsprechend sinkt das Kinderpflegepotential unter Szenario 4 aufgrund der geringen Zahl nachwachsender Generationen und gleichzeitig zunehmender Potentialerwerbsquote der Frauen auf knapp 65 Prozent seines Anfangswertes.

Abbildung 4: Entwicklung des relativen Pflegepotentials (Pflegerpersonen je Leistungsempfänger) für die Jahre 2004 bis 2050



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Blinkert und Klie (2001).

Deutlich aussagekräftiger als die Entwicklung des absoluten Pflegepotentials, ist allerdings die des relativen Pflegepotentials. Erst das Verhältnis von Pflegerpersonen je

Pflegebedürftigem (hier: Empfänger von Pflegegeld) verdeutlicht, in welchem Ausmaß eine Veränderung im Inanspruchnahmeverhalten zu erwarten ist. Während nämlich die Zahl an Pflegebedürftigen stetig zunimmt, verändert sich die Zahl an informellen Pflegepersonen kaum bzw. ist in der Tendenz rückläufig, was ein über die Zeit stetiges Absinken des relativen Pflegepotentials zur Folge hat. So kommt es bis zum Jahr 2050 zu einem Rückgang des relativen Pflegepotentials auf 45 Prozent unter Szenario 3 bzw. 40 Prozent unter Szenario 4 des heutigen Wertes. Zusätzlich zu der Berücksichtigung sich verändernder Haushalts- bzw. Familienstrukturen und der steigenden Erwerbsbeteiligung der Frauen, ist in Abb. 4 die Entwicklung des relativen Pflegepotentials aufgeführt, wie es allein aus der demographischen Entwicklung resultiert (Szenario 2). Hierunter schmilzt das relative Pflegepotential auf 50 Prozent seines Ausgangswertes ab. Schließlich ist noch ein Szenario abgebildet, welches ein über die Zeit unverändertes Pflegepotential unterstellt (Szenario 1). Diese vier Szenarien werden im folgenden nun näher hinsichtlich ihrer Heimsog-Wirkung und der daraus resultierenden finanziellen Konsequenzen diskutiert.

### 3.2 Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten

Für eine Veränderungen im Inanspruchnahmeverhaltens der Pflegebedürftigen werden im Folgenden die soeben aufgeführten vier Szenarien betrachtet (für eine Übersicht siehe auch Tab. 3): In Szenario 1, dem Status quo Szenario, wird ein im Zeitablauf konstantes alters-, geschlechts- und pflegestufenspezifisches Inanspruchnahmeverhalten unterstellt. Damit bleiben die Anteile für verschiedene Pflegearrangements zwar konstant, Anzahl und Anteil verschiedener Arrangements verändern sich aber aufgrund der demographischen Entwicklung bzw. der sich ändernden Zahl von Pflegebedürftigen in den jeweiligen Altersgruppen. Die Annahme eines konstanten Inanspruchnahmeverhaltens beruht dabei auf einem über die Zeit unveränderten informellen Pflegepotential. Demgegenüber berücksichtigt Szenario 2 den demographisch bedingten Rückgang im informellen Pflegepotential. Hierfür werden eine über die Zeit konstante Wahrscheinlichkeit des Zusammenlebens ( $PZUS_{MZ2002,i} = PZUS_i$ ) sowie konstante Frauenerwerbsquoten ( $EQ_{MZ2004,i-30}^f = EQ_{i-30}^f$ ) angenommen. Daraus resultierende Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten finden damit ausschließlich in Abhängigkeit der demographischen Entwicklung statt. In Szenario 3 werden außerdem jene Veränderung im Pflegepotential erfaßt, die auf Änderungen in der Haushalts- bzw. Familienstruktur zurückzuführen sind. Diese Beschränkung wiederum wird schließlich im Rahmen von Szenario 4 aufgehoben, in dem nun zusätzlich die zu erwartende steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen Berücksichtigung findet.

Für den Zusammenhang zwischen dem Rückgang des Pflegepotentials und der In-



anspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen wird – Blinkert und Klie (2001) folgend – bei den hier durchgeführten Berechnungen eine Elastizität von eins angenommen:  $|\varepsilon| = 1$ . Damit führt ein Rückgang des Pflegepotentials um 1 Prozent zu einem Rückgang der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege, und damit Pflegegeld, ebenfalls um 1 Prozent. Offen bleibt, ob es zu einer Verschiebung der Versorgungsform hin zu mehr professioneller ambulanter oder zu mehr stationärer Pflege kommt. Da dies im Rahmen dieses Beitrags weder abschließend geklärt werden kann noch soll, werden im Folgenden drei unterschiedliche Verschiebungsvarianten abgebildet, wobei zwei davon die beiden Extremfälle abbilden und damit eine Art Unter- und Obergrenze abstecken. So werden die finanziellen Konsequenzen aufgezeigt, wenn die Pflegebedürftigen, die aufgrund des Rückgangs des Pflegepotentials nunmehr externe Pflegeleistungen in ihre Pflegearrangements einbeziehen, ambulante professionelle bzw. stationäre Pflege im Verhältnis von Variante A: 1 : 0, Variante B: 1 : 1 und Variante C: 0 : 1 wählen. Darunter stellt Variante A den “günstigsten” Fall dar, da hierunter die Pflegegeldempfänger ausschließlich auf die – im Vergleich zur stationären Pflege – “günstigen” ambulanten Sachleistungen ausweichen. Entsprechend stellt Variante C den “teuersten” denkbaren Fall dar, da das Pflegegeld ausschließlich durch die “teure” stationäre Pflege substituiert wird.

Tabelle 3: Szenarien für die Verschiebungen im Inanspruchnahmeverhalten

<b>Szenario 1:</b>	Status quo			
<b>Szenario 2:</b>	Demographisch bedingte Veränderungen im Pflegepotential	}		
<b>Szenario 3:</b>	... + veränderte Haushalts- bzw. Familienstrukturen		<b>Variante A</b>	1 : 0
<b>Szenario 4:</b>	... + veränderte Potential- erwerbsquote der Frauen		<b>Variante B</b>	1 : 1
			<b>Variante C</b>	0 : 1

Unter im Zeitablauf konstanten altersspezifischen Quoten für die Inanspruchnahme ambulanter Geld- und Sachleistungen sowie stationärer Leistungen, und damit der Postulierung eines über die Zeit gleichbleibenden familialen Pflegepotentials, kommt es aufgrund der demographischen Entwicklung zu einer Umschichtung der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (Szenario 1). So führt die Veränderung der Altersstruktur zu einer Steigerung der Anzahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen von 628.900 im Jahr 2004 auf rund 1,42 Mio. im Jahr 2050 und damit zu einer Zunahme ihres Anteils

an allen Pflegebedürftigen von 33 auf 37 Prozent. Die Zahl der Sachleistungsempfänger steigt von rund 319.400 im Jahr 2004 auf 673.700 im Jahr 2050, mit einer Veränderung des Anteils an den Gesamtleistungsempfängern von 17 auf 18 Prozent im Jahr 2050.<sup>19</sup> Entsprechend der Altersumschichtung sinkt der Anteil an Geldleistungsempfängern von derzeit 51 Prozent auf 45 Prozent. Absolut betrachtet steigt die Zahl der Empfänger von Geldleistungen und damit der Empfänger informeller Pflege von 977.500 auf 1,7 Mio. im Jahr 2050. (Für den prozentualen Anteil der Empfänger an unterschiedlichen Pflegearrangements siehe Tab. 4 und für die Entwicklung der Empfängerzahlen siehe Abb. 5.)

Die Bedingungen dieses Szenarios mit der dahinterstehenden Annahme eines unveränderten Pflegepotentials sind jedoch anzuzweifeln, da allein demographisch bedingt die Altersklasse der 30- bis 65-jährigen, also das Kinderpflegepotential, zurückgehen wird. Ein Vergleich mit den Szenarien 2, 3 und 4 läßt erkennen, welche Bedeutung demographische und soziostrukturelle Entwicklungen haben können, von denen ein Einfluß auf das Pflegepotential zu erwarten ist. Entsprechend der demographischen Entwicklung des Pflegepotentials (Szenario 2) bzw. der zusätzlich zur demographischen Entwicklung berücksichtigten Entwicklung in den Haushaltsstrukturen (Szenario 3) und dem damit jeweils einhergehenden Rückgang im informellen Pflegepotential kommt es unter Szenario 2 (Szenario 3) zu einem Rückgang der Geldleistungsempfänger von 51 Prozent im Jahr 2004 auf 27 Prozent (25 Prozent) im Jahr 2050. Absolut betrachtet steigt damit die Zahl der Empfänger von Pflegegeld von 977.500 im Jahr 2004 auf 1,04 Mio. im Jahr 2050 in Szenario 2, wohingegen die absolute Zahl an Pflegegeldempfängern unter Szenario 3 nahezu unverändert bleibt. Gegenüber dem Status quo Szenario steigt in Szenario 2 (Szenario 3) die Quote der Inanspruchnahme von Sachleistungen in der "mittleren" Variante B um 9 Prozentpunkte (11 Prozentpunkte) auf 26 Prozent (28 Prozent) im Jahr 2050. Außerdem nimmt die Anzahl der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen unter Szenario 2 (Szenario 3), Variante B, von rund 628.900 im Jahre 2004 auf ca. 1,75 Mio. (1,84 Mio.) im Jahre 2050 zu, was einer Steigerung der Heimquote von 13 Prozentpunkten (14 Prozentpunkten) auf 46 Prozent (47 Prozent) entspricht.

Schließlich führen die Umschichtungen im Inanspruchnahmeverhalten unter Szenario 4 zu der stärksten Ausprägung des Heimsog-Effekts bzw. des Trends hin zur professionellen Pflege. Da dieses Szenario zusätzlich die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen berücksichtigt, kommt dieses Szenario wahrscheinlich der real zu erwartenden Entwicklung am nächsten. So nimmt der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen in Szenario 4, Variante B, bis zum Jahr 2050 auf rund 1,8 Mio. zu, was einer Steigerung der Heimquote von 33 auf 48 Prozent entspricht. Gleichzeitig ver-

---

<sup>19</sup>Empfänger von Kombinationsleistungen wurden bei den hier durchgeführten Berechnungen zur Gänze den Sachleistungsempfängern zugerechnet.

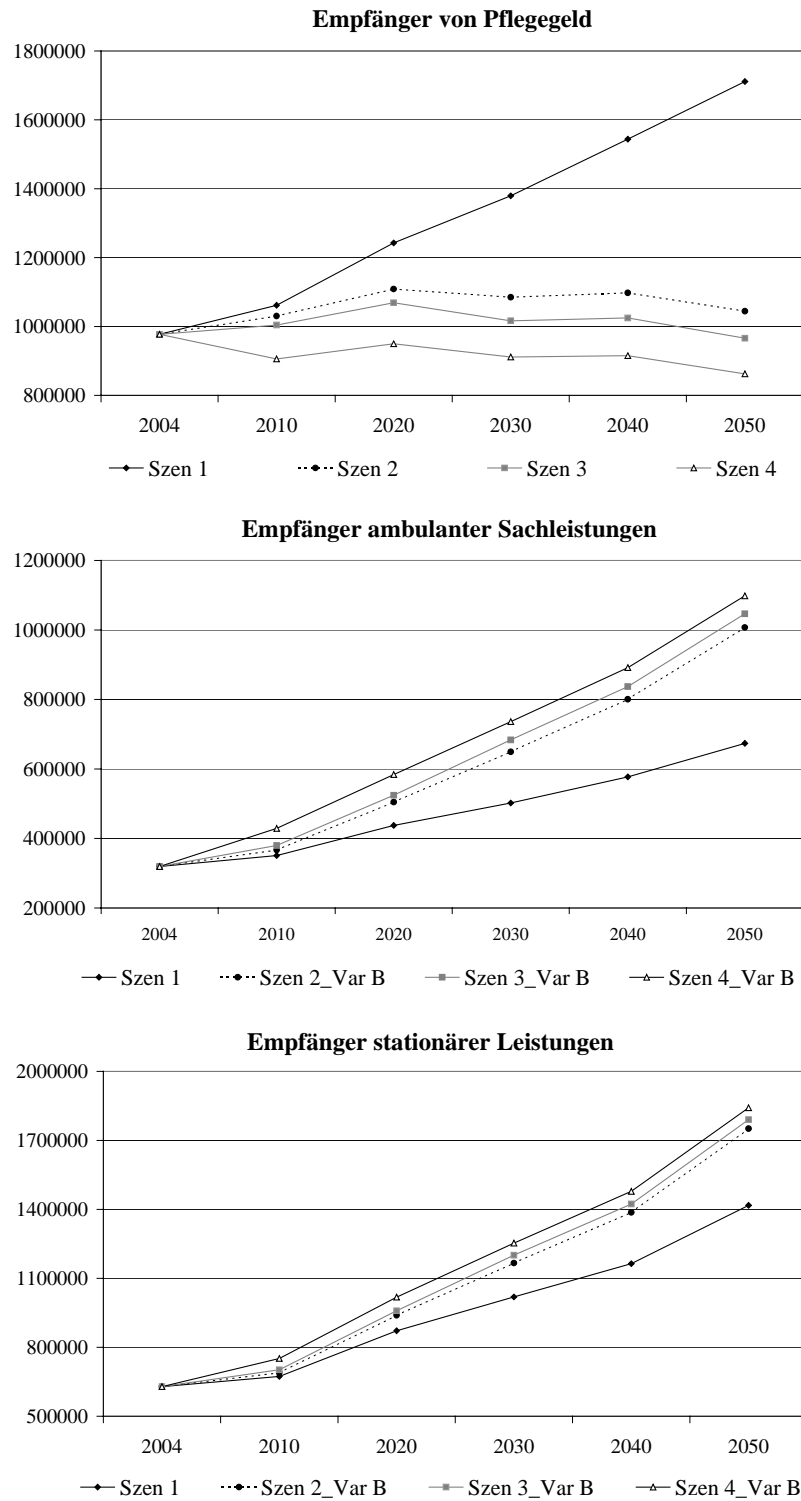
Tabelle 4: Entwicklung des Anteils der Empfänger unterschiedlicher Pflegearrangements für die Jahre 2004 bis 2050

(Angaben in Prozent)

		2004	2010	2020	2030	2040	2050	
<b>Szenario 1</b>	Empfänger von Pflegegeld	51	51	49	48	47	45	
	Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	17	17	17	18	18	
	Empfänger stationärer Leistungen	33	32	34	35	35	37	
<b>Szenario 2</b>	Empfänger von Pflegegeld	51	49	43	37	33	27	
	Variante A	Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	18	22	27	31	35
		Empfänger stationärer Leistungen	33	32	34	35	35	37
	Variante B	Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	18	20	22	24	26
		Empfänger stationärer Leistungen	33	33	37	40	42	46
	Variante C	Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	17	17	17	18	18
		Empfänger stationärer Leistungen	33	34	39	45	49	55
	<b>Szenario 3</b>	Empfänger von Pflegegeld	51	48	42	35	31	25
		Variante A	Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	20	24	30	33
Empfänger stationärer Leistungen			33	32	34	35	35	37
Variante B		Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	18	21	24	25	28
		Empfänger stationärer Leistungen	33	34	38	41	43	47
Variante C		Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	17	17	17	18	18
		Empfänger stationärer Leistungen	33	35	41	48	51	57
<b>Szenario 4</b>		Empfänger von Pflegegeld	51	43	37	31	28	23
		Variante A	Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	24	29	33	37
	Empfänger stationärer Leistungen		33	32	34	35	35	37
	Variante B	Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	21	23	25	27	29
		Empfänger stationärer Leistungen	33	36	40	43	45	48
	Variante C	Empfänger ambulanter Sachleistungen	17	17	17	17	18	18
		Empfänger stationärer Leistungen	33	40	46	51	55	60

Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 5: Entwicklung der Empfängerzahlen unterschiedlicher Pflegearrangements



Quelle: Eigene Berechnungen.

doppelt sich nahezu der Anteil der in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen, die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (ambulante Sachleistungsempfänger) und verringert sich der Anteil der Pflegegeldbezieher von 51 auf 23 Prozent im Jahr 2050. Während sich die Sachleistungsempfänger und die Empfänger stationärer Leistungen in Szenario 4, Variante B, noch gegenüber Szenario 3, Variante B, erhöhen, sinkt die Zahl an Geldleistungsempfänger in Szenario 4 nun auch absolut, nämlich von 977.500 im Jahr 2004 auf 862.500 im Jahr 2050.

Entsprechend der Zunahme in der Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen in Abhängigkeit des unterstellten Szenarios, verhält es sich auch innerhalb eines Szenarios zwischen den Varianten A, B und C. Dabei sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Unterschiede zwischen den Varianten A bis C innerhalb eines Szenarios einen wesentlich stärkeren Effekt haben als ein Vergleich der Szenarien bei gleicher Variante (vgl. auch Tab. 4). So hat die Berücksichtigung der zunehmenden Erwerbsbeteiligung der Frauen (Szenario 4) gegenüber dem Fall einer konstanten Erwerbsquote (Szenario 3) auf den Anteil an stationären Leistungsempfänger einen vergleichsweise geringeren Effekt, nämlich eine Zunahme von 33 Prozent im Jahr 2004 auf 47 Prozent (Szenario 3, Variante B) bzw. 48 Prozent (Szenario 4, Variante B) im Jahr 2050, als es die Varianten A bis C innerhalb des Szenarios 4 bewirken. Unter Variante A, also jener Variante, in der der Rückgang an Pflegegeldempfänger vollständig zu Lasten der ambulanten Sachleistungen geht, bedeutet dies eine Zunahme des Anteils stationärer Leistungsempfänger von 33 auf 37 Prozent, was der Veränderung in Szenario 1 entspricht. Variante B, also der Fall, in dem sich der Rückgang der Pflegegeldempfänger hälftig auf eine verstärkte Inanspruchnahme von Sachleistungen und auf stationäre Pflege verteilt, hätte bereits eine Zunahme des Anteils an Heimbewohnern von 33 auf 48 Prozent zur Folge. Schließlich stellt Variante C den Fall dar, bei dem der Rückgang in den Empfängern von Pflegegeld vollständig zu Lasten der stationären Pflege geht. Dies wiederum führt zu einem Anstieg des Anteils der stationär Versorgten von 33 Prozent im Jahr 2004 auf 60 Prozent im Jahr 2050.

Welche fiskalischen Konsequenzen mit den hier aufgeführten Veränderungen im Inanspruchnahmeverhalten einhergehen, werden im folgenden Abschnitt nun anhand von Ausgabenentwicklungen aufgezeigt.

## **4 Die Auswirkungen eines veränderten Inanspruchnahmeverhaltens auf die Ausgaben der GPV**

Grundlage für die Bestimmung der zukünftigen Ausgabenströme der GPV ist die Ermittlung von altersspezifischen Querschnittsprofile und deren Anwendung auf den zeit-

lichen Längsschnitt unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung.

Für die Berechnung der Querschnittsprofile der unterschiedlichen Leistungstypen des Basisjahres, im Folgenden das Jahr 2004, werden in einem ersten Schritt die altersspezifischen Transferposition des jeweiligen Transfertyps bestimmt. Insgesamt fanden hier sechs Transfertypen Berücksichtigung: ambulante und stationäre Leistungen, jeweils der Pflegestufen I bis III, wobei diese Leistungsprofile aus Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (2006) generiert wurden. In einem zweiten Schritt werden über diese Querschnittsprofile die entsprechenden makroökonomischen Aggregate gelegt. Dabei muss sichergestellt werden, dass die mit der Kohortengröße gewichtete Summe der altersspezifischen individuellen Transfers dem korrespondierenden makroökonomischen Transferaggregat entspricht. Die makroökonomische Aggregatsdaten stammen aus der VGR 2006, vgl. Statistisches Bundesamt (2006).

Die Bestimmung der zukünftigen Ausgabenentwicklung für alle dem Basisjahr folgenden Jahre erfolgt schließlich unter Berücksichtigung der 5. Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. Alle im Folgenden ausgewiesenen Größen sind dabei in realer Kaufkraft des Jahres 2004 ausgedrückt. Damit wird außer Acht gelassen, dass die Ausgaben zusätzlich noch mindestens um den allgemeinen Produktivitätsfortschritt (zzgl. Inflationsrate) steigen. “Mindestens” deshalb, da davon ausgegangen werden muss, dass die für den Realwerterhalt der Leistungen notwendige Dynamisierung eher über dem allgemeinen technischen Fortschritt liegt, als diesem tatsächlich entspricht.<sup>20</sup> Im Weiteren ausgewiesen werden die Ausgaben der ambulanten und stationären Pflege, wobei die ambulanten Leistungsausgaben noch in den Leistungstyp “Pflegegeld” und “ambulante Sachleistung” unterteilt werden.

Bevor nun die fiskalischen Konsequenzen einer Erhöhung des professionellen Versorgungsanteils aufgezeigt werden, seien vorab drei Punkte angemerkt. Erstens, die Hochrechnung des Pflegepotentials der Szenarien 2, 3 und 4 erfolgt bis zum Jahr 2050, danach wird – wie unter Szenario 1 – ein konstantes informelles Pflegepotential unterstellt. Zweitens wurde in den Berechnungen berücksichtigt, dass es durch den Übergang von Pflegegeld zu professionellen Diensten infolge des Rückgangs der Sozialversicherungsleistungen der Pflegeperson zu Einsparungen kommt. Drittens bedarf die Wahl einer dauerhaften stationären Versorgung grundsätzlich neben der Einstufungsbegutachtung zusätzlich einer ergänzenden Begutachtung des häuslichen Umfelds durch den MDK, siehe hierzu die Begutachtungs-Richtlinien des MDS (2001), Ziffer 2.4. Ist eine stationäre Versorgung gemäß den darin aufgeführten Kriterien nicht erforderlich, so hat der Pflegebedürftige (theoretisch) nur Anspruch auf die Höhe der Sachleistungen, die ihm bei häuslicher Pflege zustehen würden. In der Praxis handelt es sich bei dieser ergänzenden Begutachtung allerdings um eine rein formale Prüfung. So wird dem

---

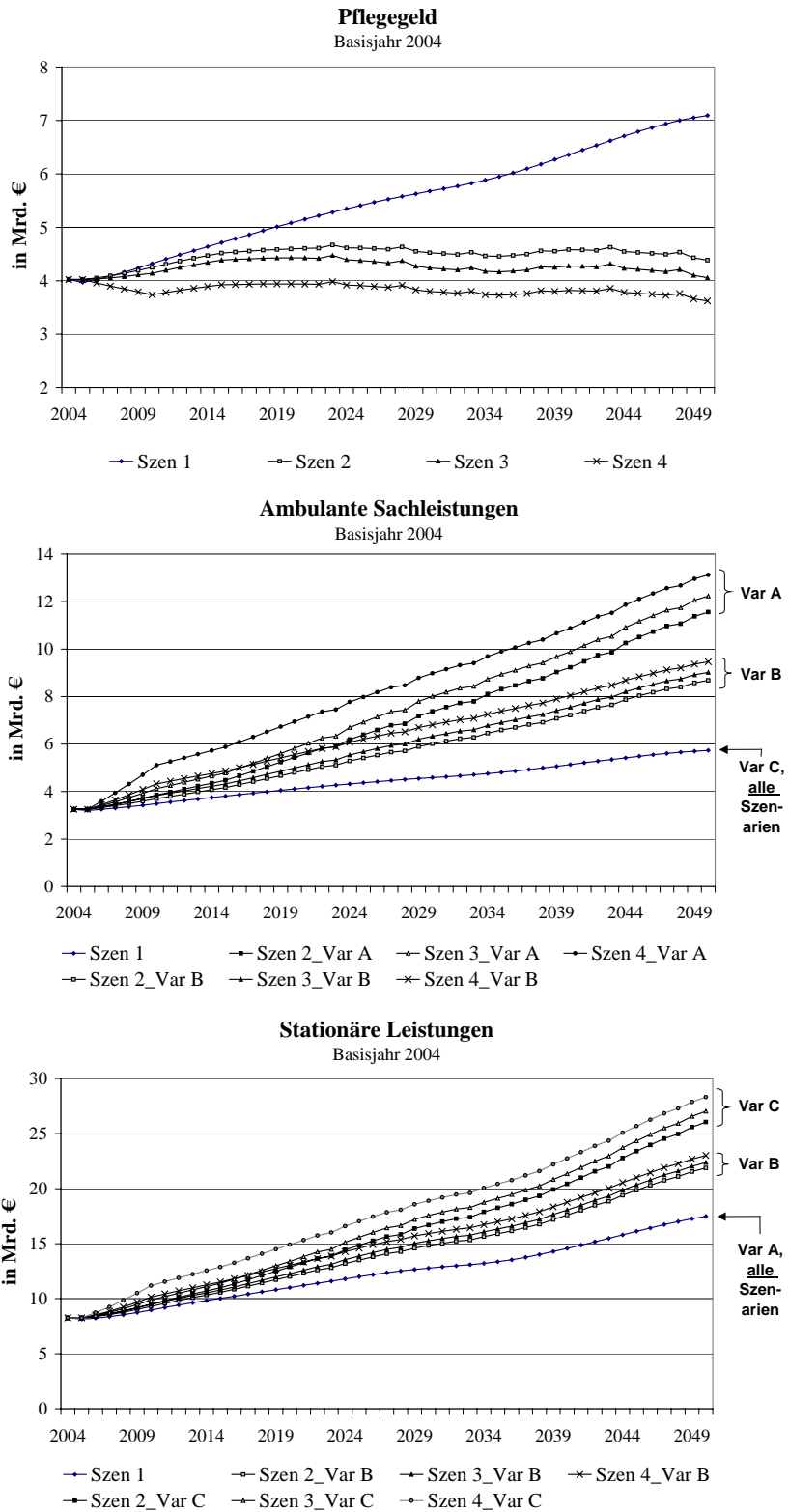
<sup>20</sup>Siehe hierzu auch Häcker (2006).

Antrag einer stationären Unterbringung durch den MDK i.d.R. immer stattgegeben. Sofern also gemäß den Varianten eine Verschiebung zur stationären Pflege stattgefunden hat, wurden auch die entsprechenden Pflegesätze für den Pflegebedürftigen der jeweiligen Stufe zugerechnet.

Die Betrachtung der Ausgabenentwicklung der unterschiedlichen Leistungsarten der GPV weist einen ähnlichen Verlauf auf, wie die Entwicklung der Empfängerzahlen der entsprechenden Leistungstypen. So kommt es in Abhängigkeit des unterstellten Szenarios und/oder der Variante zu mehr oder weniger starken Entwicklungstendenzen in den Ausgaben. Während die Leistungsausgaben für Pflegegeld in Szenario 1 von ca. 4 Mrd. Euro im Jahr 2004 auf 7,1 Mrd. Euro im Jahr 2050 anwachsen, bleiben die entsprechenden Ausgaben in den Szenarien 2 bis 4 über die Zeit nahezu konstant (siehe auch Abb. 6). Bei der Ausgabenentwicklung der ambulanten Sachleistungen, die sich im Status quo Szenario von 3,3 Mrd. Euro auf 5,7 Mrd. Euro im Jahr 2050 annähernd verdoppeln, führen die Verschiebungen im Inanspruchnahmeverhalten je nach Szenario und Variante zu einer Verdrei- bis Vervielfachung. So kommt es bei Unterstellung von Szenario 2, Variante B, bzw. Szenario 4, Variante A, zu einem Anstieg der Ausgaben für ambulante Sachleistungen auf 8,7 Mrd. Euro bzw. 13,1 Mrd. Euro im Jahr 2050. Ein ähnliches Bild zeichnet die Betrachtung der stationären Leistungsausgaben ab, die in Szenario 1 von 8,25 Mrd. Euro auf knapp 17,5 Mrd. Euro im Jahr 2050 steigen. Je nach zugrundeliegendem Szenario und Variante kann es hierbei zu einem Ausgabenanstieg auf bis zu 28,3 Mrd. Euro im Jahr 2050 kommen, was mehr als eine Vereineinhalbfachung der Ausgaben für stationäre Leistungen im Vergleich zu Szenario 1 bedeuten würde. Wie zuvor bei der Entwicklung der Empfängerzahlen der jeweiligen Pflegearrangements wird auch anhand der hier aufgezeigten Ausgabenentwicklungen ersichtlich, dass die Varianten innerhalb eines Szenarios zu größeren Schwankungen in den Ausgaben führen als die Szenarien untereinander, bei gleicher Variante.

Insbesondere von Interesse ist die aggregierte Betrachtung der Leistungsausgaben. Neben den einzelnen Leistungsausgaben beinhalten die Gesamtausgaben nun zusätzlich noch die Sozialleistungen für Pflegepersonen sowie die Verwaltungsausgaben. Diese Betrachtung verdeutlicht, mit welchem fiskalischen Effekt ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten einhergehen kann. Hier aufgeführt sind der "günstigste" Fall, die Untergrenze – dargestellt durch Szenario 2, Variante A – sowie der "teuerste" Fall, die Obergrenze – dargestellt durch Szenario 4, Variante C. Die Untergrenze spiegelt dabei den Fall wider, bei dem jeglicher Rückgang im Pflegepotential rein demographisch bedingt ist und die daraus resultierende Substitution der Inanspruchnahme von Pflegegeld ausschließlich zugunsten der ambulanten Sachleistungen geht. Die Obergrenze hingegen ist jener Fall, bei dem der Rückgang im Pflegepotential auf die demographische Komponente, veränderte Haushalts- bzw. Familienstrukturen sowie eine zunehmende

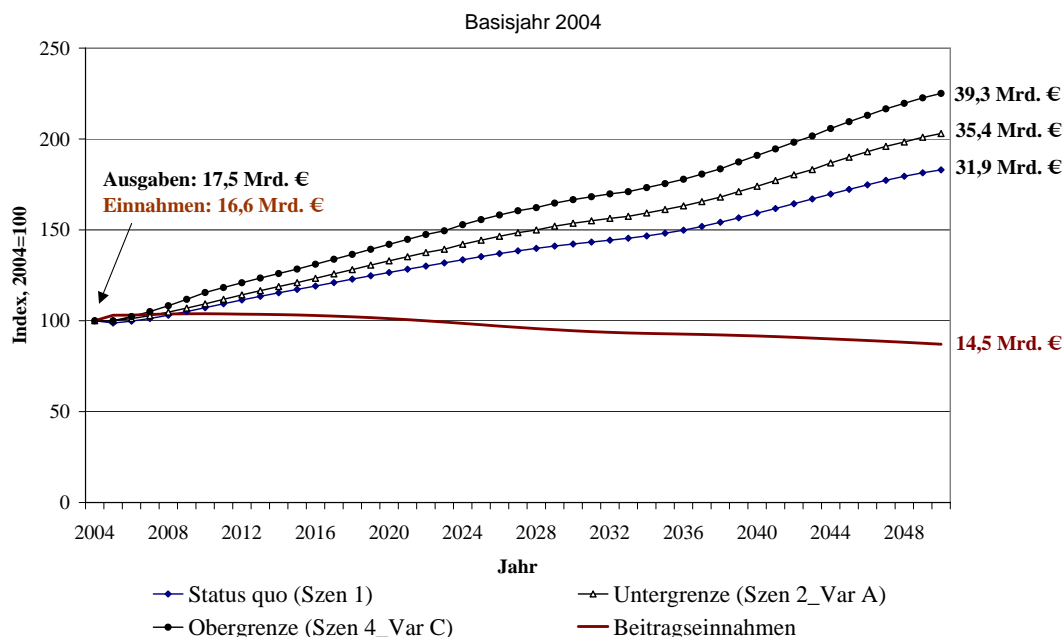
Abbildung 6: Ausgabenentwicklung unterschiedlicher Pflegeleistungen (in realer Kaufkraft 2004)



Quelle: Eigene Berechnungen.



Abbildung 7: Gesamtausgaben- und Beitragseinnahmenentwicklung der GPV (in realer Kaufkraft 2004)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Erwerbsbeteiligung der Frauen zurückzuführen ist. Die sich daraus ergebenden Veränderungen in den Pflegearrangements gehen hier nun voll zu Lasten der stationären Pflege. Ausgehend von Gesamtleistungsausgaben von ca. 17,5 Mrd. Euro im Jahr 2004, verdoppelt sich das Ausgabenniveau unter Szenario 1 bis zum Jahr 2050 knapp. Wegen seines unrealistischen Annahmerahmens eines über die Zeit unveränderten Pflegepotentials in Szenario 1, muss bis zum Jahr 2050 allerdings vielmehr mit einer Ausgabenentwicklung gerechnet werden, die zwischen der hier aufgeführten Unter- und Obergrenze liegt. So ist realistischerweise vielmehr mit einem Gesamtausgabenniveau zu rechnen, das sich bis zum Jahr 2050 gegenüber heute mehr als verzweifacht hat (vgl. Abb. 7). In absoluten Größen gesprochen, liegen die Ausgaben damit in einem Bereich zwischen 35,4 Mrd. und 39,3 Mrd. Euro.

Analog zur Bestimmung der zukünftigen Ausgabenströme lassen sich auch die Beitragseinnahmen berechnen.<sup>21</sup> Eine Betrachtung der Einnahmenströme der GPV zeigt, dass die Beitragseinnahmen – unabhängig von jeglichen Verschiebungen – bis zum Jahr 2050 auf ca. 87 Prozent ihres Anfangswertes von im Jahr 2004 16,6 Mrd. Euro sinken. Zusammen mit dieser Einnahmenentwicklung und je nach zugrundeliegendem Ausgabenszenario weist der Beitragssatz, der sich ausgehend von heute 1,7 Prozent über Anpassungsfaktoren für alle zukünftigen Jahre berechnen läßt, unterschiedliche starke

<sup>21</sup>Die Querschnittsprofile werden dabei aus Daten der EVS 2003 generiert, die makroökonomischen Aggregatsdaten wiederum stammen aus der VGR 2005 des Statistischen Bundesamtes (2006).

Steigerungen auf.<sup>22</sup> Im Status quo Szenario (*Szen1*) liegt der Beitragssatz im Jahr 2025 bei 2,5 Prozent und erreicht im Jahr 2055 einen Maximalwert von knapp 4 Prozent. Die hier ausgewiesene Unter- und Obergrenze lassen jedoch vielmehr einen Beitragssatz zwischen 2,7 (Untergrenze) und 2,9 (Obergrenze) Prozent im Jahr 2025 und zwischen 4,4 (Untergrenze) und knapp 5 (Obergrenze) Prozent im Jahr 2055 vermuten. Damit sind in Zukunft Beitragssatzsteigerungen zu erwarten, die – wie die Ausgaben – einer deutlichen Schwankungsbreite unterliegen.

Entgegen den eingangs genannten politischen Entscheidungsvariablen, die eine zumindest teilweise Steuerung der Ausgabenentwicklung erlauben, handelt es sich bei der Veränderung in der Wahl der Pflegearrangements um eine endogene nicht kontrollierbare Variable, die – wie soeben aufgezeigt – erhebliche Schwankungen in den Leistungsausgaben beinhaltet. An dieser Stelle sei deshalb auf einen Vorschlag der Rürup-Kommission eingegangen, der eine Aufhebung der Trennung von ambulant und stationär, d.h. die finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge als weiteren Handlungsbedarf in der Pflege vorsieht, und seither von der Politik immer wieder aufgegriffen wurde (siehe hierzu u.a. den Reformvorschlag zur Pflegeversicherung vom Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 8. Dezember 2004) und zu einem der im “Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung” erklärten Ziele gehört.<sup>23</sup> So soll zwischen den ambulanten Sachleistungen und den stationären Leitungen eine Angleichung auf 400 Euro in Stufe I und auf 1.000 Euro in Stufe II erfolgen. Pflegestufe III, in der heute bereits keine Trennung von ambulant und stationär vorliegt, ist die Anhebung auf 1.500 Euro vorgesehen.<sup>24</sup> Insgesamt geht dieser Vorschlag außerdem mit einer Leistungseinkürzung einher, die aber erst einmal nachrangig ist. Viel interessanter ist die Begründung, mit der die Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege vorangetrieben wird. Denn diese fußt eindeutig auf der Unterstellung eines in der GPV vorliegenden Moral Hazard induzierten Heimsog-Effekts.<sup>25</sup> Moral Hazard bzw. moralisches Risiko liegt dann vor, wenn Verhaltensänderungen im Schadensfall zu einer Überinanspruchnahme der Leistungen führen – damit u.a. auch den Heimsog auslösen.<sup>26</sup> Empirisch läßt sich dieser Moral Hazard induzierte Heimsog-Effekt jedoch nicht bestätigen.

---

<sup>22</sup>Die Anpassungsfaktoren gewährleisten dabei, dass alle Ausgaben eines Jahres stets durch die Einnahmen desselben Jahres gedeckt sind.

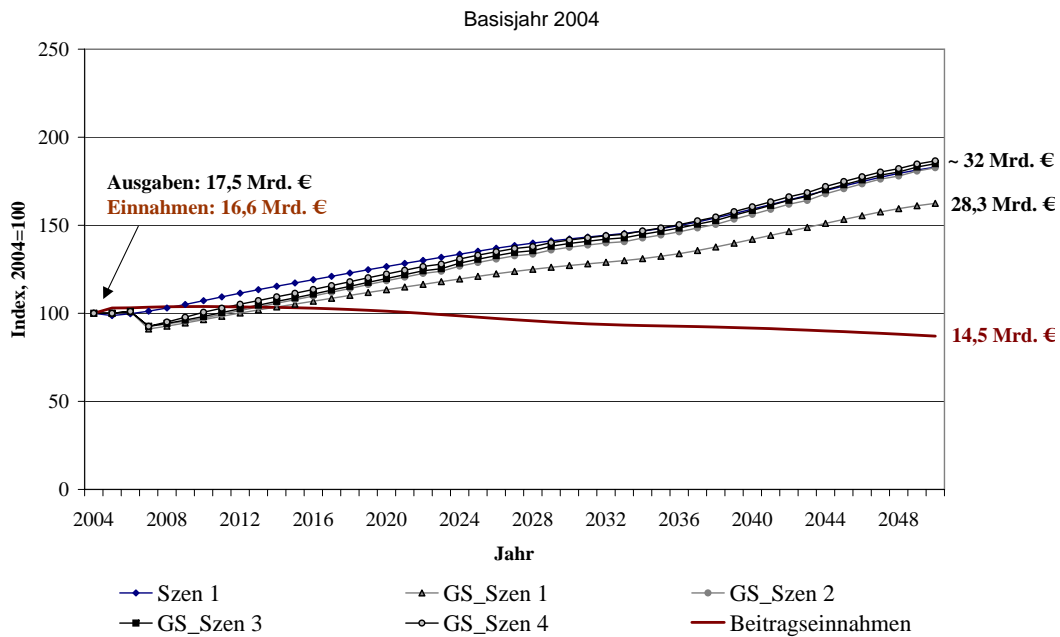
<sup>23</sup>Siehe BMGS (2004), S. 32.

<sup>24</sup>Vgl. Rürup-Kommission, S. 193 ff.

<sup>25</sup>Vgl. Rürup-Kommission (2003), S. 194.

<sup>26</sup>So ist es aufgrund von Informationsasymmetrien denkbar, dass der Pflegebedürftige eine für die Versicherung zu teure Form der Pflege hinsichtlich der Versorgungsform wählt, also anstelle der informellen die professionelle Pflege, die – wie bereits aufgezeigt – mit höheren Versicherungsleistungen verbunden ist. Zum Begriff des moralischen Risikos vgl. die Primärarbeiten von Arrow (1963), Pauly (1968) und Arrow (1968). Überlegungen zu Moral Hazard in der Pflegeversicherung finden sich in Mager (1995) und Rothgang (1997).

Abbildung 8: Gesamtausgabenentwicklung der GPV bei Angleichung der ambulanten und stationären Pflegesätze (in realer Kaufkraft 2004)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Vielmehr entspricht der im SGB XI verankerte Grundsatz “ambulant vor stationär” auch der Präferenzstruktur der Pflegebedürftigen, was durch zahlreiche Repräsentativerhebungen sowie durch die Pflegeberichte des MDS gestützt wird.<sup>27</sup>

Die Begründung für eine Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflegesätze sollte daher nicht auf einem (nicht existenten) Moral-Hazard-Verhalten basieren, als vielmehr hervorheben, dass dadurch eine bessere Einschätzung der zukünftigen Ausgabenentwicklung möglich wird. So kann neben den deutlichen Einspareffekten durch die gewählten Angleichungssätze (Vergleich der Ausgabenentwicklungen *Szen1* und *GS\_Szen1*) – trotz eines veränderten Inanspruchnahmeverhaltens, welchen Ausmaßes auch immer – im Zuge der Angleichung eine Art Determinismus in der Höhe der Ausgaben erreicht werden. Der Vergleich der (realistischen) Szenarien 2, 3 und 4 untereinander zeigt, dass die Egalisierung der Pflegestufen ein geeignetes Instrument darstellt, um Schwankungen in den Ausgaben zu vermeiden. Da es bei der Gleichstellung der Pflegesätze keine Rolle spielt, in welchem Verhältnis das Pflegegeld durch ambulante oder stationäre Leistungen substituiert wird, haben lediglich die unterstellten Szenarien, die wiederum an sich aber nur wenig untereinander variieren, Einfluß auf die Ausgaben. So verdoppeln sich die Leistungsausgaben bis zum Jahr 2050 gegenüber heute, unabhängig davon, ob sich Szenario 2, 3 oder 4 in Zukunft einstellen wird (siehe Abb. 8). Gleiches gilt für den Beitragssatz, der – weitestgehend szenarienunabhängig – im

<sup>27</sup>Siehe hierzu u.a. Schneekloth und Müller (2000), Infratest Sozialforschung (2003) und MDS (2000).

Jahr 2025 einen Wert von 2,5 und im Jahr 2050 einen Wert von 4 Prozent erreicht. Durch eine Angleichung der Pflegesätze kann die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung in Zukunft damit deutlich besser “kontrolliert” werden, wie wenn die Trennung der ambulanten und stationären Versicherungsleistungen aufrechterhalten wird. Damit ist eine Gleichstellung der Pflegesätze höchstens als Ausgaben- bzw. Beitragssatzsteuerungsinstrument zu rechtfertigen, da sich hierdurch zukünftige, Pflegeform-abhängige Ausgaben- bzw. Beitragssatzschwankungen minimieren lassen.

## 5 Fazit

Im Rahmen dieses Beitrags wurden die finanziellen Folgen aufgeführt, die mit einer veränderten Inanspruchnahme der Leistungen der GPV einhergehen. Dabei ist das in Zukunft zu erwartende veränderte Inanspruchnahmeverhalten die Folge der demographischen Entwicklung, die einen Rückgang im Pflegepotential hervorruft. Zusätzlich verschärfen veränderte Haushalts- und Familienstrukturen sowie die zu erwartende zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen den Rückgang im Pflegepotential.

Anhand von Ausgabenentwicklungen der einzelnen Leistungsarten sowie der Gesamtpflegeausgaben konnte veranschaulicht werden, welche Ausgaben- bzw. Beitragssatzsteigerungen allein durch eine veränderte Wahl in der Art der Pflege hervorgerufen werden können. So führt das Inanspruchnahmeverhalten für sich zu erheblichen Ausgabenschwankungen, auf die die Politik keinen Einfluß hat. Eine Möglichkeit diese “Unsicherheit” einzudämmen könnte durch eine Angleichung der Höhen der unterschiedlichen Leistungstypen erfolgen, wonach eine Veränderung, welchen Ausmaßes auch immer, keine Rückwirkungen auf die Ausgaben- bzw. Beitragssatzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung hätte. Hierzu bleibt allerdings anzumerken, dass die Aufhebung der Trennung der ambulanten und stationären Pflegesätze weder das richtige noch ein wirksames Instrument darstellt, um dem fehlenden familialen Pflegepersonen zu begegnen. Vielmehr wäre ein vor 20 Jahren eingesetztes Instrument “Familienpolitik” notwendig gewesen, um dem heute und in Zukunft vorliegenden Mangel an familialen Pflegepersonen entgegenwirken zu können. So ist eine Gleichstellung der Pflegesätze höchstens als Steuerungsinstrument der Ausgaben bzw. des Beitragssatzes zu rechtfertigen, da unabhängig davon, welche Form des Pflegearrangements gewählt werden *muss*, stets gleiche Leistungstransfers anfallen.

## Literatur

- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53 (5):941–973.
- Arrow, K. J. (1968). The Economics of Moral Hazard: Further Comment. *American Economic Review*, 58 (3):537–539.
- Blinkert, B. und Klie, T. (1999). *Pflege im sozialen Wandel*. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Vincentz, Hannover.
- Blinkert, B. und Klie, T. (2001). Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2006). Daten zur Pflegeversicherung. <http://www.bmg.bund.de>.
- BMGS - Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2001). Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn.
- BMGS - Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn.
- Enquête-Kommission Demographischer Wandel (2002). *Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik*. Bericht der Sachverständigenkommission zur Ermittlung des Einflusses staatlicher Transfer-Einkommen auf das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte. Deutscher Bundestag, Berlin.
- Gilberg, R. (2000). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Studien und Berichte, Bd. 36.
- Häcker, J. (2006). Dynamisierung der Pflegeleistungen: Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft, Diskussionsbeiträge, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 139.
- Häcker, J. und Raffelhüschen, B. (2005). Wider besseren Wissens: Zur Finanzierbarkeit Demenzkranker in der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Diskussionsbeiträge, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 127.
- Hullen, G. (2003). Projections of Living Arrangements, Household and Family Structures. In: Hullen, G. (Hrsg.), *Living Arrangements and Households – Methods and Results of Demographic Projections: 7-43*. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 109, Wiesbaden.
- Infratest Sozialforschung (2003). Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Forschungsprojekte im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.

- Infratest Sozialforschung (2006). Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" (MuG IV). Forschungsprojekte im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Klein, T. (1998). Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 (6):407–416.
- Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003). Endbericht. Berlin.
- Mager, H.-C. (1995). Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung? In: Fachinger, U. und Rothgang, H. (Hrsg.), *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*: 115–135. Duncker + Humblot, Berlin.
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (1998). Pflegebericht des Medizinischen Dienstes, Berichtszeitraum 1998. Essen.
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2000). Pflegebericht des Medizinischen Dienstes, Berichtszeitraum 1999/2000. Essen.
- MDS - Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2001). Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 22.08.2001. Essen.
- Pauly, M. V. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *American Economic Review*, 58 (3):531–537.
- Rothgang, H. (1997). *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: Eine ökonomische Analyse*. Campus Verlag, Frankfurt/Main.
- Rothgang, H. (2004). Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen, Gutachten für die Enquêtekommision "Situation und Zukunft der Pflege in NRW", Endbericht.
- Schneekloth, U. und Müller, U. (2000). *Wirkungen der Pflegeversicherung*. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Bd. 127. Nomos, Baden-Baden.
- Schneekloth, U., Potthoff, P., Piekara, R., und von Rosenblatt, B. (1996). *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten*. Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 111.2. Kohlhammer, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (2005). Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006). Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18 Reihe 1.4. Wiesbaden.

## Seit 2001 erschienene Beiträge

- 92/01 Christoph **Borgmann**/Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüsch**  
Rentenreformen 1998 - 2001: Eine (vorläufige) Bestandsaufnahme  
*erschienen in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2001, 2(3), S. 319-334*
- 93/01 Christian **Keuschnigg**/Mirela **Keuschnigg**/Reinhard **Koman**/Erik **Lüth**/Bernd **Raffelhüsch**  
Intergenerative Inzidenz der österreichischen Finanzpolitik  
*erschienen in: Engelbert Theurl u.a. (Hrsg.): Kompendium der österreichischen Finanzpolitik, Wien New York 2002, S. 263 - 295*
- 94/01 Daniel **Besendorfer**/A. Katharina **Greulich**  
Company Pensions and Taxation
- 95/01 Bernd **Raffelhüsch**  
Generational Accounting - Quo Vadis?  
*erschienen in: Nordic Journal of Political Economy, Vol. 28, No. 1, 2002, S. 75-89*
- 96/01 Bernd **Raffelhüsch**  
Soziale Grundsicherung in der Zukunft: Eine Blaupause  
*erschienen in: B. Genser (Hrsg.), Finanzpolitik und Arbeitsmärkte, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Band 289, Berlin 2002, S. 83-118*
- 97/01 Christoph **Borgmann**  
Assessing Social Security: Some Useful Results
- 98/01 Karen **Feist**/Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüsch**  
Intergenerative Effekte einer lebenszyklusorientierten Einkommensteuerreform: Die Einfachsteuer des Heidelberger Steuerkreises  
*erschienen in: Manfred Rose (Hrsg.): Reform der Einkommensbesteuerung in Deutschland, Schriften des Betriebs-Beraters Band 122, Heidelberg 2002, S. 122-145*
- 99/01 Stefan **Fetzer**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüsch**  
Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung  
*erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 3/2002, S. 279-302*
- 100/02 Christoph **Borgmann**  
Labor income risk, demographic risk, and the design of (wage-indexed) social security
- 101/02 Philip M.V. **Hallensleben**  
Monetäre Transmission in Europa und Folgen für die Geldpolitik der Europäischen Zentralbank
- 102/02 Josef **Honerkamp**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüsch**  
Earlier or Later in CGE-Models: The Case of a Tax Reform Proposal
- 103/02 Stefan **Fetzer**/Bernd **Raffelhüsch**  
Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda  
*erschienen in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 6(2), 2005, S. 255-274*
- 104/03 Oliver **Ehrentraut**/Stefan **Fetzer**  
Wiedervereinigung, Aufholprozess Ost und Nachhaltigkeit  
*erschienen in: Wirtschaftsdienst, Heft 4, 2003, S. 260-264*

- 105/03 Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Intergenerative Umverteilung und Wachstumsimpulse der Steuerreformen 1999 bis 2005 - Die Perspektive der Generationenbilanz  
*erschienen in: Michael Ahlheim/Heinz-Dieter Wenzel/Wolfgang Wiegand (Hrsg.): Steuerpolitik – Von der Theorie zur Praxis, Frankfurt, Heidelberg, New York 2003, S. 521-541.*
- 106/03 Stefan **Fetzer**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie  
*erschienen in: Manfred Albring/Eberhard Wille (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt 2003, S. 85-114*
- 107/03 Christoph **Borgmann**/Matthias **Heidler**  
 Demographics and Volatile Social Security Wealth: Political Risks of Benefit Rule Changes in Germany  
*erschienen in: CESifo Working Paper No. 1021*
- 108/03 Stefan **Fetzer**/Dirk **Mevis**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens. Eine Nachhaltigkeitsstudie zur marktorientierten Reform des deutschen Gesundheitssystems
- 109/03 Oliver **Ehrentraut**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Die Rentenversicherung unter Reformdruck – Ein Drama in drei Akten  
*erschienen in: Wirtschaftsdienst 11/2003, S. 711-719*
- 110/03 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung  
*erschienen in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 73/1 (2004), S. 158-174*
- 111/03 Harald **Nitsch**  
 One Size Fits – Whom? Taylorzinsen im Euroraum
- 112/03 Harald **Nitsch**  
 Aggregationsprobleme von Investitionsfunktionen im Immobilienbereich
- 113/04 Bernd **Raffelhüsch**/Jörg **Schoder**  
 Wohneigentumsförderung unter neuen Vorzeichen: Skizze einer zukunftsorientierten Reform
- 114/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**  
 GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen  
*erschienen in: Schmollers Jahrbuch 124 (2004), Heft 3, S. 387-420*
- 115/04 Christian **Hagist**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Friedens– versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein *kriegerischer* Beitrag für mehr Nachhaltigkeit  
*erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 2/2004, S. 185-206*
- 116/04 Sandra **Haasis**  
 Interbankenverrechnung – eine Bedrohung für die Europäische Geldpolitik? Nachfrage bei der Deutschen Kreditwirtschaft
- 117/04 Ulrich **Benz**/Stefan **Fetzer**  
 Was sind gute Nachhaltigkeitsindikatoren? OECD-Methode und Generationenbilanzierung im empirischen Vergleich



- 118/04 Ulrich **Benz**/Stefan **Fetzer**  
 Indicators for Measuring Fiscal Sustainability – A Comparative Application of the OECD-Method and Generational Accounting  
 Englische Fassung von Diskussionsbeitrag 117/04
- 119/04 Jasmin **Häcker**/Max A. **Höfer**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Wie kann die Gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?
- 120/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Was bringen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie wirklich?  
*erschienen in: ifo Schnelldienst, 15/2004, S. 3-7*
- 121/04 Jasmin **Häcker**/Matthias **Heidler**  
 Intergenerational Fairness During Demographic Transition
- 122/04 Heiko **Hoffmann**/Pascal **Krimmer**  
 Aufkommens- und Verteilungswirkung aktueller Vorschläge zur Reform der Einkommensteuer: Eine vergleichende Analyse anhand eines Simulationsmodells auf Mikrodatenbasis
- 123/04 Josef **Honerkamp**/Stefan **Moog**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Earlier or Later: A General Equilibrium Analysis of Bringing Forward an Already Announced Tax Reform
- 124/04 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**/Max A. **Höfer**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Nachhaltige Gesundheitsreformen?
- 125/05 Stefan **Fetzer**/Jasmin **Häcker**/Christian **Hagist**  
 (Teil-)Privatisierung mit sozialer Flankierung: Ein geeignetes Mittel zur langfristigen Sicherung der Gesundheits- und Pflegevorsorge?
- 126/05 Stefan **Fetzer**/Christian **Hagist**/Nargiza **Hahn**  
 Health Insurance and Demography – The Russian Case
- 127/05 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Wider besseren Wissens: Zur Finanzierbarkeit Demenzkranker in der Gesetzlichen Pflegeversicherung
- 128/05 Christian **Hagist**/Inken **Holldorf**/Claudia **Pütz**  
 Deductibles in social health insurance systems: Findings from Germany
- 129/05 Daniel **Besendorfer**/Emily Phuong **Dang**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Die Pensionslasten der Bundesländer im Vergleich: Status Quo und zukünftige Entwicklung
- 130/05 Stefan **Fetzer**  
 Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt
- 131/05 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Note mangelhaft: Die Bürgerpflegeversicherung  
*erschienen in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 10, 2005, S. 231-237*
- 132/05 Pascal **Krimmer**/Bernd **Raffelhüsch**/Stephan **Seiler**  
 Grundsicherung der Zukunft – „Die Freiburger Blaupause II“
- 133/05 Christian **Hagist**/Norbert **Klusen**/Andreas **Plate**/Bernd **Raffelhüsch**  
 Social Health Insurance – the major driver of unsustainable fiscal policy?  
 erschienen in: CESifo Working Paper No. 1574

- 134/05 Stefan **Fetzer**/Bernd **Raffelhüsch**en/Lara **Slawik**  
Wie viel Gesundheit wollen wir uns eigentlich leisten?  
*erschienen in: ifo Schnelldienst 18/2005, S. 3-7*
- 135/05 Oliver **Ehrentraut**/Matthias **Heidler**/Bernd **Raffelhüsch**en  
En route to sustainability: history, status quo, and future reforms of the German public pension scheme  
*erschienen in: Intereconomics, 5/2005, S. 254-257*
- 136/05 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüsch**en  
Die interne Rendite der Gesetzlichen Pflegeversicherung
- 137/05 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüsch**en  
Internal Rates of Return of the German Statutory Long-Termin Care Insurance  
Englische Fassung von Diskussionsbeitrag 136/05
- 138/05 Matthias **Heidler**/Bernd **Raffelhüsch**en  
How risky is the German Pension System? The Volatility of the Internal Rates of Return
- 139/06 Jasmin **Häcker**  
Dynamisierung der Pflegeleistungen: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft
- 140/06 Dirk **Mevis**/Olaf **Weddige**  
Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Nachhaltigkeitsbilanz der 15. Legislaturperiode des deutschen Bundestages 2002-2005
- 141/06 Daniel **Besendorfer**/Emily Phuong **Dang**/Bernd **Raffelhüsch**en  
Die Schulden und Versorgungsverpflichtungen der Länder: Was ist und was kommt
- 142/06 Jasmin **Häcker**/Bernd **Raffelhüsch**en  
Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“