



IW-Report 33/18

Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern

Eine Simulation bis 2035
Susanna Kochskämper

Köln, 10.09.2018

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
2 Vorhandene Daten und Einschränkungen in der Analyse	4
3 Bisherige Entwicklung	6
3.1 Pflegefallzahlen in den Bundesländern – Status quo und bisherige Entwicklung	6
3.2 Unterschiede in den Bundesländern – mehrere mögliche Einflussfaktoren	8
4 Simulation der Pflegefallzahlen bis 2035	12
4.1 Methodik	12
4.2 Pflegefallzahlen in den Bundesländern	14
4.2.1 Ergebnisse des Basisszenarios	14
4.2.2 Ergebnisse des Alternativszenarios „Besserer Gesundheitszustand“	18
5 Ausblick	20
Literatur	21
Abstract	24
Tabellenverzeichnis	25
Abbildungsverzeichnis	26

JEL-Klassifikation:

H75 – Landes- und Kommunalpolitik

I18 – Öffentliches Gesundheitswesen

J11 – Demografische Trends

Zusammenfassung

Die Bundesregierung hat angekündigt, die Bedingungen in der Pflege weiter verbessern zu wollen. Allerdings hat der Bund keineswegs die alleinige Gestaltungshoheit im Bereich der Pflege. Insbesondere das Angebot an Pflegeheimplätzen und an ambulanter Pflege vor Ort wird maßgeblich durch das Handeln anderer staatlicher Ebenen beeinflusst. Länder und Kommunen haben grundsätzlich heute schon die Möglichkeit, einiges für die Situation in der Altenpflege zu tun und die Weichen für die Zukunft zu stellen. Dass deutschlandweit mit steigenden Pflegefallzahlen allein aufgrund des demografischen Wandels gerechnet werden muss, zeigt eine Simulation. Bei unverändertem Gesundheitszustand nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2035 auf über vier Millionen zu. Selbst wenn sich die Pflegebedürftigkeit mit zunehmender Lebenserwartung in höhere Lebensalter verschiebt, müsste noch mit knapp 3,9 Millionen Pflegebedürftigen gerechnet werden. Insgesamt sind diese Ergebnisse eher als Untergrenze zu interpretieren, da hier die aktuellen Entwicklungen, die sich durch die Einführung der Pflegegrade ergeben, noch nicht eingerechnet sind.

Die Simulationsrechnungen verdeutlichen zudem, dass eine wirkliche Entspannung der Lage in keinem Bundesland zu erwarten ist, alle Bundesländer müssen sich auf einen Zuwachs der Zahl der Pflegebedürftigen einstellen. Allerdings sind die Bundesländer unter anderem aufgrund ihrer spezifischen Bevölkerungsentwicklung unterschiedlich stark betroffen: Während der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung im wachsenden Berlin mit 3,5 Prozent konstant bleibt, steigt er in allen anderen Ländern weiter. Dieser Anstieg ist aber wiederum in den ostdeutschen Bundesländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt mit 2 Prozentpunkten beziehungsweise Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen mit sogar über 2 Prozentpunkten zwischen 2015 und 2035 vergleichsweise am stärksten. Für diese ostdeutschen Bundesländer liegt der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in 2035 mit 7,3 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern) beziehungsweise 6,8 Prozent (Brandenburg und Thüringen) und 6,7 Prozent (Sachsen-Anhalt) deutschlandweit am höchsten – in Hamburg (3,8 Prozent), Bayern (3,9 Prozent) und Baden-Württemberg (4,3 Prozent) hingegen am niedrigsten.

Deshalb ist schon heute darüber nachzudenken, wie dieser Anstieg an Pflegefallzahlen bewältigt werden kann. In der Pflicht sind dabei neben dem Bund auch die Bundesländer zusammen mit ihren Kommunen, um den jeweiligen regionalen Herausforderungen in diesem Bereich zu begegnen.

1 Einleitung

Die Bundesregierung hat sich die Verbesserung der (Alten-)Pflege vorgenommen. So plant sie laut Koalitionsvertrag und einem ersten Gesetzesentwurf zufolge verschiedene Maßnahmen wie eine sofortige Neuschaffung von Fachkraftstellen, die Entwicklung von Personalbemessungsinstrumenten, die bessere Honorierung von Wegezeiten für Pflege im ländlichen Raum, die Stärkung von Angeboten für Kurzzeitpflege und einiges andere.

Allerdings hat der Bund keineswegs die alleinige Gestaltungshoheit im Bereich der Pflege. Insbesondere das Angebot an Pflegeheimplätzen und an ambulanter Pflege vor Ort wird maßgeblich durch das Handeln anderer staatlichen Ebenen beeinflusst: Zum einen sind die Bundesländer verantwortlich für die Pflegeinfrastruktur (§9 SGB XI) und setzen durch ihre jeweilige Regulierung die Rahmenbedingungen für die Anbieter von pflegerischen Leistungen, unter anderem bezüglich der Fachkräfteschlüssel, der Zimmerausstattung und einer zulässigen Investitionskostenhöhe. Zum anderen haben auch die jeweiligen Träger der Sozialhilfe – je nach Bundesland Kreise (und damit mittelbar die Kommunen) und kreisfreie Städte, höhere Kommunalverbände wie beispielsweise die Landschaftsverbände oder teilweise die Länder selbst – Einfluss auf die Bedingungen, unter denen die Pflege stattfindet. Denn neben den Pflegekassen müssen die Betreiber der Pflegeheime und der ambulanten Diensten auch mit ihnen über die Höhe der Pflegesätze verhandeln.

Vieles, was sich die neue Regierung für die Pflege auf die Fahnen geschrieben hat, liegt daher gar nicht alleine in ihrem Einflussbereich. Umgekehrt haben Länder und Kommunen heute schon die Möglichkeit, einiges für die Situation in der Altenpflege zu tun und die Weichen für die Zukunft zu stellen.

Dabei gestaltet sich die Situation in den Bundesländern aber durchaus unterschiedlich. Denn die Pflegefallzahlen steigen zwar bundesweit seit Jahren an. Mit Blick auf die einzelnen Länder zeigt sich aber, dass dieser Anstieg keineswegs gleichmäßig stattfindet. Auch für die Zukunft ist daher nicht mit einer einheitlichen Entwicklung zu rechnen. Dies wird im Folgenden genauer dargestellt. Nach einem Blick auf die bisherige Entwicklung der Pflegefallzahlen wird ein Blick in die nähere Zukunft gewagt und herausgestellt, wo sich in Deutschland schon heute dringender Handlungsbedarf abzeichnet.

2 Vorhandene Daten und Einschränkungen in der Analyse

Pflegefallzahlen in den Bundesländern werden von den einzelnen Statistischen Landesämtern der Bundesländer erhoben. Seit der erstmaligen Erhebung im Jahr 1999 steigt diese ausgewiesene Anzahl der Pflegebedürftigen bundesweit, aber auch in den einzelnen Ländern kontinuierlich an.

Wichtig ist jedoch, weder die Anzahl noch die bisherige Entwicklung als hundertprozentig exakte Abbildung der Realität anzusehen. Zwar liefern diese Pflegestatistiken ein sehr umfassendes Bild über die Anzahl der Pflegebedürftigen, unabhängig davon, ob diese in der sozialen oder in der privaten Pflegeversicherung versichert sind. Allerdings eben auch mit kleinen Einschränkungen:

Abgefragt werden zum einen Daten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und zum anderen Informationen der Spitzenverbände der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherungen zu den Pflegegeldempfängern. Nicht erfasst werden jedoch Menschen, die in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung leben und dort gepflegt werden – zumindest, sofern sie nicht zusätzlich Pflegegeld beziehen (Statistisches Bundesamt, 2011a, 26). Ebenfalls nicht ausgewiesen sind die Personen, die zwar im häuslichen Umfeld Pflege erhalten, von der Pflegekasse oder -versicherung jedoch nicht als pflegebedürftig nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) gelten – sei es, weil sich der zu Pflegenden oder seine Angehörigen nicht bei den entsprechenden Stellen melden, sei es, weil die oder der Betroffene nach der aktuell geltenden Gesetzeslage keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat.

Dieser Punkt ist auch insofern relevant, da mit dem 1.1.2017 Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes neu definiert wurde. Bis dahin wurde Pflegebedürftigkeit hauptsächlich daran bemessen, inwieweit jemand körperlich eingeschränkt war. Die neue Einstufung nimmt hingegen stärker darauf Bezug, wie selbstständig Betroffene in ihrem Alltag sind. Ziel der Reform war es, den Pflegebedarf beispielsweise von Menschen, die von Demenz betroffen sind, besser zu erfassen. Die Pflegestatistik wird jedoch nur in einem zweijährigen Turnus erstellt, die letzten Daten stammen aus 2015. Aus diesem Grund ist noch nicht genau abzusehen, ob und wenn ja, in welchem Umfang sich die in den Statistiken ausgewiesene Anzahl der Pflegebedürftigen in Zukunft allein deshalb erhöht, weil nun auch Personen Ansprüche an die Versicherung haben könnten, die nach den alten Regeln nicht als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung galten. Einen Hinweis auf eine solche mögliche Entwicklung liefert die Pflegestatistik selbst: Seit 2015 wurde zusätzlich zu den in den drei Pflegestufen erfassten Pflegebedürftigen die Anzahl der Pflegebedürftigen mit der sogenannten „Pflegestufe 0“ nachrichtlich ausgewiesen, auch als Personen ohne Pflegestufe mit festgestellter eingeschränkter Alltagskompetenz bezeichnet. In 2013 waren dies bundesweit 109.000 Personen, in 2015 schon 180.000 Personen. Darüber hinaus zeigt sich in der jährlich erhobenen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, 2018), die ausschließlich die soziale Pflegeversicherung abbildet, ein überproportionaler Anstieg der Pflegefälle insbesondere im ambulanten Bereich zwischen 2016 und 2017.

Auch ein Blick auf die bisherige Entwicklung der Pflegefallzahlen ist mit Hilfe der Pflegestatistik nicht vollumfänglich möglich. Denn in 2009 wurde die Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen geändert, so dass die zeitliche Vergleichbarkeit mit den Vorjahren – 1999 bis 2007 – etwas eingeschränkt ist.¹ Das Statistische Bundesamt gibt einen geschätzten Dämpfungseffekt der Veränderungsrate der Pflegefallzahlen von circa 1 Prozentpunkt im bundesweiten Mittel an (Statistisches Bundesamt, 2011a, 25).

Zusätzlich ist gerade für einen Vergleich zwischen den Bundesländern ein weiterer Punkt relevant: Pflegebedürftigkeit wird durch die Pflegekassen – und hier durch den Medizinischen

¹ Vor 2009 wurden die teilstationär Versorgten zusätzlich addiert, seit 2009 werden sie nur noch nachrichtlich ausgewiesen. Damit sollen Doppelzählungen vermieden werden, da teilstationär Versorgte in der Regel auch parallel Pflegegeld oder ambulante Sachleistungen beziehen.

Dienst der Krankenversicherung (MDK) – beziehungsweise durch die privaten Versicherungsträger festgestellt. Insbesondere der MDK ist regional untergliedert und in den einzelnen Bundesländern jeweils als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert. Theoretisch ist es daher möglich, dass Pflegebegutachtungen je nach Bundesland – und damit allein hierdurch bedingt die Pflegequoten – etwas voneinander abweichen, da die Gemeinschaften trotz gleicher Richtlinien im Detail nicht identisch arbeiten. Überprüft werden kann dies aber nur anhand regional gegliederter Daten unter anderem bezüglich Antrags- und Ablehnungsquote. Diese sind jedoch nicht zugänglich.

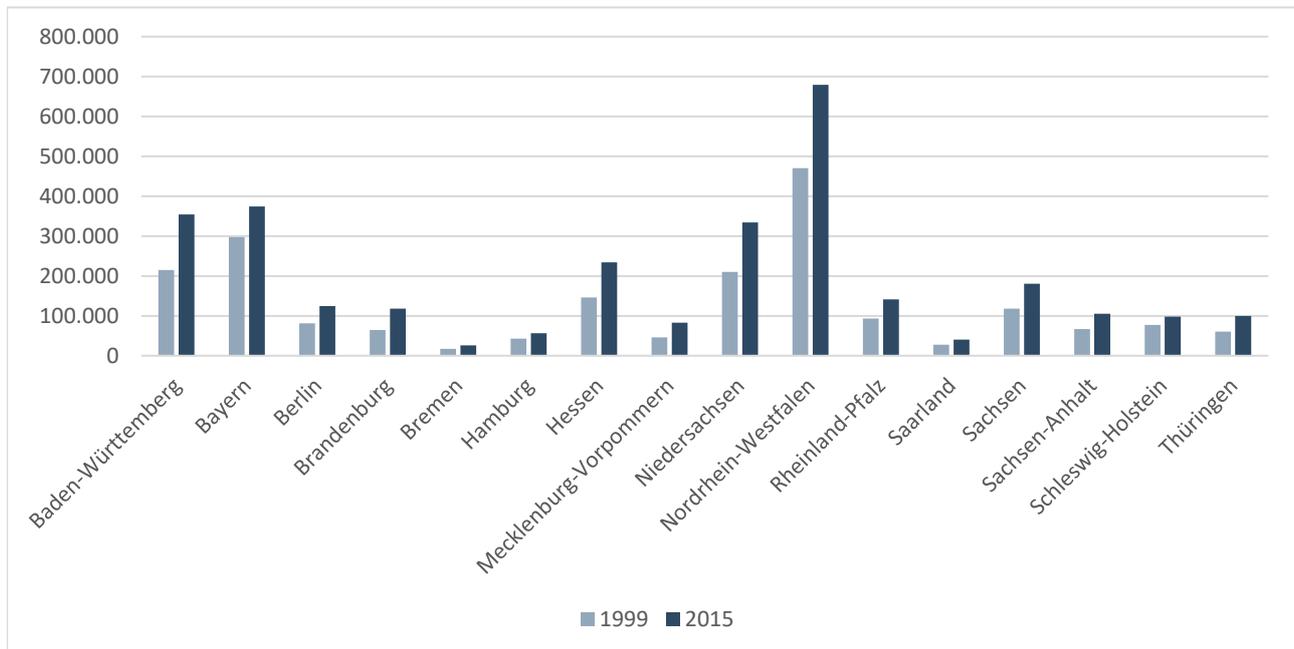
3 Bisherige Entwicklung

3.1 Pflegefallzahlen in den Bundesländern – Status quo und bisherige Entwicklung

Seit 1999 ist die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich angestiegen: Waren in 1999 noch gut zwei Millionen Menschen als pflegebedürftig verzeichnet, stieg diese Zahl bis 2015 auf über drei Millionen. Diese Entwicklung hat sich auch in allen Bundesländern vollzogen (Abbildung 3-1), es gibt kein Bundesland, in dem die Pflegefallzahlen seit 1999 zurückgegangen sind.

Abbildung 3-1: Pflegebedürftige in den Bundesländern in 1999¹⁾ und 2015²⁾

Absolute Pflegefallzahlen



Quellen: Statistisches Bundesamt, 2001, 2017

1999: umfasst Pflegebedürftige in den Pflegestufen 1 bis 3, auch in Tages- und Nachtpflege und Pflegebedürftige in Einrichtungen, die noch keiner Pflegestufe zugewiesen sind.

2015: umfasst Pflegebedürftige in den Pflegestufen 1 bis 3, Tages- und Nachtpflege nur nachrichtlich, Pflegebedürftige in Einrichtungen, die noch keiner Pflegestufe zugewiesen sind, Pflegebedürftige in „Pflegestufe 0“.

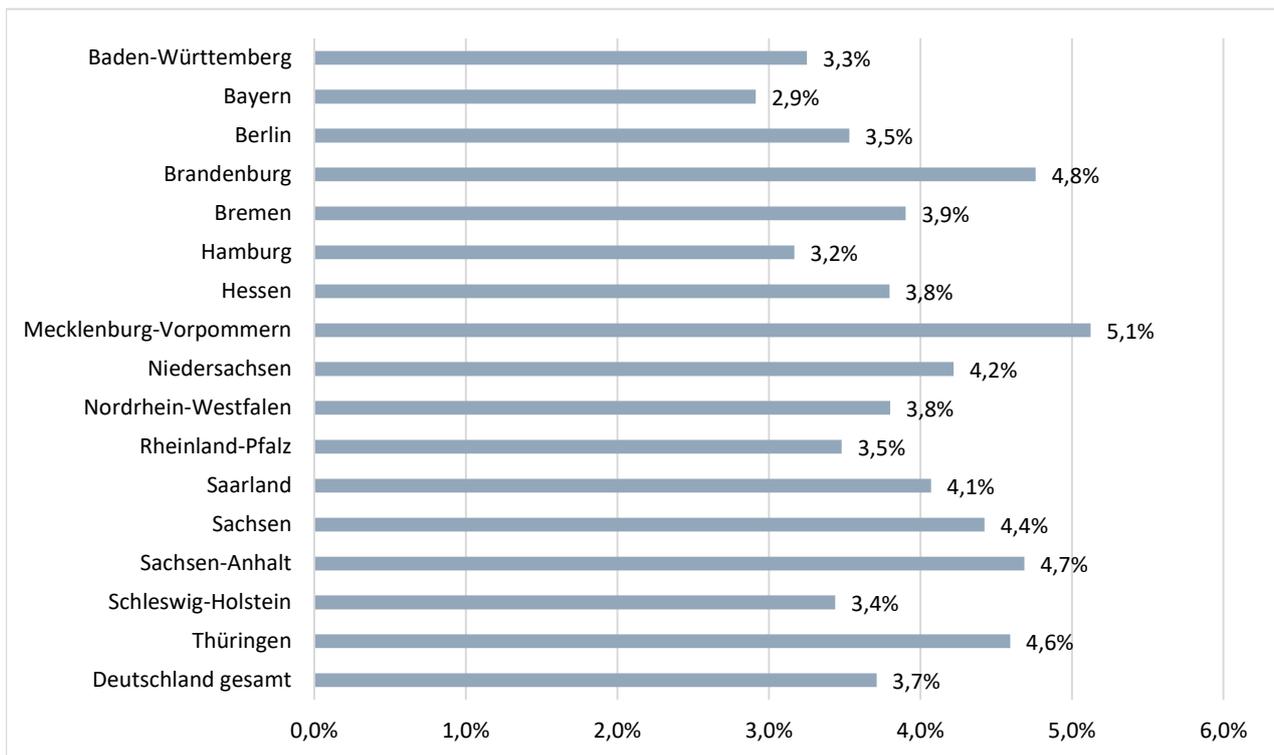
Dabei wiesen erwartungsgemäß die bevölkerungsreichsten Bundesländer sowohl in 1999 als auch in 2015 die höchsten absoluten Pflegefallzahlen auf: In Nordrhein-Westfalen waren in 2015

knapp 679.000 Personen pflegebedürftig (1999: gut 470.000), in Bayern gut 374.000 (1999: gut 297.000) und in Baden-Württemberg knapp 354.000 (in 1999: knapp 215.000).

Betrachtet man hingegen den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerung – die Prävalenz – zeigt sich jedoch ein etwas anderes Bild (Abbildung 3-2): In Deutschland insgesamt lag diese Prävalenz in 2015 bei 3,7 Prozent. Die Unterschiede sind dabei jedoch erheblich. Die höchsten Pflegeprävalenzen weisen die ostdeutschen Bundesländer auf. Mecklenburg-Vorpommern (5,1 Prozent), Brandenburg (4,8 Prozent) und Sachsen-Anhalt (4,7 Prozent), gefolgt von Thüringen (4,6 Prozent) und Sachsen (4,4 Prozent). Die niedrigsten Prävalenzen liegen in den beiden süddeutschen Flächenländern Bayern (2,9 Prozent) und Baden-Württemberg (3,3 Prozent) vor, gefolgt vom nördlichsten Bundesland Schleswig-Holstein (3,4 Prozent). Damit ist die Prävalenz in Mecklenburg-Vorpommern um das knapp 1,8-Fache höher als die in Bayern.

Abbildung 3-2: Prävalenz in den einzelnen Bundesländern in 2015

Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerung, in Prozent

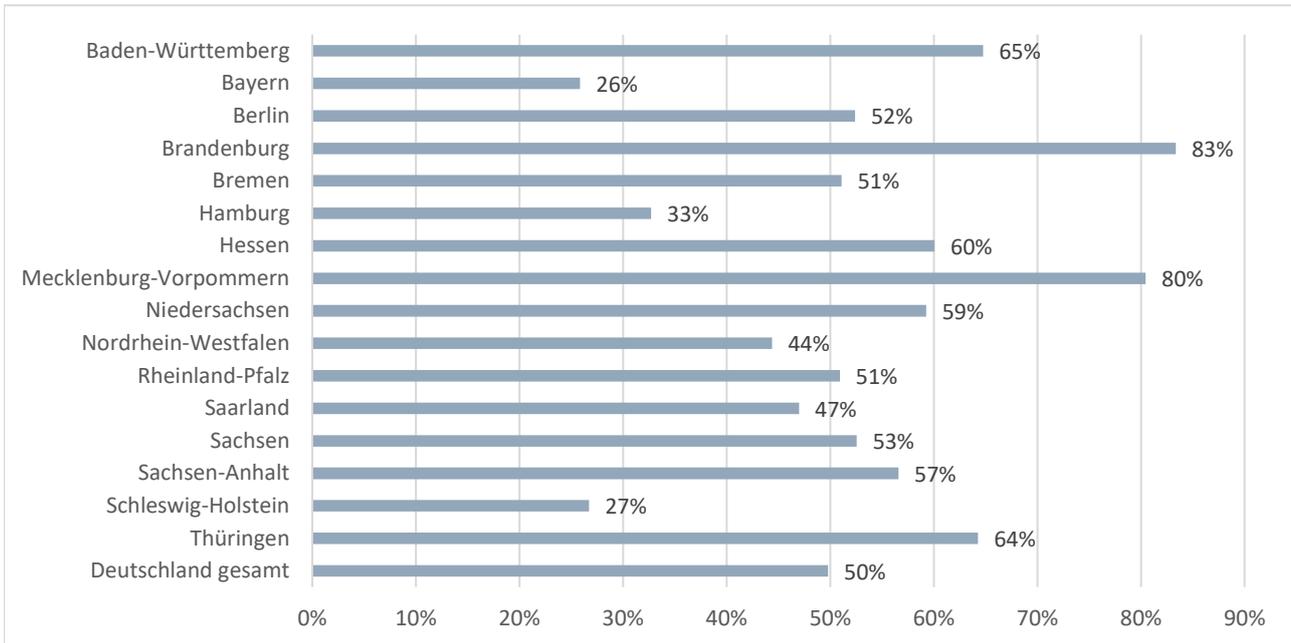


Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017, 2018

Auch hatte der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in den Bundesländern eine jeweils eigene Dynamik (Abbildung 3-3). Bundesweit ist die Anzahl der Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2015 um 50 Prozent gestiegen – mit erheblichen Unterschieden zwischen den Bundesländern: So verzeichnete Bayern in diesem Zeitraum nur einen Anstieg um 26 Prozent, Mecklenburg-Vorpommern hingegen um 80 Prozent und Brandenburg sogar um 83 Prozent.

Abbildung 3-3: Relativer Zuwachs an Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2015

In Prozenten



Quellen: Statistisches Bundesamt, 2001, 2017; eigene Berechnungen

Doch woraus resultieren diese Unterschiede?

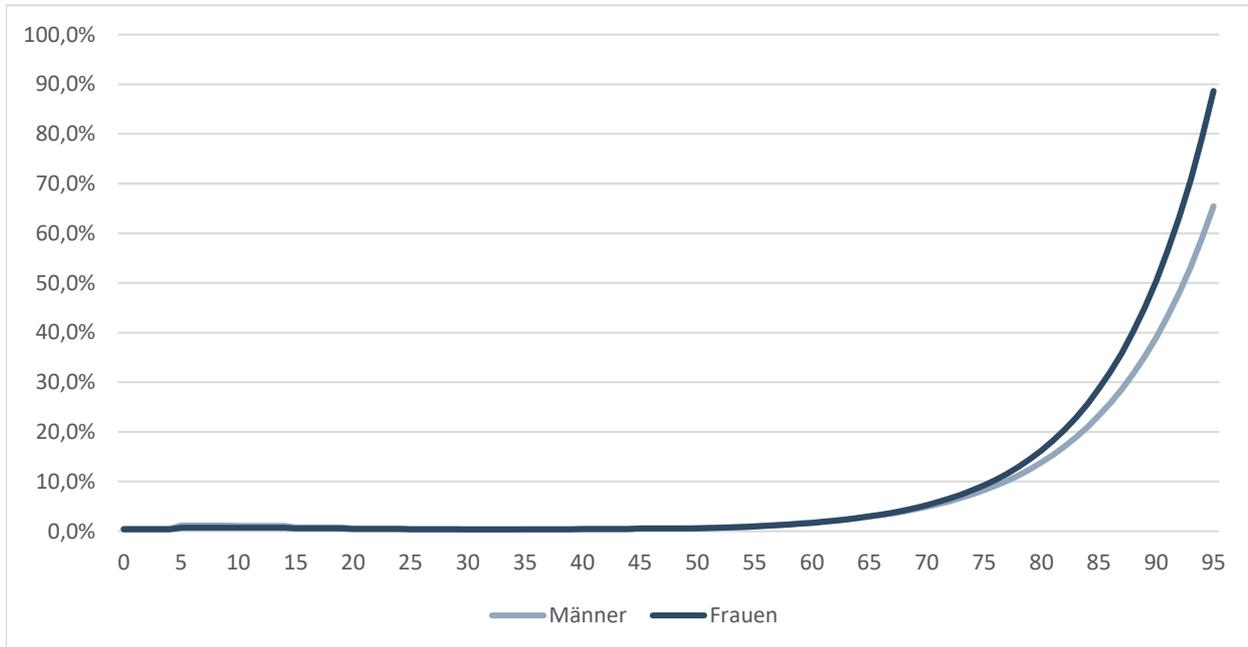
3.2 Unterschiede in den Bundesländern – mehrere mögliche Einflussfaktoren

Pflegebedürftigkeit fällt insbesondere im Alter an. Dies zeigt sich, wenn die altersspezifischen Pflegeprävalenzen betrachtet werden – die Anzahl der Pflegefälle im Verhältnis zur Anzahl der Bevölkerungsmitglieder in einer bestimmten Altersgruppe (Abbildung 3-4). Bis in das mittlere Alter ist diese altersspezifische Pflegeprävalenz für beide Geschlechter relativ gering, sie liegt bis zu einem Alter von 55 Jahren in der Regel unter 1 Prozent. Dann steigt sie jedoch fast exponentiell – bereits im Alter von 75 Jahren liegt sie bei Männern knapp unter, bei Frauen knapp über 10 Prozent und in der Altersgruppe der 95-jährigen und älteren sind 71 Prozent der Männer und 83 Prozent der Frauen anerkannte Pflegefälle.²

² Für die geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt es mehrere mögliche Erklärungsfaktoren wie geschlechtsspezifische Krankheitsbilder (u. a. Hoffmann und Nachtmann, 2007, 11; Rothgang et al., 2013, 77 und die dort zitierte Literatur), ein unterschiedliches Antragsverhalten (Statistisches Bundesamt, 2010, 25) oder ein spezifisch weibliches Gesundheitsverhalten (Hoffmann und Nachtmann, 2007, 12).

Abbildung 3-4: Gesamtdeutsche Pflegeprävalenzen nach Alter und Geschlecht

In 2015, in Prozent

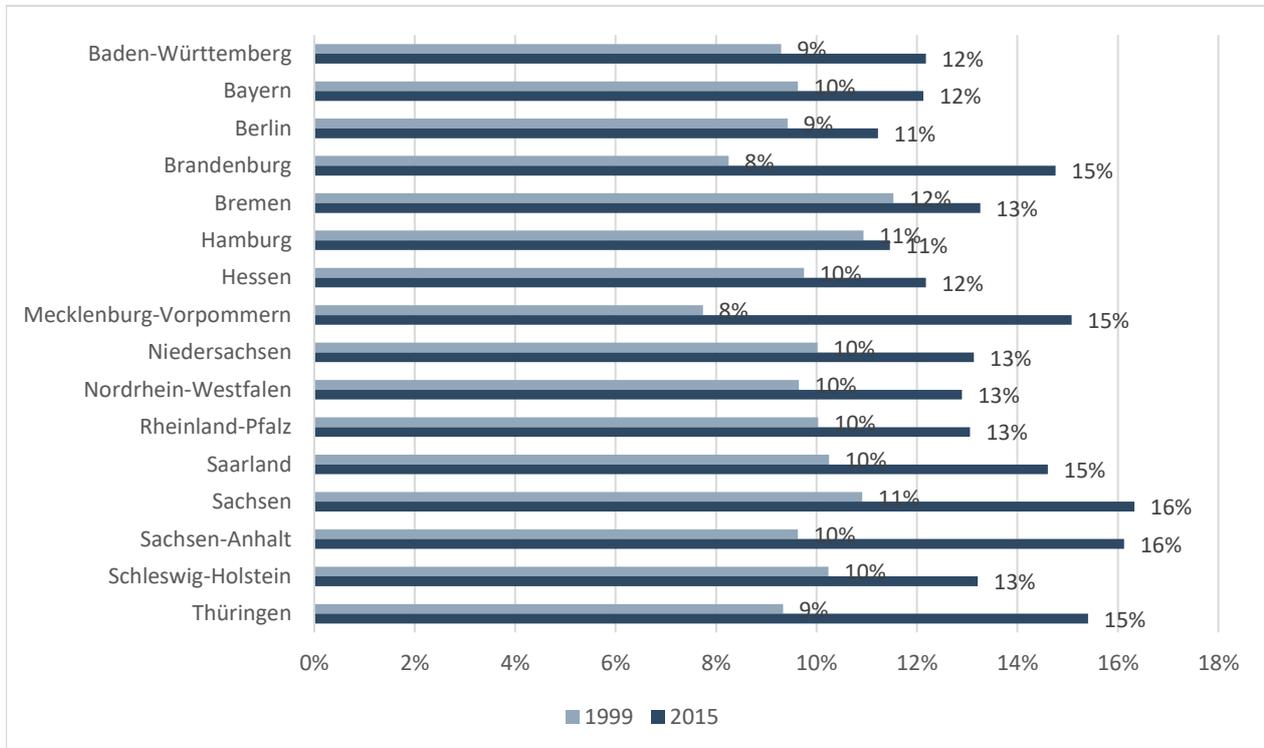


Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017, 2018; eigene Berechnung

Ein Blick auf die Altersstruktur und deren Entwicklung seit 1999 liefert somit eine mögliche Erklärung sowohl für die Pflegeprävalenzen als auch für die unterschiedliche Dynamik der Pflegefallzahlen in den Bundesländern. Vergleicht man den Anteil der 75-Jährigen und Älteren, so weisen gerade bei den Frauen die ostdeutschen Länder (mit Ausnahme des Saarlandes) höhere Quoten auf (Abbildung 3-5 und Abbildung 3-6). Auch hat sich der Anteil der Frauen in dieser Altersgruppe in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zwischen 1999 und 2015 annähernd verdoppelt, der der Männer sogar mehr als verdreifacht, während in Bayern der Anteil der 75-jährigen und älteren Frauen nur um 2 Prozentpunkte gestiegen ist, der der Männer sich nur verdoppelt hat.

Abbildung 3-5: Anteil der 75-jährigen und älteren Frauen an der Gesamtbevölkerung in den Bundesländern in 1999 und 2015

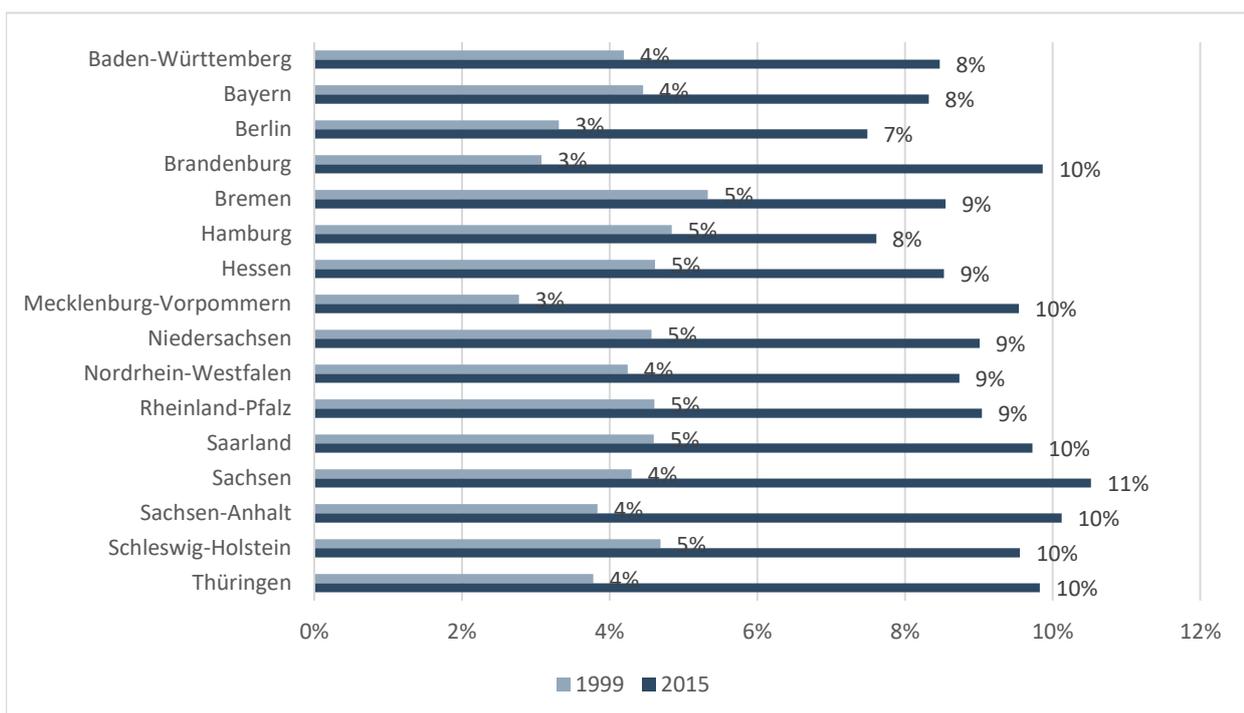
In Prozent



Quellen: Statistisches Bundesamt, 2018; eigene Berechnungen

Abbildung 3-6: Anteil der 75-jährigen und älteren Männer an der Gesamtbevölkerung in den Bundesländern in 1999 und 2015

In Prozent



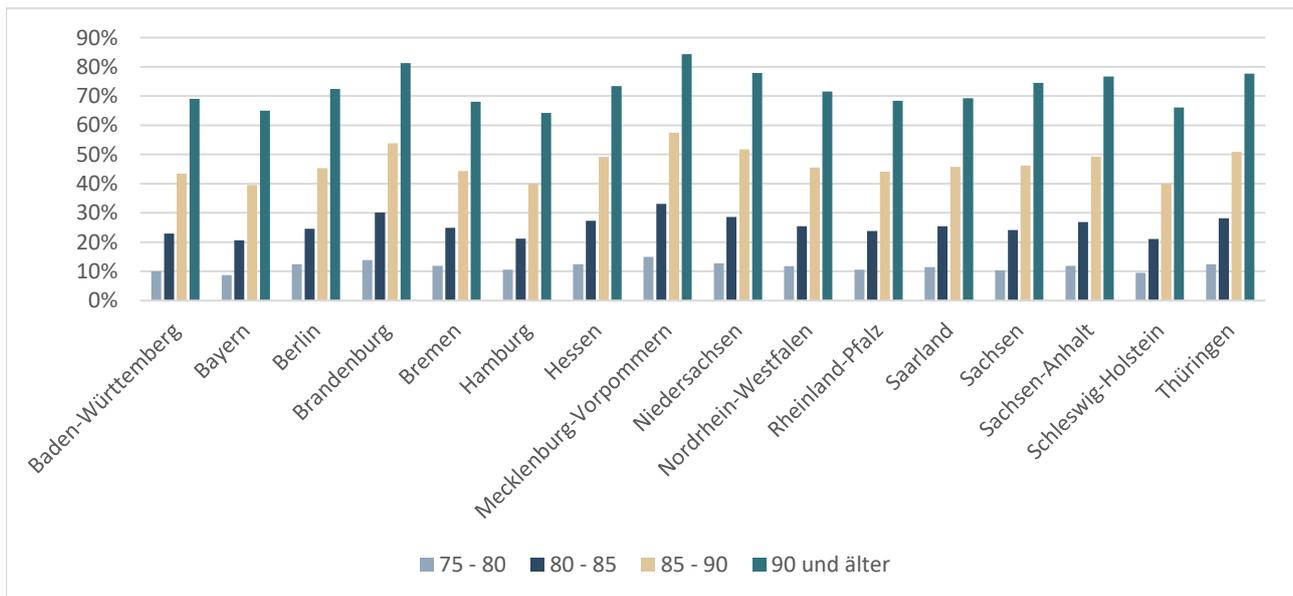
Quellen: Statistisches Bundesamt, 2018; eigene Berechnungen

Die Alters- und Geschlechtsstruktur der jeweiligen Bundesländer bietet somit eine mögliche Erklärung für die unterschiedlich hohen Pflegeprävalenzen. Zu diesem Ergebnis kommen auch Rothgang et al., die dies für die jeweiligen Kreise und kreisfreien Städte untersucht haben: Gut ein Drittel der beobachteten Varianz lässt sich alleine auf die Altersstruktur zurückführen (Rothgang et al., 2014, 72).

Allerdings sind Alter und Geschlecht nicht die einzigen möglichen Erklärungsfaktoren. Denn die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen sind in den Bundesländern keineswegs identisch (Abbildung 3-7 und 3-8). So weisen insbesondere Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg die bundesweit höchsten Pflegeprävalenzen in den hier betrachteten Altersgruppen der 75-Jährigen und Älteren auf, Bayern hingegen die niedrigsten: Waren beispielsweise in 2015 68 Prozent der Männer und sogar 84 Prozent der Frauen in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren in Mecklenburg-Vorpommern pflegebedürftig, waren es bei den gleichaltrigen Männern in Bayern nur 49 Prozent und bei den Frauen 65 Prozent.

Abbildung 3-7: Altersspezifische Prävalenzen der 75-jährigen und älteren Frauen in den Bundesländern

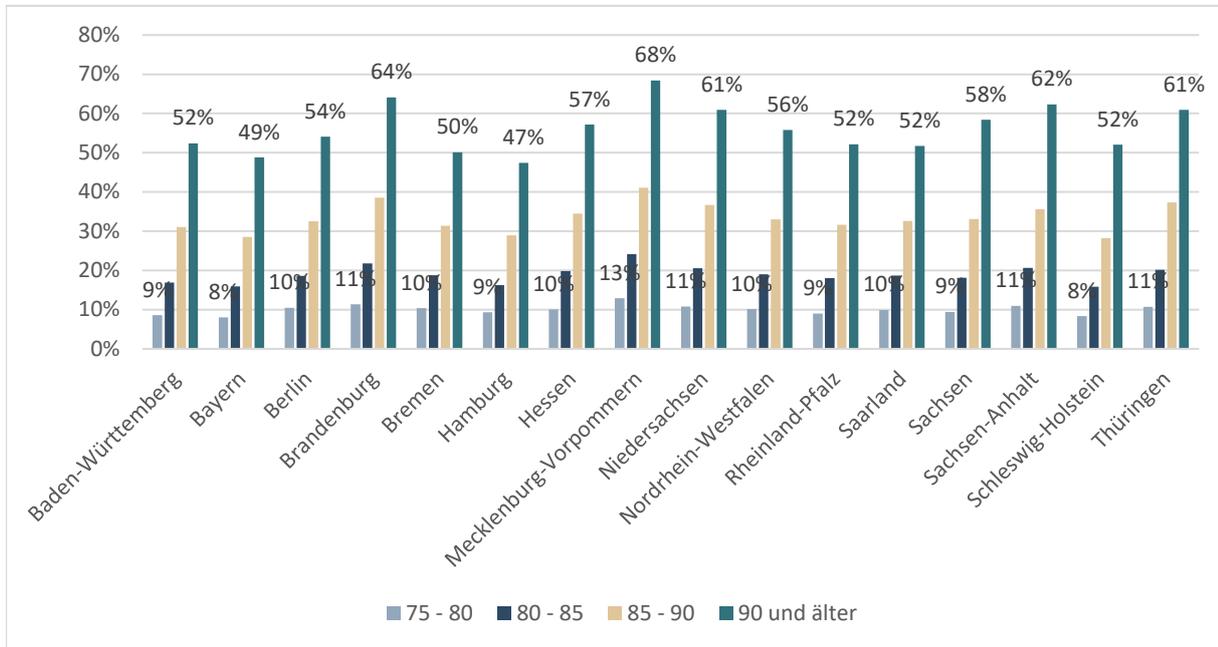
In 2015, in Prozent



Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017, 2018; eigene Berechnungen

Abbildung 3-8: Altersspezifische Prävalenzen der 75-jährigen und älteren Männer in den Bundesländern

In 2015, in Prozent



Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017, 2018; eigene Berechnungen

Dies weist darauf hin, dass auch mögliche andere Faktoren eine Rolle spielen. Genauerem Aufschluss bieten hier Studien, die eine tiefere Gliederung als die nach Bundesländern vornehmen. So verweisen Studien auf die „soziale Lage“ (Rothgang et al., 2014, 72 ff.) beziehungsweise auf den sozioökonomischen Status (beispielsweise Kroll et al., 2017), das heißt unter anderem, dass Bildung, Beruf und Einkommen mit dem Gesundheitsverhalten und somit mit dem Gesundheitszustand korreliert zu sein scheinen. Regional lassen sich hier Unterschiede messen. Ferner könnte auch der Familienstand eine Rolle spielen: Rothgang et al. (2014, 75) verweisen darauf, dass Alleinlebende eine deutlich höhere Pflegeinzidenz haben.

4 Simulation der Pflegefallzahlen bis 2035

4.1 Methodik

Die Kenntnis über die künftige Entwicklung der Pflegefallzahlen ist bedeutend, um abschätzen zu können, welche Anforderungen in Zukunft für die Entscheidungsträger auf Bundeslandebene entstehen. Ganz exakt prognostizieren lassen sich die Pflegefallzahlen allerdings nicht. Denn Veränderungen des Bedarfs hängen nicht nur von der Bevölkerungsalterung ab. Unklar ist, wie sich Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit auswirken, wie sich das Gesundheitsverhalten in Zukunft entwickeln wird und vieles mehr. Allerdings ist es möglich, Trendaussagen auf Grundlage bestimmter Annahmen zu treffen, deren Plausibilität von Dritten überprüft werden kann.

In dieser Simulation wird sich daher auf eine Status-quo-Projektion der Pflegefallzahlen beschränkt, die ausschließlich den Einfluss der demografischen Entwicklung betrachtet. Dieses Vorgehen vermeidet eine auf Hypothesen gestützte Modellierung von Einflussfaktoren, da durch eine höhere Komplexität die Treffsicherheit nicht notwendigerweise zunimmt.

Die Simulation basiert auf den Daten der Pflegestatistik aus 2015. Da keine aktuelleren Daten vorliegen, ist, wie oben beschrieben, zum momentanen Zeitpunkt nicht genau abzuschätzen, wie sich die Einführung der Pflegegrade auf die offiziellen Pflegefallzahlen auswirkt. Denn die Zahlen des BMG (2018) beziehen sich ausschließlich auf die Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung, darüber hinaus sind die nicht nach Bundesländern differenziert. Wahrscheinlich ist die hier simulierte Entwicklung jedoch unterschätzt.

Auf Basis der vorhandenen bundeslandspezifischen Daten aus 2015 werden zunächst bundesländerspezifische Prävalenzen differenziert nach Alter und Geschlecht berechnet. Berücksichtigt werden sowohl die Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III als auch die in der „Pflegestufe 0“ ausgewiesenen Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowie die Personen, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet waren. Da die Pflegestatistik Daten nach Altersgruppen lediglich in Fünfjahresintervallen ausweist, die Prävalenz für die Fortschreibung für die höheren Alter jedoch jahresscharf modelliert werden muss, wird diese für jedes Bundesland geschlechtsspezifisch mittels einer eigenen Exponentialfunktion geschätzt. Für die Altersgruppen bis einschließlich 59 Jahre wird hingegen die Differenzierung in Fünfjahresintervallen beibehalten, da die Prävalenzen hier in allen Bundesländern in der Regel unter 1 Prozent liegen. Für alle Personen ab 60 Jahren liefert die Schätzung Werte für jedes Alter.

Um künftige Pflegefallzahlen zu berechnen, werden in einem Basisszenario die Pflegeprävalenzen des Jahres 2015 auf die jeweilige Bevölkerungsentwicklung übertragen. Die Daten zur Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Bundesländern sind der IW-Bevölkerungsprognose (Deschermeier, 2017) entnommen. Im Gegensatz zur aktuellen vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2015) sind in der IW-Bevölkerungsprognose die Rekordzuwanderung der vergangenen Jahre schon eingerechnet.

Neben der reinen Übertragung der Pflegeprävalenzen wird hier zusätzlich ein Alternativszenario „Gesündere Bevölkerung“ gerechnet. Denn bisher ist der Zusammenhang zwischen einer steigenden Lebenserwartung und dem Gesundheitszustand – und damit auch der Pflegefallwahrscheinlichkeit – empirisch nicht eindeutig geklärt. Theoretisch könnte eine längere Lebenserwartung durch medizinischen Fortschritt zwar ein längeres Leben, aber auch mehr Jahre in Pflege hervorrufen. In der Literatur wird dies als „Medikalisierungsthese“ (zurückgehend auf Gruenberg, 1977) bezeichnet. Umgekehrt könnte eine längere Lebenserwartung auch dazu führen, dass Krankheit und Pflege in Zukunft erst in späteren Lebensjahren anfallen, als es bisher der Fall war – wie es die sogenannte Kompressionsthese (Fries, et al., 1980) und die sogenannte Time-to-death-Hypothese (Fuchs, 1984) annehmen. Einen Kompromiss bieten Kane et al. (1990), die annehmen, dass die Mehrheit der Menschen bei zunehmender Lebenserwartung gesünder lebt, ein Teil jedoch die gewonnenen Lebensjahre vollständig in Krankheit beziehungsweise in Pflegebedürftigkeit verbringt. Verschiedene Studien zu Gesundheitsausgaben und zur Pflegefallwahrscheinlichkeit (siehe unter anderem den Überblick in Breyer, 2015, 218 ff.; Unger

et al., 2011; den Überblick in Enquête-Kommission, 2002, 184 ff.) deuten zumindest darauf hin, dass sowohl die Medikalisierungsthese als auch die These der starken Kompression nach Fries eher auszuschließen sind.

Während das Basisszenario der Medikalisierungsthese entspricht, da die Prävalenzen trotz steigender Lebenserwartung konstant gehalten werden, wird in dem Alternativszenario „Besserer Gesundheitszustand“ angenommen, dass die in Zukunft jeweils gewonnenen Lebensjahre in vollständiger Gesundheit verbracht werden. Deshalb werden hier die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen entsprechend der den Generationensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes (2011b) entnommenen steigenden alters- und geschlechtsspezifischen Lebenserwartung in die jeweils höheren Lebensjahren verschoben.³

4.2 Pflegefallzahlen in den Bundesländern

4.2.1 Ergebnisse des Basisszenarios

Die jüngsten Bevölkerungsprognosen, darunter die IW-Bevölkerungsprognose, zeigen eine in Zukunft zwar wachsende, aber gleichzeitig weiter alternde Bevölkerung in Deutschland (De-schermeier, 2017, 64). Dieser Trend wirkt dementsprechend auch auf die Pflegefallzahlen im Basisszenario: Die Pflegefallzahlen nehmen in allen Bundesländern bis 2035 weiter zu, bundesweit um 998.000 Pflegefälle auf insgesamt gut vier Millionen in 2035 (Tabelle 4-1).

In absoluten Zahlen ist der Zuwachs in den bevölkerungsreichsten Bundesländern hierbei wieder am höchsten: Im Basisszenario gibt es in Nordrhein-Westfalen in 2035 knapp 228.000 Pflegefälle mehr (insgesamt 906.777), in Bayern 147.901 (insgesamt 522.070 und in Baden-Württemberg 124.687 (insgesamt 478.522).

³ Das Alternativszenario entspricht dem „constant health scenario“ des Ageing Reports der Europäischen Kommission (2017)

Tabelle 4-1: Pflegefallzahlen in den einzelnen Bundesländern bis 2035 im Basisszenario

Pflegefallzahlen und Veränderung

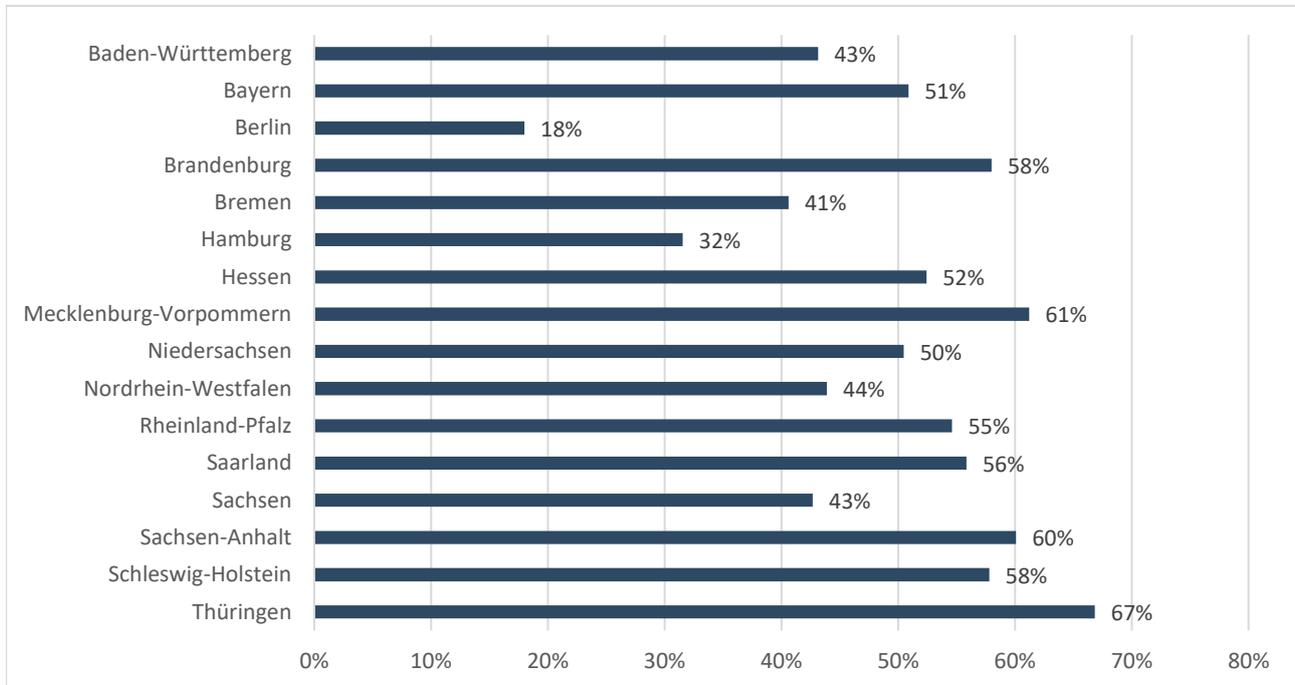
	2015	2025	2035	2015 bis 2035	
	Pflegefälle	Pflegefälle	Pflegefälle	Absolut	Relativ
Baden-Württemberg	353.835	407.789	478.522	124.687	35,2%
Bayern	374.169	438.396	522.070	147.901	39,5%
Berlin	124.279	126.115	141.011	16.732	13,5%
Brandenburg	118.300	149.443	161.131	42.831	36,2%
Bremen	26.210	29.356	32.659	6.449	24,6%
Hamburg	56.640	65.246	74.053	17.413	30,7%
Hessen	234.440	269.759	320.704	86.264	36,8%
Mecklenburg-Vorpommern	82.626	100.803	111.332	28.706	34,7%
Niedersachsen	334.496	388.232	444.045	109.549	32,8%
Nordrhein-Westfalen	678.994	779.653	906.777	227.783	33,5%
Rheinland-Pfalz	141.086	159.002	190.528	49.442	35,0%
Saarland	40.524	46.399	53.248	12.724	31,4%
Sachsen	180.656	205.645	210.608	29.952	16,6%
Sachsen-Anhalt	105.232	127.956	135.392	30.160	28,7%
Schleswig-Holstein	98.299	122.739	133.687	35.388	36,0%
Thüringen	99.684	121.523	131.781	32.097	32,2%
Deutschland gesamt	3.049.470	3.538.055	4.047.545	998.075	32,7%

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017, 2018; Deschermeier, 2017; eigene Berechnungen

Auf den ersten Blick scheinen jedoch die unterschiedlichen Zuwachsraten überraschend – erfährt gerade Bayern mit knapp 40 Prozent den stärksten relativen Anstieg an Pflegefällen. Die relativen Zuwachsraten werden jedoch von zwei Entwicklungen beeinflusst: Da, wie oben beschrieben, die Pflegefallwahrscheinlichkeit stark mit dem Alter korreliert, spielt erstens die künftige Anzahl der Hochbetagten eine Rolle. Diese nimmt bis 2035 in allen Bundesländern zu (Abbildung 4-1).

Abbildung 4-1: Relativer Zuwachs an Hochbetagten (80-Jährige und Ältere) in den Bundesländern von 2015 bis 2035

In Prozent



Quellen: Deschermeier, 2017; eigene Berechnungen

Allerdings ist Bayern hier nicht Spitzenreiter, der Zuwachs ist in den ostdeutschen Bundesländern Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg sowie im nördlichsten Bundesland Schleswig-Holstein am größten.

Hinzu tritt aber noch eine weitere Entwicklung: In Bayern nimmt neben Berlin bis 2035 die Bevölkerung mit Abstand am stärksten zu (Tabelle 4-2), insgesamt werden eine halbe Million mehr Personen erwartet. Auch wenn die Pflegefallwahrscheinlichkeiten in den jüngeren Lebensjahren viel geringer sind, kann allein dieser Bevölkerungsanstieg zusätzlich zu einer im Vergleich etwas höheren Zahl der Pflegefälle führen. Im Gegensatz dazu wird für Berlin hingegen eine im Verhältnis junge Bevölkerung prognostiziert, dadurch bleiben trotz Bevölkerungsanstieg der Anstieg der Pflegefallzahlen deutlich hinter der gesamtdeutschen Entwicklung zurück. In Sachsen geht wiederum eine schrumpfende Bevölkerung mit einem im Bundesländervergleich unterdurchschnittlichem Zuwachs der Hochbetagten bis 2035 einher, so dass auch der Zuwachs der Pflegefallzahlen deutlich hinter dem der anderen Bundesländer zurückbleibt.

Tabelle 4-2: Veränderung der Bevölkerung in den Bundesländern zwischen 2015 und 2035

Absolut in 1.000 Personen

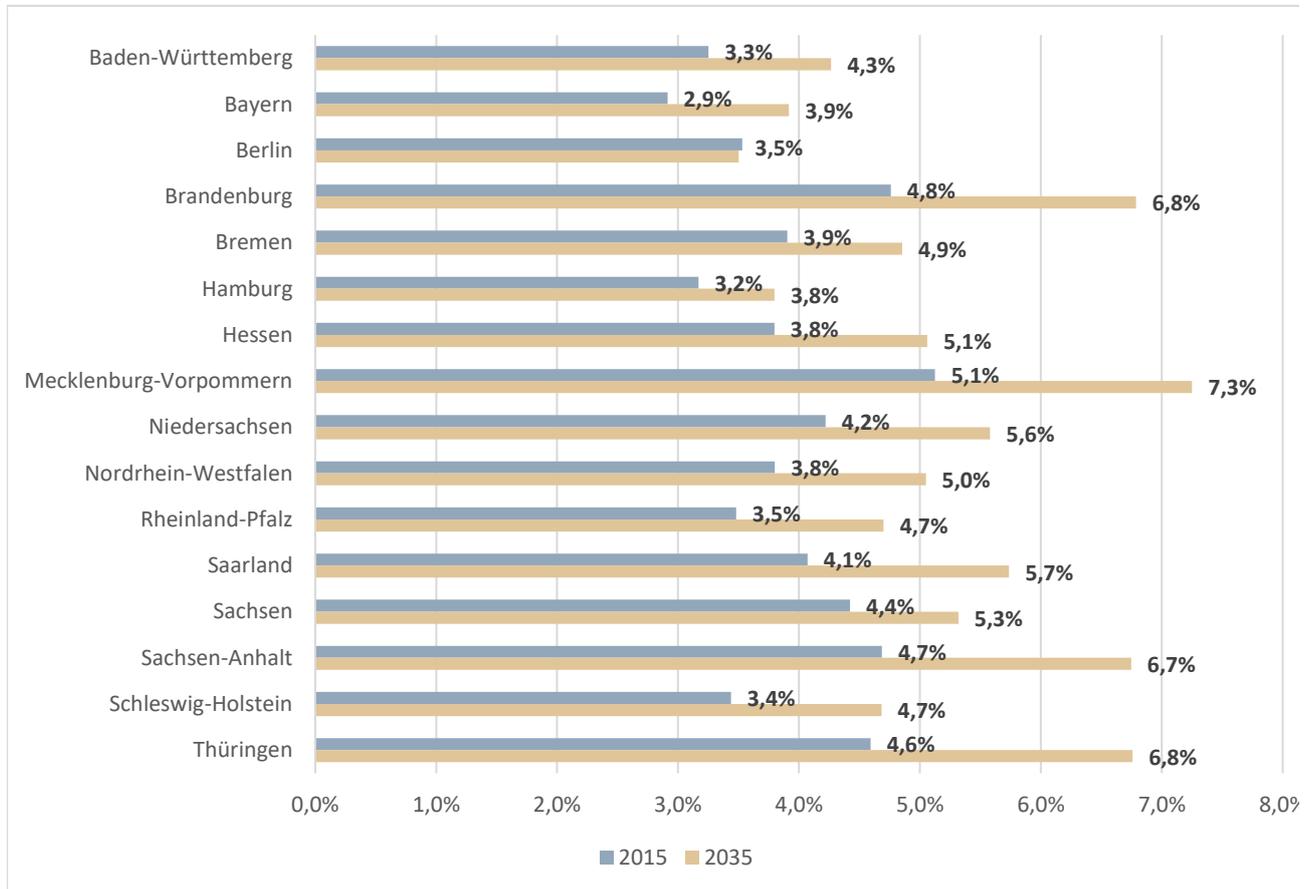
Bevölkerungszuwachs		Bevölkerungsrückgang	
Baden-Württemberg	339	Brandenburg	-110
Bayern	500	Mecklenburg-Vorpommern	-77
Berlin	510	Saarland	-67
Bremen	1	Sachsen	-124
Hamburg	162	Sachsen-Anhalt	-239
Hessen	160	Schleswig-Holstein	-4
Niedersachsen	30	Thüringen	-221
Deutschland gesamt	955		

Quellen: Deschermeier, 2017; eigene Darstellung

Im Gesamtbild unterscheiden sich daher auch die Simulationsergebnisse für die bundeslandspezifischen Prävalenzen – der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung – wesentlich (Abbildung 4-2). Während sie nur in Berlin konstant bleibt, steigt sie in allen anderen Ländern weiter. Dieser Anstieg ist aber wiederum in den ostdeutschen Bundesländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt mit zwei beziehungsweise Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen sogar über 2 Prozentpunkten zwischen 2015 und 2035 am höchsten.

Abbildung 4-2: Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerung 2015 und 2035

In Prozent



Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017, 2018; Deschermeier, 2017; eigene Berechnungen

4.2.2 Ergebnisse des Alternativszenarios „Besserer Gesundheitszustand“

In dem Alternativszenario „Besserer Gesundheitszustand“ wird eine recht starke Annahme hinsichtlich der Entwicklung der altersspezifischen Pflegeprävalenz bei zunehmender Lebenserwartung gesetzt. Entsprechend reduzieren sich die künftigen Pflegefallzahlen im Vergleich zum Basisszenario – in 2035 um 19 Prozent im bundesweiten Durchschnitt, also um ein knappes Fünftel (Tabelle 4-3). Dennoch kann selbst eine im Vergleich gesündere Bevölkerung den Trend nicht völlig umkehren: Auch in diesem Szenario steigen die Pflegefallzahlen noch deutlich an – bundesweit um über 800.000 auf knapp 3,9 Millionen.

Tabelle 4-3: Pflegefälle im 2035 im Szenario "Besserer Gesundheitszustand"

Pflegefallzahlen und absolute Veränderung	2015	2025	2035	Veränderung 2015 bis 2035	
				„Besserer Gesundheitszustand“	Basis-szenario
Baden-Württemberg	353.835	402.195	456.452	102.617	124.687
Bayern	374.169	432.564	498.257	124.088	147.901
Berlin	124.279	123.806	133.115	8.836	16.732
Brandenburg	118.300	147.409	153.043	34.743	42.831
Bremen	26.210	28.949	31.249	5.039	6.449
Hamburg	56.640	64.221	70.63	14.023	17.413
Hessen	234.440	265.895	306.069	71.629	86.264
Mecklenburg-Vorpommern	82.626	99.412	105.855	23.229	28.706
Niedersachsen	334.496	382.934	423.847	89.351	109.549
Nordrhein-Westfalen	678.994	768.539	864.540	185.546	227.783
Rheinland-Pfalz	141.086	156.863	181.550	40.464	49.442
Saarland	40.524	45.765	50.733	10.209	12.724
Sachsen	180.656	203.317	201.099	20.443	29.952
Sachsen-Anhalt	105.232	126.380	128.936	23.704	30.160
Schleswig-Holstein	98.299	121.158	127.760	29.461	35.388
Thüringen	99.684	120.016	125.586	25.902	32.097
Deutschland gesamt	3.049.470	3.489.425	3.858.754	809.284	998.075

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2011b, 2017, 2018; Deschermeier, 2017; eigene Berechnungen

Für die Ergebnisse der einzelnen Bundesländer ist in diesem Szenario wiederum maßgeblich die Bevölkerungsstruktur ausschlaggebend: Die Lebenserwartung für Frauen liegt gegenwärtig höher und insbesondere für die heute lebenden weiblichen Generationen wird eine etwas höhere Anzahl an zusätzlichen Lebensjahren als den männlichen prognostiziert. Zusätzlich liegen die Prävalenzen der Frauen höher als die der Männer. Daher ist in diesem Szenario der Anteil der Frauen an den Hochbetagten besonders entscheidend – leben sie gesünder, hat dies im Verhältnis einen stärkeren Effekt.

5 Ausblick

Die Bevölkerungsalterung lässt einen weiteren Anstieg der Pflegefallzahlen erwarten: Wird allein die Auswirkung des demografischen Wandels auf die Pflegefallzahlen simuliert, nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2035 auf gut vier Millionen zu. Selbst wenn sich die Pflegebedürftigkeit mit zunehmender Lebenserwartung in höhere Lebensalter verschiebt, müsste noch mit knapp 3,9 Millionen Pflegebedürftigen gerechnet werden. Die Simulationsrechnungen verdeutlichen zudem, dass eine wirkliche Entspannung der Lage in keinem Bundesland zu erwarten ist, alle müssen sich auf einen Zuwachs der Zahl der Pflegebedürftige einstellen.

Vor diesem Hintergrund gilt es, die gegenwärtigen Strukturen bereits jetzt noch einmal kritisch dahingehend zu überprüfen, ob sie diesen künftigen Anforderungen gerecht werden. Denn zu erwarten, dass diese zusätzlichen Pflegebedürftigen alle „informell“, das heißt ausschließlich von Angehörigen gepflegt werden, ist bereits vor dem gegenwärtigen Hintergrund ein eher unrealistisches Szenario. Je nach Bundesland werden heute nur zwischen 40 und rund 55 Prozent der Pflegebedürftigen informell gepflegt (Kochskämper, 2018, 6), dieser Anteil hat sich in den letzten 15 Jahren nicht bedeutend verändert.

Deshalb ist schon heute darüber nachzudenken, wie dieser Anstieg an Pflegefallzahlen bewältigt werden kann. In der Pflicht sind dabei neben dem Bund noch weitere Akteure:

- Die Länder, da sie die Rahmenbedingungen für die Anbieter ambulanter und stationärer Versorgung gestalten, und somit maßgeblich dafür verantwortlich sind, ob sich und wie sich in diesem Bereich engagiert wird. In einigen Ländern werden die Anreize gegenwärtig zugunsten der ambulanten Pflege und auf Kosten der stationären Pflege gestärkt. Damit wird die Hoffnung auf eine kostengünstigere Versorgung verbunden, ist doch die Personalintensität im stationären Bereich bundesweit fast doppelt so hoch. Gleichzeitig scheint es dem Wunsch vieler zu entsprechen, möglichst lange im häuslichen Umfeld versorgt zu werden. Es ist jedoch problematisch, eine Versorgungsart gegen die andere auszuspielen. Denn es ist nicht klar, ob auch in Zukunft informeller Pflege im gleichen Umfang geleistet werden kann. Diese wird nach wie vor größtenteils von Angehörigen übernommen, selbst ambulant Versorgte werden in den meisten Fällen ergänzend betreut. Gefragt ist daher eine Regulierung, die offen gegenüber der Versorgungsform ist und gleichzeitig genug Freiraum für die verschiedenen Akteure schafft – seien es Pflegeanbieter, Kommunen, gemeinnützige Vereine und andere – Konzepte vor Ort zu entwickeln.
- Die Träger der Sozialhilfe, da sie über die Höhe der Vergütung der Anbieter professioneller Pflege mitentscheiden und deshalb mitverantwortlich sind, ob sich dieses Angebot rechnet.
- Die Kommunen, da sie die Lage vor Ort am besten einschätzen können und grundsätzlich in der Lage sind, innovative Konzepte sowohl in der Versorgung von Pflegebedürftigen als auch in der Prävention auszuprobieren, die für die jeweiligen Einwohner und ihre spezifisches Umfeld am besten geeignet sind. Auch kennen Sie die Akteure vor Ort und können sie am besten in die Entwicklung regionenspezifischer Modelle miteinbeziehen.

Literatur

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2018, Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten, Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> [15.6.2018]

Breyer, Friedrich, 2015, Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 16 (3), S. 215–230

Deschermeier, Philipp, 2017, Bevölkerungsentwicklung in den deutschen Bundesländern bis 2035, IW-Trends, Jg. 44, Nr. 3, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-trends/beitrag/philipp-deschermeier-bevoelkerungsentwicklung-in-den-deutschen-bundeslaendern-bis-2035-357919.html> [20.6.2018]

Enquête-Kommission, 2002, Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/8800, Berlin

European Commission, 2017, The 2018 Ageing Report. Underlying Assumptions & Projection Methodologies, Institutional Paper 065, Luxembourg

Fries, James F., 1980, Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity, in: New England Journal of Medicine, Bd. 303, Nr. 3, S. 130–135

Fuchs, Victor R., 1984, Though Much is Taken: Reflections on Ageing, Health and and Medical Care, NBER Working Paper Series, Working Paper No. 1269, Cambridge MA, <http://www.nber.org/papers/w1269.pdf> [8.3.2017]

Gruenberg, Ernest M., 1977, The Failure of Success, in: Milbank Quarterly. Health and Society, 55. Jg., Nr. 1, S. 3–24

Hoffmann, Elke / Nachtmann, Juliane, 2007, Report Altersdaten. GeroStat. Statistisches Informationssystem 03 | 2007. Alter und Pflege, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Kane, Robert L. / Radosevich, David M. / Vaupel, James W., 1990, Compression of Morbidity: Issues and Irrelevancies, in: Kane, Robert L. / MacFayden, David / Evans, J. Grimley (Hrsg.), Improving the Health of Older People. A World View, Oxford, S. 30–49

Kochskämper, Susanna, 2018, Stellungnahme zu einer öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zu dem Antrag „Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten“ (BT-Drucksache 19/960), IW-Report 24/18,

https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2018/IW-Report_2018_24_Hilfe_Zur_Pflege_Eigenanteile.pdf [20.6.2018]

Kroll, Lars Eric / Schumann, Maria / Hoebel, Jens / Lampert, Thomas, 2017, Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland, in: Journal of Health Monitoring, 2 (2), S. 103–119

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer, 2013, BARMER GEK Pflegereport 2013, Barmer GEK (Hrsg.), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Nr. 29, Siegburg

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer, 2014, Regionale Unterschiede in der Langzeitpflege, in: Knieps, Franz / Pfaff, Holger (Hrsg.), Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten, BKK Gesundheitsreport, Berlin, S. 72–80

Statistisches Bundesamt, 2001, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.1999 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2010, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2011a, Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2011b, Generationensterbetafeln für Deutschland. Modellrechnungen für die Geburtsjahrgänge 1896–2009, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2015, Bevölkerungsentwicklung in den Bundesländern bis 2060. Ergebnisse der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2017, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung, Z 1 Pflegebedürftige am 15.12.2015, Z1.1 Pflegebedürftige am 15.12.2015 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Tabellen 01 bis 16, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2018, Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, GENESIS-Online Datenbank, <https://www-gene->

sis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=F8D9C96E82A8DE99DDA51FF23C8BB58F.tomcat_GO_1_1?operation=statistikAbruftabellen&levelindex=0&levelid=1530522531996&index=7 [10.6.2018]

Unger, Rainer / Müller, Rolf / Rothgang, Heinz, 2011, Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland, in: Gesundheitswesen, 73. Jg., Nr. 5, S. 292–297

Abstract

The Federal Government wants to further improve the conditions in long-term care. However, the federal government does not have the sole power of designing this field. In particular, the provision of nursing home places and on-site outpatient care is significantly influenced by the federal states and municipalities. They already have the opportunity today to do a lot for the situation in the care of the elderly and to set the course for the future. A simulation in which only the influence of demographic change is considered shows a nationwide increase of people in need of care in the future. If the state of health remains unchanged, the number of people in need of care will increase to more than four million by 2035. Even if the need for care shifts with increasing life expectancy into higher age, just under 3.9 million people in need of care can be expected. All in all, these results are to be interpreted as a lower limit, since the current developments resulting from the latest reforms are not yet included here.

The simulations also show that a real easing of the situation is not to be expected in any of the federal states. However, due to their specific population development, the federal states are affected to varying degrees: while the proportion of people in need of care in the growing Berlin population remains constant at 3.5 percent, it continues to rise in all other federal states. However, in the most eastern German federal states this increase is comparatively strongest, with 2 percentage points in Brandenburg and Saxony-Anhalt respectively more than 2 percentage points in Mecklenburg-Vorpommern and Thuringia between 2015 and 2035. Here, the proportion of those in need of care in the total population is also highest in Germany in 2035, with 7.3 percent (Mecklenburg-Vorpommern), 6.8 percent (Brandenburg and Thuringia) and 6.7 percent (Saxony-Anhalt). In comparison, Hamburg (3.8 percent), Bavaria (3.9 percent) and Baden-Württemberg (4.3 percent) are the lowest.

Therefore, it is already time to think about how this increase in the numbers of people in need of care can be managed. In addition to the federal government, it is therefore the duty of the federal states together with their municipalities to meet the challenges in this area specific to their regions.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4-1: Pflegefälle bis 2035 im Basisszenario	15
Tabelle 4-2: Veränderung der Bevölkerung in den Bundesländern	17
Tabelle 4-3: Pflegefälle bis 2015 im Szenario „Besserer Gesundheitszustand“	19

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Pflegebedürftige in den Bundesländern in 1999 ¹⁾ und 2015 ²⁾	6
Abbildung 3-2: Prävalenz in den einzelnen Bundesländern in 2015.....	7
Abbildung 3-3: Relativer Zuwachs an Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2015	8
Abbildung 3-4: Gesamtdeutsche Pflegeprävalenzen nach Alter und Geschlecht.....	9
Abbildung 3-5: Anteil der 75-jährigen und älteren Frauen an der Gesamtbevölkerung in den Bundesländern in 1999 und 2015	10
Abbildung 3-6: Anteil der 75-jährigen und älteren Männer an der Gesamtbevölkerung in den Bundesländern in 1999 und 2015	10
Abbildung 3-7: Altersspezifische Prävalenzen der 75-jährigen und älteren Frauen in den Bundesländern.....	11
Abbildung 3-8: Altersspezifische Prävalenzen der 75jährigen und älteren Männer in den Bundesländern.....	12
Abbildung 4-1: Relativer Zuwachs an Hochbetagten (80-Jährige und Ältere) in den Bundesländern von 2015 bis 2035	16
Abbildung 4-2: Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerung 2015 und 2035	18