



IW-Report 9/2021

Reform der sozialen Pflegeversicherung für mehr Nachhaltigkeit?

Beleuchtung des Vorhabens des Bundesgesundheitsministeriums
Susanna Kochskämper

Köln, 22.03.2021

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Zusammenfassung | 4 |
| 1 Einleitung | 5 |
| 2 Einordnung des Reformvorhabens – die Ausgangslage | 6 |
| 3 Analyse ausgewählter Maßnahmen des Pflegereformvorhabens 2021 | 10 |
| 3.1 „Entlohnung nach Tarif“ der beruflich Pflegenden | 10 |
| 3.2 Häusliche Pflege: Umstrukturierung und langfristige Einschränkung | 12 |
| 3.2.1 Umstrukturierung der häuslichen Pflege | 12 |
| 3.2.2 Leistungsrückgang durch unzureichende Dynamisierung | 15 |
| 3.2.3 Geplante Finanzierung der ambulanten Reformmaßnahmen: Auslagerung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen | 17 |
| 3.2.4 Zusammenfassung: Auswirkungen der Reformmaßnahmen in der häuslichen Pflege auf die Bilanz der sozialen Pflegeversicherung | 17 |
| 3.3 Stationäre Pflege: deutliche Leistungsausweitung | 20 |
| 3.4 Weitere ausgabenwirksame Maßnahmen für die SPV | 23 |
| 3.5 Pläne für die Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung | 23 |
| 4 Reformmaßnahmen im Zusammenspiel: Finanzielle Auswirkungen auf SPV und Bund | 26 |
| 4.1 Auswirkungen geplanter Leistungsänderungen auf die Finanzierungsbasis der SPV | 27 |
| 4.2 Neuverteilung der Finanzierungslasten zwischen Sozialversicherung und Bund – unklare Ausgestaltung des Steuerzuschusses | 30 |
| 4.3 Künftige Entwicklung der SPV-Beitragsätze bei nominal konstantem Steuerzuschuss | 32 |
| 5 Diskussion der Reformmaßnahmen und offene Fragen | 35 |
| 5.1 Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit | 35 |
| 5.2 Verteilungswirkungen | 35 |
| 5.2.1 „Gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ in der Pflegeversicherung? | 35 |
| 5.2.2 Nicht überschaubare interpersonelle Umverteilungseffekte | 37 |
| 5.3 Weitere offene Fragen | 38 |



| | |
|----------------------------------|-----------|
| 5.3.1 Tariflöhne | 38 |
| 5.3.2 Mindestpersonalausstattung | 38 |
| 6 Zusammenfassung | 39 |
| Anhang | 40 |
| Abstract | 45 |
| Abbildungsverzeichnis | 46 |
| Literatur | 47 |

JEL-Klassifikation:

I13 – Öffentliche und private Krankenversicherung

I18 – Regierungspolitik, Regulierung

J11 – Demografische Trends, makroökonomische Effekte und Prognosen

Der vorliegende IW-Report ist Bestandteil des von der Carl Deilmann-Stiftung geförderten Forschungsprojekts „Solidarität in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“.

Zusammenfassung

Das Reformvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums zur künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung ist umfangreich. Die Eckpunkte tangieren sowohl Fragen der Entlohnung, des Leistungsumfangs als auch der Finanzierung. Die Analyse zeigt, dass eine Umsetzung der vorliegenden Eckpunkte weniger zu einer höheren Demografiefestigkeit und Nachhaltigkeit führen würde als vielmehr umfangreiche Umverteilungseffekte nach sich zöge. Deren Ausmaß ist ohne weitere Forschung nur unvollständig zu überschauen:

- Einerseits sollen Finanzmittel aus der Beitrags- in die Steuerfinanzierung überführt werden – wobei noch nicht geklärt ist, ob auch die private Pflegeversicherung dann einen Steuerzuschuss erhält und damit Ausgaben, die bisher prämiensfinanziert sind, aus Steuermitteln finanziert werden.
- Andererseits werden Leistungen zur stationären Pflege ausgeweitet, die ambulante Pflege hingegen mittel- bis langfristig stärker aus dem Leistungsversprechen der Pflichtversicherung hinaus in die private Vorsorge verschoben. Welche gesellschaftlichen Gruppen somit profitieren und welche im Vergleich zu heute stärker belastet werden, erfordert zusätzliche verteilungspolitische Analysen.

A priori ist es aber keineswegs eindeutig, dass insbesondere Geringverdiener entlastet würden.

Darüber hinaus ist nicht hinreichend klar, ob ein Zuschuss aus Steuermitteln überhaupt möglich ist. Denn dazu müsste geklärt werden, ob die Pflegeversicherung gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Status quo erfüllt – und wenn ja, welche. Der wissenschaftliche Diskurs liefert dazu bislang keine eindeutigen Ergebnisse. Sollte aber die Auffassung vertreten werden, dass ein Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung nicht gerechtfertigt werden kann, so beinhaltet das Reformvorhaben in den kommenden Jahren zunächst eine im Vergleich zu heute höhere Beitragsatzbelastung in der sozialen Pflegeversicherung und langfristig keine deutliche Entlastung – trotz einer geplanten Reform des Pflegevorsorgefonds.

Zusätzlich besteht die offene Frage, ob die geplante Tarifbindung für die Beschäftigung von Pflegekräften umsetzbar ist oder mit der Tariffreiheit in Konflikt steht. Auch fehlen zum gegenwärtigen Zeitpunkt Präzisierungen zum geplanten Personalbemessungsverfahren.

Über die Klärung dieser offenen Punkte hinaus bedarf es einer normativen Diskussion, ob die geplante Umverteilung gesellschaftlich erwünscht ist – sowohl mit Blick auf die finanziellen Belastungen des Sozialstaates einschließlich der intergenerativen Umverteilungseffekte, die im demografischen Wandel tendenziell zunehmen, als auch mit Blick auf die geplante intragenerative Umverteilung, von der wahrscheinlich nicht ausschließlich Menschen mit geringem Einkommen und Vermögen profitieren werden.

1 Einleitung

Die Finanzierung von Pflegeleistungen war zu Beginn des letzten Jahres eines der Kernthemen der pflegepolitischen Debatte. Dann kam die Corona-Pandemie und damit ein noch intensiverer Blick auf die Altenpflege, die sich als besonders verwundbar erweist. Gerade dort, wo eine der vulnerabelsten Risikogruppen versorgt wird, werden grundlegende Probleme der Personalausstattung deutlich. Für viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens wird angemahnt, in der „Post-Corona“-Zeit über Reformen nachzudenken und sie besser aufzustellen – die Altenpflege gehört sicher mit auf diese Liste. Viele Probleme, die schon vor der Pandemie bekannt waren, wurden jetzt aber noch einmal umso deutlicher.

Damit rückt das Thema der Finanzierung der Pflege einmal mehr in den Fokus. Denn eine höhere Personalausstattung und gegebenenfalls bessere Bezahlung der Pflegekräfte müssten entweder über höhere Beiträge beziehungsweise Prämien für die gesetzliche Pflegeversicherung finanziert werden und/oder über höhere Eigenanteile der Pflegebedürftigen, die professionelle Pflegeleistungen nachfragen. Steigende Eigenanteile insbesondere im stationären Bereich stehen jedoch schon seit längerem in der öffentlichen Kritik. Da die Versicherungsleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht automatisch dynamisiert werden, kam es in der Vergangenheit immer wieder zu einem deutlichen Anstieg der Eigenanteile, sobald die Pflegekosten anstiegen.

Der Bundesgesundheitsminister hat Ende des letzten Jahres eine Reform für die Pflegefinanzierung angekündigt und dazu ein Eckpunktepapier vorgelegt. Neben Leistungsausweitungen in der ambulanten Pflege und der Ankündigung, sich für eine höhere Entlohnung der Pflegekräfte über Tarifverträge einzusetzen, sollte ein weiteres Kernstück dieser Reform die Begrenzung der Eigenanteile an den Pflegekosten sein.

Bisher liegen neben dem Eckpunktepapier, das keine Kostenschätzungen enthält, keine offiziellen Ausführungen zu dem Reformvorhaben vor. Allerdings nannte der Bundesgesundheitsminister bereits im Herbst in einem Interview einen Betrag von rund 6 Milliarden Euro, der für diese genannten Posten aufzuwenden sei.¹ Laut Medienberichten wurden die Eckpunkte jedoch im Frühjahr 2021 noch einmal korrigiert und insbesondere die Begrenzung der Eigenanteile umgestaltet – Reformkosten von insgesamt 6,3 Milliarden Euro sind nun angegeben.²

Auf Basis der vorhandenen Informationen werden im Folgenden die angesprochenen Maßnahmen analysiert und kritisch beleuchtet, um mögliche Probleme und Konsequenzen frühzeitig zu identifizieren. Dazu werden die Informationen aus dem ursprünglichen Eckpunktepapier sowie die aktuellen Pläne (soweit bekannt) analysiert. Herausgearbeitet werden nach einer kurzen Einordnung des Reformvorhabens (Kapitel 2) zunächst die langfristigen Wirkungen einzelner

¹ „Pflege ist die soziale Frage der 20er Jahre“, Interview des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn in der BILD am Sonntag vom 4.10.2020, abrufbar auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews/bams-041020.html>).

² „Neuer Reformplan von Spahn: Eigenbeteiligung im Pflegeheim soll schrittweise sinken“, Redaktionsnetzwerk Deutschland, 12.3.2021, <https://www.rnd.de/politik/spahn-eigenbeteiligung-im-pflegeheim-soll-schrittweise-sinken-5CEXVCXOZGYVM6VVSEHUPOSNE.html> [16.3.2021]

Reformbausteine auf die soziale Pflegeversicherung (Kapitel 3) sowie das simultane Zusammenspiel aller Reformbausteine (Kapitel 4) mittels eines Simulationsmodell. Anschließend wird das Reformvorhaben aus ökonomischer Perspektive diskutiert und ungeklärte Fragen aufgezeigt (Kapitel 5).

2 Einordnung des Reformvorhabens – die Ausgangslage

Trotz einer steigenden Geburtenrate und trotz der historisch hohen Zuwanderungsraten in den letzten Jahren wird für Deutschland weiterhin eine zunehmende Bevölkerungsalterung prognostiziert (beispielsweise Statistisches Bundesamt, 2019). Zurückzuführen ist dies zum einen auf die nach wie vor unter einem bestandserhaltenden Niveau liegenden Geburtenraten – mit der Besonderheit, dass die ehemals hohen Geburtenraten innerhalb eines Jahrzehnts zwischen Mitte der 1960er und 1970er Jahre drastisch zurückgingen. Zum anderen ist die Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen; in den Prognosen wird gegenwärtig davon ausgegangen, dass dies auch in Zukunft der Fall sein wird. Beides zusammen führt zu einer stärkeren Besetzung der älteren Kohorten mit dem Sondereffekt, dass dies aufgrund der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge in den nächsten Jahrzehnten sprunghaft geschieht. So wird der Altenquotient – ausgedrückt als das Verhältnis der 67-Jährigen und Älteren zu den 20- bis unter 67-Jährigen – spürbar ansteigen: Lag er im Jahr 2018 bei 30,5 Prozent, so rechnet das Statistische Bundesamt (2019) in der Variante 2 „Moderate Entwicklung der Fertilität, Lebenserwartung und Wanderung“ (V2) im Jahr 2030 mit einem Altenquotient von 39,2 Prozent und im Jahr 2040 von 46,7 Prozent. Selbst in der Variante 5 „Relativ junge Bevölkerung“ steigt der Altenquotient bis zum Jahr 2030 auf 38,3 Prozent und bis zum Jahr 2040 auf 44,1 Prozent.

Die Pflegewahrscheinlichkeit ist stark mit dem Alter korreliert: So waren im Jahr 2019 nur gut 1 Prozent der unter 65-Jährigen pflegebedürftig, in der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen knapp 8 Prozent und in der Gruppe der über 85-Jährigen hingegen mit gut 59 Prozent mehr als die Hälfte der Alterskohorte (Statistisches Bundesamt, 2020a; 2020b; eigene Berechnungen).³ Bereits in den letzten Jahren hat die Anzahl der Pflegebedürftigen, die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen, deutlich zugenommen: Waren laut Statistischem Bundesamt (2001) im Jahr 1999 gut 2 Millionen Menschen pflegebedürftig, lag die Zahl der Leistungsempfänger in diesem Versicherungszweig Ende des Jahres 2019 bei über 4,2 Millionen Personen (Statistisches Bundesamt, 2020b).⁴ Dies ist neben der bereits stattfindenden Bevölkerungsalterung auch auf die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 zurückzuführen, durch die sich der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert hat.

³ In der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts sind Pflegebedürftige, die in Heimen für Menschen mit Behinderung leben, nicht erfasst. Darüber hinaus kam es für das Jahr 2019 wahrscheinlich zu einer Untererfassung von rund 160.000 Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt, 2020c, 4). Die Anteile könnten daher ebenfalls leicht unterschätzt sein.

⁴ Die Pflegestatistik weist für das Jahr 2019 gut 4,1 Millionen Pflegebedürftige aus. Wie in Fußnote 2 erwähnt weist das Statistische Bundesamt jedoch auf eine Untererfassung von geschätzt 160.000 Pflegebedürftigen hin (Statistisches Bundesamt, 2020c, 4).

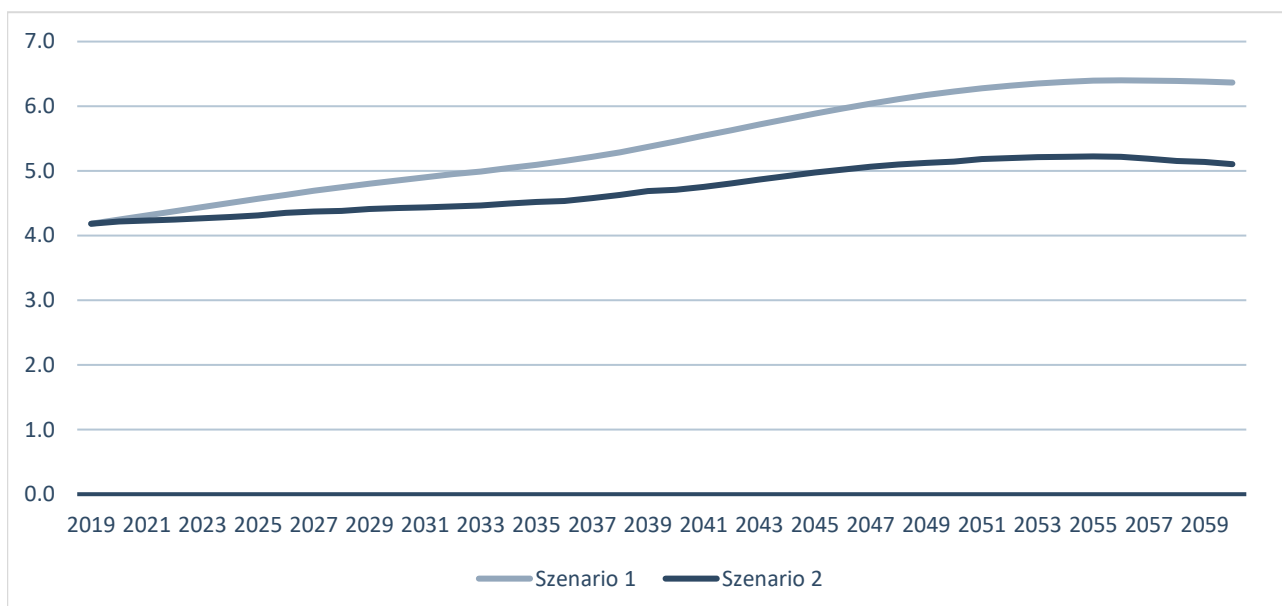
Steigende Pflegefallzahlen

Schreitet die Bevölkerungsalterung fort, ist aufgrund der stark altersabhängigen Pflegewahrscheinlichkeit auch weiterhin mit einem Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger zu rechnen. Zwar ist bisher empirisch nicht eindeutig geklärt, wie sich eine längere Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit auswirkt. Die Studienlage für Deutschland ist nicht umfangreich. Unger et al. (2011) fanden in der von ihnen betrachteten Gruppe für einen Teil der Menschen eine Ausdehnung der Lebensjahre mit Pflegebedürftigkeit, für einen anderen Teil hingegen einen Eintritt der Pflegebedürftigkeit erst in höheren Lebensjahren (Kompression) als bei den vorangegangenen Kohorten. Kreft und Doblhammer (2016) beobachteten in der Mehrheit der Bundesländer ebenfalls eine Kompression der Pflegebedürftigkeit, jedoch nicht bezüglich der Schwerstpflegebedürftigen. Da jedoch allein die zahlenmäßige Besetzung der älteren Kohorten in Zukunft deutlich zunehmen wird, ist selbst bei einer Kompression der altersabhängigen Pflegebedürftigkeit von einem Anstieg der Pflegefallzahlen insgesamt auszugehen.

Zeigen lässt sich dies anhand zweier Szenarien: Angenommen wird in Szenario 1, dass sich die alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeit in Zukunft nicht ändert, obwohl die Lebenserwartung steigt (eher pessimistische Annahme). In einem Szenario 2 wird hingegen unterstellt, dass sich die alters- und geschlechtsspezifische Pflegefallwahrscheinlichkeit mit einer steigenden Lebenserwartung in ein höheres Lebensalter verschiebt. Demnach verursacht ein Jahr längere Lebenserwartung die Verschiebung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeit um ein Jahr.⁵ Dieses Szenario steht auch im Vergleich zur bisherigen Studienlage für eine sehr optimistische Annahme.

Abbildung 2-1: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in zwei Szenarien

In Millionen



Eigene Berechnung und Darstellung

⁵ Die Berechnungsmethode ist genauer im Anhang beschrieben.

Ausgehend von den rund 4,2 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2019 steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen in Szenario 1 bereits Mitte der 2030er Jahre auf über 5 Millionen Personen und erreicht Mitte der 2040er Jahre die 6-Millionen-Marke. Im Szenario 2, der Simulation einer deutlich weniger stark von Pflegebedürftigkeit betroffenen älteren Bevölkerung, steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen weniger schnell, dennoch ist auch hier ein stetiger Zuwachs erkennbar: Über 5 Millionen Pflegebedürftige sind es hier ab Mitte der 2040er Jahre.

Die Simulation verdeutlicht, dass allein mit dem Alterungsprozess der Bevölkerung eine weitere Zunahme der Pflegebedürftigen zu erwarten ist – selbst dann, wenn die durchschnittliche Anzahl der Lebensjahre, die ohne Pflegebedürftigkeit verbracht werden, in Zukunft steigt.

Steigender Fachkräftebedarf

Rund ein Fünftel der Pflegebedürftigen wurde im Jahr 2019 vollstationär in Pflegeheimen versorgt, vier von fünf Pflegebedürftige hingegen im häuslichen Umfeld, davon wiederum knapp ein Drittel durch professionelle ambulante Pflege- und Betreuungsdienste (Statistisches Bundesamt, 2020c, 9). Sinken diese Anteile in Zukunft nicht, führt eine steigende Anzahl Pflegebedürftiger auch zu einem steigenden Arbeitskräftebedarf in der Altenpflege, so die Personalausstattung je Fall, und damit das gegenwärtige Qualitätsniveau in der Pflege, mindestens erhalten bleiben soll. Allerdings besteht in der Altenpflege schon seit einigen Jahren eine Fachkräftelücke (beispielsweise Flake et al., 2018). Darüber hinaus wurde in einer aktuellen Studie zur Personalbemessung in Pflegeheimen (SOCIUM et al., 2020) ein deutlicher Zusatzbedarf insbesondere an Altenpflegehelfern festgestellt, um eine qualitative Pflege nach den zugrunde gelegten Standards zu ermöglichen. Das Potenzial an technischen und digitalen Lösungen in der Altenpflege scheint gegenwärtig nicht ausgenutzt und weiterer technischer Fortschritt ist denkbar. Dennoch ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erkennbar, dass diese Punkte den zunehmenden Bedarf an Pflegekräften, der allein durch den demografischen Wandel entsteht, kompensieren könnten.

Eigenanteile

Die gesetzliche Pflegeversicherung – bestehend aus der sozialen und der privaten Pflegeversicherung (SPV und PPV) – ist als Teilleistungsversicherung anzusehen: Tritt der Pflegefall ein, werden nicht alle damit einhergehenden Kosten durch die Versicherung übernommen, sondern gesetzlich festgelegte Leistungspauschalen gezahlt respektive entsprechend bemessene Sachleistungen gewährt. Den Pflegebedürftigen verbleibt in der Regel ein Eigenanteil an den Pflegekosten, den sie aus eigenen Mitteln finanzieren müssen. Gelingt dies nicht, übernimmt die Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) diese Kosten. Darüber hinaus werden für die Pflege in Pflegeheimen Kosten für „Unterkunft und Verpflegung“ sowie gegebenenfalls ein Anteil an den Investitionskosten in Rechnung gestellt.

Laut der Datenauswertung des Verbands der Ersatzkassen (vdek, 2020a) belaufen sich die Eigenanteile an den Pflegekosten in der vollstationären Pflege gegenwärtig auf rund 786 Euro pro Monat im Bundesdurchschnitt, hinzu kommen 774 Euro an Kosten für Unterkunft und Verpflegung und durchschnittlich 455 Euro Investitionskostenanteil. Ähnlich hohe Kosten weist auch

eine Datenauswertung des Wissenschaftlichen Institut der PKV aus (Arentz/Hagemeister, 2020). Dabei schwanken diese Beträge zwischen den Bundesländern zum Teil deutlich.

Für die im häuslichen Umfeld Gepflegten ist die Datenlage zu den Eigenanteilen weniger umfangreich. Eine Umfrage aus dem Jahr 2017 (TNS Infratest Sozialforschung, 2017, 158 f.) ergibt eine finanzielle Belastung von im Durchschnitt 269 Euro für diese Versorgungsart. Allerdings werden hier alle Aufwendungen betrachtet, die in Zusammenhang mit Pflege entstehen: unter anderem Mehrkosten einer speziellen Ernährung oder eventuelle Aufwandsentschädigungen für Nachbarschaftshilfe. Eine ebenfalls etwas ältere Umfrage von Hielscher et al. (2017) kommt für die Pflege durch einen professionellen Pflege- und Betreuungsdienstleister auf einen Mittelwert an privaten Aufwendungen von 208 Euro pro Monat für einen Pflegedienst oder 302 Euro pro Monat für die Tagespflege (Hielscher et al., 2017, 62). Räker et al. (2020, 76) zeigen in der Auswertung ihrer Umfrageergebnisse, dass nicht alle befragten Nutzer private Kosten bei der Inanspruchnahme von Pflegediensten oder Tagespflege angaben: Bei Pflegediensten waren es rund ein Drittel der Nutzer, bei der Tagespflege knapp die Hälfte. Hier bewegten sich die Eigenanteile derjenigen, die Kosten nannten, im Durchschnitt bei 201 Euro (Pflegedienste) oder 234 Euro pro Monat (Tagespflege). Diese Ergebnisse bewegen sich damit ungefähr im selben Rahmen wie die der anderen Umfragen, auch wenn diese aufgrund der unterschiedlich abgefragten Leistungen nicht vollständig vergleichbar sind.

Bisher werden die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht automatisch an die steigenden Pflegekosten angepasst. Stattdessen prüft die Bundesregierung nach gegenwärtiger Gesetzeslage (§ 30 SGB XI Satz 1) alle drei Jahre, ob die Versicherungsleistung angepasst werden muss. Als Orientierungswerte gelten die kumulierte Preisentwicklung in diesem Zeitraum sowie die Bruttolohnentwicklung als Obergrenze.

Fokus: Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Der Großteil der Bevölkerung ist in dem Umlagesystem der SPV versichert (im Jahr 2019 knapp 90 Prozent). Die Beiträge zur SPV werden als prozentualer Anteil auf das Lohn- und Renteneinkommen erhoben, wobei eine Beitragsbemessungsgrenze gilt. Die Einnahmen finanzieren größtenteils die Ausgaben des aktuellen Jahres, lediglich die Mittel aus 0,1 Prozentpunkten des Beitragssatzes fließen seit 2015 in einen sogenannten „Pflegevorsorgefonds“. Der wird nach gegenwärtiger Gesetzeslage bis zum Jahr 2034 aufgebaut und anschließend sukzessive aufgelöst, um den Beitragssatz, wenn auch nicht vollständig zu stabilisieren, zumindest moderater ansteigen zu lassen.

Der Beitragssatz zur SPV ist seit ihrer Einführung ebenfalls angestiegen: Lag er im Jahr 1995 bei 1,0 Prozent und nach Einführung der stationären Leistungen bei 1,7 Prozent, beträgt er gegenwärtig 3,05 Prozent; Kinderlose zahlen einen Aufschlag von 0,25 Prozentpunkten.

Durch die Alterung der Bevölkerung ist nicht nur mit einer zunehmenden Anzahl an Pflegebedürftigen zu rechnen, sondern darüber hinaus ist nach gegenwärtigen Prognosen (unter anderem Europäische Kommission, 2020) auch von einem sinkenden Erwerbspersonenpotenzial auszugehen. Das bedeutet einerseits, dass im Umlageverfahren der SPV potenziell weniger

sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mehr Leistungsempfänger gegenüberstehen. Andererseits konkurriert die Pflegebranche mit anderen Wirtschaftszweigen um Fachkräfte. Deshalb ist nicht davon auszugehen, dass eine zunehmende gesamtwirtschaftliche Produktivität (und dadurch bedingte potenzielle Lohnsteigerungen) die demografisch bedingte Finanzierungslast für die Beitragszahler vollständig kompensieren kann. Denn auch die in der Pflege Beschäftigten werden, um einem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken, wahrscheinlich ähnliche Lohnsteigerungen erfahren müssen, damit dieser Sektor im Vergleich zu anderen konkurrenzfähig bleibt.⁶ Der Altenpflegesektor ist personalintensiv, beispielsweise entfallen rund zwei Drittel der Pflegeheimkosten auf Personalkosten (vgl. beispielsweise Augurzky et al., 2008, 40). Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Pflegekosten in Zukunft aufgrund steigender Lohnkosten ebenfalls steigen und somit einen Ausgabendruck sowohl auf die Pflegeversicherung als auch die Eigenanteile entfalten (hierzu auch Fetzer et al., 2003, 18).

3 Analyse ausgewählter Maßnahmen des Pflegereformvorhabens 2021

Mit der Pflegereform 2021 sollen laut Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) grundlegende Strukturen überdacht und die SPV zukunftsfest gemacht werden. Hier werden im Folgenden die verschiedenen Vorhaben der Reform analysiert und dabei auch ihre langfristigen Finanzierungsfolgen betrachtet.

Dabei geht es hauptsächlich um die Finanzsituation der SPV sowie mögliche Folgen für das Steuersystem. Viele der Reformvorhaben berühren hingegen die PPV gleichermaßen, da beiden Teilsystemen – SPV und PPV – unter dem Dach der gesetzlichen Pflegeversicherung derselbe Leistungskatalog zugrunde liegt. Mögliche finanzielle Folgen für die PPV und damit für die Privatversicherten werden hier jedoch nicht betrachtet – dies bedarf weiterer Analysen.

Hier stehen stattdessen die SPV, das Steuersystems sowie die künftige individuelle Vorsorge außerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung im Fokus.

Dabei können finanzielle Folgen für einige der geplanten Maßnahmen nur grob berechnet werden, da die verfügbare Datenlage nicht ausreichend ist. Deshalb geht es im Folgenden nicht darum, eine exakte Vorhersage der Reformkosten zu treffen und diese für die Zukunft zu prognostizieren. Entscheidend ist vielmehr herauszuarbeiten, welche Richtung mit dem Reformvorhaben eingeschlagen wird, und wie diese zu bewerten ist. Simulationsrechnungen können dies veranschaulichen, dürfen aber nicht als Punktprognose missverstanden werden.

3.1 „Entlohnung nach Tarif“ der beruflich Pflegenden

Wie in Abschnitt 2 beschrieben, ist der Fachkräfteengpass in der Altenpflege akut. Dieser soll laut Eckpunktepapier des BMG und auch weiterhin nach aktuellen Plänen insbesondere durch zwei Maßnahmen überwunden werden: Zum einen soll eine Entlohnung nach einem

⁶ Diese Annahme basiert auf der sogenannten Baumol'schen Kostenkrankheit, für eine Auseinandersetzung mit diesem Konzept siehe beispielsweise Hartwig und Krämer (2017).

Tarifvertrag für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen Voraussetzung für die Zulassung der Versorgung werden. Zum anderen soll die gesetzliche Grundlage zur schrittweisen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens geschaffen werden.

Allerdings wird nicht weiter ausgeführt, welcher Tarifvertrag zugrunde gelegt werden soll, entsprechend unklar ist das Volumen eines gegebenenfalls höheren Finanzierungsbedarfs. Ein Forschungsgutachten aus dem Jahr 2019 (Tisch et al.) zeigt einen zusätzlichen Finanzbedarf zwischen rund 1,6 und knapp 5,2 Milliarden Euro auf, je nachdem, welcher Zieltarif bei einer Tarifbindung in der Pflege angenommen wird. Der Bundesgesundheitsminister selbst nannte in einem Interview einen Betrag in Höhe von rund 2 Milliarden Euro im Einführungsjahr 2021 durch diese Maßnahme.⁷

Wie in den folgenden Abschnitten noch näher ausgeführt wird, werden im Reformvorhaben aber künftige Lohnkostensteigerungen nicht in den Versicherungspauschalen für die ambulante Pflege berücksichtigt. Deshalb ist nicht ganz ersichtlich, ob sich dieser genannte Mehrkostenbedarf von 2 Milliarden Euro ausschließlich auf die stationäre Pflege bezieht oder mit eingerechnet ist, sodass sich durch die flächendeckende Zahlung von Tariflöhnen auch die ambulante Pflege verteuern kann. Dann könnten auch – so dies nicht durch die Pflegeversicherung übernommen wird – private Zuzahlungen (Eigenanteile) für die entsprechenden Dienstleistungen steigen. Damit besteht Klärungsbedarf für die private Vorsorge für die ambulante Pflege, da eigenverantwortliche Lösungen vor allem langfristige Planungssicherheit voraussetzen.

Hier wird im Folgenden unterstellt, dass sich die genannten 2 Milliarden Euro ausschließlich auf den höheren Finanzierungsbedarf für die SPV und damit auf den stationären Sektor beziehen und etwaige Kostensteigerungen in der ambulanten Pflege nicht miteinkalkuliert sind.

In den ambulanten Pflegediensten waren im Jahr 2017 – in Vollzeitäquivalenten betrachtet – bundesweit gut ein Drittel des Pflegepersonals in der Altenpflege tätig (Statistisches Bundesamt, 2018; eigene Berechnungen). Auf Basis der Ergebnisse von Tisch et al. (2019), die ebenfalls mit der Datenbasis aus dem Jahr 2017 rechnen, lägen damit die Kosten einer Tarifbindung allein für die ambulanten Pflegedienste grob geschätzt zwischen 0,7 und 2 Milliarden Euro.⁸ Allerdings unter der Annahme, dass sich der Finanzbedarf einer Tarifanpassung gemäß der Anteile des beschäftigten Personals (in Vollzeitäquivalenten) auf den stationären und ambulanten Pflegektor verteilt. Berücksichtigt man die Aussage des Bundesgesundheitsministers zu den Mehrkosten und nimmt diese allein für die stationäre Pflege an, entspräche dies in etwa dem bei Tisch et al. (2019) ausgewiesenen Szenario 2 und damit einem Mehrfinanzbedarf von 1,3 Milliarden Euro für die ambulante Pflege bei einer Einführung von Tariflöhnen. Diese 1,3 Milliarden Euro müssten dann von den Pflegebedürftigen selbst aufgewendet werden, die durch ambulante Dienstleister versorgt werden, das heißt die Eigenanteile für ambulante Pflegeleistungen fielen entsprechend höher aus als bisher.

⁷ Der Bundesgesundheitsminister in seinem Interview in der BILD am Sonntag, a. a. O.

⁸ Nicht betrachtet wird hier der untere Wert eines gestaffelten Mindestlohns (Szenario 3), da der Bundesgesundheitsminister die Kosten der Tarifbindung mit rund 2 Milliarden Euro angegeben hat, dieser untere Wert jedoch bei gut 1,6 Milliarden Euro liegt.

3.2 Häusliche Pflege: Umstrukturierung und langfristige Einschränkung

3.2.1 Umstrukturierung der häuslichen Pflege

In dem Eckpunktepapier sind verschiedene Maßnahmen für die häusliche Pflege genannt. Laut Medienberichten werden diese auch in den aktuellen Plänen beibehalten. Neben einer Dynamisierung der Leistungsbeträge (Abschnitt 3.2.2) erfasst das Papier insbesondere folgende Teilaspekte:

Zusätzliche Mittel für Pflegehilfsmittel

Die Pauschale für Pflegehilfsmittel soll nicht nur temporär wie im Zuge der Corona-Pandemie geschehen, sondern dauerhaft von 40 auf 60 Euro im Monat angehoben werden. Das ist eine Steigerung um 50 Prozent. Die Kosten dieser Maßnahme können hier nur grob geschätzt werden, denn die Ausgaben für Pflegehilfsmittel werden in den Finanzierungsdaten der SPV (BMG, 2020a) nicht separat aufgeführt, sondern finden sich als Posten zusammen mit den sogenannten „wohnumfeldverbessernden“ Maßnahmen. Geht man davon aus, dass knapp 30 Prozent der Ausgaben in diesem Posten für Pflegehilfsmittel getätigt werden,⁹ könnte ein Anheben der Pauschale im ersten Jahr gut 180 Millionen Euro zusätzlich kosten. Steigen die Pflegefallzahlen in Zukunft und erhöht sich damit auch der Bedarf an Pflegehilfsmitteln, ist bei diesem Posten von einer kontinuierlichen Ausgabensteigerung auszugehen, die nach Umsetzen dieses Bausteins dann auf einem höheren Ausgangsniveau aufsattelt.

Zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit für 24-Stunden-Betreuungspersonen

Darüber hinaus soll es künftig „unter bestimmten Bedingungen“ möglich sein, bis zu 40 Prozent des Pflegesachleistungsbetrags auch für eine 24-Stunden-Betreuungsperson im eigenen Haushalt zu nutzen. Zum einen sind diese „bestimmten Bedingungen“ nicht weiter ausgeführt worden, zum anderen ist die Datenlage zu dünn, um die finanziellen Folgen für die SPV exakt berechnen zu können. Denn in welchem Umfang solche Angebote genutzt werden, wird bisher nicht umfangreich erfasst. Es kursieren zwar Schätzungen, wie beispielsweise vom Sozialverband VdK oder dem Verband für häusliche Betreuung und Pflege e. V. (VHBP). Allerdings weisen diese eine hohe Varianz auf und sind aufgrund der nicht vorhandenen Datenbasis auch nicht überprüfbar. Der VHBP¹⁰ geht von 300.000 Haushalten aus, in denen ein solches Angebot genutzt würde, die Anzahl der in einem solchen Haushalt lebenden Pflegebedürftigen ist hingegen nicht ausgewiesen. Der Sozialverband VdK¹¹ nennt zwischen 300.000 und 500.000 Pflegebedürftige, die zu Hause durch entsprechende Haushaltshilfen versorgt würden.

⁹ Zuletzt wies die Bundesregierung in ihrem 6. Pflegebericht (2016, 80) die Ausgaben für Pflegehilfsmittel für das Jahr 2015 aus; diese lagen bei rund 30 Prozent der Gesamtausgaben für den Posten Pflegehilfsmittel/wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (eigene Berechnungen auf Basis Bundesregierung, 2016, BMG, 2020a).

¹⁰ <https://www.vhbp.de/positionen/>

¹¹ Zitiert im Ärzteblatt am 25. März 2020: „Massive Engpässe bei häuslicher Pflege wegen Ausfalls osteuropäischer Helfer“ (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111314/Massive-Engpaesse-bei-haeuslicher-Pflege-wegen-Ausfalls-osteuropaeischer-Helfer> [2.12.2020]).

Andere Umfrageergebnisse weisen hingegen auf eine etwas niedrigere Nutzung dieser Angebote hin. So nennen Hielscher et al. (2017, 95) eine Zahl von rund 163.000 Pflegehaushalten, die eine 24-Stunden-Pflege in Anspruch nehmen. Laut dieser Auswertung sind insbesondere Pflegebedürftige mit Demenz betroffen (Hielscher et al., 2017, 49). Räker et al. (2020, 89) kommen in ihrer Hochrechnung auf rund 210.000 Pflegebedürftige. Gleichzeitig gaben in ihrer Umfrage gut 67 Prozent der Befragten mit 24-Stunden-Pflegearrangements an, einen Pflegedienst und andere Dienste in Anspruch zu nehmen (Räker et al., 2020, 92). Darüber hinaus zeigt sich in diesen Ergebnissen, dass diejenigen, die eine 24-Stunden-Pflege in Anspruch nehmen, eine deutlich höhere Pflegeschwere aufweisen als die Gesamtheit der Befragten (ebda., 90).

Auf Basis der Daten von Räker et al. (2020) kann eine sehr vorsichtige Schätzung vorgenommen werden, wie hoch die zusätzlichen Ausgaben dieser geplanten Maßnahme sein könnten. Angenommen wird, dass nur diejenigen 40 Prozent des Sachleistungsbudgets umwandeln, die bisher ausschließlich Pflegegeld bezogen haben. Dadurch wird hier der Ausgabeneffekt möglicherweise unterschätzt. Aufgrund mangelnder Daten wird ferner unterstellt, dass die von Räker et al. (2020, 89) hochgerechneten Pflegebedürftigen sich entsprechend der Gesamtheit der Pflegebedürftigen auf SPV und PPV verteilen (hierzu BMG, 2020b). Diese Annahme könnte die Ausgaben überschätzen, da Hielscher et al. (2017, 96) zeigen, dass eher Haushalte mit höherem Einkommen diese Leistungen nachfragen. Entsprechend könnte der Anteil der Privatversicherten und damit auch die Ausgaben für eine solche Maßnahme in der PPV höher liegen als hier unterstellt. Entsprechend der angenommenen Verteilung würde eine solche Reformmaßnahme knapp 480 Millionen Euro an Mehrausgaben für die SPV im Jahr der Einführung verursachen.

Steigt in Zukunft die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter an, sind eine höhere Nachfrage nach diesen Pflegearrangements und damit verbundene Mehrausgaben durch eine solche Reformmaßnahme für die SPV möglich. Umgekehrt ist gegenwärtig nicht absehbar, ob das jüngste Urteil des Landesarbeitsgerichts Berlin-Brandenburg zur Vergütung der 24-Stunden-Pflege¹² gegebenenfalls einen Nachfragerückgang bewirken wird.

Vorhaben zur Leistungseinschränkung

Gleichzeitig sollen nach Plänen des BMG auch Leistungen eingeschränkt werden: Bei der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen oder dem Pflegegeld sollen die Leistungen der Tagespflege ab dem Jahr 2022 auf 50 Prozent begrenzt werden. Damit würde ein Schritt der Pflegereformen aus jüngerer Zeit wieder zurückgenommen. Denn erst ab Januar 2015 war es – im Rahmen des sogenannten Pflegestärkungsgesetzes I – möglich, teilstationäre Leistungen zusätzlich zu den anderen beiden Leistungsarten in voller Höhe in Anspruch zu nehmen. Eine solche Maßnahme könnte also zu nicht unwesentlichen Einsparungen führen. Ein Vergleich der Auswertung der Zahlen zum Bezug von Pflegegeld, ambulanten Sachleistungen und gleichzeitiger Tages- oder Nachtpflege der BARMER (Rothgang/Müller, 2019, 143 f.) mit den absoluten Zahlen der Pflegebedürftigen in der teilstationären Pflege, die in der Pflegestatistik ausgewiesen waren (Statistisches Bundesamt, 2018), deutet darauf hin, dass kaum Pflegebedürftige

¹² Pressemitteilung Nr. 20/20 vom 17.8.2020, <https://www.berlin.de/gerichte/arbeitsgericht/presse/pressemitteilungen/2020/pressemitteilung.977319.php> [8.12.2020]

ausschließlich teilstationäre Leistungen nutzen, sondern weitere Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Entsprechend könnte eine solche Maßnahme die Ausgaben der SPV für teilstationäre Pflege nahezu halbieren – im Jahr 2019 lagen diese bei 940 Millionen Euro (BMG, 2020a).

Zu bedenken ist gleichzeitig jedoch, dass einige Pflegebedürftige ihren Leistungsbezug entsprechend umschichten könnten. Mindestens für diejenigen, die bisher Tagespflege und Pflegegeld kombinieren (laut Schätzungen von Rothgang und Müller (2019, 143) waren dies im Jahr 2018 rund 4,3 Prozent), besteht bei einer solchen Maßnahme der Anreiz, weiterhin die Leistungen für teilstationäre Leistungen in Anspruch zu nehmen und vollständig auf das Pflegegeld zu verzichten, oder sogar mittelfristig ein Pflegearrangement zu suchen, in dem ambulante Sachleistungen mit teilstationärer Pflege kombiniert werden können. Im ersteren Fall fiel die Leistungskürzung geringer aus, im letzteren Fall würden durch diese Gruppe sogar mehr Mittel der Pflegeversicherung beansprucht als bisher. Diese möglichen Ausweichreaktionen können somit dazu führen, dass Einsparungen für die SPV geringer ausfallen.

Die finanziellen Wirkungen einiger weiterer Maßnahmen, die die häusliche Pflege betreffen, sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund mangelnder Daten nicht seriös zu schätzen:

- Für Kurzzeit- und Verhinderungspflege soll künftig ein Gesamtjahresbetrag von 3.300 Euro gebildet werden.¹³ Darüber hinaus ist geplant, die für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege verlangte Vorpflegezeit von sechs Monaten abzuschaffen. Ob dies zu einer höheren Nachfrage dieser Leistungen führt und das Gesamtbudget häufiger ausgeschöpft wird, ist gegenwärtig nicht einzuschätzen.
- Gleichzeitig soll die stundenweise Inanspruchnahme von Verhinderungspflege eingeschränkt werden. Hierzu sollen ab Juli 2022 maximal 40 Prozent des Gesamtbudgets zur Verfügung stehen und damit insgesamt rund 1.100 Euro weniger als bisher, sollten Angehörige den Maximalbetrag von 2.418 Euro für die Verhinderungspflege einsetzen. Auch hier kann aufgrund nicht vorhandener Daten zum stundenweisen Einsatz von Verhinderungspflege nicht geschätzt werden, in welcher Größenordnung dadurch Mittel der Pflegeversicherung eingespart würden. Noch weniger ist vorhersehbar, ob und in welchem Umfang Angehörige die Verhinderungspflege neu organisieren würden, um den Gesamtjahresbetrag nutzen zu können. Mittelfristig sind Verhaltensänderungen hin zu einer längeren Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege jedoch anzunehmen.

Solange die gesetzliche Pflegeversicherung weiterhin Pauschalen für die ambulante Pflege gewährt, ist nicht davon auszugehen, dass sich die darüber hinausgehend vorgeschlagenen Maßnahmen auf die Finanzlage der Versicherung auswirken werden. Weder die vorgeschlagene Wahl zwischen Leistungskomplexen und Zeitkontingenten (anstelle der gegenwärtig vorherrschenden Wahl von Leistungskomplexen) für die Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege

¹³ Gegenwärtig besteht ein Anspruch auf einen Gesamtbetrag von 1.612 Euro für Kurzzeit- und von 1.612 Euro für Verhinderungspflege im Kalenderjahr. Nicht ausgeschöpfte Mittel der Kurzzeitpflege bis zu einem Betrag von maximal 806 Euro, und damit 2.418 Euro, können für Verhinderungspflege genutzt werden, umgekehrt kann das gesamte Budget der Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden – insgesamt 3.224 Euro.

noch eine stärkere Berücksichtigung von regionalen Gegebenheiten für Pflegedienste ist daher als deutlich ausgabenwirksam einzuschätzen.

Insgesamt handelt es sich bei allen genannten Maßnahmen um eine Umstrukturierung der häuslichen Pflege: Manche Leistungen werden flexibilisiert und leicht ausgeweitet, andere werden gekürzt, einzig für die 24-Stunden-Pflege ist im Vergleich zum Status quo eine recht deutliche Leistungsausweitung vorgesehen. Unter all den beschriebenen Unsicherheiten bei der Berechnung wäre für diese Umstrukturierungen schätzungsweise eine Summe von insgesamt 200 Millionen Euro an Mehrausgaben bei Einführung zu veranschlagen. Steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen und damit auch die derjenigen, die häuslich gepflegt werden, fallen allein aufgrund dieser Umstrukturierung dann weiter steigende Ausgaben an. Allerdings hängt deren zukünftige Entwicklung auch stark von der künftigen Dynamisierung der Versicherungsleistungen ab.

3.2.2 Leistungsrückgang durch unzureichende Dynamisierung

Laut Eckpunktepapier ist geplant, die Leistungsbeträge von Pflegesachleistungen, Pflegegeld und Tagespflege ab Juli 2021 um 5 Prozent anzuheben und ab 2023 jährlich mit der Inflationsrate steigen zu lassen. Auf Basis der Finanzergebnisse der SPV aus dem Jahr 2019 (BMG, 2020a) kalkuliert, würde dies zusätzliche Ausgaben in Höhe von gut 800 Millionen Euro im Jahr 2021 verursachen.

Eine Anpassung der Leistungsbeträge ist zwar gesetzlich nicht zwingend vorgesehen, allerdings muss laut § 30 SGB XI im Jahr 2020 eine Prüfung der „Notwendigkeit einer Anpassung“ erfolgen. Legt man, wie ebenfalls in § 30 SGB XI festgelegt, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgeschlossenen drei Kalenderjahre zugrunde, so zeigt sich zwischen 2017 und 2019 eine kumulierte Verbraucherpreisentwicklung von rund 4,6 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2020d), eine kumulierte Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer von über 6 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2020e) sowie ein kumulierter Anstieg der Bruttolohnsumme von 8,9 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2020f). Da die Anpassung erst im Jahr 2021 erfolgen soll, die Versicherungsleistungen seit dem Jahr 2017 aber nicht mehr verändert wurden, ist die Betrachtung der Jahre ab 2017 durchaus gerechtfertigt. Vor diesem Hintergrund liegt die geplante Anhebung der Leistungsbeträge um 5 Prozentpunkte durchaus im gesetzlich vorgegebenen Rahmen und schöpft diesen nicht einmal vollständig aus.

Allerdings ist für eine Beurteilung des Vorhabens auch die pflegesektorspezifische Steigerungsrate von Bedeutung. Für ambulante Pflegedienste liegen keine offiziellen Daten zu den Vergütungssätzen vor, es finden sich im Gegensatz zum stationären Sektor kaum Analysen zu den einrichtungsindividuellen Punktwerten, anhand derer Leistungen der ambulanten Pflegedienste vergütet werden.¹⁴ Für die Tagespflege wird die Vergütung hingegen vom Statistischen Bundesamt ausgewiesen. Ein Vergleich zwischen den Jahren 2017 und 2019 zeigt eine Steigerung der Vergütungssätze zwischen 9,9 Prozent für Pflegestufe 5 und 18,3 Prozent für Pflegestufe 1 (Statistisches Bundesamt, 2018; 2020c; eigene Berechnungen). Anzunehmen ist ferner, dass die Vergütung der ambulanten Pflegedienste auch von der Entwicklung der Löhne im Pflegesektor

¹⁴ Meißner (2017) zeigt für das Jahr 2017, dass sich ein Vergleich von Leistungen ambulanter Pflegedienste über Bundeslandgrenzen hinaus schwierig gestaltet.

bestimmt sein dürfte. Analysen des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) zeigen, dass der Median des monatlichen Bruttolohnentgelts für Helfer in der Altenpflege zwischen 2017 und 2019 um 10,4 Prozent und für Fachkräfte um 10,5 Prozent gestiegen ist (Seibert et al., 2018; Carstensen et al., 2020; eigene Berechnungen). Für eine Einschätzung lässt sich darüber hinaus auch die Entwicklung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile der stationären Pflege heranziehen – wird sie doch ebenfalls von der Entwicklung der Pflegekosten bestimmt, da auch hier die Leistungssätze der gesetzlichen Pflegeversicherung seit dem Jahr 2017 nicht angepasst wurden. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil in Pflegeheimen ist zwischen dem Jahr 2017 und dem 1.1.2020 im Bundesdurchschnitt um rund 25 Prozent gestiegen und erhöhte sich bis Mitte 2020 noch weiter, so dass sich aktuell eine Veränderung seit 2017 um knapp 34 Prozent ergibt (Rothgang et al., 2017, 29; vdek, 2020a; 2020b; eigene Berechnungen).

Diese Beobachtungen zusammengenommen ergeben ein Bild, wonach das Anheben der Leistungsbeträge um 5 Prozent für ambulante Pflegeleistungen weniger als eine Leistungsausweitung denn vielmehr als eine Leistungserhaltung oder sogar nur als eine Teilkompensation für eine reale Entwertung der ambulanten Pflegeleistungen zu bewerten ist. Einzig für das Pflegegeld, das als rein monetäre Versicherungsleistung eine Sonderrolle einnimmt, könnte von einer „Leistungsausweitung“ aus Sicht der Pflegeversicherung gesprochen werden – wenngleich auch hier unterstellt werden muss, dass für die Leistungsbezieher der reale Gegenwert abgenommen hat.

Gleichzeitig ist bei dieser Betrachtung der Vorschlag nicht berücksichtigt, auch für die ambulante Pflege Tariflöhne einzufordern (siehe Abschnitt 3.1). Selbst das günstigste Szenario von Tisch et al. (2019) und die anhand der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2018) errechneten damit verbundenen zusätzlichen Kosten von rund 0,7 Milliarden Euro für ambulante Pflegedienste würden eine Anhebung der Leistungssätze um weit mehr als 5 Prozent bedeuten. Um Leistungen nicht zu entwerten, müsste diese Anhebung allein für ambulante Sachleistungen (nicht mit eingerechnet sind teilstationäre Leistungen oder die Kurzzeitpflege) zwischen knapp 15 und gut 38 Prozent im Maximalszenario liegen (eigene Berechnungen auf Grundlage von Tisch et al., 2019; Statistisches Bundesamt, 2020c; BMG, 2020a).

Darüber hinaus soll laut Eckpunktepapier ab dem Jahr 2023 eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld und Tagespflege mit der Inflationsrate erfolgen. De facto handelt es sich damit für die Sachleistungen sowie die Tagespflege (ausgenommen hierbei wiederum das Pflegegeld) um eine kontinuierliche Leistungsentwertung, sobald man davon ausgeht, dass auch in Zukunft die Löhne im Pflegesektor nicht nur mit der allgemeinen Inflationsrate steigen, sondern sich mindestens an der allgemeinen Bruttolohnentwicklung orientieren. Selbst wenn auch für ambulante Pflegedienste in etwa die Faustregel gälte, dass nur rund zwei Drittel der Kosten auf Personalaufwendungen entfallen (beispielsweise Augurzky et al., 2008), müsste sich – so sich die Lohnentwicklung in diesem Sektor mindestens an der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung orientierte – eine Kostensteigerungsrate ergeben, die deutlich oberhalb der Inflationsrate liegt. Wird diese in die Preise für die Leistungen eingespeist, erhöhen sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Sachleistungen mittelfristig entsprechend.

Bei einer Steigerung der Leistungsbeträge der gesetzlichen Pflegeversicherung für ambulante Sachleistungen mit der Inflationsrate müssen zunehmend höhere Kosten von den häuslich Gepflegten selbst getragen werden oder durch eine teilweise Substitution von professioneller Pflege hin zu informeller Pflege durch Angehörige kompensiert werden. Letztlich handelt es sich bei der hier vorgeschlagenen Maßnahme um ein sukzessives „Ausschleichen“ der Versicherungsleistung im ambulanten Bereich, wie es bereits 2003 von Fetzter et al. (2003, 22 f.) für die gesamte Pflegeversicherung vorgeschlagen wurde: Versicherungsleistungen werden in diesem Vorschlag real fixiert¹⁵ – gleichzeitig sollte dies nach Fetzter et al. (2003) nicht auf Kosten des Pflegepersonals erfolgen, was im Eckpunktepapier des BMG durch die Tarifbindung und das Verschieben von Kostenanteilen in die private Finanzierungsverantwortung umgesetzt werden soll.

3.2.3 Geplante Finanzierung der ambulanten Reformmaßnahmen: Auslagerung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Aus Mitteln sowohl der SPV als auch der PPV werden unter anderem Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen gezahlt, die nicht erwerbsmäßig pflegen (beispielsweise Angehörige). Laut Eckpunktepapier soll diese Leistung aus der Pflegeversicherung herausgenommen und stattdessen vom Bund übernommen werden.

Auf die Bilanz der SPV würde sich dies positiv auswirken, verursacht doch dieser Posten im Jahr 2019 Aufwendungen in Höhe von knapp 2,4 Milliarden Euro. Entsprechend würden dadurch Mehrausgaben für die geplanten Maßnahmen im ambulanten Bereich mehr als überkompensiert. Unter der Annahme, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen auch in Zukunft weiterhin zunimmt, und für den Fall, dass dann auch in der Summe mehr Pflegepersonen im häuslichen Umfeld pflegen, würde die SPV auch langfristig deutlich entlastet.

Für den Bund entstünde hingegen ein entsprechender, in Zukunft kontinuierlich steigender Finanzbedarf. Zu beachten ist hierbei aber, dass ein solcher Reformschritt möglicherweise auch für die PPV gelten müsste – auch sie trägt die Kosten der sozialen Absicherung von Pflegepersonen. Bei SPV und PPV zusammen fielen im Jahr 2019 knapp 2,5 Milliarden Euro für diese Versicherungsaufgabe an.

3.2.4 Zusammenfassung: Auswirkungen der Reformmaßnahmen in der häuslichen Pflege auf die Bilanz der sozialen Pflegeversicherung

Die Folgen der vorgeschlagenen Reformmaßnahmen in der häuslichen Pflege für die SPV lassen sich anhand einer Simulation¹⁶ verdeutlichen. Dazu werden drei Szenarien entworfen: ein Basisszenario, ein Tarifszenario und ein Reformszenario. Betrachtet werden ausschließlich die Ausgaben, die der häuslichen Pflege zuzuordnen sind, darunter Pflegegeldleistungen, ambulante Sachleistungen, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege sowie Pflegehilfsmittel. Verwaltungskosten, Ausgaben für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und sonstige Ausgaben werden nicht berücksichtigt.

¹⁵ Im Vorschlag des BMG fällt die reale Entwertung allerdings nicht so drastisch wie bei Fetzter et al. (2003, 22) aus, die eine nominale Fixierung vorschlagen.

¹⁶ Eine detaillierte Beschreibung der Annahmen und Methodik des Simulationsmodells finden sich im Anhang.

Für das **Basisszenario** wird Folgendes angenommen (vgl. auch Anhang zur genauen Beschreibung der Methodik):

- Status quo: Es werden keine der oben genannten Umstrukturierungen in der häuslichen Pflege vorgenommen.
- Soziale Sicherung für Pflegepersonen: Die soziale Sicherung der Pflegepersonen bleibt im Basisszenario ebenfalls Bestandteil der Pflegeversicherung.
- Dynamisierung mit pflegesektorspezifischer Rate: Es wird angenommen, dass die Versicherungsleistungen für die ambulante Pflege ab dem Jahr 2021 mit der pflegesektorspezifischen Rate wachsen, die durch das Lohnwachstum bestimmt wird. Auch das Pflegegeld wird mit dieser Rate fortentwickelt.

Das **Tarifszenario** entspricht in den oben genannten Punkten dem Basisszenario; einzig wird darüber hinaus unterstellt, dass ab dem Jahr 2021 flächendeckende Tariflöhne gezahlt werden (vgl. Abschnitt 3.1) und der daraus resultierende Finanzbedarf ebenfalls von der gesetzlichen Pflegeversicherung übernommen wird. Der SPV würden dadurch zusätzliche Ausgaben in geschätzter Höhe von rund 1,3 Milliarden Euro für ambulante Leistungen entstehen (berechnet auf Grundlage des Szenarios S2 von Tisch et al. (2019) sowie den Anteilen des Pflegepersonals in Vollzeitäquivalenten bei ambulanten Pflegediensten, Statistisches Bundesamt (2018)).

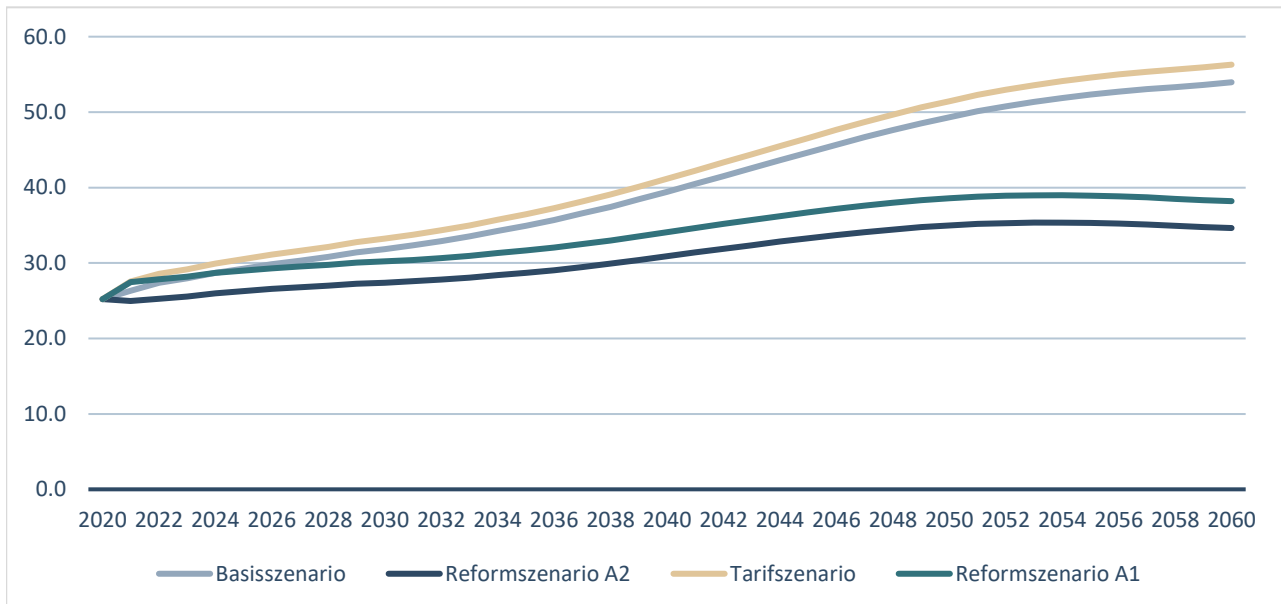
Im **Reformszenario A1** sind alle vorgeschlagenen Maßnahmen für die häusliche Pflege eingerechnet, sofern sie sich kalkulieren lassen. Die soziale Sicherung der Pflegepersonen verbleibt allerdings als Ausgabenbestandteil in der SPV.

Im **Reformszenario A2** werden alle Maßnahmen des Eckpunkteapiers für die häusliche Pflege ab dem Jahr 2021 umgesetzt und gleichzeitig die soziale Sicherung der Pflegepersonen aus der der Finanzverantwortung der SPV herausgenommen.

Der Vergleich zeigt, dass die Ausgaben der SPV im Reformszenario A2 sofort leicht zurückgehen (Abbildung 3-1). Innerhalb der SPV werden in diesem oben beschriebenen Szenario insbesondere zunächst dadurch Mittel gespart, dass die soziale Sicherung der Pflegepersonen nicht mehr durch die Pflegeversicherung finanziert werden muss. Über den Simulationszeitraum hinweg gewinnt jedoch noch ein anderer Faktor immer mehr an Bedeutung: die Rate der Leistungsdynamisierung. Dies wird im Vergleich des Basisszenarios und des Reformszenarios A1 besonders deutlich: Zunächst steigen die Ausgaben im Reformszenario A1 zwar im Vergleich zum Basisszenario etwas an. Dieser Anstieg wird jedoch zunehmend durch die geringere Dynamisierungsrate in A1 kompensiert. Mittelfristig kommt es durch die reale Leistungsentwertung zu einer Ausgabensparnis im Reformszenario A1. Mitte der 2030er Jahre liegt sie bereits bei rund 6 Milliarden Euro, Anfang der 2040er Jahre bei über 8 Milliarden Euro (beide Angaben in heutigen Preisen) als im Basisszenario, in dem per Annahme steigende Lohnkosten für das Pflegepersonal innerhalb der Versicherungsleistungen abgegolten werden.

Abbildung 3-1: Entwicklung der Pflegeversicherungsausgaben für häusliche Pflege

In heutigen Preisen, in Milliarden Euro



Eigene Berechnung und Darstellung

Langfristig ist somit nicht die Ausgliederung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen der entscheidende Faktor (Reformszenario A2), sondern die Leistungsdynamisierung ausschließlich mit der Inflationsrate.

Allerdings bedeutet dies nicht, dass die Pflege im häuslichen Umfeld insgesamt günstiger wird. Nur die Versicherungsleistungen gehen in diesem Bereich im Vergleich zum Status quo sukzessive zurück, falls sich die Pflegekosten dynamischer entwickeln als die allgemeinen Preise. Die Ausgabendifferenz, die hier zwischen dem Basis- und dem Reformszenario A1 entsteht, müsste nunmehr von den im häuslichen Umfeld Gepflegten selbst getragen werden (steigende Eigenanteile). Wird zudem eine Tarifbindung auch für ambulante Dienstleister eingeführt, würden diese privat zu tragenden Ausgaben für häusliche Pflege noch höher liegen und im Zeitverlauf weiter zunehmen. Dies zeigt der Vergleich zwischen Reformszenario A1 und Tarifszenario: Gerechnet in heutigen Preisen liegen die Ausgaben für das Tarifszenario – also Leistungen des Status quo bei allgemein geltenden Tariflöhnen in der Pflege – Mitte der 2030er Jahre mit rund 8 Milliarden Euro über denen des Reformszenarios. Diese Differenz wächst auf knapp 16 Milliarden Euro Ende der 2040er Jahre und über 20 Milliarden Euro ab Ende der 2050er Jahre an – jeweils in heutigen Preisen. Diese Differenz markiert folglich den privaten Vorsorgebedarf für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung.

Die Reform, wie sie im Eckpunktepapier vorgeschlagen wird, führt somit kurzfristig nur zu etwas geringeren Ausgaben, langfristig ist hingegen ein deutlicher Rückgang der Versicherungsleistungen und damit einhergehend ein deutlich geringerer Wachstumspfad für die Ausgaben im ambulanten Bereich angelegt. Würde die Reform so umgesetzt, müssten die Versicherten entsprechend in höherem Umfang für ambulante Pflegeleistungen privat vorsorgen, um ein in Zukunft identisches Leistungsniveau wie heute für die häusliche Pflege zu erhalten.

3.3 Stationäre Pflege: deutliche Leistungsausweitung

Gleichzeitig sollen die Versicherten in der privaten Vorsorge entlastet werden. Denn die in der vorgeschlagenen Reform wohl umfangreichste Maßnahme stellt die Neuregelung bezüglich der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in der vollstationären Pflege dar: Ursprünglich geplant war, diesen auf maximal 700 Euro pro Monat zu fixieren und die Zahlung eines Eigenanteils auf längstens 36 Monate zu begrenzen. Dieser Reformschritt entspricht in seiner Konstruktion dem bereits seit längerem diskutierten sogenannten „Sockel-Spitze-Tausch“ in der Pflegeversicherung (vgl. Rothgang et al., 2019). Laut Aussagen des Bundesgesundheitsministers sollte dieser Reformschritt rund 3 Milliarden Euro kosten.¹⁷ Nun ist laut Medienberichten¹⁸ stattdessen eine Staffelung der Eigenanteile geplant: reduziert wird der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach einem Jahr um 25 Prozent, im dritten Jahr um 50 Prozent und nach drei Jahren um 75 Prozent – kosten soll dies rund 2,5 Milliarden Euro, also rund 500 Millionen weniger als in den ursprünglichen Plänen.

Die finanziellen Folgen dieses Vorschlags lassen sich in einer Simulationsrechnung veranschaulichen. Allerdings können die finanziellen Wirkungen durch die Begrenzung des Eigenanteils nur im Rahmen einer Heuristik geschätzt werden (vgl. Anhang). Deshalb ist hier weniger das exakte Finanzergebnis als vielmehr die Differenzen zwischen den Szenarien entscheidend für die Bewertung.

Verglichen werden folgende Szenarien:

- Im **Basisszenario** bleibt die gegenwärtige Aufteilung der stationären Pflegekosten in Versicherungsleistungen und Eigenanteile bestehen. Unterstellt wird allerdings, dass ab dem Jahr 2021 die Versicherungsleistungen mit der pflegesektorspezifischen Teuerungsrate dynamisiert werden. Damit wird implizit das Verhältnis zwischen Versicherungsleistungen und Eigenanteilen des Status quo fortgeschrieben. Aktuell liegt dieser Eigenanteil bei rund 774 Euro (vdek, 2020a) monatlich.
- Das **Tarifszenario** entspricht dem Basisszenario – einzig wird unterstellt, dass alle Pflegekräfte Tariflöhne erhalten und dies, angelehnt an die Angaben des Bundesgesundheitsministers und dem Szenario S2 bei Tisch et al. (2019), im Einführungsjahr 2021 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 2 Milliarden Euro verursacht.
- Im Reformszenario **S1 (pflegesektorspezifische Dynamisierung)** wird die Staffelung nach den neuen Plänen eingeführt. Letztlich führt diese Staffelung dazu, dass einmalig ein neues Verhältnis zwischen Versicherungsleistungen und Eigenanteilen bestimmt wird – die Versicherungsleistung also einmalig ausgeweitet und auf ein höheres Niveau angehoben wird. Für die Eigenanteile der Zukunft bedeutet dies aber auch, dass sie stärker als die Inflation steigen, falls künftige Lohnsteigerungen in der Pflege unterstellt werden.

¹⁷ „Pflege ist die soziale Frage der 20er Jahre“, Interview des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn in der BILD am Sonntag, a.a.O..

¹⁸ „Neuer Reformplan von Spahn: Eigenbeteiligung im Pflegeheim soll schrittweise sinken“, Redaktionsnetzwerk Deutschland, a.a.O.



Für die Reformszenarien wird die Zahlung nach Tariflohn und die Reform des Eigenanteils eingeführt. Im Vergleich zum ursprünglichen Vorschlag im Eckpunktepapier (Begrenzung und maximale Zahlungsdauer) enthält der neue Vorschlag einen entscheidenden Unterschied: Die Pflegebedürftigen werden auch in Zukunft an steigenden Pflegekosten beteiligt. Deutlich wird dies im Vergleich mit dem ursprünglichen Reformplan, hier dargestellt in einem weiteren Szenario:

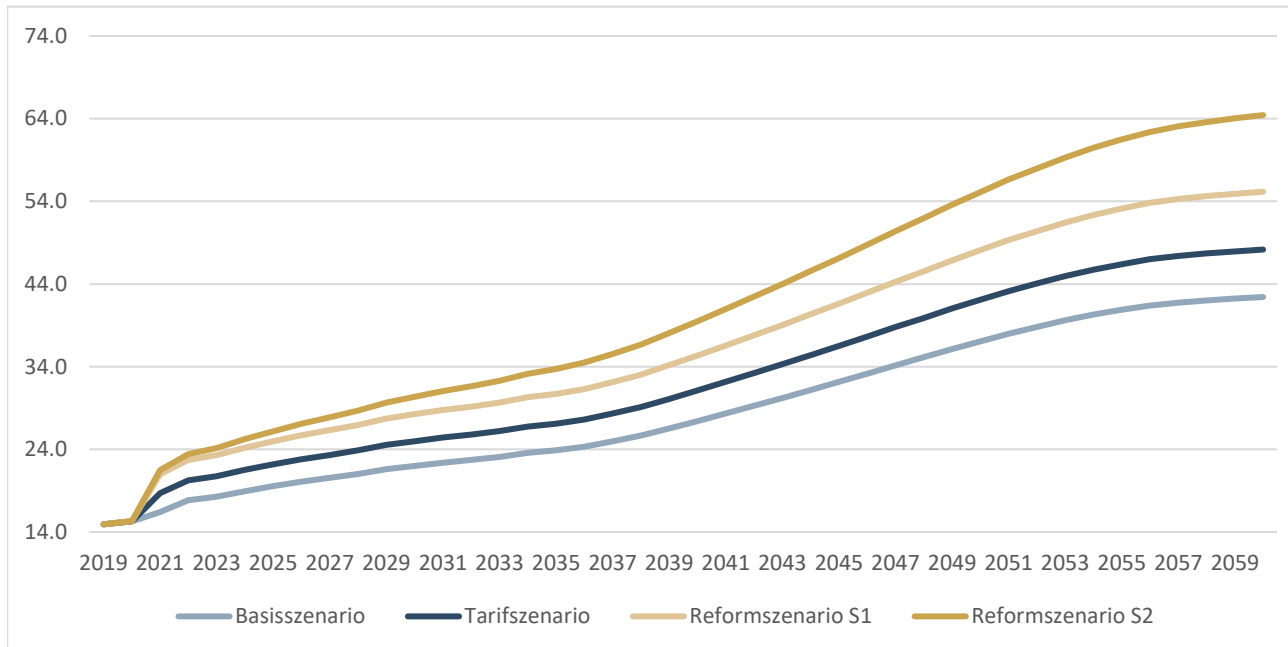
- Im Reformszenario **S2** wird gezeigt, welche Entwicklung die Ausgaben für die stationäre Pflege nach den ursprünglichen Plänen für den Eigenanteile (Begrenzung auf 700 Euro pro Monat und maximale Zahlungsdauer von drei Jahren) nehmen würden. Auch hier bleibt der Eigenanteil nominal konstant.

Nicht berücksichtigt wird die Frage, ob eine Begrenzung des Eigenanteils gegebenenfalls zu einer höheren Inanspruchnahme der vollstationären Versorgung führen könnte. Denn es ist zumindest theoretisch möglich, dass durch einen solchen Reformschritt der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen mittelfristig zunehmen kann. Allerdings gibt es bisher wenige Untersuchungen, die das Entscheidungsverhalten nachzeichnen und die Gewichtung der unterschiedlichen Dimensionen herausstellen. Inwieweit daher zwischen dem Wunsch, „in den eigenen vier Wänden“ gepflegt zu werden, und einer bei längerem Aufenthalt im Vergleich günstigeren stationären Pflege abgewogen würde, lässt sich gegenwärtig nicht genau vorhersagen.

Der Vergleich der Szenarien zeigt, dass insbesondere die Begrenzung der Eigenanteile einen langfristigen Ausgabentreiber darstellt (Abbildung 3-2).

Abbildung 3-2: Entwicklung der Pflegeversicherungsausgaben für die vollstationäre Pflege in den Szenarien

In heutigen Preisen, in Milliarden Euro



* Zur Verdeutlichung ist das Minimum der Ordinate auf 14 Mrd. Euro gesetzt.

Eigene Berechnung und Darstellung

Zwar verdoppeln sich auch im Tarifszenario die zusätzlichen Ausgaben für die höhere Entlohnung von den vom Bundesgesundheitsminister angesetzten 2 Milliarden Euro bis in die 2050er Jahre auf gut 4 Milliarden Euro (in heutigen Preisen). Dies liegt an der Annahme, dass aufgrund steigender Pflegefallzahlen auch ein steigender Personalbedarf notwendig wird – ersichtlich im Vergleich des Basis- mit dem Tarifszenario.

Der zusätzliche Finanzbedarf für die Fixierung der Eigenanteile ist hingegen mittel- bis langfristig ungleich höher. Das wird im Vergleich des Tarifszenarios mit den Reformszenarien deutlich:

- Selbst im nun neuen Vorschlag (Reformszenario S1), würde sich der zusätzliche Finanzbedarf dieser Maßnahme von den heute anvisierten rund 2,5 Milliarden Euro Reformkosten bis in die Mitte der 2040er Jahre auf gut 5 Milliarden Euro verdoppeln (in heutigen Preisen), bis Ende der 2050er Jahre läge er bei 7 Milliarden Euro.
- Allerdings liegt diese Variante in der Ausgabendynamik noch deutlich unter den ursprünglichen Reformplänen: Bei einer Fixierung der Eigenanteile und ohne weitere Dynamisierung (Reformszenario S2) wären hingegen bereits im Jahr 2035 über 6 Milliarden Euro zusätzlich aufzuwenden gewesen, um diese Maßnahme zu bezahlen, Ende der 2050er Jahre gut 16 Milliarden Euro (beide Angaben in heutigen Preisen).

Im Eckpunktepapier des BMG findet sich der Hinweis, dass die „Vermeidung von Überforderung durch zu hohe Eigenanteile“ als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu interpretieren sei und deshalb ein pauschaler Bundeszuschuss in die SPV fließen solle. Damit zeigt die Differenz zwischen dem Reformszenario und dem Tarifszenario an (Abbildung 3-2), wie hoch ein entsprechender Zuschuss des Bundes auch in Zukunft sein müsste, um tatsächlich alle zusätzlichen Ausgaben durch die Fixierung des Eigenanteils bei geplanten flächendeckenden Tariflöhnen zu decken. Diese Ausgaben müssten – vorausgesetzt, die Versicherungsleistungen für die stationäre Pflege würden nicht weiter entwertet – die Pflegebedürftigen sonst durch private Vorsorge tragen.

Ähnlich wie bei der sozialen Absicherung der Pflegepersonen müsste aber – aus ökonomischer Perspektive – auch an dieser Stelle die PPV mitberücksichtigt werden, da sie bei einer Änderung des Leistungsrechts dieselbe „gesamtgesellschaftliche“ Aufgabe erbrächte. Für den Fiskus resultierte daraus ein nochmals höherer Finanzierungsbeitrag.

3.4 Weitere ausgabenwirksame Maßnahmen für die SPV

Als weitere Reformschritte werden die Stärkung der Kurzzeitpflege und eine Änderung der Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation genannt. Die Ausgaben für letztere sollen zur Hälfte von der SPV getragen werden. Da jedoch die Ausgaben für Rehabilitation im Rahmen der Ausgabenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht als eigenständiger Posten aufgeführt sind, wird hier im Folgenden auf eine Schätzung der möglichen Ausgabensteigerung für die SPV verzichtet. Ebenso kann nicht geschätzt werden, welche zusätzlichen Ausgaben durch einen Ausbau der Kurzzeitpflege entstehen können – das Reformvorhaben im Eckpunktepapier ist hierzu nur skizziert beziehungsweise verweist auf eine Verpflichtung der Pflegeselbstverwaltung. Inwieweit ein solches Ziel auch erreicht und dann entsprechend genutzt wird, hängt auch davon ab, wie diese Verpflichtung ausgestaltet ist.

3.5 Pläne für die Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung

Weitere Vorhaben betreffen die Einnahmenseite der SPV: Die Ansparphase des Pflegevorsorgefonds soll bis zum Jahr 2050 verlängert werden, gleichzeitig sollen zusätzliche Mittel aus einer Beitragssatzerhöhung für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte in den Fonds fließen.

Eine solche Reform kann im demografischen Wandel weitere Finanzierungsspielräume eröffnen. Allerdings entfalten sie nur dann ihre Wirkung, wenn hierfür weitere Änderungen im SGB XI vorgenommen werden. Denn nach bisheriger Regelung können ab dem Jahr 2035 maximal 5 Prozent des zum 31.12.2034 vorhandenen Fondsvermögens genutzt werden, um den Beitragssatz in der Pflegeversicherung zu stabilisieren (§ 136 SGB XI). Wird diese Regel nicht geändert, dann bleiben die Wirkungen dieser Reformmaßnahme voraussichtlich gering, möglicherweise treten sie gar nicht auf. Zudem kann dann die Verhältnismäßigkeit eines solchen Fonds in Frage gestellt werden.

Dies wird wiederum anhand einer Beitragssatzsimulation mit mehreren Szenarien verdeutlicht:

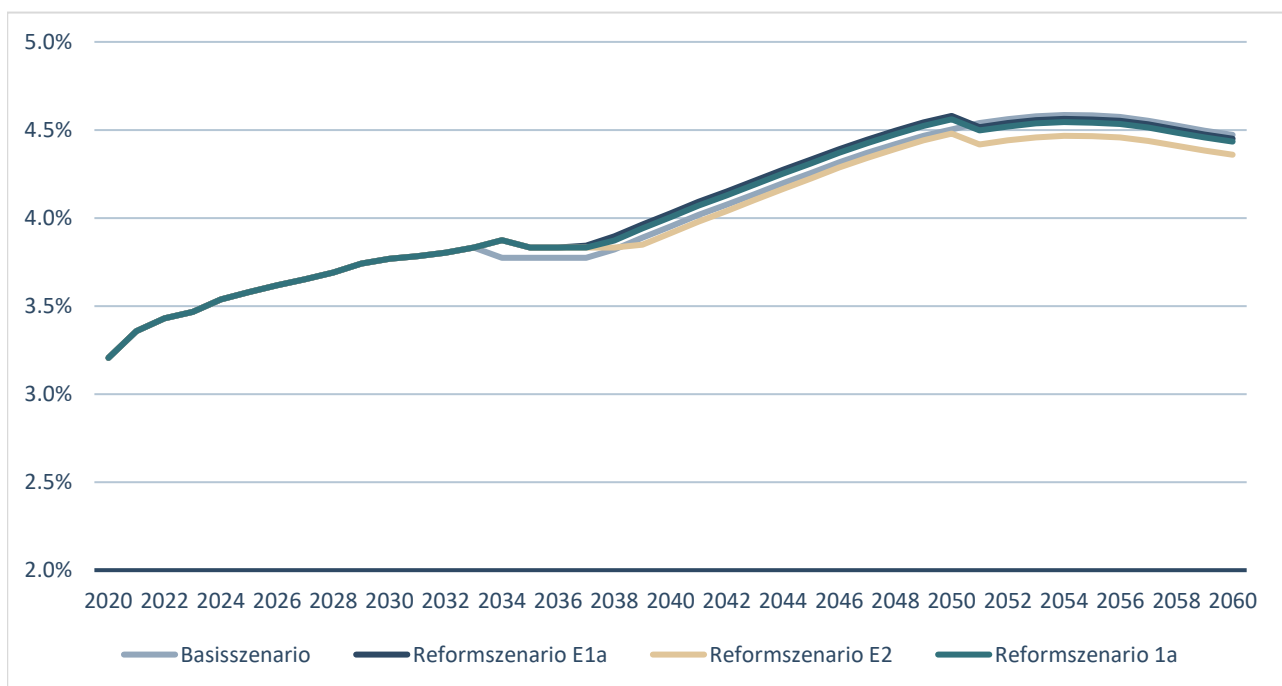
- Ein Basisszenario, in dem der aktuelle Status quo für die Ausgaben- und Einnahmenseite abgebildet ist,

- ein Reformszenario E1a, in dem sowohl die Einzahlungen in den Pflegevorsorgefonds über das Jahr 2034 hinaus verlängert werden als auch zusätzlich 0,1 Beitragssatzpunkte der Kinderlosen in den Fonds fließen,
- sowie einem Reformszenario E1b, in dem die Einzahlungen der Kinderlosen verdoppelt werden.
- In einem Reformszenario E2 werden hingegen sowohl die Einzahlungen gemäß des Eckpunktapiers vorgenommen als auch die Auszahlungsregel des Fonds variiert. Konkret wird in diesem Szenario angenommen, dass bis zu 10 Prozent des 2034 vorhandenen realen Vermögenswerts des Fonds ausgezahlt werden darf.¹⁹

Da Daten zu der Anzahl der Kinderlosen in der SPV sowie ihren Beitragszahlungen nicht öffentlich zugänglich sind, wird diese Größe geschätzt (vgl. Anhang) – die Simulation illustriert daher aufgrund möglicher Schätzfehler bezüglich dieser Größe die Unterschiede zwischen den Szenarien und ist nicht als exakte Prognose zu verstehen.

Abbildung 3-3: Beitragssatzentwicklung bei Reform des Pflegevorsorgefonds in Szenarien

In Prozent



*Zur besseren Sichtbarkeit ist der Minimalpunkt der Ordinate bei 2,0 Prozent festgesetzt.

Eigene Berechnung und Darstellung

In der Simulation zeigt sich, dass eine solche Reform ohne gleichzeitige Anpassung der Auszahlungsregel keine Wirkung für den durchschnittlichen Beitragssatz zeigt. Die Beitragssatzdynamik

¹⁹ Die Daten und die Methode der Berechnung sind detailliert im Anhang beschrieben.

ab den 2035er bis in die 2050er Jahre wird nicht gebremst – ab Zeitpunkt der Auszahlungsphase liegt der Beitragssatz in den Reformszenarien E1a und E1b im Vergleich zum Basisszenario sogar leicht höher, da in diesen Szenarien auch nach 2034 weiterhin in den Fonds eingezahlt wird. Das liegt daran, dass der reine Ansparzeitraum im Verhältnis relativ kurz und die Einzahlungen aus 0,1 Beitragssatzpunkten beziehungsweise 0,2 Beitragssatzpunkten von Kinderlosen im Verhältnis recht niedrig dimensioniert sind – selbst in dem Szenario E1b, in dem die Einzahlungen der Kinderlosen doppelt so hoch sind wie im Szenario E1a und E2. Daher ist das Fondsvermögen im Jahr 2034 in den Reformszenarien zwar etwas höher als im Basisszenario. Allerdings könnten zu diesem Zeitpunkt in allen Reformszenarien noch nicht einmal die Versicherungsausgaben eines ganzen Jahres aus dem Fonds gedeckt werden. Durch die geänderten Einzahlungsregeln schmilzt jedoch das Fondsvermögen in den Szenarien E1a und E1b nach 2034 bis zur Mitte der 2045 Jahre weniger stark ab als im Basisszenario, entsprechend höher sind die Renditeeinnahmen des Fonds. In beiden Szenarien tritt zum Ende der Einzahlungsphase (2048 im Reformszenario E1a beziehungsweise 2045 in Reformszenario E1b) ein Punkt ein, in dem die Einzahlungen höher liegen als die Auszahlungen aus dem Fonds.

Nur eine geänderte Auszahlungsregel wie im Reformszenario E2 bringt in der Simulation eine Beitragssatzentlastung ab Ende der 2030er Jahre – vorher überwiegt auch in diesem Szenario die geänderte Einzahlungsregel und damit die über 2034 hinausgehende Beitragssatzerhöhung um 0,1 Prozentpunkte. Allerdings ist auch diese Entlastung weiterhin verhältnismäßig gering und hat die Höhe von etwa 0,1 Beitragssatzpunkten ab Ende der 2030er Jahre bis zum Ende des Betrachtungszeitpunkts. Wie beschrieben liegt dies an der im Verhältnis zu den Ausgaben der SPV relativ niedrigen Dimensionierung des Fonds.

Ein weiterer Vorschlag sieht vor, einen pauschalen Bundeszuschuss für die Finanzierung „gesamtgemeinschaftlicher Aufgaben“ einzuführen. Der quantitative Umfang wurde im ursprünglichen Eckpunktepapier nicht weiter präzisiert. Inzwischen wird laut Medienberichten ein dauerhafter Zuschuss von insgesamt 5,1 Milliarden Euro geplant.²⁰ Zwar wird dies nicht weiter ausgeführt, allerdings wird hier angenommen, dass sowohl die „soziale Sicherung von Pflegepersonen“ als auch die Finanzierung der Eigenanteile bereits eingepreist sind.

Für die Berechnung der einnahmeseitigen Wirkungen interessant wären jedoch ausschließlich die zusätzlichen Mittel, die für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Partnern fließen würden. Der GKV-Spitzenverband (2018) nennt für das Jahr 2018 eine Summe von 2,7 Milliarden Euro für die Finanzierung „gesamtgemeinschaftlicher Aufgaben“, bezieht hierbei aber explizit die „soziale Sicherung der Pflegepersonen“ als einen Bestandteil mit ein. Dieser Posten ist in der Simulation jedoch bereits unter den Ausgaben berücksichtigt (vgl. Abschnitt 3.2.3): Im Jahr 2018 entfielen hierauf bereits rund 2,1 Milliarden Euro. Weitere 2,5 Milliarden Euro soll die Begrenzung der Eigenanteile laut Medienberichten kosten (siehe Abschnitt 3.3). Entsprechend läge bei einem Gesamtvolumen des Steuerzuschusses des Bundes von 5,1 Mrd. Euro ein zusätzlicher Bundeszuschuss für die beitragsfreie Mitversicherung auf der Einnahmenseite der SPV bei maximal rund 0,5 Milliarden Euro. Die Wirkung auf die Beitragssätze dieses Postens wird an

²⁰ „Neuer reformplan von Spahn: Eigenbeteiligung im Pflegeheim soll schrittweise sinken“, Redaktionsnetzwerk Deutschland, a.a.O.

dieser Stelle nicht weiter ausgewiesen – dazu ist unter anderem bisher nicht klar, ob überhaupt und wenn ja, wie ein solcher Steuerzuschuss dynamisiert werden soll. Aufgegriffen wird das Thema der kostenfreien Mitversicherung jedoch noch einmal in Abschnitt 4.2.

4 Reformmaßnahmen im Zusammenspiel: Finanzielle Auswirkungen auf SPV und Bund

Die Reformpläne zur Finanzierung der Pflegeversicherungsleistungen sind umfangreich und bedienen verschiedene Stellschrauben: Einerseits werden Leistungen im ambulanten Bereich umstrukturiert und mittel- bis langfristig im Vergleich zum Status quo aus der Finanzierung durch die Pflegeversicherung in die private Vorsorge verschoben (Abschnitt 3.2.). Andererseits werden die Versicherungsleistungen für die stationäre Pflege deutlich ausgeweitet, indem die privat zu finanzierenden Eigenanteile an den Pflegekosten im Durchschnitt gesenkt und zeitlich befristet werden (Abschnitt 3.3). Gleichzeitig soll auf der Einnahmenseite der Pflegevorsorgefonds ausgeweitet werden (Abschnitt 3.5). Darüber hinaus ist geplant, zusätzlich den Bund zur Finanzierung heranzuziehen, indem insbesondere die soziale Sicherung der Pflegepersonen (Abschnitt 3.2.3), die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Partnern (Abschnitt 3.5) sowie „die Vermeidung von Überforderung durch zu hohe Eigenanteile“ als gesamtgesellschaftliche Aufgaben interpretiert werden.

Damit besteht dieser Reformvorschlag aus zwei Teilen:

- Zum einen legen Leistungsänderungen sowie eine Reform des Pflegevorsorgefonds einen neuen Finanzierungspfad in der SPV an, gleichzeitig wird gegebenenfalls die Balance zwischen erforderlicher privater Vorsorge und Vorsorge im Rahmen der sozialstaatlichen Verantwortung neu ausgerichtet. Damit werden möglicherweise das Niveau für die künftige Höhe der Leistungsansprüche und damit der Pfad für den künftigen Finanzierungsbedarf durch den Sozialstaat verändert, die beide in einer alternden Bevölkerung in der Pflege tendenziell zunehmen.
- Zum anderen werden Finanzierungslasten aus der gesetzlichen Pflegeversicherung in die Verantwortung des Bundes gegeben. Dies ändert jedoch nichts an der Höhe des Finanzbedarfs per Saldo, sondern zieht nur eine andere Verteilung der Finanzierungsverantwortung und damit der -beteiligung **innerhalb** der einzelnen Generationen nach sich.

Entsprechend bietet sich eine Analyse in zwei Schritten an. Zunächst kann betrachtet werden, wie sich die geplanten Leistungsänderungen und eine Reform der Einnahmenseite auf die SPV auswirken würden, ohne dass der Bund zusätzlich in die Finanzierungsverantwortung genommen wird. In einem weiteren Schritt lässt sich dann herausstellen, welche Neuverteilung des Finanzbedarfs zwischen Sozialversicherung und Steuersystem angestrebt wird. Analysiert wird das Vorhaben zunächst ausschließlich mit Blick auf die SPV.

4.1 Auswirkungen geplanter Leistungsänderungen auf die Finanzierungsbasis der SPV

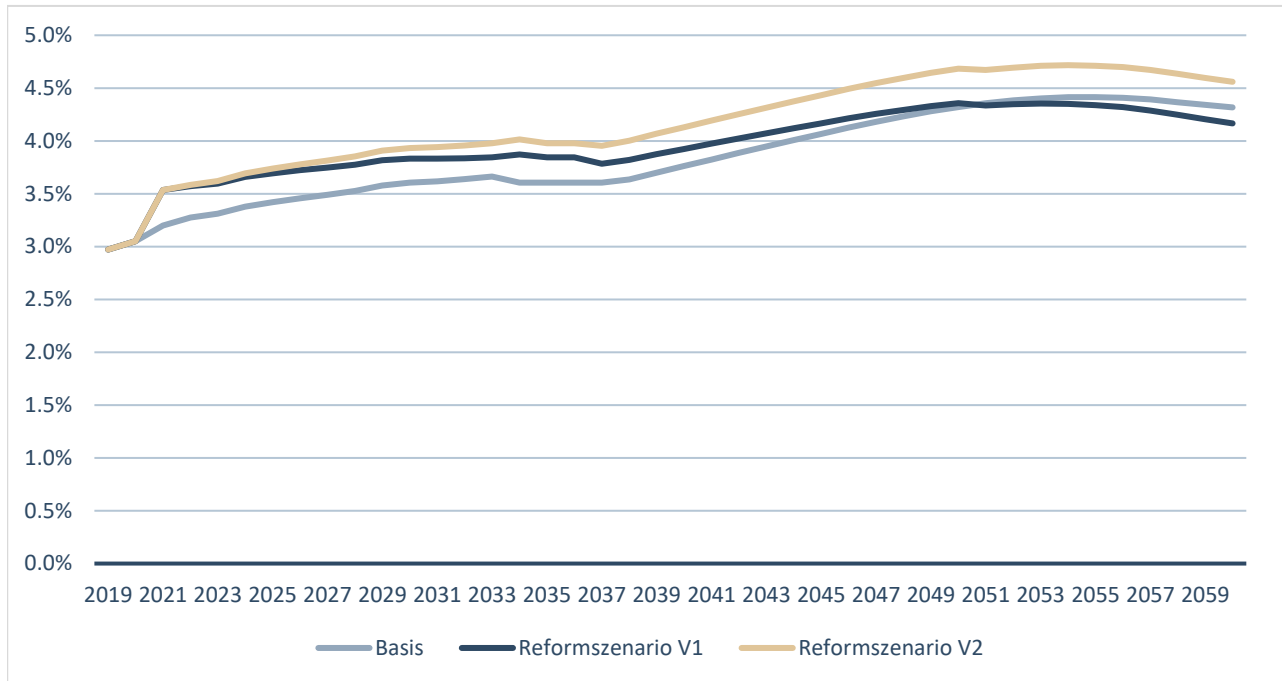
Alle Vorschläge zu den Leistungsänderungen zusammen lassen sich in einem Szenario zusammenfassen und hinsichtlich ihrer langfristigen Wirkung auf die Bilanz der SPV mit dem Status quo (Basisszenario) vergleichen. Verglichen werden hier wiederum ebenfalls die ursprünglichen Reformpläne mit der aktuell geplanten Staffelung in zwei Szenarien:

- **Reformszenario V1**, das eine Kombination aus den folgenden, oben beschriebenen einzelnen Bausteinen darstellt: Es werden alle Reformen bezüglich des Pflegevorsorgefonds umgesetzt – inklusive der hier vorgeschlagenen Änderung der Auszahlungsregel (Abschnitt 3.5) (Reformszenario E1). Darüber hinaus werden flächendeckende Tariflöhne eingeführt und eine Staffelung der Eigenanteile in der stationären Dauerpflege vorgenommen (Reformszenario S1). Im ambulanten Bereich werden zwar alle Leistungsänderungen vorgenommen, die soziale Sicherung der Pflegepersonen bleibt hingegen Bestandteil der Pflegeversicherung (Reformszenario A1).
- Im **Reformszenario V2** sind ebenfalls alle Vorschläge umgesetzt, im Gegensatz zum Reformszenario V1 werden die Eigenanteile jedoch entsprechend des ursprünglichen Reformvorschlags fixiert und zeitlich begrenzt (Reformszenario S2).

In beiden Reformszenarien fließen keine zusätzlichen Bundesmittel in die SPV. Verglichen werden sie mit dem Basisszenario.

Abbildung 4-1: Beitragssatzentwicklung einer Reform ohne Finanzverantwortung des Bundes

In Prozent



Anmerkung: Der Beitragssatz im Basisjahr entspricht einem durchschnittlichen Beitragssatz, der sich modellendogen berechnet. Da im Modell u.a. nicht alle Beitragsbesonderheiten berücksichtigt werden können, weicht dieser von dem tatsächlichen Beitragssatz leicht ab. Die leichten Sprünge im Beitragssatzverlauf sind der Modellierung des Pflegevorsorgefonds und seiner jeweiligen Ein- und Auszahlungsregeln (z.B. Beginn der Auszahlungen im Jahr 2035, Ende der Einzahlungen im Jahr 2050) geschuldet.

Eigene Berechnung und Darstellung

Ohne zusätzliche Bundesmittel zeigt sich, dass die Reformen in beiden Szenarien zunächst zu höheren Beitragssätzen in der Pflegeversicherung führen würden – der durchschnittliche Beitragssatz steigt um etwa 0,3 Prozentpunkte an (Abbildung 4-1). Dies liegt zum einen an den etwas höheren Leistungsausgaben in der ambulanten Pflege, die nun nicht dadurch kompensiert werden können, dass die soziale Sicherung der Pflegepersonen aus der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung herausgenommen wird. Darüber hinaus steigen die Ausgaben für die stationäre Pflege deutlich, wie in Abschnitt 3.3. gezeigt wurde.

Dieser Effekt besteht bis in die Mitte der 2030er Jahre fort, hier wird die Fortführung des Pflegevorsorgefonds ebenfalls beitragsatzwirksam.

Langfristig ist hingegen die Dynamisierung sowohl der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung als auch des nun reduzierten Eigenanteils von Bedeutung. In Reformszenario V1 gleicht sich der Beitragssatz aufgrund der schleichenden Entwertung der ambulanten Leistungen und der gleichzeitigen Reform des Pflegevorsorgefonds immer mehr dem des Basiszenarios an und

liegt zum Ende des Betrachtungszeitraums dann bei knapp 0,1 Prozentpunkte unterhalb des Basisszenarios – auf Kosten steigender Eigenanteile für die ambulant Gepflegten.

Nach den ursprünglichen Plänen (Reformszenario V2 hingegen wäre der Anteil der privat zu tragenden Pflegekosten für die stationäre Pflege an den gesamten Kosten kontinuierlich gesunken, was zu einem kontinuierlich steigenden Anteil der SPV an diesen Kosten geführt hätte. Dadurch wäre die zunehmende Entwertung der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend gewesen, um die zunehmend höheren Versicherungsausgaben für die stationäre Pflege zu kompensieren und hätte zu einer insgesamt höheren Belastung der Beitragszahler führen.

Kurz- und mittelfristig führen die geplanten Reformmaßnahmen zu einer Ausweitung der Pflegeversicherungsleistung insgesamt – insbesondere die Leistungen für die stationäre Pflege werden deutlich angehoben. Langfristig hingegen spielt die genaue Ausgestaltung der Reform die entscheidende Rolle, wie der Vergleich der ursprünglichen mit den neuen Reformplänen zeigen.

Nach den bisher bekannten Reformplänen steigt allerdings der Bedarf an individueller Vorsorge für die ambulante Pflege, da die Pflegeversicherungsleistungen im ambulanten Bereich kontinuierlich abnehmen. Spiegelbildlich ist der private Vorsorgebedarf für die stationäre Pflege geringer (Reformszenario V1).

Ein durchschnittlicher Be- und Entlastungseffekt für die Versicherten durch diese Neugewichtung der Versicherungsleistungen ist hier deshalb nicht ohne Weiteres zu schätzen und bedarf zusätzlicher Forschung. Denn dazu wäre es notwendig, „Pflegeverläufe“ bezüglich des Bedarfs an und der Dauer von ambulanter Pflege und stationärer Pflege der einzelnen Pflegebedürftigen in die Zukunft zu projizieren. Entsprechend schwierig ist es, den künftigen Bedarf an „Hilfe zur Pflege“ und damit die Mittel zu veranschlagen, die im Rahmen der Sozialhilfe bereitgestellt werden müssten. All dies zusammengenommen – die Beitragssatzentwicklung, den Bedarf an privater Vorsorge und die Effekte für die Steuerzahler durch eine mögliche geänderte Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege – beantwortet die Frage nach einer zukünftig stärkeren Be- oder Entlastung durch eine derart komplex gestaltete Reform nicht ohne weitere Forschungsarbeit.

4.2 Neuverteilung der Finanzierungslasten zwischen Sozialversicherung und Bund – unklare Ausgestaltung des Steuerzuschusses

In dem Reformvorschlag des BMG ist geplant, die kurz- und mittelfristige und sogar langfristige Leistungsausweitung über Bundesmittel (mit) zu finanzieren und die Pflegeversicherung zu entlasten.

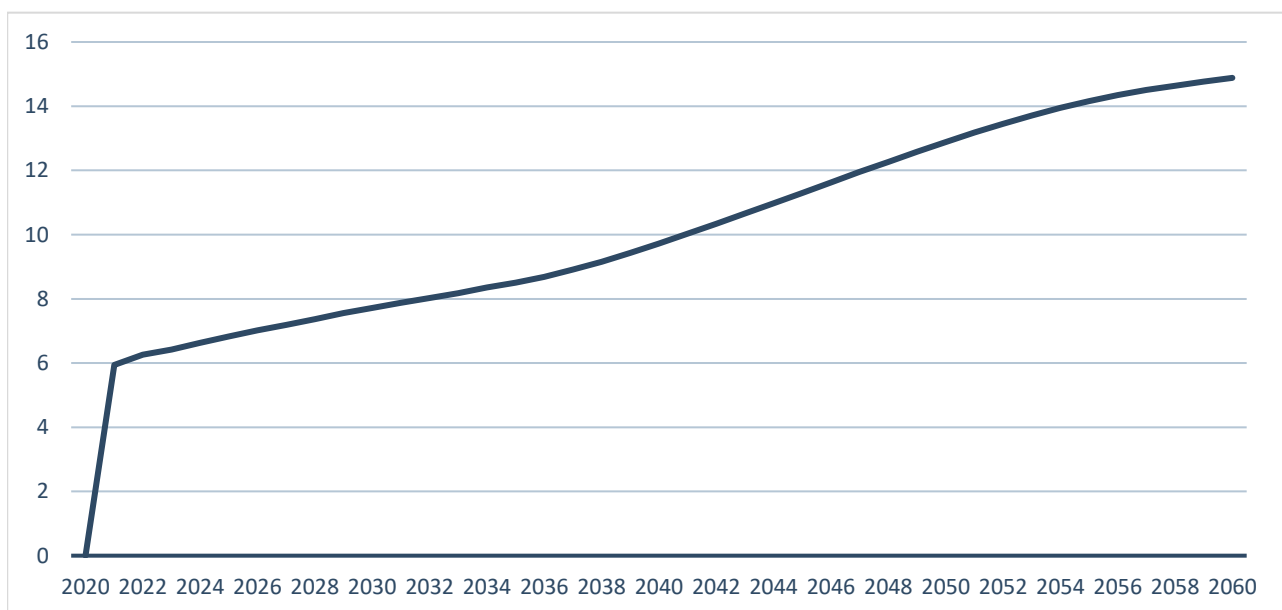
Allerdings würde dies einen wachsenden Bundeszuschuss notwendig machen. Aus den bisher bekannten Reformplänen wird jedoch nicht deutlich, ob ein Bundeszuschuss nach Vorbild der GKV (§221 SGB V) geplant ist, der sich nominal nicht verändert, oder ein Bundeszuschuss, der mit der Veränderung der jeweiligen Größen, die er finanzieren soll, wächst.

Deshalb wird hier zunächst gezeigt, wie hoch ein solcher Bundeszuschuss langfristig allein für die SPV ausfallen müsste, würde er tatsächlich den gesamten Mittelbedarf für die Maßnahmen soziale Sicherung der Pflegepersonen, Reduzierung der Eigenanteile und kostenfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern auch in Zukunft abdecken.²¹ (Wie oben bereits erwähnt, ist keineswegs eindeutig, ob dann nicht auch zusätzliche Bundesmittel in die PPV fließen müssten. Dies wird hier jedoch an dieser Stelle ausgeblendet.)

Würde der Bundeszuschuss tatsächlich entsprechend der Entwicklung dieser drei Größen dynamisiert, würde mittel- bis langfristig ein hoher Ausgabenblock in die Finanzierungsverantwortung des Bundes verschoben wird (Abbildung 4-2).

Abbildung 4-2: Entwicklung des Bundeszuschusses bei Dynamisierung

In heutigen Preisen, in Milliarden Euro



Eigene Berechnung und Darstellung

²¹ Der Mittelbedarf für diese Maßnahme wird hier recht großzügig berechnet (siehe Anhang).

Selbst nach den aktuellen Reformplänen läge der Zuschuss in der Simulation bereits Anfang der 2030er Jahre bei über 7 Milliarden Euro, überschreitet Anfang der 2040er Jahre die 10 Milliarden-Euro-Grenze und liegt gegen Ende der 2050er Jahre bei rund 15 Milliarden Euro (jeweils in heutigen Preisen).

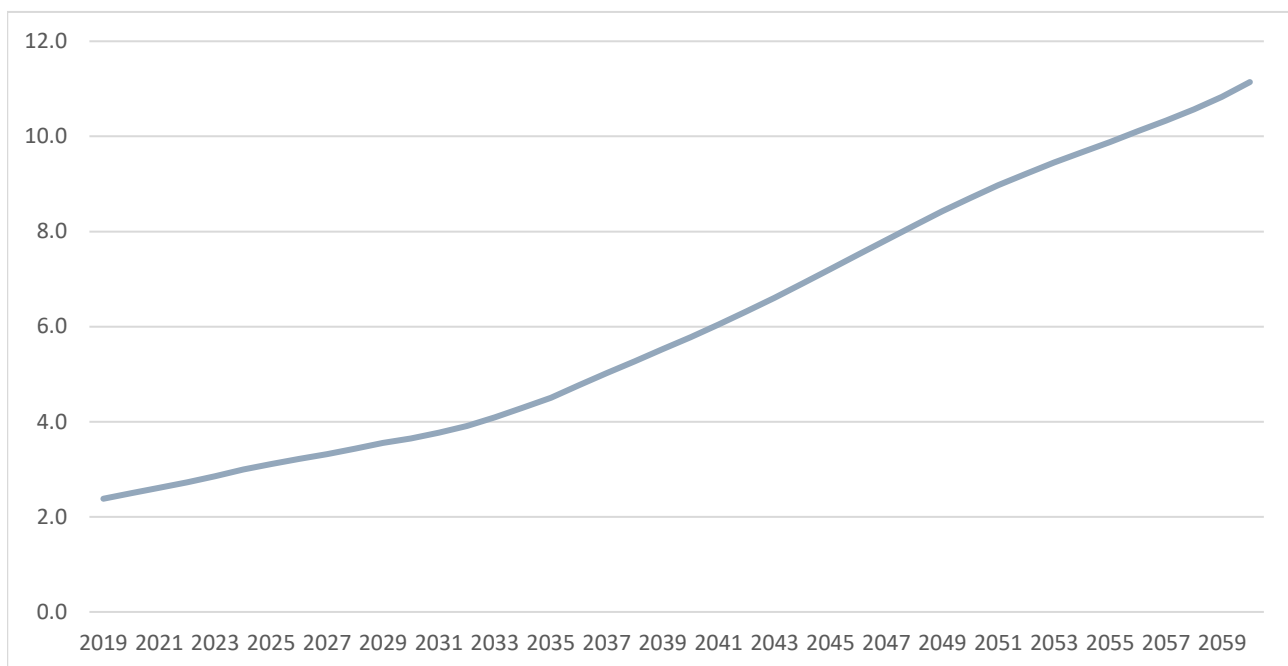
Umgekehrt zeigt sich, dass ein Steuerzuschuss, der nominal bei 5,1 Milliarden Euro bleibt, mittel- bis langfristig die zusätzlichen Kosten, die insbesondere durch die Fixierung der Eigenanteile, aber auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen entstünden, nicht decken kann.

Allein letzteres kann in Zukunft deutlich höhere Ausgaben verursachen, wird angenommen, dass in Zukunft nicht verhältnismäßig mehr Pflegebedürftige in Pflegeheimen versorgt werden und dass jeder Pflegebedürftige auch in Zukunft durch dieselbe Anzahl an Pflegepersonen häuslich versorgt wird wie heute (siehe Anhang).

In jeweiligen Preisen müssten dann bereits Ende der 2030er Jahre 5 Milliarden Euro allein für diese Leistung aufgewendet werden (Abbildung 4-3).

Abbildung 4-3: Entwicklung der Ausgaben für die soziale Sicherung von Pflegepersonen

In Mrd. Euro, in jeweiligen Preisen



Eigene Berechnungen und Darstellung

Ab den 2040er Jahren liegt unter diesen Annahmen der Finanzbedarf für die soziale Sicherung von Pflegepersonen dann nominal deutlich über den angegebenen 5,1 Milliarden Euro und steigt auch darüber hinaus noch kontinuierlich an.

4.3 Künftige Entwicklung der SPV-Beitragssätze bei nominal konstantem Steuerzuschuss

Wie oben beschrieben, ist bisher nicht bekannt, welche Pläne bezüglich der langfristigen Entwicklung eines Steuerzuschusses existieren. Hier wird im Folgenden angenommen, dass eine wie in Abschnitt 4.2 beschriebene vollständige Dynamisierung aufgrund des deutlich anwachsenden Steuerzuschusses weniger in Frage kommt.

Bisher nicht klar ist, wie genau die Finanzierung der sozialen Sicherung von Pflegepersonen in den Reformplänen ausgestaltet ist. Deshalb werden hier zwei Möglichkeiten in Betracht gezogen: Entweder bleibt es bei einem nominal unveränderten Steuerzuschuss des Bundes an die SPV, der zwar zum gegenwärtigen Zeitpunkt auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen mit abdeckt, diese langfristig jedoch nicht vollständig finanzieren kann (siehe Abschnitt 4.2). Oder die soziale Sicherung von Pflegepersonen wird zu jedem Zeitpunkt vollständig aus Steuermitteln getragen und ausschließlich der zum Reformzeitpunkt verbleibende „Restbetrag“ der genannten 5,1 Milliarden Euro, der nicht für diese Maßnahme verwendet wird, bleibt nominal konstant.

Auch diese Reformschritte lassen sich in ihren Wirkungen mit der heutigen Ausgestaltung der SPV (Basisszenario) vergleichen:

- **Reformszenario G1**, in dem alle Reformen für den ambulanten Bereich übernommen werden (Reformszenario A2), flächendeckende Tariflöhne eingeführt sind und eine Staffelung der Eigenanteile stattfindet. Gleichzeitig übernimmt der Bund zu jedem Zeitpunkt die Ausgaben für die soziale Sicherung der Pflegepersonen und zahlt darüber hinaus einen zusätzlichen Steuerzuschuss von rund 2,7 Milliarden Euro²² in die SPV, der in Zukunft nominal konstant bleibt.
- **Reformszenario G2**, in dem ebenfalls alle Vorschläge umgesetzt sind, der Bund aber dauerhaft nur einen Steuerzuschuss von 5,1 Milliarden Euro (nominal) leistet.

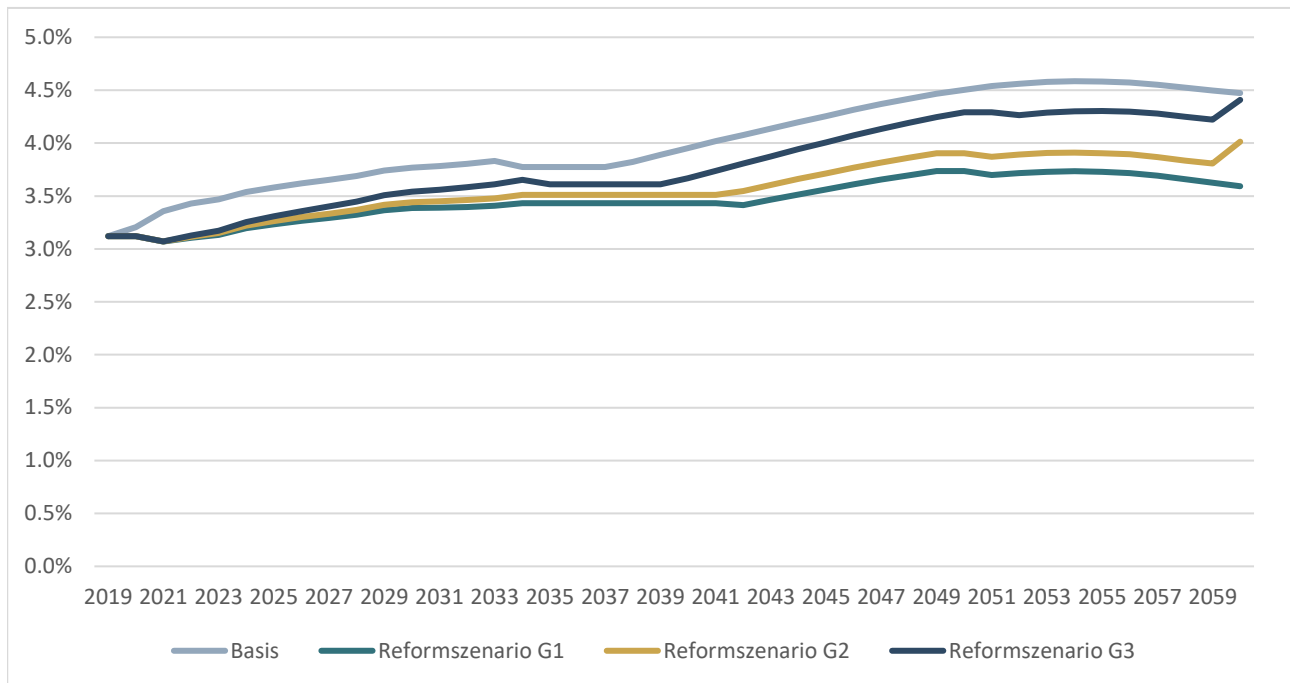
Verglichen werden beide Szenarien wiederum mit einem Szenario, in dem die ursprünglichen Pläne zur Fixierung der Eigenanteile modelliert werden: In **Reformszenario G3**, werden ebenfalls alle Vorschläge zur ambulanten Pflege umgesetzt, die Eigenanteile fixiert, zeitlich begrenzt und nicht dynamisiert und dauerhaft ein Steuerzuschuss von 5,1 Milliarden Euro (nominal konstant) in die SPV gezahlt.

Es zeigt sich, dass in allen Reformszenarien der Beitragssatz im Vergleich zum Basisszenario aufgrund des Steuerzuschusses zunächst länger stabil gehalten werden kann (Abbildung 4-4).

²² Berechnet wird dies auf Basis der Finanzdaten der SPV (BMG, 2020a). Im Jahr 2019 entfielen 2,38 Milliarden Euro auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen – würden diese vollständig aus Steuermitteln finanziert, stünde der Rest der angegebenen 5,1 Milliarden Euro für weitere Finanzierungsaufgaben zur Verfügung.

Abbildung 4-4: Beitragssatzentwicklung in der SPV bei Variationen des Steuerzuschusses

In Prozent



Anmerkung: Der Beitragssatz im Basisjahr entspricht einem durchschnittlichen Beitragssatz, der sich modellendogen berechnet. Da im Modell u.a. nicht alle Beitragsbesonderheiten berücksichtigt werden können, weicht dieser von dem tatsächlichen Beitragssatz leicht ab. Die leichten Sprünge im Beitragssatzverlauf sind der Modellierung des Pflegevorsorgefonds und seiner jeweiligen Ein- und Auszahlungsregeln (z.B. Beginn der Auszahlungen im Jahr 2035, Ende der Einzahlungen im Jahr 2050) geschuldet.

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung

Zwar gelingt es auch in diesen Szenarien nicht, den Beitragssatz für die SPV vollständig zu stabilisieren. Auch hier verursacht der demografische Wandel Mehrausgaben für die Versicherung. Allerdings steigt der Beitragssatz deutlich langsamer als im Basisszenario und bleibt damit auf einem insgesamt deutlich niedrigeren Niveau. Wird jedoch ein nominal konstanter Steuerzuschuss geleistet, steigt der Beitragssatz zum Ende des Betrachtungszeitraumes wieder an, da gleichzeitig der Pflegevorsorgefonds geleert ist.

Dieser Beitragssatzpfad wird jedoch nur dadurch erreicht, dass insbesondere im Reformszenario G1 ein hoher Ausgabenblock in die Finanzierungsverantwortung des Bundes verschoben wird: Würde die soziale Sicherung von Pflegepersonen stets vollständig aus Steuermitteln finanziert, könnte dies die durch die Reform der Eigenanteile entstehenden Zusatzkosten für die SPV zwar kompensieren. Gleichzeitig steigt damit aber der Bedarf an Steuermitteln von den anfänglich angesetzten 5,1 Milliarden Euro kontinuierlich an und wird sich schließlich mehr als verdoppeln (siehe Abbildung 4-4 in Abschnitt 4-2).

Bei auch in Zukunft konstanten Steuerzuschuss (Reformszenario G2) sind die Ausgaben für den Bund zwar kalkulierbar, umgekehrt ist die Beitragssatzersparnis im Vergleich zum Basisszenario

etwas geringer – insgesamt bewegt sie sich dauerhaft unter einem Prozentpunkt. Würden die ursprünglichen Reformpläne umgesetzt (Reformszenario G3), könnten die Beitragssätze trotz Steuerzuschuss um maximal 0,4 Prozentpunkte sinken.

5 Diskussion der Reformmaßnahmen und offene Fragen

Der Reformvorschlag des BMG enthält mehrere Punkte, die zu diskutieren sind, und führt zu Fragen, die noch zu klären sind.

5.1 Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit

Wie in Abschnitt 4.1 gezeigt führen die Maßnahmen nicht zu einer deutlichen Entlastung des Sozialstaates. Die Anhebung des zusätzlich von Kinderlosen zu zahlenden Beitrags in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten führt dem Pflegevorsorgefonds nicht die notwendigen Zusatzeinnahmen zu, um ab Mitte der 2030er Jahre die durch die Bevölkerungsalterung bedingten Mehrausgaben zu decken. Gleichzeitig führen die Reformmaßnahmen zu Mehrausgaben – insbesondere die Reduzierung der Eigenanteile in der stationären Pflege sind hierbei stärkster Treiber. Allenfalls langfristig könnten diese Mehrausgaben durch die Leistungsreduzierung im ambulanten Bereich kompensiert werden.

Mehr Nachhaltigkeit in der SPV wird nur vordergründig erreicht, wenn im Gegenzug der Bund stärker belastet wird. Damit ergibt sich jedoch in der Gesamtschau keine Verbesserung der öffentlichen Finanzlage. Erhielte darüber hinaus aufgrund der vorgeschlagenen Definition gesamtgesellschaftlicher Aufgaben (soziale Sicherung von Pflegepersonen sowie „Überforderung durch zu hohe Eigenanteile“) auch die PPV Steuermittel, würde sich die Belastung für den öffentlichen Haushalt zusätzlich erhöhen.

5.2 Verteilungswirkungen

So wie der Reformvorschlag ausgestaltet ist, ist weniger die Demografiefestigkeit relevant, sondern vielmehr die Verteilungswirkungen, die mit diesen Vorschlägen einhergehen.

5.2.1 „Gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ in der Pflegeversicherung?

Ein Punkt ist die vorgeschlagene Neujustierung zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung des Pflegeversicherungssystems. Eine Ausweitung der Steuerfinanzierung kann, wie in Abschnitt 4.3 gezeigt, die Beiträge und damit auch aufgrund ihrer Abhängigkeit vom Lohneinkommen Arbeitskosten senken. Allerdings bedeutet dies zunächst nur eine Umfinanzierung, denn einer solchen Maßnahme stünden Steuererhöhungen gegenüber. Auch eine zusätzliche Steuerbelastung kann verzerrende Wirkung entfalten und damit beispielsweise bezüglich der Beschäftigungseffekte ähnlich wirken wie die Beitragsfinanzierung. Daher ist dann von Bedeutung, welche Steuer zur Finanzierung einer solchen Beitragssenkung herangezogen wird. Möglich ist es, die Belastung durch die Steuerfinanzierung breiter zu verteilen als durch eine Beitragsfinanzierung – und damit auch die Arbeitseinkommen leicht zu entlasten (hierzu beispielsweise SVR, 2005, 16). Allerdings hat auch der Sachverständigenrat darauf hingewiesen, dass eine Steuerfinanzierung in der Sozialversicherung nur dann angezeigt ist, wenn es sich um eine versicherungsfremde Leistung handelt.

Wie allerdings bisherige Arbeiten zeigen, die sich mit dem Themenkomplex „gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ und „versicherungsfremde Leistungen“ in den Sozialversicherungen befassen, ist dieses Thema nicht unumstritten (für einen Überblick beispielsweise Deutscher

Bundestag, 2016; Greß et al., 2019; Höpfner et al., 2020). Insbesondere für die GKV wird die Abgrenzung zwischen versicherungsoriginären und versicherungsfremden Leistungen – und damit die Bewertung des in der GKV bereits existierenden Bundeszuschusses – unterschiedlich vorgenommen. Beispielsweise wird die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in einigen Studien als versicherungsfremd definiert (vgl. SVR, 2005; Höpfner et al., 2020), in anderen hingegen den versicherungsoriginären Leistungen und eher einer Prämiengestaltung zugerechnet (vgl. Fichte/Schulemann, 2010). Für die SPV liegen bisher wenige Studien vor. Der GKV-Spitzenverband, der den Umfang der versicherungsfremden Leistungen für das Jahr 2018 in der SPV mit 2,7 Milliarden Euro ausweist, zieht eine Analogie zur gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Greß et al. (2019) bezweifeln hingegen diese Analogie und sehen die Rechtfertigung für einen Bundeszuschuss „auf einer eher schmalen argumentativen Basis“ (ebda., 244). Für sie ist die soziale Sicherung der Pflegepersonen ein Leistungsbestandteil der Pflegeversicherung, da analog auch die „soziale Sicherung“ professionell Pflegenden zu den Pflegeleistungen gehört. Ebenso wenig sehen Greß et al. (2019) die kostenfreie Mitversicherung von Kindern als eindeutigen Rechtfertigungsgrund für einen Bundeszuschuss und verweisen auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001,²³ dass die „Benachteiligung von erziehenden Versicherten [...] im Beitragsrecht auszugleichen [...]“ sei.

In keiner der Studien ist darüber hinaus der Punkt „Überforderung durch zu hohe Eigenanteile“ genannt. Aus ökonomischer Sicht ist dies aber keine versicherungsfremde Leistung, sondern originärer Charakter einer Versicherung. Werden die aktuell geltenden Selbstbehalte in Form der privat zu finanzierenden Eigenanteile aus politischer Sicht als „zu hoch“ eingestuft, ist die Schlussfolgerung, den Versicherungsumfang auszuweiten, zwar folgerichtig – nicht aber die Steuerfinanzierung. Allerdings ist auch eine Beitragsfinanzierung nicht zwangsläufig, denn wie beispielsweise Kochskämper et al. (2019) zeigen, lässt sich auch eine kapitalfinanzierte Säule mit Versicherungsprämien in die SPV integrieren, die genau an diesem Problem ansetzt. Es handelt sich aber nach wie vor um eine Frage, wie die Pflegeversicherung selbst zu strukturieren ist und mitnichten um eine „versicherungsfremde Leistung“. Eine Steuerfinanzierung würde eine solche Mehrbelastung nur intransparenter machen.

Aus diesem Grund bestehen zum Reformvorhaben bezüglich dieses Punkts offene Fragen. Zu klären ist, ob überhaupt, oder wenn ja, welche Elemente als „versicherungsfremde Leistungen“ einzustufen sind. Eine deutliche Überkompensierung der geplanten erweiterten Leistungsausgaben aus Steuermitteln erscheint vor dem Hintergrund dieser Argumente jedoch nicht möglich.

Schließlich sei an dieser Stelle kurz anzumerken, ob im Zuge eines solchen Reformvorhabens nicht die kostenfreie Mitversicherung von Partnern neu auf den Prüfstand gestellt werden sollte, bevor die Frage nach einer Steuerfinanzierung dieser Leistung gestellt wird. Denn aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze kann es zu einer Ungleichbehandlung von Haushalten mit gleichem Haushalts-(lohn)einkommen, aber unterschiedlicher Arbeitsaufteilung zwischen den Partnern kommen. Darüber hinaus könnte die kostenfreie Mitversicherung auf Arbeitsanreize des Zweitverdieners wirken (hierzu beispielsweise Bonin et al., 2013).

²³ BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94, RN.67.

5.2.2 Nicht überschaubare interpersonelle Umverteilungseffekte

Das Reformvorhaben induziert ferner eine Umverteilung, deren Folgen ohne weitere Forschung nicht zu bestimmen sind.

Für Leistungen der stationären Pflege werden durch den Reformvorschlag privat zu tragenden Kosten insbesondere bei einem langjährigen Pflegeheimaufenthalt gesenkt. Damit sinkt durch die monetäre und zeitliche Begrenzung die Höhe des Vorsorgeumfangs. Dies lässt im Vergleich zur heutigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung eine Entlastung der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) erwarten (hierzu auch Rothgang et al., 2021).²⁴

Allerdings profitieren von dieser Reduzierung der Eigenanteile auch diejenigen, die aufgrund ihres Einkommens und Vermögens die Möglichkeit haben, auch die gegenwärtigen zeitlich unbegrenzten Eigenanteile zu finanzieren. Die Einsparungen in der Hilfe zur Pflege wären daher geringer als die zusätzlichen Mittel, die im Rahmen der Pflegeversicherung (oder zusätzlich im Steuersystem) aufzubringen wären (vgl. hierzu die Berechnungen bei Rothgang et al., 2021). Diese wären demnach zusätzlich von allen Versicherten oder allen Steuerzahlern zu finanzieren.

Darüber hinaus wird das Leistungsniveau für die ambulante Pflege kontinuierlich abgebaut, falls die pflegespezifische Teuerungsrate oberhalb einer angesetzten Inflationsrate liegt. Gleichzeitig werden heutige Leistungen teilweise zurückgenommen. Leistungsausweitungen bezüglich der 24-Stunden-Pflege könnten im Durchschnitt eher Pflegebedürftigen mit höherem Einkommen zugutekommen. Insgesamt steigt tendenziell der private Vorsorgebedarf für die ambulante Pflege, wollen Versicherte in Zukunft ein ähnlich hohes Leistungsniveau wie im Status quo aufrechterhalten. Dies könnte wiederum eine in Zukunft höhere Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege für ambulante Pflegeleistungen zur Folge haben. Für eine abschließende Beurteilung fehlen Studien zur Einkommens- und Vermögenssituation der ambulant Gepflegten sowie zu deren Versorgungsdauer im häuslichen und gegebenenfalls anschließend im stationären Umfeld.

An dieser Stelle ist nur festzuhalten, dass die durch eine solche Reform induzierten Umverteilungsströme komplex sind und keineswegs sichergestellt ist, dass insbesondere Versicherte mit geringerem Einkommen und Vermögen profitierten. Einerseits werden auch sie zur Finanzierung für die Leistungen derjenigen herangezogen, die sich die stationäre Pflege aus eigenen Mitteln leisten könnten. Diese Belastung nimmt im demografischen Wandel tendenziell zu. Andererseits profitieren sie nicht zwangsläufig durch eine Neujustierung der Pflegeversicherungsleistungen zugunsten der stationären Pflege.

Dabei ist anzumerken, dass sich auch im Rahmen einer privaten Pflegevorsorge, die laut Eckpunktepapier ebenfalls gestärkt werden soll, ein ähnliches Sicherungsniveau im Bereich der stationären Pflege erreichen ließe und gleichzeitig ambulante Pflegeleistungen nicht kontinuierlich abgebaut werden müssten. Soll der Fokus der gesetzlichen und damit auch der

²⁴ Die Berechnungen von Rothgang et al. (2021) beziehen sich noch auf den ursprünglichen Reformvorschlag im Eckpunktepapier, der eine Begrenzung der Eigenanteile von 700 Euro pro Monat und eine maximale Zahlungsdauer von drei Jahren vorsah. Mit dem neuen Vorschlag wären die Einsparungen in der Hilfe zur Pflege zwar geringer, der Tendenz nach stimmen die Aussagen des Gutachtens jedoch weiterhin.

umlagefinanzierten SPV in Zukunft stärker auf den stationären Bereich gelegt werden, wäre es auch möglich, ambulante Leistungen stärker in die private Vorsorgeverantwortung zu integrieren. Dazu bedarf es allerdings neuer Versicherungsprodukte (Kochskämper et al., 2019). Geringverdiener könnten dann zielgerichtet unterstützt und so könnte verhindert werden, dass auch diejenigen gefördert werden, die keiner finanziellen Unterstützung bedürfen.

5.3 Weitere offene Fragen

5.3.1 Tariflöhne

Der Vorschlag im Eckpunktepapier, die Entlohnung nach Tarif als Voraussetzung für die Zulassung zur pflegerischen Versorgung zu machen, stellt einen Eingriff in die Tarifautonomie dar. Denn zu dieser gehört neben dem Recht einer Arbeitnehmer- oder Arbeitgeberkoalition beizutreten, auch die negative Koalitionsfreiheit. Wird jedoch ein Tarifvertrag zur Voraussetzung für die Zulassung zur Versorgung, kann genau diese negative Koalitionsfreiheit verletzt sein. Dieser Punkt könnte demnach aus juristischer Perspektive problematisch werden und das Vorhaben entsprechend scheitern.

5.3.2 Mindestpersonalausstattung

Die (Mindest-)Personalausstattung ist in den Bundesländern bisher unterschiedlich hoch. Stellt die Personalausstattung einen wichtigen Parameter für die strukturelle Qualität dar, ist vor dem Hintergrund einer gewünschten, bundesweit einheitlichen (Mindest-)Qualität eine solche Varianz nicht zielführend.

Eine schnelle und vor allem strikte Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens birgt aber Risiken: Denn die zu der Frage einer notwendigen (Mindest-)Personalausstattung durchgeführte Studie (SOCIMUM et al., 2020) spiegelt ausschließlich den Status quo der Versorgung. Allerdings sind in der Pflege gegenwärtig nicht flächendeckend alle technischen und digitalen Möglichkeiten ausgeschöpft, die theoretisch verfügbar wären, um Arbeitsprozesse zu erleichtern (hierzu beispielsweise Zöllick et al., 2019). Ebenso können beispielsweise auch enge Kooperationen mit Ärzten und Therapeuten Zeit für das Pflegepersonal einsparen – auch diese sind bisher nicht die Regel. Notwendig wäre daher ein Vergleich, wie sich Personalbedarf bemisst, wenn alle heute verfügbaren technischen und arbeitsorganisatorischen Möglichkeiten genutzt würden. Entsprechend möglich wäre es dann, darauf aufbauend Korridore zu definieren und innerhalb dieser Korridore zuzulassen, ein entsprechendes Budget flexibel nicht nur für Personal, sondern auch für die Pflege erleichternde technische Hilfsmittel auszugeben. Denn ein zu eng ausgelegtes Personalbemessungsverfahren birgt die Gefahr, vorhandene Strukturen zu zementieren und zu wenig Raum für Innovationen sowohl im digital-technischen Bereich als auch bezüglich der Arbeitsorganisation zu schaffen. Der politische Wunsch, die Rahmenbedingungen in der Pflege schnell zu verbessern, ist nachvollziehbar. Dennoch wäre es wichtig, hier noch weitere Erkenntnisse zu gewinnen und dafür Zeit einzuräumen.

6 Zusammenfassung

Das Reformvorhaben des BMG zur künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung ist umfangreich. Allerdings zeigt sich, dass es weniger zu einer deutlich höheren Demografiefestigkeit und Nachhaltigkeit führen würde, sondern vielmehr umfangreiche Umverteilungseffekte beinhaltet. Deren Ausmaß ist ohne weitere Forschung nicht überschaubar: Einerseits sollen Mittel aus der Beitragsfinanzierung in die Steuerfinanzierung überführt werden, wobei noch nicht geklärt ist, ob nicht auch die PPV einen Steuerzuschuss erhalten müsste. Damit würden dann Ausgaben, die bisher prämiendifinanziert sind, aus Steuermitteln finanziert. Andererseits werden Leistungen zur stationären Pflege ausgeweitet, die ambulante Pflege hingegen mittel- bis langfristig stärker aus der Versicherung in die private Vorsorge verschoben. Welche gesellschaftlichen Gruppen somit per Saldo profitieren und welche im Vergleich zu heute stärker belastet werden, bleibt zum jetzigen Zeitpunkt offen. Es ist keineswegs eindeutig, dass insbesondere Geringverdiener entlastet würden.

Unklar ist darüber hinaus, ob und wenn ja, welche gesamtgesellschaftlichen Aufgaben die Pflegeversicherung erfüllt; der wissenschaftliche Diskurs hierzu kommt bislang zu keinem eindeutigen Ergebnis. Sollte aber der Auffassung gefolgt werden, dass ein Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung nicht gerechtfertigt werden kann, so beinhaltet das Reformvorhaben künftig keine deutliche Beitragssatzentlastung in der SPV – trotz einer geplanten Reform des Pflegevorsorgefonds.

Darüber hinaus bestehen offene Fragen hinsichtlich der Umsetzbarkeit einer geplanten Tarifbindung, auch fehlen zum gegenwärtigen Zeitpunkt Präzisierungen zum geplanten Personalbemessungsverfahren.

Es besteht aber nicht nur Klärungsbedarf im Detail. Gleichzeitig bedarf es einer normativen Diskussion, ob die geplanten Umverteilungseffekte gesellschaftlich erwünscht sind – sowohl mit Blick auf die mit dem demografischen Wandel zunehmenden finanziellen Belastung des Sozialstaates und der damit einhergehenden intergenerativen Umverteilung als auch mit Blick auf die intragenerativen Umverteilungswirkungen, von denen nach Maßgabe der hier vorgestellten Überlegungen nicht ausschließlich Menschen mit geringem Einkommen und Vermögen profitieren werden.

Anhang

Methodik, Datengrundlage und grundlegende Annahmen für die Simulationen

Grundlage für die Simulationen sind Annahmen darüber, wie sich die Bevölkerung in Deutschland künftig entwickelt. Hierzu wird das Szenario V2 der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (2019) zugrunde gelegt.

Zur Berechnung der zukünftigen Anzahl der Pflegebedürftigen insgesamt werden auf Basis der in der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2020b) nach Altersgruppen und Geschlecht differenzierten Pflegebedürftigen des Jahres 2019 und der Bevölkerungsvorausberechnung geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen berechnet. Für diese wird anschließend anhand einer Exponentialfunktion ein Profil nach Altersjahren geschätzt, wobei die Prävalenzen für alle Altersjahre der unter 50-Jährigen aufgrund ihres geringen Werts nicht altersjahrespezifisch berechnet werden. Dieses Profil wird in einem Szenario (Szenario 1) konstant gehalten und damit die zukünftige Anzahl an Pflegebedürftigen berechnet. In Szenario 2 werden hingegen die altersjahres- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen der über 49-Jährigen gemäß der steigenden Restlebenserwartung der einzelnen Kohorten (Statistisches Bundesamt, 2020g) in höhere Lebensjahre verschoben, ein weiteres erwartetes Lebensjahr verursacht hierbei die Verschiebung der Prävalenz um ebenfalls ein Jahr.

Um die zukünftige Anzahl der in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen zu schätzen, wird ein analoges Verfahren angewendet, allerdings werden hierzu die Daten zu den Leistungsempfängern der SPV nach Altersgruppen und Geschlecht aus dem Jahr 2019 (BMG, 2020d) zugrunde gelegt. Für die Berechnungen zur SPV werden die Prävalenzen über den Simulationszeitraum hinweg konstant gehalten.

In der Statistik des BMG sind die Daten zur Wahl der Versorgungsart bei den Leistungsempfängern nicht detailliert differenziert, sie werden nur grob zwischen ambulanter und stationärer Pflege unterschieden. Aus diesem Grund wird hierzu auf die Daten der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2020b) zurückgegriffen. Es wird angenommen, dass die alters- und geschlechtsspezifisch anteilige Nachfrage nach den einzelnen Versorgungsarten (Basis 2019) aller Pflegebedürftigen mit der der Leistungsempfänger der SPV übereinstimmt. Auch wenn aufgrund der unterschiedlichen Datenbasis Unschärfen in Kauf genommen werden müssen, erlaubt dies eine feinere Simulation. Schließlich werden die nach Versorgungsart differenzierten Ausgaben der SPV (BMG, 2020b) anteilig den jeweiligen nach Geschlecht differenzierten Alterskohorten zugewiesen und so alters- und geschlechtsspezifische Pflegekostenprofile für die häusliche und für die stationäre Pflege erstellt. Darüber hinaus werden alle bis September 2020 beschlossenen Reformen anteilig in die Ausgabenprofile integriert, sofern sie für die SPV ausgabenwirksam sind.

Die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegekostenprofile bleiben über den Simulationszeitraum hinweg grundsätzlich konstant. Einzig in den Reformszenarien werden sie einmalig zum geplanten Zeitpunkt der Reform variiert. Dies unterstellt, dass neben den Pflegeprävalenzen auch die jeweilige Struktur der Pflegebedürftigen unverändert bleibt – weder die Aufteilung auf Pflegegrade noch die nach Versorgungsart werden variiert. Entsprechend könnten die hier

gesetzten Annahmen die zukünftigen Pflegefallwahrscheinlichkeiten leicht überzeichnen. Umgekehrt wird aber auch kein Szenario entworfen, indem eine in Zukunft höhere Bedeutung der professionellen Pflege angenommen wird.

Im Basisszenario werden die Leistungen der SPV in Zukunft nicht (weiter) entwertet, sondern werden kontinuierlich an die Pflegekostenentwicklung angepasst. Da der Pflegesektor personalintensiv ist und rund zwei Drittel der Betriebskosten im stationären Bereich auf Personalkosten entfallen (vgl. beispielsweise Augurzky et al., 2008, 40), wird hier angenommen, dass sich die Pflegekosten mit einer Rate fortentwickeln, die sich zu zwei Dritteln aus der allgemeinen Bruttolohnentwicklung und zu einem Drittel aus der Verbraucherpreisentwicklung zusammensetzt. Die allgemeinen Verbraucherpreise werden mit einer Rate von 2 Prozent fortgeschrieben. Für die Lohnentwicklung im Pflegesektor wird angenommen, dass diese mittel- bis langfristig der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung folgt, um keine zusätzlichen Fachkräfteengpässe zu generieren. Für die künftige Entwicklung der Bruttolöhne wird hier keine eigene Schätzung vorgenommen. Die Bruttolöhne werden langfristig entsprechend der im jüngsten EU Ageing Report der Europäischen Kommission (2020) geschätzten Arbeitsproduktivität fortentwickelt.²⁵ Diese Dynamisierung wird auch auf das Pflegegeld angewendet. Zwar ist dies nicht zwingend, da das Pflegegeld eine reine Geldleistung der Versicherung darstellt, die in keinem direkten Zusammenhang mit Personalkosten in der professionellen Pflege steht. Dennoch wird hier angenommen, dass sich die Höhe des Pflegegeldes mittel- bis langfristig nicht losgelöst von der der anderen Leistungen entwickeln kann, da dies die Akzeptanz dieser Versicherungsleistung gefährden könnte.

Mögliche Folgen der Corona-Pandemie werden hier nicht in die Ausgabenseite der Pflegeversicherung integriert. Angenommen wird, dass zum einen die Löhne im Pflegebereich dem ursprünglichen vor der Pandemie angenommenen Wachstumspfad folgen – so wird indirekt eine „Aufwertung“ der Pflegearbeit im Vergleich zu anderen Branchen unterstellt. Außerdem wird hier keine weitere Annahme zur Gesamtmortalität durch COVID-19 und der (langfristigen) Auswirkungen auf Pflegeinzidenz und -prävalenz angenommen, denn dies kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend bewertet werden. Darüber hinaus gibt es in der Simulation keine weiteren Wirkungen, weder auf den Wanderungssaldo in den nächsten Jahren noch auf künftige Geburtenraten.

Im Basisszenario wird ferner die gegenwärtige Aufteilung der stationären Pflegekosten in die gerade geltenden Versicherungsleistungen und Eigenanteile beibehalten. Unterstellt wird, wie oben beschrieben, dass die Versicherungsleistungen mit der pflegesektorspezifischen Teuerungsrate dynamisiert werden, und damit auch das Verhältnis zwischen Versicherungsleistungen und Eigenanteilen des Status quo fortgeschrieben wird.

Das Basis-Szenario wird in der Simulation anschließend mit den entsprechenden Ausgabenänderungen für den ambulanten und stationären Bereich und jeweils unterschiedlichen Dynamisierungsraten variiert.

²⁵ Dies ist insofern eine konservative Annahme, als dass in den letzten Jahren die Löhne im Altenpflegesektor überdurchschnittlich stark angestiegen sind (vgl. Abschnitt 3.2.2). Allerdings liegen sie immer noch unterhalb des gesamtwirtschaftlichen Durchschnitts.

Berechnung der Fixierung des Eigenanteils

Da Daten zu Pflegeinzidenzen und -dauern nicht öffentlich zugänglich sind, lassen sich die finanziellen Folgen dieses Vorschlags zur Begrenzung des Eigenanteils weder für die Leistungsausgaben noch für die Höhe der privat aufzuwendenden Pflegekosten exakt berechnen. Denn um genau zu bestimmen, welche Wirkungen eine Begrenzung der Eigenanteile auf die Versicherung hat, muss bekannt sein, wie viele Versicherte je nach Alter und Geschlecht stationäre Leistungen länger als drei Jahre in Anspruch nehmen, und darüber auch Annahmen für die Zukunft getroffen werden. Aufgrund der mangelnden Daten wird hier eine grobe Heuristik herangezogen, um zumindest die Dimension dieses Vorschlags einschätzen zu können: Seitens des Bundesgesundheitsministers wurden zuletzt Kosten von jährlich 3 Milliarden Euro für eine solche Begrenzung der Eigenanteile für die SPV angegeben²⁶, in den aktuellen Medienberichten werden zusätzliche Ausgaben in Höhe von 2,5 Milliarden Euro genannt.²⁷ Auf Basis der Daten zu den Empfängern stationärer Leistungen in der SPV (BMG, 2020d) und den Daten des vdek (2020a) kann die momentane Summe der Eigenanteile geschätzt werden. Die Differenz aus dieser Summe und den angegebenen Reformkosten kann in einem weiteren Schritt auf die stationär Versorgten umgerechnet und so ein hypothetischer, zeitlich unbegrenzter, durchschnittlicher Eigenanteil für jede Alterskohorte bestimmt werden, der durch das Reformvorhaben angelegt ist.

Um die Ausgabendynamik zu kalkulieren, werden zunächst aus den Eigenanteilen des Status quo und den Versicherungsleistungen für die stationäre Pflege ein hypothetisches alters- und geschlechtsspezifisches „Vollkosten-Profil“ für die stationäre Pflege berechnet, das mit der pflegesektorspezifischen Teuerungsrate fortgeschrieben wird. Die Differenz aus der Summe dieser hypothetischen Vollkosten-Profile und der Summe der jeweiligen von den in der SPV versicherten Pflegebedürftigen gezahlten neuen Eigenanteile in jedem Jahr bildet dann die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ab.

Berechnung der Ausgaben durch die soziale Sicherung von Pflegepersonen

Hierbei wird unterstellt, dass sich die Versorgung durch Pflegepersonen pro häuslich Gepflegtem/Gepflegter nicht verändert und damit entsprechend die Ausgaben pro Kopf für die soziale Sicherung der Pflegepersonen zunächst konstant bleiben. Fortgeschrieben werden diese in der Simulation mit der Lohnwachstumsrate. Damit wird in der Simulation einzig der Effekt einer veränderten Demografie auf diese Ausgaben dargestellt und weder eine verstärkte Ambulantisierung der Pflege (und damit einem gegebenenfalls höheren Bedarf auch an informell Pflegenden) noch ein Rückgang der Pflege durch Angehörige unterstellt. Die Ausgaben für die soziale Sicherung von Pflegepersonen, die ausschließlich in der SPV anfallen, steigen daher in der Simulation kontinuierlich an.

²⁶ Interview des Bundesgesundheitsministers mit der BILD am Sonntag, a. a. O.

²⁷ „Neuer reformplan von Spahn: Eigenbeteiligung im Pflegeheim soll schrittweise sinken“, Redaktionsnetzwerk Deutschland, a.a.O.

Simulation der Einnahmen

Für die Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung ist entscheidend, wie sich in Zukunft die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, die Löhne und die Renten entwickeln. Eine solche Schätzung bis zum Jahr 2060 ist mit großen Unsicherheiten verbunden, weshalb auch hier nur mit einer Szenarientechnik gearbeitet werden kann.

Grundlage für die Simulation bildet die Aktualisierung (Kochskämper, 2020) des von Berger et al. (2019) entwickelten Generationenkonto Modells, in dem unter anderem die Rentenversicherung detailliert modelliert ist. Hieraus werden die Daten für ein nach Geschlechtern differenziertes Altersprofil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der Arbeitslosengeld-Empfänger an den Erwerbspersonen entnommen sowie auch die Daten für die alters- und geschlechtsspezifischen durchschnittlichen Bruttoeinkommen, die dort um die für die SPV geltende Beitragsbemessungsgrenze korrigiert wurden. Ebenso stammt die Simulation der zukünftigen Rentenbeiträge aus diesem Modell. In der Aktualisierung (Kochskämper, 2020) wurde es um den Prognosestand im September 2020 zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie erweitert, diese Aktualisierung bildet die Grundlage für die Schätzung der zukünftigen aggregierten beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Rendite des Pflegevorsorgefonds, die direkt die zukünftigen Einnahmen der SPV beeinflusst, wird auf Basis folgender Überlegungen gesetzt: Nachdem der Fonds zu Beginn nur eine geringe, im Jahr 2018 sogar eine Negativrendite von -1,5 Prozent, erzielte, wurde im Jahr 2019 hingegen ein Ertrag von 10,2 Prozent erwirtschaftet; insbesondere deshalb, weil der Rahmen, ein Fünftel des Vermögens in Aktien zu investieren, voll ausgeschöpft wurde. Wie die Anlagestrategie in Zukunft aussehen wird und wie sich die Kapitalmärkte entwickeln werden, war bereits vor der Corona-Krise schwer einzuschätzen. Deshalb wird hier zunächst in der langen Frist eine moderate, wenn auch positive Renditeentwicklung von 5 Prozent (nominal) unterstellt, um nicht Gefahr zu laufen, weder eine zu optimistische noch eine zu pessimistische Renditeentwicklung zu simulieren.

Im Basisszenario fließen jährlich die Einnahmen aus 0,1 Prozentpunkte des Beitragssatzes in den Pflegevorsorgefonds. Dieser wird bis zum Jahr 2035 aufgebaut und ab diesem Zeitpunkt schrittweise aufgelöst, um die zukünftigen Beitragssätze zu stabilisieren. Laut Gesetz können jährlich 5 Prozent des Realwerts des zum 31.12.2034 vorhandenen Fondsvermögens in die SPV fließen (§ 136 SGB XI). Angenommen wird, dass die verbleibenden Mittel weiterhin zu „marktüblichen Bedingungen“ angelegt werden. Nicht berücksichtigt wird, dass sich durch die Vorgabe nach § 134 SGB XI (2), ab 2035 den in Aktien angelegten Anteil über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen, mögliche Renditen auch ändern könnten. Deshalb wird hier zunächst nur eine (nominale) Rendite für den gesamten Simulationsverlauf angewendet.

Für die Reformszenarien werden diese Ein- und Auszahlungsregeln entsprechend variiert, die Rendite wird hingegen nicht verändert.

Berechnung des Beitragssatzes

Ausgewiesen wird ein durchschnittlicher Beitragssatz, der sich aus dem Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und den jeweiligen Ausgaben der SPV errechnet zuzüglich den Beitragssatzpunkten, die für die Finanzierung des Pflegevorsorgefonds addiert werden.

In den Reformszenarien wird der Beitragssatz für Kinderlose bis zum Jahr 2050 zusätzlich angehoben. Entsprechend wird der wie oben beschriebene berechnete durchschnittliche Beitragssatz um einen nach dem Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen von Eltern und Kinderlosen erhöht.

Beitragspflichtige Einnahmen von Kinderlosen

Die Daten der Mitgliederstatistik der SPV sind nicht nach Eltern und Kinderlosen differenziert. Auch im Mikrozensus des Statistischen Bundesamts werden zwar die Daten für kinderlose Frauen ausgewiesen, nicht hingegen die kinderloser Männer. Aus diesem Grund wird hier auf eine Auswertung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ, 2014) zurückgegriffen, in der die geschlechtsspezifische Kinderlosigkeit nach Altersgruppen aufgeführt ist. Diese Anteile Kinderloser in den einzelnen Altersgruppen wird auf die Mitglieder der SPV übertragen, sie werden über den Simulationszeitraum konstant gehalten. Gleichzeitig wird dieser Gruppe das alters- und geschlechtsspezifische durchschnittliche Einkommen aus dem Generationenkontenmodell (Berger et al., 2019) übertragen. Mit diesem Verfahren entstehen Unschärfen in der Schätzung – implizit wird hierbei beispielsweise unterstellt, dass sich ändernde Geburtenraten nicht auf die Kinderlosigkeit auswirken, sondern eher die Kinderzahl von Familien variiert. Gleichzeitig könnte das Einkommen der Kinderlosen unterschätzt sein, da in die durchschnittlichen Einkommensprofile beispielsweise auch Teilzeitbeschäftigung einfließt, Kinderlose aber möglicherweise ein im Durchschnitt anderes Beschäftigungsprofil und damit einhergehend andere Einkommen aufweisen. Aufgrund mangelnder öffentlich zugänglicher Daten aus der SPV lässt sich dies jedoch nicht seriös schätzen.

Berechnung des Bundeszuschusses für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige

Da die genaue Berechnung des GKV-Spitzenverbandes (2018) zur Höhe eines möglichen Bundeszuschusses nicht veröffentlicht ist, wird hier ein möglicher pauschaler Bundeszuschuss sehr großzügig geschätzt. Zugrunde gelegt wird die Versichertenstatistik der SPV (BMG, 2020c), um den alters- und geschlechtsspezifischen Anteil der Familienversicherten an der Versichertengemeinschaft zu bestimmen. Anschließend wird auf Basis der berechneten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen und dem allgemeinen alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofil die Höhe der erwarteten Versicherungsausgaben für diese Versichertengruppe geschätzt. Diese Ausgaben müssen per Annahme von den Mitgliedern der SPV mitfinanziert werden, da ihnen keine Beitragszahlungen gegenüberstehen. Entsprechend bilden sie die Grundlage für die Berechnung des Bundeszuschusses. Unterstellt wird, dass dieser einmalig berechnet und anschließend mit der pflegesektorspezifischen Teuerungsrate fortgeschrieben wird, auch wenn sich durch Reformmaßnahmen gegebenenfalls eine andere Ausgabenstruktur ergibt. Gewählt wird somit ein pragmatischer Ansatz, der Bundeszuschuss wird hier nicht jährlich neu bestimmt.

Abstract

The reform project of the Federal Ministry of Health for the financing of long-term care is extensive. The key points affect both questions of remuneration and the scope of services financed by the statutory insurance. However, the analysis shows that the reform would not lead to greater demographic stability and sustainability but would rather cause redistribution effects. Their extent cannot be fully understood without further research. Thus, which social groups benefit and which are more burdened compared to today requires additional analyses. A priori, however, it is by no means clear, that the burden on low-wage earners in particular would be lowered. Furthermore, there are additional pending issues: It is neither sufficiently clear whether a subsidy from tax revenues is even possible nor whether collectively agreed wages can be required. In summary, the reform project needs further clarification as well as a normative discussion whether the planned redistribution is socially desirable.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 2-1: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in zwei Szenarien | 7 |
| Abbildung 3-1: Entwicklung der Pflegeversicherungsausgaben für häusliche Pflege..... | 19 |
| Abbildung 3-2: Entwicklung der Pflegeversicherungsausgaben für die vollstationäre Pflege in den Szenarien | 22 |
| Abbildung 3-3: Beitragssatzentwicklung bei Reform des Pflegevorsorgefonds in Szenarien..... | 24 |
| Abbildung 4-1: Beitragssatzentwicklung einer Reform ohne Finanzverantwortung des Bundes | 28 |
| Abbildung 4-2: Entwicklung des Bundeszuschusses bei Dynamisierung | 30 |
| Abbildung 4-3: Entwicklung der Ausgaben für die soziale Sicherung von Pflegepersonen | 31 |
| Abbildung 4-4: Beitragssatzentwicklung in der SPV bei Variationen des Steuerzuschusses .. | 33 |

Literatur

Arentz, Christine / Hagemeister, Sonja, 2020, Eigenanteile in der stationären Pflege nach regionaler Verteilung und Trägerschaft, WIP-Analyse 5, Köln, <http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/eigenanteile-in-der-stationaeren-pflege-nach-regionaler-verteilung-und-traeger-schaft.html> [1.12.2020]

Augurzky, Boris et al., 2008, Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen: Ein Bundesländervergleich, RWI Materialien 44, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-20080716186> [1.12.2020]

Berger, Johannes et al., 2019, Das Basisszenario des Generationenmonitors, IW-Report 38, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-reports/beitrag/martin-beznoska-susanna-kochskaemper-das-basisszenario-des-generationenmonitors.html> [5.2.2021]

BFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, Kinderlose Frauen und Männer. Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten, Berlin, <https://www.bmfsfj.de/blob/94130/bc0479bf5f54e5d798720b32f9987bf2/kinderlose-frauen-und-maenner-ungewollte-oder-gewollte-kinderlosigkeit-im-lebenslauf-und-nutzung-von-unterstuetzungsangeboten-studie-data.pdf> [5.2.2021]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2020a, Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Finanzentwicklung. 1995-2019, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> [8.12.2020]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2020b, Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3238> [5.2.2021]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2020c, Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Versicherte, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3238> [5.2.2021]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2020d, Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3238> [5.2.2021]

Bonin, Holger et al., 2013, Evaluation zentraler ehe- und familienpolitischer Leistungen in Deutschland. Gutachten im Auftrag der Prognos AG für das Bundesministerium der Finanzen und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Endbericht, <https://www.zew.de/publikationen/evaluation-zentraler-ehe-und-familienbezogener-leistungen-in-deutschland-gutachten-im-auftrag-der-prognos-ag-fuer-das-bundesministerium-der-finanzen-und-das-bundesministerium-fuer-familie-senioren-frauen-und-jugend> [4.2.2021]

Bundesregierung, 2016, Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/6.Pflegebericht.pdf [8.12.2020]

Carstensen, Jeanette / Seibert, Holger / Wiethölter, Doris, 2020, Aktuelle Daten und Indikatoren. Entgelte von Pflegekräften. 4. November 2020, http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2019.pdf [4.12.2020]

Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, 2016, Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung. Dokumentation, <https://www.bundestag.de/resource/blob/480530/23a869c6255b792438e527625bcb7e46/WD-9-051-16-pdf-data.pdf> [5.2.2021]

Europäische Kommission, 2020, The 2021 Ageing report. Underlying Assumptions & Projection Methodologies. Institutional Paper 142, Brüssel

Fetzer, Stefan / Moog, Stefan / Raffelhüschen, Bernd, 2003, Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, Diskussionsbeiträge Nr. 106, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/56406/1/689289413.pdf> [4.12.2020]

Fichte, Damian / Schulemann, Olaf, 2010, Versicherungsfremde Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 90. Jg., Heft 10, S. 676–682

Flake, Regina et al., 2018, Fachkräfteengpass in der Altenpflege. Status quo und Perspektiven, in: IW-Trends, 45. Jg., Nr. 3, S. 21–39

GKV-Spitzenverband, 2018, Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 22.11.2018 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Pflege solidarisch finanzieren Beitragserhöhung stoppen“ (Drucksache 19/5525) vom 06.11.2018, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/181126_LINKE_Beitragserhoehung_SPV_final.pdf [1.2.2021]

Greß, Stefan / Haun, Dietmar / Jacobs, Klaus, 2019, Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung, in: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin

Hartwig, Jochen / Krämer, Hagen, 2017, 50 Jahre Baumol'sche Kostenkrankheit, in: Wirtschaftsdienst, 97. Jg., Nr. 11, S. 793–800

Hielscher, Volker et al., 2017, Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, Hans Böckler Stiftung Study Nr. 363

Höpfner, Thomas et al., 2020, Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit. Expertise, in: Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Heft 5

Kochskämper, Susanna / Arentz, Christine / Moritz, Maik, 2019, Zwei-Säulen-Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteilsversicherung, IW-Policy Paper, Nr. 12, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-policy-papers/beitrag/susanna-kochskaemper-einfuehrung-einer-eigenanteilsversicherung.html> [5.2.2021]

Kochskämper, Susanna, 2020, Auswirkungen des Rentenpaketes in der Wirtschaftskrise – Simulation mit dem Generationencheck, Gutachten, Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM), Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/gutachten/beitrag/susanna-kochskaemper-simulation-mit-dem-generationencheck.html> [5.2.2021]

Kreft, Danile / Doblhammer, Gabriele, 2016, Expansion or compression of long-term care in germany between 2001 and 2009? A small-area decomposition study based on administrative health data, in: Population Health Metrics, 14:24, open access, <https://link.springer.com/article/10.1186/s12963-016-0093-1> [26.2.2020]

Meißner, Sebastian, 2017, Kostenanalyse der Preise ambulanter Pflegedienste in Deutschland, <https://www.pflegemarkt.com/2017/04/24/analyse-preise-und-umsaetze-von-pflegediensten/> [4.12.2020]

Räker, Miriam / Schwinger, Antje / Klauber, Jürgen, 2020, Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden, in: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung, S. 65–96

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Runte, Rebecca / Unger, Rainer, 2017, Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf, 2019, Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 20, <https://www.barmer.de/blob/215396/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/data/barmer-pflegereport-2019.pdf> [5.2.2021]

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Cordes, Janet, 2019, Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II). Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform, https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/2_Gutachten_AAPV_-_Kurzfassung.pdf [5.2.2021]

Rothgang, Heinz et al., 2021, Auswirkungen der aktuellen Pläne zur Finanzreform der Pflegeversicherung. Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit, <https://www.dak.de/dak/download/studie-2413956.pdf> [4.2.2021]

Seibert, Holger / Carstensen, Jeanette / Wiethölter, Doris, 2018. Aktuelle Daten und Indikatoren. Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen. 22. November 2018, http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften.pdf [4.12.2020]

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik / Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) / Institut für Arbeit und Wirtschaft (iwa) / Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb), 2020, Zweiter Zwischenbericht. Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113 c SGB XI (PeBeM), <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/02/2.-Zwischenbericht-Personalbemessung-%C2%A7-113c-SGB-XI.pdf> [27.11.2020]

Statistisches Bundesamt, 2001, Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2018, Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2017, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2019, Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Hauptvarianten 1 bis 9, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2020a, Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Fortschreibung des Bevölkerungsstand (Anzahl), in: Genesis-Online, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2020b, Sonderauswertung. Pflegestatistik über die Pflegeversicherung. Z1 Pflegebedürftige am 15.12.2019. Z 1.1 Pflegebedürftige nach Pflegegraden, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2020c, Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2019, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2020d, Verbraucherpreisindex (inkl. Veränderungsraten): Deutschland, Monate, in: GENESIS-ONLINE, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=0&titel=Tabellenaufbau&levelid=1610099869259&levelid=1610099864949#astructure> [8.1.2021]

Statistisches Bundesamt, 2020e, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Wichtige gesamtwirtschaftliche Größen in Milliarden Euro, Veränderungsrate des Bruttoinlandsprodukt (BIP), <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Volkswirtschaftliche-Gesamtrechnungen-Inlandsprodukt/Tabellen/inlandsprodukt-gesamtwirtschaft.html> [4.12.2020]

Statistisches Bundesamt, 2020f, VGR des Bundes – Arbeitnehmerentgelt, Löhne und Gehälter (Inländerkonzept): Deutschland, Jahre, in: GENESIS-ONLINE, <https://www->

genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1610100415969&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=81000-0007&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb [8.1.2020]

Statistisches Bundesamt, 2020g, Kohortensterbetafeln für Deutschland. Ergebnisse aus den Modellrechnungen für Sterbetafeln nach Geburtsjahrgang, Wiesbaden

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2005, Jahresgutachten 2005/06, Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen. Fünftes Kapitel. Umfinanzierungsoptionen in der Sozialversicherung, Wiesbaden, https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga05_v.pdf [4.2.2021]

Tisch, Thorsten et al., 2019, Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarif in der Altenpflege. Ergebnisse des Forschungsgutachtens, Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstext_AG_5_Anlage_4_IGES-Gutachten.pdf [3.12.2020]

TNS Infratest Sozialforschung, 2017, Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [27.11.2020]

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

vdek – Verband der Ersatzkassen, 2020a, Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR je Monat. 1 Juli 2020, in: Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV), https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html [1.12.2020]

vdek – Verband der Ersatzkassen, 2020b, vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland. 2018/2019, Berlin, https://www.vdek.com/content/dam/vdek-site/vdek/presse/pm/2019/VDEK_Basisdaten018-019_web.pdf [4.12.2020]

Zöllick, Jan C. et al., 2019, Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege, in Jacobs, Klaus et al., 2019, Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, S. 211–218