

✉ Universität Bremen · **socium** · Postfach 330440 28334 Bremen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0046(12)
gel. ESV zur öAnh am 26.11.2018 -
5-SGB XI-Änderungsgesetz
27.11.2018

Abteilung
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 3.4250
28359 Bremen
Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@uni-bremen.de
www www.socium.uni-bremen.de

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@uni-bremen.de

www.socium.uni-bremen.de

26.11.2018

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften
Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung
BT-Drucksache 19/5464

und dem Antrag
Pflege solidarisch finanzieren – Beitragserhöhungen stoppen
BT-Drucksache 19/5525

**anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages am 26. November 2018**

Einleitung

Die große Pflegereform der vergangenen Legislaturperiode hat erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. Reformbedingten Mehrausgaben von rund sieben Milliarden Euro stehen im Jahr 2017 reformbedingte Mehreinnahmen von 2,8 Milliarden Euro gegenüber, was zu einem reformbedingten Defizit von 4,2 Milliarden Euro führt. Lediglich aufgrund des zuvor bestehenden Überschusses und der günstigen Entwicklung der Grundlohnsumme liegt das tatsächliche Defizit 2017 bei „nur“ 2,4 Milliarden Euro (Rothgang & Müller 2018: 25ff.). Für das Jahr 2018 ergeben Hochrechnungen basierend auf den ersten zwei Quartalen ein Defizit in Höhe von rund 3,5 Mrd. Euro (Schwinger et al. 2018: 20). Eine Verbesserung der Einnahmesituation der Sozialen Pflegeversicherung ist daher unumgänglich. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung wird hierzu eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,5 Beitragssatzpunkte vorgeschlagen. Nachfolgend wird zunächst – unter Rückgriff auf gemeinsame Berechnungen des SOCIUM und des WIdO – untersucht, ob eine Beitragssatzanhebung in diesem Umfang ausreichend ist, um die Reformagenda der Bundesregierung zu finanzieren (Abschnitt 1). Anschließend wird eine Alternative zur Beitragssatzerhöhung thematisiert (Abschnitt 2).

1. Ausmaß der Beitragssatzerhöhung

Um zu überprüfen, welche „freien“ Finanzmittel nach Erhöhung der Beitragssatzes zur Verfügung stehen und ob diese Mittel ausreichen, um die Reformagenda der Bundesregierung umzusetzen, wurde von Schwinger, Rothgang und Kalwitzki eine Modellrechnung durchgeführt, die für das Jahr 2018 die Finanzergebnisse der ersten beiden Quartale auf das Jahr hochrechnet und die Finanzentwicklung dann für 2019-22 fortschreibt (Schwinger et al. 2018). Die dabei verwendeten Fortschreibungsraten finden sich in Tabelle 1. Eine Begründung dieser Annahmen findet sich in dem als Anlage angehängten Aufsatz.

Tabelle 1: Modellannahmen der Ausgabenfortschreibung – Steigerungsraten in Prozent pro Jahr

	2018	2019	2020	2021		2022
	Hochrechnung der Ausgaben des 1. HJ.	Mengen- und Strukturkomponente	Mengen- und Strukturkomponente	Preiskomponente	Mengen- und Strukturkomponente	Mengen- und Strukturkomponente
Pflegesachleistung	6,3	3,4	3,4	4,5	3,4	3,5
Pflegegeld	6,9	3,4	3,4	4,5	3,4	3,5
Pflegeurlaub	15,9	12,2	7,1	0,0	7,1	7,1
Hilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung	16,3	12,2	7,1	0,0	7,1	5,1
Soziale Sicherung der Pflegeperson	33,4	27,5	12,2	0,0	7,1	7,1
Tages- / Nachtpflege	10,2	7,1	5,1	4,5	5,1	3,0
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistung	27,1	22,4	12,2	0,0	7,1	7,1
Kurzzeitpflege	10,8	9,1	7,1	4,5	5,1	5,1
Vollstationäre Pflege	0,8	0,2	0,5	4,5	0,8	0,8

Quelle: Schwinger et al. 2018: 19.

Eine Fortschreibung der Gesamtausgaben der SPV unter diesen Annahmen ergibt einen Ausgabenanstieg von 41 Mrd. Euro im Jahr 2018 auf 49,5 Mrd. Euro im Jahr 2022 (Tabelle 2). Dem projizierten Ausgabenanstieg stehen Mehreinnahmen aufgrund der im Gesetzesentwurf angekündigten Beitragssatzanhebung von jährlich 7,4 Mrd. Euro (2019) bis 8,1 Mrd. Euro (2022) gegenüber.

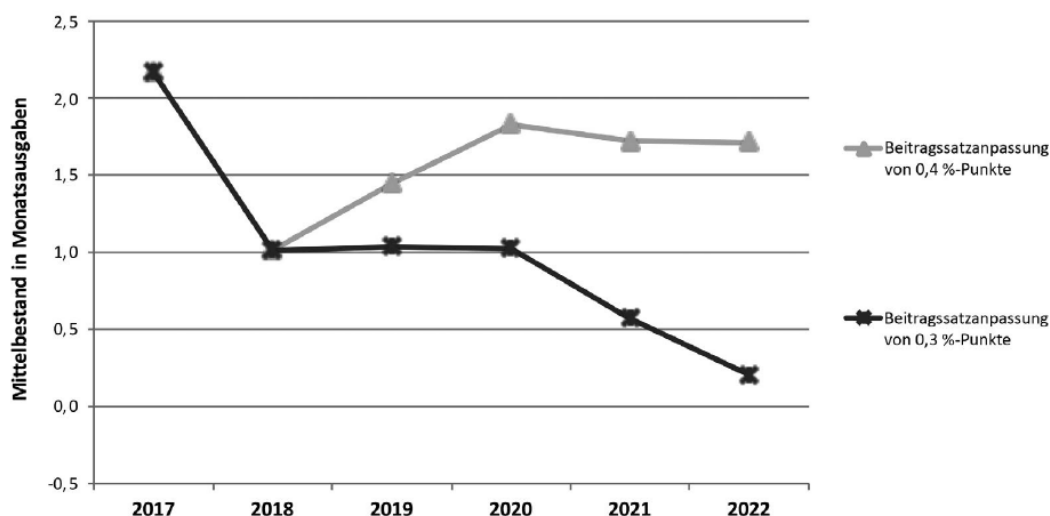
Tabelle 2: Vorausberechnete Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

in Mrd. Euro	2018	2019	2020	2021	2022
Einnahmen Status quo	37,7	39,3	40,6	41,8	43,2
Mehreinnahmen durch Beitragssatzanhebung		7,4	7,6	7,9	8,1
Einnahmen Insgesamt	37,7	46,7	48,2	49,7	51,3
Ausgaben Insgesamt	41,2	43,4	45,0	48,0	49,5
Überschuss der Einnahmen/Ausgaben	-3,5	3,2	3,2	1,6	1,8
Mittelbestand am Ende des Jahres	3,5	6,7	9,8	11,4	13,2
Nicht gebundener Mittelbestand	-2,2	0,8	3,7	4,9	6,6
Mittelbestand in Monatsausgaben	1,0	1,9	2,6	2,9	3,2

Quelle: Schwinger et al. 2018: 20.

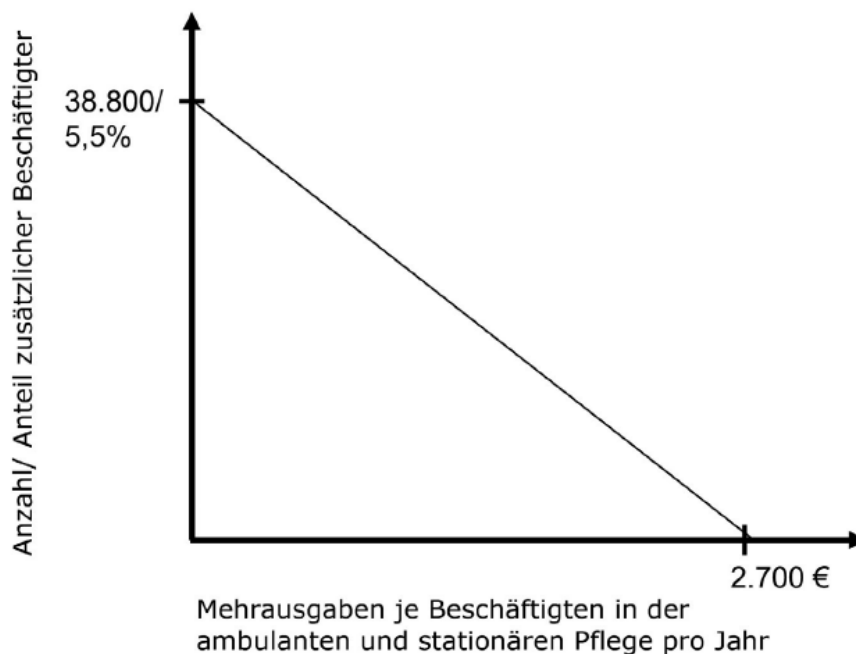
Allerdings können diese Mittel nicht unmittelbar für Leistungsverbesserungen verwendet werden können, da Mittelbestände der Pflegeversicherung inzwischen so stark abgeschmolzen sind, dass sie zunächst wieder aufgefüllt werden müssen, damit die Pflegekassen ihre gesetzliche Verpflichtung einhalten können, Mittel in Höhe von 1,5 Monatsausgaben in Form von Betriebsmitteln und Rücklagen (§ 63 und § 64 SGB XI) vorzuhalten. Für 2018 musste diese Quote bereits – temporär – auf eine Monatsausgabe abgesenkt werden (Bekanntmachung des BVA vom 16. Juli 2018). Entgegen der Einschätzung des BMG veranschaulicht Abbildung 1, dass bereits zur Finanzierung der heutigen gesetzlichen Regelungen eine Beitragssatzanhebung von 0,4 Prozentpunkten notwendig wäre, um wiederum einen Mittelbestand von 1,5 Monatsausgaben bis 2022 zu gewährleisten. Die Mehreinnahmen im Jahr 2019 werden folglich allein für die Konsolidierung des Mittelbestands benötigt. Erst ab 2020 stehen wieder nicht gebundene Finanzmittel zur Verfügung. Unter Berücksichtigung einer Mindesteinlage von 0,5 Mrd. Euro zur Sicherstellung des monatlichen Finanzausgleiches (Schreiben des BVA an den GKV-SV vom 14. Juni 2018) verbleiben kumuliert bis ins Jahr 2022 lediglich 6,6 Mrd. Euro. Dieser Betrag liegt deutlich unterhalb der 12 Mrd. Euro, die das Bundesgesundheitsministerium für die kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger durch die den Gesetzesentwurf begleitenden Pressemitteilung ausweist.

Abbildung 1: Mittelbestand in Monatsausgaben in Abhängigkeit von Beitragssatzanpassungen



Was kann mit diesen freien Mitteln in den Jahren 2020-22 finanziert werden? Neben den Ankündigungen zur weiteren Entlastung pflegender Angehöriger hat die Bundesregierung vor allem eine bessere Bezahlung von Pflegekräften und eine Stellenaufstockung thematisiert (vgl. Rothgang 2018a). Wird berechnet, wie viele zusätzliche Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) mit diesen Mitteln finanziert werden könnten oder welche Ausgabenerhöhung je Pflegekraft (in Annäherung an die Forderung nach „mehr Lohn“) möglich wären bzw. welche Kombinationsmöglichkeiten bestehen, ergibt sich die in Abbildung 2 dargestellte Transformationskurve, die alle möglichen Kombinationen aus diesen beiden Zielen enthält. Finanzierbar wären folglich für die Jahre 2020 bis 2022 insgesamt entweder eine Pflegepersonalausweitung um rund 39.000 zusätzliche Pflegestellen, was einem Anteilswert von 5,5 Prozent der derzeit in der Langzeitpflege Beschäftigten entspricht, oder eine Steigerung der Entlohnung von 2.700 Euro pro Jahr bzw. 225 Euro je Monat und Pflegekraft bzw. entsprechende Kombinationsmöglichkeiten entlang der Transformationskurve.

Abbildung 2: Nutzungsmöglichkeiten für die freien Finanzmittel



Pro Jahr können von den 6,6 Mrd. Euro 2,22 Mrd. Euro genutzt werden, wobei berücksichtigt werden muss, dass hiervon auch Rücklagen zu bilden sind und zwar in Höhe von insgesamt 825 Mio. (=6,6 Mrd. Euro \cdot 1/12 \cdot 1,5) bzw. 275 Mio. Euro pro Jahr. Für die Ermittlung der Zahl der finanzierbaren Stellen wurde der Kostenfaktor von 50.000€ je Stelle wie im PpSG angesetzt, für die aktuelle Stellenzahl (Beschäftigte) wurden die Zahl der in der Pflegestatistik erfassten Erwerbstätigen (unabhängig ihrer Qualifikation und dem Beschäftigungsverhältnis) in der ambulanten und stationären Pflege (mit dem Tätigkeitsbereich Grundpflege bzw. Pflege- und Betreuung) aus dem Jahr 2015 herangezogen. Für die Ermittlung des Anteils der Mehrausgaben je Beschäftigten wurde ebenso der Kostenfaktor von 50.000€ je Stelle angesetzt.

Die vorgesehene Beitragssatzanhebung reicht somit aus, um die Pflegeversicherung mit ihrem derzeitigen Leistungsvolumen, einschließlich einer Leistungsdynamisierung von 4,5 % zum 1.1.2021, zu finanzieren. Allerdings werden hierzu mehr als drei Viertel der Beitragsmehreinnahmen benötigt, die aus der Beitragssatzanhebung resultieren, während das Volumen der „freien“ Mittel nur halb so hoch ist wie von der Bundesregierung unterstellt. Diese „freien“ Mittel sind daher nicht ausreichend, um sowohl eine merkliche Steigerung der Entlohnung der Pflegekräfte als auch einen signifikanten Stellenaufwuchs durch entsprechende Anhebung der Leistungssätze zu finanzieren. Werden steigende Entlohnung und steigende Personalintensitäten aber nicht durch entsprechende Leistungsanpassungen kompensiert, führen sie zu weiter steigenden Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Sollen die Eigenanteile stabilisiert werden und soll gleichzeitig Entlohnung und Personaleinsatzmenge erhöht werden, reicht die geplante Beitragssatzanhebung hierfür nicht aus.

2. Alternativen zur Beitragssatzerhöhung

Um weder die Pflegebedürftigen weiter einseitig zu belasten, noch die höheren Ausgaben durch eine weitere Beitragssatzerhöhung zu finanzieren, wird in dem gleichfalls zur Beratung stehenden Antrag der Fraktion Die LINKEN eine personelle und sächliche Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage vorgeschlagen. Im Einzelnen wird gefordert,

- die Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung zum 01. Januar 2019 aufzuheben,
- Kapitaleinkünfte in die Beitragsbemessung einzubeziehen und
- alle bisher privat Versicherten in die Soziale Pflegeversicherung (SPV) überzuleiten.

Kombinationen dieser Reformelemente wurden bisher auch unter dem Begriff der „Pflegebürgerversicherung“ diskutiert (vgl. z.B. Dräther et al. 2009). Nachfolgend soll zunächst auf jedes Element eingegangen werden (Abschnitt 2.2 bis 2.4), bevor abschließend die fiskalische Ergiebigkeit (Abschnitt 2.5) und die Verteilungswirkungen dieser Maßnahmen (Abschnitt 2.6) angesprochen werden und ein Fazit gezogen wird (Abschnitt 2.7). Zuvor sind aber kurz die normativen Bewertungsmaßstäbe darzulegen (Abschnitt 2.1)

2.1 Normative Bewertungsmaßstäbe

Bürgerversicherungsmodelle knüpfen insbesondere an zwei Defiziten der derzeitigen Situation in Kranken- und Pflegeversicherung an: *der strukturellen Einnahmeschwäche* dieser Systeme und den

inhärenten *Gerechtigkeitslücken*. Mit der Diagnose einer strukturellen Einnahmeschwäche wird darauf Bezug genommen, dass nur ein Teil des Bruttoinlandsproduktes (BIP) verarbeitet wird und diesen im letzten halben Jahrhundert tendenziell langsamer gewachsen ist als das gesamte BIP. Im Ergebnis ist es so zu kontinuierlich steigenden Beitragssätzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung gekommen, obwohl der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP seit Anfang der 1980er Jahre im Wesentlichen konstant geblieben ist (Rothgang & Götze 2013: 129ff.). Um dieser Schwäche entgegenzuwirken ist daher nach den kurz- und langfristigen *fiskalischen Effekten* der vorgeschlagenen Reformelemente zu fragen und zu untersuchen, ob sie zu einer Stabilisierung des Beitragssatzes beitragen.

In Bezug auf die *Verteilungsgerechtigkeit* sind die Kranken- und Pflegeversicherung dem *Solidarprinzip* verpflichtet, das durch das Zusammentreffen einer Finanzierung nach dem *Leistungsfähigkeitsprinzip* und einer Leistungsgewährung nach dem *Bedarfsprinzip* charakterisiert werden kann. Das aus der Steuerlehre übernommene Leistungsfähigkeitsprinzip postuliert, dass Haushalte mit höherer Leistungsfähigkeit stärker belastet werden sollen als solche mit niedrigerer Leistungsfähigkeit (vertikale Gerechtigkeit) und dass Haushalte mit gleicher Leistungsfähigkeit gleich belastet werden sollen (horizontale Gerechtigkeit) (vgl. z. B. Greß & Rothgang 2010). In Bezug auf Gerechtigkeitsüberlegungen ist also zu fragen, ob horizontale und / oder vertikale Gerechtigkeit im so definierten Sinn durch die Vorschläge befördert werden.

2.2 Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Eine Anhebung oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze verbreitert die Grundlohnsumme und es ermöglicht es damit, das gleiche Einnahmenvolumen mit einem geringeren Beitragssatz zu erzielen. In Bezug auf das Ziel der Beitragssatzbegrenzung ist diese Maßnahme daher grundsätzlich positiv zu bewerten. Weiterhin begrenzt eine Beitragsbemessungsgrundlage die vertikale Gerechtigkeit, da ab Erreichen dieser Grenze einkommensstärkere Haushalte nicht mehr stärker zur Finanzierung herangezogen werden. Auch hinsichtlich der genannten distributiven Kriterien ist eine Anhebung / Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze grundsätzlich positiv.

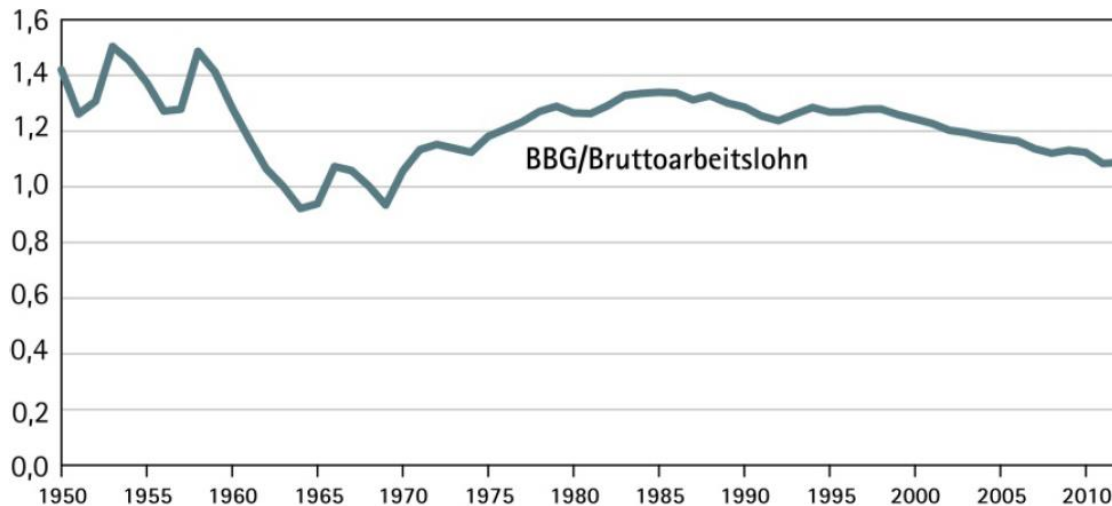
Allerdings ist die Pflegeversicherung nicht steuer-, sondern beitragsfinanziert. Als beitragsfinanzierte Sozialversicherung ist die Soziale Pflegeversicherung aber *zwei Prinzipien* verpflichtet. Zum einen wird ein Risiko *versichert*. Das verweist auf das *Äquivalenzprinzip* als normative Grundlage

einer Versicherung. Gleichzeitig ist sie keine Privat-, sondern eine *Sozialversicherung*, die auch Umverteilungsziele verfolgt (*Solidarprinzip*). Da die Pflegeversicherung eine Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung ist, sind Umverteilungselemente sogar zwingend notwendig, da ansonsten Personen zum Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet würden, den sie womöglich nicht finanzieren könnten. Aus diesem Grund sind auch in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) Umverteilungselemente integriert (vgl. z.B. Wasem 2000).

Wie Solidar- und Äquivalenzprinzip austariert werden sollen, ist dagegen eine offene Frage, bei der aber womöglich Grenzen beachtet werden müssen. Zu deren jeweiligem Stellenwert in der Kranken- und Pflegeversicherung gibt es bereits eine lang anhaltende – insbesondere auch rechtliche – Debatte (vgl. z. B. Bieback 2013: 9f.). In der Krankenversicherung findet das Äquivalenzprinzip bei der Berechnung des Krankengeldes Anwendung. Seit Einführung der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber im Jahr 1970 repräsentiert das Krankengeld aber nur noch ein Zwanzigstel der GKV-Ausgaben. Nach dem damit verbundenen weitgehenden Bedeutungsverlust des Krankengeldes ist die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) die letzte Element Bastion des Äquivalenzsystems in Kranken- und Pflegeversicherung. Es ist daher unklar, ob eine Abschaffung der BBG in einer *Sozialversicherung* noch verfassungskonform ist. Wenngleich das Bundesverfassungsgericht in seinen Urteilen zum Risikostrukturausgleich in der Krankenversicherung stets die Möglichkeit einer Ausweitung der interpersonellen Umverteilung bestätigt hat, sind die mahnenden Worte hinsichtlich einer möglichen „Überdehnung des Solidarprinzips auf Kosten des Versicherungsprinzips“ (BVerfGE 113, 167 <86>) nicht zu übersehen. Ob das Bundesverfassungsgericht einer Abschaffung der BBG zustimmen würde, erscheint daher zumindest fraglich (Rothgang & Götze 2013: 147).

Deutlich unproblematischer erscheint dagegen die *Anhebung* der Beitragsbemessungsgrenze. Diese Grenze war schon in der Vergangenheit von erheblichen Schwankungen gekennzeichnet. Wie Abbildung 3 zeigt, lag sie Mitte der 1950er Jahre noch beim 1,5fachen des durchschnittlichen Arbeitsentgelts ohne Sonderzahlungen. Aufgrund fehlender Anpassungen fiel sie in der Folgezeit sogar unter das Durchschnittsentgelt, um erst seit Ende der 1980er Jahre zunächst wieder zu steigen, dann aber zu sinken. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze etwa auf die Höhe der BBG in der Rentenversicherung, würde somit nur einen Zustand wiederherstellen, der in der Vergangenheit schon bestanden hat, ohne rechtlich beanstandet zu werden.

Abbildung 3: Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in Relation zum durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst ohne Sonderzahlungen (alte Bundesländer)



Quelle: Rothgang / Götze 2013: 148.

Da auch die erwünschten *fiskalischen Effekte* vor allem in dem Einkommensbereich bis zur BBG in der Rentenversicherung erzielt werden, spricht einiges dafür, diese Grenze nicht abzuschaffen, sondern lediglich anzuheben, wenn weitere Einnahmen generiert werden sollen, ohne den Beitragssatz anzuheben und die Mehrbelastung damit auf die Einkommensstärkeren zu verteilen. Dabei ist aber darauf zu achten, das – solange ein Teil der Bevölkerung in der PPV verbleibt – die Versicherungspflichtgrenze entsprechend angehoben wird.

2.3 Verbeitragung anderer Einkommensarten

Derzeit wird das Prinzip der *horizontalen Gerechtigkeit* massiv dadurch verletzt, das Haushalte mit gleichem Einkommen, aber unterschiedlichen Einkommensquellen unterschiedlich verbeitragt werden. Nur Arbeitseinkommen und Lohnersatzleistungen werden zur Beitragszahlung herangezogen, während andere Einkommensarten, insbesondere Kapitalerträge, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung sowie Einkommen aus selbständiger Tätigkeit für Pflichtversicherte nicht verbeitragt werden. Der Einbezug aller Einkommen steigert daher die horizontale Gerechtigkeit.

Allerdings sind damit praktische Probleme verbunden, die daraus resultieren, dass diese Einkommen – anders als Arbeitseinkommen – nicht direkt im Quellenabzugsverfahren eingezogen werden können, sondern vom Versicherten anzugeben sind. Allerdings ist bei freiwillig Versicherten schon

heute die gesamte ökonomische Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen, so dass sich qualitativ keine neuen Probleme stellen. Schließlich spricht nichts dagegen, zum Steuerrecht analoge Verfahren zu etablieren, um die Beiträge einzuziehen. Auch unter fiskalischer Perspektive führt eine Beitragspflicht für andere Einkommensarten nicht nur kurzfristig zu einer höheren Bemessungsgrundlage, sondern langfristig dazu, die Einnahmenentwicklung der Sozialversicherung von Verschiebungen in der funktionalen Einkommensverteilung zu entkoppeln und damit der strukturellen Einkommenschwäche entgegenzuwirken. Insgesamt ist auch dieses Element damit grundsätzlich zielführend.

2.4 Einbeziehung der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung

Die Einbeziehung der bislang Privatversicherten ist das konstitutive Element aller Bürgerversicherungsmodelle. Gerade in der Pflegeversicherung zeigt sich das Kernproblem des dualen Versicherungssystems besonders deutlich: die *Risikoselektion*. Die Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung haben die ungünstigere Altersstruktur, einen höheren Männeranteil und das geringere altersspezifische Pflegerisiko (Rothgang 2010 und 2011). Obwohl sich die Leistungsansprüche in beiden Versicherungszweigen nicht unterscheiden und auch die Begutachtungskriterien übereinstimmen, liegen die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben eines SPV-Versicherten mit 431 Euro im Jahr 2016 knapp viermal so hoch wie in der PPV (113 Euro). Auch bei Berücksichtigung der Beihilfe für PPV-Versicherte bleibt noch ein Verhältnis von knapp drei zu eins, das Ausdruck der unterschiedlichen Risiken der beiden Versichertenkollektive auf der Ausgabenseite ist (Rothgang 2018b). Privatversicherte sind zudem deutlich *einkommensstärker*: Für 2003 wurde mit Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) ermittelt, dass die Durchschnittseinkommen der Privatkrankenvollversicherten um 68 % über denen der GKV-Versicherten liegen (Leinert 2006: 32). Dabei ist noch unberücksichtigt, dass die sehr hohen Einkommen im SOEP tendenziell untererfasst sind. Wird nur auf die Einkommen abgestellt, die nach den Regeln der Sozialversicherung beitragspflichtig wären, weisen die Privatversicherten noch um 60 % höhere Einkommen auf als die GKV-Versicherten (ebd.: 37). Zum gleichen Ergebnis kommen Analysen basierend auf Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) für 2003. Auch auf dieser Datengrundlage zeigen sich für PKV-Versicherte um 64 % höhere Einkommen als für GKV-Versicherte, wenn auf das nach den Regeln der Sozialversicherung berechnete beitragspflichtige Einkommen abgestellt wird (Arnold / Rothgang 2010: 71f.).

Im Ergebnis entsteht aufgrund dieser Risikoselektion eine normativ nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Bevölkerung, von denen mehr als 90 % de jure oder (bei den Beamten) de facto einem der beiden Versicherungssysteme zugewiesen werden. Um die Effekte dieser normativ nicht begründbaren Risikoselektion auszugleichen, war im Koalitionsvertrag zwischen CDU/ CSU und SPD 2005 schon einmal ein Finanzausgleich zwischen den beiden Zweigen der „Pflegevolksversicherung“ (Bundesverfassungsgericht) vereinbart worden, der dann aber nicht umgesetzt wurde. Ein derartiger Finanzausgleich kann aber als Vorstufe einer vollständigen Integration angesehen werden, die in Pflegeversicherung deutlich einfacher zu erreichen ist als in der Krankenversicherung, weil die Leistungsansprüche in beiden Versicherungssystemen weitgehend identisch sind

2.5 Fiskalische Effekte

Wie stellen sich aber die fiskalischen Effekte der vorgeschlagenen Maßnahme dar? In einem Gutachten für die Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen wurde für ein Bürgerversicherungsmodell, das im Wesentlichen durch die Einbeziehung aller bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung, die Verbeitragung aller Einkommensarten und eine Anhebung der BBG auf die Höhe der Gesetzlichen Rentenversicherung gekennzeichnet war, errechnet worden, dass der zum Ausgleich der Ausgaben notwendige Beitragssatz durch diese Maßnahmen um rund 0,4 Beitragssatzpunkte sinken würde (Rothgang et al. 2011). Für das Mikrosimulationsmodell wurden dabei die Einkommensdaten des Sozio-ökonomischen Panels verwendet. Neuerliche Modellrechnungen für DIE LINKE basierend auf der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Jahres 2013) ergab für ein gleichartiges Modell sogar einen Rückgang des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes um 0,56 Beitragssatzpunkte. Bei einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze steigt der Beitragssatzeffekt weiter, auf dann insgesamt 0,65 Beitragssatzpunkte.

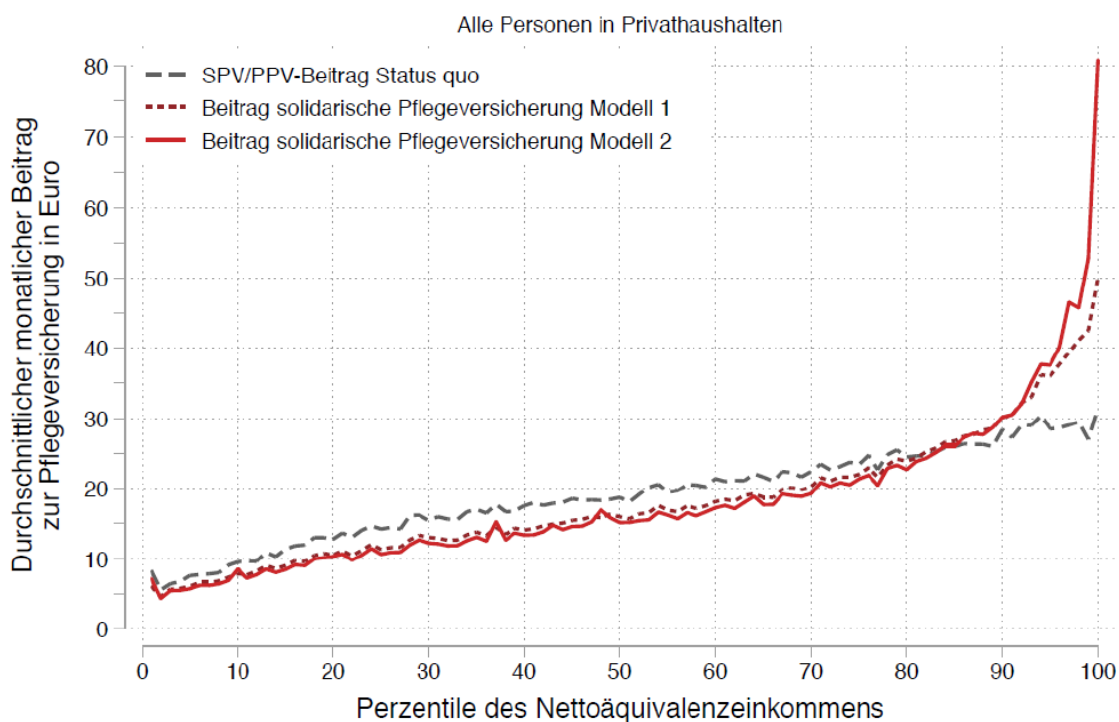
Dieser kurzfristige Effekt ist im Zeitverlauf leicht rückläufig, wie die demographische Alterung im bisher privatversicherten Versicherungskollektiv stärker ausgeprägt ist. Allerdings wird die strukturelle Einnahmeschwäche der Sozialversicherung langfristig insofern beseitigt, als weiterer Risikoselektionen zu Lasten der Sozialversicherung nunmehr ausgeschlossen sind.

2.6 Verteilungseffekte

Die Verteilungswirkungen der Einführung einer Pflegebürgerversicherung können analysiert werden, indem die Beiträge bzw. Prämien im Status quo mit den Beiträgen in der Pflegebürgerversicherung für Versicherte untersucht werden. Die Versicherten werden dabei anhand ihres Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens geordnet. Zu beachten ist weiterhin, dass in den Prämien der Privatversicherungssysteme derzeit Altersrückstellungen enthalten sind, die in der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung nicht mehr aufgebaut werden. Daher verringert sich das durch Beiträge zu finanzierende Volumen – allerdings zu Lasten zukünftiger Beitragszahlungen.

Abbildung 4 zeigt die durchschnittlichen monatlichen Beiträge im Status quo und in zwei Bürgerversicherungsmodellen. Modell 1 sieht dabei eine Anhebung der BBG auf den Wert der Gesetzlichen Rentenversicherung vor, Modell 2 die Aufhebung der BBG.

Abbildung 4: Durchschnittliche monatliche Beiträge zur Pflegeversicherung zum Status quo und in einer Pflegebürgerversicherung nach Perzentilen des Nettoäquivalenzeinkommens; Datenquelle: EVS 2013 (n=110.649)

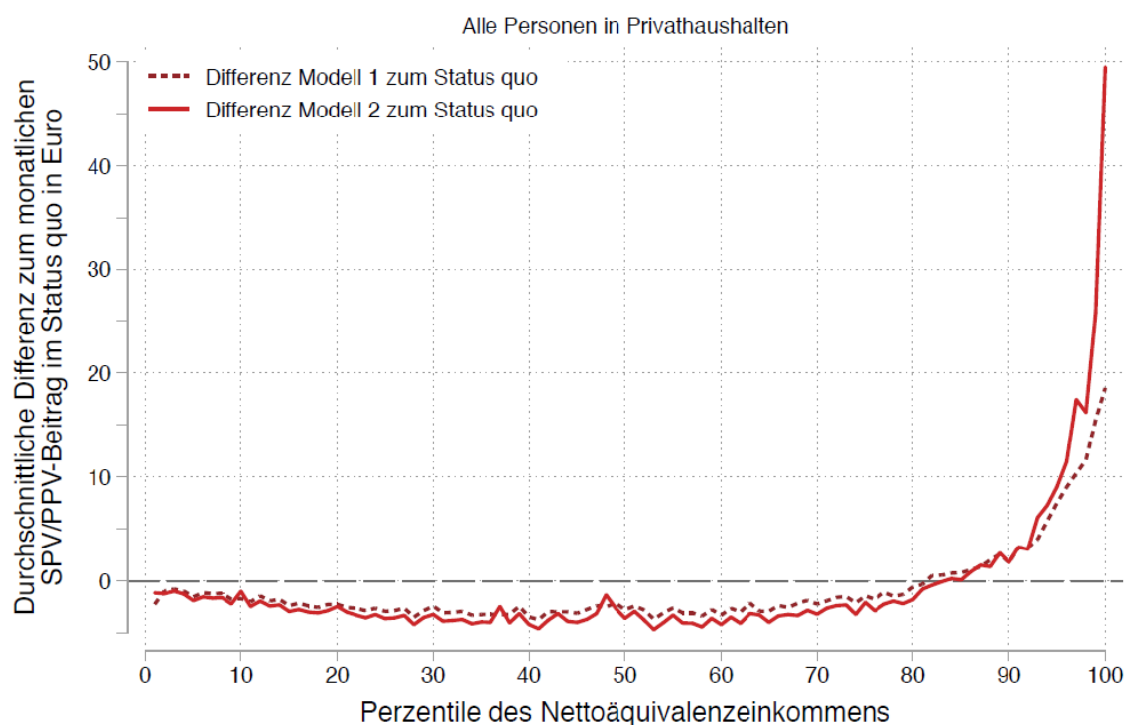


Quelle: Rothgang/Domhoff 2017: 29.

Wie gut erkennbar ist, ergeben sich für die Haushalte bis zum 80er Perzentil im Durchschnitt Entlastungen und nur bei den 10% der einkommensstärksten Haushalte zeigt sich eine Mehrbelastung. Bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist dieser Effekt bei den einkommensstärksten Haushalten dann schon sehr ausgeprägt. Allerdings werden nur die Durchschnittswerte für jede Einkommensklasse ausgewiesen. In Einzelfällen kann es deutliche Abweichungen davon geben.

Diese Ergebnisse werden noch deutlicher, wenn direkt die Differenz zwischen den Bürgerversicherungsmodellen und dem Status quo betrachtet wird (Abbildung 5). Die Entlastung liegt bei allen Haushaltseinkommen unterhalb von monatlich 10 Euro. Die Belastung der Einkommensstärksten erreicht auch in Modell 1 einen Wert von annähernd 20 Euro im Monat und in Modell 2 sogar den Wert von 50 Euro. Die zum Teil geäußerten Befürchtungen, dass auch im unteren Einkommensbereich etwa durch den Einbezug weiterer Einkommensarten per Saldo höhere Beitragszahlungen resultieren, kann die Modellierung *nicht* bestätigen.

Abbildung 5: Differenz der durchschnittlichen monatlichen Beiträge zwischen einer Pflegebürgerversicherung und dem Status quo nach Perzentilen des Nettoäquivalenzeinkommens; Datenquelle: EVS 2013 (n=110.649)



Quelle: Rothgang/Domhoff 2017: 29.

2.7 Fazit

Insgesamt haben die Darlegungen zur Pflegebürgerversicherung gezeigt, dass diese grundsätzlich normativ gut begründbar sind, zu einem merklichen fiskalischen Effekt führen und so einer weiteren Beitragssatzsteigerung entgegenwirken können. Sie führen distributiv zu einer Entlastung weiter Teile der Bevölkerung führen und belasten systematisch lediglich die besonders einkommensstarken Haushalte. Aufgrund gleicher Leistungshöhen in den beiden Zweigen der Pflegeversicherung scheint eine Integration in ein System im Pflegebereich auch deutlich einfacher als in der Krankenversicherung. Lediglich bei der Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist Vorsicht geboten. Hier erscheint eine Anhebung vernünftiger als eine Aufhebung.

Literatur

- Arnold, Robert / Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göppfarth, Dirk / Greß, Stefan / Jacobs, Klaus / Wasem, Jürgen (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 65-94.
- Bieback, Klaus-Jürgen (2013): Verfassungs- und sozialrechtliche Probleme einer Änderung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV. WSI-Diskussionspapier. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag, 71-93.
- Greß, Stefan / Rothgang, Heinz (2010): Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Leinert, Johannes (2006): Einkommensselektion und ihre Folgen, in: Jacobs, Klaus Jacobs / Klauer, Jürgen / Leinert, Johannes (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, Bonn: WIdO, S. 31-48.
- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 72 (3): 154– 160.
- Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4-5/2011: 81-87.

- Rothgang, Heinz (2015): Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern, in: Peter Masuch, Wolfgang Spellbrink, Ulrich Becker und Stephan Leibfried (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 2: Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft: BSG – Entscheidungsfindung und die Sozialstaatsforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag: 139-170.
- Rothgang, Heinz (2018a): Weiterentwicklung der Pflege im Koalitionsvertrag: Absichtserklärungen und Ankündigungen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 3: 37-42, DOI: 10.5771/1611-5821-2018-3-52.
- Rothgang, Heinz (2018b): Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, in: Public Health Forum 26(3): 239–242; <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0056>.
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Wendlandt, Katharina / Sauer, Sebastian / Wolter, Annika (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. URL: http://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=ade44659e4.pdf&filename=ZeS-GA_2011_Gutachten_zur_Pflegebuergerversicherung.pdf.
- Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik, 2017: „Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa Luxemburg-Stiftung. URL: <https://www.rosalux.de/publikation/id/37468/solidarische-gesundheits-und-pflegeversicherung/>
- Rothgang, Heinz / Götze, Ralf (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, Klaus / Schulze, Sabine (Hg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart-Verlag: 127-175.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2018): BARMER Pflegereport 2018. Berlin: BARMER Eigenverlag. http://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2018/181108_BARMER_Pflegereport_2018.pdf.
- Schwinger, Antje / Kalwitzki, Thomas / Rothgang, Heinz (2018): „Die Pflegeversicherung boomt“. Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 6, 33-42
DOI: 10.5771/1611-5821-2018-6-13, i.E.
- Wasem, Jürgen (2000): Die private Pflegepflichtversicherung – ein Modell für eine alternative Organisation der sozialen Sicherung zwischen Markt und Staat?, in: Schmähl, Winfried (Hg.): Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Neue Folge, Band 275. Berlin: Duncker & Humblot: 79-110.

Anlage: Vorabversion von

- Schwinger, Antje / Kalwitzki, Thomas / Rothgang, Heinz (2018): „Die Pflegeversicherung boomt“. Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion, in: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 6, 33-42
DOI: 10.5771/1611-5821-2018-6-13.

„Die Pflegeversicherung boomt“: Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion

ANTJE SCHWINGER,
HEINZ ROTHGANG,
THOMAS KALWITZKI

Dr. Antje Schwinger ist Leiterin des Forschungsbereichs Pflege am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), Berlin

Prof. Dr. Heinz Rothgang leitet die Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Thomas Kalwitzki ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Die Rücklagen der Pflegeversicherung sind aufgebraucht und die nächste Beitragssatzanpassung von 0,5 Prozentpunkten ist bereits angekündigt. Die Anhebung ist jedoch nicht etwa deshalb notwendig, weil es unvorhersehbare Ausgaben gab, sondern weil die Kostenfolgen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zu niedrig veranschlagt wurden und die Reform entsprechend nicht ausfinanziert war. Im Beitrag ausgeführte Modellrechnungen legen nahe, dass maximal Finanzmittel aus 0,1 Beitragssatzpunkten als Handlungsspielraum für Verbesserungen der Personalsituation verbleiben werden, diese aber nicht ausreichen, die weitergehende Reformagenda der Regierung zu finanzieren.

Einleitung

„Die Pflegeversicherung boomt“. Mit diesen Worten wurde im Mai 2018 durch den GKV-Spitzenverband auf den unvorhergesehen hohen Anstieg der Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) aufmerksam gemacht (Pressemitteilung vom 17.05.2018). Im Jahr 2018 werden die Ausgaben der SPV die Einnahmen um rund 3,5 Mrd. Euro übersteigen. Die Mehreinnahmen, die aus den die Pflegestärkungsgesetze begleitenden Beitragssatzerhöhungen resultierten, sind aufgebraucht. In zwei Stufen waren die Beitragssätze im Jahr 2015 und 2017 um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben worden. Der Gesetzgeber war ursprünglich davon ausgegangen, dass die Anhebung auf heute 2,55 Prozentpunkte die Reformkosten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) vollständig bis ins Jahr 2022 finanzieren könnte (BT-Drs. 18/5926; S. 6). Vor dem Hintergrund der jetzt leeren Kassen wurde im Oktober

2018 mit dem „Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung“ eine weitere Beitragssatzanhebung von 0,5 Prozentpunkten zum 1.01.2019 angekündigt. Die Anhebung des Beitragssatzes auf 3,05 Prozent (bzw. 3,3 Prozent für Kinderlose) diene der Finanzierung von nicht vorhersehbaren Ausgaben, die aus dem PSG II resultieren. Darüber hinaus sollen hierdurch im Koalitionsvertrag vereinbarte Maßnahmen wie die „kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger“ finanziert werden. Hierfür stehen laut der die Gesetzesvorlage begleitenden Pressemitteilung des BMG 0,2 Prozentpunkte der Beitragssatzanhebung von insgesamt 0,5 Prozentpunkten zur Verfügung. Nach Angaben des Gesetzentwurfs, der jährliche Mehreinnahmen von 7,6 Mrd. Euro beziffert, entsprechen 0,2 Beitragssatzpunkte folglich rund 3 Mrd. Euro pro

Tabelle 1: Ausgabenentwicklung der SPV 2016 – 2018

In Mrd. Euro				Veränderung 2017/16		Anteil an Leistungs- ausgabensteigerung gesamt	Veränderung 2018/17	
	2016	2017	2018*	Absolut	in Prozent		Absolut	in Prozent
Pflegegeld	6,84	9,99	10,68	3,16	46,18	43,52	0,69	6,90
Pflegesachleistung	3,83	4,50	4,78	0,67	17,52	9,24	0,28	6,26
Vollstationäre Pflege (inkl. Stat. Vergütungszuschläge)	12,15	14,31	14,47	2,16	17,78	29,77	0,16	1,13
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,29	0,40	0,44	0,11	39,30	1,56	0,04	10,38
Kurzzeitpflege	0,57	0,60	0,67	0,04	6,39	0,50	0,07	10,80
Tages- / Nachtpflege	0,52	0,68	0,75	0,16	30,25	2,16	0,07	10,21
Verhinderungspflege	1,05	1,12	1,30	0,07	6,53	0,95	0,18	15,94
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistung	1,01	1,23	1,56	0,22	21,70	3,02	0,33	27,15
Hilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung	0,81	0,88	1,03	0,07	9,20	1,03	0,14	16,32
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,99	1,54	2,06	0,55	55,87	7,62	0,52	33,43
Pflegeberatung und sonstige Leistungsausgaben	0,25	0,29	0,31	0,05	19,05	0,65	0,02	7,35
Leistungsausgaben insgesamt	28,29	35,54	38,05	7,26	25,65	100,00	2,50	7,04
Ausgaben insgesamt	31,00	38,52	41,18	7,53	24,28		2,65	6,89

Quelle: Amtliche Statistik PV45; BMG 2018 (*Hochrechnung des 1. Halbjahres 2018)

Jahr bzw. für den Zeitraum 2019 bis 2022, insgesamt rund 12 Mrd. Euro.

Der vorliegende Beitrag geht vor diesem Hintergrund zuerst der Frage nach, welche Effekte dafür verantwortlich waren, dass die Gesamtausgaben der SPV im PSG II-Reformjahr 2017 um 7,5 Mrd. Euro – und damit um ein Viertel (24,3 Prozent) – angestiegen sind und ob dieser Anstieg tatsächlich unvorhersehbar war. In einem zweiten Schritt werden die Einnahmen und Ausgaben bis ins Jahr 2022 fortgeschrieben und es wird überprüft, welche finanziellen Handlungsspielräume mit Blick auf die angekündigten Maßnahmen bestehen und inwieweit die Reformagenda der Bundesregierung innerhalb dieses Finanzrahmens abgearbeitet werden kann.

Ausgabeneffekte im PSG II-Reformjahr

Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung sind von 31 Mrd. Euro im Jahr 2016 auf 38,5 Mrd. Euro im Jahr 2017 angestiegen (Tabelle 1). Der in Summe höchste Anstieg ist beim Pflegegeld zu beobachten: 3,2 Mrd. Euro sind mit dem PSG II zusätzlich an die Pflegebedürftigen ausgezahlt worden. Dies entspricht mit 44 Prozent fast der Hälfte des Zuwachses der Leistungsausgaben im Reformjahr 2017. In die vollstationäre Pflege hingegen flossen nur 2,2 Mrd. Euro zusätzlich, was einem Anstieg von 18 Prozent gleichkommt. Hohe Veränderungsraten – jedoch auf einem niedrigen Ausgangsniveau – sind zudem bei den ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen (insbe-

sondere der Tages- und Nachtpflege und den zusätzlichen Betreuungsleistungen) zu beobachten. Die prozentual höchste Veränderung findet sich bei den Zahlungen von Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherungsbeiträgen für pflegende Angehörige. Diese unter „Soziale Sicherung der Pflegeperson“ zusammengefassten Ausgaben sind von 1 Mrd. Euro im Jahr 2016 um über 50 Prozent auf 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2017 angestiegen. Mit Blick auf die Frage nach den Ursachen der Ausgabenanstiege, werden die Effekte im Folgenden jeweils im Einzelnen beleuchtet.

Pflegegeld

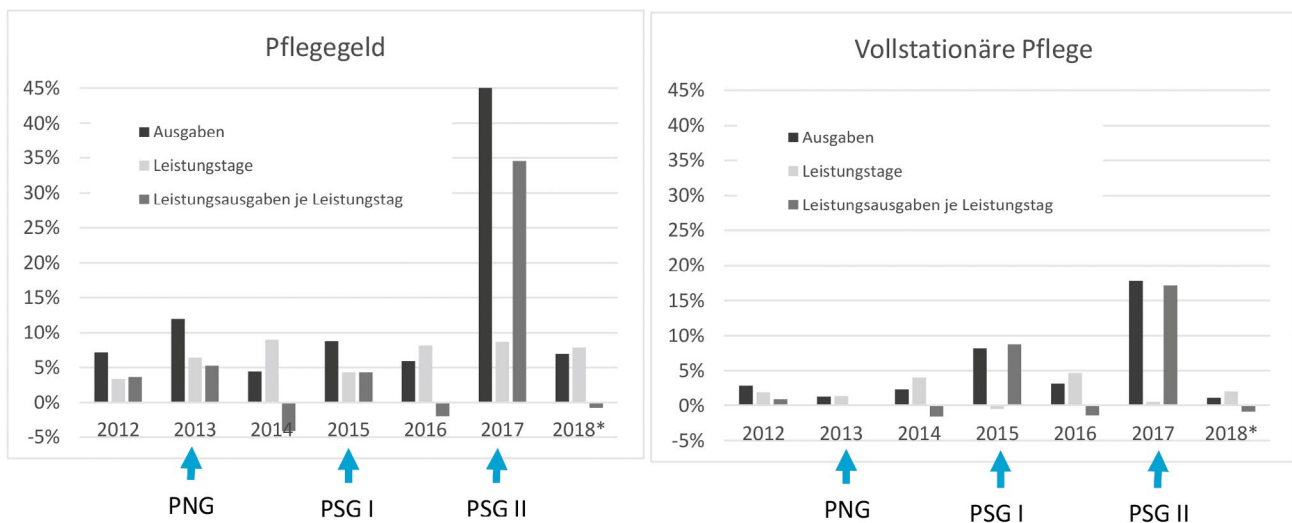
Um die Zuwachsraten beim Pflegegeld und der vollstationären Pflege besser zu verstehen, sind in Abbildung 1 Mengeneffekte sowie Preis- und Struktureffekte getrennt ausgewiesen. Dargestellt sind die jährlichen Veränderungsraten der Ausgaben insgesamt und der Leistungstage (*Mengeneffekt*). Auch Verschiebungen zwischen den Leistungssektoren bzw. -arten (Geld-, Kombinationsleistung, vollstationäre Pflege) werden hierunter erfasst und nicht – wie auch möglich – beim Struktureffekt. Der *Preiseffekt*, d. h. die Anhebung von Leistungssätzen, und der *Struktureffekt*, d. h. die Veränderung der durchschnittlichen Schwere der Pflegebedürftigkeit, werden zusammen, nämlich durch die Veränderungsrate der Ausgaben je Leistungstag, dargestellt. Das Vorgehen wurde gewählt, da Preis- und Struktureffekte aufgrund der Umstellungssystematik des PSG II nicht zu differenzieren sind. Dies

resultiert daraus, dass im PSG II nicht nur die Leistungssätze angehoben wurden, sondern gleichzeitig eine neue Einstufung in Pflegegrade eingeführt wurde, die mit den alten Pflegegraden nicht strikt vergleichbar sind. Lediglich für die Altfälle, die ohne Neueinstufung nach dem so genannten „einfachen und doppelten Stufensprung“ übergeleitet wurden, lässt sich die Veränderung der Leistungsausgaben pro Leistungstag als reiner Preiseffekt interpretieren, wenn unterstellt wird, dass das tatsächliche Ausmaß der Pflegebedürftigkeit sich kurzfristig nicht verändert hat.

Abbildung 1 zeigt, dass der Ausgabenanstieg von 46 % beim Pflegegeld im Reformjahr 2017 ganz überwiegend aus Preis- und Struktureffekt resultiert. Ergänzend ist in Abbildung 2 veranschaulicht, in welchem Umfang die Preise, d. h. die Leistungssätze, durch das PSG II für die übergeleiteten Altfälle angehoben wurden. Mit Blick auf das Pflegegeld wird deutlich, dass die relativen Leistungssteigerungen für die Pflegebedürftigen in der alten Pflegestufe 0 mit Abstand am höchsten sind. Die nächsthöchste Steigerungsrate findet sich dann bei Personen der Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Insgesamt erhielten Ende 2016 rund 370.000 und damit rund jeder vierte Geldleistungsbezieher Leistungen aus einer dieser beiden Stufen (Abbildung 2).

Neben der großzügigen Anpassung der Leistungshöhe – dem *Preiseffekt* – bewirkt die großzügige Überleitung der Pflegegraden in Pflegegrade einen *Struktureffekt*. Die gewählte Überleitung führt in der Summe nämlich zu einer höhe-

Abbildung 1: Pflegegeld – Veränderung der Ausgaben, Leistungstage und Ausgaben je Leistungstag 2012 – 2018



Quelle: Amtliche Statistik PV45 und PG1; BMG 2018; Annahme eines Sachleistungsanteils von 50% bei Kombinationsleistungsbezug

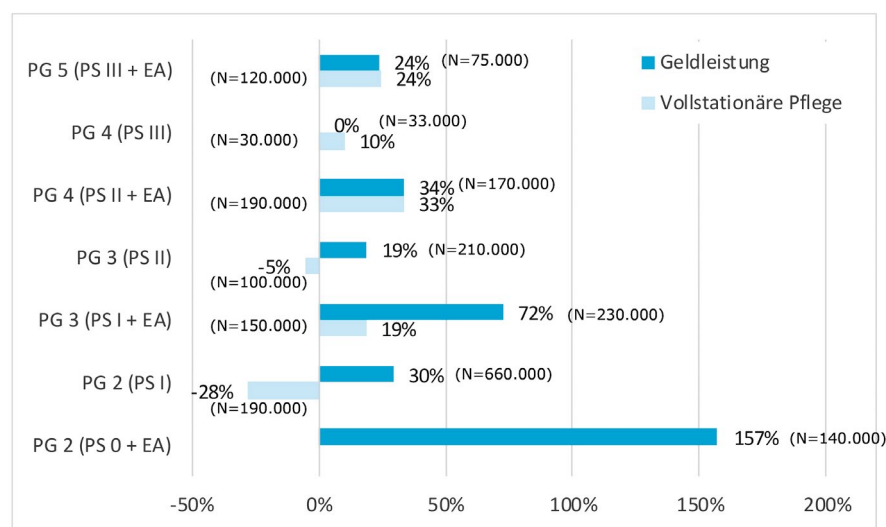
ren Pflegegradeinstufung, als wenn alle Pflegebedürftigen eine Einstufung auf Basis des neuen Assessmentinstruments erhalten hätten (Rothgang und Kalwitzki 2015). Die entsprechenden „echten“ Übergangswahrscheinlichkeiten (vom alten System ins neue System) waren im Rahmen einer Praktikabilitätsstudie des MDS (Kimmel et al. 2015) sowie stationär ergänzend in einer Studie zu Versorgungsaufwänden (Rothgang et al. 2015) erhoben worden. Der Überleitungseffekt wie auch der Preiseffekt war insofern vorhersehbar und im Sinne von Reformkostenabschätzungen abbildbar.

Blickt man nun auf den *Mengeneffekt* der Geldleistungen, d. h. auf die Veränderung der Zahl der Leistungstage, so liegt diese Steigerungsrate 2017 mit 9 Prozent im Rahmen dessen, was auch in den Jahren zuvor zu beobachten war (Abbildung 1). Zwar ist die Zahl der ambulant Pflegebedürftigen (inkl. der Pflegestufe 0) von 2,17 Mio. im Jahr 2016 auf 2,52 Mio. im Jahr 2017 und damit insgesamt um rund 350.000 angestiegen, maßgeblich ist hierbei aber der Neuzugang in den Pflegegrad 1, in dem kein Anspruch auf Pflegegeld (gemäß § 37 SGB XI) oder Pflegesachleistungen (gemäß § 36 SGB XI) besteht (Abbildung 3). Bei den Reform-

kostenabschätzungen wurde übrigens von 200.000 bis 500.000 zusätzlich Pflegebedürftigen ausgegangen¹, so dass die heutige Aussage, dass mehr Menschen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben als ursprünglich erwartet, eher überrascht.

Welcher Anteil des 9-prozentigen Mengenzuwachs ist nun aber dem PSG II geschuldet, und warum sind die Zuwachsraten auch vor und nach dem PSG II bereits ähnlich hoch? Die Abgrenzung des Personenkreises, der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, ist zwischen 2002 (Einführung der Leistungen bei Eingeschränkter Alltagskompetenz durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) und 2017 (Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II) nicht verändert worden. Wird unterstellt, dass sich in dem verhältnismäßig kurzen Zeitraum auch die Morbidität der Bevölkerung und damit die epidemiologische Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, nicht verändert hat, so wäre ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in der Größenordnung von rund 2 Prozent zu erwarten, der auf der Alterung der Bevölkerung beruht (Schwinger et al. 2019). Die über die Demographie hinausgehende Mengenentwicklung muss folglich aus verändertem Antragsstellungs- und Inanspruchnahmeverhalten resultieren, die wiederum durch Reformen ausgelöst wurden: 2013 konnten Personen mit er-

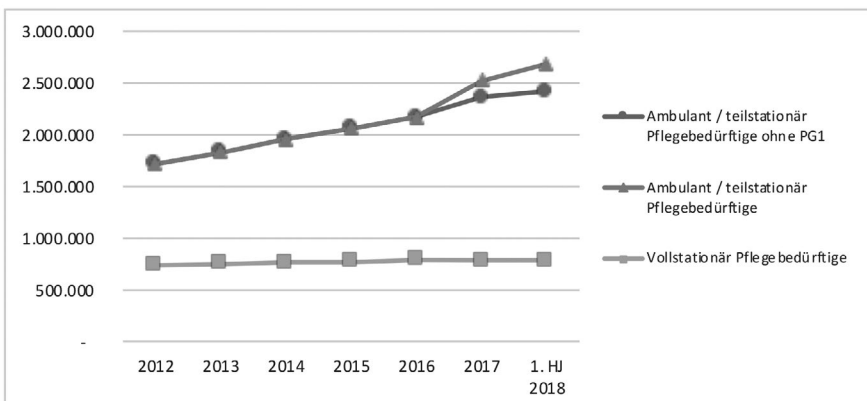
Abbildung 2: Veränderung der Leistungssätze vor und nach PSG II in %



Quelle: eigene Darstellung, Amtliche Statistik PG2 und PG1 (BMG 2018); Anteil Geldleistungsbezieher auf Basis des Anteils der Leistungstage der PG1 berechnet

1 Siehe gemeinsame Pressemitteilung des MDS und GKV-Spitzenverbands vom 14.09.2016

Abbildung 3: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen (jeweils zum 31.12 des Jahres) 2012 – 2018



Quelle: Amtliche Statistik PG2; BMG 2018

wie professionelle ambulante Unterstützungsangebote gibt, die – bei gleichem Mitteleinsatz – effektiver sind.

Vollstationäre Pflege

Ein Blick auf die in Abbildung 1 dargestellten Mengen-, Preis- und Struktureffekte in der vollstationären Pflege verdeutlicht, dass die Leistungstage 2017 stagnierten und die Zuwachsraten der Ausgaben pro Leistungstag mit 17 % nur halb so hoch waren wie beim Pflegegeld (35 %). Die Unterschiede im PSG II-Reformjahr erklären sich aus der deutlich geringeren Anhebung der stationären Leistungssätze bzw. deren Absenkung für Personen der Pflegestufe I und II, die keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (EA) hatten (Abbildung 2). Gleichwohl sorgt der Besitzstandsschutz des § 141 SGB XI dafür, dass sich für „Altfälle“ zumindest der Eigenanteil dennoch nicht erhöht. „Neufälle“ ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, die vor der Reform in Pflegestufe I bzw. II eingestuft worden wären und jetzt in Pflegegrad 2 bzw. 3 eingestuft werden, erhalten hingegen weniger als sie ohne Reform bekommen hätten. In der Summe waren auch für den stationären Sektor die zu erwartenden Preis- und Struktureffekte im Vorfeld der Reform gut berechenbar.

Welche Auswirkung hat die Reform auf die *Eigenanteile*, d. h. die neben Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten durch die Pflegebedürftigen selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten? Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Eigenanteile, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten vor und nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des PSG II. Abgebildet ist weiterhin, dass die Pflegebedürftigen 2016 Versicherungsleistungen bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI in Höhe von monatlich durchschnittlich 1.267 Euro, 2017 dagegen in Höhe von durchschnittlich 1.404 Euro erhielten. Der Leistungsbetrag ist durch das PSG II folglich um durchschnittlich 137 Euro gestiegen – noch ohne Berücksichtigung der Besitzstandswahrung für einen Teil der Altfälle. Da sich gleichzeitig auch die Pflegesätze verändert haben, ist der monatliche durchschnittliche Eigenanteil jedoch vom letzten Quartal 2016 zum ersten Quartal 2017 von 584 Euro nur auf 548 Euro und damit um lediglich

heftig eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), insbesondere Menschen mit Demenz aber ohne Pflegestufe (die so genannte Pflegestufe 0), erstmals Geld- und Sachleistungen beziehen, und für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegestufe I und II stiegen die Leistungsbeträge für diese Hauptleistungsarten. Mit dem PSG I wurden die Leistungssätze dann ein weiteres Mal angehoben. Dies legt die Vermutung nahe, dass insbesondere aufgrund der verbesserten Leistungen für Pflegestufe 0 sowie der breiten medialen Aufbereitung auch solche Menschen einen Antrag gestellt haben, die dies ansonsten nicht bzw.

Teil des Fallzahlenstiegs im ambulanten Sektor auch durch eine Verlagerung aus der stationären Versorgung zu erklären.

Insgesamt sind die Ausgaben für das Pflegegeld im Reformjahr 2017 von 6,8 Mrd. Euro im Jahr 2016 um 3,2 Mrd. Euro auf 10 Mrd. Euro angestiegen. Der „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hatte mit Blick auf die notwendige neue Leistungsrelation darauf verwiesen, dass eine Erhebung von empirischen Zeitwerten (im ambulanten Setting) oder gar eine Ausrichtung der Leistungshöhen an der Erreichung intendierter Wirkungen (Effizienz, Kosten-Nutzen) umfangreicher methodischer und konzeptioneller Vorarbeiten bedurft hätte (BMG 2013: 75). Da dies im Vorfeld der Reform nicht realisierbar erschien, wurden stattdessen Simulationen zu möglichen Leistungshöhen und -spreizungen durchgeführt. In der Gesamtschau erfolgte aber keine Empfehlung, sondern es wurde seitens des

Beirats festgehalten, dass die Entscheidung – da abhängig von den intendierten Zielsetzungen – dem Gesetzgeber obliege (BMG 2013). Vor dem Hintergrund des wachsenden Finanzdrucks in der Pflegeversicherung werden Fragen nach der *Wirksamkeit* von finanzierten Leistungen perspektivisch aber an Bedeutung gewinnen. Mit Blick auf das Pflegegeld wäre beispielsweise zu diskutieren, welchen Beitrag dieses dazu leistet, das häusliche Pflegesetting zu stabilisieren, oder ob es nicht vielleicht andere Maßnahmen

Wegen des wachsenden Finanzdrucks der Pflegeversicherung gewinnen Fragen nach der Wirksamkeit von finanzierten Leistungen an Bedeutung.

erst bei fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit getan hätten. Auch verbesserte Beratungsangebote mögen hierzu ihren Teil beigesteuert haben. Entsprechend ist die Zahl der Erstanträge von 2011 bis 2016 deutlich, von 769 Tsd. auf 966 Tsd. gestiegen (Rothgang et al. 2017a: 79). Hinzu kommt, dass die Mengenzuwächse im stationären Sektor unter der demographisch zu erwartenden Rate liegen bzw. dass die Zahl der vollstationär Pflegebedürftigen teilweise sogar rückläufig ist (Abbildung 3). Insofern ist ein

Tabelle 2: Entwicklung der Eigenanteile für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeheimen 2015 – 2018

Quartale	Durchschnittlicher Eigenanteil bzw. Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Durchschnittliche Leistung nach § 43 SGB XI	Gesamt
1/2015	483	402	315	436	1.272	2.907
2/2015	493	404	317	436	1.272	2.922
3/2015	510	406	319	437	1.272	2.944
4/2015	519	408	323	438	1.272	2.959
1/2016	533	412	329	439	1.267	2.979
2/2016	546	414	332	439	1.267	2.998
3/2016	559	416	334	440	1.267	3.017
4/2016	584	419	337	440	1.267	3.047
1/2017	548	417	284	461	1.404	3.113
2/2017	553	418	284	461	1.404	3.119
3/2017	562	425	285	462	1.404	3.137
4/2017	575	427	287	462	1.404	3.154
1/2018	591	430	287	463	1.404	3.175
2/2018	602	431	289	464	1.404	3.189

Quelle: Rothgang und Müller (2018: 33)

um 36 Euro zurückgegangen. Insgesamt ist im Einführungsjahr weniger als ein Drittel der SPV-Mehrausgaben für vollstationäre Pflege zur Entlastung der Pflegeheimbewohner aufgewendet worden, während zwei Drittel zu Mehreinnahmen der Pflegeheime geführt haben. Die auf die Heimbewohner entfallenden Mehrausgaben nehmen zudem in dem Maße ab, in dem Altfälle durch Neufälle ersetzt werden (Rothgang et al. 2017a: 47ff.). Die Reduktion der Eigenanteile war letztlich nur kurzfristiger Natur: Bereits im ersten Quartal 2018 übersteigen die vom Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile wieder den Wert des letzten Quartals 2016, und im zweiten Quartal 2018 liegt auch der vom Pflegebedürftigen insgesamt aufzubringende Teil des Gesamtheimentgelts wieder über dem Wert vor Inkrafttreten des PSG II (Tabelle 2).

Zusätzliche Unterstützungs- und Entlastungsleistungen

Der möglichst lange Verbleib in der eigenen Häuslichkeit trotz einsetzender Pflegebedürftigkeit ist ein Grundprinzip der Pflegeversicherung (§ 3 SGB XI: „Vorrang der häuslichen Pflege“). Die Pflegeversicherung umfasst vor diesem Hintergrund eine Reihe an Angeboten, die insbesondere auch durch die Entlastung der pflegenden Angehörigen das ambulante Pflegesetting stärken sollen.

Diese ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsangebote wurden in den vergangenen Reformjahren deutlich ausgeweitet. Zu nennen sind hier insbesondere die folgenden Reformschritte:

- die Anhebung der Leistungssätze der Kurzzeitpflege und Tages- und Nachtpflege auf das Niveau der ambulanten Sachleistungen (PfWG 2008) und die Möglichkeit, Tages- und Nachtpflege mit Pflegegeld und Sachleistungen zu kombinieren (PfWG 2008) bzw. vollständig anrechnungsfrei als Leistung zu beziehen (PSG I);
- die Möglichkeit, Pauschalen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege flexibler einsetzen, d. h. gegeneinander substituieren zu können (PSG I) sowie den Erhalt des hälftigen Pflegegeldes auch während der Ersatzpflegezeiträume (PSG II);
- die Einführung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Pflegedienste bzw. die Pilotierung von entsprechenden Betreuungsdiensten (PNG), die Möglichkeit der Umwidmung von maximal bis zu 40 Prozent des Sachleistungsanteils in Angebote zur Unterstützung im Alltag (PSG I), die Erweiterung des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für alle Pflegebedürftigen (PSG I) und dessen Umwandlung in einen Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich

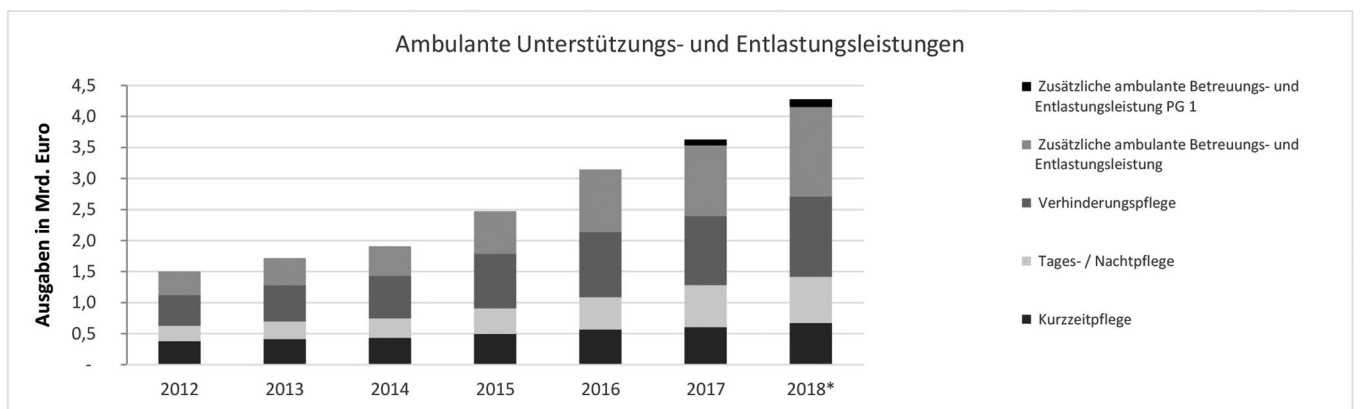
u. a. zur Finanzierung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und im Haushalt (PSG II);

- die Förderung von innovativen ambulanten Wohnformen (PSG I).

Der Ausbau des ambulanten Pflegesettings wird also bereits seit mehreren Jahren verfolgt. Die entsprechenden Ausgabendynamiken sind somit nur zum Teil eine Folge des PSG II. Gleichwohl greifen bei Tages- und Nachtpflege die bereits oben ausgeführten Mechanismen zur Überleitung von Altfällen und der Anhebung der Sachleistungssätze. Unmittelbar dem PSG II zuzuordnen sind ferner die zusätzlichen Entlastungsleistungen von 125 Euro monatlich, die von Personen des Pflegegrads 1 in Anspruch genommen werden, die vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als nicht pflegebedürftig eingestuft worden wären.

Angesichts gleichzeitiger Änderungen der Leistungshöhen, Anrechnungsregeln und Anspruchsvoraussetzungen soll hier darauf verzichtet werden, Mengen-, Preis- und Struktureffekt zu unterscheiden. Festzuhalten ist, dass der Gesetzgeber seit Jahren versucht, die Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen zu fördern und dass die Maßnahmen entsprechend Wirkung zeigen. Stattdessen sollen die *Auswirkungen* dieser Regelungen kurz thematisiert werden. Zunächst ist festzustellen, dass durch die erleichterte Kombinationsmöglichkeit von Unter-

Abbildung 4: Ausgabenentwicklung der ambulanten Unterstützungs- und Entlastungsleistungen



Quelle: Amtliche Statistik PV45 (BMG 2018)

stützungsleistungen und die Verbesserung des (teilweise) anrechnungsfreien parallelen Bezugs von Pflegegeld und Pflegesachleistung heute in der Summe in der ambulanten Pflege höhere Leistungssätze bereitgestellt werden können als in der stationären. Hinzu kommt, dass in der ambulanten Pflege zusätzlich Leistungen der SGB V-finanzierten Häuslichen Krankenpflege in Anspruch genommen werden können, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, während die analogen Leistungen in der vollstationären Pflege als im Pflegesatz inkludiert gelten und keine weiteren Zahlungen der Kranken- oder Pflegeversicherung auslösen. Durch Kombination insbesondere der ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI, der Leistungen für teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI und der Häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V können mehr als doppelt so hohe Leistungsbeträge aus der SPV bezogen werden als bei vollstationärer Pflege, ohne dass damit – im Gegensatz zur Heimpflege – eine Vollversorgung impliziert ist (Rothgang et al. 2017b: 81f.). Unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ steht dem Gesetzgeber eine derartige Ausgestaltung der Leistungsstrukturen natürlich offen, erzeugt aber den grundsätzlichen Anreiz, dass vollstationäre Einrichtungen sich leistungsrechtlich in ambulante Versorgungsformen umwandeln – ohne dass ein pflegerisch-betreuerischer Zusatznutzen für die Betroffenen damit verbunden sein muss. Solche unter dem Begriff „Ambulantisierungstendenzen“ gefassten Bestrebungen wurden in einer aktuellen Studie bestätigt, wenngleich weniger aufgrund von Umwandlungs-

tendenzen als vielmehr durch Neugründungen in diesem Segment. Gleichzeitig wird konstatiert, dass nur wenige Studien vorliegen, die den potentiellen Mehrwert ambulanter Wohnformen untersuchen (Rothgang et al. 2017b). Die Mehrausgaben konnten somit nicht in Relation zur Steigerung der Lebensqualität bewertet werden, was aber notwendig wäre, um zu beurteilen, ob die beobachteten Entwicklungen gebremst werden sollten. Die in der Studie aufgeworfenen Fragen gelten letztlich nicht nur für den Teilbereich der ambulanten Wohnformen, sondern für alle Entlastungsleistungen des ambulanten Settings.

Soziale Sicherung der Pflegeperson

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde im PSG II auch die Definition der „Pflegeperson“ geändert. Wer einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 für mindestens 10 Stunden die Woche pflegt und dabei weniger als 30 Stunden die Woche erwerbstätig ist bzw. keine Altersvollrente bezieht, erhält von der Pflegekasse Beiträge zur Rentenversicherung – im Rahmen einer Pflegezeit zudem auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und Zuschüsse zur Krankenversicherung. Mit dem PSG II wurde nicht nur die Zahl der notwendigen Pflegestunden von vormals 14 Stunden deutlich reduziert, angerechnet werden – unter Ausrichtung auf den neuen Pflegebegriff – nun auch Betreuungstätigkeiten. Auswertungen von AOK-Routinedaten zeigen, dass sich die Zahl der Personen, die Rentenversicherungsbeiträge erhalten, von Ende 2016 auf Ende 2017 fast verdoppelt hat.

Hinzu kommt eine weitere ganz wesentliche Neuerung durch das so genannte Flexirentengesetz (BGBl. I, S. 2838) vom 8. Dezember 2016. Das Gesetz zielt darauf, den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand flexibler zu gestalten (BT-Drs. 18/9787). Faktisch führen die Neuregelungen an der Schnittstelle zur Pflegeversicherung aber dazu, dass Personen über 65 Jahre eine Teilrente von bis zu 99 Prozent beantragen können und – da dann keine Vollrente vorliegt – Anrecht auf Rentenversicherungszahlungen durch die SPV haben, auch wenn sie bereits Altersrente beziehen. Theoretisch könnte damit heute jede Pflegeperson über 65 Jahre – dies ist etwas mehr als jede Dritte (38 Prozent; Schneekloth et al. 2016: 57), die 10 Stunden die Woche pflegt bzw. betreut, Leistungen zur sozialen Sicherung beantragen. Machten alle heutigen Pflegepersonen über 65 Jahre von dieser Möglichkeit Gebrauch, lägen die Ausgaben der sozialen Sicherung heute (2018) bereits bei 2,8 Mrd. Euro, während die tatsächlichen Ausgaben bei 2 Mrd. Euro liegen. Da die potentiellen finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung im Gesetzentwurf nicht beziffert wurden (BT-Drs. 18/9787), ist eher von einer Gesetzeslücke als von einer intendierten Zielsetzung auszugehen.

Zwischenfazit

In der Gesamtschau ist festzuhalten, dass die Mehrausgaben des PSG II maßgeblich aus der in der Reform hinterlegten Überleitung der Altfälle sowie der veränderten Höhen und Differenzierungen der Leistungssätze zwischen den Leistungsformen resultieren. Die beobachteten Men-

Tabelle 3: Angaben im Gesetzesentwurf des PSG II zu den finanziellen Auswirkungen in Vergleich zu den tatsächlichen Mehrausgaben

	Angaben Kabinettsentwurf	IST 2017	Differenz
Anhebung der Leistungsbeträge und Überleitungs- und Bestandschutzkosten* insgesamt für Pflegegeld, Sachleistung, Vollstationäre Pflege (ohne Behindertenhilfe)	3,80	5,99	2,19
Sonstige Ausgaben für weitere Leistungsverbesserungen	1,94	1,54	- 0,40
darunter:			
Rente für Pflegepersonen	0,41	0,55	0,15
Verhinderungspflege	0,18	0,07	- 0,11
Tages- und Nachtpflege	0,10	0,16	0,06
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,42	0,22	- 0,20
Reformkosten Insgesamt	5,74	7,53	1,79

Quelle: BT-Drs. 18/5926: 69 f. (*Überleitungskosten von 3,6 Mrd. € und Bestandsschutzkosten von 0,8 Mrd. € verteilen sich nicht gleichmäßig über die Jahre. Annahme: 2 Mrd. € in 2017) und Amtliche Statistik PV45 (BMG 2018)

geneffekte liegen im Rahmen der bereits in den Vorjahren beobachten, wobei ein allgemeiner „Attraktivitäts-Effekt“ (oder ein „Sog-Effekt“) unterstellt werden kann. Alle Parameter zur Berechnung der Kosten lagen vor, so dass die Reformkosten für die Kontengruppen Pflegegeld, Sachleistung und vollstationäre Pflege im Umstellungsjahr weitgehend vorhersehbar waren und an anderer Stelle auch entsprechend vorausberechnet wurden. So wurden im BARMER Pflegereport 2016 Leistungsmehrausgaben im Jahr 2017 von 7,2 Mrd. Euro vorausberechnet (Rothgang et al. 2016: 50), was den tatsächlichen Leistungsmehrausgaben von 7,26 Mrd. Euro sehr nahe kommt (Tabelle 1). Insofern ist es bemerkenswert, dass sich die Fehlschätzung des Gesetzgebers für Pflegegeld, Sachleistung und vollstationäre Pflege auf mehr als 2 Mrd. Euro belaufen, während sich die Schätzungen für alle weiteren – mit wesentlich mehr Unsicherheit behafteten – Kosten als treffender erwiesen haben (Tabelle 3). Mit Blick auf das Jahr 2017 ist folglich festzuhalten, dass es letztlich keine „unvorhergesehenen Ausgaben“ gab. Die jetzt im Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanhebung angekündigte Beitragssatzanhebung ist vielmehr notwendig, weil die Kostenfolgen der PSG II-Reform zu niedrig veranschlagt wurden und die Reform entsprechend nicht ausfinanziert war.

Finanzlage der SPV bis 2022 und finanzielle Handlungsspielräume

Vor diesem Hintergrund ist es natürlich von Interesse, inwieweit die im Entwurf

des Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Beitragssatzanhebung um 0,5 Prozentpunkte ausreicht, um nicht nur die Reformfolgen des PSG II zu finanzieren, sondern darüber hinaus auch eine Verbesserung der Personalausstattung in Einrichtungen und höhere Entgelte für Pflegekräfte zu finanzieren, wie dies im Koalitionsvertrag angekündigt wurde (Rothgang 2018a). Das Gesetz formuliert diesbezüglich das Ziel einer „kontinuierliche[n] Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung“.

Hierzu wurde eine Modellrechnung durchgeführt, die für das Jahr 2018 die Finanzergebnisse der ersten beiden Quar-

tale auf das Jahr hochrechnet und für 2019-22 dann die Finanzentwicklung fortschreibt. Die dabei verwendeten Fortschreibungsraten finden sich in Tabelle 4. Für die Preiskomponente wurde unterstellt, dass Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Leistungen bei Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege, vollstationärer Pflege und vollstationärer Pflege in Behindertenheimen sowie die stationären Vergütungszuschläge im Januar 2021 gemäß § 30 SGB XI um insgesamt 4,5 % angehoben werden, um den Kaufkraftverlust der drei Vorgängerjahre auszugleichen, der hier mit rund 1,5 % pro Jahr angesetzt wurde.

Die nach Leistungsart differenzierte Mengen- und Strukturkomponente beruht auf mehreren, teils gegenläufigen Effekten. Zunächst wird bei der Mengenkompone[n]te von einer demographiebedingten Fallzahlsteigerung von rund 2 Prozent pro Jahr ausgegangen. Entsprechend des Trends der letzten Jahre wird zweitens von einer fortgesetzten Verschiebung der Inanspruchnahme vom stationären in den ambulanten Bereich ausgegangen. Als Strukturkomponente zeigen Analysen des Antragstellungsverhaltens für Neufälle, dass der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit in der stationären Pflege im Zeitverlauf ansteigt und in der ambulanten absinkt – was zu Ausgabensteigerungen bzw. Reduktionen im Zeitverlauf führt (Pick und Fleer 2018; Rothgang 2018b). Gleichzeitig gibt es einen grundsätzlich ausgabendämpfenden

Tabelle 4: In der Ausgabenfortschreibung unterstellte Steigerungsraten pro Jahr in Prozent des Vorjahreswertes

	2018	2019	2020	2021		2022
	Hochrechnung der Ausgaben des 1. HJ.	Mengen- und Strukturkomponente	Mengen- und Strukturkomponente	Preiskomponente	Mengen- und Strukturkomponente	Mengen- und Strukturkomponente
Pflegesachleistung	6,3	3,4	3,4	4,5	3,4	3,5
Pflegegeld	6,9	3,4	3,4	4,5	3,4	3,5
Pflegeurlaub	15,9	12,2	7,1	0,0	7,1	7,1
Hilfsmittel / Wohnumfeldverbesserung	16,3	12,2	7,1	0,0	7,1	5,1
Soziale Sicherung der Pflegeperson	33,4	27,5	12,2	0,0	7,1	7,1
Tages- / Nachtpflege	10,2	7,1	5,1	4,5	5,1	3,0
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistung	27,1	22,4	12,2	0,0	7,1	7,1
Kurzzeitpflege	10,8	9,1	7,1	4,5	5,1	5,1
Vollstationäre Pflege	0,8	0,2	0,5	4,5	0,8	0,8

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 5: Übersicht zu den Ergebnissen der Schätzung der Finanzentwicklung der SPV

in Mrd. Euro	2018	2019	2020	2021	2022
Einnahmen Status quo	37,7	39,3	40,6	41,8	43,2
Mehreinnahmen durch Beitragssatzanhebung		7,4	7,6	7,9	8,1
Einnahmen Insgesamt	37,7	46,7	48,2	49,7	51,3
Ausgaben Insgesamt	41,2	43,4	45,0	48,0	49,5
Überschuss der Einnahmen/Ausgaben	-3,5	3,2	3,2	1,6	1,8
Mittelbestand am Ende des Jahres	3,5	6,7	9,8	11,4	13,2
Nicht gebundener Mittelbestand	-2,2	0,8	3,7	4,9	6,6
Mittelbestand in Monatsausgaben	1,0	1,9	2,6	2,9	3,2

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der amtlichen Statistik PV45, BMG 2018

den Struktureffekt, der aus der formalen Überleitung des PSG II resultiert. Versterben die durch die formale Überleitung „zu hoch“ eingestuften Heimbewohner und werden durch strukturgleiche Bewohner („Zwillinge“) ersetzt, sinken die Ausgaben. In dem Maße in dem die „Altfälle“ aus dem Leistungsbezug ausscheiden, reduziert sich dieser kostendämpfende Effekt im Zeitverlauf, so dass in der Modellrechnung im Zeitverlauf leicht steigende Fortschreibungsraten angesetzt wurden (Tabelle 4).

Für die zusätzlichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen wird zudem angenommen, dass deren heute sehr hohen Wachstumsraten im Zeitverlauf zurückgehen, da ein langsames Ausklingen (im Sinne eines Sättigungseffekts) der durch die Flexibilisierung der Inanspruchnahme dieser Leistungen (siehe oben) ausgelösten *Mengensteigerung* erwartet wird. Gleiches gilt für die Nachfrage der Leistungen der Sozialen Sicherung. Unterstellt ist hier jedoch, dass der Flexirenteneffekt nicht voll zu Buche schlägt (siehe oben). Einbezogen in die Fortschreibung sind ferner die Ausgaben des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) von in der Summe rund 1 Mrd. Euro (hierzu erfolgte keine eigene Berechnung). Die *Einnahmementwicklung* orientiert sich an den Empfehlungen des Schätzerkreises der GKV. Die Ausgabenentwicklung für die *Verwaltungskostenpauschale* folgt den gesetzlichen Vorgaben, die übrigen Leistungsbereiche

(vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, Medizinischer Dienst, Pflegeberatung etc.) werden in Anlehnung an die demographische Entwicklung pauschal mit 2 Prozent fortgeschrieben. Ab dem 01.01.2019 wurde die angekündigte Beitragssatzanpassung von 0,5 Prozentpunkten berücksichtigt.

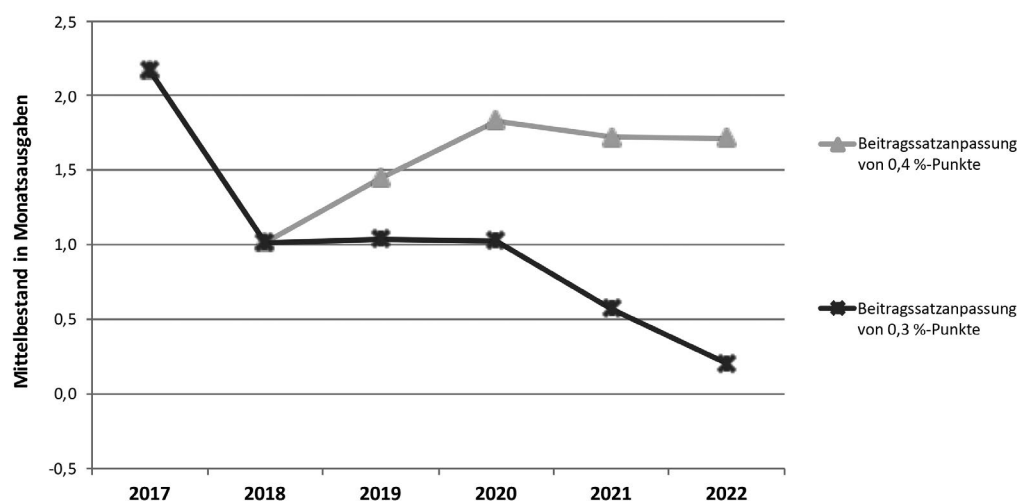
Eine Fortschreibung der Gesamtausgaben der SPV unter diesen Annahmen ergibt einen Anstieg von 41 Mrd. Euro im Jahr 2018 auf 49,5 Mrd. Euro im Jahr 2022 (Tabelle 5). Dem projizierten Ausgabenanstieg stehen Mehreinnahmen aufgrund der im Gesetzesentwurf angekündigten Beitragssatzanhebung von jährlich 7,4 Mrd. Euro (2019) bis 8,1 Mrd. Euro (2022) gegenüber. Dies bedeutet nicht, dass diese Mittel unmittelbar verwendet werden können, denn die Mittelbestände der Pflegeversicherung sind stark abgeschmolzen, und die Pflegekassen sind

gesetzlich verpflichtet, Mittel in Höhe von 1,5 Monatsausgaben in Form von Betriebsmitteln und Rücklagen (§ 63 und § 64 SGB XI) vorzuhalten. Für 2018 musste diese Quote bereits – temporär – auf eine Monatsausgabe abgesenkt werden (Bekanntmachung des BVA vom 16. Juli 2018). Entgegen der Einschätzung des BMG veranschaulicht Abbildung 5, dass bereits zur Finanzierung der heutigen gesetzlichen Regelungen eine Beitragssatzanhebung von 0,4 Prozentpunkten notwendig wäre, um wiederum einen Mittelbestand von 1,5 Monatsausgaben bis 2022 zu gewährleisten.

Die Mehreinnahmen 2019 werden folglich allein für die Konsolidierung des Mittelbestands benötigt. Erst ab 2020 stehen wieder nicht gebundene Finanzmittel zur Verfügung. Unter Berücksichtigung einer Mindesteinlage von 0,5 Mrd. Euro zur Sicherstellung des monatlichen Finanzausgleiches (Schreiben des BVA an den GKV-SV vom 14. Juni 2018) verbleiben kumuliert bis ins Jahr 2022 lediglich 6,6 Mrd. Euro. Dieser Betrag liegt folglich deutlich unten den 12 Mrd. Euro, die das BMG für die kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger durch die den Gesetzesentwurf begleitenden Pressemitteilung ausweist.

Was kann mit diesen freien Mitteln in den Jahren 2020-22 finanziert werden? Neben den Ankündigungen zur

Abbildung 5: Mittelbestand in Monatsausgaben in Abhängigkeit von Beitragssatzanpassungen



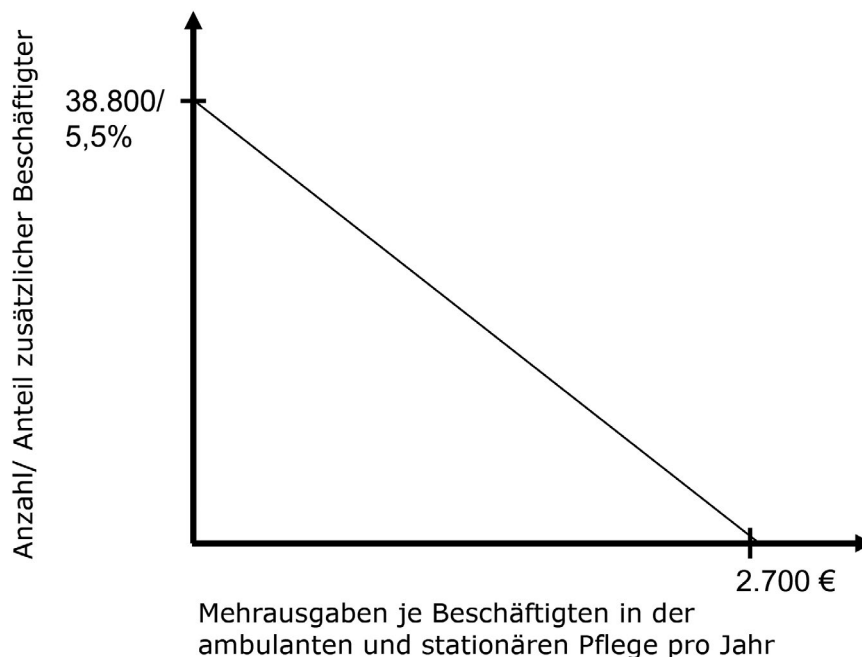
Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der amtlichen Statistik PV45, BMG 2018 sowie den Annahmen aus Tabelle 4

weiteren Entlastung pflegender Angehöriger werden vor allem eine bessere Bezahlung von Pflegekräften und eine Stellenaufstockung von der Bundesregierung thematisiert (vgl. Rothgang 2018a). Wird berechnet, wie viele zusätzliche Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) mit diesen Mitteln finanziert werden könnten oder welche Ausgabenerhöhung je Pflegekraft (in Annäherung an die Forderung nach „mehr Lohn“) möglich wären bzw. welche Kombinationsmöglichkeiten bestehen, ergibt sich die in Abbildung 6 dargestellte Transformationskurve, die alle möglichen Kombinationen aus diesen beiden Zielen enthält. Finanzierbar wären folglich für die Jahre 2020 bis 2022 insgesamt entweder eine Pflegepersonal-ausweitung um rund 39.000 zusätzliche Pflegestellen, was einem Anteilswert von 5,5 Prozent der derzeit in der Langzeitpflege Beschäftigten entspricht, oder eine Steigerung der Entlohnung von 2.700 Euro pro Jahr bzw. 225 Euro je Monat und Pflegekraft bzw. entsprechende Kombinationsmöglichkeiten entlang der Transformationskurve.

Zusammenfassung und Fazit

Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung sind im Reformjahr 2017 um 7,5 Mrd. Euro gestiegen. Die Entwicklung war jedoch weitgehend vorhersehbar, da sie maßgeblich aus der in der Reform hinterlegten Überleitungs- und Preissystematik gründet. Unerwartete Mengeneffekte von relevantem Ausmaß sind nicht festzustellen. Die jetzt angekündigte Beitragssatzanhebung ist folglich nicht etwa deshalb notwendig, weil es „unvorhergesehene Ausgaben“ gab, sondern weil die Kosten der PSG II-Reform zu niedrig veranschlagt wurden. Mit Blick auf die nun angekündigte Beitragssatzanpassung ist zu begrüßen, dass zumindest in der begleitenden Pressemitteilung die Höhe der Finanzmittel, die für die Anpassung der Sachleistungsbeträge an die Personalentwicklung und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger eingeplant sind, benannt werden. Erstmals beziffert der Gesetzgeber somit den Anteil der Finanzmittel, der für Maßnahmen der Personalentwicklung vorgesehen ist. Gleichwohl werden die anvisierten Gelder aus 0,2 Beitragssatzpunkten wahrscheinlich nicht zur Verfügung stehen. Die hier ausgeführten Modellrechnungen legen nahe, dass maximal Finanzmittel aus 0,1 Bei-

Abbildung 6: Mit den freien Mitteln finanzierbare Kombinationen von Lohnsteigerungen und Stellenausbau im stationären Bereich



Pro Jahr können von den 6,6 Mrd. Euro 2,22 Mrd. Euro genutzt werden, wobei berücksichtigt werden muss, dass hiervon auch Rücklagen zu bilden sind und zwar in Höhe von insgesamt 825 Mio. (=6,6 Mrd. Euro *1/12*1,5) bzw. 275 Mio. Euro pro Jahr. Für die Ermittlung der Zahl der finanzierbaren Stellen wurde der Kostenfaktor von 50.000€ je Stelle wie im PpSG angesetzt, für die aktuelle Stellenzahl (Beschäftigte) wurden die Zahl der in der Pflegestatistik erfassten Erwerbstätigen (unabhängig ihrer Qualifikation und dem Beschäftigungsverhältnis) in der ambulanten und stationären Pflege (mit dem Tätigkeitsbereich Grundpflege bzw. Pflege- und Betreuung) aus dem Jahr 2015 herangezogen. Für die Ermittlung des Anteils der Mehrausgaben je Beschäftigten wurde ebenso der Kostenfaktor von 50.000€ je Stelle angesetzt.

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der amtlichen Statistik PV45, BMG 2018 sowie der genannten Annahmen.

tragssatzpunkten als Handlungsspielraum verbleiben werden. Die Mittel würden ausreichen, um entweder die Zahl der ambulant und stationär tätigen Pflegekräfte um rund 5,5 Prozent oder die Ausgaben je Pflegekraft um monatlich 225 Euro zu erhöhen. Es ist davon auszugehen, dass die bestehenden und aufgrund der Programmatik der Regierung auch bestärkten Erwartungen deutlich höher liegen werden. Auch wenn Einnahmen- und Ausgabenprojektionen selbst über relativ kurze Zeiträume hinweg mit erheblicher Unsicherheit behaftet sind, zeigen die Berechnungen doch, dass weitere Beitragssatzsteigerungen notwendig sind, soll die Personalsituation in der Pflege merklich und nachhaltig verbessert werden.

Darüber hinaus ist aber schon jetzt erkennbar, dass weiterer Handlungsbedarf besteht. Die ungeklärte Frage nach einer konsistenten Auflösung der heutigen Sektorentrennung wird dazu führen, dass die beobachtete Ausweitung der ambulanten Versorgung mit den einhergehenden Ausgabensteigerungen bei den ergän-

zenden Unterstützungsleistungen weiter fortschreiten wird. Gleichzeitig werden die bereits heute wieder steigenden Eigenanteile der stationär Pflegebedürftigen den Druck auf Leistungsverbesserungen in diesem Sektor erhöhen. Nicht vorhersehbar ist zudem der Finanzierungsbedarf, der sich perspektivisch aus dem Flexirentengesetz ergibt.

In der Gesamtschau werfen die dargestellten Entwicklungen folglich eine ganze Reihe an Fragen bezüglich der zukünftigen Leistungs- und Finanzierungsstrukturen der SPV auf. Auf der Leistungsseite stellt sich insbesondere die Frage, inwiefern die Mittel heute tatsächlich zielgerichtet, d. h. mit Blick auf die intendierten Wirkungen eingesetzt werden. Ein wichtiges erstes Ziel wäre folglich, die Studienlage in diesem Zusammenhang zu verbessern. Auf der Finanzierungsseite gilt es sicherzustellen, dass Verbesserungen für Pflegekräfte nicht weiter – wie bisher – zu 100 % von den Pflegebedürftigen finanziert werden. ■

Literatur

- BMG (2013):** Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht_Expertenbeirat_Pflegebeduerftigkeitbegriff_vorab_130627.pdf
- Kimmel, Andrea / Schiebelhut, Olga / Kowalski, Ingo / Brucker, Uwe / Breuninger, Katrin / Reif, Karl / Bachmann, Sandra / Glasen, Maria / Webers, Anna (2015):** Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungssassessments NBA in der Pflegeversicherung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12. Berlin: GKV Spitzenverband.
- Pick, Peter / Fleer, Bernhard (2018):** Ein Jahr neue Pflegebegutachtung. in: Soziale Sicherheit Ausgabe 5: 177-183.
- Rothgang, Heinz (2018a):** Weiterentwicklung der Pflege im Koalitionsvertrag: Absichtserklärungen und Ankündigungen, in: G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 3: 37-42.
- Rothgang, Heinz (2018b):** Ein Jahr nach der großen Pflegereform – vorläufige Bilanz, in: Soziale Sicherheit, Heft 5, 186-193.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2018)** BARMER Pflegereport 2018 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Runte, Rebecca / Unger, Rainer (2017a):** BARMER Pflegereport 2017. – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Köln: 5. Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Wolf-Ostermann, Karin / Schmid, Achim / Domhoff, Dominik / Müller, Rolf / Schmidt, Annika (2017b):** Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3213>.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf / Runte, Rebecca / Unger, Rainer (2016)** BARMER Pflegereport 2016 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2015):** Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform, in Gesundheits- und Sozialpolitik, 69. Jg., Heft 5: 46-54.
- Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Neubert, Lydia / Czwikla, Jonas / Hasseler, Martina (2015):** Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13, Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Schneekloth, Ulrich / Rothgang, Heinz / Geiss, Sabine / Pupeter, Monika / Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf (2016):** Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf
- Schwinger, Antje / Tsiasioti, Chrysanthi / Klauber, Jürgen (2019):** Pflegepersonal heute und morgen. in Jacobs et al (Hrsg.) Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege - aber woher? Berlin: Springer; im Erscheinen